

VANESSA CARDOSO PACHECO

**AS INFLUÊNCIAS DA RAÇA/COR NOS DESFECHOS OBSTÉTRICOS E
NEONATAIS DESFAVORÁVEIS**

JOINVILLE

2017

VANESSA CARDOSO PACHECO

**AS INFLUÊNCIAS DA RAÇA/COR NOS DESFECHOS OBSTÉTRICOS E
NEONATAIS DESFAVORÁVEIS.**

Dissertação de mestrado
apresentado como requisito para
obtenção do título de Mestre em
Saúde e Meio Ambiente, na
Universidade da Região de Joinville.
Orientador: Prof. Dr. Jean Carl Silva.

JOINVILLE
2017

Catálogo na publicação pela Biblioteca Universitária da Univille

Pacheco, Vanessa Cardoso

P116i As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis/
Vanessa Cardoso Pacheco; orientador Dr. Jean Carl da Silva. – Joinville: UNIVILLE,
2017.

52 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Saúde e Meio Ambiente – Universidade da Região de Joinville)

Gravidez. 2. Recém-nascidos. 3. Grupos étnicos. 4. Saúde Pública. 5.
Igualdade – Aspectos da Saúde. I. Silva, Jean Carl da (orient.). II. Título.

CDD 612.63

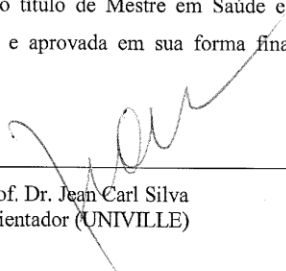
Termo de Aprovação

“As Influências da Raça/Cor nos desfechos Obstétricos e Neonatais desfavoráveis”


por

Vanessa Cardoso Pacheco

Dissertação julgada para a obtenção do título de Mestre em Saúde e Meio Ambiente, área de concentração Saúde e Meio Ambiente e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Meio Ambiente.

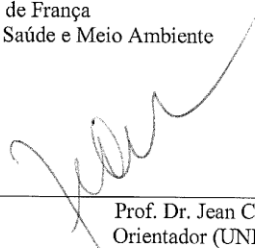


Prof. Dr. Jean Carl Silva
Orientador (UNIVILLE)

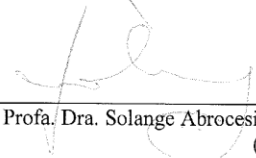


Prof. Dr. Paulo Henrique Condeixa de França
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Meio Ambiente

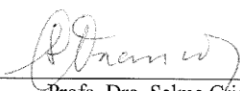
Banca Examinadora:



Prof. Dr. Jean Carl Silva
Orientador (UNIVILLE)



Profa. Dra. Solange Abrocesi Iervolino
(IELUSC)



Profa. Dra. Selma Cristina Franco
(UNIVILLE)

Joinville, 13 de fevereiro de 2017

“De todas as formas de desigualdade, a injustiça nos cuidados de saúde é a mais chocante e desumana”.

Martin Luther King Jr

RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar as influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa, com gestantes maiores de 18 anos em uma maternidade pública de referência no município de Joinville-SC, no período de outubro de 2014 a setembro de 2015. Foram avaliadas as características socioeconômicas, demográficas e de saúde das gestantes segundo raça/cor e construídos modelos de regressão logística para cálculo de razão de chance e examinar o risco materno e neonatal nos desfechos desfavoráveis avaliados, com ajuste do efeito das variáveis de confusão. Intervalos de confiança de 95% foram estabelecidos, com valores significativos quando $p < 0,05$. Entre as 5289 participantes, as gestantes negras prevaleceram com significância estatística entre aquelas com baixa escolaridade, hipertensão prévia, 3 ou mais filhos vivos e com ocupação. Quanto aos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis 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), prematuridade: (OR=1.29, IC95% 0.83-2.01), 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), malformação: (OR=1.98, IC95% 0.50-7.81), as gestantes negras não apresentaram maior razão de chance. Após adequação aos fatores de confusão não foi encontrado influências nos desfechos estudados. A raça/cor não se comporta como um marcador genético ou biológico, mas um construto social, que pode influenciar os indicadores agindo como determinante social das condições de saúde.

