

# Perfil epidemiológico de gestantes angolanas vivendo com HIV atendidas no hospital provincial de Cuando Cubango, Angola

## Epidemiological Profile of Angolan Pregnant Women Living with HIV Treated at the Provincial Hospital of Cuando Cubango, Angola

André Yambi Kakolo<sup>1,2,a</sup>, Alina María Ruiz-Piedra<sup>1,2,3,b</sup>, Antonino Sambundo Benjamin Kapitao<sup>1,2,4,c</sup>,  
Isabel Talina Fernando Ferreira Catraio Munene<sup>1,2,5,d</sup>, Freddy Gomez Martinez<sup>1,6,7,e</sup>

<sup>1</sup> Instituto Superior do Wako Kungo - Polo Universitário de Menongue. Cubango, Angola.

<sup>2</sup> Instituto Superior Politécnico Jean Piaget de Benguela. Benguela, Angola.

<sup>3</sup> Instituto Superior Politécnico Kalandula de Angola. Luanda, Angola.

<sup>4</sup> Universidade Katyavala Bwila. Benguela, Angola.

<sup>5</sup> Direção Municipal de Saúde. Benguela, Angola.

<sup>6</sup> Universidade de Belas. Luanda, Angola.

<sup>7</sup> Universidade Privada de Angola. Luanda, Angola.

<sup>a</sup> Enfermeiro, Mestre em Saúde Pública.

<sup>b</sup> Engenheira Biomédica e Doutora em Ciências da Educação Médica.

<sup>c</sup> Médico, Doutor em Ciências Biomoleculares.

<sup>d</sup> Biomédico, Mestre em Saúde Pública.

<sup>e</sup> Médico, Especialista em Epidemiologia, Mestre em Epidemiologia.

### Informações do item

**Citar como:** Yambi Kakolo A, Ruiz-Piedra AM, Benjamin Kapitao AS, Ferreira Catraio Munene ITF, Gomez Martinez F. Perfil epidemiológico de gestantes angolanas vivendo com HIV atendidas no hospital provincial de Cuando Cubango, Angola. *Health Care & Global Health*.2026;10(2):111-117.

DOI: 10.22258/hgh.v10i2.384

### Autor Correspondente

Alina María Ruiz Piedra  
Morada: Rua K, K6, Apto. 14, cidade do  
Kilamba, Luanda, Angola.  
E-mail: naneter96@gmail.com  
Telefone: +244926815377

### Histórico do Manuscrito

Recebido: 2 de Dezembro de 2025  
Primeira decisão editorial: 16 de Janeiro de 2026  
Versão revista recebida: 19 de Abril de 2026  
Aceite: 9 de Maio de 2026  
Publicado online: 15 de Junho de 2026

### Processo de Revisão

Tipo de revisão: revisão editorial  
Número de revisores externos: não se aplica  
Rondas de revisão: 2



### Resumo

**Objetivo:** Este artigo teve como objetivo elaborar o perfil epidemiológico de gestantes com Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV) atendidas na maternidade do hospital provincial do Cuando Cubango, Angola, no período de 2019 a 2023. **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo observacional, descritivo e retrospectivo, realizado com base em dados secundários provenientes de prontuários clínicos de 414 gestantes vivendo com HIV. A análise foi realizada por meio de medidas de tendência central e dispersão para variáveis quantitativas e frequências e percentagem para variáveis qualitativas. **Resultados:** As gestantes apresentaram uma idade média de 26,5 ± 5,59 anos; 93% eram originárias do município de Menongue e 22,7% residiam no bairro Castilho. Quanto à ocupação, 46,9% eram donas de casa e 31,6% vendedoras. Relativamente ao estado civil, 52,7% viviam em união estável. O nível de escolaridade predominante foi o ensino primário (35,5%). Observou-se que 51,4% dos casais estavam infectados. A principal forma de contágio foi a relação sexual sem proteção (94,4%), sendo que 64,4% relataram ter apenas um parceiro/a. O consumo de álcool foi mencionado por 2,9%. Verificou-se que 14,5% abandonaram o tratamento, enquanto 67,9% iniciaram a terapia antirretroviral apenas no terceiro trimestre da gravidez. A maioria (78,7%) realizou o parto em unidade hospitalar, 97,6% teve parto normal e 73,4% receberam o diagnóstico de VIH durante a gravidez. **Conclusão:** O perfil epidemiológico evidenciou vulnerabilidades sociais, educativas e conjugais, reforçando a necessidade de prevenção eficaz, rastreio precoce e acompanhamento contínuo.

