



4º Encontro Internacional de Política Social
11º Encontro Nacional de Política Social
Tema: Mobilidade do capital e barreiras às migrações: desafios à
Política Social
Vitória (ES, Brasil), 6 a 9 de junho de 2016

Eixo: Análise, avaliação e financiamento das políticas públicas.

DESCENTRALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE HIV/AIDS: QUESTIONAMENTO SOBRE
ASSISTÊNCIA NO ESPÍRITO SANTO

Rayane de Oliveira Fernandes 1¹
Carlos Nazarenos Ferreira Borges 2²

Resumo

Objetivou-se problematizar possibilidades e limitações da diretriz de descentralização da saúde por meio da análise da política de HIV/Aids no plano estadual de saúde do Espírito Santo. O trabalho foi composto por uma revisão de literatura e análise documental. O exame da descentralização do atendimento integral no plano estadual apresentou duas hipóteses, a saber: a vontade política dos dirigentes se sobrepõe ao desenho institucional proposto; o instrumento de programação não faz parte do plano estadual. Enxergamos dessa maneira os efeitos paradoxais da descentralização.

Palavras-chave: Descentralização. Políticas de HIV/Aids. Assistência.

DECENTRALIZATION OF POLICY HIV / AIDS: QUESTIONING ON ASSISTANCE IN
ESPÍRITO SANTO

Abstract

The objective was to discuss possibilities and limitations of health decentralization policy through the analysis of HIV/AIDS policy in the health state plan of the Espírito Santo. The research consisted of a literature review and document analysis. The examination of the decentralization of comprehensive care at the state level presented two hypotheses, namely: the political will of leaders overlaps the proposed institutional design; the programming tool is not part of the state plan. We see this way the paradoxical effects of decentralization.

Keywords: Decentralization. HIV/AIDS policies. Assistance.

Introdução

O presente artigo parte de uma revisão de literatura e uma análise documental de dois documentos oficiais, sendo eles a portaria conjunta nº 1 de janeiro de 2013 que trata da alteração na Tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 - Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids, e institui o Regulamento de Serviços de Atenção à DST/HIV/Aids, que define suas modalidades, classificação, organização das estruturas e o funcionamento. O segundo documento é o plano estadual de saúde do estado do Espírito Santo, no que tange os anos de 2012-2015, visto que o estudo maior do qual

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Educação Física da UFES. Email: r.oliveirafernandes@yahoo.com.br.

² Doutor em Educação Física e professor associado do ICED/UFPA. Email: naza_para@yahoo.com.br.

este trabalho se origina analisará a política de atenção integral às Pessoas Vivendo com HIV/Aids(PVHA³) realizada no estado. O objetivo de tal análise é identificar, através dos documentos supra citados, como a diretriz da descentralização se mostra eficiente(ou não) quando relacionada a política nacional de DST/Aids e também quando se relaciona tal diretriz ao princípio de integralidade do SUS.

É importante ressaltar que o presente trabalho busca evidenciar as demandas da população que vive com HIV/Aids que aparecem na letra do texto da portaria conjunta e se tais demandas se efetivam quando da formulação do texto do plano estadual de saúde, tendo em vista que o serviço que será analisado faz parte da diretriz da descentralização e foi delegado a estados e municípios.

Trataremos aqui da temática da descentralização na saúde, com enfoque na Política Nacional de DST/Aids, a qual está submetida ao ministério da saúde, sendo importante lembrar que a saúde faz parte do tripé da seguridade social. Segundo se lê na Constituição Federal do Brasil:

A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Parágrafo único: Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos: I - universalidade da cobertura e do atendimento; II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços [...]. (BRASIL, 1988, sem paginação).

Quando relacionamos a seguridade social e a diretriz de descentralização, Arretche (1999) já sinalizava que a estrutura organizacional do Sistema de Proteção Social Brasileiro vinha sendo profundamente redesenhada. Com exceção da área de previdência, nas demais áreas da política social — sendo tratada aqui com maior destaque a área da saúde — foram implantados programas de descentralização que transferiram, paulatinamente, um conjunto significativo de atribuições de gestão para os níveis estadual e municipal de governo.

