

As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis

The influences of race/color on unfavorable obstetric and neonatal outcomes

Vanessa Cardoso Pacheco¹, Jean Carl Silva², Ana Paula Mariussi³, Monica Roeder Lima⁴, Thiago Ribeiro e Silva⁵

RESUMO Trata-se de um estudo transversal, que avaliou as influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. Foram construídos modelos de regressão logística para cálculo de razão de chance e exame do risco materno e neonatal. As gestantes negras prevaleceram com significância estatística entre aquelas com baixa escolaridade, hipertensão prévia, três ou mais filhos vivos e com ocupação. As gestantes negras não apresentaram maior risco nos desfechos desfavoráveis. A raça/cor não se comporta como um marcador genético ou biológico, mas como construto social, que pode influenciar as condições de saúde enquanto determinante social.

PALAVRAS-CHAVE Desigualdades em saúde. Equidade em saúde. Grupo étnico. Resultado da gravidez. Recém-nascido.

ABSTRACT *This is a cross-sectional study, which evaluated race/color influences on unfavorable obstetric and neonatal outcomes. Logistic regression models were constructed to calculate the odds ratio and to examine maternal and neonatal risk. Black pregnant women prevailed with statistical significance among those with low schooling, previous hypertension, three or more living children and with occupation. Black pregnant women presented no greater risk in unfavorable outcomes. Race/color does not behave as a genetic or biological marker, but as a social construct, which can influence health conditions as a social determinant.*

KEYWORDS *Health differences. Health equity. Ethnic group. Pregnancy result. Newborn.*

¹ Associação Educacional Luterana Bom Jesus (Ielusc), Curso de Graduação em Enfermagem Bom Jesus - Joinville (SC), Brasil. Secretaria Municipal de Saúde de Joinville - Joinville (SC), Brasil. vanessacardoso1981@gmail.com

² Maternidade Darcy Vargas - Joinville (SC), Brasil. Universidade da Região de Joinville (Univille) - Joinville (SC), Brasil. jeancarlsilva@gmail.com

³ Universidade da Região de Joinville (Univille) - Joinville (SC), Brasil. anamariussi@hotmail.com

⁴ Universidade da Região de Joinville (Univille) - Joinville (SC), Brasil. mo_roeder@hotmail.com

⁵ Universidade Positivo - Curitiba (PR), Brasil. sr.thiago.rs@gmail.com

Introdução

Para avaliar as iniquidades em saúde no Brasil, é necessário resgatar as diferenças históricas que determinaram as múltiplas formas de viver, adoecer e morrer no País. As condições de vida da população negra brasileira impactam diretamente na sua saúde, e o racismo institucional, entendido como a incapacidade dos serviços de lidar com as diferenças étnicas, estimula a violação dos direitos humanos, em especial, no tocante às mulheres negras, que sofrem tanto com o sexismo quanto com o racismo¹.

A utilização de categorias raciais para a avaliação das iniquidades em saúde deve considerar essa construção social das diferenças biológicas, e não somente as diferenças genéticas ou geográficas².

Os estudos das categorias de classificação por raça/cor iniciaram no Brasil em 1976, com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, e se intensificaram principalmente nos anos 2000, após acordos firmados na III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata³, realizada em Durban, na África do Sul.

A Política de Atenção Integral à Saúde da População Negra⁴ é resultado das contínuas e intensas ações do movimento negro junto ao Ministério da Saúde, que permitiram avanços no que se refere à utilização do quesito raça/cor nos sistemas de informação em saúde, e ampliação da percepção da influência da raça, para além dos riscos físicos, biológicos ou geneticamente determinados, envolvendo as situações de saúde agravadas pelas condições de vida da população negra no Brasil e pela dificuldade de acesso e/ou assistência à saúde adequada.

A raça/cor e a etnia têm sido utilizadas em estudos para medir diferenças sociais, tratamentos e desfechos em saúde. Já foram constatadas diferenças no acesso, atendimento e nos desfechos da condição de saúde devido à raça/cor no Brasil, nos Estados Unidos e no Reino Unido⁵⁻⁷.

O termo raça/cor diz respeito a características fenotípicas, em especial a cor da pele; já a etnia enfatiza as características socioculturais. No Brasil, a classificação oficial de identificação racial utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é baseada na cor da pele e contempla cinco categorias; branca, preta, parda, amarela e indígena⁸.

A morbimortalidade materna da mulher negra pode estar relacionada à predisposição biológica das negras para doenças como hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, mas também aos fatores relacionados à dificuldade de acesso ao sistema de saúde, à baixa qualidade do atendimento (por razões sociais ou de discriminação) e à falta de ações ou de capacitação dos profissionais de saúde voltadas para os riscos específicos aos quais as mulheres negras estão expostas⁹.

