

# Prevalência de Sífilis e fatores associados a população em situação de rua de São Paulo, Brasil, com utilização de Teste Rápido

## *Prevalence of Syphilis and associated factors in homeless people of Sao Paulo, Brazil, using a Rapid Test*

Valdir Monteiro Pinto<sup>I</sup>, Mariza Vono Tancredi<sup>I</sup>, Herculano Duarte Ramos De Alencar<sup>I</sup>, Elisabeth Camolesi<sup>I</sup>, Márcia Moreira Holcman<sup>II</sup>, João Paulo Grecco<sup>III</sup>, Alexandre Grangeiro<sup>IV</sup>, Elisabete Taeko Onaga Grecco<sup>I</sup>

**RESUMO:** *Introdução:* Pessoas em situação de rua constituem um grupo com alta vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis (DST), com altas prevalências de sífilis e hepatites. *Objetivos:* Descrever comportamentos, atitudes e práticas de risco para as DST, estimar a prevalência da sífilis, os fatores associados e avaliar a exequibilidade de uso do Teste Rápido (TR) para sífilis em pessoas em situação de rua. *Metodologia:* Estudo transversal em uma amostra não probabilística de pessoas em situação de rua assistidas em serviços de apoio social da cidade de São Paulo, entre 2006 e 2007. Foi aplicado questionário estruturado e realizado TR, além de coleta de sangue para detecção de sífilis. Estimou-se a sensibilidade e especificidade do TR utilizando como referência o diagnóstico laboratorial convencional (VDRL + TPHA). *Resultados:* Entre 1.405 voluntários, observou-se prevalência de sífilis de 7,0% que esteve associada à prática homossexual (OR<sub>aj</sub> 4,9; IC95% 2,6 – 9,4), ao relato de história de DST (OR<sub>aj</sub> 2,6; IC95% 1,7 – 4,0) e à raça/cor autorreferida não branca (OR<sub>aj</sub> 1,9; IC95% 1,1 – 3,4). A sensibilidade e especificidade do TR para sífilis foram, respectivamente, de 81,4 e 92,1%. *Conclusão:* A alta prevalência de sífilis, em pessoas em situação de rua evidencia a necessidade de ações para o seu controle e o uso do TR, devido sua sensibilidade e especificidade, pode ser levado em consideração como uma estratégia eficaz. Políticas públicas de saúde devem priorizar ações para o controle da sífilis, com estratégias de rastreamento, diagnóstico e tratamento precoces, diminuindo a morbidade e com melhoria da saúde sexual e reprodutiva da população geral e em especial às mais vulneráveis.

**Palavras-chave:** Doenças sexualmente transmissíveis. Sífilis. População em situação de rua. Comportamentos de risco. Teste rápido. Saúde pública.

<sup>I</sup>Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS – Programa Estadual de DST e AIDS – Secretaria de Estado da Saúde – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>II</sup>Superintendência de Controle de Endemias, Secretaria de Estado da Saúde – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>III</sup>Universidade Federal do Estado de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>IV</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

**Autor correspondente:** Valdir Monteiro Pinto, Rua Santa Cruz, 81, CEP: 04121-000, São Paulo, SP, Brasil. E-mails: vmpinto@usp.br; valdir.pinto@crt.saude.sp.gov.br

**Conflito de interesses:** nada a declarar – **Fonte de financiamento:** nenhuma.

**ABSTRACT: Introduction:** Homeless people are a vulnerable group to sexually transmitted diseases (STD) with high prevalence of syphilis and hepatitis. **Objectives:** To estimate the prevalence of syphilis infection and its association with risky behaviors for STDs in a sample of homeless people, and to assess the feasibility of the use of rapid syphilis test (RST) in this population. **Methods:** Cross-sectional study, in a convenience sample of homeless people assisted in social support services of São Paulo, between 2006 and 2007. A structured questionnaire was applied and RST was performed. In addition, a blood sample for syphilis detection was also collected. The sensitivity and specificity of the RST was estimated using conventional laboratory diagnosis (VDRL + TPHA) as reference. **Results:** 1,405 volunteers were included in the study. The prevalence rate of syphilis was 7.0%, and was associated with homosexual practices ( $OR_{adj}$  4.9; 95%CI 2.6 – 9.4), prior history of STD ( $OR_{adj}$  2.6; 95%CI 1.7 – 4.0) and with self-referred non-white race ( $OR_{adj}$  1.9; 95%CI 1.1 – 3.4). The sensitivity and specificity of the RST for syphilis were, respectively, 81.4 and 92.1%. **Conclusion:** The high prevalence of syphilis infection among homeless people shows the need for actions for its control and the utilization of RST that can be considered an efficient strategy due to its sensitivity and specificity. Public Health policymakers must strengthen actions for syphilis control, with screening tests for syphilis and early treatment, decreasing morbidity with the improvement of sexual and reproductive health of the population in general and especially the most vulnerable.