Palavra-chave: Desigualdades em saúde, equidade em saúde, grupo étnico, resultado da gravidez, recém-nascido.

ABSTRACT

The goal of this studying is to avaliate the influences of race/color on unfavorable obstetric and neonatal outcomes. It is a transverse studying of quantitative approach, with pregnant women over eighteen in a public maternity hospital in Joiville Couty, Santa Catarina State, from October 2014 to September 2015. It was evaluated the socioeconomic, demographic and pregnant women health characteristics according to race/color and it was bulit models of logistics regression in order to calculate the reason chance and check the maternal and neonatal risks on the evaluated unfavorable outcomes, with the effect adjustment of the confusion variables. 95% assurance breaks were established,with significant values where $p < 0,05$. Among the 5289 participants, the black pregnant women prevailed with statistic meaning among those ones with low educational level, previous hypertension, three or more living children and with an occupation. To the gestational diabetes unfavorable obstetric and neonatal outcomes: (OR= 1.06, IC95% 0,70-1.60), gestational hypertension: (OR= 1.18, IC95% 0.72-1.94), cesarian child-birth: (OR = 1.10, IC95% 0.87-1.37),prematurity: (OR= 1.29,IC95% 0.83-2.01), low weight at birth: (OR = 0,72, IC95% 0.38-1.37), macrosomia: (OR= 0.96, IC95% 0.64-1.44),apgar <7 in the fifth minute: (OR= 0.71, IC95% 0.36-1.38), malformation: (OR= 1.98, IC95% 0.50-7.81), the black pregnant women didn't have great reason chance.After adjustment for confounding factors, no influences were found on the outcomes studied. The race/color isn't a genetic or biological marker, but it is a social construct, which can induce the indicators like social determinant of the health conditions.

Key word: health differences, health equity, ethnic group, pregnancy result, newborn.

Lista de Ilustrações

Figura 1- Diagrama de Fluxo.....	15
Gráfico 1- Características do entorno dos domicílios em Joinville, segundo raça/cor, 2010.....	35
Gráfico 2- Distribuição salarial da população de Joinville-SC, segundo raça/cor, 2010.....	37
Gráfico 3- Média salarial por gênero e raça/cor, Joinville- SC, 2010.....	38

Lista de Quadros

Quadro 1- Artigos encontrados nas bases pesquisadas.....	16
--	----

Lista de Tabelas

Tabela 1. Características sociodemográficas das gestantes, de acordo com a raça/cor. Joinville, Santa Catarina, Brasil, 2014-2015.....	30
Tabela 2. Características demográfica das gestantes, de acordo com a raça/cor. Joinville, Santa Catarina, Brasil, 2014-2015.....	31
Tabela 3. Análise univariada dos desfechos gestacionais e perinatais, de acordo com a raça/cor. Joinville, Santa Catarina, Brasil, 2014-2015.....	32
Tabela 4. Análise multivariada dos desfechos obstétricos e neonatais, de acordo com a raça/cor. Joinville, Santa Catarina, Brasil, 2014-2015.....	33

Lista de Abreviações

CNS.....	Conselho Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileira de Geografia e Estatística
IC.....	Intervalo de Confiança
OR.....	Odds Ratio
SIDRA.....	Sistema IBGE de Recuperação Automática
SINASC.....	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SPSS.....	Statistic Package for the Social Sciences
TCLE.....	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIVILLE.....	Universidade da Região de Joinville

