

FACTORES ASSOCIADOS AO PARTO DOMICILIAR E À NÃO ADESÃO AO TESTE DE VIH EM LUANDA, ANGOLA: ESTUDO CASO-CONTROLO

FACTORS ASSOCIATED WITH HOME BIRTH AND NON-ADHERENCE TO HIV TESTING IN LUANDA, ANGOLA: A CASE-CONTROL STUDY

Maria Augusta Chitula de Feliciano Pambasange¹, Paulo Ney Solari², Isilda Neves³, Emanuel Catumbela⁴, Paulo Campos⁵

1. Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Agostinho Neto, Luanda, Angola

2. Clínica Sagrada Esperança, Luanda, Angola

3. Escola Nacional de Saúde Pública, Luanda, Angola

4. Departamento de Patologia, Microbiologia e Métodos de Diagnóstico, Faculdade de Medicina, Universidade Agostinho Neto, Luanda, Angola

5. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina, Universidade Agostinho Neto, Luanda, Angola

Recebido: 30/60/2025 - Aceite: 20/06/2026 - Publicado: 31/07/2026

Resumo

Introdução: O parto domiciliar permanece uma prática frequente em Angola, constituindo um desafio para a prevenção da transmissão vertical do VIH (PTV). A ausência de testagem durante a gestação e a não vinculação aos serviços de PTV representam perdas críticas de oportunidade. Este estudo caso-controlo analisou os factores associados ao parto domiciliar na Província de Luanda e a sua relação com a não realização do teste de VIH durante a gravidez.

Métodos: Foi conduzido um estudo caso-controlo envolvendo 201 mulheres com parto domiciliar e 402 com parto institucional, recrutadas em seis unidades sanitárias de Luanda durante 2017. Foram recolhidos dados sociodemográficos, obstétricos e relacionados com a cascata de PTV por meio de questionários estruturados. A análise estatística incluiu testes qui-quadrado e regressão logística multivariada para identificar preditores independentes do parto domiciliar.

Resultados: Na análise multivariada, quatro fatores mantiveram associação independente com o parto domiciliar: ocorrência do parto no período noturno (aOR = 4,2; IC95%: 2,8–6,3), realização de menos de quatro consultas pré-natais (aOR = 1,8; IC95%: 1,2–2,7), residência em área rural (aOR = 3,5; IC95%: 1,8–6,7) e influência de familiares ou amigas com histórico de parto domiciliar (aOR = 3,1; IC95%: 2,0–4,9). Observou-se ainda que 31% das mulheres com parto domiciliar não realizaram o teste de VIH durante a gestação, evidenciando uma perda substancial de oportunidade na cascata de rastreio e prevenção.

Conclusão: O parto domiciliar em Luanda está associado a determinantes geográficos, programáticos e socioculturais que comprometem o acesso ao parto institucional e à testagem para o VIH. Estes factores resultam numa perda significativa de oportunidades para intervenções oportunas de PTV, reforçando a necessidade de estratégias multissetoriais que melhorem o acesso, a literacia em saúde e o envolvimento comunitário.

Palavras-chave: Parto domiciliar; Prevenção da transmissão vertical do VIH; Testagem de VIH; Cuidados pré-natais; Acesso aos serviços de saúde.

Abstract

Introduction: Home childbirth remains a common practice in Angola, posing significant challenges to the prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) of HIV. Missed opportunities for HIV testing during pregnancy and inadequate linkage to PMTCT services increase the risk of vertical transmission. This case-control study examined the factors associated with home delivery in Luanda and its relationship with non-adherence to HIV testing during pregnancy.

Methods: A case-control study was conducted with 201 women who had a home delivery (cases) and 402 women who had an institutional delivery (controls), recruited from six health facilities in Luanda in 2017. Sociodemographic, obstetric, and PMTCT-related data were collected using structured questionnaires. Statistical analysis included chi-square tests and multivariable logistic regression to identify independent predictors of home delivery.

Correspondência

Maria Augusta Chitula de Feliciano Pambasange

E-mail: ochisolatucha@gmail.com

Como Citar: Pambasange, M., Solari, P., Neves, I., Catumbela, E., Campos, P. (2026). Factores associados ao parto domiciliar e à não adesão ao teste de VIH em Luanda, Angola: Estudo caso-controlo. Rev. Cient. Clín. Sagrada Esperança, 18(15), 35-43. <https://doi.org/10.70360/rccse.v.170>



© 2026, [Pambasange, M., Solari, P., Neves, I., Catumbela, E., Campos, P.]. Este é um artigo de acesso aberto, distribuído sob os termos da licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Results: Multivariable analysis identified four independent predictors of home delivery: childbirth occurring at night (aOR = 4.2; 95% CI: 2.8–6.3), attending fewer than four antenatal care visits (aOR = 1.8; 95% CI: 1.2–2.7), residing in a rural area (aOR = 3.5; 95% CI: 1.8–6.7), and influence from relatives or friends with a history of home delivery (aOR = 3.1; 95% CI: 2.0–4.9). A substantial proportion of women who delivered at home did not undergo HIV testing during pregnancy (30.3%), highlighting a critical missed opportunity within the PMTCT cascade.

Conclusion: Home delivery in Luanda is independently associated with geographic barriers, inadequate antenatal care, and sociocultural influences. These determinants contribute to significant missed opportunities for HIV testing and timely PMTCT interventions. Strengthening community-based strategies, improving antenatal care coverage, and addressing sociocultural barriers are essential to increase institutional delivery rates and enhance PMTCT effectiveness.

Keywords: Home delivery; PMTCT; HIV testing; Antenatal care; Maternal health services.

Introdução

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados maternos e neonatais constitui uma prioridade global de saúde pública. A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca que a cobertura universal de serviços essenciais, aliada ao acompanhamento clínico regular durante a gravidez, é determinante para garantir a saúde e o bem-estar de mães e recém-nascidos⁽¹⁾. As consultas pré-natais, recomendadas entre quatro e oito visitas, representam uma oportunidade estratégica para monitorizar a evolução da gestação, identificar precocemente complicações e orientar as mulheres sobre a preparação para o parto, incluindo a escolha do local mais seguro para o nascimento⁽¹⁾.

