

Characterization of the rapid test for HIV/AIDS, syphilis and viral hepatitis in pregnant women

Lorena Cavalcante Lobo*
Phâmela Ferreira Costa**
Gabriela Moraes de Abreu**
Nathália França de Oliveira**
Marcílio Sandro de Medeiros***
Jacqueline de Almeida Gonçalves Sachett**
Isabela Cristina de Miranda Gonçalves**

281

Abstract

The epidemiological and social importance of the vertical transmission mechanism for public health is indisputable, and as a strategy to guarantee the integrality of care, rapid testing has been decentralized to basic care. Therefore, this study aimed to identify the sociodemographic and behavioral characteristics of the pregnant women tested for HIV/AIDS, syphilis, hepatitis B and C in Manaus, in the year 2014. It was carried out from secondary data in health units registered and qualified to perform rapid testing. A total of 2,186 female patient records were identified, of which 86.3% were pregnant and 13.7% were not pregnant. Of the 38 units registered and considered suitable, it was found that in 13 (34.2%) the exam was not being collected. Regarding the sociodemographic characteristics, it was identified that 43.1% of pregnant women were between 21 and 40 years of age, 53.6% said they were married and/or in a stable union, and 1/3 had between 8 and 11 years of education, 47.6% were brown. Regarding the behavioral aspects, 52.9% of the pregnant women became aware of the rapid test offered during prenatal consultations, 67.9% declared a sexual preference for men, and an inconsistent condom use with partnerships was predominantly mentioned. Of the 1,886 pregnant women who performed the rapid test, 12 (0.6%) had a positive result for syphilis; 18 (1.0%) for HIV/AIDS; 2 (0.1%) for hepatitis B and 5 (0.3%) for hepatitis C. Thus, the rapid test offered at the time of the reception in the health unit should be highlighted as a strategy to reach a larger share of the assisted clientele.

Keywords: Serological tests. Pregnant Women, Primary Health Care. Vertical Transmission of Infectious Disease. Prenatal care.

INTRODUCTION

The epidemiological and social importance of the mechanism of vertical transmission¹ for public health is indisputable considering the quantitative strategies directed to address this problem. An example of this is the creation by the Stork Network Ministry of Health, which aims to implement the rapid tests of HIV/AIDS, syphilis, hepatitis B and C within the scope of Primary Care; thus, improving access and

quality of the prenatal care, promoting an early diagnosis with a view to reducing the rates of vertical transmission of these diseases².

Vertical transmission is an uncommon condition in hepatitis C, with a total of 425 confirmed cases (7.1%) in Brazil in 2016, but when this is the transmission mechanism in hepatitis B, it increases the risk of chronic hepatitis B by 90% in the newborn. The

DOI: 10.15343/0104-7809.20194302281305

* Universidade Federal do Amazonas – UFAM. Manaus/ AM, Brasil.

** Universidade do Estado do Amazonas – UEA Manaus/ AM, Brasil

*** Instituto Leônidas e Maria Deane – Fiocruz Amazônia/ AM, Brasil

E-mail: lorena.cavalcante.lobo@gmail.com



Ministry of Health points out that in Brazil, from 1999 to 2015, 23,363 (11.3%) of the reported cases of hepatitis B were in pregnant women, 33.7% in the Southern Region; 26.1% in the Southeast; 16% in the North; 14.2% in the Midwest and 9.8% in the Northeast. In the period from 2003 to 2016, there were also small variations, in addition to a drop in the last year in the detection rate in all regions, with a slight tendency to increase in the Northern Region between 2012 and 2015³.

When investigating the rate of detection of pregnant women with HIV/AIDS in Brazil, there was an increase of 23.8% between the years 2006 and 2016, with six Members of the Federation showing, in 2016, a higher rate than the national level: Rio Grande do Sul (8.8 cases/ thousand live births), Santa Catarina (5.7), Amapá (4.4), Amazonas (3.2), Pará (3.1), Alagoas (2.9), Rio de Janeiro (2.8) and Paraná (2.7) Thus, it is seen that Manaus is the Brazilian capital with the fourth highest detection rate of pregnant women with HIV/AIDS in 2016 (5.1 cases/ thousand births)⁴.

For syphilis, the increasing scenario of the number of cases in pregnant women is no different. In 2016, in Brazil, a rate of 12.4 cases of this disease was observed in pregnant women per one thousand live births. When comparing rates in the years 2011 and 2016, it was observed that the highest increase coefficients were in the states of Amazonas (3.0 in 2011 to 17.4 in 2016) and in Rio Grande do Sul (4.6 in 2011 to 20.3 in 2016)⁵.

In order to guarantee the integrality of care, rapid testing was discriminated and directed to primary care professionals, in which the procedure was offered to all pregnant women and their sexual partners during the prenatal period, as well as pre- and post-test counseling. It should be noted that this counseling refers to guidelines for safer sexual practice, such as the use of condoms, to reduce the possibility of new infections or to prevent the transmission of the sexually transmitted infections tested⁶.

The testing of these diseases in the Municipality of Manaus started in the year 2012 in the Primary Care Units, and in 2013 it began to prioritize pregnant women and their partners, as well as patients under treatment for tuberculosis⁷. It should be noted that any

health professional who is adequately trained to perform the methodology, according to the guidelines established by the Department of Sexually Transmitted Infections, AIDS and Viral Hepatitis, can perform the rapid tests. As additional information, it should be noted that such training is offered by TELELAB, which is a facilitating program for the Ministry of Health continuing education training⁶.

However, although intervention measures to prevent vertical transmission of HIV/AIDS, syphilis, hepatitis B and C are available in pregnant, postpartum and child health services, a number of social, political, economic and individual factors hinder the access of this population to these resources, contributing to the occurrence of cases through this route of transmission in populations with greater vulnerability².

It is worth reinforcing that these factors are present in Manaus, because, at certain times of the year, part of the city's population is isolated due to the rivers' overflowing. It also adds to the aforementioned multiculturalism of the population (Indians, quilombolas, riverine), which requires differentiated local policies and professional practices that are consistent with the local context for the actions developed to be effective^{8,9}.

Although widely discussed, approaches to prevent vertical transmission of diseases such as HIV/AIDS, syphilis and hepatitis B and C remain a challenge for public health servants in Brazil. Therefore, considering the current scenario, the pregnant women are considered to be part of a group of epidemiological relevance. Through the rapid test performed during prenatal care, there is the possibility of preventing transmission. Therefore, the relevance of the present study, whose objective was to identify the sociodemographic and behavioral characteristics of pregnant women tested for HIV/AIDS, syphilis, hepatitis B and C in Manaus, in 2014, is justified.

MATERIALS AND METHODS

This was a cross-sectional study design

based on data from the Records, completed at the time of the individual interview for the rapid test for HIV/AIDS, syphilis, hepatitis B and C. The study area and population were composed, respectively, of the urban area of the city of Manaus, the capital of the State of Amazonas, and the populations served at the health clinics registered and able to carry out the procedure in 2014; which were distributed in four Health Districts (DISAs) (north: seven, south: eleven, east: nine, and west: eleven).

The data were collected from August 2015 to July 2016, a period of time in which the files that met the inclusion criteria were photographed by the research team, after the approval of the manager of the clinic.

The records of the users, who affirmed or denied being pregnant at the time of the pre-test interview, were included in the sample. If the user was a minor, the presence of a legal guardian was necessary to authorize the examination. The records of the male users, in addition to the notes of the women who were self-defined as indigenous, were excluded from the sample.

The selected variables were grouped into three categories: (i) sociodemographic (age, marital status, schooling, race/color, and whether or not they were pregnant); (ii) behavioral (how they knew about the service, sexual preference, number of partners, if they are a drug user and if they use a condom with a fixed or casual partner); and (iii) test result (positive or negative for HIV/AIDS, syphilis, hepatitis B and C).

To describe the sociodemographic, behavioral characteristics and the result of the examination of the pregnant women, the distribution of the absolute number and percentage of notifications in each health district was analyzed, considering the fields on their information sheet. Separately, and for association analysis, the Pearson's Chi-square test or Fisher's exact test was used as each case was presented. For all statistical tests, a significance level of 0.05% was used. The data were analyzed in R software (version 3.3.2).

Since this is a question of research involving human beings, this study was submitted and approved by the Research Ethics Committee of the State University of Amazonas under

opinion No. 1.202.529, in compliance with the requirements of Resolution 466/12.

RESULTS

It was observed that, of the 38 units registered and able to perform rapid testing, 13 (34.2%) were not collecting the exam, those being: two Northern DISAs, three Southern DISAs, five Eastern DISAs, and three Western DISAs, as shown in Figure 1. Therefore, for the presentation of the results of the rapid tests (positive or negative), we analyzed the Information sheets of the 25 health clinics that were, in fact, performing rapid testing in the period of data collection.

A total of 2,186 records were analyzed for women who were submitted to the rapid test. Of these, 1,886 (86.3%) were pregnant at the time of the test, and therefore, these were considered for the analysis of the tables presented below.

Table 1 shows the sociodemographic characterization of pregnant women who underwent a rapid HIV/AIDS, syphilis, hepatitis B and C testing. It was noticed that 43.1% of the pregnant women were between 21 and 40 years of age, highlighting the exceptionality of 566 (97.6%) of the pregnant women aged 41 years or older in the Northern DISA. Regarding marital status, it was observed that most of the pregnant women reported being married and/or in a stable union 1,010 (53.6%). As for schooling and color, a high percentage of missing data was found. However, from the Information Sheets with this information, it was found that 1/3 had between 8 and 11 years of education and had brown skin color (47.6%).

Table 2 presents the results of the category that encompasses the behavioral aspects of the study participants.

The majority of pregnant women (52.9%) became aware of the rapid test offered in the health care network during prenatal consultations. The most informed sexual preference among these women was for males,

1,281 (67.9%) in all health districts. The number of pregnant women who reported sexual preference for only women corresponded to the Northern DISA should be noted. Of the participating pregnant women, 1,083 reported that in the last 12 months they had only one sexual partner (57.4%).

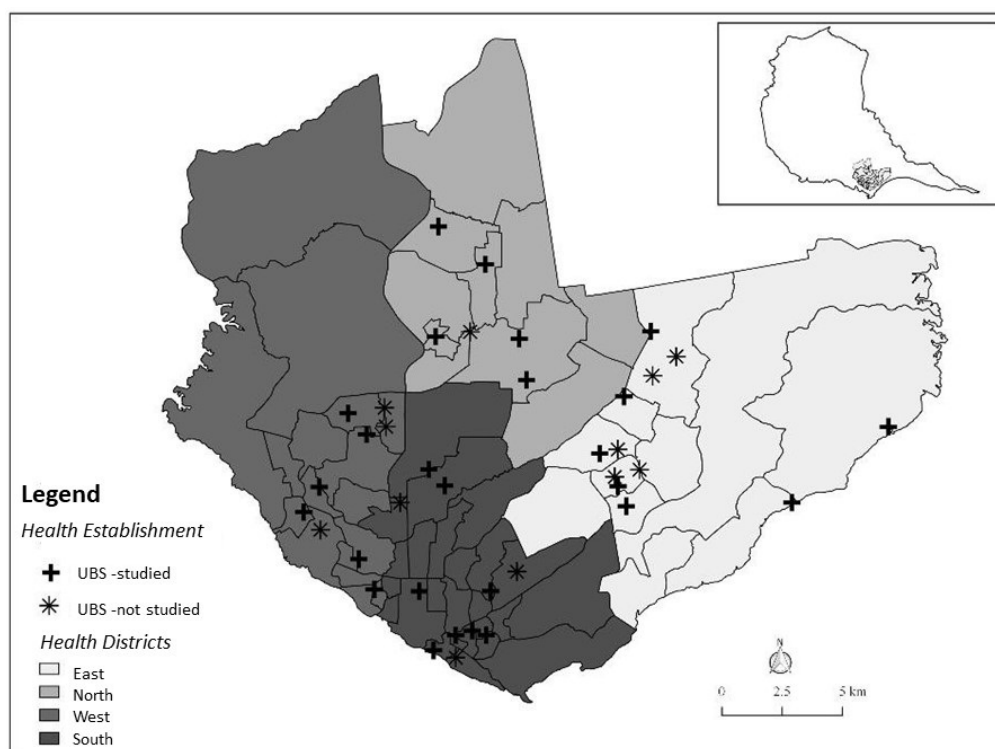
Still in Table 2, in relation to the use of legal or illegal drugs, in more than 90.0% of the pregnant women this information was not collected and 7.0% had denied using. Regarding using condoms with a fixed partner, 617 (32.7%) said they were inconstant, and 496 (26.3%) reported never using condoms during sexual intercourse. When questioned if they used condoms with an casual partner, 140 (7.4%) stated that they did not use condoms during sexual intercourse, and the number of incomplete records (71.5%) should be emphasized.

In Table 3, concerning the identification of new cases of Sexually Transmitted Infections (STIs), the Northern DISA stand out for syphilis, HIV/AIDS and hepatitis C, and the Eastern

DISA for the identification of hepatitis B cases. Of the 1,886 pregnant women who performed the rapid test, twelve (0.6%) had a positive result for syphilis, eleven (0.6%) HIV/AIDS (rapid check), seven (0.4%) HIV/AIDS (Bio-Manguinhos), two (0.1%) hepatitis B and five (0.3%) hepatitis C.

It is also possible, when analyzing the data of the said table, to verify the high percentage of missing data in all tests performed.

Concerning investigating the association of the results of the rapid tests with the status of pregnant and non-pregnant women presented in Table 4, it was verified that there is no significant relationship between the test results for syphilis, HIV/AIDS, hepatitis B and C and the fact that the woman was pregnant or not. However, twelve women (75.0%) of syphilis-positive cases were pregnant, as well as the same was identified for HIV/AIDS Rapid Check (78.6%), HIV/AIDS Bio-Manguinhos (87.5%) and hepatitis C (83.3%).



Source: Municipal Health Secretariat of Manaus, 2015.

Figure 1 – Distribution of health centers registered and able to perform the rapid test in the urban area of Manaus, 2014

Table 1 – Sociodemographic characteristics of pregnant women who performed a rapid test for HIV/AIDS, syphilis, hepatitis B and C in urban health centers in Manaus, Amazonas, Brazil, 2014

Variable	NORTH DISA N=806		SOUTH DISA N=183		EAST DISA N=211		WEST DISA N=686		Total N=1,886		CI (95%)
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Age group (years)											
Up to 20	70	16.9	55	13.2	81	19.5	209	50.4	415	22.0	(20.1 – 23.9)
21 to 40	169	20.8	107	13.2	111	13.6	426	52.4	813	43.1	(40.9 – 45.4)
41 or +	566	97.6	8	1.4	1	0.2	5	0.9	580	30.8	(28.7 – 32.9)
No information	1	1.3	13	16.7	18	23.1	46	59.0	78	4.1	(3.3 – 5.1)
Marital status											
Married/ stable union	190	18.8	130	12.9	169	16.7	521	51.6	1,010	53.6	(51.3 – 55.8)
Separated	6	25.0	5	20.8	2	8.3	11	45.8	24	1.3	(0.8 – 1.9)
Widow	1	25.0	2	50.0	0	0.0	1	25.0	4	0.2	(0.06 – 0.5)
Single	58	20.8	38	13.6	40	14.3	143	51.2	279	14.8	(13.2 – 16.5)
No information	551	96.8	8	1.4	0	0.0	10	1.8	569	30.2	(28.1 – 32.3)
Education (years)											
None	4	80.0	0	0.0	0	0.0	1	20.0	5	0.3	(0.09 – 0.6)
1 to 3	2	3.2	8	12.7	10	15.9	43	68.2	63	3.3	(2.6 – 4.2)
4 to 7	47	17.7	32	12.1	53	20.0	133	50.2	265	14.1	(12.5 – 15.7)
8 to 11	122	19.5	81	12.9	93	14.9	330	52.7	626	33.2	(31.1 – 35.4)
12 or +	84	29.2	56	19.4	51	17.7	97	33.7	288	15.3	(13.7 – 17.0)
No information	547	85.6	6	0.9	4	0.6	82	12.8	639	33.9	(31.7 – 36.1)
Color											
White	25	21.0	22	18.5	18	15.1	54	45.4	119	6.3	(5.2 – 7.5)
Black	16	28.1	18	31.6	7	12.3	16	28.1	57	3.0	(2.3 – 3.9)
Brown	186	20.7	127	14.2	153	17.1	431	48.0	897	47.6	(45.3 – 49.8)
Yellow	3	33.3	2	22.2	2	22.2	2	22.2	9	0.5	(0.2 – 0.9)
No information	576	71.6	14	1.7	31	3.9	183	22.8	804	42.6	(0.4 – 44.9)

Source: Direct Research, 2016.

Table 2 – Behavioral characteristics of pregnant women who performed a rapid test for HIV/AIDS, syphilis, hepatitis B and C in health units in the urban area of Manaus, Amazonas, Brazil, 2014

Variable	NORTH DISA N=806		SOUTH DISA N=183		EAST DISA N=211		WEST DISA N=686		Total N=1,886		CI (95%)
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
How did you find out about the service?											
Promotional material	6	60.0	0	0.0	1	10.0	3	30.0	10	0.5	(0.2 – 1.0)
Friends/Users	24	9.9	44	18.1	5	2.0	170	70.0	243	12.9	(11.4 - 14.5)
School	3	75.0	0	0.0	1	25.0	0	0.0	4	0.2	(0.06 – 0.5)
Internet	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.1	(0.001 - 0.2)
Newspapers/ Radio/TV	5	83.3	0	0.0	0	0.0	1	16.7	6	0.3	(0.1 – 0.7)
Street approach	2	66.7	0	0.0	1	33.3	0	0.0	3	0.2	(0.003 - 0.5)
Others	197	19.7	129	12.9	177	17.7	495	49.6	998	52.9	(50.6 - 55.2)
No information	568	91.5	10	1.6	26	4.2	17	2.7	621	32.9	(30.8 - 35.1)
Sexual Preference											
Only men	239	18.7	177	13.8	202	15.8	663	51.8	1,281	67.9	(65.8 - 70.0)
Just women	3	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	0.2	(0.003 - 0.5)
Men and women	5	33.3	0	0.0	2	13.3	8	53.3	15	0.8	(0.4 – 1.3)
No information	559	95.2	6	1.0	7	1.2	15	2.6	587	31.1	(29.0 - 33.3)
Number of partners											
None	6	35.3	8	47.1	0	0.0	3	17.6	17	0.9	(0.5 – 1.4)
One	203	18.7	137	12.6	162	15.0	581	53.6	1,083	57.4	(55.1 - 59.7)
Two	34	23.9	15	10.6	28	19.7	65	45.8	142	7.5	(6.4 – 8.8)
3 to 5	9	14.3	13	20.6	18	28.6	23	36.5	63	3.3	(2.6 – 4.2)
6 to 10	1	7.7	3	23.1	2	15.4	7	53.8	13	0.7	(0.4 – 1.2)
11 to 20	0	0,0	1	100.0	0	0.0	0	0,0	1	0.1	(0.001 - 0.3)
No information	553	97.5	6	1.1	1	0.2	7	1.2	567	30.1	(28.0 - 32.2)

to be continued...

...continuation - Table 2

Drug user											
Yes	4	44.4	0	0.0	4	44.4	1	11.1	9	0.5	(0.2 – 0.9)
No	15	11.4	61	46.2	4	3.0	52	39.4	132	7.0	(5.9 – 8.2)
No information	787	45.1	122	7.0	203	11.6	633	36.3	1,745	92.5	(91.2 - 93.7)
Use of a condom with a fixed partner											
Never	101	20.4	31	6.2	70	14.1	294	59.3	496	26.3	(24.3 - 28.3)
Sometimes	116	18.8	121	19.6	111	18.0	269	43.6	617	32.7	(30.6 - 34.9)
Always	9	11.0	14	17.1	15	18.3	44	53.7	82	4.3	(3.5 – 5.4)
No fixed partner	3	50.0	2	33.3	0	0.0	1	16.7	6	0.3	(0.1 – 0.7)
No information	577	84.2	15	2.2	15	2.2	78	11.4	685	36.3	(34.1 - 38.5)
Condom use with casual partner											
Never	45	32.1	24	17.1	3	2.1	68	48.6	140	7.4	(6.3 – 8.7)
Sometimes	16	10.1	71	44.6	8	5.0	64	40.2	159	8.4	(7.2 – 9.8)
Always	22	16.3	23	17.0	12	8.9	78	57.8	135	7.2	(6.0 – 8.4)
No casual partner	7	6.8	7	6.8	75	72.8	14	13.6	103	5.5	(4.5 – 6.6)
No information	716	53.1	58	4.3	113	8.4	462	34.2	1,349	71.5	(69.4 - 73.6)

Source: Direct Research, 2016.

Table 3 – Distribution of cases for HIV/AIDS, syphilis, hepatitis B and C among pregnant women who performed a rapid test in Manaus, Amazonas, Brazil, 2014.

Variable	NORTH DISA N=806		SOUTH DISA N=183		EAST DISA N=211		WEST DISA N=686		Total N=1,886		CI (95%)
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Syphilis											
Positive	5	41.7	2	16.7	3	25.0	2	16.7	12	0.6	(0.3 – 1.1)
Negative	370	50.5	145	19.8	105	14.3	113	15.4	733	38.9	(36.7 – 41.1)
No information	431	37.8	36	3.1	103	9.0	571	50.0	1,141	60.5	(58.2 – 62.7)

to be continued...

...continuation- Table 3

HIV/AIDS (Rapid Check)											
Positive	10	90.9	0	0.0	1	9.1	0	0.0	11	0.6	(0.3 – 1.0)
Negative	598	56.8	173	16.4	173	16.4	108	10.3	1,052	55.8	(53.5 – 58.0)
No information	198	24.0	10	1.2	37	4.5	578	70.2	823	43.6	(41.4 – 45.9)
HIV/AIDS (Bio-Manguinhos)											
Positive	7	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	0.4	(0.1 – 0.8)
Negative	140	54.9	65	25.5	8	3.1	42	16.5	255	13.5	(12.0 – 15.1)
No information	659	40.6	118	7.3	203	12.5	644	39.6	1,624	86.1	(84.5 – 87.6)
Hepatitis B											
Positive	0	0.0	0	0.0	2	100.0	0	0.0	2	0.1	(0.01 – 0.4)
Negative	458	53.7	173	20.3	98	11.5	124	14.5	853	45.2	(43.0 – 47.5)
No information	348	33.7	10	1.0	111	10.8	562	54.5	1,031	54.7	(52.4 – 56.9)
Hepatitis C											
Positive	4	80.0	0	0.0	1	20.0	0	0.0	5	0.3	(0.09 – 0.6)
Negative	412	50.4	170	20.8	99	12.1	137	16.7	818	43.4	(41.1 – 45.6)
No information	390	36.7	13	1.2	111	10.4	549	51.6	1,063	56.4	(54.1 – 58.6)

Source: Direct Research, 2016.

Table 4 – Distribution of the results of the rapid HIV / AIDS, syphilis, hepatitis B and C tests among pregnant and non-pregnant women in Manaus, Amazonas, Brazil, 2014

Variable	Pregnant N=1,886		CI (95%)	Not Pregnant N=300		CI (95%)	x ² (p-value)
	N	%		N	%		
Syphilis							
Positive	12	75.0	(47.6 – 92.7)	4	25.0	(7.3 – 52.4)	0.4487 (0.50)
Negative	733	84.3	(8.8 – 86.7)	136	15.6	(13.3 – 18.2)	
No information	1,141	87.7	(85.7 – 89.4)	160	12.3	(10.6 – 14.2)	

to be continued...

...continuation - Table 4

HIV / AIDS (Rapid Check)							
Positive	11	78.6	(49.2 – 95.3)	3	21.4	(4.7 – 50.8)	
Negative	1,052	83.4	(81.2 – 85.4)	209	16.6	(14.6 – 18.7)	0.0154 (0.90)
No information	823	90.3	(88.2 – 92.2)	88	9.7	(7.8 – 11.8)	
HIV / AIDS (Bio Manguinhos)							
Positive	7	87.5	(47.3 – 99.7)	1	12.5	(0.3 – 52.6)	
Negative	255	86.1	(81.7 – 89.9)	41	13.9	(10.1 – 18.3)	0.0145 (0.97)
No information	1,624	86.3	(84.6 – 87.8)	258	13.7	(12.2 – 15.3)	
Hepatitis B							
Positive	2	50.0	(6.8 – 93.2)	2	50.0	(6.8 – 93.2)	
Negative	853	86.7	(84.4 – 88.7)	131	13.3	(11.2 – 15.6)	1.9922 (0.158)
No information	1,031	86.1	(84.0 – 88.0)	167	13.9	(12.0 – 16.0)	
Hepatitis C							
Positive	5	83.3	(35.9 – 99.6)	1	16.7	(0.4 – 64.1)	
Negative	818	86.2	(83.8 – 88.3)	131	13.8	(11.7 – 16.2)	0.0551 (0.879)
No information	1,063	86.4	(84.3 – 88.2)	168	13.6	(11.8 – 15.7)	

Source: Direct Research, 2016.

DISCUSSION

The decision to present the characterization of the rapid test in Manaus from stratifying Health Districts (DISAs) considered the socio-demographic diversity of the Municipality. The SUS organization, which is worth mentioning in the Manauara context, was instituted in an unequal way due to a political culture based on patrimonial interests, which interfered with the consolidation of SUS in the Amazonian capital^{10,11}. With an estimated population of

2,020,301 people in 2014, Manaus provided a mean coverage for the Primary Care¹² in the Southern and Western DISAs of 54.9% and 54.2%, respectively, and a low coverage¹² in the Northern (45.5%), and Eastern (46.5%) DISAs.

Attention is drawn to the fact that the average coverage of the Southern DISA's Primary Care (PC) is not reflected in the number of tests carried out, since with 8,619 pregnant women

estimated in the referred area, the number of tests carried out represents only 2.1% of the pregnant women. This scenario does not differ in the other DISAs: the North had 17,472 pregnant women and only 4.6% were tested, the East had 8,871 pregnant women and only 2.4% were tested and the West had 9,205 estimated pregnant women and only 7.4% were tested¹³. A study carried out in maternity hospitals in Rio de Janeiro and Porto Alegre¹⁴ indicates that, despite receiving prenatal care, almost a quarter of the women went through their pregnancy without taking the test and that ignorance of their serological status makes it impossible for these women to benefit of the interventions available in Brazil to reduce vertical transmission of HIV/AIDS. Moreover, it should be noted that this situation exposes these women to a more frequent situation of vulnerability¹⁵.

Although knowing that Primary Care remains as the gateway to the healthcare network, it was observed that a significant number of pregnant women are not performing the exam in this area of care. This leads us to question the reasons for low adherence, when the pregnant woman's line of care is being examined, and if the cost-effectiveness for the municipality is being compensatory. Reports contextualize the limits and missed opportunities of early diagnosis of HIV/AIDS, syphilis, hepatitis B and C during pregnancy¹⁶, as well as the potentialities of rapid testing decentralization and counseling for Primary Care^{17,18}. Such experiences should be taken as a guide to overcome fragilities, based on the articulation of referrals and counter-referral flows, prioritizing the identification of pregnant women at risk, in order to ensure a coordinated care.

The group of pregnant women under the age of 20 represents an additional challenge, since, according to the Ministry of Health, between 2006 and 2016, the HIV/AIDS detection rate has been declining in almost all age groups, except between the ages of 15 and 19, where an increase of 13.9% was observed. This is particularly serious because of the increased number of pregnancies in adolescence and the low adherence to prenatal care and treatment in this group⁴.

Regarding the variables of education and color, in Brazil, people who declare their race or color as black or brown tend to have a lower income and less schooling¹⁹ and are a population group of high social vulnerability. Among the hypotheses to explain such dynamics, the inequalities in health conditions, that is, differentials in living conditions and access to health care and attention are highlighted²⁰, and these were the main characteristics of the pregnant women tested.

Behavioral aspects are extremely relevant, since they may be indicative of factors related to contracting any of the diseases investigated. It should be emphasized that gender issues established transformations in the epidemiological profile of these infections, including groups that did not perceive that they were at risk for contracting STIs; such as heterosexual or married women. The social context of having a stable relationship with a single partner contributes to limit the perception of these women about the vulnerability of risk for STIs because they believe in a monogamous relationship and suppress the use of condoms, one of the main prevention measures²¹.

Rapid testing in Manaus is not performed exclusively in pregnant women; however, there is a need for greater dissemination of the rapid test for HIV/AIDS, syphilis and hepatitis B and C among non-pregnant women, since diagnosis before pregnancy results in improved prophylaxis and reduced risk of vertical transmission. The low number of non-pregnant women tested, corroborated by the difficulties faced by health professionals who perform the test in the Family Health Strategy^{22,23}, and the increase in the number of HIV/AIDS cases in women over 60, highlight the need to expand access to the exam⁴.

This study identified a weakness in the disclosure of the test offer for the population that uses the public health service, considering that, for the most part, the users only learned about the exam during their prenatal visit. To increase the offer of rapid testing, for example, a primary care center in Minas Gerais has partnered with the communications sector to develop virtual advertisements and campaigns for rapid testing in the health care network. Another tool that could be used is collective counseling, in

which pregnant women associate information with the quality of reports received²⁴.

The distribution of positive results was mainly concentrated in Northern DISAs, perhaps because it was the District that carried out more tests in pregnant women. A survey, which analyzed the Unified Health System (SUS) in the context of Manaus, characterizes this DISA as the most populous one, since it is formed by population clusters of clandestine occupation and subdivisions. It is also an area with an uneven urban structure, marked by serious problems in sanitation and basic social services¹⁰.

Also, the high amount of incomplete data is pointed out as the main limitation of the study. This deficiency occurred when it was found

that 546 sheets (23.4%) had no information regarding pre-test interview data with pregnant women. Moreover, with regard to the referred Forms, the absence of standardizing the rapid test recording was noticed.

This varied from unit to unit, and there was no municipal protocol that established the process of filling and filing records. Such variation was a limiting factor for the location of the Information Forms during data collection, as they made it impossible to carry out early actions of therapeutic measures. The data lost also could have been widely used in epidemiological studies and could have guided effective measurements aimed at the prevention of vertical transmission²⁵.

CONCLUSION

The implementation of the rapid test in the network of health services in Manaus, in order to expand the tracking of diseases such as HIV/AIDS, syphilis and hepatitis B and C, presented obstacles such as low coverage of prenatal testing also seen in non-pregnant women, the incomplete Information Forms and the lack of a standardized of the work process.

Regarding the behavioral characteristics of the pregnant women who performed the rapid test in Manaus, we observed the need to broaden the dissemination of the test in the local health services network, as well as it is vital to emphasize the importance of condom use, even with a fixed sexual partnership. Thus, the rapid test offered at the time of reception in the health unit should be highlighted as a

strategy, thus reaching a larger portion of the assisted clientele, whether pregnant or not.

With all of this, it should be pointed out that the interaction between the health professional and the user during the interview to perform the rapid test generates delicate and uncomfortable moments for the participant in that interaction due to the need to talk about sexual activity and the use of drugs, which are delicate topics. The health professional also sometimes avoids some terms used to approach the subject. Therefore, a careful, attentive and receptive listening by the professionals must be done with the intention of strengthening the bond with the user and thus guaranteeing an anamnesis without omissions, in order to reach a holistic approach.

ACKNOWLEDGMENTS: To the Municipal Health Department of Manaus for access to the Primary Care Centers to carry out the survey; Dr. Maria Jacirema Ferreira Gonçalves from the Federal University of Amazonas - Manaus School of Nursing - and the Leônidas and Maria Deane Institute for the criticisms and suggestions to the manuscript; and the MSc Nurse Daniel de Sousa Sacramento of the Municipal Health Department of Manaus and the MSc. of Sanitation Fernanda Rodrigues Fonseca from the Leônidas and Maria Deane Institute for their partnership.

REFERENCES

1. Lima, A. C. M. A. C. C.; Costa, C. C. da; Teles, L. M. R.; Damasceno, A.K. de C.; Oriá M. O. B., Lima, A. C. M. A. C. C. et al. Epidemiologic assessment of prevention of vertical transmission of HIV. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2014; 27 (4): 311–8.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para constituição de Comitês de Investigação de Transmissão Vertical. Brasília; 2014. 84 p.
3. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais: Boletim Epidemiológico: Hepatites Virais [Internet]. Brasília; 2017. 68 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-hepatites-virais-2017>.
4. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais: Boletim Epidemiológico: Aids e IST [Internet]. Brasília; 2017. 64 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hivaids-2017>.
5. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais: Boletim Epidemiológico: sífilis [Internet]. Brasília; 2017. 44 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para a Implantação dos Testes Rápidos de HIV e Sífilis na Atenção Básica Rede Cegonha. Brasília, 2011.
7. Manaus. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. [Internet]. Processo de implantação de teste rápido para HIV e sífilis em Manaus é selecionado para mostra nacional. 2014. Disponível em: <http://www.manaus.am.gov.br/noticia/processo-de-implantacao-de-teste-rapido-para-hiv-e-sifilis-em-manaus-e-selecionado-para-mostra-nacional/>.
8. Cohen-Carneiro, F.; Souza-Santos, R.; Pontes, D. G.; Salino, A. V.; Rebelo, M. A. B. Provision and utilization of dental services in Amazonas State, Brazil: a case study in a riverine population in Coari Municipality. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2009; 25(8):1827–38. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000800019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
9. Gusman, C. R.; Paula, A.; Lima, D. A.; Araújo, M.; Miranda, B.; Villela, W., V. Inclusion of traditional birth attendants in the public health care system in Brazil: reflecting on challenges. *Rev. Panam Salud Publica* [Internet]. 2015; 37: 365–70. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n4-5/365-370/pt>.
10. Luna, M. R. D. S.; Eneida, S.; Oliveira, B. O Sistema Único de Saúde na realidade de Manaus: um paradigma para análise. *Soc. em Debate* [Internet]. 2010; 16 (1): 91–106. Disponível em: <http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/viewFile/339/297>.
11. Silva N. C. da; Garnelo, L.; Giovanella, L. Extensão de Cobertura ou Reorganização da Atenção Básica? A trajetória do Programa de Saúde da Família de Manaus-AM. *Saúde E Soc.* [Internet]. 2010; 19 (3): 592–604. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/11.pdf>.
12. Oliveira, H. M. de; Gonçalves, M. J. F.; Pires, R. O. M. Caracterização da estratégia saúde da família no estado do Amazonas, Brasil: análise da implantação e impacto. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2011; 27 (1): 35–45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n1/04.pdf>.
13. Manaus. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de controle, informação, avaliação e regulação. Estimativa de gestantes cadastradas e nascidos vivos por local de residência; 2017.
14. Veloso, V. G.; Bastos, F. I.; Portela, M. C.; Grinsztejn, B.; João E. C.; Silva Pilotto J. H. da, et al. Teste rápido para o HIV como estratégia de prevenção da transmissão vertical no Brasil. *Saúde Pública*. 2010; 44 (5): 803–11.
15. Silva, O.; Guilhem, D.; Bampi, L. N. da S. Trinta minutos que mudam a vida: Teste Rápido Anti-HIV. Diagnóstico para parturientes e acesso ao pré-natal. *Enferm. em Foco*. 2012; 3 (4): 211–5.
16. Quian, J.; Gutiérrez, S.; Zabala, C.; González, V.; Bernadá, E.; Guimil, S. et al. Oportunidades perdidas para evitar la transmisión materno-infantil del virus de la inmunodeficiencia humana; Uruguay 2005-2007. *Rev méd Urug* [Internet]. 2009; 25 (1): 27–33. Disponível em: <http://www.rmu.org.uy/revista/2009v1/art4.pdf>.
17. Burger, M.; Pchebilski, L. T.; Sumikawa, E. S.; Parabocz, M.; Cubas, R. F.; Luhm, K. R. et al. O impacto do Programa Mãe Curitibana sobre a transmissão vertical do HIV no Município de Curitiba entre 2000 e 2009. 2011; 23: 76–83. Disponível em: [http://www.dst.ufb.br/revista23-2-2011/6-O Impacto do Programa Mae Curitibaana.pdf](http://www.dst.ufb.br/revista23-2-2011/6-O%20Impacto%20do%20Programa%20Mae%20Curitibana.pdf).
18. Oliveira, R. N, de; Takahashi, R. F. As práticas de saúde para redução da transmissão vertical do HIV em unidades de atenção básica: realidades e determinantes. *Saúde Coletiva* [Internet]. 2011; 8 (54): 234–8. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/842/84221108003.pdf>.
19. Dachs, J. N. W. Determinantes das desigualdades na autoavaliação do estado de saúde no Brasil : análise dos dados da PNAD / 1998. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2002; 7 (4): 641–57.
20. Domingues, R. M. S. M.; Szwarcwald, C. L.; Junior, P. R. B. S.; Leal, M. do C. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2014; 48 (5): 766–74.
21. Figueiredo, L. G. de; Silva, R. A. R. da; Silva, I. T. S. da; Souza, K. G. S.; Silva, F. F. A. da. Percepção de mulheres casadas sobre o risco de infecção pelo hiv e o comportamento preventivo. *Enferm. UERJ* [Internet]. 2014; 21 (6): 805–11. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v21esp2/v21e2a18.pdf>.
22. Silva, I. T. S. da; Valença, C. N.; Silva, R. A. R. da. Mapping the implementation of the rapid HIV test in the Family Health Strategy: the nurses' perspective. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2017; 21 (4): 1–8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400222&lng=en&tlng=en.
23. Araújo, W. J.; Quirino, E. M. B.; Pinho, C. M.; Andrade, M. S. Percepção de enfermeiros executores de teste rápido em Unidades Básicas de Saúde. 2018; 71: 676–81.
24. Moraes, J. T.; Nascimento, R. L. F. Strategic planning and implementation of rapid testing for HIV, syphilis and viral hepatitis in the capital of a Brazilian state: Experience report. *Rev. bras. promoç. saúde* [Internet]. 2016; 29 (1): 139–44. Disponível em: http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4146/pdf_1.
25. Lima, D. J. M.; Chagas, A. C. M. A.; Mendes, I. C.; Oriá, M. O. B.; Aquino, P. de S.; Pinheiro, A. K. B. Completude e consistência dos dados de gestantes HIV positivas notificadas. *Enferm.* [Internet]. 2014; 22 (3): 321–6. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n3/v22n3a05.pdf>.

Retrato do teste rápido para HIV/AIDS, sífilis e hepatites virais em gestantes

Lorena Cavalcante Lobo*
Phâmela Ferreira Costa**
Gabriela Moraes de Abreu**
Nathália França de Oliveira**
Marcílio Sandro de Medeiros***
Jacqueline de Almeida Gonçalves Sachett**
Isabela Cristina de Miranda Gonçalves**

293

Resumo

A importância epidemiológica e social do mecanismo de transmissão vertical para a saúde pública é indiscutível, e como estratégia para garantir a integralidade do cuidado, a testagem rápida foi descentralizada para a atenção básica. Assim sendo, esta pesquisa objetivou identificar as características sociodemográficas e comportamentais das gestantes testadas para HIV/AIDS, sífilis, hepatite B e C em Manaus, no ano de 2014, sendo realizada a partir de dados secundários nas unidades de saúde cadastradas e habilitadas para realizar a testagem rápida. Foram identificadas 2.186 Fichas de Atendimento de mulheres, sendo 86,3% gestantes e 13,7% não gestantes e, das 38 unidades cadastradas e consideradas aptas, constatou-se que em 13 (34,2%) o exame não estava sendo coletado. Com relação às características sociodemográficas, identificou-se que 43,1% das gestantes apresentavam faixa etária entre 21 e 40 anos, 53,6% afirmaram estar casadas e/ou em união estável e 1/3 apresentavam de 8 a 11 anos de estudo, sendo 47,6% da cor parda. Já nos aspectos comportamentais, 52,9% das gestantes tomaram conhecimento sobre a oferta do teste rápido durante as consultas de pré-natal, 67,9% declararam preferência sexual por homens, e, predominantemente, foi mencionado o uso inconstante do preservativo com as parcerias fixas e eventuais. Das 1.886 gestantes que realizaram o teste rápido, 12 (0,6%) obtiveram resultado positivo para sífilis; 18 (1,0%) para HIV/AIDS; 2 (0,1%) para hepatite B e 5 (0,3%) para hepatite C. Dessa forma, destaca-se como estratégia que o teste rápido seja ofertado ainda no momento do acolhimento na unidade de saúde, alcançando, assim, uma parcela maior da clientela assistida.

Palavras-chave: Testes Sorológicos. Gestantes, Atenção Primária à Saúde. Transmissão Vertical de Doença Infecciosa. Cuidado Pré-natal.

INTRODUÇÃO

A importância epidemiológica e social do mecanismo de transmissão vertical¹ para a saúde pública é indiscutível, tendo em vista o quantitativo de estratégias direcionadas para dar conta da referida problemática. Exemplo disso é a criação, pelo Ministério da Saúde, da Rede Cegonha, a qual objetiva a implantação dos testes rápidos de HIV/AIDS, sífilis, hepatite B e C no âmbito da Atenção Básica, no intuito de melhorar o acesso e a qualidade do pré-natal, promovendo um diagnóstico precoce com vistas à redução das taxas de transmissão vertical desses agravos².

A transmissão vertical é uma condição pouco comum na hepatite C, com o quantitativo

de 425 casos confirmados (7,1%) no Brasil em 2016, mas quando esta é o mecanismo de transmissão na hepatite B, ela aumenta em 90% o risco de cronicidade no recém-nascido. O Ministério da Saúde aponta que, no Brasil, de 1999 a 2015, 23.363 (11,3%) dos casos notificados de hepatite B foram em gestantes, sendo 33,7% na Região Sul; 26,1% no Sudeste; 16% no Norte; 14,2% no Centro-oeste e 9,8% no Nordeste. No período de 2003 a 2016, observaram-se também pequenas variações, além de uma queda no último ano na taxa de detecção em todas as regiões, com leve tendência de aumento na Região Norte entre os anos de 2012 e 2015³.

DOI: 10.15343/0104-7809.20194302281305

* Universidade Federal do Amazonas – UFAM. Manaus/ AM, Brasil.

** Universidade do Estado do Amazonas – UEA Manaus/ AM, Brasil

*** Instituto Leônidas e Maria Deane – Fiocruz Amazônia/ AM, Brasil
E-mail: lorena.cavalcante.lobo@gmail.com



Ao investigar a taxa de detecção de gestantes com HIV/AIDS no Brasil, observa-se um aumento de 23,8% entre os anos de 2006 e 2016, sendo que seis Unidades da Federação apresentaram em 2016 taxa superior à nacional: Rio Grande do Sul (8,8 casos/mil nascidos vivos), Santa Catarina (5,7), Amapá (4,4), Amazonas (3,2), Pará (3,1), Alagoas (2,9), Rio de Janeiro (2,8) e Paraná (2,7). Assim, vê-se que Manaus é a quarta capital brasileira com taxa de detecção de gestantes com HIV/AIDS em 2016, tendo 5,1 casos/mil nascidos⁴.

Para a sífilis, o cenário de incremento no número de casos em gestantes não é diferente, em 2016, no Brasil, observou-se uma taxa de 12,4 casos desse mal em gestantes/mil nascidos vivos. Quando comparada as taxas nos anos de 2011 e 2016, observa-se que os maiores coeficientes de elevação foram nos Estados do Amazonas (3,0 em 2011 para 17,4 em 2016) e do Rio Grande do Sul (4,6 em 2011 para 20,3 em 2016)⁵.

No intuito de garantir a integralidade do cuidado, a testagem rápida foi capilarizada e atrelada aos profissionais da atenção básica, na qual o procedimento foi ofertado a todas as gestantes e a suas parcerias sexuais, durante o período do pré-natal, assim como também foi oferecido o aconselhamento pré e pós – teste. Esse aconselhamento, vale salientar, refere-se a orientações quanto à prática sexual mais segura, como, por exemplo, o uso de preservativos para diminuir a possibilidade de novas infecções ou para impedir a transmissão das infecções sexualmente transmissíveis testadas⁶.

A testagem dessas doenças, no Município de Manaus, iniciou-se no ano de 2012 nas Unidades Básicas de Saúde, e em 2013 passou a priorizar grávidas e seus parceiros, bem como pacientes em tratamento para tuberculose⁷. Importa ressaltar que qualquer profissional de nível superior da área da saúde que esteja devidamente capacitado para a realização da metodologia, de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais, pode realizar os testes rápidos. A título de informação adicional, destaque-se que tais

capacitações são ofertadas pelo TELELAB, que é um programa facilitador para a capacitação de educação continuada do Ministério da Saúde⁶.

Todavia, apesar das medidas de intervenção para prevenir a transmissão vertical do HIV/AIDS, sífilis, hepatites B e C estarem disponíveis nos serviços de atenção à saúde da gestante, puérpera e criança, uma série de fatores sociais, políticos, econômicos e individuais pode dificultar o acesso dessa população a essas medidas, contribuindo para a ocorrência de casos por essa via de transmissão em populações com maior vulnerabilidade².

Esses fatores, vale reforçar, se fazem presentes em Manaus, pois, em determinados períodos do ano, a cidade tem parte da sua população isolada devido às vazantes dos rios. Ainda se soma ao exposto a multiculturalidade da população (índios, quilombolas, ribeirinhos) o que exige políticas locais diferenciadas e práticas profissionais condizentes com o contexto local para a efetividade das ações desenvolvidas^{8,9}.

Apesar de bastante discutidas, as abordagens para prevenção da transmissão vertical de agravos como o HIV/AIDS, sífilis e hepatites B e C continuam sendo um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. Assim sendo, diante do atual cenário, considera-se que as grávidas fazem parte de um grupo de relevância epidemiológica, tendo em vista que, por meio do teste rápido, realizado durante o pré-natal, torna-se ampliada a possibilidade de prevenção por meio desse mecanismo de transmissão. Com isso, justifica-se a relevância do presente estudo que teve o objetivo de identificar as características sociodemográficas e comportamentais das gestantes testadas para HIV/AIDS, sífilis, hepatites B e C em Manaus, no ano de 2014.

MATERIAL E MÉTODOS

O desenho do estudo é do tipo transversal, realizado a partir de dados provenientes da Ficha de Atendimento, preenchida no

momento da entrevista individual para realização do teste rápido para HIV/AIDS, sífilis, hepatites B e C. A área e a população do estudo foram compostas, respectivamente, pela área urbana da cidade de Manaus, capital do Estado do Amazonas, e pelas populações atendidas nas unidades de saúde cadastradas e aptas a realizar o procedimento em 2014, as quais estavam distribuídas em quatro Distritos Sanitários (DISAs) (Norte: sete; Sul: onze; Leste: nove; e Oeste: onze).

Os dados foram levantados no período de agosto de 2015 a julho de 2016, espaço de tempo em que as Fichas que atenderam aos critérios de inclusão foram fotografadas por parte da equipe de pesquisa, após a ciência do gestor da unidade.

Foram incluídas na amostra as Fichas das usuárias, que afirmaram, ou não, estarem grávidas no ato da entrevista pré-teste. Caso a usuária fosse menor de idade, era necessária a presença de um responsável legal para autorizar a realização do exame. As Fichas dos usuários do sexo masculino, além das anotações das mulheres que se autodefinem indígenas, foram excluídas da amostra.

As variáveis selecionadas foram agrupadas em três categorias: (i) sociodemográficas (faixa etária, estado civil, escolaridade, raça/cor, e se estava gestante); (ii) comportamentais (como ficou sabendo do serviço, preferência sexual, número de parceiros, se é usuária de drogas e se utiliza preservativo com o parceiro fixo ou eventual); e (iii) resultado do exame (reagente ou não reagente para HIV/AIDS, sífilis, hepatite B e C).

Para descrever as características sociodemográficas, comportamentais e o resultado do exame das grávidas, analisou-se a distribuição do número absoluto e percentual de notificações em cada distrito de saúde, considerando-se os campos da Ficha. Separadamente e para a análise de associação, foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson, ou Teste Exato de Fisher, conforme o caso apresentado, assim como para todos os testes estatísticos utilizou-se o nível de significância de 0,05%. Os dados foram analisados no software R (versão 3.3.2).

Por se tratar de pesquisa que envolve seres humanos, a mesma foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas sob o parecer nº 1.202.529, atendendo, com isso, às exigências da Resolução 466/12.

RESULTADOS

Constatou-se na prática que, das 38 unidades cadastradas e aptas a realizar a testagem rápida, em 13 (34,2%) o exame não estava sendo coletado, sendo: duas (DISA Norte); três (DISA Sul); cinco (DISA Leste) e três (DISA Oeste), conforme exposto na Figura 1. Portanto, para a apresentação dos resultados dos testes rápidos (reagente ou não reagente), foram analisadas as Fichas de Atendimento das 25 unidades de saúde que estavam realizando, de fato, a testagem rápida no período da coleta dos dados.

Foram analisadas 2.186 fichas referentes às mulheres que foram submetidas ao teste rápido, dessas, 1.886 (86,3%) estavam gestantes no momento da realização do exame, e, portanto, foram essas consideradas para a análise das tabelas apresentadas a seguir.

A Tabela 1 traz a caracterização sociodemográfica das gestantes que realizaram teste rápido para HIV/AIDS, sífilis, hepatites B e C. Percebeu-se, então, que 43,1% das gestantes apresentavam faixa etária entre 21 e 40 anos de idade, valendo salientar a excepcionalidade de 566 (97,6%) das gestantes com 41 anos ou mais no DISA Norte. Em relação ao estado civil, observou-se que a maioria das gestantes afirmaram estar casadas e/ou em união estável 1.010 (53,6%). Quanto à escolaridade e à cor, constatou-se um alto percentual de dados faltantes. No entanto, a partir das Fichas de Atendimento com essas informações preenchidas, viu-se que 1/3 apresentavam de 8 a 11 anos de estudo com destaque para a cor parda (47,6%).

