

NOTA INFORMATIVA

Cestas Básicas – PVHA 2025

Nº 01 | 15/10/2024



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

Governador do Estado do Ceará
Elmano de Freitas da Costa

Secretária da Saúde do Ceará
Tânia Mara Silva Coelho

**Secretário Executivo de
Vigilância em Saúde**
Antonio Silva Lima Neto

**Coordenadora de Vigilância
Epidemiológica e Prevenção
em Saúde**
Ana Maria Peixoto Cabral Maia

**Célula de Vigilância e Prevenção de
Doenças e Agravos Transmissíveis e não
Transmissíveis**
Carlos Garcia Filho

Elaboração e Revisão
Ana Neta Alves
Anuzia Lopes Saunders
Danielle Martins Rabelo Gurgel
Léa Maria Moura Barroso Diógenes
Maria Vilani de Matos
Telma Alves Martins

APRESENTAÇÃO

Uma alimentação saudável e adequada às necessidades individuais das pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA) contribui para o aumento dos níveis dos linfócitos TCD4, melhora a absorção intestinal, diminui os agravos provocados pela diarreia, perda de massa muscular, síndrome da lipodistrofia e todos os outros sintomas que podem ser minimizados ou revertidos por meio de uma alimentação balanceada.

Promover uma alimentação saudável é colaborar para a melhoria da qualidade de vida das Pessoas que Vivem com HIV/Aids (PVHA).

Considerando que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará realiza a compra e distribuição de cestas básicas direcionadas às PVHA, como uma das ações estratégicas de Prevenção, Promoção e Controle do HIV/Aids no estado.



1 OBJETIVO

Informar sobre a concessão e a entrega de cestas básicas para pessoas com diagnóstico de HIV/Aids que residem em Fortaleza e demais municípios do estado do Ceará.

Orientar sobre o processo de inscrição, classificação e recebimento das cestas básicas em parceria com os serviços estaduais de assistência às PVHA e RNP+CE.

2 COMPETÊNCIAS DA SESA

- Realizar aquisição dos insumos e aprovar a composição da cesta básica durante a vigência da concessão do benefício;
- Coordenar e monitorar a concessão de cesta básica às PVHA;
- Estabelecer critérios de participação e classificação das PVHA, incluindo definição sobre documentação obrigatória, na concessão das cestas básicas;
- Parceria com os Serviços de Atenção Especializada às PVHA estadual e a Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/aids-RNP+CE, quanto a realização das inscrições; e
- Parceria com a Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/aids-RNP+CE para realização da distribuição mensal das cestas básicas.

3 VAGAS E VIGÊNCIA

Serão disponibilizadas no máximo **400 vagas**. Os beneficiários serão contemplados conforme critérios de classificação na concessão do benefício, descritos no item 7 desta nota técnica. Caso haja um número maior de inscritos, estes permanecerão em fila de espera, obedecendo aos critérios.

Cada beneficiário contemplado poderá receber **01 (uma) cesta básica por mês** no período de janeiro a dezembro de 2025, totalizando **12 (doze) meses de vigência**.

4 PERFIL DO CANDIDATO

Ser Pessoa Física (PF);

Ter o diagnóstico confirmado de HIV/Aids;

Residir no estado do Ceará;

Estar vinculado a um serviço de saúde; e

Estar em adesão ao tratamento para HIV/Aids.

5 DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA INSCRIÇÃO

Os candidatos deverão apresentar os seguintes documentos **ORIGINAIS** no ato da inscrição:

- Atestado e/ou receita atualizada (dos últimos 6 meses) que comprove a infecção e/ou tratamento do HIV/aids (OBRIGATÓRIO);
- RG (OBRIGATÓRIO);
- CPF (OBRIGATÓRIO);
- Comprovante de residência (OBRIGATÓRIO);
- Formulário de avaliação social, preenchido, assinado e carimbado pelo assistente social do serviço de saúde ao qual o candidato está vinculado (OBRIGATÓRIO) (ANEXO I);
- Telefone de contato (OBRIGATÓRIO);
- Comprovante de renda e/ou comprovante de participação de programas sociais do governo estadual e/ou federal (SE NECESSÁRIO);
- Atestado e/ou receita atualizada (dos últimos 5 meses) que comprove o acompanhamento da coinfeção TB/HIV (SE NECESSÁRIO); E
- Cartão da gestante (SE NECESSÁRIO).

