



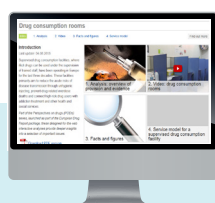
## PERSPETIVAS SOBRE DROGAS

# Salas de consumo assistido de droga: panorâmica geral da oferta e provas de eficácia

Há já três décadas que existem instalações de consumo assistido de droga, onde podem ser consumidas drogas ilícitas sob a supervisão de pessoal qualificado, a funcionar na Europa. O objetivo principal destes equipamentos é reduzir os riscos agudos de transmissão de doenças através de práticas de injeção anti-higiénicas, prevenir as mortes por overdose de droga e estabelecer ligações entre os consumidores de alto risco e os serviços de tratamento da toxicodependência e outros serviços de saúde e sociais.

Além disso, procuram contribuir para reduzir o consumo de droga em espaços públicos e a presença de agulhas usadas e outros problemas de ordem pública associados aos locais abertos de consumo. De um modo geral, as salas de consumo assistido de droga fornecem aos consumidores equipamento de injeção esterilizado, serviços de aconselhamento antes, durante e após o consumo, cuidados de emergência em caso de overdose, bem como cuidados de saúde primários e encaminhamento para serviços adequados de assistência social ou de tratamento da toxicodependência.

Com o surgimento e a rápida propagação do vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (VIH/SIDA) ligado ao consumo epidémico de heroína e de droga injetada na década de 1980, desenvolveram-se na Europa várias respostas de redução dos danos associados ao consumo de droga injetada e a outras formas de consumo de alto risco. Entre elas figuram os serviços de proximidade, a educação pelos pares, a promoção da saúde, a distribuição de material de injeção limpo e o tratamento de substituição opiácea. Embora a política de redução de danos tenha começado a obter maior aceitação e a expandir-se na Europa na década de 1990, uma das respostas mais polémicas foi a disponibilização, nos locais de tratamento dos consumidores de droga, de espaços onde estes podiam consumir sob supervisão. Por vezes, há quem manifeste preocupação quanto à possibilidade de tais espaços poderem incentivar o consumo de droga, atrasar a entrada em tratamento ou agravar os problemas dos mercados de droga locais, tendo havido, em alguns casos, intervenções políticas para travar as iniciativas de criação





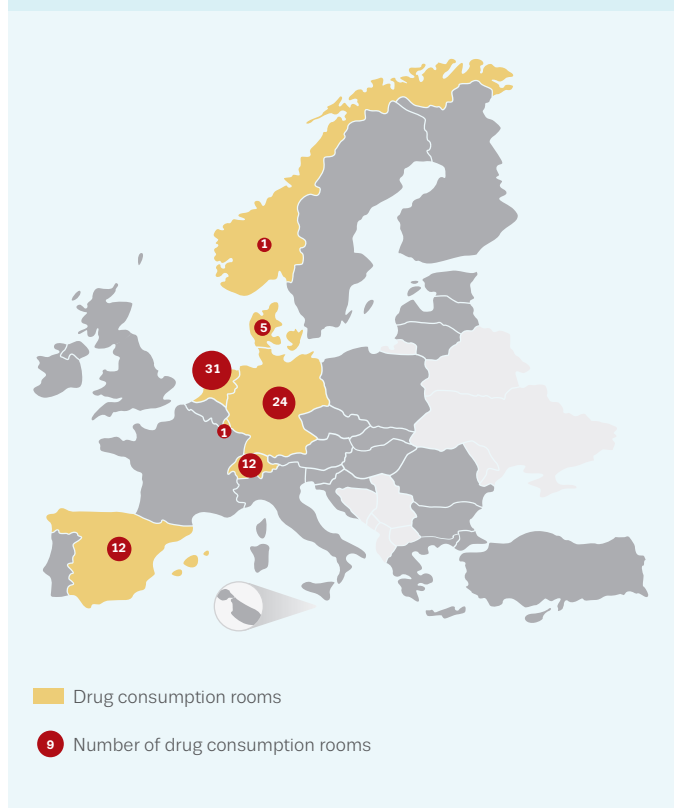
de salas de consumo (Jauffret-Roustide et al., 2013). No entanto, e tendo em conta que o debate sobre a abertura de novas salas continua a ser uma prioridade política em vários países europeus, a presente análise pretende apresentar uma perspetiva geral das suas características e da oferta atual existente, bem como da eficácia deste tipo de intervenção.