Em países de alto rendimento, como os Estados Unidos, o parto domiciliar planeado pode ser considerado uma alternativa segura para mulheres com gestações de baixo risco, desde que acompanhado por profissionais qualificados e integrado em sistemas de saúde robustos⁽²⁾. Contudo, esta realidade contrasta com o contexto africano, onde persistem elevadas taxas de mortalidade materna e neonatal. Nesses cenários, o parto institucional é amplamente recomendado como a estratégia mais eficaz para reduzir complicações obstétricas e garantir cuidados imediatos ao recém-nascido^(3, 4).

O parto domiciliar (PD), planeado ou não, resulta de uma complexa interação entre fatores geográficos, culturais, socioeconómicos e estruturais. Barreiras como distância às unidades sanitárias, custos de transporte, normas comunitárias, baixa literacia em saúde e fragilidades na assistência materno-infantil influenciam significativamente a decisão das mulheres^(5, 6). Reconhecendo estes desafios, políticas públicas e gestores de saúde têm reforçado a necessidade de institucionalizar o parto, procurando mitigar riscos associados à mãe, ao feto e ao recém-nascido⁽⁷⁾. Esta prioridade está alinhada com o 3.º Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que visa assegurar o acesso universal a serviços de saúde sexual e reprodutiva até 2030⁽⁸⁾.

Embora o parto domiciliar planeado possa apresentar riscos reduzidos em contextos com sistemas de saúde estruturados, o PD não planeado, especialmente sem supervisão profissional, permanece associado a maior morbilidade e mortalidade materna e neonatal, sendo mais prevalente em países em desenvolvimento^(9, 10).

Em várias regiões africanas e amazónicas, o PD integra práticas culturais e rituais comunitários, frequentemente sem assistência qualificada, agravando vulnerabilidades relacionadas com pobreza, falta de informação e crenças socioculturais^(11, 12).

Em África, uma proporção significativa dos partos ocorre sem a presença de profissionais capacitados. Estima-se que cerca de 30 milhões de mulheres engravidem anualmente no continente, embora o número exato de partos domiciliários seja desconhecido⁽¹³⁾. A concentração de serviços de saúde modernos em áreas urbanas limita o acesso das populações rurais, perpetuando desigualdades. Historicamente, o parto era considerado um evento doméstico, conduzido por mães e parteiras tradicionais. Apesar da relevância sociocultural destas práticas, a assistência por profissionais qualificados é reconhecida como essencial para garantir cuidados maternos seguros⁽¹⁴⁾.

Em Angola, o parto assistido por profissionais qualificados constitui um indicador central da qualidade dos serviços de saúde materna. Apesar de avanços na cobertura da primeira consulta pré-natal, que atingiu cerca de 85% em 2015, a proporção de partos institucionais permanece baixa, situando-se em torno de 38%⁽¹⁵⁾. Esta realidade tem implicações directas na prevenção da transmissão vertical do VIH, que pode ocorrer durante a gravidez, o parto ou a amamentação⁽¹⁶⁾. A OMS recomenda a profilaxia e o tratamento antirretroviral universal para gestantes seropositivas, medida essencial para evitar infeções neonatais e reduzir desfechos adversos como abortos, nados-mortos, prematuridade e mortalidade materna e infantil^(17, 18).

A elevada prevalência de VIH entre mulheres grávidas em Angola contribui para o aumento de crianças órfãs e de outras que vivem com VIH/SIDA^(15, 19). O sucesso das estratégias de prevenção da transmissão vertical (PTV) depende do acesso aos antirretrovirais e da adesão das gestantes aos programas de PTV. Contudo, factores como idade, escolaridade, condições socioeconómicas e o local de parto influenciam negativamente essa adesão^(6, 20). A elevada proporção de partos domiciliários, frequentemente assistidos por pessoal não qualificado, representa uma perda crítica de oportunidades para intervenções preventivas⁽¹⁵⁾.

Apesar da importância reconhecida da institucionalização do parto para reduzir a transmissão vertical do VIH,

o conhecimento sobre os factores específicos que determinam o parto domiciliar e a não adesão ao teste de VIH em Angola permanece limitado. Este estudo procura preencher essa lacuna, analisando os factores associados ao parto domiciliar e à perda de oportunidades para a prevenção da transmissão vertical do VIH no contexto angolano.

Metodologia

Tipo de estudo

Foi conduzido um estudo observacional analítico do tipo caso-controllo, com razão de 1:2 (um caso para cada dois controlos), pareado por idade. A escolha desta proporção visou maximizar o poder estatístico para detetar associações significativas, mantendo a viabilidade operacional da colheita de dados. O pareamento por idade foi adotado para reduzir o potencial confundimento associado à idade materna, variável que pode influenciar tanto a escolha do local de parto quanto a adesão às intervenções de prevenção da transmissão vertical do VIH.

Local de estudo

O estudo foi realizado na Província de Luanda, capital da República de Angola, que possui uma área de 18.826 km² e uma população estimada em 6.945.386 habitantes, dos quais mais de metade são mulheres em idade sexualmente ativa (15–49 anos), segundo o Censo de 2014. A província dispõe de 162 unidades sanitárias públicas, sendo que 131 oferecem cuidados materno-infantis e 79 (60%) implementam o Programa de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV). A elevada concentração de serviços de saúde e a diversidade socioeconómica tornam Luanda um cenário apropriado para investigar factores associados ao parto domiciliar e à não adesão ao teste de VIH.

População em estudo

A população de estudo incluiu mulheres em idade fértil (15–45 anos) que tiveram partos durante o ano de 2017 e levaram os seus recém-nascidos para vacinação no Programa Alargado de Vacinação (PAV) das unidades sanitárias selecionadas. A inclusão de mulheres que procuraram o PAV permitiu captar, dentro da mesma população, informações sobre partos domiciliários e institucionais, assegurando comparabilidade entre os grupos.

