



PERSPETIVAS SOBRE DROGAS

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

Há já três décadas que existem na Europa instalações de consumo assistido de droga, onde podem ser consumidas drogas ilícitas sob a vigilância de pessoal formado. Estas instalações têm como objetivo principal reduzir os riscos agudos de transmissão de doenças devido a práticas de injeção anti-higiénicas, prevenir as mortes por overdose de droga e pôr em contacto 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 ao consumo a céu aberto. De um modo geral, as salas de consumo de droga disponibilizam aos consumidores material 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 médico-social ou de tratamento da toxicodependência.

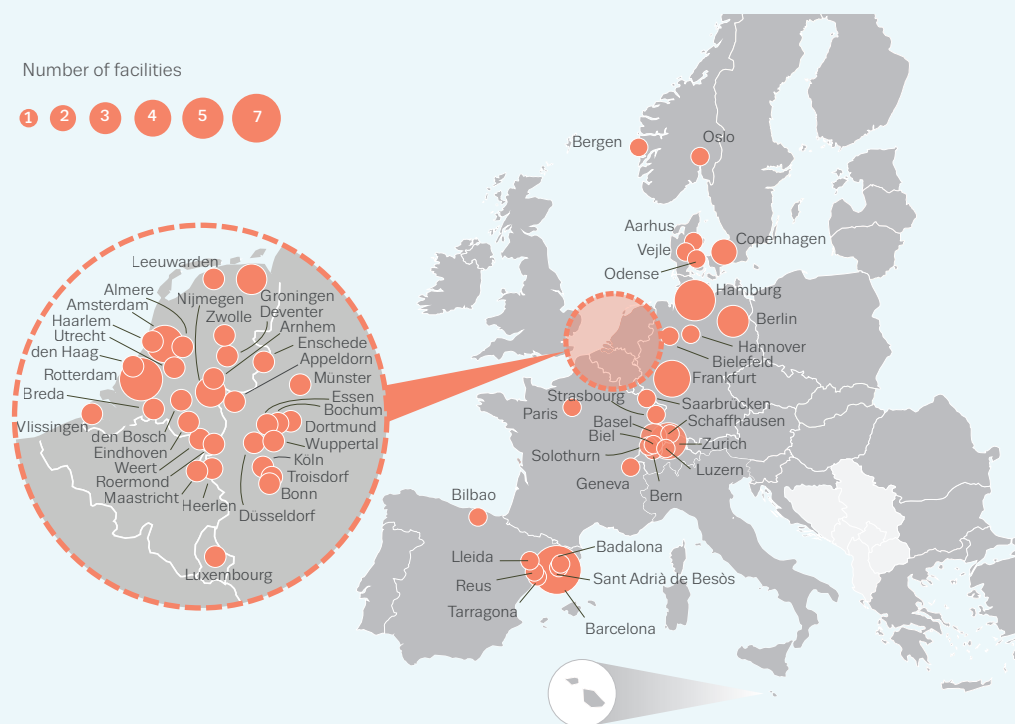
Com a emergência e a rápida propagação do vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (VIH/SIDA) associadas ao consumo epidémico de heroína e de droga injetada na década de 1980, uma série de respostas orientadas para a redução dos danos associados ao consumo de droga injetada e a outras formas de consumo de alto risco foram desenvolvidas na Europa. 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 de opiáceos. Embora a política de minimização de danos tenha começado a ter uma maior aceitação e a expandir-se na Europa na década de 1990, uma das respostas que mais controvérsia gerou foi a disponibilização, em instalações locais de tratamento dos consumidores de droga, de espaços onde estes podiam consumir sob vigilância. Foram por vezes manifestadas preocupações 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

[emcdda.europa.eu/topics/
pods/drug-consumption-rooms](http://emcdda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms)



Factos e números

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



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 de consumo continua a ser uma prioridade na agenda política em vários países europeus, esta análise visa apresentar uma perspetiva geral das características destas estruturas, da oferta atual existente e da eficácia deste tipo de intervenção.

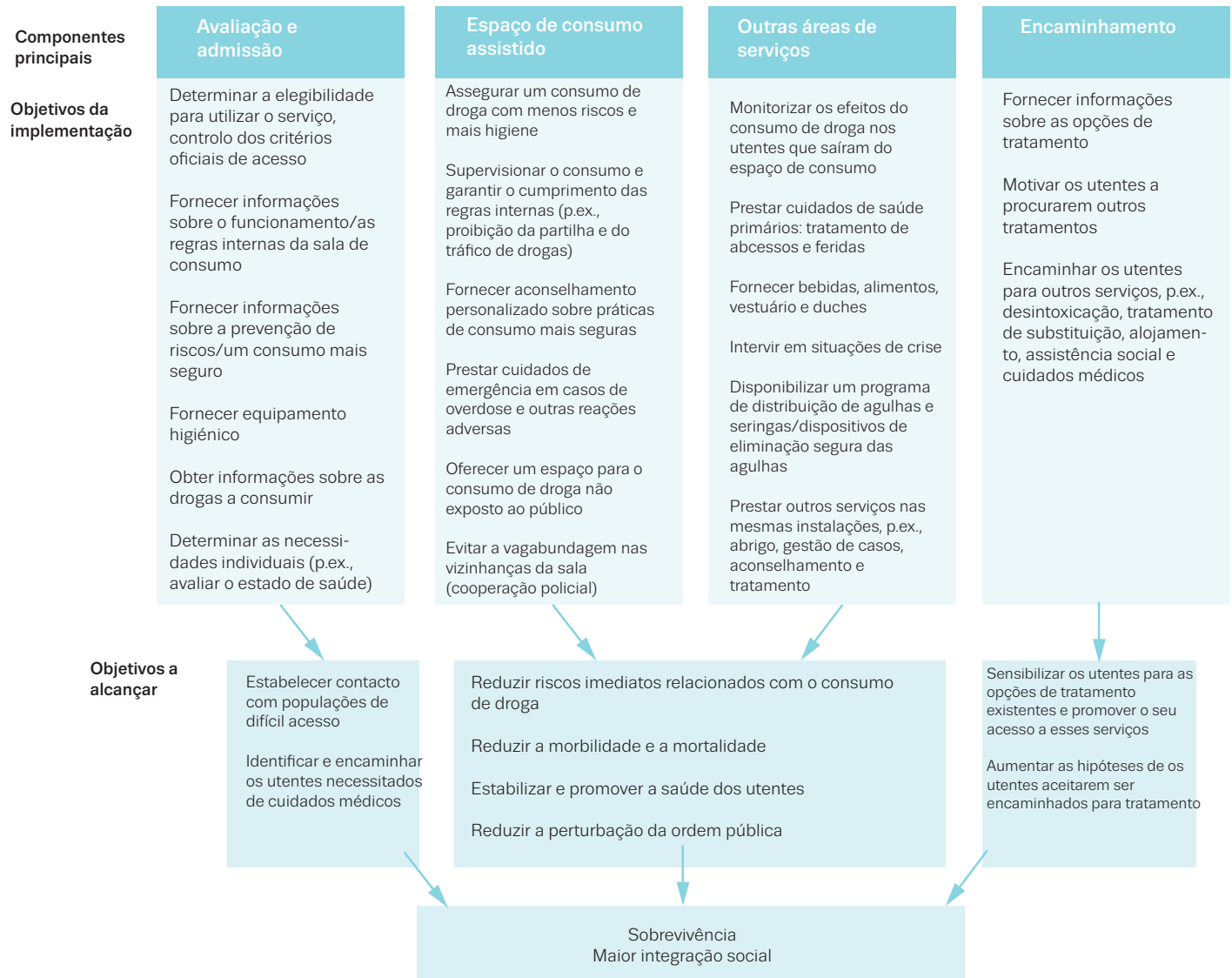
As salas de consumo de droga são unidades de saúde supervisionadas por profissionais, onde os consumidores de droga podem consumir em condições mais seguras. Procuram atrair populações de consumidores difíceis de contactar, em especial grupos marginalizados e pessoas que consomem drogas na via pública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

As salas de consumo de droga foram inicialmente implementadas em resposta a problemas de saúde e ordem pública ligados ao consumo a céu aberto 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, assente 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 possibilidades de se injetarem em condições de higiene aceitáveis (por exemplo, pessoas sem-abrigo ou que vivem em alojamentos precários ou abrigos). Em alguns casos, certos utentes com maior estabilidade social também utilizam estas salas por razões diversas como, por exemplo, por viverem com parceiros ou familiares que não consomem drogas (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 instalações do mesmo tipo na Alemanha, nos Países Baixos, em Espanha, na Noruega, no Luxemburgo, na Dinamarca, na Grécia e em França. Atualmente, encontram-se em funcionamento 78 instalações oficiais de consumo assistido de droga em sete países que transmitem dados ao OEDT, após a abertura, em 2016, das duas primeiras instalações de consumo assistido de droga em França 2016, no âmbito de um teste com a duração de 6 anos. Existem também 12 instalações na Suíça (ver «Factos e números»).