Na ausência de alguma documentação obrigatória, não será possível efetivar a inscrição do candidato, sendo possível entregar os documentos pendentes em momento posterior, mas durante o período de inscrição.

6 PERÍODO E LOCAL DE INSCRIÇÃO

As inscrições ocorrerão no período de **01 a 29 de novembro de 2024**.

Os candidatos deverão comparecer presencialmente, nos dias e horários estabelecidos pelos serviços de saúde listados abaixo, com a documentação obrigatória, para efetuar a inscrição.

Só serão aceitas inscrições realizadas por terceiros de pessoas com deficiência (PCD), com restrições de locomoção ou que estiverem passando por internação hospitalar desde que seja apresentado no ato da inscrição documento comprobatório da circunstância e apresentação de documento original do representante.

As PVHA acompanhadas nos SAE estaduais deverão inscrever-se nos serviços em que estão vinculados, os demais candidatos podem realizar suas inscrições na sede RNP/CE.

SERVIÇO	ENDEREÇO	DIAS	HORÁRIO	LOCAL
Hospital de Doenças Infecciosas São José - HSJ	R. Nestor Barbosa, 315 - Parquelândia, Fortaleza - CE	Segundas a Sextas-feiras	08:00 às 16:00	Sala do Serviço Social
Hospital Geral de Fortaleza HGF	R. Ávila Goulart, 900 - Papicu, Fortaleza - CE	Segundas e Terças-feiras	07:00 as 16:00	Sala do Serviço Social
Hospital Infantil Albert Sabin - HIAS	R. Tertuliano Sales, 544 - Vila União, Fortaleza - CE	Quintas-feiras	08:00 às 17:00	Sala do Serviço Social
Hospital Universitário Walter Cantídio - HUWC	R. Pastor Samuel Munguba, 1290 - Rodolfo Teófilo, Fortaleza - CE	terças, quartas, quintas e sextas-feiras	08:00 às 12:00	Por agendamento via whatsapp (85) 994103897 Ana Carolina (Assistente Social)
Rede Nacional de Pessoas vivendo HIV/aids - RNP/CE	R. Dom Lino, 1.001 – Parquelândia, Fortaleza – CE	Segundas e quartas - feiras	08:00 as 12:00	RNP/CE

7 CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO NA CONCESSÃO DO BENEFÍCIO

Os candidatos serão classificados conforme pontuações atribuídas nos critérios descritos no quadro I, e serão ordenados, de forma decrescente, até o máximo de 400 beneficiários.

No caso de empate na última vaga, será levado em consideração o seguinte critério de desempate:

- Possuir maior idade, considerando mês e dia de nascimento.

Considerando as informações e comprovantes apresentados no ato da inscrição, os candidatos serão pontuados conforme quadro abaixo:

QUADRO I - PONTUAÇÕES

Idade:	
> 60 anos	2 pontos
< 60 anos	0 pontos
Gestante:	
Sim	5 pontos
Não	0 pontos
Foi beneficiário do Programa em 2024:	
Sim	1 ponto
Não	5 pontos
Está em tratamento para TB no ato da inscrição:	
Sim	5 pontos
Não	0 pontos
Avaliação social (realizada no ato da inscrição – Anexo I):	
Insegurança Alimentar*	10 pontos
Vulnerabilidade acrescida **	5 pontos
Vulnerável	2 pontos
Acompanhado em serviço de assistência estadual	
Sim	5 pontos
Não	1 ponto

*Insegurança alimentar: pessoa sem renda e sem assistência por programas sociais.

Vulnerabilidade acrescida: renda per capita igual ou menor que $\frac{1}{4}$ do salário mínimo **e/ou ser beneficiário de programas sociais federal ou estadual.

8 RESULTADO

A lista com os beneficiários contemplados, para o ano de 2025, estará disponível nos locais de inscrição (item 6) a partir do dia **20 de dezembro de 2024**.

Nenhuma informação será fornecida por telefone, apenas presencialmente.

Após a divulgação do resultado, os beneficiários deverão comparecer no dia 07 de janeiro de 2025 as 09:00 horas na sede da RNP-CE para conhecimento da logística de entrega mensal.