Definição dos casos e controlos

Casos: mulheres que relataram parto domiciliar (ocorrido no domicílio ou fora de uma unidade sanitária) e levaram os seus recém-nascidos ao PAV durante o período do estudo.

Controlos: mulheres que relataram parto institucional (ocorrido numa unidade sanitária) e levaram os seus recém-nascidos ao PAV no mesmo período.

Processo de amostragem

Foi utilizada amostragem aleatória estratificada em três fases:

1. **Seleção dos municípios:** cinco municípios foram selecionados aleatoriamente para representar a diver-

sidade geográfica e socioeconómica da província.

2. **Seleção das unidades sanitárias:** dentro dos municípios selecionados, foram listadas as unidades com serviços materno-infantis e PTV. Seis unidades foram escolhidas por seleção aleatória proporcional ao volume de atendimentos de parto do ano anterior, garantindo maior probabilidade de inclusão das unidades com maior fluxo assistencial.
3. **Seleção dos casos e controlos:** em cada unidade, foram criadas listas separadas de mulheres que levaram os seus recém-nascidos ao PAV e relataram parto domiciliar ou institucional. A seleção seguiu a proporção 1:2. Para controlar confundimento populacional, assegurou-se distribuição semelhante por faixas etárias (intervalos de 5 anos), posteriormente ajustada na análise multivariada.

Determinação do tamanho da amostra

O tamanho da amostra foi calculado no software *EPI-INFO*® versão 7.2.0.1, considerando estimativas de prevalência de fatores de risco para parto domiciliar, poder estatístico de 80% e nível de significância de 5%. A amostra mínima necessária foi de 201 casos e 402 controlos, totalizando 603 participantes.

Instrumento de estudo

Utilizou-se um questionário estruturado, desenvolvido com base na literatura e adaptado ao contexto sociocultural de Angola. O instrumento incluía secções sobre características sociodemográficas, antecedentes obstétricos, condições da gestação, circunstâncias do parto, práticas de biossegurança no parto domiciliar e informações sobre testagem de VIH. O questionário foi pré-testado em 30 mulheres de duas unidades sanitárias não incluídas no estudo principal, permitindo avaliar clareza, compreensão e duração das entrevistas. A validade de conteúdo foi assegurada por revisão de especialistas em saúde pública e obstetrícia. Sempre que possível, as informações sobre seguimento pré-natal foram verificadas nos cadernos de acompanhamento da gravidez. Para mulheres sem testagem prévia de VIH, o teste foi oferecido após consentimento informado.

Procedimentos laboratoriais

Os testes de VIH seguiram o algoritmo nacional estabelecido pelo Ministério da Saúde de Angola⁽²¹⁾, utilizando o teste rápido *Determine*® HIV 1/2 para triagem inicial e *Uni-Gold*® para confirmação. Todos os procedimentos laboratoriais obedeceram às normas de boas práticas, incluindo uso de material esterilizado e descartável.

Fluxo de diagnóstico de VIH

Mulheres sem registo de testagem pré-natal foram convidadas a realizar o teste no momento da entrevista. Após consentimento, foi aplicado o *Determine*® HIV 1/2; resultados positivos foram confirmados com *Uni-Gold*®. A comunicação dos resultados foi feita de forma confidencial, com aconselhamento e encaminhamento para tratamento quando necessário.

Análise estatística

Os dados foram analisados no *EPI-INFO*® versão 7.2.0.1.

Análise univariada: descrição das características da amostra (frequências, médias, desvios padrão).

Análise bivariada: identificação de fatores associados ao parto domiciliar, utilizando teste qui-quadrado para variáveis categóricas e testes *t* de Student ou Mann-Whitney para variáveis contínuas.

Medidas de associação: cálculo de odds ratios (OR) com intervalos de confiança de 95%.

Análise multivariada: regressão logística para identificar preditores independentes, ajustando para potenciais confundidores. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$. Foram planeadas análises de subgrupos por escolaridade e área de residência.

Variáveis e definições operacionais

Variável dependente — parto domiciliar (Sim/Não): ocorrência do parto no domicílio ou fora de unidade sanitária.

Variáveis independentes. Sociodemográficas: idade, residência, tipo de habitação, origem etnolinguística, situação conjugal, escolaridade, religião, ocupação, meio de transporte. **Condições da gestação e parto:** número de consultas pré-natais, antecedentes obstétricos, planeamento do parto, causas do parto domiciliar, práticas de

biossegurança, seropositividade para VIH, perda de oportunidade para PTV (não realização de teste ou não uso de profilaxia antirretroviral).

Testagem dos instrumentos

O pré-teste foi realizado em duas unidades sanitárias do município de Viana. As entrevistas foram conduzidas por entrevistadores treinados, e o questionário foi ajustado após análise das respostas para eliminar ambiguidades e melhorar a clareza.

Controlo de qualidade dos dados

Foram implementados procedimentos rigorosos de formação dos entrevistadores, supervisão contínua da colheita, revisão sistemática dos questionários e dupla digitação de 10% das fichas para validação.

Considerações éticas

O estudo foi aprovado pelo Comité de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde de Angola. Todas as participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Garantiu-se anonimato, confidencialidade e armazenamento seguro dos dados. Para menores de 18 anos, o consentimento foi obtido dos pais ou tutores. Os resultados dos testes de VIH foram comunicados de forma confidencial, com encaminhamento para tratamento conforme necessário.