Modelo de serviço de uma instalação de consumo assistido de droga



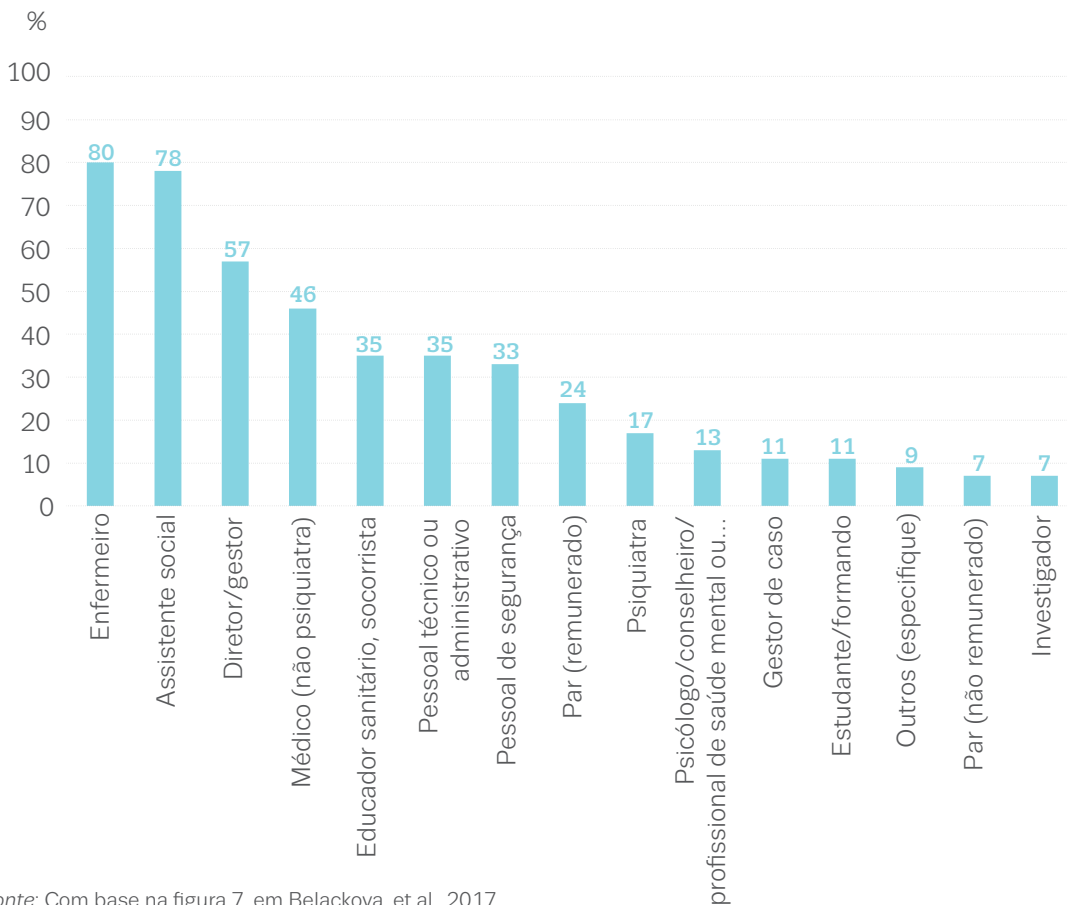
De forma mais detalhada, em abril de 2018 existiam: 31 instalações em 25 cidades dos Países Baixos; 24 em 15 cidades da Alemanha; cinco em quatro cidades da Dinamarca; 13 em sete cidades de Espanha; duas em duas cidades da Noruega; duas em duas cidades de França; uma no Luxemburgo e 12 em oito cidades da Suíça.

Na Irlanda, foi aprovada uma lei (*Misuse of Drugs Act (Supervised Injection Facilities)*, 2017) com vista a permitir o licenciamento e a regulamentação destas estruturas. No mesmo mês, foram anunciados em Lisboa, Portugal, as localizações e a área de operação de dois equipamentos fixos e de uma unidade móvel de consumo assistido de droga. Espera-se que os serviços entrem em funcionamento no segundo semestre de 2018 e no início de 2019. Com base num estudo de viabilidade das instalações de consumo

assistido de droga realizado em cinco grandes cidades da Bélgica (Gante, Antuérpia, Bruxelas, Liège e Charleroi), foram apresentadas recomendações à classe política belga em fevereiro de 2018 (Vander Laenen et al., 2018).

O aumento do número de mortes por overdose de opiáceos e os estudos realizados em duas salas de injeção assistida de Vancouver estão entre os fatores que contribuem para que vários municípios estejam atualmente a apostar na criação deste tipo de equipamentos em todo o Canadá (Spencer et al., 2017; www.sallesdeconsommation.com). Em Melbourne, Austrália, está a ser preparada a abertura de um centro de injeção sob vigilância médica de acordo com o modelo já existente em Sydney.