9 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO DO BENEFÍCIO

A entrega da cesta básica, será suspensa caso o beneficiário apresente, pelo menos, uma das situações a seguir:

- Fazer parte de outro programa de concessão de cestas básicas com o mesmo período de vigência e mesma finalidade;
- Residir no mesmo endereço que outro beneficiário contemplado;
- For constatado inconsistência das informações declarados no momento da inscrição ou durante a vigência da concessão das cestas básicas, sendo convocado para nova avaliação social. Caso o beneficiário não compareça sem justificativa prévia o mesmo terá seu benefício suspenso;
- Evoluir para óbito durante a vigência da concessão do benefício;
- Não realizar a retirada da cesta básica por **três meses consecutivos**, sem apresentar justificativa;
- Abandonar o tratamento da infecção por HIV/Aids durante a vigência do benefício;
- Abandonar o tratamento de tuberculose durante a vigência do benefício;
- Mudança de endereço para outro Estado.

10 LOCAL DE ENTREGA DAS CESTAS BÁSICA

As cestas básicas serão entregues na sede da Rede Nacional de Pessoas vivendo HIV/aids-Ceará-RNP+CE localizada na R. Dom Lino, 1.001, Parquelândia, Fortaleza-CE.

ANEXO I

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO SOCIAL

Nome completo: _____

Data de nascimento: ____/____/____ **CPF:** _____

Serviço de Saúde: _____

Realizado avaliação social conforme critérios descritos no item 7:

Insegurança alimentar *

Vulnerabilidade Acrescida **

Vulnerável

*Insegurança alimentar: pessoa sem renda e sem assistência por programas sociais.

Vulnerabilidade acrescida: renda per capita igual ou menor que $\frac{1}{4}$ do salário mínimo **e/ou ser beneficiário de programas sociais federal ou estadual.

Fortaleza, ____ / ____ / 2024.

Assistente Social

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO – CESTA BÁSICA 2025

Nome do candidato: _____

Local de inscrição: _____

Apresentou os seguintes documentos durante o período de inscrição:

• Atestado e/ou receita atualizada (dos últimos 6 meses) que comprove a infecção e/ou tratamento do HIV/aids (OBRIGATÓRIO); () SIM () NÃO

• RG (OBRIGATÓRIO); () SIM () NÃO

• CPF (OBRIGATÓRIO): () SIM () NÃO

Comprovante de residência (OBRIGATÓRIO); () SIM () NÃO

• Formulário de avaliação social, preenchido, assinado e carimbado pelo assistente social do serviço ao qual o candidato esta vinculado (OBRIGATÓRIO); () SIM () NÃO

• Telefone de contato (OBRIGATÓRIO); () SIM () NÃO

Comprovante de renda e/ou comprovante de participação de programas sociais do governo estadual e/ou federal (se necessário); () SIM () NÃO () NÃO SE APLICA

• Atestado e/ou receita atualizada (dos últimos 5 meses) que comprove o acompanhamento da coinfeção TB/HIV (se necessário); () SIM () NÃO () NÃO SE APLICA

• Cartão da gestante (se necessário); () SIM () NÃO () NÃO SE APLICA

RESPONSÁVEL PELA INSCRIÇÃO

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO – CESTA BÁSICA 2025

Nome do candidato: _____

Local de inscrição: _____

Apresentou os seguintes documentos durante o período de inscrição:

• Atestado e/ou receita atualizada (dos últimos 6 meses) que comprove a infecção e/ou tratamento do HIV/aids (OBRIGATÓRIO); () SIM () NÃO

• RG (OBRIGATÓRIO); () SIM () NÃO

• CPF (OBRIGATÓRIO): () SIM () NÃO

Comprovante de residência (OBRIGATÓRIO); () SIM () NÃO

• Formulário de avaliação social, preenchido, assinado e carimbado pelo assistente social do serviço ao qual o candidato esta vinculado (OBRIGATÓRIO); () SIM () NÃO

• Telefone de contato (OBRIGATÓRIO); () SIM () NÃO

Comprovante de renda e/ou comprovante de participação de programas sociais do governo estadual e/ou federal (se necessário); () SIM () NÃO () NÃO SE APLICA

• Atestado e/ou receita atualizada (dos últimos 5 meses) que comprove o acompanhamento da coinfeção TB/HIV (se necessário); () SIM () NÃO () NÃO SE APLICA

• Cartão da gestante (se necessário); () SIM () NÃO () NÃO SE APLICA

RESPONSÁVEL PELA INSCRIÇÃO



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE