



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Boletim Epidemiológico

Volume 3, número 1

Gerência de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis/Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização/ Subsecretaria de Vigilância em Saúde/Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (GVEDT/SUVEPI/SUVISA/SES-GO)

Aids em gestantes no Estado de Goiás, 2015 - 2025: situação epidemiológica e perfil sociodemográfico

Cássio Henrique Alves de Oliveira¹, Luciene Siqueira Tavares², Andréa Inês Spadeto³, Cleópatra Sardinha da Costa Carneiro Lima⁴

¹Enfermeiro sanitarista, mestre em ensino na saúde.
CVIST/GVEDT/SUVEPI/
SUVISA/SES-GO
Goiânia, Goiás, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/0183775932294620>

²Enfermeira epidemiologista, especialista em análise de situação de saúde.
CVIST/GVEDT/SUVEPI/
SUVISA/SES-GO.
Goiânia, Goiás, Brasil.
<https://lattes.cnpq.br/3233386121048655>

³Médica especialista em infectologia.
CVIST/GVEDT/SUVEPI/
SUVISA/SES-GO.
Goiânia, Goiás, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/5941105462674486>

⁴Enfermeira especialista em terapia intensiva.
CVIST/GVEDT/SUVEPI/
SUVISA/SES-GO.
Goiânia, Goiás, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/2032503851859528>

Recebido: 23/01/2026
Aceito: 03/02/2026
Publicado: 03/02/2026
gvedtsuvisa.ses@goias.gov.br
Descritores: HIV/Aids;
Gestante; Criança; Transmissão Vertical.

INTRODUÇÃO

A Aids em gestantes permanece como tema prioritário de saúde pública pela possibilidade de transmissão vertical do HIV durante a gestação, o parto e a amamentação, exigindo resposta coordenada entre vigilância e atenção à saúde. Intervenções oportunas, diagnóstico no pré-natal, início e manutenção da terapia antirretroviral (TARV), manejo intraparto e profilaxia ao recém-nascido, são capazes de reduzir esse risco a menos de 2%. Em contextos sem manejo adequado, o risco pode alcançar 15% - 45%, conforme a literatura e os protocolos nacionais^{1,2}.

O Brasil mantém arcabouço normativo e técnico consistente para o controle do HIV/Aids: a infecção pelo HIV (incluindo gestantes/parturientes/puérperas e crianças expostas) e a Aids integram a lista de notificação compulsória, assegurando padronização da vigilância e dos fluxos de informação. Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são atualizados, com destaque para o PCDT de Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, sífilis e hepatites virais, que orienta testagem no pré-natal e no parto, uso da TARV e seguimento do binômio mãe-bebê, bem como referência e contrarreferência^{3,4}.

No âmbito assistencial, o Sistema Único de Saúde (SUS) assegura acesso universal e gratuito ao tratamento antirretroviral para todas as pessoas vivendo com HIV, com dispensação pública conforme a Lei nº 9.313/1996 e as diretrizes programáticas do Ministério da Saúde⁵. A Atenção Primária à Saúde (APS) exerce papel estruturante na eliminação e no controle da transmissão vertical: identifica precocemente a gestação, oferta testagem de rotina no pré-natal, vincula e acompanha gestantes vivendo com HIV, coordena o cuidado com os Serviços de Atenção Especializada (SAE) e maternidades, promove adesão ao tratamento, busca ativa e ações comunitárias⁶.

Apesar dos avanços, uma parcela das gestantes vivendo com HIV encontram-se nas lacunas do cuidado, o que contribui para a progressão da infecção para Aids. Analisar a Aids em gestantes é uma estratégia que torna visível os pontos de falha da rede, diagnóstico tardio, não vinculação aos serviços e não início/interrupção da TARV, as vulnerabilidades individuais e coletivas, de maneira a conhecer a progressão da infecção mesmo em um cenário de tratamento gratuito e universal pelo SUS. Analisar as barreiras de acesso, os determinantes sociais, estigma, não realização do pré-natal e a coordenação do cuidado, subsidia: busca ativa, testagem no pré-natal e no parto, vinculação rápida à atenção especializada e monitoramento da supressão viral no terceiro trimestre, pilares das diretrizes nacionais para reduzir a transmissão vertical e qualificar o cuidado materno-infantil⁷.