As salas de consumo assistido de droga são unidades de saúde supervisionadas por profissionais, onde os consumidores de droga podem consumir em condições mais seguras. Procuram atrair populações de consumidores difíceis de contactar, em especial grupos marginalizados e pessoas que consomem drogas na rua ou noutras condições de risco e anti-higiénicas. Um dos seus principais objetivos é diminuir a morbilidade e a mortalidade, disponibilizando um ambiente seguro que possibilite um consumo mais higiénico e instruindo os utentes sobre práticas de consumo mais seguras. Simultaneamente, procuram reduzir o consumo de droga em público e melhorar os espaços públicos em redor dos mercados de droga urbanos. Outro objetivo é promover o acesso a equipamentos sociais, de saúde e de tratamento da toxicod dependência (ver «Modo de serviço»).

As salas de consumo assistido de droga foram inicialmente desenvolvidas em resposta a problemas de saúde e ordem públicas ligados aos locais de consumo abertos e aos mercados de droga, em cidades que já dispunham de uma rede de serviços para os toxicod dependentes, mas que continuavam a ter dificuldades em resolver estes problemas. Constituem, assim, uma resposta «local», estreitamente ligada às opções políticas dos agentes locais, assentes numa avaliação das necessidades existentes a esse nível e determinada pelas decisões tomadas a nível municipal ou regional. Em regra, as instalações de consumo assistido estão situadas em zonas afetadas por problemas de consumo público e são direcionadas para subpopulações de consumidores com poucas oportunidades de se injetarem de forma higiénica (por exemplo, pessoas sem-abrigo ou que vivem em alojamentos e abrigos inseguros). Alguns utentes com maior estabilidade social também utilizam estas salas por vários outros motivos, por exemplo, por viverem

## Factos e números

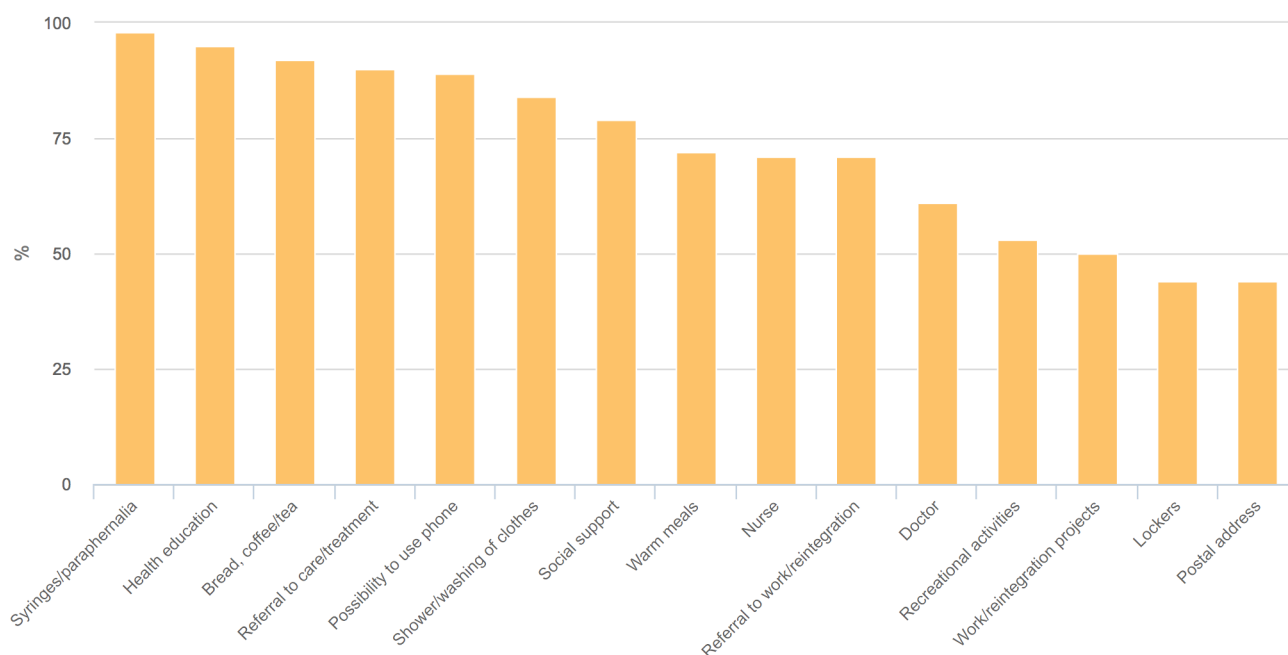
Figura: localização e número de instalações de consumo assistido de droga na Europa