**Palavras-chave:** Gestantes; Adesão à Medicação; Infecções por HIV (Fonte: DeCS, BIREME).

### Abstract

**Objective:** This article aimed to develop the epidemiological profile of pregnant women with Human Immunodeficiency Virus (HIV) attended at the maternity ward of the provincial hospital of Cuando Cubango, Angola, from 2019 to 2023. **Materials and Methods:** This is an observational, descriptive, and retrospective study, conducted based on secondary data from clinical records of 414 pregnant women living with HIV. The analysis was carried out using measures of central tendency and dispersion for quantitative variables and frequencies and percentages for qualitative variables. **Results:** The pregnant women had an average age of 26.5 ± 5.59 years; 93% were from the municipality of Menongue, and 22.7% lived in the Castilho neighborhood. Regarding occupation, 46.9% were housewives and 31.6% were vendors. Concerning marital status, 52.7% were in a stable union. The predominant level of education was primary education (35.5%). It was observed that 51.4% of the couples were infected. The main mode of transmission was unprotected sexual intercourse (94.4%), with 64.4% reporting having only one partner. Alcohol consumption was mentioned by 2.9%. It was found that 14.5% abandoned treatment, while 67.9% started antiretroviral therapy only in the third trimester of pregnancy. The majority (78.7%) delivered in a hospital unit, 97.6% had a normal delivery, and 73.4% received an HIV diagnosis during pregnancy. **Conclusion:** The epidemiological profile highlighted social, educational, and marital vulnerabilities, reinforcing the need for effective prevention, early screening, and continuous follow-up.

**Keywords:** Pregnant People; Medication Adherence; HIV Infections (Source: MeSH, NLM).

## Introdução

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é o agente etiológico de uma doença crónica que, desde a sua identificação na década de 1980, se consolidou como um dos maiores desafios globais de saúde pública, em virtude de elevadas taxas de transmissão e mortalidade, sobretudo em países de baixa e média renda <sup>[1]</sup>. Classificado como retrovírus, o HIV compromete o sistema imunológico ao atacar, de forma particular, os linfócitos T CD4+, podendo evoluir para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) na ausência de tratamento adequado <sup>[2]</sup>. A transmissão ocorre por três vias: relações sexuais desprotegidas com pessoas infetadas, contacto com sangue ou hemoderivados contaminados e transmissão vertical, da mãe para o filho durante a gestação, o parto ou a amamentação <sup>[3]</sup>.

Em 2023, estimou-se que cerca de 39 milhões de pessoas viviam com HIV em todo o mundo, das quais aproximadamente 65% residiam na região africana, o que corresponde a mais de dois terços do total global. Nesse mesmo ano, registaram-se cerca de um milhão de novas infeções na África Subsaariana e aproximadamente 400 mil mortes associadas à AIDS. A maior prevalência concentra-se na África Austral, onde países como Moçambique, Zâmbia, Zimbábue, Lesoto, Essuatíni e África do Sul apresentam taxas superiores a 10% da população adulta <sup>[1]</sup>.

Em Angola, no ano de 2022, segundo estimativas da ONUSIDA, 310.000 pessoas viviam com HIV no país, representando uma prevalência de 1,5% na população adulta entre 15 e 49 anos. Nesse mesmo período, registaram-se 15.000 novas infeções por HIV e 13.000 óbitos relacionados com a AIDS <sup>[4]</sup>.

Neste panorama, destaca-se como preocupação especial o crescimento da epidemia de HIV em mulheres gestantes. Em 2023, dados globais da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicavam que, dos 39 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo, 53% eram mulheres e meninas. Em países como África do Sul, Moçambique e Zimbábue, a prevalência em mulheres grávidas pode ultrapassar 20%, em algumas regiões <sup>[5]</sup>. Países vizinhos, como a Namíbia e a Zâmbia, apesar de apresentarem prevalências mais altas na população adulta (11% e 12%, respectivamente), alcançaram coberturas superiores a 80% de Tratamento Antirretroviral (TARV) em gestantes, com taxas de transmissão vertical significativamente mais baixas <sup>[2]</sup>.

Angola, mesmo que apresente uma prevalência global, relativamente baixa de HIV na população adulta (cerca de 2%), a situação das gestantes continua a ser preocupante. Estima-se que apenas 17% a 20% das mulheres grávidas vivendo com HIV, tenham acesso à terapia antirretroviral para prevenção da transmissão

vertical, o que resulta numa taxa de transmissão materno-infantil ainda elevada, em torno de 21% <sup>[1]</sup> <sup>[6]</sup>.