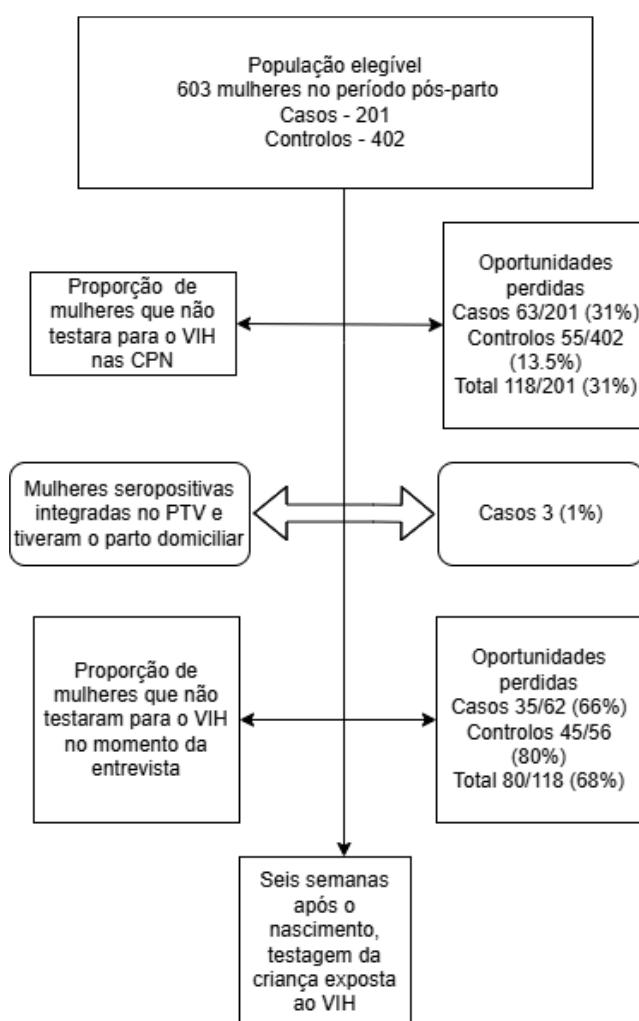


Fig. 1: Distribuição das perdas de oportunidade ao longo da cascata de prevenção de transmissão de VIH de Mãe para filho

Resultados

O presente estudo envolveu a participação de 603 mulheres com histórico de parto, das quais 201 (33,3%) tiveram partos domiciliários e 402 (66,7%) partos institucionais. Todas as participantes foram recrutadas em seis unidades sanitárias (US) da Província de Luanda durante o ano de 2017, enquanto procuravam os serviços do Programa Alargado de Vacinação (PAV) para os seus filhos. A distribuição das participantes pelas unidades sanitárias foi a seguinte: Hospital Municipal da Quiçama (n=19, 3,2%), Hospital Municipal de Catete (n=100, 16,6%), Hospital Municipal da Samba (n=106, 17,5%), Hospital Municipal de Cacucaco (n=191, 31,7%), Centro de Saúde de Viana (n=64, 10,6%) e Centro de Saúde do Km 12 (n=123, 20,4%). Em 44 (21,9%) dos casos de parto domiciliar, o recém-nascido foi levado à vacinação por um

familiar ou amigo da mãe. A média de idade da amostra foi de 26±6 anos, com a faixa etária de 20 a 29 anos a representar a maioria, 319 (52,9%).

Entre as mulheres com parto domiciliar, 32 (15,9%) eram adolescentes (15–19 anos). Os municípios com maior número de partos domiciliários registados foram Icolo e Bengo (n=63, 31,3%) e Viana (n=59, 29,4%).

Como se pode observar na Tabela 1, uma proporção significativamente maior de mulheres com parto domiciliar residia em áreas rurais (23,9% vs. 4,2%; $p<0,001$) e não possuía telefone (44,3% vs. 34,9%; $p=0,03$). Não foram detectadas diferenças estatisticamente significativas em relação à distribuição geral das faixas etárias ($p=0,86$), posse de casa própria ($p=0,35$), situação conjugal ($p=0,08$) ou nível de escolaridade materna ($p=0,12$).

Tabela 1. Características sociodemográficas de mulheres casos (parto domiciliar) e controlos (parto institucional) em Luanda.

Variáveis	Parto domiciliar n (%)	Parto institucional n (%)	Total n (%)	Valor de p
Faixa etária (anos)				0,86
15–19	32 (15,9)	67 (16,7)	99 (16,4)	
20–29	108 (53,7)	211 (52,5)	319 (52,9)	
30–39	55 (27,4)	112 (27,9)	167 (27,7)	
40–45	6 (3,0)	12 (3,0)	18 (3,0)	
Proveniência (município)				<0,001*
Belas	4 (2,0)	28 (7,0)	32 (5,3)	
Cacuaco	56 (27,9)	131 (32,6)	187 (31,0)	
Icolo e Bengo	63 (31,3)	31 (7,7)	94 (15,6)	
Kilamba Kiáxi	1 (0,5)	17 (4,2)	18 (3,0)	
Luanda	3 (1,5)	10 (2,5)	13 (2,2)	
Quiçama	12 (6,0)	6 (1,5)	18 (3,0)	
Talatona	4 (2,0)	41 (10,2)	45 (7,5)	
Viana	58 (28,9)	138 (34,3)	196 (32,5)	
Residir em área rural?				<0,001*
Sim	48 (23,9)	17 (4,2)	65 (10,8)	
Não	153 (76,1)	385 (95,8)	538 (89,2)	
Possui casa própria?				0,35
Sim	120 (59,7)	248 (61,8)	368 (61,1)	
Não	81 (40,3)	153 (38,2)	234 (38,9)	
Ter telefone				0,03*
Sim	112 (55,7)	261 (65,1)	373 (62,0)	
Não	89 (44,3)	140 (34,9)	229 (38,0)	
Religião				0,68
Católica	60 (29,9)	110 (27,4)	170 (28,2)	
Evangélicas	109 (53,7)	222 (55,3)	331 (54,9)	
Outras	33 (16,4)	69 (17,2)	102 (16,9)	
Situação conjugal				0,08
União de facto / casada	183 (91,0)	345 (86,0)	528 (87,7)	
Mãe solteira	18 (9,0)	56 (14,0)	74 (12,3)	
Ocupação (mãe)				0,31
Não remunerada	112 (55,7)	209 (52,0)	321 (53,1)	
Remunerada	89 (44,3)	193 (48,0)	282 (46,8)	
Ocupação (parceiro)				0,15
Com atividade profissional	173 (86,1)	351 (87,3)	524 (87,0)	
Sem atividade profissional	28 (13,9)	51 (12,7)	79 (13,0)	

