

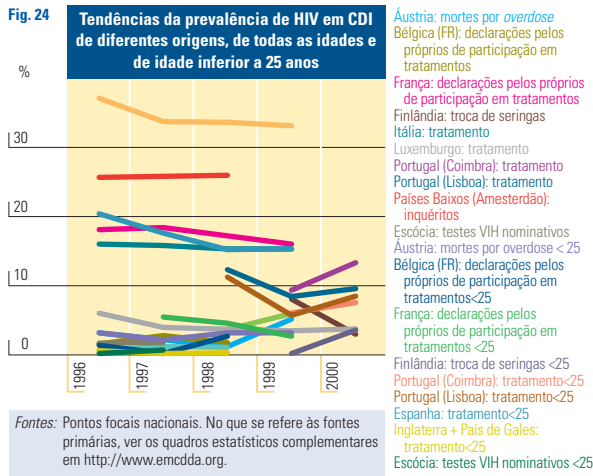


[emcdda.europa.eu](http://emcdda.europa.eu)

## Infectious diseases

EMCDDA 2001 selected issue

*In EMCDDA 2001 Annual report on the state of  
the drugs problem in the European Union*



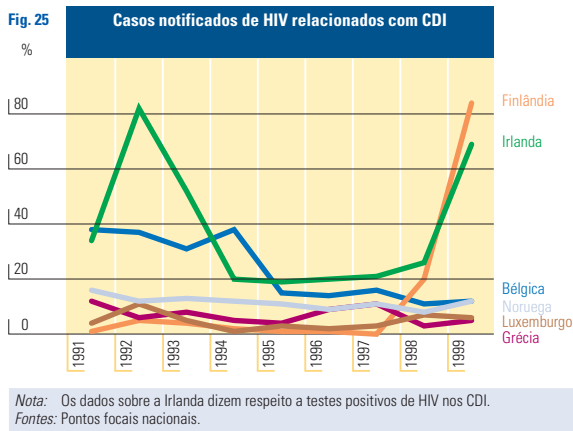
## Doenças infectocontagiosas

### Prevalência e tendências

#### HIV

A prevalência de infecção por HIV difere muito entre países, e, dentro de cada país, entre regiões e cidades. Apesar de a existência de fontes e métodos de recolha de dados divergentes tornar difícil proceder a comparações, os dados disponíveis indicam níveis médios de infecção entre diferentes subgrupos de consumidores de drogas injectáveis (CDI) que *grosso modo* variam entre cerca de 1% no Reino Unido e 32% em Espanha (ver figura 8, capítulo 1).

A prevalência de HIV parece ter estabilizado na maior parte dos países desde meados dos anos 90 após os acentuados declínios que se seguiram à primeira epidemia muito importante entre CDI nos anos 80 (ver figura 24). Em alguns países (Áustria, Finlândia, Irlanda, Luxemburgo Países Baixos e Portugal) a transmissão poderá estar ainda a aumentar em alguns subgrupos de CDI (ver caixa na p. 17, no capítulo 1).

