

PERCURSOS DA REDUÇÃO DE DANOS NO RIO GRANDE DO SUL

The pathways of Harm Reduction in Rio Grande do Sul

Ana Carolina Rios Simoni

Psicóloga, Doutora em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Coordenadora da Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da Secretaria Estadual de Saúde, Rio Grande do Sul.
E-mail: anacarolrs@hotmail.com

Elissandra Siqueira

Terapeuta Ocupacional, Apoiadora Institucional da Coordenação Estadual de Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde, Rio Grande do Sul.
E-mail: elis.perai@gmail.com

Jaqueline Soares

Coordenadora da Política Estadual de DST/AIDS da Secretaria Estadual de Saúde, Rio Grande do Sul.
E-mail: jaqueline-oliveira@saude.rs.gov.br

Karol Veiga Cabral

Psicóloga, Doutora em Antropologia, Diretora do Departamento de Ações em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde, Rio Grande do Sul.
E-mail: karolveigacabral@gmail.com

Resumo

Este texto trata de um relato de experiência sobre os percursos da Redução de Danos no Rio Grande do Sul (RS) desde o seu início no campo da AIDS, nos anos 90, e a transversalização para os campos da Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e Atenção Básica como diretriz ética do cuidado para pessoas que usam álcool e outras drogas. Essa transversalização aproximou a Política de DST/AIDS com seu acúmulo de experiência e construção com a sociedade civil; dos percursos da Redução de Danos por dentro da Saúde Mental por estar em consonância com a Reforma Psiquiátrica; e da Atenção Básica com sua vocação essencialmente territorial, longitudinal e integral. O texto também descreve a construção da Secretaria Estadual da Saúde do RS, que priorizou o fortalecimento do cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica, tratando da importância do trabalho e do apoio institucional aos trabalhadores de saúde para ampliar e fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial a partir dessa ética do cuidado no território.

Palavras-chave: Redução do dano; Síndrome de Imunodeficiência adquirida; Atenção primária à saúde; Saúde mental.

Abstract

This text is an experience report on the pathways of Harm Reduction in Rio Grande do Sul (RS) since its beginning in the AIDS field, in the 90s, and the mainstreaming into the fields of Mental Health, Alcohol and other Drugs and Primary Health Care as ethical guideline for care of people

Paula Emilia Adamy

Psicóloga, Mestre em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Assessora Técnica da Secretaria Estadual de Saúde, Rio Grande do Sul.

E-mail: paula-admy@saude.rs.gov.br

Ricardo Brasil Charão

Antropólogo, Diretor Adjunto do Departamento de Ações em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde, Rio Grande do Sul.

E-mail: ricardo-charao@saude.rs.gov.br

Ricardo Heinzelmann

Médico, Mestre em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Coordenador Estadual de Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde, Rio Grande do Sul.

E-mail: ricardo.dab@gmail.com

Simone Alves Almeida

Psicóloga, Especialista em Saúde Coletiva, Consultora UNESCO da Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da Secretaria Estadual de Saúde, Rio Grande do Sul.

E-mail: simone.smcoletiva@gmail.com

who use alcohol and other drugs. This mainstreaming approximated the DST/AIDS policy with its accumulated experience and construction with civil society; the paths of Harm Reduction within the Mental Health because of its consonance with the Psychiatric Reform; and primary health care with its vocation essentially territorial, longitudinal and comprehensive. The text also describes the construction of the RS Health State Department, which prioritized the strengthening of care in Mental Health in Primary Health Care, addressing the importance of work and institutional support for health workers to expand and strengthen the Psychosocial Care Network on this ethic of care in the territory.

Keywords: Harm reduction; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Primary health care; Mental health.

Primeiros percursos

A Redução de Danos (RD) iniciou no Rio Grande do Sul (RS) nos anos 90 como uma estratégia de prevenção a AIDS. Através de editais lançados anualmente pelo Programa Nacional de DST/AIDS, surgiram as primeiras experiências de Programas de Redução de Danos em algumas regiões do Estado. Esses Programas foram importantes não só como forma de possibilitar o cuidado em saúde a uma população com dificuldades de acesso aos serviços, mas principalmente, ao apontar um novo paradigma ético na atenção as pessoas que usam álcool e outras drogas.