Esta discrepância evidencia que, mais do que a prevalência populacional, o fator determinante para a redução da transmissão vertical é a eficácia dos programas de rastreio precoce, adesão ao tratamento e integração dos serviços de saúde materno-infantil. Assim, Angola permanece entre os países prioritários da África Subsaariana, exigindo esforços adicionais para ampliar a cobertura e garantir o início oportuno da TARV durante a gestação.

Em particular, na província de Cuando Cubango, dados do gabinete provincial de saúde revelaram um número elevado de casos de HIV em gestantes no período compreendido entre 2019 e 2023, com registo de 1.767 grávidas portadoras do vírus. Entre os nove municípios da província, Menongue apresenta o número mais elevado de casos <sup>[7]</sup>.

Diante desse contexto, o objetivo deste estudo foi descrever o perfil epidemiológico das gestantes vivendo com HIV atendidas na província de Cuando Cubango, Angola, no período de 2019 a 2023, considerando aspectos sociodemográficos, clínicos e comportamentais. A caracterização desse perfil visa subsidiar políticas públicas mais eficazes de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento, bem como orientar a organização dos serviços de saúde materno-infantil e contribuir para a redução do risco de transmissão vertical na região.

## Materiais e métodos

### Tipo de estudo e desenho

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e retrospectivo, baseado em dados secundários. Desenvolvido na maternidade do Hospital Provincial de Cuando Cubango, Município de Menongue, Angola, no mês de fevereiro de 2024.

### População e amostra

A população do estudo foi constituída por 626 gestantes com diagnóstico confirmado de HIV, atendidas na maternidade do Hospital Provincial de Cuando Cubango. Foram incluídas gestantes atendidas na referida maternidade, com diagnóstico positivo para HIV no período compreendido entre janeiro de 2019 e dezembro de 2023, cujos prontuários clínicos apresentavam informações completas. Foram excluídos do estudo os registros duplicados ou inconsistentes, bem como as admissões realizadas no período pós-parto.

A amostra, de natureza não probabilística por conveniência, foi composta por 414 gestantes vivendo com HIV, selecionadas após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. A fonte de informação utilizada consistiu em dados secundários, obtidos a partir da revisão dos prontuários clínicos.

### Tratamento dos dados

Foi criada uma base de dados no aplicativo SPSS, versão 28, onde foram preenchidas as informações dos prontuários. A estatística descritiva serviu para caracterizar as unidades

de estudo, por meio de medidas de tendência central e dispersão para variáveis quantitativas e frequências absolutas e percentagem para variáveis qualitativas

### Aspectos éticos

O protocolo de pesquisa foi apresentado e aprovado no conselho científico e comité de ética do mestrado em Saúde Pública do Instituto Superior Politécnico Jean Piaget de Benguela (Parecer N° 32/ISPJPB/23).

## Resultados

Os resultados sociodemográficos e clínicos das 414 gestantes encontram-se sintetizados na **Tabela 1**.

**Tabela 1.** Análise de frequências das variáveis sociodemográficas e clínicas das gestantes com HIV atendidas na Maternidade do Hospital Provincial do Cuando Cubango, 2019–2023 (n = 414).

Variável	n	%
Total	414	100
Faixa etária (anos)		
15 – 17	26	6,3
18 – 25	195	47,1
26 – 35	158	38,2
≥ 36	35	8,5
Nível de escolaridade		
Não alfabetizada	118	28,5
Ensino primário	290	70,1
Ensino secundário	5	1,2
Ensino superior	1	0,2
Ocupação		
Dona de casa	194	46,9
Vendedora / informal	131	31,6
Camponesa	64	15,5
Outras / estudante	25	6
Estado civil		
União marital	218	52,7
Solteira	168	40,6
Casada	7	1,9
Divorciada / viúva	21	4,8
Momento do diagnóstico		
Antes do pré-natal	42	10,1
Durante o pré-natal	304	73,4
No parto	68	16,5
Estado serológico do parceiro		
Sem registo	331	80
Positivo	57	13,8
Negativo	19	4,6
Indeterminado	7	1,7
Tipo de parto		
Vaginal (normal)	404	97,6
Cesariana	10	2,4

No que respeita ao perfil etário, a idade média foi de 26,5 ± 5,59 anos (mín. 15; máx. 46), com predomínio da faixa dos 18–25 anos (47,1%; média 20,3 ± 1,34 anos).