Na Tabela 2 são apresentados os resultados da categoria que engloba os aspectos comportamentais das participantes do

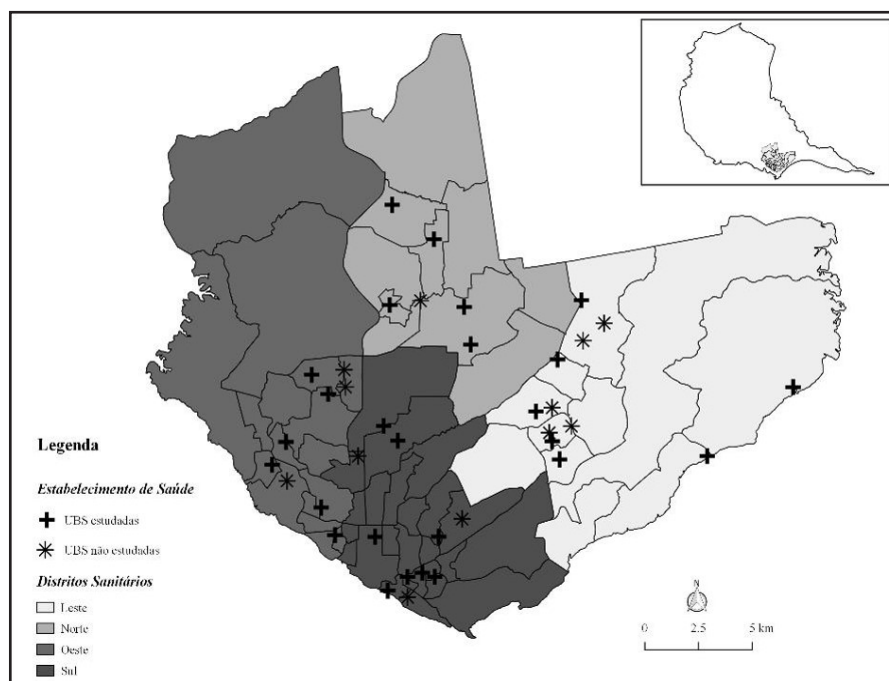
estudo. As gestantes, em sua maioria (52,9%), tomaram conhecimento sobre a oferta do teste rápido na rede manauara de saúde, durante as consultas de pré-natal. A preferência sexual mais informada por essas mulheres foi por homens, 1.281 (67,9%) em todos os distritos de saúde. Destaque-se aqui que o quantitativo de gestantes que informaram preferência sexual só por mulheres corresponde ao DISA Norte. Das gestantes participantes, 1.083 informaram que nos últimos 12 meses tiveram apenas um parceiro sexual (57,4%).

Ainda na Tabela 2, em relação ao uso de drogas lícitas ou ilícitas, em mais de 90,0% das gestantes essa informação não havia sido coletada e 7,0% negara o uso. Já quanto ao uso de preservativo com parceiro fixo, 617 (32,7%) disseram fazer uso inconstante, e 496 (26,3%) informaram nunca utilizar preservativo durante as relações sexuais. Quando questionadas se utilizavam preservativo com parceiro eventual, 140 (7,4%) afirmaram que não fazem uso do preservativo durante as relações sexuais, com destaque para o quantitativo de Fichas sem informação (71,5%).

Na Tabela 3, a respeito da identificação

de casos novos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), destaca-se o DISA Norte quanto a sífilis, HIV/AIDS e hepatite C, e o DISA Leste para a identificação de casos de hepatite B. Das 1.886 gestantes que realizaram o teste rápido, doze (0,6%) obtiveram resultado positivo para sífilis; onze (0,6%) HIV/AIDS (*rapid check*); sete (0,4%) HIV/AIDS (*bio manguinhos*); dois (0,1%) hepatite B e cinco (0,3%) hepatite C. É possível também, ao se analisar os dados da referida tabela, constatar o alto percentual de dados faltantes em todos os testes realizados.

Quanto à investigação de associação dos resultados dos testes rápidos com o *status* das mulheres gestantes e não gestantes apresentada na Tabela 4, verificou-se que não existe uma relação significativa entre o resultado dos testes para sífilis, HIV/AIDS, hepatites B e C e o fato de a mulher ser gestante ou não. Porém, observou-se que doze mulheres (75,0%) dos casos positivos para sífilis estavam grávidas, assim como o mesmo cenário foi identificado quanto ao HIV/AIDS *Rapid Check* (78,6%); HIV/AIDS *Bio Manguinhos* (87,5%), e (83,3%) referente à hepatite C.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, 2015.

Figura 1 – Distribuição das unidades de saúde cadastradas e aptas a realizar o teste rápido na área urbana de Manaus, 2014

Tabela 1 – Características sociodemográficas das gestantes que realizaram teste rápido para HIV/AIDS, sífilis, hepatite B e C nas unidades de saúde da área urbana de Manaus, Amazonas, 2014.

Variável	DISA NORTE N=806		DISA SUL N=183		DISA LESTE N=211		DISA OESTE N=686		Total N=1.886		IC (95%)
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Faixa etária (anos)											
Até 20	70	16,9	55	13,2	81	19,5	209	50,4	415	22,0	(20,1 – 23,9)
21 a 40	169	20,8	107	13,2	111	13,6	426	52,4	813	43,1	(40,9 – 45,4)
41 ou +	566	97,6	8	1,4	1	0,2	5	0,9	580	30,8	(28,7 – 32,9)
Sem informação	1	1,3	13	16,7	18	23,1	46	59,0	78	4,1	(3,3 – 5,1)
Estado civil											
Casada/ união estável	190	18,8	130	12,9	169	16,7	521	51,6	1.010	53,6	(51,3 – 55,8)
Separada	6	25,0	5	20,8	2	8,3	11	45,8	24	1,3	(0,8 – 1,9)
Viúva	1	25,0	2	50,0	0	0,0	1	25,0	4	0,2	(0,06 – 0,5)
Solteira	58	20,8	38	13,6	40	14,3	143	51,2	279	14,8	(13,2 – 16,5)
Sem informação	551	96,8	8	1,4	0	0,0	10	1,8	569	30,2	(28,1 – 32,3)
Escolaridade (anos)											
Nenhuma	4	80,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	5	0,3	(0,09 – 0,6)
De 1 a 3	2	3,2	8	12,7	10	15,9	43	68,2	63	3,3	(2,6 – 4,2)
De 4 a 7	47	17,7	32	12,1	53	20,0	133	50,2	265	14,1	(12,5 – 15,7)
De 8 a 11	122	19,5	81	12,9	93	14,9	330	52,7	626	33,2	(31,1 – 35,4)
12 ou +	84	29,2	56	19,4	51	17,7	97	33,7	288	15,3	(13,7 – 17,0)
Sem informação	547	85,6	6	0,9	4	0,6	82	12,8	639	33,9	(31,7 – 36,1)
Cor											
Branca	25	21,0	22	18,5	18	15,1	54	45,4	119	6,3	(5,2 – 7,5)
Preta	16	28,1	18	31,6	7	12,3	16	28,1	57	3,0	(2,3 – 3,9)
Parda	186	20,7	127	14,2	153	17,1	431	48,0	897	47,6	(45,3 – 49,8)
Amarela	3	33,3	2	22,2	2	22,2	2	22,2	9	0,5	(0,2 – 0,9)
Sem informação	576	71,6	14	1,7	31	3,9	183	22,8	804	42,6	(0,4 – 44,9)

Fonte: Pesquisa direta, 2016.

Tabela 2 – Características comportamentais das gestantes que realizaram teste rápido para HIV/AIDS, sífilis, hepatite B e C nas unidades de saúde da área urbana de Manaus, Amazonas, 2014.

Variável	DISA NORTE N=806		DISA SUL N=183		DISA LESTE N=211		DISA OESTE N=686		Total N=1.886		IC (95%)
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Como ficou sabendo do serviço											
Material de divulgação	6	60,0	0	0,0	1	10,0	3	30,0	10	0,5	(0,2 – 1,0)
Amigos/usuários	24	9,9	44	18,1	5	2,0	170	70,0	243	12,9	(11,4 - 14,5)
Escola	3	75,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	4	0,2	(0,06 – 0,5)
Internet	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	(0,001 - 0,2)
Jornais/rádio/TV	5	83,3	0	0,0	0	0,0	1	16,7	6	0,3	(0,1 – 0,7)
Abordagem de rua	2	66,7	0	0,0	1	33,3	0	0,0	3	0,2	(0,003 - 0,5)
Outros	197	19,7	129	12,9	177	17,7	495	49,6	998	52,9	(50,6 - 55,2)
Sem informação	568	91,5	10	1,6	26	4,2	17	2,7	621	32,9	(30,8 - 35,1)
Preferência sexual											
Só homens	239	18,7	177	13,8	202	15,8	663	51,8	1.281	67,9	(65,8 - 70,0)
Só mulheres	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,2	(0,003 - 0,5)
Homens e mulheres	5	33,3	0	0,0	2	13,3	8	53,3	15	0,8	(0,4 – 1,3)
Sem informação	559	95,2	6	1,0	7	1,2	15	2,6	587	31,1	(29,0 - 33,3)
Quantidade de parceiros											
Nenhum	6	35,3	8	47,1	0	0,0	3	17,6	17	0,9	(0,5 – 1,4)
Um	203	18,7	137	12,6	162	15,0	581	53,6	1.083	57,4	(55,1 - 59,7)
Dois	34	23,9	15	10,6	28	19,7	65	45,8	142	7,5	(6,4 – 8,8)
3 a 5	9	14,3	13	20,6	18	28,6	23	36,5	63	3,3	(2,6 – 4,2)
6 a 10	1	7,7	3	23,1	2	15,4	7	53,8	13	0,7	(0,4 – 1,2)
11 a 20	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	(0,001 - 0,3)
Sem informação	553	97,5	6	1,1	1	0,2	7	1,2	567	30,1	(28,0 - 32,2)

continua...

...continuação - Tabela 2

Usuária de drogas											
Sim	4	44,4	0	0,0	4	44,4	1	11,1	9	0,5	(0,2 – 0,9)
Não	15	11,4	61	46,2	4	3,0	52	39,4	132	7,0	(5,9 – 8,2)
Sem informação	787	45,1	122	7,0	203	11,6	633	36,3	1.745	92,5	(91,2 - 93,7)
Uso de preservativo com parceiro fixo											
Nunca	101	20,4	31	6,2	70	14,1	294	59,3	496	26,3	(24,3 - 28,3)
Às vezes	116	18,8	121	19,6	111	18,0	269	43,6	617	32,7	(30,6 - 34,9)
Sempre	9	11,0	14	17,1	15	18,3	44	53,7	82	4,3	(3,5 – 5,4)
Sem parceiro fixo	3	50,0	2	33,3	0	0,0	1	16,7	6	0,3	(0,1 – 0,7)
Sem informação	577	84,2	15	2,2	15	2,2	78	11,4	685	36,3	(34,1 - 38,5)
Uso de preservativo com parceiro eventual											
Nunca	45	32,1	24	17,1	3	2,1	68	48,6	140	7,4	(6,3 – 8,7)
Às vezes	16	10,1	71	44,6	8	5,0	64	40,2	159	8,4	(7,2 – 9,8)
Sempre	22	16,3	23	17,0	12	8,9	78	57,8	135	7,2	(6,0 – 8,4)
Sem parceiro eventual	7	6,8	7	6,8	75	72,8	14	13,6	103	5,5	(4,5 – 6,6)
Sem informação	716	53,1	58	4,3	113	8,4	462	34,2	1.349	71,5	(69,4 - 73,6)

Fonte: Pesquisa direta, 2016.