Assim, é preciso que estudos que abordem a questão racial na área da saúde no Brasil sejam intensificados, para oferecer subsídios aos profissionais, gestores e à população em geral, a fim de que a assistência à saúde seja mais equânime. O cuidado pode desempenhar um papel importante para atenuar as disparidades em saúde. Portanto, esforços para a melhoria da qualidade, e diretrizes claras para uma prestação de cuidados de pré-natal, parto e pós-parto livre de preconceitos ampliarão o acesso e a qualidade dos cuidados obstétricos para todas as mulheres¹⁰.

Os envolvidos no processo de produção de saúde, sejam eles trabalhadores, gestores ou usuários, devem se apropriar das diferenças encontradas nos indicadores construídos com recorte racial, para que possam adequar os cuidados em saúde e produzir saúde de forma equânime. Partindo deste cenário, este estudo se propôs a avaliar a associação da raça/cor com os desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis, em uma maternidade pública de referência na região Sul do Brasil.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Métodos

Este estudo foi realizado no município de Joinville (SC), na maternidade Darcy Vargas, uma instituição pública estadual de referência na Macrorregião de Joinville, para assistência à saúde integral de mulheres, recém-nascidos e famílias. O hospital dispõe de 132 leitos, sendo 96 obstétricos e, 36 neonatais, dos quais 10 são de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal.

Trata-se de um estudo transversal, no qual foram incluídas todas as gestantes internadas para parto entre outubro de 2014 e setembro de 2015, maiores de 18 anos, idade determinada pela disponibilidade dos dados.

A coleta foi realizada nos relatórios gerados pelo banco de dados da maternidade, com variáveis maternas e do recém-nascido. A raça/cor foi utilizada como variável independente, respeitadas as já mencionadas categorias propostas pelo IBGE: branca, preta, parda, amarela e indígena.

Quanto ao método de identificação, verificou-se baixo grau de discordância entre a autoatribuição e a heteroatribuição. Neste estudo, essa informação foi heterodeclarada, conforme rotina da instituição. Foram comparados os desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis entre gestantes brancas e negras³.

A avaliação dos marcadores de inserção social, utilizou informações do Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e do banco de dados do Sistema IBGE de Recuperação Automática (Sidra), pois este item não é preconizado no banco de dados da maternidade. Já a ausência da variável renda nos bancos utilizados foi uma limitação deste estudo.

Os dados foram tratados estatisticamente, por meio do *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21.0. Inicialmente, todas as variáveis foram analisadas descritivamente. Com objetivo de testar a homogeneidade dos grupos em relação às proporções, foi utilizado ou o teste Qui-quadrado ou o teste exato de Fisher,

para frequências menores do que 5.

As variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde foram: idade (em anos completos agrupadas em quatro faixas etárias: <20, 21 a 29, 30 a 34, >34 anos); escolaridade (agrupada em analfabeto, alfabetizado, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto e ensino superior completo); estado civil (com ou sem companheiro); ocupação atual (formal ou informal) com ocupação, sem ocupação, aposentada; número de filhos vivos ≥ 3 , >3; número de filhos mortos ≤ 2 , >2; número de consultas de pré-natal: ≤ 6 , >6; doenças anteriores à gestação: hipertensão crônica, diabetes pré-gestacional.

Para a análise univariada, foram utilizadas as variáveis desfecho doenças gestacionais: diabetes gestacional, hipertensão gestacional; tipo de parto: vaginal, cesárea; idade gestacional <37, 37 a 41, >41 semanas; peso ao nascer: <2.500, 2.500 a 4.000, >4.000 gramas; apgar no 1º e 5º minutos <7, ≥ 7 ; malformação (presente, ausente); e óbito perinatal (presente, ausente).

Foram construídos modelos de regressão logística multivariada para cálculo de razão de chance, de modo a examinar o risco materno nos desfechos desfavoráveis avaliados: diabetes gestacional, hipertensão gestacional; parto cesárea; prematuridade <37 semanas; baixo peso <2.500 gramas; macrosomia >4.000 gramas, apgar 1º e 5º minutos <7; malformação e óbito perinatal. Foram ajustados os potenciais efeitos das variáveis de confusão: idade, escolaridade, estado civil, ocupação, filhos mortos, consulta pré-natal e doenças anteriores. Intervalos de confiança de 95% (IC95%) foram estabelecidos, sendo considerados valores significativos quando $p < 0,05$.

O projeto foi submetido à avaliação do comitê de ética da Universidade da Região de Joinville e foi aprovado com o parecer número 1.210.357. O sigilo das informações foi garantido durante a utilização dos dados

coletados, que permanecerão sob posse e guarda dos pesquisadores e, após cinco anos da publicação, serão apagados do meio digital.

Resultados

No período estudado, foram avaliadas informações de 5.289 participantes de gestação única, com 4.557 (86,2%) declaradas como raça/cor branca e 732 (13,8%), negra (pretas mais pardas). Foram excluídas 89 gestações gemelares e 2 foram declaradas como amarelas.

As variáveis ocupação, número de filhos

vivos, mortos e estado civil tiveram uma perda de 10% em relação às demais, pois foram obtidas de banco de dados diferentes, o que configurou uma limitação do estudo.

A faixa etária prevalente ficou entre 21 e 29 anos, sem diferenças significativas por raça/cor. Já a escolaridade apresentou diferença significativa ($p < 0,01$), com maior prevalência das gestantes negras entre aquelas alfabetizadas e com ensino fundamental incompleto e completo, invertendo a prevalência, para as brancas, entre aquelas com ensino médio completo e ensino superior completo, conforme disposto na *tabela 1*.

Tabela 1. Características sociodemográficas e de saúde das gestantes, de acordo com a raça/cor. Joinville, Santa Catarina, Brasil, 2014-2015

	Branças N=4557 (%)	Negras N=732 (%)	Valor de p
Idade (anos)			
≤20	979 (21,5)	166 (22,7)	
21-29	2.172 (47,7)	335 (45,8)	0,48*
30-34	808 (17,7)	123 (16,8)	
>34	598 (13,1)	108 (14,8)	
Escolaridade			
Analfabeta	4 (0,1)	2 (0,3)	
Alfabetizada	86 (1,9)	32 (4,4)	
Fundamental incompleto	790 (17,3)	184 (25,1)	
Fundamental completo	926 (20,3)	196 (26,8)	<0,01†
Médio incompleto	586 (12,9)	92 (12,6)	
Médio completo	1.736 (38,1)	196 (26,8)	
Superior incompleto	171 (3,8)	14 (1,9)	
Superior completo	257 (5,6)	15 (2)	
Estado civil			
Sem companheiro	829 (18,2)	150 (20,5)	0,06*
Com companheiro	3.249 (71,3)	489 (66,8)	
Ocupação			
Com ocupação	1.943 (42,6)	344 (47)	
Sem ocupação	2.131 (46,8)	293 (40)	<0,01†
Aposentada	4 (0,1)	2 (0,3)	
Número de filhos vivos			
≤3	3.623 (79,5)	522 (71,3)	
>3	455 (10)	117 (16)	<0,01*

Tabela 1. (cont.)

Número de filhos mortos			
≤2	3.944 (86,5)	619 (84,6)	<0,83*
>2	134 (2,9)	20 (2,7)	
Número de consultas pré-natais			
≤6	228 (5)	36 (4,9)	0,97*
>6	3.431 (75,3)	538 (73,5)	
Doenças anteriores à gestação			
Hipertensão crônica	129 (2,8)	31 (4,2)	0,04†
Diabetes pré-gestacional	33 (0,7)	9 (1,2)	0,15†

Fonte: Elaboração própria.

Testes estatísticos: *Qui-Quadrado; †exato de Fischer.

Entre as participantes, 3.738 (79%) viviam com companheiro, sem significância estatística por raça/cor. Estavam sem ocupação 2.424 (51%) delas, com diferença significativa, ($p < 0,01$), sendo as gestantes negras a maioria entre aquelas com ocupação.

Já em relação ao número de filhos, 4.145 (88%) tinham menos de três vivos, com diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,01$) por raça/cor, estando as negras entre aquelas com mais de três filhos vivos; e 4.563 (97%) das participantes, com menos de dois filhos mortos, como disposto.

Entre as participantes, 3% tinham hipertensão crônica. Nas gestantes negras, esse percentual sobe para 4,2%, com significância

estatística ($p = 0,04$). Vale, ainda, registrar que 42 (1%) gestantes tinham diabetes pré-gestacional e 3.969 (84%) realizaram mais de seis consultas de pré-natal.

A *tabela 2* apresenta a análise univariada dos desfechos obstétricos e neonatais; as participantes apresentaram 7% de diabetes gestacional, 5% de hipertensão gestacional, 62% tiveram parto cesárea, 92% com idade gestacional em 37 e 41 semanas. Quanto ao peso de nascimento, 86% dos recém-nascidos apresentaram peso adequado, com 96% apresentando apgar ≥ 7 no 5º minuto. Nenhum dos desfechos apresentou diferença significativa segundo raça/cor.

Tabela 2. Análise univariada dos desfechos gestacionais e perinatais, de acordo com a raça/cor. Joinville, Santa Catarina, Brasil, 2014-2015

	Branças N=4557 (%)	Negras N=732 (%)	Valor de p
Doenças gestacionais			
Diabetes gestacional	297 (6,5)	54 (7,4)	0,38*
Hipertensão gestacional	215 (4,7)	40 (5,5)	0,38*
Tipo de parto			
Vaginal	1.214 (26,6)	200 (27,3)	0,98*
Cesárea	2.830 (62,1)	467 (63,8)	
Idade gestacional			
<37	371 (8,1)	59 (8,1)	
37-41	4.183 (91,8)	673 (91,9)	0,78†
>41	3 (0,1)	0 (0)	

Tabela 2. (cont.)

Peso ao nascimento (gr)			
<2.500	330 (7,2)	48 (6,6)	
2.500-4000	3.944 (86,5)	634 (86,6)	0,671*
>4.000	283 (6,2)	50 (6,8)	
Apgar ao 1º minuto			
<7	879 (19,3)	157 (20,1)	
≥7	3.637 (79,8)	574 (78,4)	0,56*
Apgar ao 5º minuto			
<7	150 (3,3)	21 (2,9)	
≥7	4.366 (95,8)	699 (95,5)	0,57†
Malformação congênita			
	15 (0,3)	4 (0,5)	0,36†
Óbito			
Natimorto	41 (0,9)	10 (1,4)	0,231†
Neomorto	6 (0,1)	0 (0)	

Fonte: Elaboração própria.

Testes estatísticos: *Qui-Quadrado; †exato de Fischer.

Para a avaliação da razão de chance dos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis segundo raça/cor, foi realizada uma análise multivariada, com ajuste de potenciais efeitos

das variáveis de confusão, conforme *tabela 3*. As variáveis de confusão utilizadas foram escolhidas considerando sua conhecida relação com os desfechos avaliados.

Tabela 3. Análise multivariada dos desfechos obstétricos e neonatais, de acordo com a raça/cor. Joinville, Santa Catarina, Brasil, 2014-2015

	Grupo (Raça/cor)	N (%)	OR Bruto (IC95%)	Valor de p	OR Ajustado (IC95%)	Valor de p
Diabetes gestacional	Branca	297 (6,5)	-	-	-	-
	Negra	54 (7,4)	0,87 (0,64-1,18)	0,38	1,06 (0,70-1,60)	0,77
Hipertensão gestacional	Branca	215 (4,7)	-	-	-	-
	Negra	40 (5,5)	1,16 (0,82-1,65)	0,38	1,18 (0,72-1,94)	0,49
Parto cesáreo	Branca	2.830 (62,1)	-	-	-	-
	Negra	467 (63,8)	0,99 (0,84-1,19)	0,98	1,10 (0,87-1,37)	0,40
Prematuridade	Branca	371 (8,1)	-	-	-	-
	Negra	59 (8,1)	0,98 (0,74-1,31)	0,93	1,29 (0,83-2,01)	0,24
Baixo peso ao nascer	Branca	330 (7,2)	-	-	-	-
	Negra	48 (6,6)	0,82 (0,53-1,26)	0,37	0,72 (0,38-1,37)	0,32
Macrossomia	Branca	283 (6,2)	-	-	-	-
	Negra	50 (6,8)	0,91 (0,66-1,24)	0,55	0,96 (0,64-1,44)	0,86
Apgar 1º <7	Branca	879 (19,3)	-	-	-	-
	Negra	157 (20,1)	1,06 (0,87-1,28)	0,56	1,17 (0,90-1,52)	0,22
Apgar 5º <7	Branca	150 (3,3)	-	-	-	-
	Negra	21 (2,9)	0,87 (0,55-1,39)	0,57	0,71 (0,36-1,38)	0,31

Tabela 3. (cont.)

Malformação	Branca	15 (0,3)	-	-	-	-
	Negra	4 (0,5)	1,66 (0,55-5,03)	0,36	1,98 (0,50-7,81)	0,32
Natimortalidade	Branca	41 (0,9)	-	-	-	-
	Negra	10 (1,4)	1,52 (0,76-3,05)	0,23	1,27 (0,61-2,66)	0,51
Morte neonatal	Branca	6 (0,1)	-	-	-	-
	Negra	0 (0)

Fonte: Elaboração própria.

OR - Odds Ratio; IC - Intervalo de Confiança.

Nota: Variáveis ajustadas: idade, escolaridade, estado civil, ocupação, número de filhos vivos, número de filhos mortos, número de consultas pré-natais, presença de doenças anteriores à gestação (hipertensão crônica e diabetes pré-gestacional).

Os desfechos obstétricos desfavoráveis nas gestantes negras apresentaram, para diabetes gestacional: (OR=1.06, IC95% 0.70-1.60), hipertensão gestacional: (OR=1.18, IC95% 0.72-1.94), parto cesárea: (OR=1.10, IC95% 0.87-1.37), e prematuridade: (OR=1.29, IC95% 0.83-2.01).

Quanto aos desfechos neonatais desfavoráveis, os recém-nascidos de gestantes negras apresentaram, para baixo peso ao nascer: (OR=0.72, IC95% 0.38-1.37), macrosomia: (OR=0.96, IC95% 0.64-1.44), apgar <7 no 5º minuto: (OR=0.71, IC95% 0.36-1.38), e malformação: (OR=1.98, IC95% 0.50-7.81).

Discussão

A comparação das influências da raça/cor entre gestantes brancas e negras proposta neste estudo, identificou diferenças significativas das gestantes negras quanto à hipertensão crônica, à baixa escolaridade, à multiparidade e à ocupação.