A baixa escolaridade foi marcante, com 70,2% (290/414), das gestantes tendo apenas o ensino primário concluído e 28,7% (118/414) não alfabetizadas.

Quanto à ocupação, predominaram as donas de casa (46,9%), seguidas de trabalhadoras informais (31,6%) e camponesas (15,5%), e relativamente ao estado civil, 52,7% viviam em união marital. A maioria era de nacionalidade angolana (91,1%), residindo 93% em Menongue, com maior concentração nos bairros Castilho (44,7%) e Vitória (33,5%). Na dimensão clínica, a via sexual foi a principal forma de contágio (94,4%), e o diagnóstico ocorreu predominantemente durante o pré-natal (73,4%), sendo que 16,5% das gestantes foram diagnosticadas apenas no momento do parto. Registou-se ausência de exame de carga viral em 58,5% dos casos e ausência de registo serológico do parceiro em 80,0%. A adesão à terapêutica antirretroviral foi de 85,5%, contudo 90,1% iniciaram o tratamento apenas no momento do parto. O parto ocorreu maioritariamente em unidade hospitalar (78,7%) e por via vaginal (97,6%), com desfecho de 57,0% de nados vivos, 2,9% de abortos e 2,2% de nados mortos.

A análise da paridade revelou que o número médio de nascimentos foi superior no grupo de gestantes com menos de 25 anos, com média de 2,5 ± 1,59 nascimentos. Por outro lado, a média de abortos foi mais elevada entre as gestantes com 25 anos ou mais, correspondendo a 0,15 ± 0,45 abortos.

## Discussão

No que se refere à idade, estudos coincidem em apontar que a faixa etária entre 18 e 25 anos resulta a mais afetada pela infeção. O relatório da UNAIDS destaca que mulheres jovens apresentam maior vulnerabilidade ao HIV em virtude de fatores biológicos, sociais e do acesso limitado aos serviços de saúde<sup>[5]</sup>.

De igual forma, que mulheres jovens em idade reprodutiva apresentam maior risco de falha terapêutica inicial, em parte devido à adesão irregular ao tratamento, o que contribui também para o aumento da transmissão vertical<sup>[8][9][10]</sup>. Adicionalmente, o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde do Brasil relata que a maior proporção de gestantes vivendo com HIV encontra-se na faixa etária dos 15 aos 24 anos, considerada de maior risco<sup>[11]</sup>.

Nos resultados obtidos, verificou-se que a via sexual constitui a principal forma de aquisição do HIV entre gestantes, o que está em consonância com a literatura internacional, que aponta esta via como predominante em mulheres em idade reprodutiva<sup>[1][2][11]</sup>.

Os achados relacionados às características sociais como nível de escolaridade, ocupação e estado civil, evidenciaram o grau de vulnerabilidade das gestantes em estudo, face ao risco de infecção pelo HIV. Os mesmos, encontram respaldo na literatura internacional onde de forma convergente os investigadores concordam, que a baixa escolaridade, as ocupações informais e a instabilidade conjugal constituem fatores determinantes de maior exposição ao vírus <sup>[8][9][10][12]</sup>.

Em continuidade, observa-se que a presença de múltiplas nacionalidades entre as gestantes reflete não apenas a predominância de mulheres angolanas no estudo, mas também a permeabilidade das fronteiras regionais, sobretudo em áreas de intensa mobilidade transfronteiriça, como ocorre no Cuando Cubango e no Cunene, que fazem fronteira com a Namíbia e a Zâmbia.

A presença de gestantes com HIV provenientes de países vizinhos deve ser interpretada à luz da elevada prevalência desse vírus na África Austral. De acordo com a UNAIDS, a África Subsaariana concentra cerca de dois terços de todas as pessoas vivendo com HIV no mundo, sendo a África Austral a região mais afetada. Países como a Namíbia e a Zâmbia apresentam prevalências na população adulta de aproximadamente 11% e 12%, respetivamente, enquanto em Angola a prevalência é estimada em cerca de 2% <sup>[4]</sup>.

Esses contrastes epidemiológicos contribuem para a compreensão da vulnerabilidade acrescida das gestantes em contextos fronteiriços, nos quais a circulação de pessoas entre países com diferentes níveis de prevalência pode intensificar o risco de infecção.