Variáveis	Parto domiciliar n (%)	Parto institucional n (%)	Total n (%)	Valor de p
Escolaridade (mãe)				0,12
Nenhuma	13 (6,5)	19 (4,7)	32 (5,3)	
Primária incompleta	23 (11,4)	38 (9,5)	61 (10,1)	
Primária completa	29 (14,4)	56 (13,9)	85 (14,1)	
I ciclo secundário	54 (26,9)	101 (25,1)	155 (25,7)	
II ciclo secundário	68 (33,8)	135 (33,6)	203 (33,7)	
Superior	14 (7,0)	53 (13,2)	67 (11,1)	

*Diferença estatisticamente significativa (p < 0,05)

No que concerne à assistência gestacional (Tabela 2), a realização de um número de consultas pré-natais inferior a quatro foi associada a uma probabilidade significativamente maior de ocorrência de parto no domicílio (OR=2,2; IC95%: 1,5–3,2; p<0,001). Do mesmo modo, o desconhecimento da idade gestacional (OR=2,6; IC95%: 1,6–4,0; p<0,001) e a ausência de acompanhamento do marido às consultas (OR=2,7; IC95%: 1,9–3,9; p<0,001) constituíram factores bivariados de risco significativos.

Tabela 2. Associação das variáveis relacionadas com a situação gestacional e o parto domiciliar e institucional.				
Variáveis	Parto domiciliar n (%)	Parto institucional n (%)	OR bruto (IC95%)	Valor de p
Acompanhamento do marido nas CPN			2,7 (1,9–3,9)	<0,001
Não	146 (72,6)	200 (49,8)		
Sim (Ref.)	55 (27,3)	202 (50,2)		
Número de CPN inferior a 4?			2,2 (1,5–3,2)	<0,001
Sim	98 (60,1)	138 (41,2)		
Não (Ref.)	65 (39,9)	197 (58,8)		
Desconhecimento da idade gestacional			2,6 (1,6–4,0)	<0,001
Sim	172 (85,6)	281 (69,9)		
Não (Ref.)	29 (14,4)	121 (30,1)		
Posse de cartão de CPN no dia			1,2 (0,8–1,7)	0,31
Não	54 (26,9)	95 (23,6)		
Sim (Ref.)	147 (73,1)	307 (76,4)		

* Diferença estatisticamente significativa (p < 0,05)

Relativamente às circunstâncias do parto (Tabela 3), a ocorrência do trabalho de parto durante o período noturno aumentou significativamente a probabilidade de o nascimento ocorrer no domicílio (OR=5,3; IC95%: 3,6–7,6). A multiparidade (OR=2,1; IC95%: 1,3–3,2) e a influência social de familiares ou vizinhas com histórico de parto domiciliar (OR=4,4; IC95%: 3,0–6,3) também demonstraram forte associação estatística.

Tabela 3. Associação bivariada entre circunstâncias do trabalho de parto e a ocorrência do parto domiciliar (N=603).					
Variáveis	Parto domiciliar n (%)	Parto institucional n (%)	Total n (%)	OR (IC95%)	Valor de p
O parto à noite?				5,3 (3,6–7,6)	<0,001*
Sim	147 (73,1)	136 (33,8)	283 (47,0)		
Não	54 (26,9)	266 (66,2)	320 (53,0)		
Realização do parto				—	<0,001*
Médico	1 (0,5)	36 (9,0)	37 (6,1)		
Parteira tradicional	57 (28,4)	0 (0,0)	57 (9,5)		
Assistente não qualificada	117 (58,2)	0 (0,0)	117 (19,4)		
Enfermeira	26 (12,9)	365 (91,0)	391 (64,9)		
Paridade (gestações anteriores)				—	<0,001*
Nenhuma	28 (13,9)	107 (26,6)	135 (22,4)		
1 a 3	126 (62,7)	233 (58,0)	359 (59,6)		
Mais de 4	47 (23,4)	61 (15,2)	108 (17,9)		
Multiparidade (≥1 gestação anterior)				2,1 (1,3–3,2)	<0,001*
Sim	173 (86,1)	294 (73,1)	467 (77,5)		
Não	28 (13,9)	108 (26,9)	136 (22,5)		
Influência de familiar, amiga ou vizinha com história de PD?				4,4 (3,0–6,3)	<0,001*
Sim	129 (64,2)	116 (28,9)	245 (40,7)		
Não	72 (35,8)	285 (71,1)	357 (59,3)		

* Diferença estatisticamente significativa (p < 0,05)

A principal razão relatada para o parto domiciliar foi o facto de ter sido não programado ou acidental (50%), seguido pela falta de recursos para chegar à unidade de saúde (36%), principalmente a falta de transporte (73% das que referiram falta de recursos). Uma minoria (14%) relatou ter planeado o parto em casa. No que diz respeito às práticas de higiene durante o parto domiciliar, a maioria (73%) referiu ter usado uma lâmina nova para cortar o cordão umbilical, mas uma proporção considerável (14%) não soube informar ou referiu o uso de material não esterilizado. Mais de metade dos partos domiciliares (54%) ocorreram sem o uso de luvas por parte de quem assistiu ao parto (Tabela 4).

Tabela 4. Fatores circunstanciais e práticas de biossegurança exclusivas do grupo de parto domiciliar (n=201).