A primeira experiência como Programa de Redução de Danos (PRD) no RS ocorreu em Porto Alegre. Antes disso, vários municípios do Estado recebiam recursos do Ministério da Saúde (MS) ou da Secretaria Estadual de Saúde/RS (SES/RS) para realização de trocas de seringas. O projeto em Porto Alegre para o trabalho em redução de danos iniciou em 1995, voltado à prevenção do contágio de DST/Aids por usuários de drogas injetáveis. Foi implantado, primeiramente, em uma Unidade Básica de Saúde, onde havia um grande número de usuários de drogas injetáveis e uma equipe sensível

para trabalhar essas questões com outra forma de abordagem.

Neste bairro, foram colocadas algumas caixas coletadoras de seringas em locais estratégicos – pontos de ônibus, domicílios e bares. Além disso, os redutores realizavam trabalho de campo à tarde e sua presença na comunidade fazia com que as pessoas os procurassem para trazer questões para além do uso de drogas, sobre a saúde como um todo, tendo grande adesão a esse trabalho por parte dos usuários¹. Porém, a regulamentação deste projeto aconteceu somente três anos depois do seu início, através da aprovação do Projeto de Lei nº 69/99².

No decorrer dos anos, no Rio Grande do Sul, vários outros municípios acabaram implantando Programas de Redução de Danos com recursos do Plano de Ações e Metas (PAM) do Programa Nacional de DST/AIDS. Como esse financiamento era realizado através de editais anuais, incorria-se em muitas descontinuidades. Em virtude disso, os Programas de Redução de Danos foram diminuindo ao longo do tempo. No mapeamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Rio Grande do Sul, realizado pela Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/RS em 2011, foram identificados 11 Programas de Redução de Danos, sendo que, destes, 5 eram municipais e 6 de Organizações Não-Governamentais. Os PRD que se mantiveram ao longo do tempo sofriam com a precarização do trabalho e com a incerteza da continuidade dos recursos no ano seguinte.

O Rio Grande do Sul tem uma história de pioneirismo na Reforma Psiquiátrica, sendo o primeiro Estado a aprovar uma Lei de Reforma: Lei n. 9.716, de 7 de agosto de 1992.³ No entanto, a Política de Saúde Mental tardou a aproximar-se das experiências de redução de danos e a tomar para si certos compromissos em relação às práticas existentes no Estado, as quais,

apesar de terem iniciado como estratégia preventiva no campo da Política de DST/AIDS, já mostrava, desde sempre, sua potência como tecnologia de cuidado em saúde mental.

Um dos principais atores envolvidos no apoio aos PRD, além da Coordenação Estadual de DST/AIDS – que financiava as ações através de recursos da PAM –, foi o Centro de Referência de Redução de Danos (CRRD) da Escola de Saúde Pública. O CRRD teve início em 1999 e desenvolveu ao longo dos anos cursos, encontros, grupos de estudo e assessorias, sendo, como o nome diz, referência no assunto para os atores envolvidos, em especial, redutores de danos, trabalhadores e gestores que apostavam na RD. O Grupo de Estudos sobre Redução de Danos, criado em 2000 pelo CRRD, se mantém até hoje.

Até 2010, o RS era um dos estados brasileiros que destinava menos recursos do orçamento próprio para a saúde. Na Saúde Mental, todo o recurso estadual era destinado a duas únicas estratégias escolhidas como prioritárias para atender a demanda decorrente do uso de álcool e outras drogas: o custeio de leitos em hospitais gerais e de vagas em comunidades terapêuticas. A Redução de Danos tinha um lugar periférico no cenário da gestão estadual da Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, cercada de mal-entendidos, preconceitos e restrições de entrada nos serviços da rede. Pressionada pelo discurso midiático da “epidemia do Crack”, a então Seção Estadual de Saúde Mental e Neurológica (SSMN) respondia de forma direta ao apelo por mais formas de internação, sem problematizar a construção dessa demanda e suas motivações econômicas. Eram tempos e caminhos difíceis para a Redução de Danos; ruas perigosas para os usuários de álcool e outras drogas.