com parceiros ou familiares que não consomem (Hedrich e Hartnoll, 2015).

No que respeita à evolução histórica desta forma de intervenção, a primeira sala de consumo assistido de droga foi aberta em Berna, na Suíça, em junho de 1986. Nos anos seguintes, foram criadas outras instalações do mesmo tipo na Alemanha, Países Baixos, Espanha, Noruega, Luxemburgo, Dinamarca e Grécia. No total, há atualmente 74 instalações de consumo assistido de droga oficiais a funcionar em seis dos países que comunicam informações ao EMCDDA, tendo a única instalação existente na Grécia encerrado em 2014. Existem ainda 12 instalações na Suíça (ver «Factos e números»). Examinando estes números mais detalhadamente, verificamos que em fevereiro de 2016 havia: 31 instalações em 25 cidades dos Países Baixos; 24 em 15 cidades da Alemanha; 12 em três cidades de Espanha; uma na Noruega; e uma no Luxemburgo (a Noruega e o Luxemburgo realizam atualmente preparativos para a abertura de uma segunda instalação em 2016); cinco em três cidades da Dinamarca e 12 em oito cidades da Suíça. Em janeiro de 2016, foi aprovado em França, por lei, um projeto-piloto de seis anos que prevê a criação de salas de consumo assistido de droga, cuja abertura deverá ter início na segunda metade de 2016. Na Eslovénia, uma alteração ao código penal também permitiu criar o contexto para a abertura de instalações de consumo assistido; após um concurso

Figura 1: Oferta de serviços auxiliares prestados em salas de consumo assistido de droga



Fonte: baseado no Quadro 6.1 em Woods, 2014.

público, o Ministro da Saúde escolheu uma organização não-governamental em Liubliana para implementar o projeto-piloto. Fora da Europa existem duas instalações em Vancouver, no Canadá, e um centro de consumo de droga injetada medicamente assistido em Sidnei, na Austrália.