Factores associados ao parto domiciliar	n	%
Razão primária para o parto no domicílio (n=201)		
Parto acidental / não programado	101	50
Falta de recursos económicos/logísticos para a deslocação	72	36
Parto domiciliar planeado	28	14
Recursos em falta (n=74)		
Ausência ou escassez de transporte	54	73
Início do trabalho de parto a meio da noite	8	11
Isolamento (encontrava-se sozinha em casa)	7	9
Falta de recursos financeiros imediatos	5	7
Material usado para o corte do cordão umbilical (n=201)		
Lâmina nova	146	73
Tesoura (nova ou usada) ou faca	27	13
Desconhece ou material não higienizado	28	14
Uso de luvas durante o parto (n=201)		
Sim	92	46
Não	109	54

Quanto aos indicadores de rastreio do VIH (Tabela 5), observou-se uma perda crítica de oportunidade nas mulheres que evoluíram para parto domiciliar: 31% destas grávidas não realizaram qualquer teste de VIH durante a gestação, em comparação com apenas 13,9% no grupo de parto institucional ($p<0,001$). Adicionalmente, entre

as grávidas identificadas como seropositivas ($n=15$), apenas uma minoria das que tiveram parto em casa estava integrada e a receber cuidados no programa de PTV desde o pré-natal (25,0% vs. 27,3% no parto institucional), embora a baixa densidade amostral nesta sub-análise não tenha demonstrado significância bivariada ($p=0,411$).

Tabela 5. Indicadores da cascata de testagem de VIH e adesão ao PTV segundo o local do parto.

Indicador	Caso n (%)	Controlo n (%)	Valor de p*
Realização do teste de VIH durante a gestação			<0,001*
Não	62 (31)	56 (14)	
Sim	140 (69)	346 (86)	
Resultado VIH (entre as testadas)			<0,001*
Negativo	135 (67)	336 (84)	
Positivo	4 (2)	11 (2)	
Sem teste	63 (31)	55 (14)	
Integração no programa de PTV (apenas grávidas+)	n=9	n=20	0,411
Vinculada ao PTV desde o pré-natal	6 (67)	8 (40)	
Não vinculada / falha de profilaxia	3 (33)	12 (60)	

* Teste Qui-Quadrado

Análise multivariada

Após inclusão das covariáveis e ajuste no modelo de regressão logística multivariada (Tabela 6), os factores que se mantiveram como preditores independentes e robustos para a ocorrência do parto domiciliar foram: o início do trabalho de parto no período noturno

(aOR=4,2; IC95%: 2,8–6,3), residir em área rural (aOR=3,5; IC95%: 1,8–6,7), a influência de familiares ou redes sociais com antecedentes de parto no domicílio (aOR=3,1; IC95%: 2,0–4,9) e o cumprimento de menos de quatro consultas pré-natais (aOR=1,8; IC95%: 1,2–2,7).

Tabela 6. Modelo final de regressão logística multivariada para os factores preditores independentes do parto domiciliar em Luanda.

Variáveis preditoras no modelo	Parto domiciliar n (%)	Parto institucional n (%)	OR bruto (IC95%)	aOR ajustado (IC95%)	Valor de p
Área de residência					
Urbana / periurbana (Ref.)	153 (76,1)	385 (95,8)	1	1	
Rural	48 (23,9)	17 (4,2)	7,1 (3,9–12,8)	3,5 (1,8–6,7)	<0,001

Variáveis predictoras no modelo	Parto domiciliar n (%)	Parto institucional n (%)	OR bruto (IC95%)	aOR ajustado (IC95%)	Valor de p
Momento do parto					
Diurno (Ref.)	54 (26,9)	266 (66,2)	1	1	<0,001
Noturno	147 (73,1)	136 (33,8)	5,3 (3,6–7,6)	4,2 (2,8–6,3)	
Consultas pré-natais (CPN)					
> 4 consultas (Ref.)	65 (39,9)	197 (58,8)	1	1	0,005
< 4 consultas	98 (60,1)	138 (41,2)	2,2 (1,5–3,2)	1,8 (1,2–2,7)	
Influência de redes sociais					
Sem histórico familiar (Ref.)	72 (35,8)	285 (71,1)	1	1	<0,001
Com histórico familiar de PD	129 (64,2)	116 (28,9)	4,4 (3,0–6,3)	3,1 (2,0–4,9)	

Discussão

O presente estudo caso-controllo analisou os factores associados ao parto domiciliar na Província de Luanda e a sua relação com a perda de oportunidades na cascata de prevenção da transmissão vertical (PTV) do VIH. Os resultados revelam que, mesmo num contexto urbano e periurbano, persistem determinantes estruturais, programáticos e socioculturais que condicionam a utilização dos serviços de parto institucional, reforçando evidências previamente descritas em países africanos⁽⁵⁾.

A elevada proporção de partos domiciliares observada em municípios como Icolo e Bengo e Viana sugere que barreiras geográficas, limitações de transporte e fragilidades na organização dos serviços de saúde continuam a desempenhar um papel central na decisão das mulheres. Este padrão é consistente com estudos que demonstram maior prevalência de parto domiciliar em áreas rurais ou periurbanas com acesso limitado a unidades sanitárias^(20, 22, 23). O Modelo dos Três Atrasos, amplamente utilizado para explicar mortalidade materna, ajuda a interpretar estes achados: o primeiro atraso (decisão de procurar cuidados) e o segundo atraso (chegada à unidade sanitária) são exacerbados durante o período noturno, quando o transporte é escasso ou inexistente^(24, 25).

A ocorrência do trabalho de parto durante a noite emergiu como o preditor independente mais robusto para o parto domiciliar (aOR = 4,2). Este achado reforça evidências de que a falta de transporte noturno e a insegurança urbana são barreiras críticas para o acesso ao parto institucional⁽²⁶⁾. Mesmo em áreas urbanas como Viana, onde a proximidade geográfica deveria favorecer o parto institucional, observou-se uma prevalência elevada de partos domiciliares, sugerindo que factores como percepção negativa da qualidade dos serviços, custos indirectos ou normas culturais podem influenciar a decisão^(27, 28).