Ao falarmos de descentralização das ações de HIV/Aids percebemos que o Brasil representa um caso paradigmático. O país apresenta um sistema de saúde em que uma das principais diretrizes é a descentralização e conta também com um dos maiores e mais amplos programas de HIV/Aids quando comparado aos países em

³ UNAIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS) desenvolveu diretrizes de terminologias para serem utilizadas por seus funcionários, por colegas das organizações Copatrocinadoras do Programa Conjunto, bem como por outros parceiros que atuam na resposta global ao HIV.

desenvolvimento (UNAIDS, 2010). Ainda que o programa brasileiro de Aids tenha sido, desde a sua implementação, em 1985, altamente centralizado, seus gestores procederam, do ano 2000 em diante, a praticar as primeiras iniciativas de descentralização (FONSECA *et al.*, 2007).

Buscando entender como se deu esse “incentivo” à descentralização é preciso aludir ao fato de que a partir da década de 1990, ou mais especificamente entre os anos de 1994 e 2003 foram firmados convênios entre o governo brasileiro e o Banco Mundial para acordos de empréstimos que foram denominados “Projeto AIDS I” e “Projeto AIDS II”. Tais convênios tiveram como objetivos a implantação e a estruturação de serviços assistenciais no primeiro e a redução da incidência de casos de HIV e DST, e a expansão e melhora da qualidade do diagnóstico, tratamento e assistência às pessoas com DST/HIV/AIDS (BANCO MUNDIAL, 2004).

Segundo Fonseca *et al.* (2007) e Villarinho *et al.* (2013) foi observado que tendo em conta as avaliações de execução dos acordos de empréstimos no AIDS I e II, foi firmado um novo convênio, com o nome de “Projeto AIDS III” com seu período de execução sendo de 2003 a 2006. Em tal projeto, foi indicado que o Brasil investisse recursos próprios na descentralização do financiamento de ações programáticas no que diz respeito a estados e municípios, fazendo uso dos mecanismos legais existentes no SUS. Tal fato fazia parte do receituário neoliberal indicado por organismos internacionais para reformular e ajustar políticas públicas (CAMPOS, 2006).

Diante do exposto até o momento, nosso objetivo aqui será problematizar as possibilidades e limitações que a diretriz de descentralização na saúde apresenta ao observarmos como a política de HIV/Aids é tratada dentro do plano estadual de saúde do Espírito Santo, tendo em conta a portaria ministerial que trata da assistência às PVHA.

Em termos estruturais, o presente artigo está organizado em três momentos. No primeiro abordaremos a temática das políticas sociais e o debate sobre descentralização com enfoque na política de saúde. No segundo discutiremos a descentralização na política nacional de DST/Aids e como refletiu nas ações de estados e municípios (mais especificamente aqui, o estado do Espírito Santo), analisando os pontos relevantes para o presente trabalho. Por fim, iremos expor questões que demonstrem como tem se dado a implementação de políticas voltadas à assistência às PVHA em um panorama sobre atendimento a esse público, ou seja, se a partir das suas

demandas e necessidades, os mesmos vêm sendo atendidos de maneira que vise à integralidade (ou não).

Desenvolvimento

POLÍTICAS SOCIAIS E O DEBATE SOBRE DESCENTRALIZAÇÃO

Vista como Constituição cidadã, a Constituição de 1988 cravou um novo marco na formulação e implementação das políticas públicas tendo em vista que a mesma conferiu autonomia político-administrativa aos municípios. A partir desse momento estes passaram a ser entes da federação, com capacidade e autonomia para formular e implementar políticas. Tal situação trouxe consigo o desafio, para os estados e municípios, de coordenar de maneira intergovernamental dentro da gestão pública (SILVEIRA, 2010).

Silveira (2010) ainda destaca que:

A descentralização está inserida no contexto da redemocratização, sendo um processo, sobretudo político, e não meramente técnico-administrativo, tendo como tese a proposta de restaurar a federação, através do aumento do poder político e tributário das entidades subnacionais, e o de consolidar a democracia, por meio do empoderamento (empowerment) das comunidades locais no processo decisório das políticas públicas. (SILVEIRA, 2010, sem paginação).

Souza (2004) afirma que existem duas variáveis centrais que explicam a descentralização das políticas sociais, que são: desenho institucional da política e o apoio do Executivo federal na liberação de recursos. A variável desenho institucional, apresentada primeiro, é significativa, pois proporcionou a formulação de mecanismos de recompensas e sanções, regras claras e universais. Tal fato por sua vez possibilitou uma gama de incentivos para os municípios aderirem aos programas e políticas públicas de descentralização, ou seja, na oferta de serviços públicos. A outra variável, apoio do Executivo federal, foi importante uma vez que o governo federal ademais de ter a descentralização como tema prioritário na agenda, assegurou um desenho institucional munido de recursos federais. Assim sendo:

O desenho institucional da política – moldado em torno de mecanismos de recompensas e sanções, regras claras e universais – e o apoio do Executivo federal na liberação regular dos recursos parecem ser as variáveis mais importantes para a transferência de responsabilidades de implementação para os governos locais (SOUZA, 2004, p.37).

Mantendo esta linha, Souza demonstra que a descentralização/municipalização não representou necessariamente a transferência de capacidade de tomar decisões para as esferas subnacionais, senão a delegação na implementação das políticas sociais universais. A experiência brasileira expõe que as relações entre os níveis de governo avançaram em um sentido onde apresenta um sistema que mescla recompensas e sanções, o que diminuiu o grau de conflito entre os diferentes níveis de governo e simultaneamente restringiu a autonomia de poder decisório dos governos locais, previstos na carta magna de 1988.

Souza (2004) destaca que:

A experiência brasileira também mostra que as relações intergovernamentais evoluíram para um sistema lubrificado por recompensas e sanções, o que reduziu o grau de conflito entre os níveis de governo, mas, ao mesmo tempo, restringiu a autonomia de gasto e de decisão concedida aos governos locais pela Constituição de 1988. (SOUZA, 2004, p.37).

O Brasil é composto por 5570 municípios⁴ distribuídos em 26 estados mais o Distrito Federal. Tal como Celina Souza expõe, a constituição de 1988 aviou uma forte descentralização de políticas públicas, porém nem todos com recursos necessários para implementar políticas e/ou com estrutura administrativa adequada para gerir os programas. Em vista disso, a coordenação intergovernamental dos programas em forma de sistema apresenta-se como fundamental para o sucesso do mesmo.

Como visto, a descentralização é um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) que tem a tutela de uma significativa transversalidade conceitual e operativa com os demais princípios que o fundamentam. Assume um papel de eixo estruturante no sistema, posto que demanda que os três entes governamentais federados, União, Estados e Municípios a articulem-se, cooperarem entre si e zelem pela qualidade das ações e serviços de saúde. Os mesmos, tais unidades da federação, apresentam-se como os principais atores, como instâncias do Poder Executivo mais próximas do cidadão e conseqüentemente mais aptas a suscitar o reconhecimento, definição e dinâmica dos espaços locais, onde serão desenvolvidas ações sanitárias articuladas buscando à satisfação das necessidades de saúde e ao bem-estar da população pertencente a tais espaços.

⁴ IBGE (2013). Informações disponíveis no seguinte endereço eletrônico <<http://7a12.ibge.gov.br/voce-sabia/curiosidades/municipios-novos.html>>. Acesso em: 8 jan. 2016.

DESCENTRALIZAÇÃO NA POLÍTICA NACIONAL DE DST/AIDS

Iniciaremos o presente tópico ressaltando que ademais das taxas de infecção do vírus HIV no presente momento no Brasil, nos interessa e inquieta saber que atualmente existem, segundo o Ministério da Saúde (2014) aproximadamente 355 mil pessoas no país em tratamento contra o vírus. Inclusive, de acordo com a ex- diretora do Departamento Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, Mariângela Simão (ABIA, 2011) tal fato trás o significado de que é preciso dar conta de necessidades diferenciadas para essa população. Necessidades diferenciadas, pois tal fato se refere às pessoas que iniciaram o tratamento medicamentoso há mais de uma década, o que torna complexo a qualidade da atenção destinada à essas pessoas por parte do SUS.

Como visto anteriormente, o Banco Mundial ao firmar o convênio denominado “projeto AIDS III” indicou que o Brasil investisse recursos próprios na descentralização do financiamento de ações programática para os estados e municípios, fazendo uso dos mecanismos legais existentes no SUS.

Em resposta à demanda assistencial crescente foram implantados, pelo Ministério da Saúde (MS), a partir de 1994, de forma descentralizada os projetos de Serviço de Assistência Especializada, o Hospital-Dia (HD) e a Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT). A implantação da ADT ficou sob a responsabilidade do Programa Nacional DST/AIDS, enquanto a implantação do SAE e do HD foi delegada às coordenações estaduais ou municipais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Para melhor entendimento sobre o funcionamento do SAE é necessário frisar que como forma de descentralização e integração, o comando do mesmo é de responsabilidade das coordenações estaduais e/ou municipais de DST/Aids. Tais coordenações recebem o incentivo aos estados, DF e municípios, que em dezembro de 2002, por meio da Portaria Ministerial nº 2.313, foi instituído no âmbito do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

A política de descentralização da AIDS, no âmbito do SUS, é a mais avançada, porque tal portaria estabeleceu o mecanismo fundo a fundo, e isso proporcionou um salto de qualidade. Para melhor compreensão, tal incentivo é uma modalidade de financiamento pelos mecanismos regulares do SUS, um instrumento de integração das diretrizes nacionais e regionais de combate à epidemia de AIDS, tendo o repasse automático do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais de

saúde. Foi elaborada em razão da necessidade e da importância da criação e implementação de alternativas de sustentabilidade da Política Nacional de DST e Aids, levando em consideração as características que a epidemia vem assumindo nos últimos anos no território nacional.

Esse recurso permite a estipulação de planos e metas entre os gestores do SUS, respeitando os diferentes graus de autonomia, capacidade de execução e das responsabilidades nos níveis de governo. Para que isso ocorresse, foi instituído um instrumento de planejamento de programação anual - Plano de Ações e Metas (PAM), o qual deve ser apresentado pelo Gestor de Saúde e necessita da Participação do movimento social da elaboração ao monitoramento da execução (Fóruns de ONGs/AIDS, Comissões de DST/AIDS, Conselhos de Saúde).

Segundo a Portaria nº 2.314 de 2002, o PAM é um instrumento de planejamento, monitoramento e avaliação das ações a ser implementado pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde selecionadas para receber recursos do incentivo. Atualmente, 26 estados, DF e 456 municípios estão qualificados para recebimento desse incentivo às Secretarias de Saúde. Esses municípios respondem por uma cobertura de 62% da população no Brasil e 89% dos casos de Aids registrados no país.

O PLANO ESTADUAL DE SAÚDE E A ASSISTÊNCIA ÀS PVHA

A partir do exposto até o momento, entraremos agora no mérito do primeiro documento oficial a ser analisado no presente artigo, a portaria ministerial de janeiro de 2013. Em tempos atuais, as políticas públicas no Brasil, no que dizem respeito à epidemia da Aids, têm como foco e almejam prestar assistência de qualidade às pessoas que convivem com o HIV/AidsS. Nessa perspectiva foram elaboradas portarias ministeriais, dentre elas a Portaria conjunta número um, de 16 de janeiro de 2013 que altera na tabela de serviço especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 - Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids, e institui o Regulamento de Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids, que define suas modalidades, classificação, organização das estruturas e o funcionamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Segundo a portaria supracitada, os Serviços de Atenção Especializada (SAE) são unidades ambulatoriais voltadas a atenção integral às PVHA. Abordamos

aqui, de maneira deliberada, uma parte específica do documento a que diz respeito a assistência às PVHA. Consta no documento que são atribuições do Serviço: prestar atenção integral, com uma equipe multiprofissional, voltada ao atendimento ambulatorial, individual e/ou coletivo, às pessoas com DST/HIV/Aids e como principais atividades: realizar ações de prevenção e qualidade de vida direcionadas PVHA e seus parceiros, como o manejo de eventos adversos, incluindo a lipodistrofia⁵; avaliação e diagnóstico nutricional, bem como aconselhamento nutricional e prática de atividade física, por meio de parcerias ou profissionais de outros serviços.