Neste contexto, este boletim epidemiológico apresenta a situação dos casos de Aids em gestantes no Estado de Goiás, no período de 2015 a 2025, incluindo a análise da sua distribuição e das características sociodemográficas.

MÉTODO

Estudo quantitativo e descritivo realizado por meio dos dados obtidos dos Sistemas de Informações de HIV e Aids: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan Net), Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Três procedimentos foram seguidos⁸: Definição dos critérios a serem utilizados na coleta; Coleta de dados; Representação e análise dos dados. O acesso aos sistemas foi realizado por meio de acessos institucionais, em nível estadual, via *software* próprio (Sinan Net) e sites (SIM e SINASC). Quatro critérios foram aplicados na coleta: gestantes; residentes na Unidade Federativa Goiás; ano de diagnóstico entre 2015 e 2025; critérios de definição de caso de Aids. Foi utilizado base de dados com informações atualizadas até o dia 16 de janeiro de 2026.

A coleta de dados ocorreu em janeiro de 2026 e para tabulação dos dados foram utilizados os *softwares* Excel e Tabwin. Foram tabulados: acumulado de casos de Aids em gestantes, óbitos em gestantes por Aids, região de residência, trimestre da gestação na data do diagnóstico, registro de tratamento e características sociodemográficas presentes na ficha de notificação de HIV/Aids. A síntese dos dados foi descrita em texto, figuras e tabela. O seguinte cálculo e definições foram seguidos:

I. Acumulado de casos: número de casos notificados ocorridos em uma população em determinado período⁴.

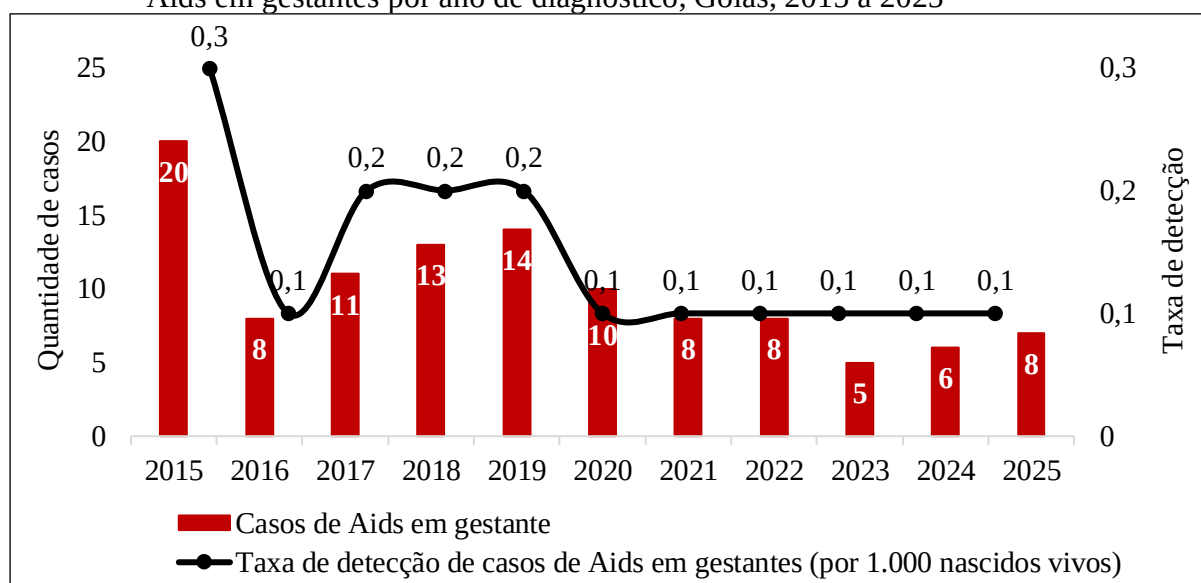
II. Definição de caso Aids em gestante: toda gestante que atenda aos critérios da classificação clínica do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Adaptado, Rio de Janeiro/Caracas e/ou tenha contagem de linfócitos T-CD4+ menor que 350 células/mm³⁴.

III. Taxa de detecção de Aids em gestante: número de novos casos de Aids detectados em gestantes em um determinado período e local dividido pelo número de nascidos vivos nesse mesmo período e local multiplicado por mil⁴.