A multiparidade e a influência de familiares, amigas ou vizinhas com histórico de parto domiciliar também se destacaram como determinantes significativos. A literatura demonstra que normas comunitárias e redes sociais desempenham papel central na escolha do local de parto, sobretudo em contextos onde o parto domiciliar é culturalmente aceite ou historicamente prevalente⁽²⁹⁾. A forte influência social identificada neste estudo (aOR = 3,1) reforça a necessidade de intervenções comunitárias culturalmente sensíveis.

No âmbito programático, a realização de menos de quatro consultas pré-natais foi associada ao parto domiciliar (aOR = 1,8), corroborando evidências de que a adesão insuficiente ao pré-natal compromete o planeamento do parto e reduz a probabilidade de utilização de serviços institucionais⁽³⁰⁾. O desconhecimento da idade gestacional, observado em 85,6% das mulheres com parto domiciliar, reflecte fragilidades na literacia em saúde e na qualidade do seguimento pré-natal, situação também reportada em estudos realizados na Etiópia e Serra Leoa⁽³¹⁾.

O envolvimento limitado dos parceiros nas consultas pré-natais, identificado como factor associado ao parto domiciliar, reforça a importância de estratégias que promovam a participação masculina, conforme recomendado pela OMS e por programas de saúde materno-infantil⁽³²⁾. A ausência de apoio conjugal pode comprometer o planeamento logístico do parto e reduzir a capacidade da mulher de aceder a cuidados institucionais.

A assistência ao parto por pessoal não qualificado, observada em mais de metade dos partos domiciliares, representa um risco significativo para a saúde materna e neonatal. Estudos internacionais demonstram que a ausência de profissionais qualificados aumenta a probabilidade de complicações obstétricas e mortalidade neonatal⁽¹⁴⁾. As práticas de biossegurança observadas, como o uso insuficiente de luvas, reforçam a vulnerabilidade das mulheres e recém-nascidos a infeções, incluindo VIH⁽³³⁾.

A relação entre parto domiciliar e perda de oportunidades na cascata de PTV foi evidente. A proporção de mulheres que não realizaram teste de VIH durante a gestação foi significativamente maior entre aquelas que tiveram parto domiciliar (31% vs. 13,9%). Este achado é consistente com estudos que demonstram que a não testagem durante a gravidez constitui um dos principais factores de risco para transmissão vertical⁽³⁴⁾. A baixa vinculação ao programa de PTV entre mulheres seropositivas com parto domiciliar (25%) evidencia falhas críticas na ligação entre pré-natal, testagem e profilaxia antirretroviral, contrariando metas nacionais e internacionais de eliminação da transmissão vertical⁽³⁵⁾.

As limitações do estudo incluem o potencial viés de selecção, dado que a amostra foi recrutada em unidades sanitárias, excluindo mulheres que não acedem ao sistema de saúde ou cujos recém-nascidos faleceram pre-

cocemente. Este grupo pode apresentar prevalência ainda maior de parto domiciliar e menor adesão à testagem de VIH, o que sugere que os resultados podem subestimar a magnitude real do problema.

Em síntese, o parto domiciliar em Luanda é determinado por uma rede multifatorial de barreiras geográficas, socioculturais e programáticas, que comprometem a segurança materno-infantil e a eficácia das estratégias de eliminação da transmissão vertical do VIH. Intervenções multissetoriais, culturalmente adaptadas e centradas na comunidade são essenciais para aumentar a cobertura de partos institucionais e garantir que todas as mulheres grávidas tenham acesso efetivo à cascata de PTV.

Declaração de conflitos: Os autores declaram não haver nenhum conflito de interesses.

Contribuições: MACFP, IN e PC participaram na concepção e projecto ou análise e interpretação dos dados; MACFP, PNS, IN, EC e PC participaram da redacção do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; todos aprovaram a versão final a ser publicada. MACFP é responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exactidão e integridade de qualquer parte da obra.

Financiamento: Ministério da Saúde — Projecto REDISSE IV, financiado pelo Banco Mundial.