Sabe-se então que, a partir de 2013, de maneira explícita na letra do texto, a assistência à essa população apresenta-se de maneira a melhorar a atenção dispensada, visto que como mencionado acima, o vírus HIV não se apresenta mais como uma sentença de morte⁶, mas com o tratamento adequado, uma nova possibilidade de vida.

Dessa maneira, conforme a assistência a essa população foi descentralizada para estados e municípios, tal como mencionado anteriormente, parece-nos compulsório atender para como a assistência a essa população aparece no plano estadual de saúde do estado do Espírito Santo. Analisaremos aqui o plano mais recente disponível, o de vigência 2012-2015, da gestão do governador Renato Casagrande (PSB). Escolhemos para o presente trabalho o plano estadual de saúde, e não um plano municipal, visto que o estudo maior do qual este trabalho se origina analisará a política de atenção integral às PVHA realizada no estado. O plano estadual utilizado aqui como fonte de investigação está disponível para consulta, e foi obtido através da página da Secretaria Estadual de Saúde (SESA)⁷. Segundo o referido documento:

O PES 2012-2015 acompanha as diretrizes nacionais, mas garante em suas metas as entregas necessárias ao avanço do Sistema Estadual de Saúde regionalizado com integração dos serviços de saúde através da organização

⁵ MINISTÉRIO DA SAÚDE (2014). As lipodistrofias são um grupo heterogêneo de desordens do tecido adiposo, caracterizadas pela alteração seletiva de gordura de várias partes do corpo. A associação das alterações da redistribuição de gordura pode acontecer em conjunto com alterações metabólicas, sendo esse padrão semelhante ao observado na “síndrome metabólica”. A lipodistrofia tem um impacto importante na qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids, causando-lhes problemas físicos, psicológicos e sociais. Informações disponíveis no seguinte endereço eletrônico: <<http://www.aids.gov.br/pcdt/10>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

⁶ Segundo o Ministério da Saúde, muita coisa mudou desde os primeiros registros oficiais da Aids - divulgados no dia 5 de junho de 1981 pelo Centro de Controle de Doenças dos EUA - até hoje. Há 30 anos, ser diagnosticado com HIV era o mesmo que receber uma sentença de morte. Ao longo dos anos houve um aumento da sobrevivência das pessoas vivendo com HIV/AIDS, como resultado do acesso universal ao tratamento antirretroviral e também das políticas de prevenção implantadas.

⁷ Plano estadual de saúde 2012-2015. Nov, 2012. Disponível em: <http://antigo.saude.es.gov.br/Download/Plano_Estadual_de_Saude_2012_2015.pdf>. Acesso em: jul. 2015.

das redes assistenciais e ações intersetoriais que garantam equidade e consolida o movimento desenvolvido anteriormente - de incorporar a regulação e o financiamento como papéis prioritários. (SESA, 2012, sem paginação).

Foram retiradas informações do plano estadual que nos auxiliaram a interpretar à questão e inquietação desse trabalho. Essas informações foram apresentadas na forma de recortes do texto do próprio documento. Para isso, elencamos duas palavras chaves que utilizamos como ponto de partida para buscar no documento, dados que nos permitissem inferir sobre como a assistência às pessoas em tratamento contra o HIV são planejados e se aparecem na letra do texto investigado aqui. Utilizamos as palavras “HIV” e “AIDS” para buscar informação referente a tais palavras na letra do texto do plano estadual.