Evidenciou-se também a relação da raça/cor com as variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde.

Já na análise da razão de chance dos desfechos desfavoráveis, não foram evidenciadas diferenças significativas segundo a raça/cor.

No Brasil, as condições, doenças ou agravos mais comuns na população negra podem ser divididos em quatro categorias:

geneticamente determinados (anemia falciforme, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*), adquiridas ou derivadas de condições socioeconômicas desfavoráveis (desnutrição, anemia ferropriva), de evolução agravada ou tratamento dificultado (mioma, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*), e condições fisiológicas alteradas por condições socioeconômicas (crescimento, gravidez, parto)¹¹.

A pobreza, a falta de acesso aos serviços de saúde, e variações genéticas podem contribuir para disparidades raciais, quanto à ocorrência de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*¹².

A hipertensão arterial, que apresentou maior prevalência entre as mulheres negras, é considerada um problema de saúde pública pelo seu elevado custo aos serviços de saúde e por seu impacto social. A prevalência variou conforme a faixa etária, o sexo, a raça/cor, e o grau de obesidade e a presença de patologias associadas, como diabetes *mellitus* e doença renal. Nas mulheres em idade fértil, a prevalência variou de 0,6% a 2%, na faixa etária de 18 a 29 anos, e de 4,6% a 22,3%, na faixa etária de 30 a 39 anos. Embora a literatura mostre a raça negra como fator de risco para doença hipertensiva específica da gravidez, neste estudo não foi encontrada tal associação¹³.

Muitas vezes, as disparidades raciais podem ser corrigidas pelo acesso adequado ao serviço de saúde. Assim, esta variável pode ter sido influenciada pelo número adequado

de consultas pré-natais. O reconhecimento das suscetibilidades raciais pode ajudar a orientar a assistência e direcionar intervenções para diminuir o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, durante e após a gravidez¹⁴.

A raça/cor é um elemento estruturante das desigualdades sociais no Brasil, ao lado da classe social, do gênero e da região de moradia. Apesar de a classificação racial ser baseada nas características físicas dos indivíduos, a discriminação racial e o racismo na sociedade brasileira ocorrem da relação pejorativa que se faz entre os aspectos culturais e os físicos, observáveis na estética corporal, o que produz efeitos na inserção social, que é um produto das relações sociais^{5,15}.

As desvantagens da população negra podem extrapolar os indicadores socioeconômicos e se estender para os indicadores de acesso aos serviços de saúde e os de mortalidade¹⁶.

A questão das desigualdades sociais em saúde pode ser abordada a partir da verificação de diferenças absolutas nas condições de vida de distintas populações ou através das diferenças relativas entre elas¹⁷.

Indicadores sociais como ocupação, escolaridade e renda são determinantes do estado de saúde das populações, atuando tanto sobre o perfil de morbidade e mortalidade quanto sobre o acesso e a utilização dos serviços de saúde¹⁸.

Ainda que se reconheça que a raça/cor não é, por si só, um fator de risco, é preciso considerar a inserção social adversa da população negra, que constitui um agravante de sua vulnerabilidade diante das condições de saúde¹⁶.

A escolaridade materna pode ser considerada um marcador obstétrico de risco, tanto para a gestante quanto para o recém-nascido, pois influencia quando e como a gestante acessa ao serviço de saúde, e o quanto compreende as orientações de autocuidado e cuidado com o bebê ao longo das consultas de pré-natal. Além disto, a baixa escolaridade tem associação com baixo peso ao nascer,

multiparidade e menor número de consultas pré-natais¹⁹.

Neste estudo, as gestantes negras prevaleceram entre aquelas com baixa escolaridade (analfabeta, alfabetizada, ensino fundamental). O principal determinante do acesso à educação e da progressão dentro de padrões de adequação (idade/série) é a renda familiar, com influência em todas as faixas de renda da variável raça/cor²⁰.

No Brasil, a população negra tem a pior remuneração do mercado de trabalho, escolaridade mais baixa e sofre mais restrições no acesso a serviços de saúde. Mesmo quando apresenta escolaridade idêntica à da população branca, não tem níveis de renda similares¹⁶.

A variável renda não consta no banco de dados utilizado. Entretanto, dados do município demonstram que a população negra vivendo em situação de pobreza ou extrema pobreza é duas vezes maior do que a população branca, o que reforça a sinergia entre os determinantes de acesso e progressão adequada à educação²⁰.

É necessário que haja políticas públicas com ações afirmativas que visem diminuir as perdas sucessivas ao longo do sistema educacional, em especial, das famílias de baixa renda, nas quais majoritariamente estão crianças e jovens negros.

O combate a desigualdades torna-se mais difícil no desenvolvimento de políticas públicas, principalmente quando a origem de tais desigualdades não está somente relacionada com as diferenças sociais, mas também com a discriminação racial¹⁶.

A taxa de fecundidade no Brasil é de 1,7 filhas/os por mulher em idade fértil. A maioria das participantes tinha menos de três filhos vivos (88%) e menos de dois filhos mortos (97%), entretanto, as negras concentraram-se de maneira significativa entre aquelas com mais de três filhos vivos²¹.

Os arranjos familiares brasileiros, em 2012, apresentavam quase 38% dos domicílios com mulheres como a pessoa de referência. Entre as famílias com pessoa de

referência do sexo feminino, 42,7% eram compostas por mulheres sem companheiro e com filhas/os. As mulheres negras estavam à frente de 52,6% das famílias com pessoa de referência do sexo feminino²².

Essa organização familiar faz com que as mulheres negras precisem garantir o sustento dos filhos. Embora haja maior número de mulheres negras com ocupação, estas se dão predominantemente em condições precárias, o que dificulta a autonomia econômica²³.

A ocupação é um marcador da posição social dos indivíduos. Neste estudo, as mulheres negras prevaleceram entre aquelas com ocupação. Entretanto, a distribuição salarial da população joinvillense acompanha a distribuição nacional, com maior prevalência da população negra entre aqueles que vivem com ganhos entre 1/8 de salário mínimo e 1 salário, com inversão da prevalência a partir de 1 salário mínimo até mais de 10 salários^{18,20}.

A média salarial segundo raça/cor e gênero, no município, também reflete essa assimetria de renda; as mulheres negras apresentam média salarial 25% menor do que a das mulheres brancas²⁰.

As políticas sociais como programas de transferência direta de renda já demonstraram que contribuem para a redução da pobreza e da desigualdade, principalmente para a população negra, que vivencia de forma mais intensa esta condição²⁴.

Quanto à razão de chance nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis segundo raça/cor, não foram evidenciadas diferenças significativas por raça/cor, diferentemente de outros achados em 14 estados americanos, nos quais as gestantes negras tiveram os piores desfechos⁶.

As alterações hipertensivas da gestação estão associadas a complicações graves, fetais e maternas, e a um risco maior de mortalidade materna e perinatal. Nos países em desenvolvimento, a hipertensão gestacional é a principal causa de mortalidade materna, sendo responsável por um grande número

de internações em centros de tratamento intensivo. As gestantes negras apresentam risco aumentado de pré-eclampsia, independentemente dos fatores de risco idade, pré-eclampsia prévia, obesidade e paridade²⁵.

Apesar de a hipertensão crônica ser encontrada de forma significativamente maior entre as gestantes negras, a hipertensão gestacional não teve o mesmo comportamento (OR=1.18, IC95% 0.72-1.94), podendo ter sido corrigida pelo adequado número de consultas pré-natais.

A diabetes gestacional, estimada nacionalmente em 7,6% da população, também aparece em outros estudos com maior risco entre as mulheres negras neste, apresentou 6,6%, sem diferenças significativas por raça/cor (OR=1.06, IC95% 0.70-1.60) (26) (27) (10).

O parto cesárea pode causar complicações significativas e às vezes, permanentes, assim como sequelas ou morte, principalmente nos casos das cesáreas de emergência para gestantes negras. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o parto cesárea está relacionado a um risco de morte 3,5 vezes maior do que o risco envolvido no parto normal; de infecção puerperal cinco vezes maior; e com prematuros, então, apresenta taxas entre 5% e 15% maiores. As disparidades raciais foram identificadas em estudos internacionais, como maior taxa de cesárea entre as gestantes negras. A região Sul apresenta o percentual mais elevado de parto cesárea, 60,1%, em relação ao parto normal no País. Neste estudo, o percentual foi de 62%, sugerindo riscos devidos à medicalização do parto, independentemente da raça/cor (OR=1.10, IC95% 0.87-1.37)^{28,29}.

Estima-se que a prematuridade, no Brasil, seja de até 11,3% dos casos de partos, com registros de influência da raça/cor quando associada à escolaridade materna. Em estudos internacionais, o parto prematuro permanece como risco para as gestantes negras, ainda que isoladas as variáveis sociodemográficas. Neste estudo, o índice foi de 8%, sem diferenças por raça/cor (OR=1.29, IC95% 0.83-2.01)^{6,7,10,30,31}.

A OMS estima que a prevalência de baixo peso ao nascer seja menor do que 10% nos partos ocorridos no mundo. Nos Estados Unidos, no ano de 2013, o percentual foi de 8%, mas entre os nascidos de mães negras, chegou a 13%. Já no Brasil, em 2010, o percentual foi de 8,4%, e as mães negras tiveram mais chances de terem filhos com baixo peso ao nascer em todas as regiões e em todos os níveis de escolaridade. Na região Sul, o percentual de baixo peso, no mesmo período, foi de 8,7%, e entre as mulheres negras, atingiu 10,6%. O baixo peso ao nascer neste estudo foi de 7%, sem diferenças por raça/cor (OR=0.72, IC95% 0.38-1.37)^{32,33}.