RESULTADOS

No Estado de Goiás, entre 2015 e 2025, foram registrados um total de 111 casos de Aids em gestantes. A Figura 1 apresenta a distribuição anual dos casos e a taxa de detecção de Aids em gestantes no período.

Figura 1 – Distribuição dos casos notificados de Aids em gestantes e da taxa de detecção de Aids em gestantes por ano de diagnóstico, Goiás, 2015 a 2025*

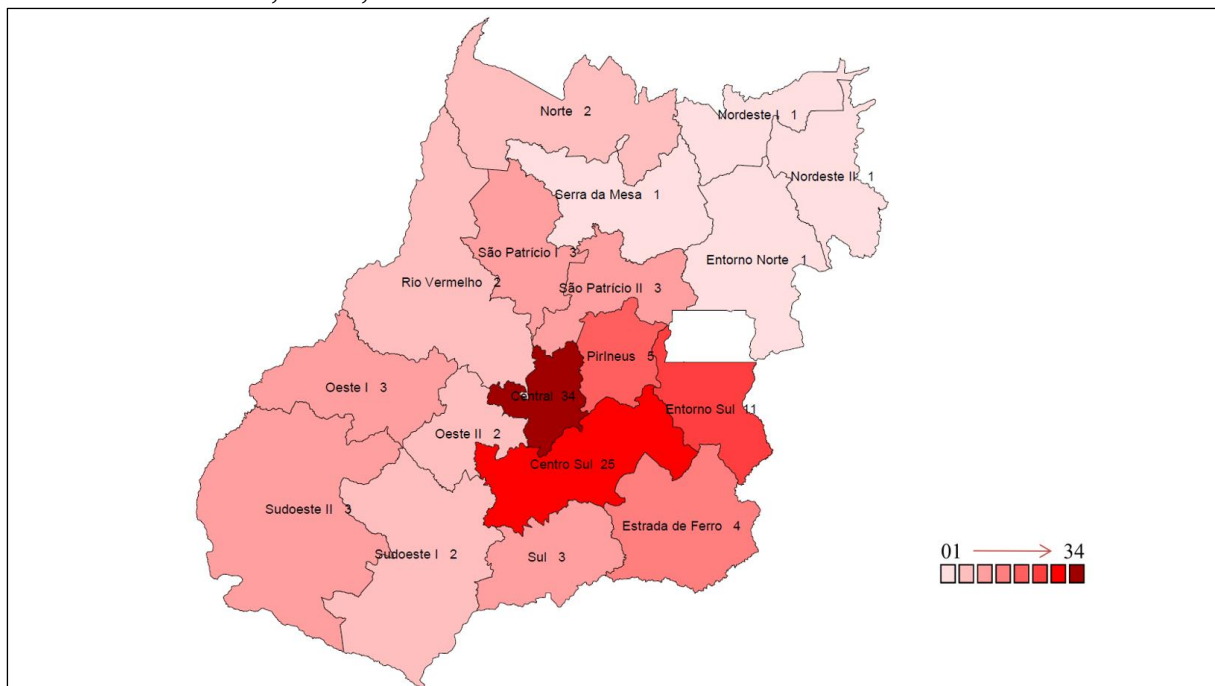


Fonte: Sinan Net/SUVISA/SES-GO; SINASC/MS *Dados atualizados até 16/01/2026.

Na série histórica analisada, foram registrados 8 óbitos de gestantes por Aids (dados obtidos por cruzamento de informações entre Sinan e SIM), distribuídos de forma não homogênea ao longo da série: 5 em 2015, 2 em 2017 e 1 em 2019. Nos demais anos (2016, 2018 e 2020 - 2025) não houve registros, sugerindo ocorrência esporádica, sem concentração temporal contínua e sem tendência sustentada no período observado. Considerando o total, nota-se maior concentração no início da série (2015), seguida de uma recorrência em 2017 e registro isolado em 2019 (Sinan Net/SUVISA/SES-GO; SIM/MS *Dados atualizados até 16/01/2026).