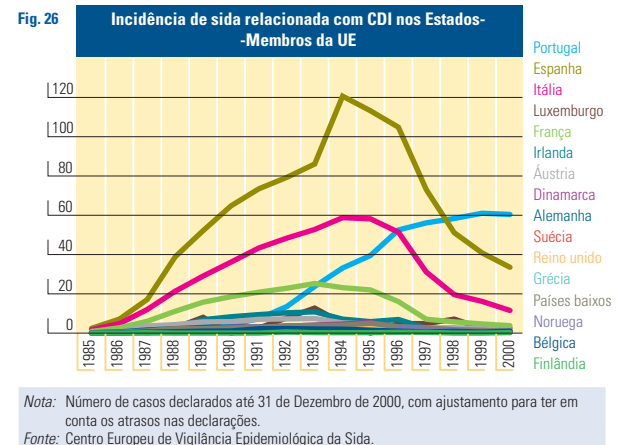


A transmissão recente pode ser mais clara se examinarmos especificamente a prevalência em CDI de idade inferior a 25 anos. As infecções por HIV neste grupo devem ter-se dado em média mais recentemente, já que a maior parte dos CDI começam a injectar-se com idades compreendidas entre os 16 e os 20 anos (1, 2). As tendências nesse grupo etário, tanto quanto dispomos de dados, são mais acentuadas do que a prevalência geral e apresentam-se mesmo, por vezes, no sentido oposto. Na Finlândia, por exemplo, deu-se um grande surto em 1998-1999, como se pode ver a partir dos dados relativos às notificações de casos de HIV (ver figura 25). A partir de 1999, a prevalência geral decresceu, como se verifica a partir dos dados relativos a trocas de seringas (ver figura 24), mas a prevalência entre jovens CDI aumentou de 0% em 1999 para cerca de 4% em 2000. Tal facto poderá indicar que, ao mesmo tempo que se começou a assistir a um declínio da ocorrência de novos casos de infecção entre consumidores mais antigos de drogas injectáveis, devido a saturação (a maioria dos indivíduos em risco foram infectados) e/ou à modificação de comportamentos por parte dos indivíduos em risco, deram-se novos casos de infecção principalmente em consumidores de drogas injectáveis mais jovens, os quais muitas vezes apresentam níveis mais elevados de comportamentos de risco.

Em vários países, a prevalência do HIV é significativamente maior em CDI do sexo feminino do que entre CDI do sexo masculino. Isso poderá dever-se a maiores taxas ou diferentes modos de partilha de seringas e/ou a maiores riscos sexuais das CDI do sexo feminino.

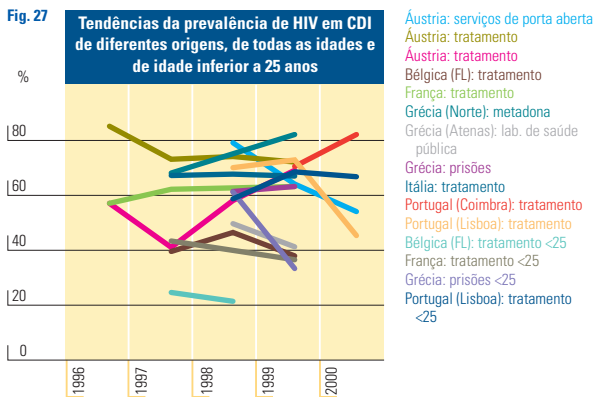
#### Sida

Os países onde os CDI mais foram afectados pela sida são principalmente os da parte Sudoeste da União Europeia, nomeadamente Espanha, França, Itália e Portugal (23). A incidência de sida varia muito de uns

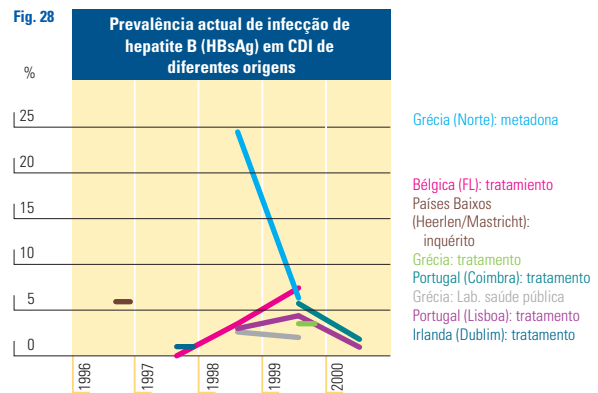


(23) Figura 16 OL: Casos de sida diagnosticados em 1999 em CDI por milhão de habitantes (versão em linha).

## Questões específicas



Fonte: Pontos focais nacionais. No que se refere às fontes primárias, ver os quadros estatísticos complementares em <http://www.emcdda.org>



Fonte: Pontos focais nacionais. No que se refere às fontes primárias, ver os quadros estatísticos complementares em <http://www.emcdda.org>

países para outros, tal como acontece com o HIV, mas a tendência geral é descendente (ver figura 26). Esse declínio é provavelmente resultado de novos tratamentos dos CDI que retardam a eclosão da sida. Por esta razão, considera-se hoje que a sida é um indicador da transmissão do HIV menos fiável do que antes, por volta de 1996. A Espanha, que registara a maior incidência anual de sida entre consumidores de drogas, foi recentemente ultrapassada por Portugal, o único país que não regista uma diminuição. Tal poderá apontar para um acesso limitado ao tratamento de HIV (tal como indica um estudo realizado recentemente) e/ou um aumento da transmissão de HIV durante a década de 1990. Não obstante, o aumento em Portugal apresenta sinais de estabilização no decurso de 2000.