Quando buscamos pela palavra “HIV” ela aparece duas vezes no texto, a primeira, quando enuncia a gravidade do vírus quando associado a tuberculose e que a mesma continua sendo um importante problema de saúde mundialmente. E a segunda dentro do tópico “diretrizes, objetivos e metas do plano estadual de saúde” no subtópico “diretriz 03 – implementação da atenção integral à saúde da mulher e da criança com ênfase na implantação da rede de atenção ao pré-natal, parto e puerpério” dentro do campo de metas, aparecendo da seguinte maneira:

- Detectar 100% casos de HIV em gestantes;

Em seguida, ao buscarmos a palavra “AIDS”, fora dados epidemiológicos sobre o estado, a palavra volta a aparecer dentro do tópico “diretrizes, objetivos e metas do plano estadual de saúde” no subtópico “diretriz 03 – implementação da atenção integral à saúde da mulher e da criança com ênfase na implantação da rede de atenção ao pré-natal, parto e puerpério” dentro do campo de metas, aparecendo da seguinte forma:

- Reduzir a taxa de detecção anual de AIDS em menores de 5 anos de 3.8 por 100.000 (3 casos em 2011) para 2,4% por 100.000 até 2015;
- Reduzir a incidência de casos de AIDS na população feminina em 5% ao ano a partir de 2011 - 161 para até 20 casos/ano em 2015;

Isto posto, nos questionamos então a razão de ações relacionadas à assistência integral das PVHA não aparecerem no texto do plano estadual de saúde. Elencamos aqui algumas das hipóteses que acreditamos estar relacionadas a tal fato.

A primeira seria de que o instrumento de programação (PAM) não faz parte dos planos municipais, e no caso estudado aqui, estaduais. Isso faz com que as ações estipuladas diretamente para a “AIDS” não apareçam no texto do plano estadual de saúde. Isso nos faz questionar se a autonomia proporcionada pela descentralização não promova, ao mesmo tempo, obstáculos à atuação sistemática.

Para a segunda hipótese nos apoiamos em Campos (2006) que ao abordar a temática da descentralização no SUS nos diz:

[...] a descentralização por si só não é potente o bastante para construir um novo diagrama de forças no cenário nacional. Apesar dessas diretrizes, o poder dos governos de intervir na definição de políticas e na gestão da saúde continua bastante superior ao de outros atores sociais. (CAMPOS, 2006, p. 434).

Tal afirmação nos faz supor que, eventualmente, a vontade política dos dirigentes se sobressaia ao desenho institucional proposto. Ou mesmo a possibilidade de gestores utilizarem estratégias de contorno diante dos conselhos de saúde, para que certas decisões sejam votadas em detrimento de outras. Quanto a essa questão, o autor continua da seguinte maneira:

A vontade política dos dirigentes municipais, a capacidade de pressão da sociedade civil local, a organização mais ou menos corporativa dos profissionais de saúde, o grau de clientelismo e degradação dos costumes políticos de cada região, todos esses e outros fatores tendem a pesar bastante em um sistema em que o poder da autoridade local de aderir a este ou aquele projeto é quase absoluto. (CAMPOS, 2006, p. 430).

Considerações finais

Com este trabalho tentamos demonstrar que existem numerosos esforços, garantidos em lei, e diversos incentivos por parte do Estado, sendo o PAM um deles, para que, de fato, tais políticas rompam barreiras diversas (como o acesso a atendimento de forma integral) e ampliem o escopo legal, de maneira a promover, verdadeiramente, a melhoria das condições de assistência à saúde das PVHA, através de uma imensa rede (pública e também através de parcerias), com um intrincado de nós que sustentem e assegurem o exercício amplo do direito à saúde.

Conquanto, no cotidiano da assistência ocorrem muitas barreiras para a efetivação de um cuidado individualizado e integral, que vise à promoção da saúde, seja pela falta de diálogo nas diferentes esferas governamentais, seja pelo pouco interesse por parte dos gestores em idealizá-las e colocá-las em prática. A descentralização, talvez seja o maior desafio de todos, para que a luta contra o HIV/Aids contemple a permanência dos princípios igualitários e a implantação de programas e estratégias estaduais e municipais.

Consideramos então que se faz necessário a utilização de critérios para avaliar a descentralização, como, por exemplo, verificar se os objetivos propostos por ela são atingidos e traçar alternativas para alcançá-los.