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	13
3. REVISÃO	14
3.1 RAÇA/COR E SAÚDE.....	18
3.2 DESFECHOS GESTACIONAIS E RAÇA/COR	20
3.3 DESFECHOS NEONATAIS E RAÇA/COR	22
4. METODOLOGIA	24
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	24
4.2 QUESTOES ÉTICAS.....	24
4.3 LOCAL.....	24
4.4 POPULAÇÃO	24
4.5 FONTE E COLETA DE DADOS.....	25
4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	25
4.7 APRESENTAÇÃO E DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	28
5. RESULTADOS	29
6. DISCUSSÃO	34
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	43
ANEXOS	48
ANEXO A- CONFIRAMAÇÃO DE SUBMISSÃO DE ARTIGO	49
ANEXO B- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	50
ANEXO C- TERMO DE EXEQUIBILIDADE	51
ANEXO D- COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO	52

1. INTRODUÇÃO

Para avaliar as iniquidades em saúde no Brasil, é necessário resgatar as diferenças históricas que determinaram as diferentes 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, para as mulheres negras, que sofrem com o sexismo e o racismo (BRASIL, 2011).

A utilização de categorias raciais para avaliação das iniquidades em saúde deve considerar esta construção social das diferenças biológicas, e não somente as diferenças genéticas ou geográficas (MOUBARAC, 2013).

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 Correlata, realizada em Durban, na África do Sul (PETRUCCELLI; SABOIA, 2013).

A Política de Atenção Integral à Saúde da População Negra 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 a ampliação da percepção da influência da raça/cor, 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. (BRASIL, 2013a).

A raça/cor e 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 das condições de saúde devido à raça/cor no Brasil, nos Estados Unidos e no Reino Unido (ARAÚJO et al., 2009); (ZHANG et al., 2013); (KHALIL et al., 2013).

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 indígena (KABAD; BASTOS; SANTOS, 2012).

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, 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 expostas (BRASIL, 2010).

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 para que a assistência à saúde seja mais equânime. O cuidado pode desempenhar um papel importante para atenuar as disparidades em saúde, portanto esforços para melhoria da qualidade, e diretrizes claras para 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 mulheres (BRYANT et al., 2010).

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 avaliar a seguinte hipótese: A raça/cor influencia nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar as influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis em uma maternidade pública.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Descrever as características sociodemográfica das gestantes segundo a raça/cor;
- Comparar a raça/cor com os desfechos obstétricos desfavoráveis;
- Comparar a raça/cor com os desfechos neonatais desfavoráveis.

3. REVISÃO

Conforme as normas do Programa de Pós Graduação em Saúde e Meio Ambiente da UNIVILLE, este capítulo está apresentado no formato de artigo científico, o qual já foi submetido para publicação no periódico “Ciência e Saúde Coletiva”. A confirmação da submissão encontra-se no Anexo A.

Para delineamento da revisão de literatura, foi realizada uma busca nas bases de dados MEDLINE, Embase, Biblioteca Cochrane e LILACS para identificar as publicações entre 2005 e 2015 que abordassem a influencia da raça/cor materna nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis, utilizando as descritores *ethnic groups, pregnancy, newborns, delivery*, e os booleanos “and” e “or” para maior aproximação com o tema.

Os critérios de inclusão para os artigos foram:

A) População

- Gestantes com 18 anos ou mais

B) Critérios de exclusão

- Artigos publicados em idiomas que não inglês, português ou espanhol;
- Artigos que abordam as influências da raça/cor em desfechos não obstétricos ou neonatais;
- Artigos duplicados;
- Artigos com gestantes em condições específicas (DM, obesas)