Tabela 3 – Distribuição de casos para HIV/AIDS, sífilis, hepatites B e C entre gestantes que realizaram teste rápido em Manaus, Amazonas, 2014.

Variável	DISA NORTE N=806		DISA SUL N=183		DISA LESTE N=211		DISA OESTE N=686		Total N=1.886		IC (95%)
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sífilis											
Reagente	5	41,7	2	16,7	3	25,0	2	16,7	12	0,6	(0,3 – 1,1)
Não reagente	370	50,5	145	19,8	105	14,3	113	15,4	733	38,9	(36,7 – 41,1)
Sem informação	431	37,8	36	3,1	103	9,0	571	50,0	1.141	60,5	(58,2 – 62,7)

continua...

...continuação - Tabela 3

HIV/AIDS (Rapid Check)												
Reagente	10	90,9	0	0,0	1	9,1	0	0,0	11	0,6	(0,3 – 1,0)	
Não reagente	598	56,8	173	16,4	173	16,4	108	10,3	1.052	55,8	(53,5 – 58,0)	
Sem informação	198	24,0	10	1,2	37	4,5	578	70,2	823	43,6	(41,4 – 45,9)	
HIV/AIDS (Bio Manguinhos)												
Reagente	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	0,4	(0,1 – 0,8)	
Não reagente	140	54,9	65	25,5	8	3,1	42	16,5	255	13,5	(12,0 – 15,1)	
Sem informação	659	40,6	118	7,3	203	12,5	644	39,6	1.624	86,1	(84,5 – 87,6)	
Hepatite B												
Reagente	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	2	0,1	(0,01 – 0,4)	
Não reagente	458	53,7	173	20,3	98	11,5	124	14,5	853	45,2	(43,0 – 47,5)	
Sem informação	348	33,7	10	1,0	111	10,8	562	54,5	1.031	54,7	(52,4 – 56,9)	
Hepatite C												
Reagente	4	80,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	5	0,3	(0,09 – 0,6)	
Não reagente	412	50,4	170	20,8	99	12,1	137	16,7	818	43,4	(41,1 – 45,6)	
Sem informação	390	36,7	13	1,2	111	10,4	549	51,6	1.063	56,4	(54,1 – 58,6)	

Fonte: Pesquisa direta, 2016.

Tabela 4 – Distribuição dos resultados dos testes rápidos de HIV/AIDS, sífilis, hepatites B e C entre mulheres gestantes e não gestantes em Manaus, Amazonas, 2014.

Variável	Gestante N=1.886			Não gestante N=300			x ² (p-valor)
	N	%	IC (95%)	N	%	IC (95%)	
Sífilis							
Reagente	12	75,0	(47,6 – 92,7)	4	25,0	(7,3 – 52,4)	0.4487 (0.50)
Não reagente	733	84,3	(81,8 – 86,7)	136	15,6	(13,3 – 18,2)	
Sem informação	1.141	87,7	(85,7 – 89,4)	160	12,3	(10,6 – 14,2)	

continua...

...continuação - Tabela 4

HIV/AIDS (Rapid Check)							
Reagente	11	78,6	(49,2 – 95,3)	3	21,4	(4,7 – 50,8)	
Não reagente	1.052	83,4	(81,2 – 85,4)	209	16,6	(14,6 – 18,7)	0.0154 (0.90)
Sem informação	823	90,3	(88,2 – 92,2)	88	9,7	(7,8 – 11,8)	
HIV/AIDS (Bio Manguinhos)							
Reagente	7	87,5	(47,3 – 99,7)	1	12,5	(0,3 – 52,6)	
Não reagente	255	86,1	(81,7 – 89,9)	41	13,9	(10,1 – 18,3)	0.0145 (0.97)
Sem informação	1.624	86,3	(84,6 – 87,8)	258	13,7	(12,2 – 15,3)	
Hepatite B							
Reagente	2	50,0	(6,8 – 93,2)	2	50,0	(6,8 – 93,2)	
Não reagente	853	86,7	(84,4 – 88,7)	131	13,3	(11,2 – 15,6)	1.9922 (0.158)
Sem informação	1.031	86,1	(84,0 – 88,0)	167	13,9	(12,0 – 16,0)	
Hepatite C							
Reagente	5	83,3	(35,9 – 99,6)	1	16,7	(0,4 – 64,1)	
Não reagente	818	86,2	(83,8 – 88,3)	131	13,8	(11,7 – 16,2)	0.0551 (0.879)
Sem informação	1.063	86,4	(84,3 – 88,2)	168	13,6	(11,8 – 15,7)	

Fonte: Pesquisa direta, 2016.

DISCUSSÃO

Optou-se por apresentar a caracterização do teste rápido em Manaus a partir da estratificação por Distritos Sanitários (DISAs), tendo em vista a diversidade sociodemográfica do Município. A organização do SUS, vale ressaltar, no contexto manauara, foi instituída de maneira desigual, isso acontecendo devido a uma cultura política baseada em interesses patrimonialistas, o que entrava a consolidação do SUS na capital amazonense^{10,11}. Com uma população estimada de 2.020.301 pessoas

no ano de 2014, Manaus apresentou uma cobertura da Atenção Básica média¹² nos DISAs Sul e Oeste de 54,9% e 54,2% respectivamente, e baixa¹² nos DISAs Norte (45,5%) e Leste (46,5%).

Chama a atenção o fato de que a cobertura média da Atenção Básica (AB) do DISA Sul não se reflete no quantitativo de testes realizados, pois com 8.619 gestantes estimadas na referida área adstrita, o quantitativo de testes realizados representa apenas 2,1% das gestantes. Esse

cenário não difere nos demais DISAs: Norte com 17.472 gestantes estimadas e 4,6% testadas; Leste com 8.871 gestantes estimadas e 2,4% testadas; e Oeste com 9.205 gestantes estimadas e 7,4% testadas¹³. Um estudo realizado em maternidades do Rio de Janeiro e de Porto Alegre¹⁴ aponta que, apesar de receber atendimento pré-natal, quase um quarto das mulheres passou pela gestação sem fazer o teste e que o desconhecimento do seu *status* sorológico impossibilita essas mulheres de se beneficiarem das intervenções disponíveis no Brasil para reduzir a transmissão vertical do HIV/AIDS. Além disso, importa ressaltar que tal situação expõe essas mulheres a uma situação mais frequente de vulnerabilidade¹⁵.

Ao entender que a Atenção Básica se mantém como porta de entrada da rede de atenção à saúde, observa-se que uma significativa parcela das gestantes manauaras não estão realizando o exame nesse âmbito de atenção, o que nos leva a questionar os motivos da baixa adesão, em qual momento da linha de cuidado à gestante está sendo realizado o exame, e se o custo-efetividade para o Município está sendo compensatório. Relatos contextualizam os limites e oportunidades perdidas de diagnóstico precoce do HIV/AIDS, sífilis, hepatites B e C na gestação¹⁶, assim como têm sido apontadas potencialidades da descentralização da testagem rápida e o aconselhamento para a Atenção Básica^{17,18}. Tais experiências devem ser tomadas como guia para a superação das fragilidades, a partir da articulação dos fluxos de referência e contrarreferência, priorizando a identificação das gestantes de risco, no intuito de garantir a coordenação do cuidado.

O grupo de gestantes na faixa etária inferior a 20 anos, representa um desafio adicional, pois, segundo o Ministério da Saúde, entre os anos de 2006 e 2016 a taxa de detecção de HIV/AIDS vem apresentando uma tendência de queda em quase todas as faixas etárias, exceto entre 15 e 19 anos, onde foi observado um aumento de 13,9%. Esse fato é particularmente sério devido ao contexto de número aumentado de gestações na adolescência e da baixa adesão ao acompanhamento pré-natal e ao tratamento

nesse grupo⁴.

No que tange às variáveis escolaridade e cor, no Brasil, as pessoas que declaram sua raça ou cor como preta ou parda tendem a possuir uma renda mais baixa e menor escolaridade¹⁹, constituindo-se em um grupo populacional de elevada vulnerabilidade social. Entre as hipóteses para explicar tal dinâmica, podem-se destacar as desigualdades nas condições de saúde, ou seja, diferenciais de condições de vida e acesso a cuidados e atenção à saúde²⁰, tendo sido essas as principais características das gestantes testadas.

Os aspectos comportamentais são de extrema relevância, pois podem ser indicativos de fatores relacionados a contrair algum dos agravos investigados. As questões de gênero, importa ressaltar, estabeleceram transformações no perfil epidemiológico dessas infecções, incluindo grupos que não percebiam estar em situação de risco para contrair alguma IST, como as mulheres heterossexuais casadas ou em união estável. O contexto social de possuir um relacionamento estável com um único parceiro colabora para limitar a percepção dessas mulheres sobre a vulnerabilidade de risco para as IST, pelo fato de acreditarem em uma relação monogâmica e suprimirem o uso do preservativo, retirando, assim, da mulher, uma das principais medidas de prevenção²¹.

A testagem rápida em Manaus não é realizada exclusivamente em gestantes, porém, observa-se a necessidade de maior disseminação do teste rápido para detecção do HIV/AIDS, sífilis e hepatites B e C entre mulheres não gestantes, uma vez que o diagnóstico antes da gravidez possibilita melhores resultados na profilaxia e diminuição do risco da transmissão pela via vertical. O baixo número de mulheres não gestantes testadas, corroborado pelas dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde que realizam o teste na estratégia Saúde da Família^{22,23}, e o aumento no número de casos de HIV/AIDS em mulheres com mais de 60 anos, despertam para a necessidade de ampliação do acesso⁴.

Este estudo identificou uma fragilidade na

divulgação da oferta do teste para a população usuária do serviço público de saúde, tendo em vista que, em sua grande maioria, as usuárias só ficaram sabendo do exame durante a consulta de início de pré-natal. Para aumentar a oferta da testagem rápida, por exemplo, uma unidade básica de saúde de Minas Gerais realizou uma parceria com o setor de comunicação para a elaboração de propagandas virtuais e campanhas de testagem rápida na rede de atenção à saúde. Outra ferramenta que poderia ser utilizada são os aconselhamentos coletivos, nos quais as gestantes associam as informações com a qualidade de informes recebidos²⁴.