As diferenças raciais encontradas na literatura, referentes às malformações não são claras quanto às suas relações com as suscetibilidades genéticas e as diferenças culturais e/ou sociais, e com o que poderia influenciar essa associação. Neste estudo, quanto às malformações, essas diferenças não foram encontradas (OR=1.98, IC95% 0.50-7.81)³⁴.

Assim, não se revelou a associação da raça/cor com um maior risco de desfecho desfavorável, tanto obstétrico quanto neonatal, quando isolados os efeitos das variáveis de confusão. Ainda que haja comprovação da predisposição genética da população negra para algumas doenças, a classificação fenotípica não representa uma homogeneidade biológica, já que, entre indivíduos com as mesmas características fenotípicas, pode haver maior variação genética. Além disto, é difícil mensurar o impacto da colonização e consequente miscigenação no componente genético³⁵.

Desse modo, para uma análise do recorte racial, é preciso considerar mais do que as diferenças numéricas com significância estatística. As questões históricas, sociopolíticas e econômicas contribuem para a existência e a manutenção ou ampliação dos diferenciais no interior dos grupos ou intergrupos. Além disto, o racismo nem sempre se faz presente, de forma explícita e mensurável, nas interações³⁵.

Os resultados da pesquisa sugerem

desigualdades raciais, socioeconômicas, demográficas e de saúde da mulher negra. Desta forma, é possível inferir que o uso da variável raça/cor em estudos de saúde precisa considerá-la como um construto social, ainda quando utilizado na análise de condições com comprovado componente genético associado à raça/cor. A melhora nas condições de vida da mulher negra, especialmente quanto à renda e ao acesso ao sistema de ensino com progressão adequada, são essenciais para os indicadores de saúde desta população. Para este enfrentamento, se fazem necessárias políticas de ações afirmativas para a população negra como complementos das políticas universais, para garantir que a melhor inserção social da população negra resulte também na redução das desigualdades.

Conclusões

Após a adequação aos fatores de confusão, não foram encontradas influências da raça/cor nos desfechos estudados, mesmo naqueles com comprovada interferência genética em outros estudos, como a hipertensão gestacional e a diabetes *mellitus*.

Considerando as diferentes composições genéticas entre indivíduos de mesmo fenótipo e a homogeneidade genética entre indivíduos geograficamente próximos, é possível que as doenças com forte determinação genética manifestem-se com características próprias na população brasileira, e entre as diferentes regiões do Brasil, o que não se dá em outros lugares das Américas e mesmo da África^{11,36}.

As influências da miscigenação e da colonização não podem ser mensuradas, mas podem ter importante papel no componente genético na região estudada, reforçando a raça/cor como determinante social e não uma entidade biológica.

Doenças ligadas à pobreza podem ser mais incidentes do que aquelas de origem

genética, devido à situação de desigualdade vivenciada pelos negros no País, e ainda hoje percebida nos indicadores de acesso, inclusive da saúde. A ausência da variável renda, um marcador de inserção social, foi uma limitação neste estudo.

Assim, é importante que estudos na área da saúde avaliem a raça/cor como um construto social, considerando o efeito da condição socioeconômica, o acesso ao serviço de saúde e a escolaridade da população negra na análise da variável enquanto risco para desfechos, uma vez que a discriminação racial nem sempre se faz presente de forma explícita e mensurável nas relações sociais³⁷.

Colaboradores

Vanessa Cardoso Pacheco: participou da concepção da pesquisa e coleta dos dados, do levantamento bibliográfico, da metodologia, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão final.

Jean Carl Silva: participou da concepção da pesquisa, metodologia, análise e interpretação dos dados, revisão crítica e revisão final.

Ana Paula Mariussi, Monica Roeder Lima e Thiago Ribeiro e Silva: participaram da concepção metodológica e do processamento e tratamento dos dados. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Racismo Como Determinante Social de Saúde. Brasília, DF: Secretaria de Promoção da Igualdade Racial; 2011.
2. Moubarac J. Persisting problems related to race and ethnicity in public health. Problemas persistentes relacionados à raça e etnia na pesquisa em saúde pública e epidemiologia. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47(1):104-15.
3. Petrucelli JL, Saboia AL. Características étnico-raciais da população: classificações e identidades. Rio de Janeiro: IBGE; 2013. p. 208.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
5. Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, et al. A utilização da variável raça/cor em saúde pública: Possibilidades e limites. *Interface Commun Heal Educ* [internet]. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2009 [acesso em 2015 mar 8]; 13(31):383-94. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
6. Zhang S, Cardarelli K, Shim R, et al. Racial disparities in economic and clinical outcomes of pregnancy among Medicaid recipients. *Matern Child Health J* [internet]. United States; 2013 Oct [acesso em 2015 maio 11]; 17(8):1518-25. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4039287&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
7. Khalil A, Rezende J, Akolekar R, et al. Maternal racial origin and adverse pregnancy outcome: a cohort study. *Ultrasound Obstet Gynecol*. England;