**Keywords:** Sexually transmitted diseases. Syphilis. Homeless. Sexual behavior. POC. Public health.

## INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica de evolução crônica, de transmissão sexual, vertical e sanguínea causada pelo *Treponema pallidum*, patógeno exclusivo do ser humano. Fatores relevantes na transmissibilidade da sífilis podem estar relacionados a aspectos sociais, biológicos, culturais e comportamentais que influenciam a ocorrência da doença na população. Tendo em vista que a sífilis tem fases assintomática e latente, com uma diversidade de sinais e sintomas que podem levar facilmente a confusão diagnóstica com várias outras doenças, o diagnóstico laboratorial se reveste de grande importância e, às vezes, na única maneira de identificá-la<sup>1</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2010, publicou estimativa de ocorrência de 11 milhões de casos novos de sífilis por ano no mundo, sendo 2,4 milhões para a América Latina e Caribe<sup>2</sup>. Na cidade de São Paulo, as unidades da rede de atenção básica de saúde estão disponíveis para atendimento de pessoas acometidas por doenças sexualmente transmissíveis (DST). Porém, pessoas em situação de rua podem apresentar dificuldades de acesso a estes serviços, agravando, assim, as consequências decorrentes desses agravos.

O censo realizado pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE) em 2003 identificou na cidade de São Paulo 10.394 moradores não domiciliados, dos quais 40% viviam nas ruas, 60% em albergues e 80,3% eram do sexo masculino<sup>3</sup>. É importante salientar que pessoas em situação de rua constituem um grupo populacional com grande vulnerabilidade às DST, apresentando alta prevalência de sífilis e hepatites<sup>4,5</sup>. No Brasil existem poucos estudos que analisam esse problema e identificam os principais aspectos relevantes para a estruturação de políticas públicas de saúde voltadas a esse grupo<sup>6,7</sup>.

Este estudo foi desenvolvido com o apoio do Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo, tendo como objetivos estimar a prevalência da infecção por sífilis e sua associação com conhecimentos e comportamentos de risco para DST em uma amostra de pessoas em situação de rua e avaliar a exequibilidade de uso do Teste Rápido (TR) para sífilis em população em situação de rua na cidade de São Paulo.

## METODOLOGIA

Trata-se de estudo de corte transversal, com amostra não probabilística da população em situação de rua da cidade de São Paulo, maiores de 18 anos, assistida em serviços de apoio social (como abrigos, albergues, casas de convivência e moradias provisórias para acolhida e pernoite), no período de outubro de 2006 a março de 2007.

A abordagem dessas pessoas foi feita nos locais acima referidos, após a realização de palestras sobre sífilis que discorreram sobre a importância do diagnóstico e dos testes sorológicos, possibilidade de infecção assintomática, fatores de risco para aquisição e transmissão da sífilis, tanto sexual quanto vertical.

Os indivíduos que concordaram em participar do estudo responderam questionário estruturado contendo informações sociodemográficas (idade, escolaridade, cor autorreferida), sobre práticas sexuais, uso de drogas, grau de conhecimento sobre prevenção das DST, antecedentes de DST e participação em atividades de prevenção. O questionário foi aplicado por profissionais de saúde previamente treinados.

Após a aplicação do questionário, foi realizada punção digital para a coleta de sangue e a realização do TR para sífilis (VisiTect Syphilis – Omega Diagnostics, Alloo, Scotland). Também foram coletados 5 mL de sangue por punção venosa para a realização de testes sorológicos confirmatórios e para seguimento como o *Treponema pallidum hemagglutination* (TPHA) e *Venereal Diseases Research Laboratory* (VDRL). Os exames foram realizados no laboratório do Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS.

Os resultados dos Testes Rápidos foram entregues aos participantes, imediatamente após a sua realização e o tratamento inicial da sífilis foi realizado no local da entrevista para indivíduos com TR positivo, de acordo com o Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde<sup>8</sup>. Posteriormente, houve encaminhamento para seguimento clínico em unidade de saúde mais próxima do local da entrevista.

## ANÁLISE DOS DADOS

Na primeira etapa, foram realizadas análises descritivas das características demográficas, comportamentais e da frequência de ocorrência da sífilis na população de estudo. Em um segundo momento analisou-se os fatores associados à positividade para sífilis, utilizando-se como medida de efeito o *odds ratio* (OR), com intervalos de confiança de 95% (IC95%). Os fatores associados foram analisados utilizando-se o modelo de regressão logística e todas as variáveis com nível de significância  $p < 0,15$  foram consideradas elegíveis para inclusão no modelo. A cada inclusão de nova variável, foi utilizado o teste baseado na razão de verossimilhança e, caso a significância do novo modelo fosse maior que 0,05, a variável era excluída. O modelo final foi construído utilizando a variável sexo como controle. Para a estimativa da prevalência, foi considerado como diagnóstico de sífilis os indivíduos que apresentaram VDRL, com qualquer título, e TPHA positivos.

Para a análise da exequibilidade do uso do Teste Rápido e para rastreamento de sífilis em pessoas em situação de rua, foram calculadas a sensibilidade e especificidade do TR. Isso foi feito comparando o resultado do TR com o diagnóstico de sífilis, que foi considerado obtendo-se um teste de VDRL reagente com qualquer titulação e o TPHA reagente.

O banco de dados do estudo foi constituído no Epi-Info 6.04 (Centers for Disease Control and Prevention, EUA) e as análises estatísticas realizadas no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 13.

Todos os voluntários que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CRT-DST/AIDS, de São Paulo (CEP nº 212/05).

## RESULTADOS

Do total de 2.110 indivíduos em situação de rua convidados, 1.405 (86,6%) aceitaram participar do estudo. Dentre os 13,4% que não participaram foram identificados os seguintes motivos mais frequentes: “não esperaram para realizar o teste”; “medo de coleta de sangue”; “não tenho tempo”; “fariam o teste para sífilis se houvessem outros testes como HIV, diabetes ou hepatites”; “não quero participar”.

A amostra foi composta por 1.202 homens (85,6%) e 203 mulheres (14,4%), apresentando média de idade de 40,9 anos (41,4 entre homens e 38,0 entre mulheres) com extremos entre 18 e 73 anos. A maior parte da população estudada foi constituída pela raça/cor autorreferida negra (68,4%). Foi observado que quase três quartos do total de entrevistados (72,6%) alcançaram o ensino fundamental (8 anos de estudo) e 22,0% possuíam ensino médio ou superior (Tabela 1).

A média de idade do primeiro intercuro sexual foi de 15,3 anos (15,2 entre homens e 16,1 entre mulheres). A maioria dos entrevistados (84,0%) declarou ser heterossexual, sendo 84,5% de homens e 80,7% de mulheres. Entre os homens, 15,5% declararam prática sexual com outros homens, sendo 3,9% exclusivamente com homens e 11,6% com parcerias de ambos os sexos. Observou-se entre as mulheres que 19,3% declararam prática sexual com outras mulheres (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas, comportamentais e clínicas dos indivíduos em situação de rua segundo sexo, São Paulo, 2007.

Características da população	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Faixa Etária (anos)</b>			
18 a 29	62 (31,2)	207 (17,3)	269 (19,3)
30 a 39	51 (25,6)	341 (28,6)	392 (28,1)
40 a 49	43 (21,6)	328 (27,5)	371 (26,6)
50 ou mais	43 (21,6)	318 (26,6)	361 (25,9)
Total	199 (100,0)	1.194 (100,0)	1.393 (100,0)
<b>Anos de estudo</b>			
0	19 (9,4)	57 (4,8)	76 (5,4)
1 a 8	145 (71,8)	868 (72,7)	1013 (72,6)
Mais de 8	38 (18,8)	269 (22,5)	307 (22,0)
Total	202 (100,0)	1.194 (100,0)	1.396 (100,0)
<b>Cor autorreferida</b>			
Branca	51 (25,2)	25 (2,1)	391 (28,0)
Negra ou outras	151 (74,8)	854 (71,5)	1.005 (72,0)
Total	202 (100,0)	1.194 (100,0)	1.396 (100,0)
<b>Orientação sexual</b>			
Homossexual	21 (10,7)	46 (3,9)	67 (4,9)
Bissexual	17 (8,6)	137 (11,6)	154 (11,2)
Heterossexual	159 (80,7)	999 (84,5)	1.158 (84,0)
Total	197 (100,0)	1.182 (100,0)	1.379 (100,0)
<b>Tipo de parceria nos últimos 12 meses</b>			
Só parceiro fixo	68 (34,3)	112 (9,4)	180 (13,0)
Só parceiro eventual	38 (19,2)	668 (56,3)	706 (51,0)
Parceiro fixo e eventual	35 (17,7)	129 (10,9)	164 (11,8)
Sem parceiro	57 (28,8)	277 (23,4)	334 (24,1)
Total	198 (100,0)	1.186 (100,0)	1.384 (100,0)

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Características da população	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
	n (%)	n (%)	n (%)
Uso de preservativo em todas as relações			
Não	153 (77,3)	698 (59,1)	851 (61,7)
Sim	45 (22,7)	483 (40,9)	528 (38,3)
Total	198 (100,0)	1.181 (100,0)	1.379 (100,0)
Refere ter tido alguma DST			
Não	149 (74,1)	683 (58,1)	832 (60,4)
Sim	52 (25,9)	493 (41,9)	545 (39,6)
Total	201 (100,0)	1.176 (100,0)	1.377 (100,0)
Informação correta sobre a transmissão sexual e prevenção pelo uso de preservativo			
Não	81 (39,9)	425 (35,4)	506 (36,0)
Sim	122 (60,1)	777 (64,6)	899 (64,0)
Total	203 (100,0)	1.202 (100,0)	1.405 (100,0)
Uso frequente de drogas (exceto tabaco, álcool e comprimidos para dormir)			
Não	169 (83,3)	876 (72,9)	1.045 (74,4)
Sim	34 (16,7)	326 (27,1)	360 (25,6)
Total	203 (100,0)	1.202 (100,0)	1.405 (100,0)
Participação em atividades educativas (grupos, aconselhamento e palestras)			
Não	91 (44,8)	535 (44,5)	626 (44,6)
Sim	112 (55,2)	667 (55,5)	779 (55,4)
Total	203 (100,0)	1.202 (100,0)	1.405 (100,0)
Refere já ter recebido preservativos?			
Não	87 (48,9)	474 (43,2)	561 (44,0)
Sim	91 (51,1)	624 (56,8)	715 (56,0)
Total	178 (100,0)	1.098 (100,0)	1.276 (100,0)
Já foi discriminado?			
Não	86 (42,6)	542 (45,2)	628 (44,9)
Sim	116 (57,4)	656 (54,8)	772 (55,1)
Total	202 (100,0)	1.198 (100,0)	1.400 (100,0)

DST: doenças sexualmente transmissíveis.

Quase um quarto dos entrevistados (24,1%) relatou não ter tido parceria sexual nos últimos 12 meses. Porém, dentre os que afirmaram vida sexual ativa, o número médio de parcerias sexuais foi de 5,4 neste período (6,1 entre os homens e 1,2 entre mulheres). Ter somente a parceria fixa foi relatado em porcentagem mais elevada por mulheres (34,3%), enquanto possuir somente parcerias eventuais foi encontrado maior percentual entre os homens (56,3%) (Tabela 1).

O uso de preservativo, em algumas relações sexuais, foi reportado por 70,9% dos indivíduos, sendo 50,5% entre as mulheres e 74,3% entre os homens. Entre os que alegaram o uso do preservativo (70,9%), 38,3% relataram o uso em todos os intercursos sexuais (Tabela 1) e 32,6% somente em algumas relações. Ter recebido preservativos, gratuitamente, foi referido somente por 56,0% da população (dados não apresentados na tabela).

Antecedentes de DST foram relatados por 39,6% dos entrevistados, variando entre 25,9% para as mulheres a 41,9% para os homens (Tabela 1). Nos últimos 12 meses, houve maior frequência de realização de teste para sífilis entre as mulheres quando comparada aos homens - 20,1 e 13,6%, respectivamente (dado não mostrado na tabela). Entre os indivíduos que souberam informar o resultado do teste realizado (85,1%), o percentual de positividade foi de 10,5% (9,1% mulheres e 10,8% homens) (dados não mostrados em tabela). A rede pública de saúde foi responsável pelo atendimento de 73,5% desses indivíduos, sendo que os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) foram apontados pela realização do teste em 14,6% da população. A gravidez foi o principal motivo para a realização do teste entre as mulheres (pré-natal, 42,1% e internação para o parto, 5,3%) seguido por curiosidade (21,1%), enquanto que as principais razões para os homens foram curiosidade (28,5%) e “achar-se em risco” (9,8%).

Informações corretas sobre a transmissão da sífilis através das relações sexuais e a prevenção com uso do preservativo foram observadas em 64,0% dos indivíduos em situação de rua (Tabela 1).

Uso de drogas durante a vida, excetuando tabaco, foi reportado por 55,7% dessa população e 25,6% referiram uso frequente (Tabela 1). A droga mais referida foi maconha (50,8%), seguida por cocaína inalada (34,2%), crack/merla (25,0%) e 5,6% dos usuários de drogas referiram o uso de cocaína injetável.

Mais da metade dos entrevistados (55,4%) alegou participação em atividades de aconselhamento e grupos educativos. Discriminação devido à situação de rua foi relatada por 55,1% desta população (Tabela 1).

Entre os 1.389 indivíduos que realizaram o TR, 181 (13,0%) obtiveram resultado positivo para sífilis.

No total, 97 indivíduos apresentaram diagnóstico positivo para sífilis, através do uso de VDRL e TPHA, com uma prevalência de 7,0%. Segundo a categoria de exposição, a prevalência foi 12,1% entre homens que fazem sexo com homens e 9,5% entre mulheres que fazem sexo com mulheres (dados não mostrados na tabela).

A maior prevalência de sífilis esteve associada a homossexuais, masculinos e femininos, com 24,2% ( $OR_{aj}$  4,9; IC95% 2,6 – 9,4), ao relato de história prévia de qualquer DST com 10,6% ( $OR_{aj}$  2,6; IC95% 1,7 – 4,0) e pertencer a raça/cor autorreferida não branca com 8,0% ( $OR_{aj}$  1,9; IC95% 1,1 – 3,4) (Tabela 2). Outras características sociodemográficas, tipo de parceria sexual (fixa ou eventual), uso de preservativo e uso de drogas não estiveram associadas à maior prevalência da sífilis.

Tabela 2. Fatores associados à prevalência de sífilis entre indivíduos em situação de rua, São Paulo, 2007.

Características da população	Resultado para sífilis		Total	Valor p	OR (IC95%)	OR <sub>aj</sub> (IC95%)
	Positivo	Negativo				
	n (%)	n (%)	n (%)			
<b>Sexo</b>						
Feminino	18 (9,1)	179 (90,9)	197 (100,0)	0,200	1,42 (0,83 – 2,42)	1,42 (0,80 – 2,52)
Masculino	79 (6,6)	1.115 (93,4)	1.194 (100,0)			
Total	97 (7,0)	1.294 (93,0)	1.391 (100,0)			
<b>Faixa Etária (anos)</b>						
18 a 29	13 (4,9)	254 (95,1)	267 (100,0)			
30 a 39	30 (7,8)	356 (92,2)	386 (100,0)	0,145	1,65 (0,84 – 3,22)	
40 a 49	22 (6,0)	345 (94,0)	367 (100,0)	0,541	1,25 (0,62 – 2,52)	
50 ou mais	30 (8,4)	329 (91,6)	359 (100,0)	0,092	1,78 (0,91 – 3,49)	
Total	95 (6,9)	1.284 (93,1)	1.379 (100,0)			
<b>Anos de estudo</b>						
0	6 (8,0)	69 (92,0)	75 (100,0)	0,581	1,31 (0,50 – 3,40)	
1 a 8	71 (7,1)	931 (92,9)	1.002 (100,0)	0,605	1,15 (0,68 – 1,94)	
Mais de 8	19 (6,2)	286 (93,8)	305 (100,0)			
Total	96 (6,9)	1286 (93,1)	1382 (100,0)	1,186		
<b>Cor autorreferida</b>						
Branca	17 (4,4)	371 (95,6)	388 (100,0)			
Negra ou outras	80 (8,0)	914 (92,0)	994 (100,0)	0,018	1,91 (1,12 – 3,27)	1,94 (1,12 – 3,36)
Total	97 (7,0)	1.285 (93,0)	1.382 (100,0)			
<b>Orientação sexual</b>						
Homossexual	16 (24,2)	50 (75,8)	66 (100,0)	0,000	4,77 (2,59 – 8,80)	4,95 (2,61 – 9,37)
Bissexual	8 (5,2)	146 (94,8)	154 (100,0)	0,598	0,82 (0,39 – 1,73)	0,70 (0,33 – 1,49)
Heterossexual	72 (6,3)	1.074 (93,7)	1.146 (100,0)			
Total	96 (7,0)	1.270 (93,0)	1.366 (100,0)			
<b>Tipo de parceria nos últimos 12 meses</b>						
Só parceiro fixo	10 (5,6)	168 (94,4)	178 (100,0)			
Só parceiro eventual	50 (7,1)	651 (92,9)	701 (100,0)	0,475	1,29 (0,64 – 2,60)	
Parceiro fixo e eventual	13 (8,0)	149 (92,0)	162 (100,0)	0,380	1,47 (0,62 – 3,44)	
Sem parceiro	24 (7,3)	306 (92,7)	330 (100,0)	0,478	1,32 (0,62 – 2,82)	
Total	97 (7,1)	1.274 (92,9)	1.371 (100,0)			

Continua...

Tabela 2. Continuação.

Características da população	Resultado para sífilis		Total	Valor p	OR (IC95%)	OR <sub>aj</sub> (IC95%)
	Positivo	Negativo				
	n (%)	n (%)	n (%)			
Uso de preservativo em todas as relações						
Não	59 (7,0)	782 (93,0)	841 (100,0)			
Sim	37 (7,0)	488 (93,0)	525 (100,0)	0,982	1,00 (0,66 – 1,54)	
Total	96 (7,0)	1.270 (93,0)	1.366 (100,0)			
Refere ter tido alguma DST						
Não	40 (4,8)	787 (95,2)	827 (100,0)			
Sim	57 (10,6)	479 (89,4)	536 (100,0)	0,000	2,34 (1,54 – 3,56)	2,58 (1,66 – 4,01)
Total	97 (7,1)	1.266 (92,9)	1.363 (100,0)			
Informação correta sobre a transmissão sexual e prevenção pelo uso de preservativo						
Não	32 (6,4)	469 (93,6)	501 (100,0)	0,520	1,20 (0,75 – 1,79)	
Sim	65 (7,3)	825 (92,7)	890 (100,0)			
Total	97 (7,0)	1.294 (93,0)	1.391 (100,0)			
Uso frequente de drogas (exceto tabaco, álcool e comprimidos para dormir)						
Não	70 (6,8)	964 (93,2)	1.034 (100,0)			
Sim	27 (7,6)	330 (92,4)	357 (100,0)	0,612	1,13 (0,71 – 1,79)	
Total	97 (7,0)	1.294 (93,0)	1.391 (100,0)			
Participação em atividades educativas (grupos, aconselhamento e palestras)						
Não	43 (6,9)	576 (93,1)	619 (100,0)			
Sim	54 (7,0)	718 (93,0)	772 (100,0)	0,972	1,01 (0,67 – 1,53)	
Total	97 (7,0)	1.294 (93,0)	1.391 (100,0)			
Refere já ter recebido preservativos?						
Não	38 (6,9)	515 (93,1)	553 (100,0)			
Sim	54 (7,6)	656 (92,4)	710 (100,0)	0,619	1,12 (0,73 – 1,72)	
Total	92 (7,3)	1.171 (92,7)	1.263 (100,0)			
Já foi discriminado?						
Não	40 (6,4)	584 (93,6)	624 (100,0)			
Sim	55 (7,2)	708 (92,8)	763 (100,0)	0,558	1,13 (0,74 – 1,73)	
Total	95 (6,8)	1.292 (93,2)	1.387 (100,0)			

Tendo como referência para diagnóstico de sífilis os testes VDRL e TPHA, foi observado que, entre os indivíduos com TR positivos, 79 (43,7%) foram verdadeiros positivos. Entre os negativos, as proporções de verdadeiros e falsos negativos foram de 98,5 e 1,5%, respectivamente. Assim, a sensibilidade do TR para o diagnóstico de sífilis na população em situação de rua foi de 81,4%, a especificidade de 91,9% (Tabela 3).

## DISCUSSÃO

No Brasil, existem poucos estudos disponíveis que analisaram a prevalência de sífilis em pessoas vivendo em situação de rua. Este estudo propôs descrever o perfil epidemiológico, comportamentos de risco e a frequência de sífilis nas pessoas em situação de rua no município de São Paulo, tendo encontrado alta prevalência de sífilis (7,0%) na população estudada.

Apesar de possuir métodos diagnósticos adequados e tratamento simples, a sífilis permanece como um importante problema de saúde pública, também para a população em situação de rua, talvez pela dificuldade que estes tenham em procurar serviços de saúde e por medo de discriminação<sup>6,7</sup>, como o alto percentual encontrado nesse estudo (55,1%).

O TR para sífilis tem sido avaliado pela OMS, há quase uma década, como ferramenta para diagnóstico rápido, com tratamento precoce, a ser utilizado em situações específicas, onde exista dificuldade de acesso geográfico a serviços ou a insumos laboratoriais<sup>9</sup>.

Estudo realizado pelo Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS de São Paulo<sup>4</sup>, em 2000, demonstrou que dentre 259 indivíduos em situação de rua entrevistados, apenas 37,5% aceitaram ser submetidos ao TR para diagnóstico de sífilis. Destes, 22,6% obtiveram resultado positivo, mostrando baixa aceitabilidade de participação e alta prevalência. É possível que a maior aceitação, no estudo atual, tenha decorrido da alta proporção de indivíduos inseridos em atividades educativas, o que não foi investigado na pesquisa anterior, e que a

Tabela 3. Sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e negativo do Teste Rápido para sífilis *versus* (TPHA + VDRL, VDRL e TPHA).

Sorologia	Resultado	Teste Rápido		Sensibilidade	Especificidade	Valor preditivo positivo	Valor preditivo negativo
		Positivo	Negativo				
TPHA e VDRL	Positivo	79	18	81,4	91,9	42,9	98,5
	Negativo	105	1.189				
VDRL	Positivo	79	21	79	91,9	42,9	98,3
	Negativo	105	1.186				
TPHA	Positivo	79	21	57,7	98	88	90,1
	Negativo	105	1.186				

TPHA: *Treponema pallidum* hemagglutination; VDRL: Venereal Diseases Research Laboratory.

prevalência mais baixa encontrada no presente estudo tenha decorrido do critério diagnóstico mais específico com uso de VDRL, TPHA além do TR. Outro possível fator para a baixa aceitação e alta prevalência naquele estudo, pode ter sido devido ao tamanho reduzido da amostra àquela época. A prevalência de sífilis neste estudo apenas com o TR foi de 13,0%.

Outro estudo realizado em 2003 com população em situação de rua no município de São Paulo, em que foi utilizado o VDRL para rastreamento e o TPHA como confirmatório, também encontrou elevada prevalência da sífilis, de 5,7%, o que aproxima da taxa encontrada neste estudo<sup>5</sup>.

A alta taxa de sífilis encontrada em nosso estudo está em concordância com alguns estudos internacionais que mostraram taxa de prevalência de sífilis, em população em situação de rua, de 9,2% em São Francisco<sup>10</sup>, 12,0 e 14,0% na cidade de Nova York<sup>11,12</sup>.

Estudo de base populacional realizado em parturientes no Brasil<sup>13</sup>, como *proxy* para a população geral, mostrou prevalência de sífilis de 1,6%, o que mostra a maior vulnerabilidade de pessoas em situação de rua a esse agravo.

Em nosso estudo, um em cada quatro homens que fazem sexo com homens (HSH) e, um a cada 10 indivíduos com história prévia de DST apresentaram diagnóstico de sífilis. Essa alta prevalência se assemelha às mais elevadas taxas observadas por outros autores com populações designadas “mais vulneráveis” às DST, como os estudos realizados com presidiárias em São Paulo (5,7%)<sup>14</sup>, adolescentes em sistema correccional no Espírito Santo (7,8%)<sup>15</sup>, profissionais do sexo da cidade de Pelotas (7,5%, sendo 6,1% entre mulheres e 11,6% entre homens)<sup>16</sup>, pessoas atendidas em clínica de DST em Manaus (7,5%)<sup>17</sup> e estudo multicêntrico envolvendo 10 cidades brasileiras, com profissionais do sexo (16,4%)<sup>18</sup>.

Um aspecto positivo encontrado em nosso estudo foi que uma parcela importante do grupo (53,7%) encontra-se inserida em atividades educativas. Essa situação pode ser uma oportunidade para ampliar as ações dirigidas à essa população e elevar a relativa baixa proporção de indivíduos que receberam preservativos (56,0%), o que poderia contribuir para um possível aumento da prática sexual protegida.

Aspecto importante do ponto de vista de saúde pública é a alta proporção de indivíduos que relataram o uso frequente de drogas (25,6%), incluindo uma proporção expressiva que mencionou o uso injetável. Considerando o impacto negativo deste fato na saúde dos indivíduos em situação de rua, seria desejável a realização de ações de redução de danos associadas às intervenções de prevenção e de cuidado integral à saúde dessa população.

Vale ressaltar que, no presente estudo, o tratamento foi realizado apenas com o resultado positivo do TR, ocasionando terapia para indivíduos não infectados (7,3%). Porém, há de se considerar que esse tratamento dispensado apresenta um baixo risco à saúde e um custo reduzido para o sistema de saúde. Entretanto, o tratamento imediato e oportuno dos infectados favorece a quebra da cadeia de transmissão e diminui a morbidade.

A sífilis é um marcador de sexo desprotegido e pode potencializar a transmissão do HIV, como demonstrado por Flemming e Wasserheit<sup>19</sup>. Este fato foi percebido em estudo com população em situação de rua em São Francisco, onde ter tido diagnóstico de sífilis foi um significativo preditor para a infecção pelo HIV, com mais que o triplo de risco<sup>10</sup>.

Um aspecto que reforça a exequibilidade do uso do TR para sífilis entre indivíduos em situação de rua foram os índices de concordância em participar da pesquisa e realizar o diagnóstico da doença. Nesse aspecto, foi possível notar que uma pequena parcela não realizou o teste baseado em sua própria decisão (“medo de coleta”, “não querer participar”, “falta de tempo referido”).

Adicionalmente, todos os indivíduos com resultado de TR positivo aceitaram o início de tratamento imediato e, por meio de orientação da equipe multidisciplinar foram encaminhados às Unidades de Saúde para completar o tratamento e realizar o controle de cura. Dado semelhante ao encontrado por Grimley et al.<sup>20</sup> (91,5%), em abrigos de duas cidades no Alabama (USA); mostrando que quando existe facilitação ao acesso ao tratamento, pode haver maior adesão ao mesmo.

Mabey et al.<sup>21</sup> e Cisneros et al.<sup>22</sup> analisaram a factibilidade do uso do TR para sífilis em populações específicas e mostraram taxas de sensibilidade e especificidade ligeiramente mais elevadas que as encontradas neste estudo. Este fato pode ter ocorrido devido às situações de aplicação dos testes nas instituições que abrigam pessoas em situação de rua onde a pesquisa foi realizada. Nos estudos citados, os testes foram realizados em laboratório, o que apresenta melhores condições de execução quando comparados com a aplicação em campo. Em nossa população, houve dificuldade em se obter condições ideais para a coleta do material (hiperceratose das polpas digitais e impregnação com resíduos ambientais). Estes aspectos podem e devem ser minimizados com a melhoria da estrutura existente para as intervenções e treinamento dos profissionais de saúde para atuação em campo.

Outra limitação que pode ter ocorrido seria a inacurácia de informações sobre o uso de preservativos, idade do primeiro intercurso sexual e número de parcerias sexuais, caracterizando um viés de memória ou na tentativa de dar respostas socialmente aceitáveis frente a um questionário.

Dado que essa população possui alta vulnerabilidade às DST e baixa inserção nos serviços de saúde, para ações de prevenção, é plausível a ocorrência de reinfecções e um teste treponêmico, sendo este rápido ou convencional, não diferencia infecções ativas e cicatrizes sorológicas, cabendo aos gestores de saúde a avaliação de custo efetividade da estratégia.

Os valores de sensibilidade e especificidade do TR, neste estudo, podem ser levados em consideração como uma estratégia para rastreamento de sífilis em populações de difícil acesso.

## CONCLUSÃO

Os resultados apresentados no presente estudo mostram que os indivíduos em situação de rua podem ser receptivos a realização de testes para sífilis, bem como ao tratamento dos casos positivos. Os dados coletados permitem ampliar o conhecimento sobre a saúde de uma população relativamente invisível aos serviços de saúde, ou seja, que não tem acesso aos serviços. Estes, por sua vez, não desenvolvem atividades extramuros de forma continuada para alcançá-la.

Políticas de rastreamento que não incluam populações assintomáticas e/ou que se caracterizem por difícil acesso, como população em situação de rua entre outras, podem acarretar em perda de oportunidade de redução significativa de infecção.

Com isto, espera-se que os achados apresentados possam impulsionar ações de saúde pública, com elaboração de estratégias tanto preventivas quanto assistenciais, voltadas para o controle desses agravos, visando minimizar a morbidade nessa população e subsidiar a realização de novos estudos que aprofundem o conhecimento na área.

Cabe aos gestores de políticas públicas de saúde reforçar as ações para o controle da sífilis, com estratégias de rastreamento, diagnóstico e tratamento precoces, evitando complicações, diminuindo a morbidade com melhoria da saúde sexual e reprodutiva da população geral e em especial às mais vulneráveis.

## AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à Fundação Alfredo da Matta, Manaus (AM), pelo fornecimento dos testes rápidos de sífilis, numa iniciativa apoiada pelo projeto da UNICEF/UNDP/World Bank World Health Organisation (WHO), *Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases* e também às pessoas em situação de rua que voluntariamente participaram do estudo.

## REFERÊNCIAS

1. Kent ME, Romanelli F. Reexamining Syphilis: an update on epidemiology, Clinical Manifestations, and Management. *Ann Pharmacother* 2008; 42(2): 226-36.
2. World Health Organization. Progress report, 2010. Disponível em [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/GlobalData\\_cs\\_pregnancy.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/GlobalData_cs_pregnancy.pdf). (Acessado em 15 de fevereiro de 2013).
3. São Paulo. Secretaria Municipal de Assistência Social. Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE). Censo de moradores de rua da cidade de São Paulo 2002-2003. relatório executivo. Disponível em: <http://www.fipe.org.br/web/index.asp?c=37&aspx=/web/home/noticia.aspx>. (Acessado em 21 de fevereiro de 2013).
4. Silva RJC, Pinto VM, Peron L, Busanelo J, Aoki MFC. Syphilis in a homeless population in Sao Paulo, Brazil. In: International Congress of Sexually Transmitted Infections, ISSTD/IUSTI; 2001 jun 24-27 Berlin (Al). *Int J of STD & AIDS* 2001; 12: 136-7.
5. Brito VOC, Parra D, Facchini R, Buchalla CM. HIV infection, hepatitis B and C and syphilis in homeless people, in the city of São Paulo, Brazil. *Rev Saúde Pública* [online] 2007; 41(Suppl 2): 47-56.
6. Varanda V, Adorno RCF. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população e o desafio para políticas de saúde. *Saúde e Soc* 2004; 13(1): 56-69.
7. Adorno RCF. Atenção à saúde, direitos e o diagnóstico como ameaça: políticas públicas e as populações em situação de rua. *Etnográfica* 2011; 15(3): 543-67.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
9. World Health Organization. Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (WHO/TDR). Laboratory-based evaluation of rapid syphilis diagnostics. Sexually Transmitted Diseases Diagnostics Initiative (SDI) (WHO –Diagnostics Evaluations Report, 2003). Disponível em: [www.who.int/std\\_diagnostics](http://www.who.int/std_diagnostics) (Acessado em 21 de fevereiro de 2013).
10. Robertson MJ, Clark RA, Charlebois ED, Tulski J, Long HJ, Bangsberg DR, et al. HIV seroprevalence among homeless and marginally housed adults in San Francisco. *Am J Public Health* 2004; 94: 1207-17.
11. Nuttbrock L, Roseblum A, Magura S, McQuiston HL, Joseph H. The association between cocaine use and HIV/STDs among soup kitchen attendees in New York City. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2000; 25(1): 86-91.
12. Roseblum A, Nuttbrock L, McQuiston HL, Magura S, Joseph H. Hepatitis C and substance use in a sample of homeless people in New York. *J Addict Dis* 2001; 20(4): 15-25.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico – AIDS e DST. Ano III nº 01 - 01ª à 26ª semanas epidemiológicas – jan. a junho de 2006; Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
14. Lopes F, Latorre MRDO, Pignatari ACC, Buchalla CM. Prevalência de HIV, papilomavírus humano e sífilis na penitenciária feminina da capital, São Paulo, 1997-1998. *Cad Saúde Pública* 2001; 17(6): 1473-80.
15. Miranda AE, Zago AM. Prevalência de infecção pelo HIV e sífilis em sistema correccional para adolescentes. *DST J Bras Doenças Sex Transm* 2001; 13(4): 35-9.
16. Silveira MF, Teixeira AMFB, Stephan LS, Rosenthal RM, Alves CL, Brum VMA, et al. Conhecimento sobre sorologia para sífilis e HIV entre profissionais do sexo de Pelotas, Brasil. *DST J Bras Doenças Sex Transm* 2009; 21(1): 27-33.
17. Benzaken AS, Sabido M, Galban EG, Pedroza, V, Vasquez, F, Araújo, A, et al. Field evaluation of the performance and testing costs of a rapid point-of-care test for syphilis in a red light district of Manaus, Brasil. *Sex Transm Infect* 2008; 84(4): 297-302.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais. Szwarcwald CL. Taxas de prevalência de HIV e sífilis e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis no grupo das mulheres profissionais do sexo. Disponível em: [http://sistemas.aids.gov.br/prevencao2010/sites/default/files/page/2010/18.06.2010/MR\\_CeliaLandmann.pdf](http://sistemas.aids.gov.br/prevencao2010/sites/default/files/page/2010/18.06.2010/MR_CeliaLandmann.pdf). (Acessado em 15 de fevereiro de 2013).
19. Flemming D, Wasserheit J. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sex Transm Infect* 1999; 75: 3-17.
20. Grimley DM, Annang L, Lewis I, Smith RW, Aban I, Hooks T, et al. Sexually transmitted infections among urban shelter clients. *Sex Transm Dis* 2006; 33(11): 666-9.
21. Mabey D, Peeling RW, Ballard R, Benzaken AS, Galbán E, Chagalucha J, et al. Prospective, multi-centre clinic-based evaluation of four rapid diagnostic tests for syphilis. *Sex Transm Infect* 2006; 82(Suppl 5): v13-6.
22. Cisneros SG, Portugal MO, Herrera AM, Meza MV, Garcia CP, Reyes SB, et al. Sensibilidad y especificidad de dos pruebas treponémicas para el diagnóstico serológico de la sífilis. *Enf Inf Microbiol* 2008; 28(2): 46-50.

Recebido em: 01/04/2013

Versão final apresentada em: 26/08/2013

Aceito em: 13/09/2013