A distribuição de resultados reagentes se mostrou concentrada principalmente no DISA Norte, talvez por ter sido o Distrito que realizou mais testes nas gestantes manauaras. Uma pesquisa, que analisou o Sistema Único de Saúde no contexto de Manaus, caracteriza o referido DISA como o mais populoso, visto que é formado por aglomerados populacionais de ocupação e loteamento clandestinos, além de área com uma estrutura urbana

CONCLUSÃO

A implantação do teste rápido na rede de serviços de saúde de Manaus, no intuito de ampliar o rastreamento de males como o HIV/AIDS, sífilis e hepatites B e C, apresentou entraves como a baixa cobertura da testagem no pré-natal, vista também em mulheres não gestantes; a incompletude das Fichas de Atendimento e a falta de padronização do processo de trabalho.

Já com relação às características comportamentais das gestantes que realizaram o teste rápido em Manaus, observamos a necessidade de ampliar a divulgação da realização do teste na rede de serviços de saúde local, assim como é vital ressaltar a importância do uso de preservativo, mesmo com a parceria sexual fixa.

Dessa forma, destaca-se como estratégia que o teste rápido seja ofertado ainda no momento do acolhimento na unidade de

desigual, marcada por sérios problemas de saneamento e de serviços básicos sociais¹⁰. Viu-se, também, que a elevada incompletude dos dados é apontada como a principal limitação do estudo. Tal deficiência se apresentou quando foi constatado que 546 Fichas (23,4%) estavam sem informações referentes aos dados da entrevista pré-teste com as mulheres gestantes. Ainda com relação à referida Ficha, percebeu-se a ausência de padronização do registro da testagem rápida, com esse variando de unidade para unidade, não existindo um protocolo municipal que estabelecesse o trâmite de preenchimento e de arquivamento dos registros. Tal variação foi um fator limitante para a localização das Fichas de Atendimento durante o levantamento dos dados, pois impossibilitavam a efetivação de ações precoces de medidas terapêuticas, além de provocarem a perda de dados que poderiam ser amplamente utilizados em estudos epidemiológicos, podendo nortear medidas efetivas voltadas para a prevenção da transmissão vertical²⁵.

saúde, alcançando, assim, uma parcela maior da clientela assistida, estando ela gestante ou não.

Com tudo isso, cabe salientar que a interação entre o profissional de saúde e a usuária durante a entrevista para realização do teste rápido gera momentos delicados e desconfortáveis para a participante daquela interação, isso acontecendo devido à necessidade de se falar sobre atividade sexual e uso de drogas, temas delicados, assim como também para o profissional de saúde que, por vezes, evita alguns termos a serem utilizados na abordagem do assunto. Assim sendo, faz-se salutar uma escuta cuidadosa, atenta e acolhedora por parte dos profissionais, com intento de estreitar o vínculo com a usuária e garantir, assim, uma anamnese sem omissões, no intuito de alcançar uma abordagem holística.

AGRADECIMENTOS: À Secretaria Municipal de Saúde de Manaus pelo acesso às Unidades Básicas de Saúde para a realização do inquérito; a Dra. Maria Jacirema Ferreira Gonçalves da Universidade Federal do Amazonas - Escola de Enfermagem de Manaus - e do Instituto Leônidas e Maria Deane pelas críticas e sugestões ao manuscrito; e ao Enfermeiro MSc. Daniel de Sousa Sacramento da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus e a Sanitarista MSc. Fernanda Rodrigues Fonseca do Instituto Leônidas e Maria Deane pela parceria.

REFERÊNCIAS

1. Lima, A. C. M. A. C. C.; Costa, C. C. da; Teles, L. M. R.; Damasceno, A.K. de C.; Oriá M. O. B., Lima, A. C. M. A. C. C. et al. Epidemiologic assessment of prevention of vertical transmission of HIV. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2014; 27 (4): 311–8.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para constituição de Comitês de Investigação de Transmissão Vertical. Brasília; 2014. 84 p.
3. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais: Boletim Epidemiológico: Hepatites Virais [Internet]. Brasília; 2017. 68 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-hepatites-virais-2017>.
4. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais: Boletim Epidemiológico: Aids e IST [Internet]. Brasília; 2017. 64 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hiv-2017>.
5. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais: Boletim Epidemiológico: sífilis [Internet]. Brasília; 2017. 44 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para a Implantação dos Testes Rápidos de HIV e Sífilis na Atenção Básica Rede Cegonha. Brasília, 2011.
7. Manaus. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. [Internet]. Processo de implantação de teste rápido para HIV e sífilis em Manaus é selecionado para mostra nacional. 2014. Disponível em: <http://www.manaus.am.gov.br/noticia/processo-de-implantacao-de-teste-rapido-para-hiv-e-sifilis-em-manaus-e-selecionado-para-mostra-nacional/>.
8. Cohen-Carneiro, F.; Souza-Santos, R.; Pontes, D. G.; Salino, A. V.; Rebelo, M. A. B. Provision and utilization of dental services in Amazonas State, Brazil: a case study in a riverine population in Coari Municipality. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2009; 25(8):1827–38. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000800019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
9. Gusman, C. R.; Paula, A.; Lima, D. A.; Araújo, M.; Miranda, B.; Villela, W., V. Inclusion of traditional birth attendants in the public health care system in Brazil: reflecting on challenges. *Rev. Panam Salud Publica* [Internet]. 2015; 37: 365–70. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n4-5/365-370/pt>.
10. Luna, M. R. D. S.; Eneida, S.; Oliveira, B. O Sistema Único de Saúde na realidade de Manaus: um paradigma para análise. *Soc. em Debate* [Internet]. 2010; 16 (1): 91–106. Disponível em: <http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/viewFile/339/297>.
11. Silva N. C. da; Garnelo, L.; Giovanella, L. Extensão de Cobertura ou Reorganização da Atenção Básica? A trajetória do Programa de Saúde da Família de Manaus-AM. *Saúde E Soc.* [Internet]. 2010; 19 (3): 592–604. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/11.pdf>.
12. Oliveira, H. M. de; Gonçalves, M. J. F.; Pires, R. O. M. Caracterização da estratégia saúde da família no estado do Amazonas, Brasil: análise da implantação e impacto. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2011; 27 (1): 35–45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n1/04.pdf>.
13. Manaus. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de controle, informação, avaliação e regulação. Estimativa de gestantes cadastradas e nascidos vivos por local de residência; 2017.
14. Veloso, V. G.; Bastos, F. I.; Portela, M. C.; Grinsztejn, B.; João E. C.; Silva Pilotto J. H. da, et al. Teste rápido para o HIV como estratégia de prevenção da transmissão vertical no Brasil. *Saúde Pública*. 2010; 44 (5): 803–11.
15. Silva, O.; Guilhem, D.; Bampi, L. N. da S. Trinta minutos que mudam a vida: Teste Rápido Anti-HIV. Diagnóstico para parturientes e acesso ao pré-natal. *Enferm. em Foco*. 2012; 3 (4): 211–5.
16. Quian, J.; Gutiérrez, S.; Zabala, C.; González, V.; Bernadá, E.; Guimil, S. et al. Oportunidades perdidas para evitar la transmisión materno-infantil del virus de la inmunodeficiencia humana; Uruguay 2005-2007. *Rev méd Urug* [Internet]. 2009; 25 (1): 27–33. Disponível em: <http://www.rmu.org.uy/revista/2009v1/art4.pdf>.
17. Burger, M.; Pchebilski, L. T.; Sumikawa, E. S.; Parabocz, M.; Cubas, R. F.; Luhm, K. R. et al. O impacto do Programa Mãe Curitibana sobre a transmissão vertical do HIV no Município de Curitiba entre 2000 e 2009. 2011; 23: 76–83. Disponível em: [http://www.dst.uff.br/revista23-2-2011/6-O Impacto do Programa Mae Curitibana.pdf](http://www.dst.uff.br/revista23-2-2011/6-O%20Impacto%20do%20Programa%20Mae%20Curitibana.pdf).
18. Oliveira, R. N, de; Takahashi, R. F. As práticas de saúde para redução da transmissão vertical do HIV em unidades de atenção básica: realidades e determinantes. *Saúde Coletiva* [Internet]. 2011; 8 (54): 234–8. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/842/84221108003.pdf>.
19. Dachs, J. N. W. Determinantes das desigualdades na autoavaliação do estado de saúde no Brasil : análise dos dados da PNAD / 1998. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2002; 7 (4): 641–57.
20. Domingues, R. M. S. M.; Szwarcwald, C. L.; Junior, P. R. B. S.; Leal, M. do C. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2014; 48 (5): 766–74.
21. Figueiredo, L. G. de; Silva, R. A. R. da; Silva, I, T. S. da; Souza, K. G. S.; Silva, F. F. A. da. Percepção de mulheres casadas sobre

o risco de infecção pelo hiv e o comportamento preventivo. *Enferm. UERJ* [Internet]. 2014; 21 (6): 805–11. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v21esp2/v21e2a18.pdf>.

22. Silva, I. T. S. da; Valença, C. N.; Silva, R. A. R. da. Mapping the implementation of the rapid HIV test in the Family Health Strategy: the nurses' perspective. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2017; 21 (4): 1–8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400222&lng=en&tlng=en.

23. Araújo, W. J.; Quirino, E. M. B.; Pinho, C. M.; Andrade, M. S. Percepção de enfermeiros executores de teste rápido em Unidades Básicas de Saúde. 2018; 71: 676–81.

24. Moraes, J. T.; Nascimento, R. L. F. Strategic planning and implementation of rapid testing for HIV, syphilis and viral hepatitis in the capital of a Brazilian state: Experience report. *Rev. bras. promoç. saúde* [Internet]. 2016; 29 (1): 139–44. Disponível em: http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4146/pdf_1.

25. Lima, D. J. M.; Chagas, A. C. M. A.; Mendes, I. C.; Oriá, M. O. B.; Aquino, P. de S.; Pinheiro, A. K. B. Completude e consistência dos dados de gestantes HIV positivas notificadas. *Enferm.* [Internet]. 2014; 22 (3): 321–6. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n3/v22n3a05.pdf>.