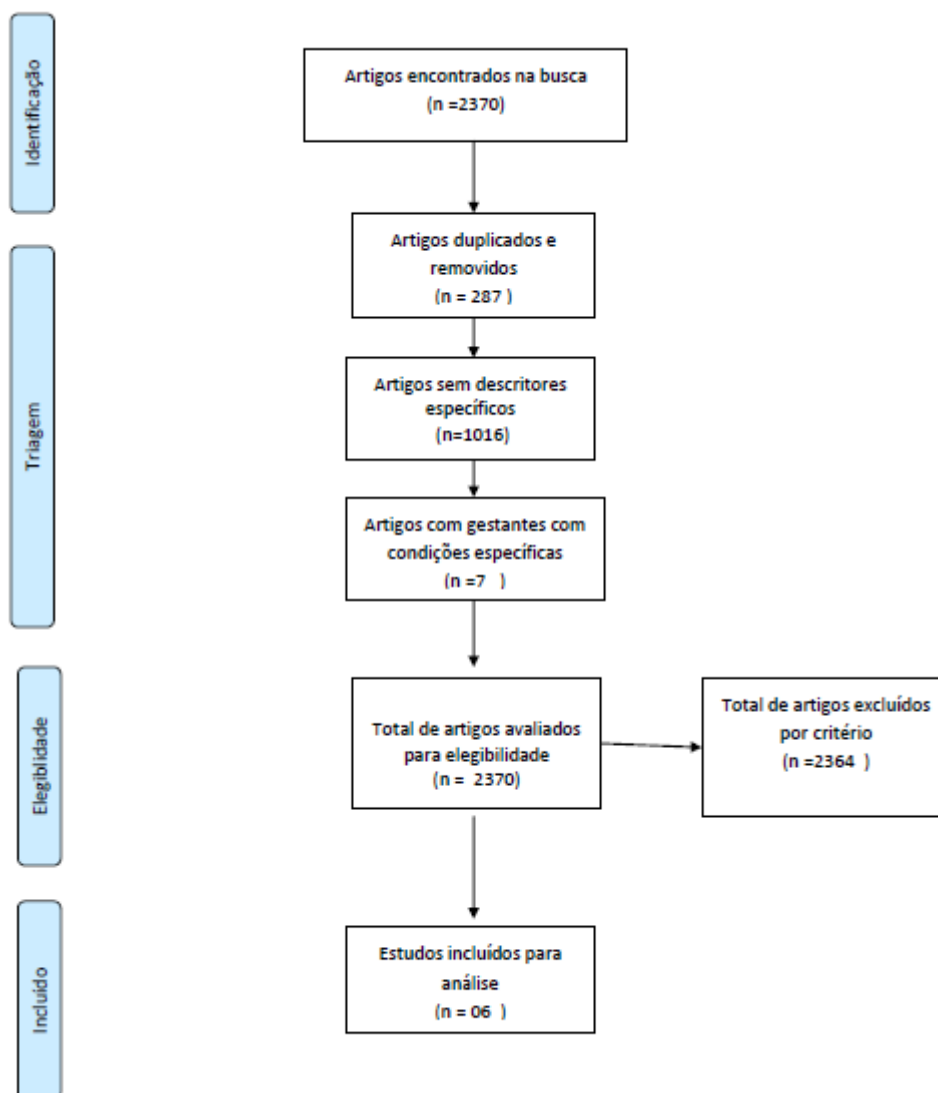
C) Desfechos avaliados

- Desfechos obstétricos;
- Desfechos neonatais

A partir da seleção inicial das bases de dados escolhidas, obteve-se 2370 artigos. Posteriormente foram avaliados considerando; trabalhos repetidos, leitura

dos descritores, leitura dos títulos, leitura dos resumos e análise metodológica, conforme exposto na figura abaixo.

Figura 1 – Diagrama de Fluxo



Fonte: Prisma 2009 Flow Diagram adaptado

Todos os estudos encontrados foram de coorte retrospectivo realizados nos Estados Unidos ou no Reino Unido. As categorias raciais utilizadas consideraram diferenças fenotípicas e/ou localização geográfica, e em todos os estudos esta variável foi heterodeclarada, conforme apresentado no quadro 1.

Quadro 1- Artigos encontrados nas bases de dados pesquisadas entre 2005 e 2015.