Figura 1: Grupos profissionais representados nas salas de consumo assistido de droga



Fonte: Com base na figura 7, em Belackova, et al., 2017.

Características

As instalações de consumo de droga possuem várias características em comum, independentemente da sua localização. Por exemplo, o seu acesso está normalmente restringido a utentes registados e sujeito a certas condições, por exemplo, de idade mínima e local de residência. Geralmente, funcionam em zonas distintas 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 as drogas.

Em termos globais, existem três modelos de salas de consumo de droga em funcionamento na Europa: instalações integradas, especializadas e móveis. A grande maioria das salas de consumo de droga estão integradas em serviços de baixo limiar de exigência. Neste modelo, a vigilância do consumo de droga constitui um dos vários serviços orientados para a sobrevivência dos utentes prestados nas mesmas instalações, incluindo a disponibilização 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 têm uma oferta de serviços mais limitada, 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. Existem atualmente unidades móveis em Barcelona e Berlim, as quais permitem uma prestação de serviços flexível em termos geográficos, mas que geralmente atendem menos utentes do que as instalações fixas (Schäffer et al., 2014).

Uma análise de 62 instalações de consumo de droga em sete países europeus (Woods, 2014) mostra que essas instalações prestam uma vasta gama de serviços de apoio. Além de fornecerem material de injeção limpo e aconselhamento em matéria de educação para a saúde e de encaminharem os utentes para tratamento e outros tipos de assistência, 60 a 70 % das instalações permitem aceder a cuidados de saúde primários, prestados por enfermeiros ou médicos. Entre os serviços frequentemente fornecidos, incluem-se: colocação à disposição de café/chá, telefone, duches e lavagem de roupa.

O mesmo inquérito ⁽¹⁾ (Woods, 2014) revelou que, em média, as instalações disponibilizam sete espaços para consumo

⁽¹⁾ As instalações dos Países Baixos não estão incluídas.

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, em média, durante oito horas por dia. O número de visitantes diários variou consideravelmente — entre 20 e 400 —, sendo que seis das 33 instalações atenderam mais de 200 utentes por dia. As instalações de tratamento da toxicod dependência foram identificadas, a par da polícia, como as principais fontes de encaminhamento.

Um inquérito *online* recentemente realizado pela Rede Internacional de Salas de Consumo Assistido de Droga (*International Network of Drug Consumption Rooms - INDCR*) analisou, entre outras, as profissões representadas nas salas de consumo. A maioria das equipas incluía enfermeiros e assistentes sociais, mas os médicos estiveram representados em quase metade das equipas e o pessoal de segurança num terço das equipas das salas de consumo (Belackova et al., 2017).

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 o consumo a céu aberto. Apesar de criadas e apoiadas por várias entidades locais, tais instalações tiveram no início um carácter experimental e, por vezes, geraram 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 foram diretamente comunicados aos decisores políticos locais e, por vezes, aos nacionais, mas raramente foram publicados na literatura internacional, permanecendo relativamente inacessíveis aos investigadores internacionais até serem publicadas recensões em língua inglesa (Kimber et al., 2003; EMCDDA, 2004). No entanto, as instalações de consumo assistido de droga injetada estabelecidas em Sydney e Vancouver como projetos-piloto foram acompanhadas de estudos de avaliação universitários, devidamente financiados, que utilizaram métodos sofisticados (incluindo estudos de coorte) e permitiram reunir um conjunto de dados muito substancial (ver síntese em www.sydneymsic.com e supervisedinjection.vch.ca).

A eficácia das instalações de consumo assistido de droga no que respeita ao estabelecimento e à manutenção do contacto com populações-alvo muito marginalizadas foi amplamente documentada (Hedrich et al., 2010; Potier et al., 2014). Este contacto permitiu melhorar de imediato as condições de higiene e proporcionar um consumo mais seguro aos utentes (p. ex., Small et al., 2008, 2009; Lloyd-Smith et al., 2009),

Vídeo: salas de consumo



Vídeo: salas de consumo assistido de droga:
www.emcdda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms

para além dos benefícios mais 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, testemunhada pelos próprios utentes. São assim reduzidos alguns comportamentos que aumentam o risco de transmissão do VIH e de morte por overdose (p. ex., Stoltz et al., 2007; Milloy e Wood, 2009). Todavia, a influência das salas de consumo assistido de droga na redução da incidência do VIH ou do vírus da hepatite C entre a população de consumidores de droga injetada em geral continua a ser pouco clara e difícil de estimar (Hedrich et al., 2010; 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 de droga podem contribuir para reduzir as mortes relacionadas com a droga nas cidades (Poschadel et al., 2003; Marshall et al., 2011). Um estudo realizado em Sydney revelou que, durante o horário de funcionamento da instalação de consumo seguro de droga injetada, havia uma diminuição das chamadas de emergência relativas a overdoses (Salmon et al., 2010).

