



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Boletim Epidemiológico

Volume 3, número 2

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)

HIV na gestação e transmissão vertical em Goiás, 2020–2025: situação epidemiológica e indicadores de prevenção

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

¹Enfermeiro sanitарista, 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: 09/02/2026
Aceito: 13/02/2026
Publicado: 13/02/2026
gvedtsuvisa.ses@goias.gov.br
Descritores: HIV/Aids;
Gestante; Criança; Transmissão Vertical.

INTRODUÇÃO

As pessoas com capacidade de gestar — incluindo mulheres cisgênero, homens trans e pessoas não binárias — vivendo com HIV têm direito reprodutivo, devem acessar cuidado digno, livre de discriminação e baseado em evidências; as diretrizes de certificação da eliminação da transmissão vertical no Brasil incorporam o eixo de direitos humanos, igualdade de gênero e participação social justamente para assegurar esse princípio na organização das redes de atenção. Nesse contexto, cabe à vigilância e assistência garantir testagem oportuna, início e manutenção da terapia antirretroviral (TARV), retenção no cuidado para alcançar supressão viral no parto — condição em que a transmissão vertical é prevenível e pode ser mantida em níveis de eliminação ($\leq 2\%$), conforme parâmetros e evidências nacionais^{1,2}.

A transmissão vertical (TV) do HIV — durante a gestação, parto ou aleitamento — é altamente prevenível quando se asseguram intervenções oportunas ao longo do pré-natal, parto e puerpério, com ênfase na testagem, início e manutenção da TARV e no acompanhamento do binômio mãe-bebê (incluindo profilaxia do recém-nascido e manejo

adequado da alimentação infantil). Em cenários com implementação plena das recomendações clínicas, a taxa de TV pode ser reduzida para menos de 2%, parâmetro adotado como referência para eliminação da transmissão vertical do HIV em nível subnacional no Brasil².

O Guia para Certificação da Eliminação da TV estabelece metas de impacto e processo que norteiam a gestão estadual e municipal. Entre as metas de impacto destaca-se: taxa de TV $\leq 2\%$ no último ano completo; entre as metas de processo, $\geq 95\%$ de gestantes testadas para HIV, $\geq 95\%$ de cobertura de quatro consultas de pré-natal e $\geq 95\%$ de gestantes vivendo com HIV em TARV, avaliadas nos dois últimos anos completos³.

Neste contexto, este boletim descreve e analisa a situação epidemiológica e o perfil sociodemográfico das pessoas gestantes vivendo com HIV; avalia os cuidados implementados para a prevenção da transmissão vertical; e estima a taxa de transmissão vertical do HIV no estado de Goiás, entre 2020 e 2025.

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), abrangendo o estado de Goiás no período de 2020 a 2025.

Três procedimentos foram seguidos⁴: Definição de critérios; 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).

Critérios de inclusão: gestantes vivendo com HIV, residentes em Goiás, com ano de parto 2020-2025; Crianças expostas e crianças infectadas pelo HIV por transmissão vertical, por ano de nascimento e residência em Goiás. A coleta de dados ocorreu em janeiro de 2026 com informações atualizadas até o dia 16 de janeiro de 2026. A tabulação foi realizada em Excel e Tabwin, e os resultados apresentados em tabelas, figuras e texto.

Os seguintes cálculos e definições foram seguidos^{1-3,5}:

I. Gestante vivendo com HIV: pessoa com capacidade de gestar em que for detectada a infecção por HIV, ou aquela que já tenha o diagnóstico confirmado de HIV ou Aids, no momento da gestação, do parto ou do puerpério;

II. Criança exposta ao HIV: Toda criança nascida de pessoa infectada ou que tenha sido amamentada por pessoa infectada pelo HIV;

III. Criança infectada pelo HIV: aquela que tiver um resultado de carga viral do HIV (CV-HIV) detectável seguida de um exame de DNA pró-viral detectável; ou dois resultados de CV-

HIV detectáveis, sendo o segundo com valor igual ou superior a 100 cópias/mL; ou teste diagnóstico anti-HIV reagente, após os 18 meses de idade;

IV. Taxa de detecção de HIV em gestantes (por 1.000 nascidos vivos): número de casos de gestantes vivendo com HIV por ano de parto / número de nascidos vivos no mesmo local e ano X 1.000;