Transversalização

Em 2011, com a nova gestão, inicia-se um processo de avaliação dessa realidade, que resulta no estabelecimento de novas prioridades para a Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e num incremento significativo de seu financiamento. A partir de 2011, o financiamento estadual para saúde mental seguiu a diretriz da diversificação das ofertas de cuidado e da articulação em rede para garantir o acesso universal, a equidade e a integralidade da atenção. Passou-se a cofinanciar os serviços da RAPS, criados pelo Ministério da Saúde, além de se criar desenhos de serviços adaptados à realidade dos territórios e demandas locais. Em três anos, os recursos destinados pelo governo estadual para a Política de Saúde Mental triplicaram, alavancando um processo de ampliação dos pontos de atenção em todos os componentes da RAPS.

Entre as novas prioridades elencadas pela equipe da Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas foi incluir na Reforma Psiquiátrica do RS o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, buscando garantir o acesso à cidadania e o direito ao cuidado integral em liberdade. Para tal, seria preciso superar o modelo de atenção que se restringe a prescrever internação, desintoxicação e manutenção da abstinência, e que leva os hospitais ao fenômeno da “porta giratória”; constituir uma rede sólida de serviços de saúde, em articulação com outras redes como assistência social, direito, cultura, esporte e trabalho; ofertar cuidado no território, inclusive nas cenas de usos de drogas, acionando os pontos de atenção da rede, organizados em linha de cuidado, tendo a Atenção Básica como ordenadora para a construção de Projetos Terapêuticos Singulares; e principalmente, efetivar a RD como diretriz do cuidado usuário-centrado.

O fortalecimento do cuidado em saúde mental na Atenção Básica foi priorizado e,

assim, foi destinado recursos financeiros do tesouro do Estado, o que contribuiu principalmente para que os municípios de pequeno porte (80% dos municípios gaúchos), que dependem exclusivamente da atenção básica, pudessem garantir o acesso ao cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas. Destaca-se, em 2011, a criação de financiamento estadual para Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB) e para Oficinas Terapêuticas na Atenção Básica. Os NAAB foram pensados para o apoio matricial das equipes de Atenção Básica em municípios com menos de 16 mil habitantes (Resolução CIB 403/2011). Hoje há 118 equipes de NAAB trabalhando em 118 municípios do Estado⁴. Já as Oficinas Terapêuticas, são espaços de convivência e de promoção de saúde na Atenção Básica, cujo financiamento pode ser acessado por todos os municípios do Estado (Resolução CIB 404/2011)⁵. Atualmente, há 297 oficinas financiadas nos municípios gaúchos.

Para a qualificação do cuidado, ampliou-se as ações de monitoramento e avaliação em hospitais gerais prestadores de serviços, assim como redefiniram-se os critérios para acesso ao financiamento estadual de leitos, na direção de inserir os hospitais na lógica do trabalho em rede (CIB 402/2011, substituída pela CIB 562/12)⁶.

Também no sentido da qualificação do cuidado e da garantia dos direitos humanos, ainda em 2011, foram realizadas vistorias em todas as comunidades terapêuticas que recebiam recurso estadual para o atendimento pelo SUS. Nesse processo, foram encontradas diversas irregularidades, que geraram desde a solicitação de adequações, passando pela suspensão de contratos e do envio de recursos até o encaminhamento de relatórios ao Ministério Público. Uma dessas instituições, contratualizada pelo Estado em 2009, além de perder seu contrato com o Estado teve seu fechamento decretado pela justiça. Em 2013, constrói-se, em diálogo com os proprietários e trabalhadores das Comunidades Terapêuticas que continuaram

tendo contratos com o Estado uma nova Portaria que estabelece critérios para o funcionamento destas instituições (Portaria 591/2013)⁷.