	Título	Autores	Ano	n	Publico alvo	Objetivo	Tipo de estudo	Resultados	Periódico
1	Adverse perinatal outcomes among Interracial Couples in the United States	GETAHUN, D.; ANANTH, C. V.	2005	21.005.786	Gestantes	Analisar desfechos neonatais por raça dos pais nos estados unidos	Estudo de coorte retrospectivo 1995- 2001	Mães negras maior risco. Natimorto. Pequeno. mortalidade	Obstetrics and Gynecology, american college of
2	Paradoxical trends and racial differences in obstetric quality and neonatal and maternal mortality	HOWELL, E. A. et al.	2013	74.452.979	Gestantes e neonatos	Avaliar a tendência por raça dos indicadores de cuidados obstétricos	Estudo de coorte retrospectivo US De 2000 -2009	Melhorias nos indicadores de qualidade não refletem por raça. Mortalidade neonatal e internação materna maior negras	Obstetrics and gynecology
3	Maternal racial origin and adverse pregnancy outcome: a cohort study	KHALIL, A. et al.	2013	76.158	Gestantes	Avaliar associação da raça e desfechos obstétricos	Estudo retrospectivo UK 2012	Pré-eclampsia, hipertensão, diabetes,pequeno idade gestacional	Ultrasound in obstetrics & gynecology

4	. Racial differences in prenatal care of mothers delivering very low birth weight infants.	PAUL, D. A. et al.	2006	1.234	Crianças baixo peso	Determinar se há diferenças raciais no cuidado pré-natal de crianças de baixo peso	Estudo de coorte retrospectivo 1993-2002	Branças mais propensas a receber esteroides pré-natal, tocolíticos e cesárea.	. Journal of perinatology
5	The mortality risk of expectant management compared with delivery stratified by gestational age and race and ethnicity.	ROSENSTEIN, M. G. et al.	2014	3.759.300	Gestantes	Avaliar o risco de mortalidade infantil por raça	Estudo de coorte retrospectivo na Califórnia 1997-2006	Natimorto, e morte infantil mais risco entre as negras e reduz com mais de 39 semanas.	. American journal of obstetrics and gynecology
6	. Racial disparities in economic and clinical outcomes of pregnancy among Medicaid recipients.	ZHANG, S. et al.	2013	1.472.912	Gestantes	Analisar as disparidades étnicas dos desfechos obstétricos e os custos médicos	Estudo de coorte retrospectivo em 14 estados americanos 2006-2007	Preeclampsia, pretermo, pequeno para IG, natimorto	Maternal and child health journal

Considerando os artigos encontrados foi possível dividir os resultados em 3 grupos; raça/cor e saúde, desfechos gestacionais e raça/cor e desfechos neonatais e raça/cor.

3.1 RAÇA/COR E SAÚDE

As disparidades raciais e étnicas na saúde ainda persistem, apesar dos progressos consideráveis nos serviços de saúde e avanços na qualidade do atendimento ao usuário. Muitos fatores contribuem para estas disparidades e agem de formas complexas. Portanto, estratégias para redução das iniquidades em saúde, precisam ser constantemente discutidas. Essas estratégias buscam não só reduzir as disparidades de saúde, mas também melhorar a eficiência e a equidade dos cuidados de todos os usuários. Ainda hoje, o diagnóstico, decisões de tratamento, bem como os sentimentos sobre os usuários, são influenciados pela raça/cor ou etnia e estereótipos associados a eles (INSTITUTE OF MEDICINE, 2002).

Joinville possui uma população de 515.228 habitantes, 70.989 (13,7%) são negros, e entre eles 35.000 são mulheres negras. A influencia da raça/cor na saúde pode ocorrer segundo o Ministério da Saúde de 4 formas, por agravos geneticamente determinados, adquiridos ou derivados de condições socioeconômicas desfavoráveis, de evolução agravada ou de tratamento dificultado e condições fisiológicas alteradas por condições socioeconômicas (BRASIL, 2013a).