A distribuição por região de residência evidenciou casos em todas as 18 regiões do Estado de Goiás. Cinco regiões concentraram a maior carga de registros: Central (34 casos; 30,9%), Centro Sul (25; 22,7%), Entorno Sul (11; 10,0%), Pirineus (5; 4,5%) e Estrada de Ferro (4; 3,6%). As demais 13 regiões somaram 28,2%, cada uma variando entre 1 e 3 casos no período, conforme apresentado na Figura 2.

Figura 2 – Distribuição do total de casos notificados de Aids em gestantes por região de residência, Goiás, 2015 a 2025*

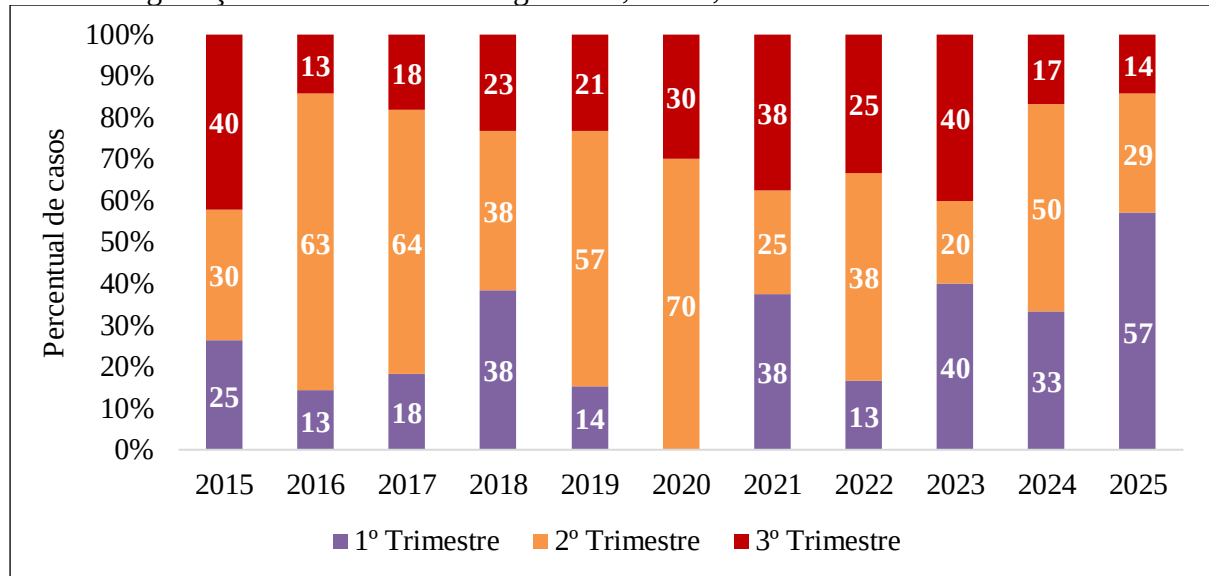


Fonte: Sinan Net/SUVISA/SES-GO; *Dados atualizados até 16/01/2026.

Quanto ao trimestre de gestação no momento do diagnóstico, a distribuição dos casos variou ao longo da série. No início, o 3º trimestre tinha participação elevada (2015: 40%); em seguida, o 2º trimestre prevaleceu (2016–2017: 63–64%; 2019: 57%) e atingiu pico em 2020 (70%), ano sem registros no 1º trimestre. Em 2018 houve equilíbrio entre 1º e 2º trimestres

(38% cada; 3º: 23%). Nos anos mais recentes, o padrão migrou para diagnóstico mais precoce: 2023 mostrou simetria entre 1º e 3º (40% cada; 2º: 20%), 2024 manteve 2º em 50% (1º: 33%; 3º: 17%) e, em 2025, o 1º trimestre tornou-se majoritário (57%; 2º: 29%; 3º: 14%). Em síntese, observa-se redução relativa do 3º trimestre e aumento do 1º, sugerindo melhora da oportunidade diagnóstica (Figura 3).

Figura 3 – Distribuição do percentual dos casos de Aids em gestantes por trimestre de gestação no momento do diagnóstico, Goiás, 2015 a 2025*



Fonte: Sinan Net/SUVISA/SES-GO; *Dados atualizados até 16/01/2026.