A utilização de instalações de consumo também está associada a uma maior adesão aos tratamentos de desintoxicação e da toxicod dependência, incluindo o tratamento de substituição de opiáceos. 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 toxicod dependência e a maiores taxas de adesão aos tratamentos de desintoxicação e de manutenção com metadona (Wood et al., 2007; 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 toxicod dependência com instalações de consumo assistido foram bem aceites pelas comunidades e empresas locais (Thein et al., 2005). A sua criação foi associada a uma diminuição do consumo público de droga injetada (p. ex., Salmon et al., 2007) e à redução do número de seringas abandonadas no espaço público (Wood et al., 2004). Por exemplo, em Barcelona, o número de seringas abandonadas sem qualquer proteção, recolhidas nas vizinhanças dos locais de consumo, diminuiu para um quarto, de uma média mensal de mais de 13 000 em 2004, para cerca de 3 000 em 2012 (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-se uma série cronológica dos incidentes de furto e roubo registados pela polícia (Freeman et al., 2005), não tendo sido encontrados quaisquer indícios de que a existência da instalação tivesse feito aumentar ou diminuir os furtos e roubos registados nas imediações. Do mesmo modo, um estudo efetuado por Wood e outros investigadores comparou o número mensal de acusações por tráfico de droga, assaltos e roubos — crimes comumente ligados ao consumo de droga — em Vancouver's Downtown Eastside, no ano anterior à abertura da sala de consumo de droga nessa zona e no ano seguinte a essa abertura, e concluiu que a criação da instalação não estava associada a um aumento acentuado de tais crimes (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 de opiáceos a aumentar. Algumas instalações adaptaram, por isso, a prestação de serviços às necessidades das populações de consumidores de crack que vivem nas zonas mais desfavorecidas 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.

Para uma perspetiva geral da literatura revista pelos pares, ver Belackova e Salmon, 2017.

| 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 toxicod dependência. Na Suíça e em Espanha, foram encerradas algumas salas de consumo 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 (supervisionados) 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 de droga (Netherlands Reitox Focal Point, 2016).

A emergência 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

- Belackova, V., & Salmon, A. M. (2017), *Overview of international literature - supervised injecting centers & drug consumption rooms – Issue 1*, Uniting Medically supervised injecting center, Sydney.
- Belackova, V., Salmon, A. M., Schatz, E., Jauncey, M. (2017), *Online census of Drug Consumption Rooms (DCRs) as a setting to address HCV: current practice and future capacity*, International Network of Drug Consumption Rooms, Correlation Network/ Uniting Medically Supervised Injecting Centre, Amsterdam/Sydney <http://www.drugconsumptionroom-international.org/>
- 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)
- 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. e 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. e 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)
- Jauffret-Roustide, M., Pedrono, G. e Beltzer, N. (2013), 'Supervised consumption rooms: the French paradox', *International Journal of Drug Policy* 24, pp: 628–30.
- Kerr, T., Mitra, S., Kennedy, M. C., & McNeil, R. (2017), 'Supervised injection facilities in Canada: Past, present, and future', *Harm Reduction Journal*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0154-1>.
- 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. e 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. e Wood, E. (2009), 'Emerging role of supervised injecting facilities in human immunodeficiency virus prevention', *Addiction* 104(4), pp. 620–1.
- Netherlands Reitox focal point (2016), '2016 Workbook Harms and harm reduction', submitted to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, not published.
- Poschadel, S., Höger, R., Schnitzler, J. e Schreckenber, 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., Laprévotte, V., Dubois-Arber, F., Cottencin, O. e 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. e 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. e 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. e 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. e 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. e 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. e 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.
- Vander Laenen, F., Nicaise, P., Decorte, T., De Maeyer, J., De Ruyver, B., Smith, P., van Puyenbroeck, L., & Favril, L. (2018), *Feasibility study on drug consumption rooms in Belgium*, Brussels: BELSPO.
- 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).
- 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. e 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. e 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).

Outras leituras

- | MSCI Sydney: 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/tttfactsheetsjuly2013.pdf.
- | SIS Vancouver: supervisedinjection.vch.ca
Urban Health Research Initiative (UHRI) (no date), Insight to Insite (<http://uhri.cfenet.ubc.ca/content/view/57/92/>).