Referências bibliográficas

- (1) Lawrie T. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience — going beyond survival. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2017.
- (2) Bovbjerg ML, Cheyney M, Hoehn-Velasco L, Jolles D, Brown J, Stapleton J, Everson C, Stapleton S, Vedam S. Planned Home Births in the United States Have Outcomes Comparable to Planned Birth Center Births for Low-Risk Birthing Individuals. *Med Care*. 2024; 62: 820–9. doi:10.1097/MLR.0000000000002074
- (3) Tolossa T, Gold L, Dheresa M, Turi E, Yeshitila YG, Abimanyi-Ochom J. Adolescent maternal health services utilization and associated barriers in Sub-Saharan Africa: a comprehensive systematic review and meta-analysis before and during the sustainable development goals. *Heliyon*. 2024; 10.
- (4) Zeleke AM, Takele GA, Gonete YA, Ferede YA, Tasew WC. Adverse birth outcomes and associated factors among African grand multiparous women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2025; 25: 955. doi:10.1186/s12884-025-07861-0
- (5) Dahab R, Sakellariou D. Barriers to Accessing Maternal Care in Low Income Countries in Africa: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17: 4292. doi:10.3390/ijerph17124292
- (6) Adongo AA, Bodpii DN, Mokulogo RK, Chola L, Akazili J. Healthcare Infrastructure and Resource Barriers to Preventing Mother-to-Child Transmission of HIV in Ghana: Insights from a Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2026; 23: 293. doi:10.3390/ijerph23030293
- (7) Blanchard AK, Abajobir A, Mutua MK, Wehrmeister FC, Njeri AW, Adero G, Aidara D, Sandie AB, Vidaletti Ruas LP, Blumenberg C, Faye CM, Boerma T. Transitions in childbirth care provision: understanding the rapid rise in institutional delivery in 21 countries of sub-Saharan Africa and the implications for future strategies. *SSM — Health Syst*. 2026; 7: 100206. doi:10.1016/j.ssmhs.2026.100206
- (8) Assembly G. Sustainable Development Goals. SDGs. Transform Our World. 2015; 2030.
- (9) Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A-B, Gemmill A, Fat DM, Boerma T, Temmerman M, Mathers C. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *The Lancet*. 2016; 387: 462–74.
- (10) Sunny I. Exploring birth settings and maternal health outcomes for women in African countries: a systematic review of qualitative research. *Public Health Inst J*. 2026.
- (11) Naz S, Ayub M, Afridi MJ. Factors affecting the Choice of Delivery among the Rural Women of Khyber Pakhtunkhwa Pakistan. *J Dev Soc Sci*. 2023; 4: 23–30. doi:10.47205/jdss.2023(4-III)03
- (12) Sanfelice CF de O, Shimo AKK. Representações sociais sobre o parto domiciliar. *Esc Anna Nery*. 2015; 19: 606–13.
- (13) Nkurunziza T, Habonimana D, Muriithi A, Deganus S, Kayita J, Aderoba A, Mwinga K. Towards improving maternal and perinatal death surveillance and response in the African region: an analysis of 25 countries from 2015 until 2022. *BMJ Glob Health*. 2026; 11: e018328. doi:10.1136/bmjgh-2024-018328
- (14) Adegoke A, Utz B, Msuya SE, Van Den Broek N. Skilled Birth Attendants: who is who? A descriptive study of definitions and roles from nine Sub Saharan African countries. *PLoS One*. 2012; 7: e40220.
- (15) INE M, MINPLAN I. Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde em Angola 2015-2016. Luanda Angola Rockv Md USA Inst Nac Estatística INE Minist Saúde MINSA Minist Planeam E Desenvolv Territ MINPLAN ICF. 2017.
- (16) Organization WH. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: recommendations for a public health approach — 2010 version. World Health Organization; 2010.
- (17) Organization WH. Guidelines: updated recommendations on HIV prevention, infant diagnosis, antiretroviral initiation and monitoring. 2021.
- (18) HIV/AIDS (UNAIDS) JUNP on. Prevention of HIV transmission from mother to child: strategic options. Geneva, Switzerland. 1999.
- (19) Araujo VMG de, Silva JS da, Silva CLB, Costa M do S de O, Costa EC, Frias PG, Barros MVG de, Correia Junior MA de V. Fatores associados ao óbito neonatal de mães adolescentes. *Rev Bras Saúde Materno Infant*. 2021; 21: 805–15.
- (20) Adde KS, Dickson KS, Amu H. Prevalence and determinants of the place of delivery among reproductive age women in sub-Saharan Africa. *PLOS ONE*. 2020; 15: e0244875. doi:10.1371/journal.pone.0244875
- (21) MINSa. Normas de Prevenção da Transmissão Vertical do VIH e Sífilis Congénita. 2015.
- (22) Armah-Ansah EK, Okeke-Obayemi D, Okeke S, Budu E, Oga-Omenka C, Ameyaw EK. Prevalence and risk factors of home delivery among rural women: evidence from 28 African countries. *Reprod Health*. 2026. doi:10.1186/s12978-026-02386-x
- (23) Hopp LJ. Delivery practices, hygiene, birth attendance and neonatal infections in Karamoja, Uganda: a community-based study. *Afr Health Sci*. 2017; 17: 7–13. doi:10.4314/ahs.v17i1.3
- (24) Franke MA, Pasteur GI. The Six Delays Model: expanding the three delays model with evidence from Madagascar for maternal referrals in LMICs. *BMJ Glob Health*. 2026; 11. doi:10.1136/bmjgh-2025-020936
- (25) Actis Danna V, Bedwell C, Wakasiaka S, Lavender T. Utility of the three-delays model and its potential for supporting a solution-based approach to accessing intrapartum care in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Glob Health Action*. 13: 1819052. doi:10.1080/16549716.2020.1819052
- (26) Armah-Ansah EK, Okeke-Obayemi D, Okeke S, Budu E, Oga-Omenka C, Ameyaw EK. Prevalence and risk factors of home delivery among rural women: evidence from 28 African countries. *Reprod Health*. 2026. doi:10.1186/s12978-026-02386-x
- (27) Seidu A-A, Ahinkorah BO, Aboagye RG, Okyere J, Budu E, Yaya S. Continuum of care for maternal, newborn, and child health in 17 sub-Saharan African countries. *BMC Health Serv Res*. 2022; 22: 1394. doi:10.1186/s12913-022-08693-w
- (28) Iftikhar UI Husnain M, Rashid M, Shakoou U. Decision-making for birth location among women in Pakistan: evidence from national survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018; 18: 226. doi:10.1186/s12884-018-1844-8
- (29) Micah AE, Hotchkiss DR. Community-level factors associated with the use of facility-based delivery assistance in Uganda: a multilevel analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020; 20: 195. doi:10.1186/s12884-020-2851-0
- (30) WHO. Enfrentar o Desafio da Saúde da Mulher em África. Brazzaville; 2012.
- (31) Wussow J, Fedorova TD, Conteh MI, Starling S, Roemers R, Bah AW, Kalokoh IA, Sheriff HS, Dumbuya A, Sankoh ZM, Bolkan HA, Westendorp J, Jalloh R, Andersen LS, Kujabi ML. Characteristics and Determinants for Home Births in Rural Sierra Leone: A Cross-Sectional Study. *Matern Child Health J*. 2026; 30: 864–74. doi:10.1007/s10995-026-04277-w
- (32) Organization WH. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. World Health Organization; 2022.
- (33) Ayele BA, Holliday E, Hassen TA, Chojenta C. Maternal and neonatal health service access and utilisation in sub-Saharan Africa (2015–2023): a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*. 2026; 26: 826. doi:10.1186/s12913-026-14611-1
- (34) John-Stewart G, Peeling RW, Levin C, Garcia PJ, Mabey D, Kinuthia J. Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis. In: Holmes KK, Bertozzi S, Bloom BR, Jha P, eds. *Major Infectious Diseases*, 3rd edn. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2017.
- (35) Organization WH. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. 2016.