Quanto a realização de tratamento, 103 gestantes tiveram registro de tratamento, dessas, 2 (2,0%) realizaram no Distrito Federal e 101 (98,0%) em Goiás. No Estado, a assistência concentrou-se em Goiânia (88%; 89 gestantes), seguida de Anápolis (4%; 4), Aparecida de Goiânia (3%; 3), Cidade Ocidental (3%; 3) e Jataí (3%; 3) (Sinan Net/SUVISA/SES-GO; *Dados atualizados até 16/01/2026).

A Tabela 1 sintetiza as frequências absolutas e relativas dos casos de Aids em gestantes por características sociodemográficas no Estado de Goiás. Predominou a autodeclaração de raça/cor parda e preta (82%, n=91), seguida de branca (15%, n=16). Por faixa etária, a maior proporção concentrou-se em 20–29 anos (45%, n=51), seguida de 30–39 anos (32%, n=35); adolescentes 15–19 corresponderam a 11% (n=12) e 40–49 a 10% (n=11). Quanto à escolaridade, sobressaiu ensino médio (44%, n=48), seguido de ensino fundamental (21%, n=23) e superior (6%, n=7); a categoria “ignorado” atingiu 26% (n=30). Em relação à zona de residência, urbana respondeu por 89% (n=99), e o provável modo de transmissão, prevaleceram relações sexuais com homens (95%, n=106).

Tabela 1 – Distribuição do total de casos e porcentagem de Aids em gestantes por características sociodemográficas, Goiás, 2015 a 2025*

Características	Categorias	N	%
Raça/Cor	Parda	77	69
	Preta	14	13
	Branca	16	15
	Indígena	1	1
	Ignorado	3	3
Faixa etária	15 a 19 anos	12	11
	20 a 29 anos	51	45
	30 a 39 anos	35	32
	40 a 49 anos	11	10
	50 ou mais	2	2
Escolaridade	Superior	7	6
	Ensino médio	48	44
	Ensino fundamental	23	21
	Analfabeto	3	3
	Ignorado	30	26
Zona de residência	Urbana	99	89
	Rural	2	2
	Periurbana	1	1
	Ignorado	9	8
Provável modo de transmissão	Relações sexuais com homens	106	95
	Relações sexuais com mulheres	0	0
	Relações sexuais com homens e mulheres	1	1
	Ignorado	3	3
	Outros	1	1

Fonte: Sinan Net/SUVISA/SES-GO; *Dados atualizados até 16/01/2026.

DISCUSSÃO

A série temporal de 2015 a 2025 revela baixa magnitude de Aids em gestantes em Goiás (111 casos no período), com taxas de detecção entre 0,1 e 0,3 por 1.000 nascidos vivos e ausência de tendência sustentada de aumento. Em termos de saúde pública, esse padrão é compatível com a ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento antirretroviral (TARV) no SUS e com a consolidação de um arcabouço normativo-assistencial que inclui notificação compulsória, diretrizes clínicas e rotinas de vigilância para o binômio mãe-bebê^{9,10}.

A distribuição de oito óbitos de gestantes por Aids, concentrada no início da série (especialmente em 2015) e sem manutenção nos anos subsequentes, sugere eventos esporádicos e não estruturais; embora o pequeno número imponha cautela interpretativa, a ausência de continuidade aponta para melhorias graduais na linha de cuidado e/ou na detecção oportuna.

Um achado central é o deslocamento do diagnóstico para momentos mais precoces da gestação, culminando em predominância do 1º trimestre em 2025. Tal comportamento é compatível com as recomendações nacionais de testagem no início do pré-natal e repetição no 3º trimestre, diretrizes que ampliam a janela para início ou retomada da TARV e, por consequência, para o alcance da supressão viral até o final da gestação. Do ponto de vista da prevenção da transmissão vertical, a antecipação diagnóstica tem implicação clínica direta: sob manejo adequado, o risco de transmissão pode ser <2%, contrastando com 15%–45% em cenários sem intervenções ou com intervenções tardias. A literatura também associa o tempo de início da TARV a desfechos perinatais, reforçando a oportunidade diagnóstica como marcador crítico de qualidade do cuidado¹¹.

O padrão temporal da série sugere piora da oportunidade diagnóstica durante a pandemia de COVID-19, ausência de diagnósticos no 1º trimestre em 2020, paridade entre 1º e 3º trimestres em 2021 e predomínio do 3º trimestre em 2022, com recuperação apenas a partir de 2023. Esse deslocamento é compatível com a diminuição de serviços e de procedimentos de pré-natal no SUS em 2020, fenômenos amplamente descritos em avaliações internacionais e estudos nacionais, que também apontaram redução na detecção de HIV/Aids em 2020–2021, enquanto a melhora a partir de 2023 indica a retomada e a adaptação dos serviços^{12,13}.

O perfil sociodemográfico das gestantes com Aids em Goiás, predominância de mulheres autodeclaradas pardas, em idade reprodutiva jovem (20–29 anos), residentes em áreas urbanas e com provável transmissão sexual heterossexual, reproduz o padrão descrito nacionalmente para a epidemia de HIV entre mulheres¹⁴.

Esse perfil reforça a necessidade de planejamento reprodutivo integrado ao cuidado de mulheres jovens vivendo com HIV, incluindo aconselhamento pré-concepcional, acesso a métodos contraceptivos efetivos e seguros, avaliação de interações da TARV com contraceptivos e escolha informada sobre desejo reprodutivo e fortalecimento da rede de proteção ao direito de reprodução da mulher vivendo com HIV. Implica, ainda, fortalecer as respostas dirigidas às mulheres heterossexuais, incorporando perspectivas de gênero: identificação e manejo de violência por parceiro íntimo, apoio à negociação do preservativo, redução do estigma e engajamento de parceiros em estratégias de prevenção combinada e Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)^{15,16}.

Por fim, é indispensável um olhar inclusivo: não apenas mulheres podem gestar. Homens trans e pessoas não binárias com capacidade gestacional podem engravidar e requerem cuidados específicos e afirmativos, com uso de nome social e pronomes corretos, acolhimento livre de discriminação e protocolos clínicos adaptados para pré-natal, TARV e prevenção da transmissão vertical¹⁷.

A capilaridade territorial, com casos distribuídos nas 18 regiões de saúde, contrasta com a centralização do cuidado na região metropolitana. Embora essa concentração reflita a maior capacidade instalada da capital, ela reproduz barreiras de acesso e amplia vulnerabilidades: gestantes precisam percorrer longas distâncias, dependem de transporte municipal, suportam custos diretos e indiretos e enfrentam medo e insegurança quanto à confidencialidade de sua condição, o que favorece atrasos no diagnóstico, início tardio ou interrupções da TARV, com maior risco de progressão para Aids e piores desfechos materno-infantis¹¹.

É necessária, portanto, a descentralização do diagnóstico e do tratamento para as 18 regiões de saúde, com oferta próxima ao território de vida e linhas de cuidado integradas à Atenção Primária, aos Serviços de Atenção Especializada (SAE) e às maternidades, assegurando testagem oportuna, início/retomada rápida de TARV e monitoramento regionalizado de indicadores clínicos e de seguimento. Essa reorganização reduz itinerários terapêuticos onerosos, mitiga perdas de seguimento e sustenta a equidade no acesso ao cuidado¹⁸.

Não foi possível relacionar o local do tratamento (UF/município) à data de início do tratamento, seja na notificação, na investigação da fonte notificadora ou após o retorno ao município de residência. Essa limitação decorre da ficha de notificação, que não dispõe de campos clínicos essenciais (por exemplo, data de início e CD4+ no diagnóstico). Com isso, não foi viável determinar o momento de início/retomada do tratamento neste estudo; superar essa lacuna exige investigação caso a caso nos sistemas e junto às equipes municipais, fora do escopo deste estudo. Ainda assim, 103 gestantes realizaram tratamento, e recomenda-se que estudos específicos investiguem fatores associados à progressão para aids (diagnóstico tardio, não início ou interrupção da TARV).

A proporção elevada de “escolaridade ignorada” (26%) merece atenção: além de limitar análises de gradientes sociais, sinaliza oportunidades de qualificação do registro e de redução de vieses na vigilância, conforme preconizado para sistemas baseados em notificação. Essas lacunas de informação podem atenuar a sensibilidade para identificar vulnerabilidades e calibrar estratégias focalizadas de prevenção combinada no pré-natal^{18,19}.

Sem variáveis clínicas e de processo (por exemplo, data de início de TARV, CD4 e carga

viral no diagnóstico) não é possível estimar tempo entre diagnóstico e início de TARV ou tempo até supressão, o que limita inferências sobre a efetividade operacional da rede. A superação desse limite dependerá da integração de bases (Sinan, Siclom, Siscel) ou de rotinas padronizadas de *linkage*, como recomendado em iniciativas de melhoria da vigilância^{19,20}.

Em síntese, a série estudada indica estabilidade em baixa magnitude de Aids em gestantes, com deslocamento recente para diagnóstico mais precoce e repercussões transitórias da pandemia sobre a oportunidade diagnóstica. O perfil sociodemográfico observado e a centralização do cuidado evidenciam desigualdades de acesso que podem perpetuar atrasos terapêuticos e piorar desfechos materno-infantis, especialmente entre populações em maior vulnerabilidade. A descentralização do diagnóstico e do tratamento, a qualificação do registro, a integração de bases para monitorar tempos de cuidado e supressão viral e um cuidado inclusivo a todas as pessoas com capacidade gestacional configuram eixos prioritários para sustentar avanços rumo à eliminação da transmissão vertical no estado.

CONCLUSÃO

No período de 2015 a 2025, Goiás apresentou baixa magnitude de Aids em gestantes, sem tendência sustentada de aumento nas taxas de detecção, e deslocamento recente do diagnóstico para o 1º trimestre, após piora da oportunidade diagnóstica nos anos críticos da COVID-19. O perfil sociodemográfico, com predomínio de mulheres jovens, pardas, residentes em áreas urbanas e com provável transmissão heterossexual, reitera desigualdades conhecidas e demanda respostas sensíveis às questões de gênero e ao planejamento reprodutivo. A centralização do cuidado na região metropolitana, embora coerente com a capacidade instalada, impõe barreiras de acesso e pode favorecer atrasos terapêuticos e interrupções de TARV, com piores desfechos materno-infantis.

Para sustentar avanços rumo à eliminação da transmissão vertical, recomenda-se: (I) descentralizar diagnóstico e tratamento para as 18 regiões de saúde, integrando APS–SAE–maternidades; (II) assegurar testagem oportuna (início do pré-natal e repetição no 3º trimestre), início/retomada rápida de TARV e dispensação que minimize deslocamentos; (III) qualificar o registro e promover integração de bases (Sinan, Siclom, Siscel) para monitorar tempos de cuidado e supressão viral; e (IV) garantir um cuidado inclusivo e afirmativo a todas as pessoas com capacidade gestacional, incluindo homens trans e pessoas não binárias. A adoção desses eixos, ancorada em indicadores claros e vigilância contínua, reduz itinerários onerosos, mitiga perdas de seguimento e promove equidade, consolidando um caminho factível para reduzir ainda mais a Aids na gestação no estado.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). Atenção às mulheres com HIV no parto e puerpério [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019 [atualizado 2021 jan; acesso em 2026 jan 20]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/01/hivpartopuerperio.pdf>.
 2. Walters MK, Bulterys MA, Barry M, Hicks S, Richey A, Sabin M, et al. Probability of vertical HIV transmission: a systematic review and meta-regression. *Lancet HIV* [Internet]. 2025 [acesso em 2026 jan 20];12(9):e638–e648. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(25\)00132-8](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(25)00132-8).
 3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Portaria SCTIE/MS nº 55, de 11 de novembro de 2020: aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, sífilis e hepatites virais [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [acesso em 2026 jan 20]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/p/prevencao-da-transmissao-vertical-do-hiv-sifilis-e-hepatites-virais>.
 4. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde: volume 2. 6. ed. rev. [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024 [acesso em 2026 jan 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_v2_6edrev.pdf.
 5. Brasil. Presidência da República. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 1996 [acesso em 2026 jan 20]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19313.htm.
 6. Oliveira RB, Sousa ESS, Muñoz RL de S, Teixeira FCNR, Neves AVS da C. Atenção Primária à Saúde e o cuidado integral às gestantes e puérperas vivendo com HIV/AIDS: estudo cientométrico. *BOCA* [Internet]. 2024 nov 30 [acesso em 2026 jan 20];20(59):261-285. Disponível em: <https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/6376>.
 7. Damião JJ, Agostini R, Maksud I, Filgueiras S, Rocha F, Maia AC, et al. Cuidando de pessoas vivendo com HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde: nova agenda de enfrentamento de vulnerabilidades? *Saude Debate* [Internet]. 2022 [acesso em 2026 jan 20];46(132):163-174. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213211>.
 8. Medronho RA, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL, organizadores. *Epidemiologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2024. 2 v. ISBN: 978-65-5586-856-2.
 9. Goiás. Secretaria de Estado da Saúde. Boletim Epidemiológico — Transmissão vertical de HIV no estado de Goiás, 2020 a 2024. Volume 2, número 1 [Internet]. Goiânia (GO): SES-GO; 2025 [acesso em 2026 jan 20]. Disponível em: <https://goias.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/34/boletins/epidemiologicos/dst-aids/2025/Transmiss%C3%A3o%20vertical%20de%20HIV%20no%20estado%20de%20Goi%C3%A1s%2C%202020%20a%202024.pdf>.
 10. Domingues RMSM, Saraceni V, Leal M do C. Reporting of HIV-infected pregnant women: estimates from a Brazilian study. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2018 [acesso em 2026 jan 20];52:43. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052017439>.
 11. Fernandes DL, Gomes ENF, Souza AS, Godinho JSL, Silva EA, Silva GSV. HIV em gestantes e os desafios para o cuidado no pré-natal. *Rev Pro-Universus* [Internet]. 2022 [acesso em 2026 jan 20];13(1):108-117. Disponível em: <https://doi.org/10.21727/rpu.v13i1.3123>.
 12. Pan American Health Organization (PAHO). Mitigating the indirect impacts of COVID-19 on maternal, newborn, child and adolescent, and ageing health services: lessons learned from the experience of Brazil [Internet]. Washington (DC): PAHO; 2022 [acesso em 2026 jan 20]. Disponível em: <https://www.paho.org/en/documents/mitigating-indirect-impacts-covid-19-maternal-newborn-child-and-adolescent-and-ageing>.
 13. Martin MM, Knobel R, Nandi V, Pereira JG, Trapani Junior A, Andreucci CB. Adequação da assistência pré-natal durante a pandemia de COVID-19: estudo observacional com puérperas. *Rev Bras Ginecol Obstet*
- Boletim Epidemiológico. Volume 3, número 1 - Aids em gestantes no Estado de Goiás, 2015 – 2025: situação epidemiológica e perfil sociodemográfico

- [Internet]. 2022 [acesso em 2026 jan 20];44(4):398–408. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0041-1741450>.
- 14.Ministério da Saúde (Brasil). Boletim Epidemiológico HIV e Aids 2024 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024 [acesso em 2026 jan 20]. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim_hiv_aids_2024e.pdf.
- 15.Villela WV, Barbosa RM. Prevention of the heterosexual HIV infection among women: is it possible to think about strategies without considering their reproductive demands? *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2015 [acesso em 2026 jan 20];18(Suppl 1):131–142. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201500050010>.
- 16.Nascimento PC do, Kind L. Narrativas positivas: vulnerabilidade de mulheres ao HIV/aids em relações heterossexuais de conjugalidade. *Linhas Crit* [Internet]. 2018 [acesso em 2026 jan 20];24:e18957. Disponível em: <https://doi.org/10.26512/lc.v24i0.18957>.
- 17.Silva GC, Puccia MIR, Barros MNS. Homens transexuais e gestação: uma revisão integrativa da literatura. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2024 [acesso em 2026 jan 20];29(4):e19612023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024294.19612023>.
- 18.Pinho Neto V, Machado C, Lima F, Roman S, Dutra G. Inequalities in the geographic access to delivery services in Brazil. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2024 [acesso em 2026 jan 20];24:1598. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-024-12042-4>.
- 19.World Health Organization (WHO). Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis and hepatitis B virus [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [acesso em 2026 jan 20]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039360>.
- 20.Okamoto FK. Início do pré-natal para gestantes com HIV, fatores associados e efeito sobre desfechos negativos na saúde da criança: um estudo de coorte retrospectiva em Porto Alegre [dissertação na Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2025 [acesso em 2026 jan 20]. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10183/288158>.