## Características

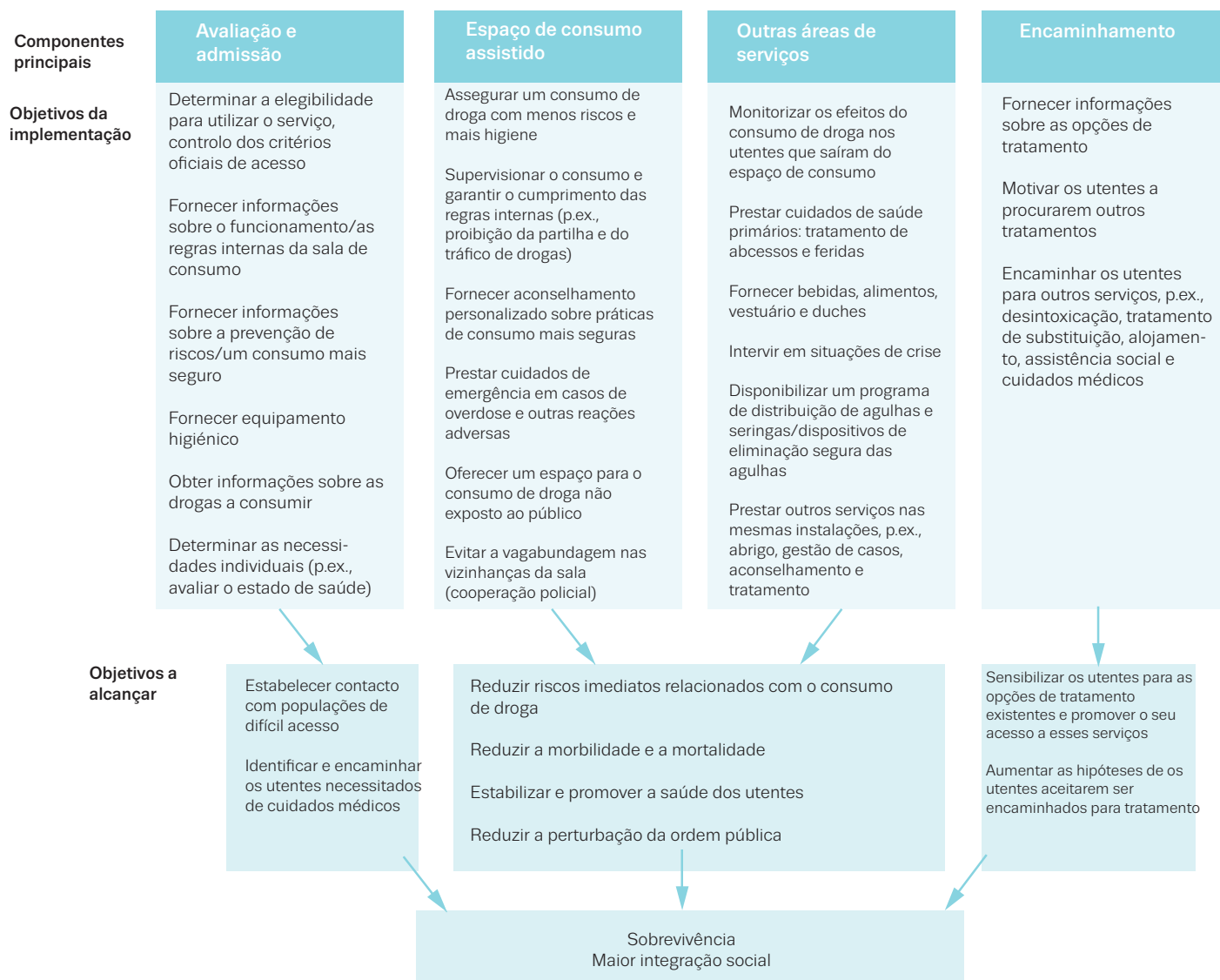
As instalações de consumo assistido de droga possuem várias características em comum, independentemente da sua localização. Por exemplo, o seu acesso está normalmente restringido aos utentes registados e sujeito a certas condições, por exemplo, de idade mínima e residência local. Geralmente, funcionam em diversas zonas das cidades como dependências de instalações preexistentes para consumidores de droga ou pessoas sem-abrigo, mas algumas são unidades autónomas. Estão, na sua maioria, direcionadas para os consumidores de droga injetada, embora incluam cada vez mais consumidores que fumam ou inalam drogas.

Globalmente, há três modelos de salas de consumo assistido de droga em funcionamento na Europa: instalações integradas, especializadas e móveis. A grande maioria das salas de consumo assistido de droga estão integradas em serviços de baixo limiar de exigência. Neste caso, a supervisão do consumo de droga é um dos vários serviços orientados para a sobrevivência dos utentes prestados nas

mesmas instalações, nomeadamente o fornecimento de alimentos, duches e vestuário às pessoas que vivem na rua, a distribuição de materiais de prevenção como preservativos e recipientes para agulhas e, ainda, aconselhamento e tratamento da toxicodependência. As salas de consumo especializadas apenas prestam serviços mais restritos, diretamente relacionados com o consumo assistido, nos quais se incluem o fornecimento de materiais de injeção esterilizados, o aconselhamento sobre cuidados de saúde e práticas de consumo mais seguras, a intervenção em caso de emergências e a disponibilização de um espaço onde os consumidores podem ficar sob observação após o consumo. Atualmente, existem instalações móveis em Barcelona e Berlim, as quais permitem uma prestação de serviços flexível em termos geográficos, mas normalmente atendem menos utentes do que as instalações fixas (Schäffer et al., 2014).