Dos desafios que acreditamos estarem implícitos à descentralização, quando dizem respeito à política de HIV/Aids, vemos aqui especialmente a estruturação das ações em HIV e Aids e também a ampliação do acesso a serviços de atenção integral qualificados. Enxergamos dessa maneira na política de HIV/Aids, assim como Campos (2006) enxergou no SUS, os efeitos paradoxais da descentralização.

Acreditamos que o debate deva ser aprofundado para que melhor se possa entender tal emaranhado de fatos e também para encorajar outros estudos nesse sentido.

Referências

ABIA. SEMINÁRIO DESCENTRALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS E AÇÕES EM SAÚDE: IMPACTOS E DESAFIOS PARA O ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA DE HIV/AIDS, 2010, Fortaleza, CE. **Relatoria...** PIMENTA, Cristina; RAXACH, Pimenta, Juan Carlos; TERTO JÚNIOR, Veriano. Rio de Janeiro: ABIA, 2011. 64p.

ARRETICHE, M. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. 1999. Disponível em: <<http://www.fflch.usp.br/dcp/assets/docs/Marta/ArretcheRBCS1999.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

BANCO MUNDIAL. Brazil - **First and Second AIDS and STD Control Projects**. 2004. Disponível em: <<http://documents.worldbank.org/curated/pt/2004/04/3686682/brazil-first-second-aids-std-control-projects#>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

BRASIL. Senado. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília (DF), 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico AIDS/DST**. Brasília (DF), 2014. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_1_pdf_60254.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Rotinas de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) em HIV/AIDS**. Brasília (DF), 2007. (Série Manuais, n. 70). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_ADT_2007.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.314**, de 20 de dezembro de 2002. Disponível em: <<http://ftp.rgesus.com.br/legislacoes/gm/16461-2314.html>>. Acesso em: 30 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2313**, de 19 de dezembro de 2002. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/Legislacao/Portaria_2313-2002_PAM-Aids.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. PN-DST/AIDS. Serviço de Assistência Especializada (SAE) aos portadores de HIV/Aids. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/SAE>>. Acesso em: 30 jul. 2015.

CAMPOS, Gastão Souza. Efeitos paradoxais da descentralização no sistema único de saúde no Brasil. *In: FLEURY, Sonia (org.). Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha*. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria Estadual de saúde. Plano estadual de saúde 2012-2015. Vitória, nov. 2012. Disponível em: <http://antigo.saude.es.gov.br/Download/Plano_Estadual_de_Saude_2012_2015.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2015.

FONSECA, E. et al. Descentralização, AIDS e redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2134-2144, Set. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000900021>>. Acesso em: 5 dez. 2015.

SILVEIRA, Heber Rocha et al. A Descentralização de Políticas Públicas no Brasil e o Sistema Único de Assistência Social. *In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS CONTRA A POBREZA E A DESIGUALDADE*, 1., 2010, Natal, RN. **Anais eletrônico...** Natal: CNPP, 2010. Disponível: <http://www.cchla.ufrn.br/cnpp/pgs/anais/Artigos_REVISADOS/A_Descentraliza%C3%A7%C3%A3o_de_Pol%C3%ADticas_P%C3%ABlicas_no_Brasil_e_o_Sistema_%C3%9Anico_de_Assist%C3%AAncia_Social.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2015.

SOUZA, C. Governos locais e gestão de políticas sociais universais. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 27-41, jun 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392004000200004>>. Acesso em: 8 dez. 2015. .

VILLARINHO, M. et al . Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 2, p. 271-277, abr. 2013 . Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000200018>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

UNAIDS. Epidemia de VIH nos países de língua oficial portuguesa Situação atual e perspectivas futuras rumo ao acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados.

2010. Disponível em:

<<http://www.cplp.org/Files/Filer/VIH%20em%20pa%C3%ADses%20de%20L%C3%ADngua%20Portuguesa%20-%202%C2%AA%20Edi%C3%A7%C3%A3o%20-%20FINAL.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2015.