### Hepatite C

A prevalência da hepatite C é superior e mais homogênea ao longo da UE do que a prevalência de HIV. Entre 40% e mais de 90% dos CDI estão contaminados pelo vírus da hepatite C (VHC), mesmo em países com taxas baixas de contaminação pelo HIV, como a Grécia (ver figura 9, capítulo 1). A infecção crónica pelo VHC gera problemas de saúde importantes e, a longo prazo (décadas), pode dar origem a consequências graves no plano da saúde, incluindo danos graves do fígado e morte prematura. A proporção de infecções crónicas que dão origem a problemas de saúde graves ainda não é muito clara, mas há indicações recentes segundo as quais nos CDI poderá ser inferior (talvez 5%-10%) ao que se pensava (20%-30%) (3, 4). Os níveis extremamente elevados de contaminação pelo VHC entre os CDI na Europa poderão, no entanto, vir ainda a representar um grande ónus a nível da saúde, devido às doenças hepáticas nos (ex-)CDI ao longo das próximas décadas.

As tendências da contaminação pela hepatite C, no caso dos poucos países que puderam apresentar dados,

mostram quer decréscimos importantes quer aumentos na Áustria, na Grécia e em Portugal, dependendo da fonte (localização geográfica) e do grupo etário (ver figura 27). Este facto poderá ser reflexo de diferentes populações de CDI com diferentes epidemiologias. No entanto, também é possível que as tendências reflectam políticas de rastreio ligadas à recente introdução de análises ao VHC. Por exemplo os indivíduos em maior risco podem ser os primeiros a participar quando é proposta uma análise voluntária, com o que a prevalência parece declinar nos anos seguintes. A única forma de confirmar as tendências aparentes é seguir as tendências ao longo de um período mais extenso. Este desvio potencial poderá ser menos importante no caso das análises ao HIV, que já existem há muitos anos.

### Hepatite B

A prevalência de anticorpos contra o vírus da hepatite B (VHB) também é elevada, mas parece menos homogênea ao longo da UE do que a prevalência do VHC. No caso da hepatite B, a presença de anticorpos indica que se foi contaminado, enquanto no caso do VHC e do HIV um teste de anticorpos positivo indica na maior parte dos casos que há infecção. No entanto, os anticorpos contra o VHB podem também indicar que se está vacinado. Isto significa que as práticas de vacinação, que podem variar muito de uns países para outros, devem ser tidas em conta na interpretação da prevalência de anticorpos VHB. A proporção que não revela anticorpos indica CDI que ainda correm o risco de ser contaminados e que deveriam ser vacinados. A vacinação dos CDI é especialmente importante, uma vez que a infecção de hepatite B (e também as de hepatite A ou D) pode ser muito perigosa e até fatal, se já se estiver infectado por outro vírus de hepatite, tal como o VHC. Na UE, aproximadamente entre 20% e 60% dos CDI têm anticorpos contra a hepatite B. Dados incluídos em estudos em alguns países sugerem que apenas 10% a 30% dos CDI estejam inteira-

mente vacinados (5, 6, 7, 8). Isto sugere que a vacinação possa proporcionar um grande benefício em termos de saúde <sup>(24)</sup>.