Em relação à concentração urbana em alguns dos bairros sugere que, embora a maioria das gestantes esteja inserida em contextos urbanos, a vulnerabilidade social permanece elevada, uma vez que bairros periféricos como Castilho e Vitória são frequentemente caracterizados por infraestruturas precárias, menor acesso a serviços de saúde, menor cobertura de campanhas preventivas e de educação em saúde.

Assim, os resultados deste estudo não apenas confirmam a predominância de gestantes angolanas, mas também evidenciam a necessidade de políticas de saúde transfronteiriças e de cooperação regional, uma vez que a infecção pelo HIV não respeita fronteiras nacionais e a África Austral permanece como o epicentro da epidemia global <sup>[13]</sup>.

A dimensão clínica revelou que a principal via de contágio do HIV é a via sexual, em consonância com a literatura internacional, que a aponta como predominante entre mulheres em idade reprodutiva <sup>[1][2][13]</sup>. A transmissão por transfusão sanguínea, embora atualmente pouco frequente devido ao fortalecimento das políticas de segurança transfusional, ainda é reportada em contextos específicos e permanece como uma via possível de infecção <sup>[14]</sup>. Por sua vez, a transmissão vertical, da mãe para o filho durante a gestação, o parto ou a amamentação, continua

a representar um dos maiores desafios de saúde pública, sobretudo em países da África Subsaariana, onde a cobertura do tratamento antirretroviral ainda apresenta lacunas <sup>[15][16]</sup>. Um estudo realizado em Angola, que analisou o conhecimento das mães sobre a transmissão vertical do HIV e sua prevenção, evidenciou tanto a existência de informação e adesão ao tratamento quanto a persistência de lacunas, especialmente no que se refere aos cuidados pós-parto e à amamentação <sup>[17]</sup>.

Por outra, o diagnóstico atempado das mulheres grávidas com HIV pode garantir uma rápida inserção no tratamento, mostrando a importância de medidas que facilitem o acesso da mulher grávida não só ao rastreio, mas também ao tratamento.

Em Angola, mesmo havendo disponibilidade de testes e medicação profilática, muitas crianças continuam a ser infetadas pelo HIV. Tal situação decorre do facto, evidenciado no estudo, de que numerosas mulheres chegam às maternidades sem terem frequentado o pré-natal, aliado à baixa cobertura do teste para a infecção pelo HIV durante esse período. As consequências revelam-se particularmente graves para os recém-nascidos, sobretudo quando a mãe é infetada no primeiro trimestre da gravidez. Esses achados reforçam a necessidade de estratégias integradas que assegurem o diagnóstico precoce, a adesão ao tratamento e a prevenção eficaz da transmissão vertical, especialmente em regiões de elevada prevalência, como a África Austral <sup>[18]</sup>.

A adesão ao tratamento é essencial para que se garanta uma excelente qualidade de vida aos pacientes com HIV. Para a gestante, além da qualidade de vida, a adesão ao tratamento favorece um baixo risco de transmissão vertical <sup>[19]</sup>.

Num estudo realizado em 2019 em 13 países da África Subsaariana, a cobertura do tratamento de HIV era inferior a 50%, dos quais em cinco era inferior a 30% nomeadamente Angola, Congo, Mauritânia, Sudão do Sul e Madagáscar, sendo a sua cobertura de 27, 25, 25, 18 e 13%, respetivamente, o que significa que persistem enormes lacunas na cobertura do tratamento em vários países com cargas consideráveis de infecção por HIV <sup>[20]</sup>.

Angola, Chade, República Democrática do Congo, Etiópia e Nigéria figuram entre os cinco países prioritários com epidemias generalizadas de HIV, caracterizadas por prevalência elevada e persistente em toda a população. Nestes contextos, menos de 50% das mulheres grávidas vivendo com HIV têm acesso à terapia antirretroviral para prevenção da transmissão vertical, o que compromete os esforços de eliminação da transmissão materno-infantil. Em Angola, a cobertura mantém-se particularmente baixa e estável, em torno de 17%, revelando a necessidade urgente de ampliar o rastreio precoce, a adesão ao tratamento e a integração dos serviços de saúde materno-infantil com os programas de HIV <sup>[1][2][3]</sup>.

Embora o uso de medicamentos antirretrovirais seja eficaz mesmo quando iniciado no último trimestre, o Ministério da Saúde recomenda que a terapia seja iniciada a partir da 14ª semana de gestação. Essa medida possibilita o controlo da infeção na gestante, previne a transmissão vertical, favorece uma resposta virológica mais precoce e contribui para alcançar a supressão viral com maior rapidez [21][22].

Estudos indicam que a maioria das gestantes soropositivas considera a possibilidade de ter um filho saudável como motivação para prosseguir com o tratamento. A confirmação do diagnóstico negativo do bebê para o HIV contribui para reduzir sentimento de culpa e tristeza [23]. Deste modo, os profissionais de saúde devem estimular essas mulheres por meio de um diálogo esclarecedor sobre a importância do tratamento, a ação dos medicamentos e seus possíveis efeitos adversos. Tal abordagem é fundamental para que a gestante vivendo com HIV participe activamente da escolha terapêutica, compartilhe o processo de tomada de decisão e assuma um papel protagonista na gestão da sua saúde e na busca pela sua melhoria [24].

Na gestação, quando não realizadas as medidas de prevenção, cerca de 25% das gestantes contaminam seu feto por meio da transmissão vertical; porém, o uso da Zidovudina (AZT) na gestação, durante o parto e no recém-nascido é capaz de reduzir a taxa de transmissão para 8,3% [25].

Em relação à via de parto, um estudo de perfil epidemiológico realizado em gestantes com HIV positivo e transmissão vertical em um hospital municipal de Niterói verificou que 24,3% foram submetidas ao parto vaginal, 22,3% à cesariana eletiva e 53,4% à cesariana não eletiva [26]. Outro estudo, que correlacionou o HIV a altas taxas de cesariana, sugeriu que tal dado pode estar associado à carga viral materna, principal fator de risco para a transmissão vertical [27]. Assim, o tipo de parto indicado para gestantes soropositivas é determinado pela carga viral. Nesse sentido, torna-se essencial o seu controlo nas consultas pré-natais, alcançado por meio do uso regular da TARV, o que possibilita a realização do parto vaginal, considerado vantajoso para o binômio mãe-bebê [27][28].

Os achados relacionados com o desfecho da gestação, paridade e abortos são consistentes com estudos brasileiros, que também apontam predominância de nados vivos e taxas reduzidas de abortos em gestantes vivendo com HIV [23]. Em contrapartida, pesquisas realizadas em contextos urbanos brasileiros identificaram maior mortalidade neonatal, variando entre 4–6% [24], e revisões internacionais reportaram taxas de abortos espontâneos entre 3–7% [25]. Assim, os resultados aqui apresentados reforçam a tendência descrita na literatura, mas sugerem indicadores mais favoráveis, possivelmente associados à adesão ao tratamento antirretroviral e ao acompanhamento pré-natal regular.

O estudo apresenta limitações inerentes ao seu desenho retrospectivo e descritivo, nomeadamente a dependência de dados secundários sujeitos a inconsistências nos prontuários,

a amostragem por conveniência que restringe a generalização dos achados, assim como a ausência de registo da carga viral em 58,5% das gestantes, dificultando a avaliação do risco real de transmissão vertical e da eficácia da terapia antirretroviral instituída. O desconhecimento do estado serológico em 80% dos parceiros impede uma análise completa da dinâmica de transmissão intracasal. Com tudo, o estudo apresenta contributos relevantes para o conhecimento epidemiológico local e regional. Destaca-se, em primeiro lugar, a dimensão amostral expressiva de 414 gestantes vivendo com HIV, obtida com critérios rigorosos a partir de um universo de 626 gestantes, o que confere robustez estatística às análises descritivas realizadas. Em segundo lugar, trata-se de um dos poucos estudos realizados em contexto angolano que caracteriza de forma sistematizada o perfil sociodemográfico, clínico e comportamental de gestantes com HIV numa província com elevada carga da infeção, contribuindo assim para o preenchimento de uma lacuna importante na literatura científica nacional. Em terceiro lugar, a abrangência temporal de cinco anos consecutivos (2019–2023) permite identificar tendências e padrões consistentes ao longo do tempo, reforçando a validade dos achados. Acresce ainda que o estudo contempla variáveis multidimensionais que em conjunto, permitem uma compreensão holística das vulnerabilidades das gestantes e dos desafios na prevenção da transmissão vertical, oferecendo assim subsídios concretos para a formulação de políticas de saúde materno-infantil mais eficazes na província do Cuando Cubango e em regiões com contexto epidemiológico semelhante.

## Conclusões

O estudo evidenciou que a maioria das gestantes vivendo com HIV encontra-se em idade jovem (18–25 anos), confirmando a vulnerabilidade acrescida deste grupo etário, já apontada em relatórios internacionais. A predominância de mulheres com baixa escolaridade, ocupações informais e instabilidade conjugal reforça o impacto dos determinantes sociais na exposição ao vírus.

Identificou a via sexual foi identificada como principal forma de contágio (94,4%), em consonância com a literatura global. O diagnóstico tardio, frequentemente realizado apenas durante o parto, compromete a eficácia das medidas de prevenção da transmissão vertical. A elevada proporção de gestantes sem exame de carga viral (58,5%) evidencia lacunas críticas no acompanhamento clínico.

Determinou o início tardio da TARV, em grande parte apenas no momento do parto, limitando o impacto da terapia na redução da transmissão materno-infantil. A concentração de casos em bairros periféricos de Menongue, caracterizados por vulnerabilidade socioeconômica e menor acesso a serviços de saúde, demonstra que fatores territoriais e sociais influenciam diretamente o risco de infeção e a adesão ao tratamento.

A integração dos serviços de saúde materno-infantil com programas de HIV, o fortalecimento do pré-natal e o rastreio

precoce são medidas urgentes para reduzir a taxa de transmissão materno-infantil, atualmente em torno de 21%.

## Informação complementar

**Contribuição dos Autores (Taxonomia CRediT):** AYK: Participou na conceituação do estudo, investigação, metodologia. AMRP: Participou da investigação, metodologia, supervisão, redação-revisão e edição do rascunho original. ASBK: Participou da conceituação e supervisão. ITFFCM: Participou da conceituação e supervisão. FGM: Conceituação, metodologia, curadoria de dados e análise formal.

**Conflitos de Interesse:** Os autores declaram não existir conflitos de interesse.

**Financiamento:** Pesquisa não financiada.

**Disponibilidade de Dados e Acesso:** Existe disponibilidade de dados e acesso.

**Agradecimentos:** A todos os que fizeram possível esta investigação, obrigada

**Declaração de Uso de Ferramentas de Inteligência Artificial (IA):** Os autores declaram que a ferramenta de inteligência artificial foi utilizada na etapa de revisão da literatura, elaboração de tabelas, tradução, com o objetivo de apoio e não substituição do julgamento científico dos autores. Todo o conteúdo foi revisado, verificado e validado pelos autores, que assumem plena responsabilidade pela exatidão, integridade e originalidade do manuscrito. Nenhum dado sensível ou confidencial foi inserido nas ferramentas de IA.

O processo editorial, incluindo a revisão, foi desenvolvido em conformidade com a política da revista sobre o uso responsável de ferramentas de IA.

## Referencias

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global AIDS update 2023: The path that ends AIDS. Geneva: UNAIDS; 2023. <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2023/global-aids-update>
2. World Health Organization (WHO). Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021: accountability for the global health sector strategies 2016–2021: actions for impact. Geneva: WHO; 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240027077>
3. World Health Organization (WHO), Regional Office for Africa. HIV/AIDS. Geneva: WHO; 2024. <https://www.afro.who.int/health-topics/hivaids>
4. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Angola country factsheet 2022. Geneva: UNAIDS; 2022. <https://open.unaids.org/countries/angola/>
5. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Women and HIV: A spotlight on adolescent girls and young women. Geneva: UNAIDS; 2019. <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2019/women-and-hiv>
6. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global HIV & AIDS statistics. Fact sheet 2024. Geneva: UNAIDS; 2024. <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet/>
7. Gabinete Provincial de Saúde do Cuando Cubango. Dados estatísticos de 2019-202. Menongue (Angola): Gabinete Provincial de Saúde; 2024.
8. Bertagnolio S, Parkin NT, Jordan M, Brooks J, García-Lerma JG, De Luca A. HIV-1 drug resistance before initiation or re-initiation of first-line antiretroviral therapy in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-regression analysis. *Lancet Infect Dis*. 2018;18(3):346–355. DOI: 10.1016/S1473-3099(17)30702-8.
9. Avelino-Silva VI, Song ATW, Perondi B. HIV infection in women of reproductive age: epidemiological and clinical aspects. *Rev Saude Publica*. 2014;48(1):27–35. DOI:10.1590/S0034-8910.2014048004931.
10. Peltzer K, Jones D, Weiss SM, Shikwane E. Promoting male involvement to improve PMTCT uptake and reduce antenatal HIV infection: a cluster randomized controlled trial protocol. *BMC Public Health*. 2011;11:778. DOI:10.1186/1471-2458-11-778.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2024. Brasília: Ministério da Saúde; 2024. [https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim\\_hiv\\_aids\\_2024e.pdf](https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim_hiv_aids_2024e.pdf)
12. Souza DE, do Carmo CN, Welch JR. Temporal analysis and contextual factors associated with HIV/AIDS in Brazil from 2000 to 2019. *Revista de Saúde Pública*, 2023;57: 1–11. DOI:10.11606/s1518-787.2023057005508.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2022: número especial. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. [https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2022/hiv-aids/boletim\\_hiv\\_aids\\_-2022\\_internet\\_31-01-23.pdf](https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2022/hiv-aids/boletim_hiv_aids_-2022_internet_31-01-23.pdf)
14. Caetano DG, Divino FCP, Flores GL, Cruz HM, Scalioni LP, Villar LM, Paula VS. Vírus de transmissão parenteral e/ou sexual. In: Lemos ERS, Villar LM, Leon LAA, Guimarães ML, Teixeira SLM, Paula VS, editores. *Tópicos em Virologia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2023. p.151–199. DOI:10.7476/9786557082119.0007.
15. Mukuku O, Mutombo AM, Kayembe PK, Malanda B. Mother to child transmission of HIV in Zambia: predictors of transmission and the impact of PMTCT interventions. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19:468. DOI:10.1186/s12884-019-2639-4.
16. Technau K, Kalk E, Nair R, Gous H, Mazanderani A, Jackson D, Sherman G. Patterns of maternal and infant HIV infection in South Africa: high rates of vertical transmission persist in specific settings. *J Int AIDS Soc*. 2020;23(7):e25535. DOI:10.1002/jia2.25535.
17. Estevão VCS. Perfil epidemiológico de gestantes soropositivas e impacto do conhecimento na prevenção da transmissão vertical do HIV [dissertação de mestrado]. Benguela: Instituto Superior Politécnico Jean Piaget de Benguela; 2023. Repositório Institucional.
18. Duri K, Mataramvura H, Chandiwana P, Mazhandu AJ, Banhwa S, Munjoma PT, et al. Mother to child transmission of HIV within 24 months after delivery in women initiating lifelong antiretroviral therapy pre/post conception or postnatally; effects of adolescent girl and young woman status and plasma viremia late in pregnancy. *Front Virol*. 2022;2:906271. DOI:10.3389/fviro.2022.906271.

19. Paes AP, Silva DS, Santos SM, Bispo TC, Nunes FN, Silva LGP, et al. Transmissão vertical do HIV: dificuldade na adesão ao pré-natal. *Rev Enferm Contemp*. 2017;6(1):44–52. DOI:10.17267/2317-3378rec.v6i1.1109.
20. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global AIDS update 2019: communities at the centre. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2019. <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2019/2019-global-AIDS-update>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_prevencao\\_transmissao\\_vertical.pdf/](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_vertical.pdf/)
22. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_manejo\\_infeccao\\_hiv\\_adultos.pdf/](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_manejo_infeccao_hiv_adultos.pdf/)
23. Hernandez NA, Oliveira DC, Gomes AMT, Pontes APM, Spindola T. Maternidade e soropositividade para o HIV: representações sociais de gestantes. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(5):1253–1260. DOI:10.1590/0034-7167-2018-0682.
24. Silva RAR, Araújo CL, Costa RHS, Oliveira DC, Silva BCO, Rodrigues IDCV. Adesão ao tratamento antirretroviral: representações sociais de pessoas vivendo com HIV. *Rev Gaucha Enferm*. 2021;42:e20190364. DOI:10.1590/1983-1447.2021.20190364.
25. Santos EM, Carvalho ML. Transmissão vertical do HIV: prevenção e uso da zidovudina em gestantes. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(4):1021–1028. DOI:10.1590/0034-7167-2018-0675.
26. Campos LN. Perfil epidemiológico de gestantes com HIV positivo e transmissão vertical em hospital municipal de Niterói. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2019;11(3):721–728. DOI:10.9789/2175-5361.2019.v11i3.
27. Lisboa ES, Oliveira R, Santos M, et al. HIV e altas taxas de cesárea: correlação com carga viral materna. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2024;46(2):115–122. DOI:10.1055/s-0043-1774567.
28. Reis RK, Melo ES, Gir E. Adesão à terapia antirretroviral e carga viral em gestantes vivendo com HIV. *Rev Esc Enferm USP*. 2020;54:e03618. DOI:10.1590/S1980-220X2019022503618.