Com o desafio de assumir seu papel diante da construção da Redução de Danos no Estado e fortalecer o cuidado para pessoas que usam álcool e outras drogas no território, em diálogo com a Coordenação de DST/AIDS e com o Centro de Referência de Redução de Danos, a equipe da Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas passou a construir uma proposta de Resolução CIB (Comissão Intergestores Bipartite), que visava destinar recursos da saúde mental para equipes de RD. Após alguns meses de grupo de trabalho entre estes atores, foi publicada a Resolução CIB 38/2012, que estabelecia recursos financeiros estaduais para a implantação de Composições de Redução de Danos em âmbito municipal, tendo como função o Trabalho de Campo nas cenas de uso de drogas e Apoio Matricial sobre o cuidado em álcool e outras drogas na Atenção Básica⁸.

Essa Resolução viria subsidiar tanto equipes já existentes, mas com dificuldades de manutenção, como, por exemplo, os PRDs de Santana do Livramento e Pelotas, vinculados ao Programa de DST/AIDS; quanto possibilitar a abertura de novas equipes, como aconteceu nos municípios de São Lourenço do Sul e Rio Pardo. Nesse sentido, essa primeira proposta de financiamento da Redução de Danos pela Saúde Mental, por um lado, legitimou os movimentos em curso, nos municípios com PRD, de transversalização entre a Política de AIDS e a de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, fortalecendo as aproximações da RD com a Atenção Básica. Por outro lado, criou as condições para a inserção da RD na RAPS de municípios que nunca tinham tido esta experiência, contribuindo muito para a rede pensar a Redução de Danos junto à Reforma Psiquiátrica.

A definição de dois enfoques de atuação para as Composições de RD –

trabalho de campo e apoio matricial – visa potencializar o trabalho do redutor de danos, transversalizando seu conhecimento na rede de saúde, pelo compartilhamento com os demais atores do cuidado. Conhecimento este que tem a especificidade de se produzir na aproximação às cenas de uso de drogas, através do vínculo e do acompanhamento de usuários para a promoção de saúde. Trabalhar com esses dois enfoques também visa potencializar a articulação das ações de RD nas Políticas e Serviços de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Atenção Básica e DST/AIDS.

No entanto, mais do que destinar recursos, era necessário assessorar as equipes no trabalho, possibilitar encontros entre os sujeitos – alguns com acúmulo de experiência no assunto e outros se aproximando pela primeira vez. Pensando nisso, antes de se iniciar o trabalho das composições de equipe nos municípios, foi realizada uma oficina de implantação para as mesmas. Participaram deste momento, trabalhadores de 25 municípios que trouxeram questões sobre como se aproximar das cenas de uso de drogas no trabalho de campo, demonstrando a importância e a potência destes momentos de encontro e educação permanente para a implementação das estratégias de cuidado em saúde.

Sabia-se, no entanto, que era necessário o apoio contínuo, não só para essas equipes, mas para a rede como um todo. Ampliava-se a rede de saúde mental, significativamente, mas somente a existência de uma rede não garantiria a superação da lógica manicomial, especialmente, quando o que está em jogo é o cuidado em álcool e outras drogas – campo historicamente tão carregado de preceitos morais. Era preciso capilarizar a redução de danos na rede, não somente como estratégia de cuidado de redutores de danos, mas como diretriz ética do SUS para a atenção às pessoas que usam álcool e outras drogas. O desafio era criar as condições para que a RD se fizesse presente

como ética e como estratégia na prática de qualquer profissional do SUS, onde quer que ele estivesse.

A presença intensificada do trabalho de apoio institucional georreferenciado em todas as regiões do RS possibilitou a ampliação de encontros, rodas de conversa e assessorias junto as coordenadorias regionais de saúde e municípios. Em todos esses espaços, a temática álcool e outras drogas esteve presente, a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde⁹ foi divulgada e a ética da redução de danos ganhou centralidade nos debates sobre o cuidado.