Mais fácil de interpretar do que os anticorpos VHB é a prevalência de HbsAg, o marcador serológico que indica que o vírus da hepatite B ainda está presente. Isso indica uma hepatite B presente, podendo ser tanto uma infecção recente como crónica. O nível de HbsAg indica, portanto, o potencial de complicações graves a longo prazo e de contaminação de outras pessoas através de comportamentos de risco em relação com as injeções ou por contaminação sexual. A prevalência de HbsAg só é conhecida num número limitado de países, mas parece divergir muito e em alguns casos é elevada (ver figura 28). No Norte da Grécia, os CDI em programas de metadona poderão ter sofrido um surto importante de hepatite B antes de 1998, já que os níveis eram extremamente elevados em 1998, mas decresceram acentuadamente entre 1998 e 1999. Na Bélgica, dados relativos aos CDI em tratamento indicam um crescimento constante nos casos de infecção de VHB (HbsAg) entre 1997 e 1999. Em Portugal, dados recentes indicam um decréscimo da infecção de VHB. Na Noruega, os dados relativos às notificações indicam um forte aumento das infecções de VHB (e VHA) entre CDI.

### **Outras DST, tuberculose, endocardite e surto de clostridium**

Outras doenças infecciosas que podem ser importantes entre CDI são a tuberculose, que não é transmitida pelo consumo de drogas injectáveis, mas que é especialmente elevada entre consumidores de drogas em Espanha e em Portugal, devido à sua forte associação à infecção por HIV e à sida. A ocorrência de outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) tais como a sífilis e a gonorreia também pode ser elevada, em especial entre as prostitutas de rua que são consumidoras de drogas, se estas não tiverem acesso a serviços médicos de fácil acesso. Pode resultar daqui uma contaminação importante de não-consumidores de drogas, enquanto as referidas DST também constituem um factor de risco importante para a infecção por HIV. Além disso, os consumidores de drogas injectáveis muitas vezes apresentam uma elevada prevalência de outras infecções que podem representar risco de vida, tais como abscessos nos pontos de injeção ou endocardites (infecção das válvulas cardíacas), que, em muitos casos, podem ser facilmente tratadas, se se dispuser de serviços para o efeito.

Entre Abril e Agosto de 2000, deu-se na Escócia, na Irlanda, em Inglaterra e no País de Gales um surto muito grande de *Clostridium novyi*, do qual resultaram 104

casos de doença grave e 43 mortes entre jovens. Esse surto esteve provavelmente ligado a heroína contaminada, em conjugação com modos específicos de injeção (intramuscular ou subcutânea, em vez de intravenosa). O referido surto mostrou a que ponto é grande o potencial de problemas de saúde graves entre CDI, problemas que podem ser muito maiores e perigosos do que os problemas de saúde devidos a outros padrões mais prevalentes de consumo de drogas.

## **Determinantes e consequências**

### **Consumo de drogas injectáveis**

Entre os consumidores de drogas, as infecções como o HIV e a hepatite B e C são transmitidas principalmente através do consumo de drogas injectáveis. Isso deve-se em grande medida à partilha de equipamento para injeção, tal como agulhas e seringas, e à partilha de acessórios como algodão, água e colheres. É provável que em situações de aumento do consumo de drogas injectáveis as populações de consumidores dessas drogas sejam especialmente vulneráveis a um rápido alastramento do HIV e da hepatite.

Os tempos e a magnitude da epidemia de sida em diferentes países podem ter sido determinados em grande parte pelo calendário e pela magnitude da epidemia de consumo de drogas injectáveis. Essa epidemia de consumo de drogas injectáveis provavelmente deu-se primeiro em países do Norte da Europa, tais como os Países Baixos (anos 70 e 80), mas manteve-se relativamente contida e só se deu mais tarde em países do Sul da Europa, tais como Espanha, Itália e Portugal (anos 80 e 90) e em maior escala. A ocorrência de epidemia de HIV pode, por conseguinte, ter dependido de um equilíbrio delicado entre o calendário e a magnitude da epidemia de consumo de drogas injectáveis, a consciência da sida (que não existia nos primeiros anos) e o calendário e a introdução em larga escala de medidas de prevenção.

A importância da injeção no universo dos consumidores de drogas (no caso da Europa, principalmente de heroína única ou juntamente com outras substâncias) pode ainda depender de preferências e hábitos culturais dos consumidores de drogas, ou do tipo de heroína disponível no mercado (hidrossolúvel e injectável ou não). O preço e a pureza também desempenham um papel, uma vez que injectar heroína é mais eficiente e, portanto, mais barato do que fumá-la. Pensa-se que o medo da sida tenha muito menos influência na decisão de injectar ou não.

<sup>(24)</sup> Figura 16 OL: Casos de sida diagnosticados em 1999 em CDI por milhão de habitantes (versão em linha).

## Questões específicas

De momento, não se conhece o modo de evitar o consumo de drogas injectáveis. O consumo de droga injectável ou o consumo de heroína por qualquer via, pode depender de um conjunto de factores pessoais e sociais, tais como problemas de comportamento e/ou familiares e desemprego. O tratamento de substituição, porém, pode ser muito eficaz na redução da prática de injeção e comportamentos de risco ligados à prática da injeção, entre os consumidores de heroína (9).

O consumo de drogas injectáveis decresceu fortemente nos anos 90 na maior parte dos países, mas não em todos. Em consequência disso, as taxas de consumo de drogas injectáveis (medidas junto dos consumidores de opiáceos inscritos para tratamento) diferem acentuadamente, desde um mínimo de cerca de 10% nos Países Baixos até um máximo de cerca de 70% na Grécia. As tendências recentes em matéria de prática de injeções não são conhecidas, salvo no caso da Irlanda, onde apresentam um crescimento contínuo, que é coerente com um aumento recente do número de testes positivos de HIV relacionados com CDI.

### Comportamento de risco com injeções

Entre os CDI, a disseminação de infecções é principalmente determinada pelo comportamento de risco com injeções, nomeadamente a «partilha de seringas» (dar uma agulha usada a outra pessoa ou recebê-la de outrem). A transmissão também é possível através da partilha de outros elementos associados à injeção, tais como água, algodão ou colheres, que provavelmente desempenham um papel ainda mais importante no caso das hepatites B e C. As injeções sem condições de higiene podem mesmo causar transmissão de hepatite sem que quaisquer materiais sejam partilhados, através, por exemplo, da presença de sangue contaminado nas mãos, mesas ou outras superfícies.

Outro comportamento de risco é o «frontloading» ou «backloading» (injeção de heroína de uma seringas para outras, para medir partes iguais). Dados preliminares sobre partilha de seringas indicam que esta continua, em geral, a ser muito elevada entre CDI, indo desde 10%-17% nos Países Baixos (utilização recente de seringas usadas) a 64% na Irlanda (partilha de seringas nas últimas quatro semanas) e 75% em Inglaterra e no País de Gales (partilha de seringas e equipamento para injeção) (25). A maior parte destes dados pode estar ainda a subestimar a quantidade de comportamentos de risco através da partilha indirecta («front» ou «backloading»), da partilha de outros materiais além de agulhas, etc. Por outro lado,

a partilha de agulhas, quando se efectua frequentemente entre parceiros estáveis que sabem, ambos, não estar contaminados, pode ser relativamente segura.

### Comportamento sexual de risco

A transmissão sexual do HIV e do VHB é muito menos eficiente do que a transmissão por meio de partilha de seringas, e pensa-se que a transmissão do VHC por via sexual seja muito reduzida. No entanto, quando o nível de infecção (prevalência) é elevado nos CDI, a transmissão sexual e a transmissão mãe-filho de HIV e de VHB podem tornar-se importantes. Deste modo, os CDI podem constituir grupos cruciais ou bolsas de infecção para a transmissão ao resto da população. Uma forma eficiente de prevenir a transmissão sexual é a utilização de preservativos. A utilização do preservativo aumentou muito entre os consumidores de drogas desde a década de 80, em especial entre trabalhadores do sexo, entre os quais se registam habitualmente taxas elevadas de utilização de preservativos com os seus clientes. No entanto, a utilização de preservativos é habitualmente reduzida com parceiros privados, os quais, portanto, continuam a constituir um grupo de elevado risco para a infecção.

### Consequências e custos

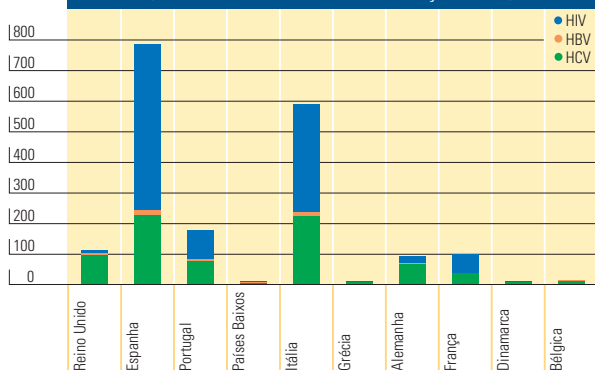
As consequências da infecção pelo HIV são graves. A infecção por HIV dá origem à sida em média após cerca de 10 anos, representando então grandes custos para o indivíduo e para a sociedade, devido a infecções crónicas, hospitalizações e morte prematura.

Na maior parte dos casos, a infecção de hepatite B tem cura espontânea, mas, numa proporção importante de casos (2%-8% nos adultos, 10%-15% nos adolescentes e uma proporção muito mais elevada nas crianças), resulta em infecção crónica, a qual, a longo prazo, pode dar origem a doenças hepáticas graves e a morte prematura. Uma vez que a hepatite B e o HIV podem ser transmitidos por via sexual ou de mãe para filho, estas infecções nos CDI constituem uma ameaça importante para a população em geral.

A hepatite C assume carácter crónico na maior parte dos casos (possivelmente 70%-80%), pelo que os CDI continuam a ser uma importante fonte potencial de contaminação. A hepatite C, tal como a hepatite B, pode dar origem a doença hepática grave e morte prematura a longo prazo (décadas). A combinação de diferentes hepatites (incluindo a hepatite A) ao mesmo tempo pode ser especialmente perigosa, levando, muitas vezes, a insuficiência hepática aguda e à morte.

(25) Quadro 6 OL: Partilha de agulhas entre os consumidores de droga injectada em alguns Estados-Membros da UE (versão em linha).

**Fig. 29** Estimativa de custos futuros com cuidados de saúde relativos a um ano de infeções relacionadas com a droga nos casos do VHC, do VHB e do HIV, em milhões de euros para 10 países da UE (total: 1 890 mil milhões de euros — Preços de 1995)



Fonte: Postma M.J., Wiessing L.G. and Jager J.C. «Pharmaco-economics of Drug Addiction; Estimating the costs of HCV, HBV and HIV infection among injecting drug users in EU-countries». Bull Narc. (na imprensa).

Uma estimativa preliminar dos custos futuros dos cuidados de saúde de um ano de contaminações de HIV, VHB e VHC relacionadas com drogas na UE apurou um valor de cerca de 0,5% do orçamento total da UE para cuidados de saúde (ver figura 29).

### Respostas no plano da redução de danos

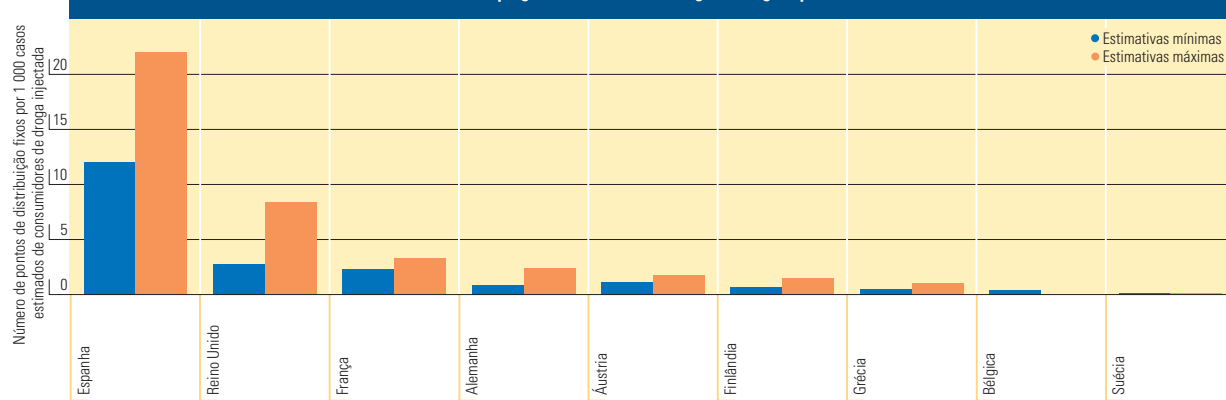
Na maior parte da UE, a introdução de medidas de redução de danos — tais como o melhoramento do acesso a agulhas e seringas esterilizadas, preservativos e aconselhamento e testes de HIV — contribuiu para controlar a transmissão do HIV entre consumidores de drogas injectáveis. O tratamento de substituição, que pode reduzir muito a frequência das injeções, também existe em todos os Estados-Membros, na maior parte dos casos na forma de metadona para administração oral, mas, na maior parte dos países, são ainda possíveis grandes melhoramentos em termos de cobertura (ver capítulo 2, secção «Redução da procura», subsecções «Tratamento», «Tratamento de substituição»).

Apesar de haver provas de que as medidas de redução de danos contribuíram para reduzir a prevalência de hepatite C nos consumidores de drogas injectáveis, essas medidas não controlaram a difusão da doença (10). A persistência da hepatite C em CDI jovens reclama abordagens inovadoras da redução de danos. A introdução de salas de injeção com supervisão médica e a distribuição controlada de heroína são duas dessas abordagens e estão a ser estudadas em alguns países da União Europeia. No entanto, ambas levantam dificuldades éticas e jurídicas e podem exigir alterações da legislação relativa a drogas. Nos países onde foram criadas salas de injeção (Alemanha, Países Baixos, Austrália, EUA e Suíça), ainda está por avaliar a respectiva eficácia.

Aspectos importantes para a determinação da existência de medidas de redução de danos são a oferta de serviços e a cobertura da população de CDI. Com base em estimativas sobre consumo problemático de drogas e taxas de CDI nos consumidores de opiáceos em tratamento, foram efectuadas estimativas preliminares sobre a dimensão da população de CDI em países da UE. Recorrendo a essas estimativas, obtém-se uma imagem aproximada da previsão de programas de troca de seringas (pontos de distribuição) por país (ver figura 30) e do número de seringas trocadas através de programas de troca de seringas por 1 000 CDI por ano (26). Apesar de as estimativas nacionais poderem não ser fiáveis, verifica-se em geral que os programas de troca de seringas na maior parte dos países sobre os quais se dispõe de dados ainda não estão a proporcionar um número suficiente de agulhas limpas aos CDI, possivelmente com excepção do Reino Unido (Inglaterra e País de Gales) e de Espanha.

Um estudo francês calculou que o número médio de injeções para um consumidor diário (no mês anterior) era de 3,6 por dia, implicando mais de 1 300 injeções

**Fig. 30** Previsão de programas de troca de seringas em alguns países da UE



Fonte: Estimativa da cobertura de medidas de redução de danos para os consumidores de droga injectada na Europa. Lisboa, OEDT, 2001.

(26) Figura 18 OL: Seringas distribuídas/trocadas através de PTS por CDI estimado por ano (versão em linha).

por ano por consumidor diário (93% dos indivíduos que participaram nesta amostra de troca de agulhas eram consumidores diários de droga injectada) (11). No entanto, esta média pode depender muito das substâncias injectadas (os consumidores de opiáceos que também injectam cocaína podem injectar-se com muito maior frequência) ou do rendimento (os CDI com poucos recursos podem injectar-se muito menos). São necessárias estimativas melhores e para cada país da dimensão da população de CDI e do número de injeções, por forma a avaliar a cobertura dos programas de troca de seringas e, por conseguinte, o potencial desses programas para uma prevenção eficaz das infecções relacionadas com as drogas (27) (28).

### Fontes

- (1) S. Darke, S. Kaye, J. Ross, «Transitions between the injection of heroin and amphetamines», *Addiction*, Vol. 94, 1999, p. 1795-1803.
- (2) M. C. Doherty, R. S. Garfein, E. Montoroso, «Gender differences in the initiation of injection drug use among young adults», *J Urban Health*, Vol. 77, 2000, p. 396-414.
- (3) D. L. Thomas, S. A. Strathdee, D. Vlahov, «Long-term prognosis of hepatitis C virus infection», *JAMA*, Vol. 284, 2000, p. 2592.
- (4) A. J. Freeman, G. J. Dore, M. G. Law, *et al.*, «Estimating progression to cirrhosis in chronic hepatitis C», *Hepatology*, 2001, (no prelo).
- (5) *European network on HIV/AIDS and hepatitis prevention in prisons, second annual report*, 1998.
- (6) T. L. Lamagni, K. L. Davison, V. D. Hope, *et al.*, «Poor hepatitis B vaccine coverage in IDUs, England 1995 and 1996», *Comm Dis Public Health*, Vol. 2, 1999, p. 174-177.
- (7) M. Fitzgerald, J. Barry, P. O'Sullivan, L. Thornton, «Blood-borne infections in Dublin's opiate users», *Ir J Med. Sc.i*, Vol. 170, 2001, p. 32-34.
- (8) Ponto focal nacional italiano (relatório nacional 2000 destinado ao OEDT).
- (9) E. Drucker, P. Lurie, A. Wodak, P. Alcabes, «Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of HIV», *AIDS*, Vol. 12 (Suppl. A), 1998, p. S217-S223.
- (10) A. Taylor, D. Goldberg, S. Hutchinson, *et al.*, «Prevalence of hepatitis C virus infection among injecting drug users in Glasgow 1990-1996: are current harm reduction strategies working?», *J Infect*, Vol. 40, 2000, p. 176-183.
- (11) M. Valenciano, J. Emmanuelli, F. Lert, «Unsafe injecting practices among attendees of syringe exchange programmes in France», *Addiction*, Vol. 4, p. 597-606.

## Drogas sintéticas

A presente secção completa os dados e as análises apresentados noutras secções do relatório anual com um resumo das principais questões, preocupações e desafios relativos às drogas sintéticas.

### Alastramento do consumo

Se o panorama geral em 2000 confirma que o alastramento do consumo de drogas sintéticas na UE de um modo geral estabilizou, continuam-se a observar-se tendências de crescimento em algumas regiões nas quais cidades ou estâncias turísticas são mais atraentes para o turismo juvenil europeu devido à sua localização e a uma oferta maior de eventos dirigidos a jovens. De um modo mais geral, as áreas urbanas em que se estabeleceram culturas de jovens podem continuar a proporcionar um ambiente favorável ao enraizamento e ao desenvolvimento de «drogas recreativas».

A análise cruzada de estudos quantitativos sugere que o consumo de drogas sintéticas alastrou para além dos meios «tecno» às discotecas, bares e contextos privados. São também referidos outros meios. Por exemplo, um estudo revelou que, na Grécia, 35% dos estudantes consumidores de *ecstasy* consumiram a droga em estádios de futebol.

### Comportamentos e padrões de consumo

Um comportamento em expansão é o que consiste não tanto no consumo de uma droga em particular, mas numa tendência para utilizar diferentes drogas em função de necessidades e situações.

Em alguns Estados-Membros, a modificação de padrões de comportamento dos jovens foi destacada como merecendo estudo mais aprofundado.

- A maior parte dos países salientam o fenómeno da mudança rápida de padrões num público vasto, no sentido de experimentar e/ou combinar diferentes substâncias para ficar «alto» e/ou para equilibrar os respectivos efeitos.
- Nos Países Baixos, o fenómeno da «fadiga do *ecstasy*» está presentemente a ser avaliado. As razões de tal tendência podem dever-se a diversos factores, por exemplo o facto de não haver prova dos conteúdos

(27) Quadro 7 OL: Fornecimento, utilização e cobertura pelos programas de troca de seringas para consumidores de droga injectada (CDI) e cobertura pelas farmácias em alguns Estados-Membros, como comunicado pelos pontos focais nacionais, 2000 (versão em linha).

(28) Quadro 8 OL: Fornecimento de orientação e testes sobre o HIV, tratamento do HIV e vacinação do VHB para consumidores de droga injectada (CDI) em alguns países europeus, como comunicado pelos pontos focais nacionais, 2000 (versão em linha).