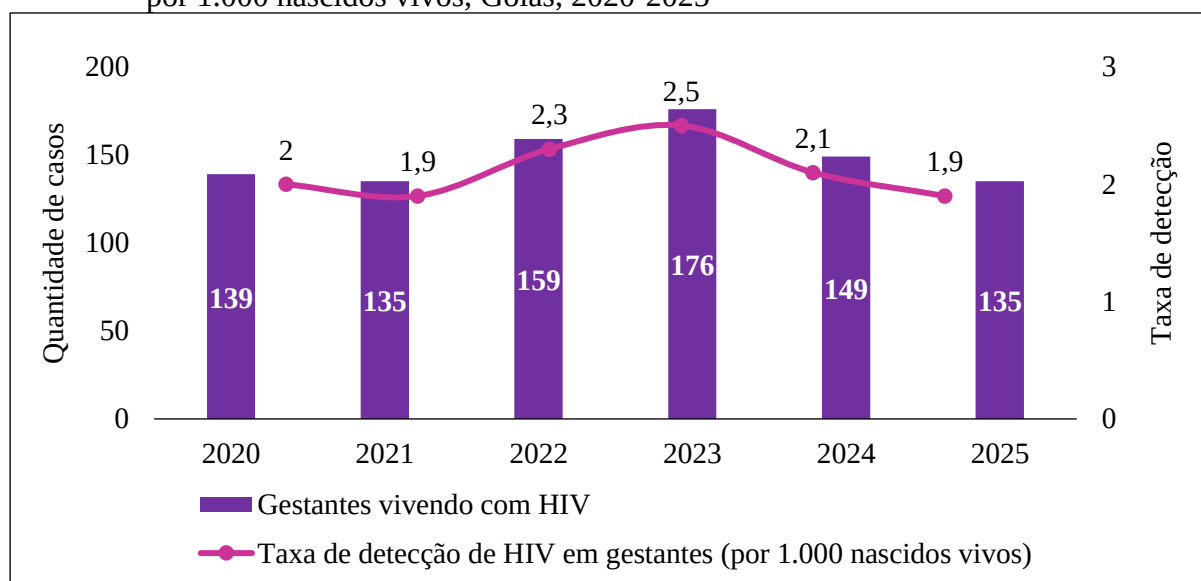
V. Taxa de transmissão vertical de HIV (%): número de crianças infectadas pelo HIV da rede pública e privada, por ano de nascimento e local de residência / número de gestantes infectadas pelo HIV, por ano de parto e local de residência X 100.

Este estudo utilizou dados secundários e agregados dos sistemas oficiais, sem identificação nominal, com uso restrito a fins de saúde pública, assegurando confidencialidade e proteção de dados⁶; e preservação do sigilo sobre a condição de Pessoa Vivendo com HIV⁷. Por se tratar de análise populacional com dados desidentificados, não foi necessária submissão a Comitê de Ética. Foi seguido o fluxo de pesquisa científica da Escola de Saúde de Goiás, com cadastro e autorização da pesquisa, protocolo: btzyhvQQjtf.

RESULTADOS

Entre 2020 e 2025, foram identificadas 893 pessoas gestantes vivendo com HIV em Goiás. Em 2025, a taxa de detecção foi de 1,9 por 1.000 nascidos vivos (NV). A Figura 1 apresenta, ano a ano, o número de gestantes notificadas e a taxa de detecção, permitindo o monitoramento de tendência anual no estado.

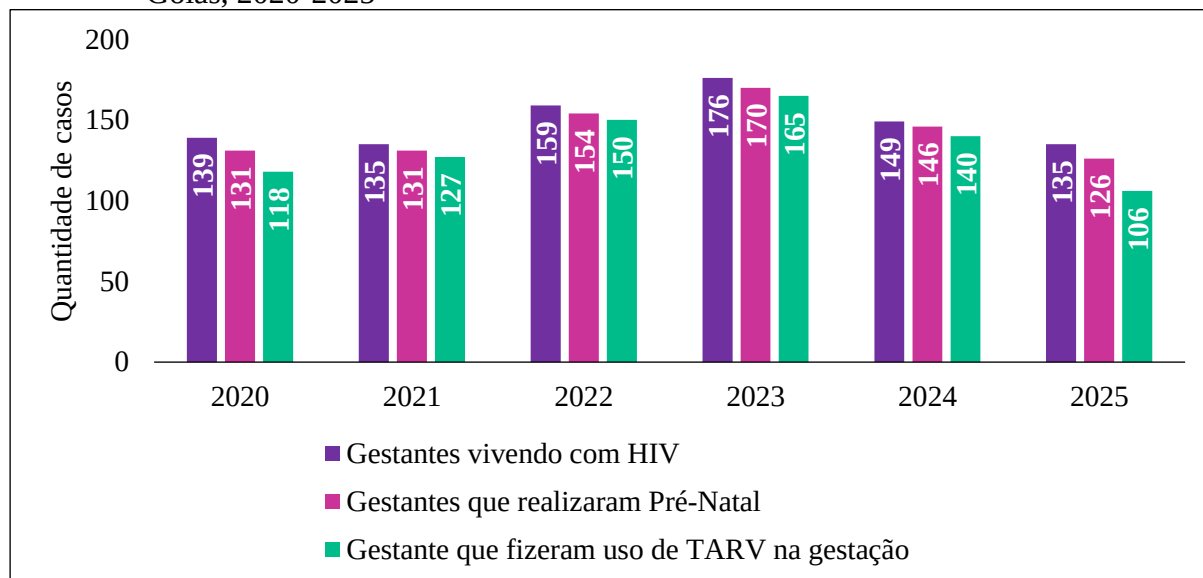
Figura 1 – Número de pessoas gestantes vivendo com HIV por ano de parto e taxa de detecção por 1.000 nascidos vivos, Goiás, 2020-2025*