No ano de 2012, as prioridades foram nas agendas de apoio, o que ampliou a demanda dos municípios pela implantação da rede e, em especial, a demanda por mais conversas sobre a redução de danos. Em muitos desses lugares, nunca se tinha ouvido falar em redução de danos; em outros, havia um entendimento equivocado acerca do assunto; em outros, ainda, encontrava-se interessante acúmulo de experiência. Em todos esses contextos, havia muito que discutir e aprender.

O trabalho de apoio institucional às equipes também exige uma escuta clínica dos trabalhadores, pois cada profissional é atravessado por suas questões morais, as quais precisam estar em suspensão no momento da escuta dos usuários. Não há garantia de que essa suspensão da moral ocorra, a não ser a aposta de que, através de apoio, acompanhamento e educação permanente, possa haver um processo constante de colocação do próprio trabalho em análise e de deslocamento da posição moral. Em cada agenda da assessoria, visita técnica ou educação permanente, a redução de danos é tema debatido como ética a ser trabalhada. Obviamente houve e ainda há resistência, mas já se verifica uma ampliação significativa do interesse das pessoas pelo tema.

Em 2013, foi dada continuidade

às agendas permanentes de apoio, bem como se priorizou a realização de encontros macrorregionais de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O número de CAPS ampliou no RS de 139 em 2010 para 186 em 2014 e os CAPS de funcionamento 24 horas passaram de zero para 12 implantados neste período. Para estimular a implantação de CAPS com funcionamento 24 horas, a Secretaria Estadual de Saúde/RS estabeleceu em 2013, através da Resolução CIB 242, repasse de recursos para complementação do valor de custeio repassado pelo Ministério da Saúde. Foi feito o mesmo com as Unidades de Acolhimento e os Serviços Residenciais Terapêuticos – serviços que ainda precisam ser estimulados e expandidos no RS¹⁰.

Avaliou-se que estes equipamentos estavam com muitas dificuldades para empreender seu trabalho territorial, sendo que muitos deles operavam na lógica da abstinência e da centralidade da internação. Foram realizados então, ao longo de 2013, encontros de CAPS nas 7 macrorregiões de saúde do RS e, em todos os encontros, a redução de danos foi um dos temas priorizados, ao lado do apoio matricial, da atenção à crise e da infância e adolescência. Esses temas foram escolhidos a partir das demandas dos territórios, que apontavam estas questões como sendo os maiores impasses do trabalho dos CAPS.

Construção da Política

Já no último ano desta gestão, havia a preocupação em dar mais consistência aos diversos, potentes, mas ainda insipientes encontros da RAPS com a redução de danos. Sabemos do quanto esse trabalho está na contracorrente, na medida em que há muito mais acesso aos discursos antidrogas e a informações que estimulam a discriminação e a exclusão do que à redução de danos como ética de cuidado. Considerando este cenário, no planejamento de 2014 a equipe da Coordenação Estadual de Saúde

Mental Álcool e outras Drogas definiu tais ações: 1) publicar uma nova Resolução CIB que ampliasse os recursos para as equipes de redução danos; 2) criar uma Portaria Estadual que estabelecesse a Redução de Danos como Política Pública, dando diretrizes para sua inserção como prática e como ética no SUS e 3) realizar Encontros Macrorregionais de Redução de Danos em todas as regiões. O objetivo foi fortalecer a redução de danos como diretriz de cuidado, possibilitar encontro entre os atores interessados, produzir rede de pessoas que pudessem continuar dialogando e se encontrando independente da existência de apoio da gestão estadual.

A aproximação da Saúde Mental, Álcool e outras Drogas com a Atenção Básica e DST/AIDS se intensificou ainda mais, o que possibilitou uma articulação importante para a construção não só destes documentos, mas também do apoio compartilhado no território. Esse triângulo aproximou o acúmulo de experiência e a construção com a sociedade civil da Política de DST/AIDS, dos percursos da RD por dentro da Saúde Mental, ao promover ações de saúde mental de fato, mesmo que não por direito, pois não havia um posicionamento claro na Reforma Psiquiátrica e nem suporte financeiro na Política da Atenção Básica e sua vocação essencialmente territorial, pelo cuidado em liberdade, longitudinal e integral. A substituição da Resolução CIB 038/2012 pela Resolução CIB 234/2014¹¹ é resultado dessa potente triangulação, que fez ajustes e ampliou os recursos, agora não são só oriundos da Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, mas também da Atenção Básica e DST/AIDS. Atualmente, existem 40 composições de equipe de Redução de Danos no Estado.

A intensividade do caminho que se percorria nesse ano de 2014 convocava cada vez mais à transversalidade entre as Políticas. Na construção da Política Estadual de Redução de Danos, através da Portaria SES RS n. 503/2014¹², tal articulação entre

as Políticas de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Atenção Básica e DST/AIDS se fortalece, somada à participação da Política Estadual de Saúde da População Negra.

A Portaria, que institui a Política de Redução de Danos em âmbito estadual, faz um resgate do trabalho da Redução de Danos no Rio Grande do Sul integrado entre as três políticas, com a compreensão da RD como diretriz para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, para qualquer trabalhador em todos os serviços de saúde onde houver essa demanda. Aparecem como diretrizes da Política a promoção e prevenção de DST/HIV/AIDS na perspectiva da integralidade; a educação sobre drogas, na perspectiva da promoção da autonomia; articulação com outros equipamentos sociais e de produção de saúde; e o enfrentamento ao racismo institucional como determinante social em saúde.

A Portaria foi aprovada por unanimidade pelo Conselho Estadual de Saúde, cabendo a cada um e a todos dar-lhe vida a ela, como tentamos fazer com a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas nos territórios. Tanto a Política Estadual de Redução de Danos do RS quanto a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas do MS são documentos que podem servir como ferramentas para pensar o cuidado, tendo como principais diretrizes o protagonismo e autonomia dos usuários.

Já os Encontros Macrorregionais de Redução de Danos foram acontecimentos históricos importantes, pois rompe com um tempo em que a redução de danos era “censurada” no RS. Esses encontros foram extremamente intensos, reunindo muitas pessoas, atores históricos e recém-chegados na redução de danos. O compartilhamento de experiências, o debate sobre as políticas de drogas e, principalmente, o encontro entre pessoas foram seus aspectos fundamentais.

É importante ressaltar que a

programação e organização dos encontros se construíram com os atores de cada território, na aposta de servir como dispositivo para disparar processos de educação permanente na micropolítica. Essa potencialização da RD nos territórios foi mesmo produzida a partir dos Encontros Macrorregionais: alguns municípios reativaram Fóruns de Redução de Danos e outros os fortaleceram. Consideramos também que os Encontros serviram como espaços de educação permanente para os próprios redutores e como catalizador da rede, nutrindo-a com espaços de encontros e trocas.

As Resoluções CIB/RS e Política Estadual de Redução de Danos aprovadas são marcos importantes para legitimar o cuidado a pessoas que usam álcool e outras drogas, afirmado pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Porém, apenas políticas instituídas pelo Estado não garantem sustentabilidade como política pública. A Redução de Danos historicamente tem se sustentado a partir do encontro entre pessoas, não dependendo exclusivamente do apoio de um governo. É assim que se mantém há 14 anos, por exemplo, o Grupo de Estudos de Redução de Danos da Escola de Saúde Pública coordenado pelo Centro de Referência de Redução de Danos. Por isso, a aposta é de potencializar a construção da Redução de Danos nos territórios, nos encontros singulares em que se opera a ética do cuidado e o investimento em processos de educação permanente em saúde.

Espera-se que estas ações tenham constituído certa institucionalidade, de modo que possam servir de ferramentas para os atores envolvidos continuarem trabalhando. Espera-se que estes encontros tenham nos fortalecido para os desafios adiante, que são muitos. Por fim, ficam os desafios a todos que, como nós, *pensam que a rua é a parte principal da cidade* e o cuidado só é cuidado se for em liberdade.

Mocidade das Dores.

*Nós redutores
De danos,
Nos identificamos
Com as dores.
Com seres humanos
Que antes dos planos
São acolhedores.
Foi diferente
A hospitalidade
Da mocidade
Independente.
Não rolou bateria,
Mas tanta simpatia
Vinculou a gente
Como a gente quer,
Sem nariz em pé,
Um amor não exigente.
Com tanto carinho
E tanta amizade,
A gente é mocidade
Desde pequeninho.
Captou a nossa essência
Em uma feliz convergência
No acaso de um caminho.
Um astral bem mentaleiro,
Que com o nosso corrobora,
Até a tranca do banheiro
Fica do lado de fora!*

Carlinhos Guarnieri

(Poema escrito durante o Encontro de Redução de Danos da Macrorregião Centro-Oeste, em Santa Maria, em 17 e 18 de julho de 2014).

Agradecimentos

A todos que constroem a redução de danos no Rio Grande do Sul ao longo da história e aos que estiveram conosco nestes 4 anos, seja nos aconselhando ou correndo a maratona lado a lado, agradecemos essa intensa e afetiva rede de ensino-aprendizagem, militância e amizade.

Referências

- ¹ Lancetti A. A clínica peripatética. São Paulo: Hucitec; 2012.
- ² Rio Grande do Sul. 1999.
- ³ Lei n. 9.716, de 7 de agosto de 1992 (RS). [Internet] Porto Alegre: 1992. Disponível em: <http://www.mprs.mp.br/dirhum/legislacao/id326.htm>
- ⁴ Comissão Intergestores Bipartite (RS). Resolução CIB nº 403 de 03 de novembro de 2011. Cria os Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB) – saúde mental, dentro da Política Estadual da Atenção Básica. [Internet] Porto Alegre: 2011. Disponível em: www.saude.rs.gov.br
- ⁵ Comissão Intergestores Bipartite (RS) Resolução CIB nº 404 de 03 de novembro de 2011. Institui o Incentivo Financeiro Estadual para implantação pelos municípios de atividades educativas – modalidade Oficinas Terapêuticas. [Internet] Porto Alegre: 2011. Disponível em: www.saude.rs.gov.br
- ⁶ Comissão Intergestores Bipartite (RS) Resolução CIB nº 562 de 19 de setembro de 2012. Institui normas para organização e financiamento dos Serviços Hospitalares para Atenção Integral em Saúde Mental nos Hospitais Gerais do Estado do Rio Grande do Sul. [Internet] Porto Alegre: 2012. Disponível em: www.saude.rs.gov.br
- ⁷ Secretaria da Saúde (RS). Portaria RS/SES Nº 591 DE 19/12/2013; Regulamenta o funcionamento das Comunidades Terapêuticas no Rio Grande do Sul. [Internet] Porto Alegre: 2013. Disponível em: <http://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=263302>
- ⁸ Comissão Intergestores Bipartite (RS) Resolução CIB nº 038, de 1 de março de 2012. Institui, dentro da Política Estadual de Atenção Integral em Saúde Mental, álcool e outras drogas, Incentivo Financeiro Estadual para a Redução de Danos em âmbito municipal. [Internet] Porto Alegre: 2012. Disponível em: www.saude.rs.gov.br
- ⁹ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (BR). A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
- ¹⁰ Comissão Intergestores Bipartite (RS). Resolução CIB nº 242/13 – CIB/RS, que institui, dentro da Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, incentivo financeiro para custeio dos CAPS ad III, CAPS III, UA, UAi e SRT tipo I e II, em complementação ao financiamento federal [Internet] Porto Alegre: 2013b. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1372963874_cibr242_13.pdf
- ¹¹ Comissão Intergestores Bipartite (RS) Resolução CIB nº 234, de 12 de maio de 2014. Instituir recurso financeiro Estadual para a implantação de Composições de Redução de Danos em âmbito municipal, nas modalidades Intersetorial e de Equipe. [Internet] Porto Alegre: 2014. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1400262787_cibr234_14.pdf
- ¹² Secretaria da Saúde (RS). Portaria SES/RS nº 503, de 01 de julho de 2014. Institui a Política de Redução de Danos em âmbito estadual. [Internet] Porto Alegre: 2014b. Disponível em: http://cosemsrs.org.br/imagens/portarias/por_g1b2.pdf