Entre os geneticamente determinados, a anemia falciforme, deficiência de glicose 6 fosfato desidrogenase, e ainda com elevada frequência de genes responsáveis ou associados à hipertensão arterial e diabetes mellitus. Já, entre os derivados de condições desfavoráveis de vida da população negra, é possível elencar a desnutrição, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, anemia ferropriva, infecções sexualmente transmissíveis, doenças do trabalho, transtornos mentais resultantes da exposição ao racismo e ainda transtornos derivados do abuso de substâncias psicoativas, como o alcoolismo e a toxicomania (BRASIL, 2013a).

Com evolução agravada ou com tratamento dificultado, novamente em destaque estão a hipertensão arterial, diabetes mellitus, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer e mioma. Quanto às condições fisiológicas

alteradas por condições socioeconômicas ou de acesso ao serviço de saúde, e de maior relevância neste estudo estão o crescimento, gravidez, parto e envelhecimento (BRASIL, 2013a).

As condições de vida e saúde prévias a gravidez interferem na forma como a gravidez se desenvolve e em seus desfechos, assim como, as complicações neste período tornam as mulheres mais propensas a doenças cardiovasculares na vida adulta, como hipertensão arterial, doença isquêmica cardíaca e acidente vascular cerebral futuro.

A hipertensão arterial acomete uma em cada quatro pessoas adultas. Assim, estima-se que atinja em torno de 25 % da população brasileira nesta faixa etária. É responsável por 40% dos infartos, 80% dos acidentes vasculares e 25% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2013b).

A prevalência da hipertensão arterial na população negra é mais elevada, bem como é maior sua gravidade, particularmente quanto à incidência de hipertensão arterial maligna, acidente vascular encefálico e insuficiência renal crônica. Esse comportamento pode estar relacionado a fatores étnicos e/ou socioeconômicos (BRASIL, 2013b).

Dados norte-americanos mostram que há maior prevalência de obesidade do tipo troncular em negros, e caracteriza esta população como de maior risco para o desenvolvimento de diabetes mellitus e doenças cardiovasculares (BRASIL, 2001).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia, em estudo que avaliou a relação da raça/cor com a síndrome metabólica (hipertensão arterial, alterações lipídicas e glicídicas) identificou maior prevalência em mulheres negras, associada à obesidade central (BARBOSA et al., 2010).

O diabetes mellitus e a hipertensão arterial são a primeira causa de mortalidade e de hospitalização no Sistema Único de Saúde e representam mais da metade dos diagnósticos primários das pessoas com insuficiência renal crônica submetidos à diálise (BRASIL, 2013c).

Nos países em desenvolvimento, a hipertensão arterial gestacional é a principal causa de mortalidade materna, sendo responsável por um grande número de internações em centros de tratamento intensivo (BRASIL, 2013b).

3.2 DESFECHOS GESTACIONAIS E RAÇA/COR

A origem racial materna e os resultados adversos na gravidez são utilizados em diversos estudos internacionais. No Reino Unido, um estudo com 76.158 gestantes, encontrou o risco de morte fetal duas vezes maior em gestantes negras em comparação as brancas, além de taxas significativamente maiores em todos os resultados adversos (baixo peso, pré-eclampsia, pré-termo, doença hipertensiva específica da gravidez e diabetes mellitus gestacional), exceto cesárea eletiva.

As complicações na gestação e nos desfechos perinatais têm afetado de 13 a 20% das mulheres nos Estados Unidos todos os anos, entre eles estão pré-eclampsia, diabetes mellitus, morte materna e consequências em longo prazo como diabetes mellitus tipo dois, doenças hipertensiva e cardiovascular (ZHANG et al., 2013).

Quando estudam-se as disparidades em saúde é necessário ampliar olhar para os fatores modificáveis. Em um estudo realizado na Califórnia, foi elencado o acesso ao cuidado pré-natal, ultrassonografia, fatores sociais, econômicos, comportamentos de saúde e em menor escala os biológicos (ROSENSTEIN et al., 2014).