Um estudo recentemente publicado sobre a estrutura organizativa globalmente adotada por 62 instalações de consumo assistido de droga, em sete países europeus (Woods, 2014), mostra que essas instalações prestam uma vasta gama de serviços de apoio. Além de fornecerem equipamento de injeção limpo e aconselhamento em matéria de educação para a saúde e de encaminharem os utentes para o tratamento e outros tipos de assistência, 60–70 % das instalações permitem aceder a cuidados de saúde primários, prestados por enfermeiros ou médicos (ver Figura 1).

## Modelo de serviço de uma instalação de consumo assistido de droga



Um inquérito a 33 responsáveis por salas de consumo assistido <sup>(1)</sup> (Woods, 2014) revelou que, em média, as suas instalações têm sete espaços para consumo assistido de droga injetada (variando entre um e 13 espaços individuais) e quatro espaços para fumar/inalar. Mais de metade das instalações prestam este serviço diariamente, estando abertas durante oito horas por dia, em média. O número de visitantes diários era muito variável — entre 20 e 400 —, sendo que seis das 33 instalações atendiam mais de 200 utentes por dia. As instalações de tratamento da toxicodependência foram identificadas, a par da polícia, como as principais fontes de encaminhamento.

<sup>(1)</sup> As instalações dos Países Baixos não estão incluídas.

## Provas de eficácia

As primeiras salas de consumo assistido de droga foram criadas em cidades suíças, alemãs e neerlandesas, em resposta a preocupações de saúde e ordem pública relacionadas com os locais de consumo abertos. Embora criadas e apoiadas por várias entidades locais, inicialmente tinham um carácter experimental e, por vezes, geravam controvérsia. Posteriormente, os prestadores de serviço locais, as autoridades de saúde pública e a polícia monitorizaram atentamente a situação existente antes e depois da abertura das instalações e verificaram se as mudanças pretendidas tinham ou não sido concretizadas. Os resultados da

monitorização eram diretamente comunicados aos decisores políticos locais e, por vezes, aos nacionais, mas raramente foram publicados na literatura internacional, permanecendo relativamente inacessíveis para os investigadores internacionais até serem publicadas resenhas em língua inglesa (supervisedinjection.vch.ca).

A eficácia das instalações de consumo assistido de droga no que respeita ao estabelecimento e manutenção do contacto com populações-alvo muito marginalizadas foi amplamente documentada (Lloyd-Smith et al., 2009), para além dos benefícios gerais em matéria de saúde e ordem públicas.

A investigação demonstrou igualmente que a utilização de instalações de consumo assistido de droga está associada a uma diminuição dos comportamentos de risco, como a partilha de seringas, comunicada pelos próprios utentes. São, assim, reduzidos alguns comportamentos que aumentam o risco de transmissão do VIH e de morte por overdose (por exemplo, Kimber et al., 2010), em parte porque estas instalações não cobrem toda a população-alvo e também devido a problemas metodológicos que não permitem isolar o seu efeito dos efeitos produzidos por outras intervenções.

Alguns dados fornecidos por estudos ecológicos sugerem que, quando a cobertura é adequada, as salas de consumo assistido de droga podem contribuir para reduzir as mortes relacionadas com a droga nas cidades (Salmon et al., 2010).

A utilização de instalações de consumo também está associada a uma maior adesão aos tratamentos de desintoxicação e da toxicodependência, incluindo o tratamento de substituição opiácea. Por exemplo, o estudo de coorte canadiano comprovou que a frequência da instalação de Vancouver estava associada a maiores taxas de encaminhamento para centros de tratamento da toxicodependência e a maiores taxas de adesão aos tratamentos de desintoxicação e de manutenção com metadona (DeBeck et al., 2011).

Os estudos de avaliação observaram um impacto global positivo nas comunidades onde estas instalações estão localizadas. No entanto, à semelhança do que acontece com os programas de distribuição de agulhas e seringas, é essencial consultar os principais intervenientes a nível local para diminuir a resistência da comunidade e as reações contraproducentes por parte da polícia. De um modo geral, os centros de tratamento da toxicodependência com instalações de consumo assistido foram bem aceites pelas comunidades e empresas locais (Vecino et al., 2013).

Para examinar o efeito produzido pela instalação de Sydney sobre a criminalidade violenta e contra o património relacionada com a droga, na zona onde está situada, utilizou-

## Vídeo: salas de consumo



Vídeo: salas de consumo assistido de droga:  
[www.emcdda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms](http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms)

se uma série cronológica dos incidentes de furto e roubo registados pela polícia (Wood et al., 2006).

Nas zonas em que se registou um aumento do consumo de drogas inaláveis, nomeadamente de cocaína-crack fumada, as instalações inicialmente destinadas a consumidores de droga injetada começaram a alargar os seus serviços à inalação assistida. Os resultados dos estudos sugerem que as instalações de inalação assistida poderão reduzir a perturbação da ordem pública e os conflitos com a polícia (DeBeck et al., 2011). Esta alteração na prestação de serviços ocorre num contexto em que a prevalência do consumo de heroína injetada está a diminuir e o acesso ao tratamento de substituição opiácea a aumentar. Algumas instalações adaptaram, por isso, a prestação de serviços às necessidades das populações de consumidores de crack que vivem nas zonas mais pobres das cidades.

Em suma, a disponibilização de instalações de consumo assistido proporciona benefícios como a melhoria da segurança e da higiene do consumo de droga, especialmente para os utentes regulares, um maior acesso aos serviços de saúde e assistência social e a redução do consumo de droga em público, bem como das perturbações a este associadas. Nada indica que a disponibilidade de instalações de consumo mais seguro de droga injetada aumente o consumo de droga ou a frequência com que é injetada. Estes serviços facilitam a entrada em tratamento, e não o seu adiamento, e não fazem aumentar as taxas de criminalidade relacionada com a droga a nível local.

## Conclusão

As instalações de consumo assistido de droga conseguem estabelecer e manter o contacto com consumidores de alto risco que não querem ou ainda não estão preparados para

deixar de consumir droga. Em vários países europeus, o consumo assistido já faz parte integrante dos serviços de baixo limiar de exigência prestados no âmbito dos sistemas de tratamento da toxicodependência. Na Suíça e em Espanha, foram encerradas algumas salas de consumo assistido de droga, principalmente devido à diminuição do consumo de heroína injetada e à menor necessidade de tais serviços, mas em alguns casos também para reduzir custos. Na Grécia, o funcionamento da instalação existente foi suspenso ao fim de nove meses, devido aos atrasos no estabelecimento da sua base jurídica, e o prestador de serviços está a preparar a sua reabertura em colaboração com o Ministério da Saúde. Nos Países Baixos, foram efetuados cortes devido à redução do número de visitantes, relacionada com o êxito obtido por outro programa (Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang), que procedeu ao alojamento de pessoas sem-abrigo em alojamentos (vigiados) onde o consumo de droga é frequentemente permitido. Neste país, as salas de consumo de álcool, geralmente localizadas no mesmo edifício, mas em divisões separadas, são cada vez mais associadas a instalações de consumo assistido de droga (Netherlands Reitox Focal Point, 2014).

O surgimento de novas formas de consumo de estimulantes injetados, incluindo as novas substâncias psicoativas, resultou no aumento dos potenciais riscos a que os consumidores de droga estão sujeitos. Neste contexto, as salas de consumo assistido estão a ser objeto de debate político em alguns países europeus onde se têm feito ouvir apelos à sua criação. Por serem serviços de primeira linha, com um baixo limiar de exigência, as salas de consumo assistido de droga figuram, com frequência, entre as primeiras entidades a aperceber-se dos novos padrões de consumo de droga e, por isso, também desempenham um papel importante na identificação precoce de tendências novas e emergentes entre as populações de alto risco que as utilizam.



## Referências

- DeBeck, K., Kerr, T., Bird, L., et al. (2011), 'Injection drug use cessation and use of North America's first medically supervised safer injecting facility', *Drug and Alcohol Dependence* 15 January, 113(2–3), pp. 172–6.
- EMCDDA, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2004), *European report on drug consumption rooms*, Thematic Paper, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg ([www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_2944\\_EN\\_consumption\\_rooms\\_report.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_2944_EN_consumption_rooms_report.pdf))
- Freeman, K., Jones, C. G., Weatherburn, D. J., et al. (2005), 'The impact of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre (MSIC) on crime', *Drug and Alcohol Review* March, 24(2), pp. 173–84.
- Hedrich, D. and Hartnoll, R. (2015), 'Harm reduction interventions', in El-Guebaly, N., Carrà, G. and Galanter, M. (eds), *Textbook of addiction treatment: international perspectives*, Section IV: main elements of a systems approach to addiction treatment, Springer, Milan, pp. 1291–313.
- Hedrich, D., Kerr, T. and Dubois-Arber, F. (2010), 'Drug consumption facilities in Europe and beyond', in Rhodes, T. and Hedrich, D. (eds), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, EMCDDA Scientific Monograph Series No. 10, Publications Office of the European Union, Luxembourg, pp. 305–31 ([www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_157300\\_EN\\_emcdda-harm%20red-mon-ch11-web.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_157300_EN_emcdda-harm%20red-mon-ch11-web.pdf))
- Jauffret-Roustide, M., Pedrono, G. and Beltzer, N. (2013), 'Supervised consumption rooms: the French paradox', *International Journal of Drug Policy* 24, pp: 628–30.
- Kimber, J., MacDonald, M., van Beek, I., et al. (2003), 'The Sydney Medically Supervised Injecting Centre: client characteristics and predictors of frequent attendance during the first 12 months of operation', *Journal of Drug Issues* 33, pp. 639–48.
- Kimber, J., Palmateer, N., Hutchinson, S., et al. (2010), 'Harm reduction among injecting drug users: evidence of effectiveness', in Rhodes, T. and Hedrich, D. (eds), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, EMCDDA Scientific Monograph Series No. 10, Publications Office of the European Union, Luxembourg, pp. 115–63.
- Lloyd-Smith, E., Wood, E., Zhang, R., et al. (2009), 'Determinants of cutaneous injection-related infection care at a supervised injecting facility', *Annals of Epidemiology* 19(6), pp. 404–9.
- Marshall, B. D., Milloy, M. J., Wood, E., Montaner, J. S. and Kerr, T. (2011), 'Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study', *The Lancet* 23 April, 377(9775), pp. 1429–37.
- Milloy, M. J. and Wood, E. (2009), 'Emerging role of supervised injecting facilities in human immunodeficiency virus prevention', *Addiction* 104(4), pp. 620–1.
- Netherlands Reitox Focal Point (2014), *The Netherlands drug situation 2014: report to the EMCDDA by the Reitox national focal point*, Trimbos Institute, Utrecht.
- Poschadel, S., Höger, R., Schnitzler, J. and Schreckenberger, D. (2003), 'Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland', Nr 149, *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherheit*, Baden-Baden.
- Potier, C., Laprèvote, V., Dubois-Arber, F., Cottencin, O. and Rolland, B. (2014), 'Supervised injection services: what has been demonstrated? A systematic literature review', *Drug and Alcohol Dependence* 145, pp. 48–68.

- | Salmon, A. M., Thein, H. H., Kimber, J., Kaldor, J. M. and Maher, L. (2007), 'Five years on: what are the community perceptions of drug-related public amenity following the establishment of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre?' *International Journal of Drug Policy* 18(1), pp. 46–53.
- | Salmon, A. M., Van Beek, I., Amin, J., Kaldor, J. and Maher, L. (2010), 'The impact of a supervised injecting facility on ambulance call-outs in Sydney, Australia', *Addiction* 105, pp. 676–83.
- | Schäffer, D., Stöver, H., Schatz E. and Weichert, L. (2014), *Drug consumption rooms in Europe: models, best practice and challenges*, European Harm Reduction Network, Amsterdam.
- | Small, W., Wood, E., Lloyd-Smith, E., Tyndall, M. and Kerr, T. (2008), 'Accessing care for injection-related infections through a medically supervised injecting facility: a qualitative study', *Drug and Alcohol Dependence* 98(1–2), pp. 159–62.
- | Small, W., Van Borek, N., Fairbairn, N., Wood, E. and Kerr, T. (2009), 'Access to health and social services for IDU: the impact of a medically supervised injection facility', *Drug and Alcohol Review* 28(4), pp. 341–6.
- | Stoltz, J. A., Wood, E., Small, W., et al. (2007), 'Changes in injecting practices associated with the use of a medically supervised safer injection facility', *Journal of Public Health (Oxford)* 29(1), pp. 35–9.
- | Thein, H.-H., Kimber, J., Maher, L., MacDonald, M. and Kaldor, J. M. (2005), 'Public opinion towards supervised injecting centres and the Sydney Medically Supervised Injecting Centre', *International Journal of Drug Policy* 16(4), pp. 275–80.
- | Urban Health Research Initiative (UHRI) (2010), 'Insight into Insite', UHRI, Vancouver ([www.cfenet.ubc.ca/sites/default/files/uploads/publications/insight\\_into\\_insite.pdf](http://www.cfenet.ubc.ca/sites/default/files/uploads/publications/insight_into_insite.pdf))
- | Vecino, C., Villalbí, J. R., Guitart, A., et al. (2013), [Safe injection rooms and police crackdowns in areas with heavy drug dealing: evaluation by counting discarded syringes collected from the public space] (in Spanish), *Addiciones* 25(4), pp. 333–8 ([www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24217502](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24217502)).
- | Wood, E., Kerr, T., Small, W., et al. (2004), 'Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users', *Canadian Medical Association Journal* 28 September, 171(7), pp. 731–4.
- | Wood, E., Tyndall, M. W., Lai, C., Montaner, J. S. G. and Kerr, T. (2006), 'Impact of a medically supervised safer injecting facility on drug dealing and other drug-related crime', *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy* 4, pp. 1–4.
- | Wood, E., Tyndall, M. W., Zhang, R., Montaner, J. S. and Kerr, T. (2007), 'Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users', *Addiction* 102(6), pp. 916–19.
- | Woods, S. (2014), *Organisational overview of drug consumption rooms in Europe*, European Harm Reduction Network – Regenboog Groep, Amsterdam ([www.eurohrn.eu/index.php/drug-consumption-rooms](http://www.eurohrn.eu/index.php/drug-consumption-rooms)).

#### Outras leituras

- | MSCI Sydney: [www.sydneymsic.com](http://www.sydneymsic.com)  
MSIC Evaluation Committee (2003), *Final report of the evaluation of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre*, University of New South Wales, Sydney ([www.sydneymsic.com/index.php/background-info-MSIC-Evaluation](http://www.sydneymsic.com/index.php/background-info-MSIC-Evaluation)).  
Factsheet: [www.sydneymsic.com/images/resources/images/ttffactsheetsjuly2013.pdf](http://www.sydneymsic.com/images/resources/images/ttffactsheetsjuly2013.pdf).
- | SIS Vancouver: [supervisedinjection.vch.ca](http://supervisedinjection.vch.ca)  
Urban Health Research Initiative (UHRI) (no date), Insight to Insite (<http://uhri.cfenet.ubc.ca/content/view/57/92/>).