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

Do total de 893 pessoas gestantes vivendo com HIV, 858 realizaram pré-natal (96,1%) e 806 fizeram uso de TARV durante a gestação (90,3%). A Figura 2 apresenta esses dois indicadores ano a ano, permitindo o monitoramento clínico contínuo no estado.

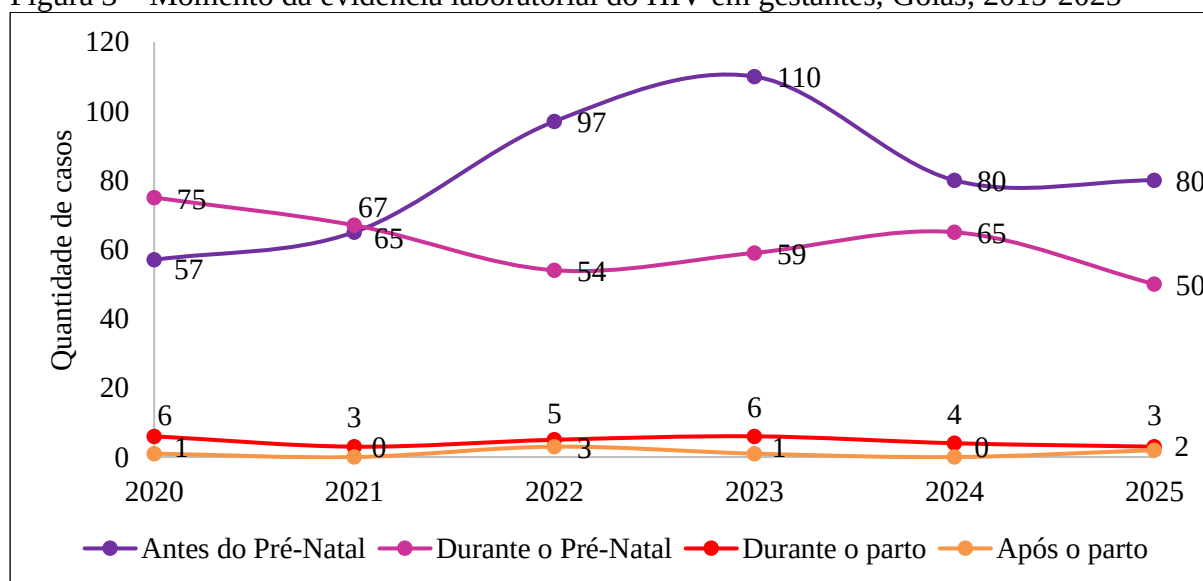
Figura 2 – Realização de pré-natal e uso de TARV entre pessoas gestantes vivendo com HIV, Goiás, 2020-2025*



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

A maior parte das pessoas gestantes vivendo com HIV apresentou evidência laboratorial do HIV antes do início do pré-natal (489; 55%), seguida de evidência durante o pré-natal (370; 41%) (Figura 3). Os diagnósticos no parto corresponderam a 27 casos (3%), e após o parto, a 7 casos (1%).

Figura 3 – Momento da evidencia laboratorial do HIV em gestantes, Goiás, 2015-2025*



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

Na série 2020–2025, 95% das gestações evoluíram para nascidos vivos (844). Quanto ao tipo de parto, prevaleceu cesárea eletiva (563; 63%), seguida de via vaginal (230; 26%). Em relação às medidas intraparto, 90% das pessoas gestantes receberam profilaxia antirretroviral (806). Para o recém-nascido, a profilaxia foi iniciada nas primeiras 24 horas em 88% dos casos (790), 2% após 24 horas e 2% não realizada; 8% ficaram sem informação (Tabela 1).

Tabela 1 – Dados do parto e profilaxias materna e neonatal, Goiás, 2020-2025*

Dados Parto	Categorias	N						N (%)
		2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Evolução da gravidez	Nascido vivo	130	129	148	168	142	127	844 (95)
	Natimorto	4	2	5	0	1	3	15 (2)
	Aborto	3	4	6	8	6	4	31 (3)
	Ignorado	2	0	0	0	0	1	3 (0)
Tipo de parto	Vaginal	38	35	43	44	35	35	230 (26)
	Cesárea eletiva	88	80	98	115	99	83	563 (63)
	Cesárea de urgência	12	19	14	15	13	14	87 (10)
	Ignorado	1	1	4	2	2	3	13 (1)
Uso de profilaxia antirretroviral durante o parto	Sim	118	127	150	165	140	106	806 (90)
	Não	7	3	4	4	3	19	40 (4)
	Ignorado	14	5	5	7	6	10	47 (5)
Início da profilaxia antirretroviral na criança (horas)	Nas primeiras 24h do nascimento	129	128	145	144	125	119	790 (88)
	Após 24h do nascimento	0	2	3	3	9	2	19 (2)
	Não realizado	3	2	1	4	3	4	17 (2)
	Ignorado	7	3	10	25	12	10	67 (8)

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

Entre as 893 pessoas gestantes vivendo com HIV, predominaram aquelas que se autodeclararam pardas (667; 75%), seguidas de brancas (102; 11%) e pretas (74; 8%). A faixa etária prevalente foi 20–29 anos (477; 53%), seguida de 26% entre 30–39 anos (231) e 16% entre adolescentes 15–19 anos (147). Quanto à escolaridade, 49% tinham ensino médio (441), 23% ensino fundamental (209) e 5% nível superior (44). Observou-se predomínio urbano (815; 91%), e concentração territorial nas Regiões de Saúde Central (308; 34%), Centro Sul (72; 19%) e Pireneus (85; 10%) (Tabela 2).

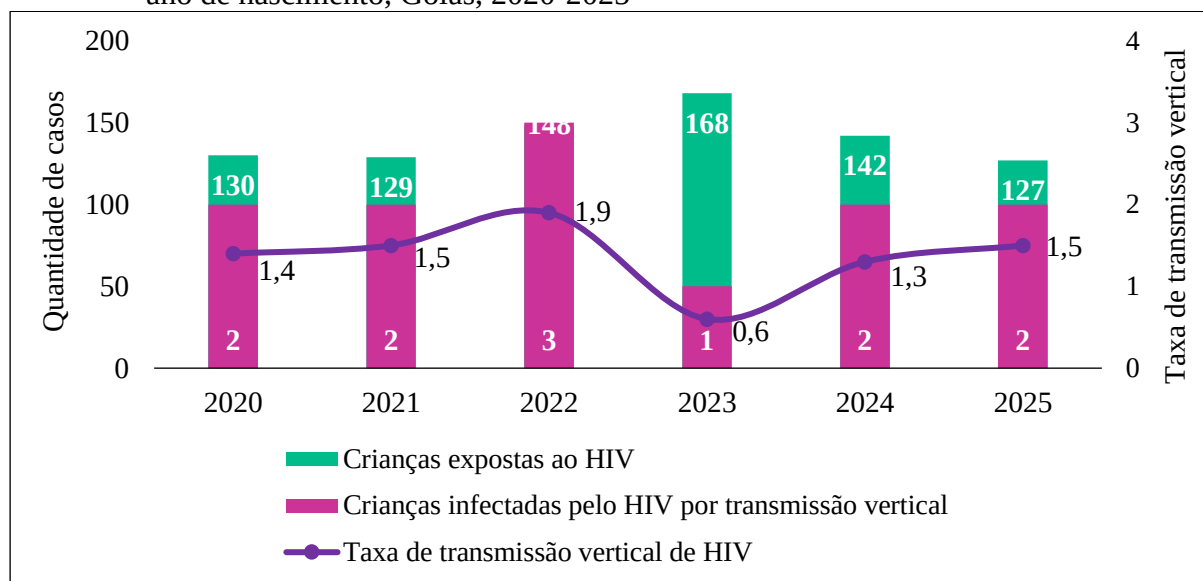
Tabela 2 – Distribuição das pessoas gestantes vivendo com HIV por características sociodemográficas, Goiás, 2015-2025*

Informação	Categorias	N						N (%)
		2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Raça/Cor	Parda	97	106	126	126	108	104	667 (75)
	Preta	7	5	12	22	16	12	74 (8)
	Branca	20	15	15	23	14	15	102 (11)
	Amarela	1	1	1	1	2	2	8 (1)
	Ignorado	14	8	5	4	9	2	42 (5)
Faixa etária	15 a 19 anos	28	23	27	27	20	22	147 (16)
	20 a 29 anos	63	68	82	103	88	73	477 (53)
	30 a 39 anos	40	40	45	43	32	31	231 (26)
	40 a 49 anos	5	0	2	1	8	2	18 (2)
	50 a 59 anos	0	0	1	0	0	0	1 (0)
Escolaridade	Ensino Fundamental	36	27	36	44	38	28	209 (23)
	Ensino médio	50	55	84	77	90	85	441 (49)
	Superior	4	5	9	7	8	11	44 (5)
	Analfabeto	0	0	1	0	0	0	1 (0)
	Ignorado	49	48	29	48	13	11	198 (22)
Zona de residência	Urbana	126	131	153	157	132	116	815 (91)
	Rural	0	1	2	4	5	2	14 (2)
	Ignorado	13	3	4	15	12	17	64 (7)
Região de residência	Central	53	43	58	68	42	44	308 (34)
	Centro Sul	29	22	32	33	26	30	172 (19)
	Pirineus	9	10	20	11	20	15	85 (10)
	Entorno Sul	10	8	5	19	14	10	66 (7)
	Sudoeste I	5	15	15	15	9	6	65 (7)
	Estrada de Ferro	5	10	7	5	9	11	47 (5)
	Sudoeste II	1	8	6	11	11	6	43 (5)
	Sul	10	5	4	4	3	3	29 (3)
	Rio Vermelho	6	1	6	1	6	1	21 (2)
	Oeste I	1	2	0	3	3	4	13 (1)
	Entorno Norte	2	2	1	1	2	1	9 (1)
	Oeste II	0	2	2	1	0	1	6 (1)
	Norte	1	2	0	1	1	1	6 (1)
	São Patrício II	0	3	1	1	1	0	6 (1)
	Nordeste I	2	0	1	1	0	1	5 (1)
	São Patrício I	3	0	0	0	1	1	5 (1)
	Serra da Mesa	0	2	0	1	1	0	4 (1)
	Nordeste II	2	0	1	0	0	0	3 (0)

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

No período estudado, foram registradas 844 crianças expostas ao HIV (nascidos(as) de pessoas gestantes vivendo com HIV). Considerando a coorte de nascimento 2020–2025, 12 crianças foram infectadas por transmissão vertical (TV) (Figura 4). Na mesma série histórica, houve 24 diagnósticos de HIV/Aids em crianças, dos quais 12 referem-se a nascidos(as) entre 2020–2025 e 12 a nascidos(as) em anos anteriores (diagnosticados agora) (Sinan Net/SUVISA/SES/GO; Dados atualizados até 16/01/2026).

Figura 4 – Crianças expostas e infectadas por transmissão vertical do HIV e taxa de TV, por ano de nascimento, Goiás, 2020-2025*



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

Observou-se elevação do número de crianças expostas até 2023 (168), seguida de redução em 2024-2025 (127 em 2025). O número anual de infecções por transmissão vertical oscilou entre 1 e 3 casos, e a taxa de TV manteve-se menor que 2% em todos os anos, variando de 0,6% (2023) a 1,9% (2022).

DISCUSSÃO

No período de 2020 a 2025, o estado de Goiás apresentou taxa de detecção de HIV em gestantes em torno de 2 casos por 1.000 nascidos vivos, com variações anuais discretas. Esse indicador, para além da leitura estritamente epidemiológica, deve ser interpretado à luz dos direitos reprodutivos das pessoas que vivem com HIV: o direito de gestar e ter filhos com cuidado digno, livre de discriminação e estigma, e com proteção ao sigilo da condição sorológica. Nesse sentido, a resposta do Sistema Único de Saúde (SUS) precisa assegurar acolhimento, confidencialidade e atenção integral, de modo que a experiência reprodutiva não seja atravessada por barreiras institucionais ou violações de direitos^{8,9}.

Boletim Epidemiológico. Volume 3, número 2 – HIV na gestação e transmissão vertical em Goiás, 2020-2025: situação epidemiológica e indicadores de prevenção

A gestação também se configura como uma janela estratégica de acesso ao cuidado em saúde, pois amplia a vinculação com a rede assistencial e oportuniza a realização de exames e testagens que, em muitos casos, não vinham ocorrendo de forma regular antes do pré-natal. Isso ajuda a compreender por que ainda se observam diagnósticos durante a gestação e, em menor proporção, no parto ou no puerpério: não como falha individual, mas como expressão de lacunas anteriores de acesso, busca ativa e continuidade do cuidado. Nesse cenário, o papel do SUS é decisivo ao garantir testagem oportuna, início imediato e manutenção da terapia antirretroviral (TARV) e retenção no acompanhamento para alcançar supressão viral até o parto — condição na qual a transmissão vertical é prevenível¹⁰.

O momento do diagnóstico mostrou-se majoritariamente anterior ou durante o pré-natal, o que indica oportunidade adequada para a implementação das intervenções preventivas. Ainda assim, a ocorrência de diagnósticos no parto ou após o parto, embora pouco frequente, aponta fragilidades pontuais no acesso oportuno à testagem e ao acompanhamento reprodutivo, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade social. Esses achados reforçam a importância de estratégias de testagem ampliada, retestagem no terceiro trimestre e integração entre atenção primária, serviços especializados e maternidades.

Além do cuidado centrado no binômio mãe-bebê, a prevenção da transmissão vertical exige abordagem ampliada e familiar. Isso inclui manejo adequado da alimentação infantil — considerando que o aleitamento não é recomendado, cabendo à rede assegurar o acesso à fórmula infantil — e, de forma complementar, ações dirigidas a parcerias sexuais e ao contexto doméstico, com testagem, vinculação ao cuidado, oferta de estratégias combinadas de prevenção (incluindo PrEP quando indicada) e redução de vulnerabilidades. Assim, o indicador de detecção na gestação e os desfechos de transmissão vertical devem ser lidos como marcadores tanto da efetividade da linha de cuidado quanto da capacidade do sistema em proteger direitos, reduzir desigualdades e sustentar prevenção combinada na vida real^{3,11}.

No que se refere às medidas intraparto e neonatais, observou-se proporção elevada de profilaxia antirretroviral materna e no bebê recém-nascido (RN). O início da profilaxia no RN nas primeiras 24 horas de vida é um achado coerente com a recomendação de que toda criança exposta receba antirretrovirais o mais precocemente possível. Esse resultado aponta boa capacidade operacional da rede para executar intervenções imediatas e essenciais na prevenção da transmissão vertical¹².

Já a elevada frequência de profilaxia antirretroviral durante o parto na pessoa gestante deve ser interpretada com cautela, pois, à luz das recomendações clínicas vigentes, nem todas as gestantes necessitam de AZT endovenoso intraparto: quando há supressão viral comprovada

Boletim Epidemiológico. Volume 3, número 2 – HIV na gestação e transmissão vertical em Goiás, 2020-2025: situação epidemiológica e indicadores de prevenção

após 34 semanas, com boa adesão à TARV, a conduta recomendada é manter o esquema antirretroviral habitual por via oral e definir a via de parto segundo indicação obstétrica, preferencialmente vaginal. Nesse sentido, a ampla utilização de profilaxia injetável intraparto, combinada à predominância de cesárea eletiva, sugere a persistência de práticas assistenciais baseadas no medo e no estigma — incluindo a indicação de intervenções “por conta do HIV” mesmo quando não sustentadas por critérios clínicos — o que reforça a necessidade de qualificação das equipes, alinhamento à evidência e garantia de cuidado livre de discriminação^{12,13}.

Nesse contexto, a elevada proporção de cesarianas não pode ser explicada apenas por critérios clínicos, mas também por uma cultura persistente de medo, estigma e discriminação associada ao HIV, que historicamente nega às mulheres vivendo com HIV o direito ao parto vaginal e o pleno exercício de seus direitos reprodutivos. Esse tabu, ainda presente em práticas assistenciais, é agravado por fragilidades nos sistemas de informação e nos registros relacionados ao cuidado pré-natal, uma vez que, apesar da alta proporção de pessoas gestantes que realizaram pré-natal, observa-se insuficiente investigação e valorização das informações clínicas no momento do parto^{12,13}.

Soma-se a esse cenário a fragilidade nos mecanismos de referência e contrarreferência, considerando que os serviços e profissionais responsáveis pelo acompanhamento pré-natal deveriam assegurar que as pessoas gestantes chegassem à maternidade munidas de documentação clara e completa sobre o cuidado realizado durante a gestação, incluindo carga viral e uso de TARV, de modo a subsidiar a tomada de decisão clínica no parto. Esse conjunto de fatores reflete condutas inadequadas de profissionais e serviços de saúde e configura violação do cuidado livre de discriminação, reforçando a necessidade de qualificação permanente das equipes, alinhamento às evidências científicas e promoção de uma atenção obstétrica baseada em direitos humanos.

O perfil sociodemográfico das pessoas gestantes vivendo com HIV em Goiás evidenciou concentração entre pessoas autodeclaradas pardas, na faixa etária de 20 a 29 anos, com escolaridade predominante de ensino médio e residência em zona urbana. Esse padrão é compatível com a dinâmica epidemiológica do HIV em idade reprodutiva e reflete, simultaneamente, a distribuição demográfica do estado e a presença de vulnerabilidades sociais que atravessam o risco de infecção, o acesso à testagem e a continuidade do cuidado¹⁴.

Destaca-se ainda a ocorrência de gestação na adolescência (15 a 19 anos), com 147 notificações (16%), achado relevante por indicar maior vulnerabilidade e possíveis barreiras de acesso a prevenção combinada, educação sexual e planejamento reprodutivo na rede.

Adicionalmente, apenas 5% das gestantes registradas alcançaram o ensino superior, sinalizando a persistência de desigualdades educacionais e sua interface com uma infecção que é socialmente determinada¹⁵.

Observou-se também concentração territorial nas Regiões de Saúde Central, Centro Sul, Pireneus, Entorno Sul e Sudoeste I, o que pode refletir maior densidade populacional, disponibilidade de serviços e capacidade de diagnóstico e notificação. Por outro lado, a existência de regiões com números muito baixos de registros (menos de 10 casos no período) levanta hipóteses importantes para a vigilância: subnotificação, fragilidades na busca ativa e/ou barreiras de acesso à testagem e ao pré-natal em determinados territórios. Esses achados reforçam a necessidade de análises regionais mais detalhadas, qualificação do processo de notificação, integração entre vigilância e atenção (especialmente atenção básica e maternidades) e estratégias de apoio institucional para reduzir desigualdades territoriais na identificação oportuna e no acompanhamento de pessoas gestantes vivendo com HIV.

O principal achado deste boletim é a manutenção da taxa de transmissão vertical do HIV abaixo de 2% em todos os anos analisados, variando entre 0,6% e 1,9%, o que atende ao parâmetro de impacto definido nacionalmente para a eliminação da transmissão vertical do HIV. Esse resultado indica que as estratégias de prevenção implementadas no estado têm sido efetivas na redução do risco de infecção infantil, mesmo diante de desigualdades sociais e regionais persistentes. Entretanto, o alcance do indicador de impacto, por si só, não é suficiente para a certificação da eliminação da transmissão vertical, uma vez que o estado ainda apresenta desafios no cumprimento dos indicadores de processo, especialmente aqueles relacionados à cobertura adequada do pré-natal, da testagem oportuna e do tratamento das pessoas gestantes vivendo com HIV, cuja meta é $\geq 95\%$ ^{2,3,16}.

Nesse sentido, a manutenção de taxas de transmissão vertical abaixo de 2% deve ser compreendida não como um ponto de chegada, mas como uma base a partir da qual se torna imprescindível fortalecer as respostas do sistema de saúde, qualificando o cuidado ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal e assegurando maior uniformidade territorial no cumprimento das metas de processo. A certificação nacional da eliminação da transmissão vertical do HIV concedida ao Brasil em 2025 demonstra que esse objetivo é possível no contexto do SUS e reforça a pergunta estratégica que se coloca para o estado de Goiás: quando e sob quais condições será possível alcançar esse mesmo patamar? A resposta passa, necessariamente, pelo monitoramento contínuo, pela análise individualizada de cada caso de transmissão vertical — entendido como uma oportunidade perdida de prevenção — e pelo compromisso institucional com a consolidação de uma linha de cuidado integral, equitativa e baseada em direitos¹⁷.

Como limitações, destaca-se o uso de dados secundários dos sistemas de informação (Sinan e Sinasc), sujeitos a incompletude, inconsistências e atrasos de registro, especialmente em variáveis sociodemográficas e de cuidado (por exemplo, escolaridade, raça/cor e registros de intervenções). Além disso, a estimativa da transmissão vertical pode ser influenciada por subnotificação, perdas de seguimento e diagnóstico tardio de crianças expostas. Por fim, embora este boletim adote linguagem inclusiva (pessoas gestantes/pessoas com capacidade de gestar), o sistema oficial de notificação do HIV (Sinan) não dispõe de campos adequados para captar identidade de gênero, o que limita a identificação e a análise específica de homens trans e pessoas não binárias que gestam, mantendo invisibilidades relevantes para a vigilância e a equidade no cuidado.

CONCLUSÃO

Entre 2020 e 2025, Goiás apresentou taxa de transmissão vertical do HIV inferior a 2% em todos os anos analisados, evidenciando efetividade das estratégias de prevenção e da linha de cuidado materno-infantil no estado. Observou-se elevada proporção de pessoas gestantes que realizaram pré-natal e utilizaram TARV durante a gestação, além de início oportuno da profilaxia no recém-nascido, componentes essenciais para a redução do risco de infecção infantil.

Apesar do desempenho favorável no indicador de impacto, a consolidação da eliminação da transmissão vertical do HIV requer o fortalecimento dos indicadores de processo, com ampliação da cobertura e da qualidade do pré-natal, da testagem oportuna, do tratamento com TARV e da retenção no cuidado, visando alcançar as metas $\geq 95\%$ recomendadas para certificação. Adicionalmente, é necessário enfrentar práticas assistenciais ainda marcadas por estigma e discriminação, como a indicação inadequada de cesárea eletiva e intervenções intraparto “por conta do HIV”, garantindo atenção obstétrica baseada em evidências e direitos humanos.

Recomenda-se intensificar a integração entre vigilância e assistência, qualificar os mecanismos de referência e contrarreferência, ampliar a busca ativa em territórios com baixos registros e fortalecer a abordagem familiar, incluindo testagem e estratégias de prevenção combinada para parcerias. A manutenção das taxas abaixo de 2% deve ser compreendida como base para avançar rumo à certificação subnacional, com compromisso institucional contínuo para assegurar cuidado integral, equitativo e livre de discriminação.

REFERÊNCIAS

1. Pan American Health Organization (PAHO). Status of access to sexual and reproductive health services in the Region of the Americas (CD60/INF/4) [Internet]. Washington (DC): PAHO; 2023 [acesso em 2026 jan 20]. Disponível em: <https://www.paho.org/sites/default/files/2023-08/cd60-inf-4-e-sexual-reproductive-health-services-rep1.pdf>.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Relatório de Monitoramento Clínico das Gestantes Vivendo com HIV e/ou Aids [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2025 [acesso em 2026 jan 20]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_monitoramento_gestante_hiv.pdf.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Guia para certificação da eliminação da transmissão vertical de HIV, sífilis, hepatite B e doença de Chagas [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024 [acesso em 2026 jan 20]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_certificacao Eliminacao_transmissao_hiv_doenca_chagas.pdf.
4. 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.
5. 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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_v2_6edrev.pdf.
6. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD): dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014 [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 2018 [acesso em 2026 jan 20]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm.
7. Brasil. Presidência da República. Lei nº 14.289, de 3 de janeiro de 2022: torna obrigatória a preservação do sigilo sobre a condição de pessoa que vive com infecção pelos vírus da imunodeficiência humana (HIV) e das hepatites crônicas (HBV e HCV) e de pessoa com hanseníase e com tuberculose; e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 2022 [acesso em 2026 jan 20]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14289.htm.
8. World Health Organization (WHO). Transgender people and HIV [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [acesso em 2026 jan 20]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2015.17>.
9. Light AD, Obedin-Maliver J, Sevelius JM, Kerns JL. Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transition. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2014 [acesso em 2026 jan 20];124(6):1120–1127. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000540>.
10. Pan American Health Organization (PAHO). Framework for elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis, hepatitis B and Chagas disease [Internet]. Washington (DC): PAHO; 2017 [acesso em 2026 jan 20]. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34306/PAHOCHA17009-eng.pdf>.
11. Townsend CL, Byrne L, Cortina-Borja M, Thorne C, de Ruiter A, Lyall H, et al. Earlier initiation of ART and further decline in mother-to-child HIV transmission rates, 2000–2011. *AIDS* [Internet]. 2014 [acesso em 2026 jan 20];28(7):1049–1057. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000000212>.
12. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2023 [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/view>.
13. Turan JM, Nyblade L. HIV-related stigma as a barrier to achievement of global PMTCT and maternal health goals: a review of the evidence. *AIDS Behav* [Internet]. 2013 [acesso em 2026 jan 20];17(7):2528–2539. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0446-8>.
14. Ministério da Saúde (Brasil). Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Boletim Epidemiológico. Volume 3, número 2 – HIV na gestação e transmissão vertical em Goiás, 2020-2025: situação epidemiológica e indicadores de prevenção

Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico – HIV e Aids 2025 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2025 dez 26 [acesso em 2026 jan 20]. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2025/boletim_hiv_aids_2025.pdf.

15. Kucirka LM, Perkins RM, Deinard AS, Pham PT, Washington A, Hanane T, et al. Effect of age on mortality and acute kidney injury following HIV infection during pregnancy. Clin Infect Dis [Internet]. 2013 [acesso em 2026 jan 20];56(12):1856–1865. Disponível em: [inserir DOI/URL válido].

16. World Health Organization (WHO). Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [acesso em 2026 jan 20]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513272>.

17. Ministério da Saúde (Brasil). Brasil recebe certificação da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde pela eliminação da transmissão vertical do HIV, consolidando-se como o maior país continental a alcançar este marco [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2025 dez 18 [acesso em 2026 jan 20]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/dezembro/brasil-recebe-certificacao-da-opas-oms-e-se-consolida-como-o-unico-pais-continental-a-eliminar-a-transmissao-vertical-do-hiv>.