- 2013 Mar; 41(3):278-85.
8. Kabad JF, Bastos JL, Santos RV. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed. *Physis Rev Saude Coletiva*. 2012; 22(3):895-918.
 9. Ministério da Saúde (BR). *Gestação de Alto Risco: Manual Técnico*. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
 10. Bryant AS, Worjolah A, Caughey AB, et al. Racial/ethnic disparities in obstetric outcomes and care: prevalence and determinants. *Am J Obstet Gynecol* [internet]. United States; 2010 Apr [acesso em 2015 fev 17]; 202(4):335-43. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2847630&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
 11. Brasil. Ministério da Saúde. *Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente*. Brasília, DF: Ministério da saúde; 2001.
 12. Martins D, Agodoa L, Norris KC. Hypertensive chronic kidney disease in African Americans: Strategies for improving care. *Cleve Clin J Med*. 2012; 79(10):726-34.
 13. Freire CMV, Tedoldi CL. Hipertensão Arterial na Gestação. *Arq Bras Cardiol*. 2009; 93(6 Supl.1):159-65.
 14. Ghosh G, Grewal J, Ma T, et al. Racial/Ethnic differences in pregnancy-related hypertensive disease in nulliparous women. *Ethn Dis*. 2014; 24:283-9.
 15. Brasil. Ministério da Saúde. *Temático Saúde da População Negra*. n. 10. Brasília, DF: MS; 2016.
 16. Barata RB. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. *Rev USP*. 2001; 51(1):138-45.
 17. Barata RB. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
 18. Haidar FH, Oliveira UF, Nascimento LFC. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. *Cad Saúde Pública*. 2001; 17(4):1025-9.
 19. Andrade CY, Dachs JNW. Acesso à educação por faixas etárias segundo renda e raça/cor. *Cad Pesqui*. 2007; 37(131):399-422.
 20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA* [internet]. 2016 [acesso em 2016 nov 8]. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/download/k-11.csv>.
 21. Marcondes MM, Pinheiro L, Queiroz C, et al. *Dossiê Mulheres Negras: Retrato das Condições de Vida das Mulheres Negras no Brasil* [internet]. Brasília, DF; 2013. 160 p. [acesso em 2016 nov 10]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=20978.
 22. Brasil. Ministério da Saúde. *Relatório anual socioeconômico da mulher*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
 23. Mariano SA, Carloto CM. Aspectos diferenciais da inserção de mulheres negras no Programa Bolsa Família. *Soc e Estado* [internet]. 2013 [acesso em 2018 mar 6]; 28(2):393-417. Disponível em: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84887850733&partnerID=tZOtx3y1>.
 24. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Situação social da população negra por estado*. Brasília, DF: IPEA; 2014.
 25. Brasil. Ministério da Saúde. *Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica*. Brasília, DF: Ministério da saúde; 2013.
 26. Assis TR, Viana FP, Rassi S. Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. *Arq Bras Cardiol*. 2008; 91:11-7.
 27. Wang Y, Chen L, Horswell R, et al. Racial differences in the association between gestational diabetes

- mellitus and risk of type 2 diabetes. *J women's Heal.* 2012; 21(6):628-33.
28. World Health Organization. *World Health Statistics.* Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2014.
29. Washington S, Caughey AB, Cheng YW, et al. Racial and ethnic differences in indication for primary cesarean delivery at term: experience at one U.S. Institution. *Birth. United States;* 2012 Jun; 39(2):128-34.
30. Leal MDC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades sociodemográficas e suas conseqüências sobre o peso do recém-nascido. *Rev Saude Publica.* 2006; 40(3):466-73.
31. Getahun D, Ananth CV, Selvam N, et al. Adverse Perinatal Outcomes Among Interracial Couples in the United States. *Am Coll Obstet Gynecol.* 2005; 106(1):81-8.
32. Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ, et al. *Births: Final Data for 2013.* *Natl Vital Stat Rep. United States;* 2015 Dec; 64(1):68.
33. Nilson LG, Warmling D, Oliveira MS, et al. Proporção de baixo peso ao nascer no Brasil e regiões brasileiras segundo variáveis sócio-demográficas. *Rev Saúde Públ St Cat.* 2015; 8:69-82.
34. Egbe A, Lee S, Ho D, et al. Effect of race on the prevalence of congenital malformations among newborns in the united states. *Ethn Dis.* 2015; 25(2):226-31.
35. Goodman AH. Why genes don't count (for racial differences in health). *Am J Public Health.* 2000; 90(11):1699-702.
36. Pena SDJ. Raça, Genética, Identidades e Saúde. *História, Ciência, Saúde - Manguinhos.* 2005; 12(2):321-46.
37. Lopes F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cad Saúde Pública, Rio Janeiro.* 2005; 21(5):1595-601.

Recebido em 26/06/ 2017
Aprovado em 17/01/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve