

Comportamentos de risco para doenças sexualmente transmissíveis em usuários de *crack*¹

Rafael Alves Guimarães²
Leandro Nascimento da Silva³
Divânia Dias da Silva França⁴
Nativa Helena Alves Del-Rios⁵
Megmar Aparecida dos Santos Carneiro⁶
Sheila Araujo Teles⁷

Objetivos: investigar a prevalência e comportamentos de risco através do relato de doenças sexualmente transmissíveis em usuários de *crack*. Método: estudo transversal, realizado com 588 usuários de *crack*, de uma unidade de referência para tratamento de dependência química. Os dados foram obtidos por meio de entrevista face a face e analisados em programa estatístico Stata, versão 8.0. Resultados: do total de participantes, 154 (26,2%; IC 95%: 22,8-29,9) referiram antecedentes de doenças sexualmente transmissíveis. Idade entre 25 e 30 anos (RP: 2,1; IC 95%: 1,0-4,0) e superior a 30 anos (RP: 3,8; IC 95%: 2,1-6,8), consumo de álcool (RP: 1,9; IC 95%: 1,1-3,3), antecedentes de prostituição (RP: 1,9; IC 95%: 1,3-2,9) e relação sexual com pessoa vivendo com o vírus da imunodeficiência humana/aids (RP: 2,7; IC 95%: 1,8-4,2) foram independentemente associados ao relato de doenças sexualmente transmissíveis. Conclusão: os resultados deste estudo sugerem elevado risco e vulnerabilidade dos usuários de *crack* para as doenças sexualmente transmissíveis.

Descritores: Cocaína Crack; Usuários de Drogas; Doenças Sexualmente Transmissíveis; Fatores de Risco.

¹ Apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, processo nº 474713/2012-1.

² Mestrando, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

³ Mestrando, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

⁴ Doutoranda, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

⁵ Doutoranda, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

⁶ PhD, Professor Associado, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

⁷ PhD, Professor Associado, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

Correspondência:

Sheila Araujo Teles
Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Enfermagem
Rua 227, Qd 68, S/N
Setor Leste Universitário
CEP: 74605-080, Goiânia, GO, Brasil
E-mail: sheila.fen@gmail.com

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

O *crack* surgiu pela primeira vez nos Estados Unidos da América (EUA), no início da década de 80 e, desde então, seu consumo tem se expandido para todas as regiões do mundo, especialmente para os países da América do Sul⁽¹⁾. Em 2008, um estudo conduzido pelo Ministério da Saúde, com indivíduos de 15 a 64 anos de idade, estimou que 2,6% da população brasileira já fez uso de *crack* na vida. Na região Centro-Oeste, a estimativa foi de 0,3%⁽²⁾.

O consumo de *crack* pode causar diversos danos e agravos à saúde dos usuários, tais como, complicações agudas e crônicas⁽³⁾, transtornos mentais e morte precoce, por homicídio e *overdose*⁽⁴⁾. Ainda, muitos usuários apresentam comportamentos de risco, como consumo de álcool e outras drogas⁽⁵⁾, múltiplos parceiros, uso inconsistente de preservativo e prostituição⁽⁶⁾ que, por sua vez, são associados às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), incluindo a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

Estudos têm mostrado prevalências elevadas de DST em usuários de drogas ilícitas⁽⁷⁻⁹⁾. Nos EUA, um estudo com 266 usuários de *crack* encontrou resultados positivos para gonorreia, sífilis, clamídia, HIV, Vírus da Hepatite B (HBV), Vírus da Hepatite C (HCV) e Herpes Vírus tipo 2 (HSV-2), de 1,9%, 3,8%, 4,5%, 4,1%, 33,5%, 37,2% e 53,3%, respectivamente⁽⁷⁾. Na Argentina, prevalências de HIV (6,3%), HBV (9,0%), HCV (7,5%) e *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) (4,2%) foram estimadas em 504 usuários de cocaína não injetável⁽⁸⁾. No Brasil, uma investigação realizada com 125 usuáries de *crack*, de uma comunidade de Salvador, Bahia, estimou prevalências de HBV, HIV, HCV e sífilis (VDRL), de 0,8%, 1,6%, 2,4% e 4,0%, respectivamente⁽¹⁰⁾. Em São Paulo, prevalências de 22% para relato de DST e 6,6% para HIV foram encontradas em 304 usuários de drogas ilícitas, institucionalizados⁽⁹⁾.

Ainda são poucos os estudos sobre a epidemiologia das DST em usuários de *crack*⁽¹¹⁻¹³⁾, e a maioria, dos conduzidos no Brasil, foi realizado em regiões mais desenvolvidas do país (Sul e Sudeste)^(5,9-10). Neste sentido, o objetivo deste estudo foi investigar a prevalência e comportamentos de risco através do relato de DST em usuários de *crack*, institucionalizados, de Goiânia, Goiás, região central do Brasil.

Métodos

Estudo de corte transversal, realizado com usuários de *crack*, em uma unidade de referência em tratamento para dependência química, do estado de Goiás, entre agosto de 2012 e abril de 2013. Foram incluídos no estudo indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos e que consumiram *crack* por, pelo menos, um mês antes da internação. Foram excluídos indivíduos que estavam sob efeito de algum medicamento no momento da entrevista.

Todos indivíduos elegíveis foram convidados a participar do estudo e orientados sobre os objetivos, importância, benefícios, riscos e sigilo dos dados obtidos. Caso concordassem em participar, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e em seguida, eram entrevistados em local privativo nas dependências da unidade.

As entrevistas foram realizadas utilizando um instrumento adaptado da Pesquisa: "Perfil dos usuários de *crack* nas 26 capitais, Distrito Federal, nove regiões metropolitanas e Brasil"⁽¹⁴⁾, contendo perguntas sobre características sociodemográficas (sexo, idade, cor da pele, estado civil, escolaridade e renda), padrão de consumo de drogas lícitas e ilícitas (drogas utilizadas e tempo de uso do *crack*) e fatores de risco para DST (antecedentes prisionais, uso de preservativo nas relações sexuais nos últimos seis meses, antecedentes de prostituição, dar dinheiro e/ou drogas em troca de sexo, relação sexual com pessoa vivendo com HIV/aids, entre outras). Foi considerado como variável de desfecho o relato de DST alguma vez na vida, incluindo infecção pelo HIV.

Os dados foram analisados no programa estatístico Stata, versão 8.0. Para as variáveis contínuas foram calculadas médias e desvio padrão. A prevalência para relato de DST foi estimada com intervalo de confiança de 95% (IC 95%). Inicialmente, foi realizada análise univariada, e em seguida, todas variáveis com valor de $p < 0,10$ foram incluídas no modelo de regressão de Poisson. O teste quiquadrado (χ^2) foi utilizado para analisar diferenças entre proporções. Valores com $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal, do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, sob o protocolo nº 117/2011. Todas as etapas da pesquisa respeitaram os princípios éticos que norteiam as pesquisas envolvendo seres humanos, descritos e estabelecidos pela Resolução CNS 196/96.

Resultados

Participaram do estudo 588 usuários de *crack*. A maioria era do sexo masculino (84,5%), solteiros (66,7%), com renda inferior a três salários mínimos (62,6%) e declarou-se da cor parda/morena/mulata (61,7%). A média de idade dos usuários foi de 30,5 (DP \pm 8,3) e 45,4% dos participantes apresentavam idade superior a 30 anos. Em relação à escolaridade, a metade (50,3%) possuía mais de oito anos de estudo (Tabela 1).

Do total de participantes, 154 (26,2%; IC 95%: 22,8-29,9) relataram ser ou ter sido portador de alguma DST. Trezentos e vinte indivíduos (54,4%; IC 95%: 50,4-58,4) informaram testagem prévia para HIV, e destes, 11 (3,4%; IC 95%: 1,9-6,0) referiram resultado positivo.

A Tabela 2 apresenta a análise dos potenciais fatores associados ao relato de DST nos usuários de *crack* investigados. Verificou-se em análise univariada,

que as variáveis idade, estado civil, antecedentes prisionais, antecedentes de prostituição e relação sexual com pessoa vivendo com HIV/aids foram associadas ao relato de DST ($p < 0,05$). As variáveis tempo de uso de *crack*, consumo de álcool, uso de preservativo com parceiro eventual e dar dinheiro e/ou drogas em troca de sexo apresentaram associação marginal com o desfecho. Estas variáveis foram incluídas em um modelo de análise multivariável, e após controle das variáveis de confusão, idade entre 25 e 30 anos (Razão de Prevalência: 2,1; IC 95%: 1,0-4,0) e superior a 30 anos (Razão de Prevalência: 3,8; IC 95%: 2,1-6,8), consumo de álcool (Razão de Prevalência: 1,9; IC 95%: 1,1-3,3), antecedentes de prostituição (Razão de Prevalência: 1,9; IC 95%: 1,3-2,9) e relação sexual com pessoa vivendo com HIV/aids (Razão de Prevalência: 2,7; IC 95%: 1,8-4,2) foram independentemente associadas ao relato de DST. Antecedente prisional apresentou uma associação marginal com o desfecho (Razão de Prevalência: 1,5; IC 95%: 1,0-2,2).

Tabela 1 - Características sociodemográficas de 588 usuários de *crack* institucionalizados. Goiânia, GO, Brasil, 2012-2013

Característica	n	%
Sexo		
Masculino	497	84,5
Feminino	91	15,5
Idade (anos) (Média: 30,5; DP \pm 8,3)		
\leq 24	160	27,2
25-30	161	27,4
> 30	267	45,4
Estado civil		
Solteiro	392	66,7
Casado/união consensual	134	22,8
Separado/divorciado	62	10,5
Cor da pele (autodeclarada)		
Parda/morena/mulata	363	61,7
Branca	142	24,1
Negra/preta	44	7,5
Amarela/asiática	39	6,7
Escolaridade (anos de estudo)*		
\leq 8	292	49,7
> 8	295	50,3
Renda (salários mínimos) ^{†‡}		
\leq 1	84	14,7
2-3	274	47,9
> 3	214	37,4

*Sem informação para um participante

†Sem informação para 16 participantes

‡Valor de um salário mínimo no Brasil, ano-base 2012: R\$ 622,00

Tabela 2 - Análise dos fatores associados ao relato de doenças sexualmente transmissíveis em 588 usuários de *crack* institucionalizados. Goiânia, GO, Brasil, 2012-2013

Variável	DST*		RP [‡] bruta (IC 95%) [§]	P	RP [‡] ajustada (IC 95%) [§]	P
	n/Total [†]	%				
Idade (anos)						
≤ 24	20/160	12,5	1,0		1,0	
25-30	30/161	18,6	1,5 (0,9-2,5)	0,10	2,1 (1,0-4,0)	0,04
> 30	104/267	39,0	3,1 (2,0-4,8)	0,00	3,8 (2,1-6,8)	0,00
Estado civil						
Casado/união consensual	34/134	25,4	1,0		1,0	
Solteiro	95/392	24,2	1,0 (0,7-1,3)	0,80	1,3 (0,7-2,4)	0,30
Separado/divorciado	25/62	40,3	1,6 (1,0-2,4)	0,03	1,6 (0,7-3,2)	0,20
Tempo de uso de <i>crack</i> (meses)						
≤ 24	42/191	22,0	1,0		1,0	
25-48	36/137	26,3	1,2 (0,8-1,8)	0,40	1,2 (0,7-2,1)	0,50
> 48	76/260	29,2	1,3 (1,0-1,8)	0,09	0,9 (0,5-1,3)	0,50
Consumo de álcool [¶]						
Não	38/183	20,8	1,0		1,0	
Sim	116/405	28,6	1,4 (1,0-1,9)	0,05	1,9 (1,1-3,3)	0,03
Antecedentes prisionais						
Não	66/297	22,2	1,0		1,0	
Sim	88/289	30,4	1,4 (1,0-1,8)	0,03	1,5 (1,0-2,2)	0,05
Uso de preservativo com parceiro eventual ^{¶¶}						
Sempre	37/150	24,7	1,0		1,0	
Eventualmente	30/106	28,3	1,1 (0,8-1,7)	0,50	0,8 (0,5-1,3)	0,40
Nunca	22/60	36,7	1,5 (1,0-2,3)	0,07	1,3 (0,8-2,1)	0,30
Antecedentes de prostituição ^{¶¶¶}						
Não	102/420	24,3	1,0		1,0	
Sim	40/111	36,0	1,5 (1,1-2,0)	0,01	1,9 (1,3-2,9)	0,001
Deu dinheiro ou droga em troca de sexo ^{¶¶¶¶}						
Não	99/393	25,2	1,0		1,0	
Sim	46/142	32,4	1,3 (1,0-1,7)	0,09	1,3 (0,9-2,0)	0,20
Relação sexual com pessoa vivendo com HIV/aids ^{**}						
Não	110/486	22,6	1,0		1,0	
Sim	15/24	62,5	2,8 (1,9-3,9)	0,00	2,7 (1,8-4,2)	0,00

*Doença Sexualmente Transmissível

†Denominador reflete o número de respostas válidas

‡Razão de Prevalência

§Intervalo de Confiança de 95%

||Ajustada por idade, estado civil, tempo de uso de *crack*, consumo de álcool, antecedentes prisionais, uso de preservativo com parceiro eventual, antecedentes de prostituição e relação sexual com pessoa vivendo com HIV/aids

¶Últimos seis meses

**Último ano

Discussão

No Brasil, ainda são poucos os estudos com usuários de *crack*^(5,10,15). Esta investigação apresenta os primeiros dados sobre relato de DST em usuários de *crack* da região Centro-Oeste. A população deste estudo constituiu-se, predominantemente, de indivíduos do sexo masculino, adultos jovens, solteiros e com renda baixa, sendo estas características comuns a usuários de *crack* institucionalizados de outras regiões do Brasil⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

O relato de DST em populações mais vulneráveis, como usuários de *crack*, pode contribuir para o rastreamento dos casos positivos e sintomáticos, acesso

aos serviços de saúde, diagnóstico específico do agente etiológico, além da redução da cadeia de transmissão neste grupo populacional. Ainda, intervenções para tratamento e controle das DST pelos profissionais e serviços de saúde podem ocorrer a partir do relato verbal destas infecções.

Neste estudo, a prevalência de relato de DST foi de 26,2% (IC 95%: 22,8-29,9), semelhante à encontrada em usuários de drogas institucionalizados no norte da Tailândia (n=1859; 24,3%; IC 95%: 22,4-26,3)⁽¹⁷⁾, porém, inferior ao estimado em usuáries de drogas de Baltimore (n=214; 40,7%; IC 95%: 34,3-47,3)⁽¹⁸⁾ e usuários de *crack* não institucionalizados de

Miami e Flórida (n=2002; 51,4%; IC 95%: 49,3-53,6), EUA⁽¹²⁾. As diferenças das prevalências relatadas em Goiânia e nos EUA talvez possam ser explicadas pela maior frequência de fatores de risco nestas populações, como antecedentes prisionais, prostituição e consumo de álcool^(12,18). Em relação ao estudo realizado em Baltimore⁽¹⁸⁾, mulheres são biologicamente mais suscetíveis a DST e se prostituem mais do que homens.

Por outro lado, a prevalência encontrada em Goiás foi semelhante à observada em usuários de drogas ilícitas institucionalizados em São Paulo, região Sudeste do Brasil (n=304; 22%; IC 95%: 17,8-27,0)⁽⁹⁾ e usuários de *crack* assistidos em Centros de Atenção Psicossocial do estado do Piauí, região Nordeste (n=352; 31,2%; IC 95%: 26,6-36,3)⁽¹⁵⁾. Na região Centro-Oeste, um estudo que estimou a prevalência da infecção pelo HCV em usuários de drogas ilícitas institucionalizados de Campo Grande e Goiânia, encontrou frequência de antecedentes de DST de 30,9% (n=664; IC 95%: 27,5-34,5)⁽¹⁹⁾.

No presente estudo, o relato de DST foi independentemente associado à idade, consumo de álcool, antecedentes de prostituição e relação sexual com pessoa vivendo com HIV/aids. Antecedente prisional permaneceu marginalmente associado ao desfecho.

Observou-se gradiente positivo de relato de DST e idade, com aumento da prevalência de 12,5% em indivíduos com idade inferior a 25 anos, para 39,0% em usuários com idade acima de 30 anos (Razão de Prevalência: 3,8; IC 95%: 2,1-6,8), sugerindo risco cumulativo para aquisição de DST com o avanço da idade. Outros autores também têm apontado a idade como preditora de DST em usuários de drogas ilícitas^(7,20).

Do total de participantes, 68,9% (IC 95%: 65,0-72,5), 63,6% (IC 95%: 59,6-67,4) e 55,4% (IC 95%: 51,4-59,4) referiram, nos últimos seis meses, consumo de álcool, maconha e cocaína aspirada, respectivamente, evidenciando-os como poliusuários. Além disso, o relato de DST foi associado ao uso de bebida alcoólica (Razão de Prevalência: 1,9; IC 95%: 1,1-3,3). O consumo de álcool e *crack* favorece a adoção de práticas sexuais de risco, tais como, múltiplos parceiros sexuais, prostituição, uso inconsistente de preservativo e relação sexual com portadores de DST^(6,21), aumentando a vulnerabilidade dos usuários de *crack* às infecções por transmissão sexual.

Antecedentes de prostituição foram relatados por 18,9% (IC 95%: 15,9-22,2) dos usuários. E esta característica foi associada ao relato de DST (Razão de Prevalência: 1,9; IC 95%: 1,3-2,9). Um estudo conduzido

com 407 usuários de drogas de duas cidades do Texas, EUA, mostrou associação entre consumo preferencial de *crack*, prostituição e aumento da prevalência de DST⁽¹³⁾. A prostituição é vista como uma alternativa de usuários para obtenção de drogas⁽⁴⁾ e/ou dinheiro⁽²²⁾ para sua aquisição, levando a um alto risco de aquisição de DST por este grupo populacional.

Aproximadamente 4,1% (IC 95%: 2,8-6,0) dos participantes relataram ter se relacionado com pessoas vivendo com HIV/aids, e destes, a metade não utilizou preservativo. Observou-se, também, associação entre antecedentes de relações sexuais com pessoas vivendo com HIV/aids e relato de DST (Razão de Prevalência: 2,7; IC 95%: 1,8-4,2). Nos EUA, uma investigação conduzida com jovens mostrou maior prevalência de história de relação sexual com portadores de DST em usuários de *crack* e cocaína não injetável⁽⁶⁾. Também, um estudo conduzido em Nassau, Bahamas, mostrou relação temporal entre epidemia do *crack* e aumento de casos de úlceras genitais, sífilis secundária e HIV⁽²³⁾, evidenciando forte associação entre *crack* e disseminação de DST.

O consumo de *crack*, muitas vezes, encontra-se relacionado a práticas ilícitas, sendo antecedentes de detenção e/ou reclusão comuns nesta população⁽⁹⁾. Na presente investigação, aproximadamente a metade (49,1%; IC 95%: 45,1-53,2) dos indivíduos relatou antecedentes de reclusão. Ainda, verificou-se que usuários de *crack* com antecedentes prisionais apresentaram Razão de Prevalência 1,5 vez maior (IC 95%: 1,0-2,2) quando comparados aos que não referiram esta característica. Outros autores também tem relatado história de encarceramento como preditora de DST em usuários de drogas ilícitas^(8,20). Em geral, indivíduos reclusos apresentam taxas elevadas de DST⁽²⁴⁾ e múltiplos comportamentos de risco que favorecem a transmissão destas infecções⁽²⁵⁾.

Os achados deste estudo sugerem que múltiplos fatores devem ser considerados no atendimento integral aos usuários de *crack*, incluindo o rastreamento dessas infecções. O enfermeiro e a equipe multiprofissional devem considerar as vulnerabilidades e riscos desses indivíduos, para as DST, no planejamento da assistência, com ênfase em ações de educação em saúde, disponibilidade de testes rápidos para detecção destas doenças, tratamento precoce, vacinação contra hepatite B, fornecimento de preservativos e insumos para prevenção, e vigilância epidemiológica.

Esta investigação apresenta algumas limitações que devem ser levadas em consideração. Devido à

natureza da coleta dos dados, a prevalência de relato de DST pode estar sub ou superestimada. Ainda, vieses de resposta devem ser considerados para questões sensíveis a moral. Contudo, deve-se ressaltar que, os resultados deste estudo estão de acordo com a literatura, e sugerem elevada prevalência de DST em usuários de *crack* investigados.

Conclusão

Nesta investigação, a prevalência para relato de DST foi de 26,2% (IC 95%: 22,8-29,9) e independentemente associado à idade entre 25 e 30 anos, superior a 30 anos, consumo de álcool, antecedentes de prostituição e relação sexual com pessoa vivendo com HIV/aids.

Os resultados deste estudo sugerem elevado risco e vulnerabilidade dos usuários de *crack* para as DST. Assim, políticas públicas e estratégias de controle e prevenção de doenças associadas ao consumo de *crack*, como a implementação de políticas de redução de danos para álcool e outras drogas e educação em saúde, devem ser prioritárias para esta população.

O conhecimento do perfil soropidemiológico de infecções em diferentes populações pode contribuir de forma ímpar no planejamento e implementação de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como nos cuidados às pessoas de maneira integral e holística, respeitando as particularidades de cada segmento da população. Profissionais da saúde devem sempre buscar esse conhecimento, para tomada de decisão, baseada em evidências, na assistência ao indivíduo, família e comunidade.

Agradecimentos

A equipe do Núcleo de Estudos em Epidemiologia e Cuidados em Agravos Infecciosos, com ênfase em hepatites virais (NECAIH/FEN/UFG) e ao Grupo de Pesquisa Estudo das Hepatites Virais na região Centro-Oeste (IPTSP/UFG) pelo apoio logístico e coleta dos dados.

Referências

1. United Nations Office on Drugs and Crime (USA). World Drug Report 2012 [Internet]; 2012. [acesso 14 jan 2014]. Disponível em: http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_web_small.pdf

2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 64 anos 2008. [Internet]; 2011. [acesso 23 dez 2013]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2009/40352/pcap_2008_f_pdf_13227.pdf
3. Riezzo I, Fiore C, De Carlo D, Pascale N, Neri M, Turillazzi E, et al. Side effects of cocaine abuse: multiorgan toxicity and pathological consequences. *Curr Med Chem*. 2012; 19(33):5624-46.
4. Dualibi LB, Ribeiro M, Laranjeira R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24 Suppl 4:545-55.
5. Azevedo RC, Botega NJ, Guimarães LAM. Crack users, sexual behavior and risk of HIV infection. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(1):26-30.
6. Khan MR, Berger A, Hemberg J, O'Neill A, Dyer TP, Kmyrk K. Non-Injection and Injection Drug use and STI/HIV Risk in the United States: the Degree to which Sexual Risk Behaviors Versus Sex with an STI-Infected Partner Account for Infection Transmission among Drug Users. *AIDS Behav*. 2013;17(3):1185-94.
7. Hwang LY, Ross MW, Zack C, Bull L, Rickman K, Holleman M. Prevalence of Sexually Transmitted Infections and Associated Risk Factors among Populations of Drug Abusers. *Clin Infect Dis*. 2000; 31(4):920-6.
8. Rossi D, Rudulich G, Muzzio E, Naveira J, Sosa-Estani S, Rey J, et al. Multiple infections and associated risk factors among non-injecting cocaine users in Argentina. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(5):965-74.
9. Carvalho HB, Seibel SD. Crack Cocaine Use and Its Relationship With Violence and HIV. *Clinics*. 2009; 64(9):857-66.
10. Nunes CLX, Andrade T, Galvão-Castro B, Bastos FI, Reingold A. Assessing risk behaviors and prevalence of sexually transmitted and blood-borne infections among female crack cocaine users in Salvador - Bahia, Brazil. *Braz J Infect Dis*. 2007;11(6):561-6.
11. Des Jarlais DC, Arasteh K, McKnight C, Perlman D, Hagan H, Semaan S, et al. Gender and Age Patterns in HSV-2 and HIV Infection Among Non-Injecting Drug Users in New York City. *Sex Transm Dis*. 2010;37(10):637-43.
12. MacCoy CB, Lai S, Metsch LR, Messiah SE, Zhao W. Injection Drug use and Crack Cocaine Smoking: Independent and Dual Risk Behaviors for HIV infection. *Ann Epidemiol*. 2004;14(8):535-42.
13. Ross MW, Hwang LY, Zack C, Bull L, Williams ML. Sexual risk behaviours and STIs in drug abuse treatment

- populations whose drug of choice is crack cocaine. *Int J STD AIDS*. 2002;13(11):769-74.
14. Fundação Oswaldo Cruz (BR). Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Ministério da Justiça. Perfil dos Usuários de *crack* e/ou similares no Brasil. [Internet]; 2013. [acesso 14 jan 2014]. Disponível em: <http://www.casacivil.gov.br/noticias/perfil-brasil.pdf>
15. Sá LC, Araújo TM, Griep RH, Campelo V, Monteiro CF. Seroprevalence of Hepatitis C and factors associated with this in crack users. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013; 21(6):1195-202.
16. Oliveira EM, Nogueira NF, Marinho MP, Nogueira DL, Rocha NNV, Duarte SR. Characterization of Crack Users served in CAPS for alcohol and other drugs. *J Nurs UFPE on line*. [Internet]. 2012 [acesso 14 jan 2014]; 6(9):2093-102. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2776/pdf_1439
17. Jittiwutikarn J, Thongsawat S, Suriyanon V, Maneekarn N, Celentano D, Razak MH, et al. Hepatitis C Infection among drug users in Northern Thailand. *Am J Trop Med Hyg*. 2006; 74(6):1111-6.
18. Cavanaugh CE, Floyd LJ, Penniman TV, Hulbert A, Gaydos C, Latimer WW. Examining racial/ethnic disparities in sexually transmitted diseases among recent heroin-using and cocaine-using women. *J Womens Health (Larchmt)*. 2011;20(2):197-205.
19. Lopes CLR, Teles SA, Espírito-Santo MP, Lampe E, Rodrigues FP, Motta-Castro ARC, et al. Prevalence, risk factors and genotypes of hepatitis C virus infection among drug users, Central-Western Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2009;43 Suppl 1:43-50.
20. Plitt SS, Sherman SG, Strathdee SA, Taha TE. Herpes simplex virus 2 and syphilis among young drug users in Baltimore, Maryland. *Sex Transm Infect*. 2005;81(3):248-53.
21. Dickson-Gomez J, McAuliffe T, Rivas de Mendoza L, Glasman L, Gaborit M. The relationship between community structural characteristics, the context of crack use, and HIV risk behaviors in San Salvador, El Salvador. *Subst Use Misuse*. 2012;47(3):265-77.
22. Brewer TH, Zhao W, Metsch LR, Coltes A, Zenilman J. High-risk behaviors in women who use crack: knowledge of HIV serostatus and risk behavior. *Ann Epidemiol*. 2007; 17(7):533-9.
23. Gomez PM, Kimball AM, Orlander H, Bain, RM, Fisher LD, Holmes KK. Epidemic crack cocaine use linked with epidemics of genital ulcer disease and heterosexual HIV infection in the Bahamas: evidence of impact of prevention and control measures. *Sex Transm Dis*. 2002; 29(5):259-64.
24. Sagnelli E, Starnini G, Sagnelli C, Monarca R, Zumbo G, Pontali E, et al. Blood born viral infections, sexually transmitted diseases and latent tuberculosis in Italian prisons: a preliminary report a large multicenter study. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2012;16(15):2142-6.
25. Kazi AM, Shah SA, Jenkins CA, Shepherd BE, Vermund SH. Risk factors and prevalence of tuberculosis, human immunodeficiency virus, syphilis, hepatitis B virus, and hepatitis C virus among prisoners in Pakistan. *Int J Infect Dis*. 2010;14 Suppl 3:60-6.

Recebido: 28.2.2014

Aceito: 25.11.2014