Nos Estados Unidos, o Centro Nacional de Saúde e as estatísticas de mortalidade perinatal e nascimento avaliaram 5.138.122 gestantes e encontraram um risco duas vezes maior de morte fetal entre as mulheres negras do que entre as brancas, com redução à medida que a idade gestacional aumenta. A maior escolaridade também esteve associada da redução do risco de morte fetal, no entanto reduz mais para as gestantes brancas do que para as negras. As complicações de parto também foram 10% maior entre as mulheres negra (WILLINGER; KO; REDDY, 2009).

A etnia da mãe afetou as complicações obstétricas em estudo realizado em Londres com 75.400 mulheres, entre elas hipertensão arterial, diabetes mellitus, prematuridade, feto pequeno ou grande para idade gestacional, natimorto, colestase obstétrica e cesariana de emergência. As gestantes negras tiveram risco 2,77 vezes maior de desenvolver pré-eclampsia, 1,38 vezes maior de ter doença hipertensiva específica da gravidez, 3,48 vezes maior de ter um feto pequeno para idade gestacional, 2,42 vezes maior de natimortalidade, 1,82 maior para diabetes mellitus

gestacional e 2,42 vezes maior para cesárea de emergência. Entre as causas elencadas para estas disparidades estão o acesso tardio ao pré-natal e a baixa escolaridade das gestantes negras (KHALIL et al., 2013).

Em estudo na Califórnia, mulheres negras também apresentaram menos anos de escolaridade, mais seguro público de saúde, desenvolveram pré-eclâmpsia e tiveram bebês pequenos para idade gestacional (ROSENSTEIN et al., 2014).

Entre gestantes diabéticas da Califórnia, mulheres negras tiveram mais hipertensão arterial crônica (11,6%), que as brancas (3,5%). Tiveram 1,57 mais chances de ter pré-eclâmpsia, 1,56 mais risco de prematuridade, duas vezes mais obesidade, fator este que favorece o desenvolvimento de comorbidades crônicas. Entre os fatores relacionados a estes riscos estão a falta de acesso ao pré-natal, quantidade e qualidade de consultas de pré-natal inadequadas, a falta de diagnóstico de diabetes mellitus pré-gestacional e de comorbidades crônicas. Em outro estudo, 64% das mulheres negras tiveram avaliação diagnóstica correta e 100% das mulheres brancas, sugerindo que as mulheres negras tiveram menos relação de confiança com os médicos (NGUYEN et al., 2012).

No Brasil, a hipertensão arterial e a diabetes mellitus ou gestacional são importantes fatores de risco a serem controlados. As alterações hipertensivas da gestação estão associadas a complicações graves fetais e maternas e a um risco maior de mortalidade materna e perinatal. A hipertensão arterial sistêmica acomete de 5% a 10% das gestações, já a diabetes gestacional é o problema metabólico mais comum na gestação e tem prevalência entre 3% e 13% das gestações. A prevalência estimada de diabetes gestacional no Brasil é de 7,6% entre as gestantes com mais de 20 anos (BRASIL, 2010).

As gestantes negras apresentam alto risco em todos os desfechos obstétricos avaliados ao longo de dois anos em 14 estados americanos. Com a redução destas disparidades também foi possível reduzir os custos médicos em aproximadamente 214 milhões de dólares, com ações envolvendo os múltiplos fatores resultados de complexas interações entre os riscos biológicos, psicológicos e ambientais que se acumulam através da vida da mulher (ZHANG et al., 2013).

De acordo com estudos analisados pelo Ministério da Saúde, o baixo peso ao nascer e o retardo de crescimento intrauterino tem maior prevalência em crianças

pobres no país. Sobre os riscos maternos nas síndromes hipertensivas da gestação, gestantes não brancas tiveram risco 14 vezes maior de pré-eclampsia, independente do fator de risco idade, pré-eclampsia prévia, obesidade e paridade (ASSIS; VIANA; RASSI, 2008).

Já as mulheres pretas e pardas, que constituem as mulheres negras, apresentaram condições desfavoráveis no nascer, apresentando-se em maior número entre gestantes adolescentes, com baixa escolaridade, sem trabalho remunerado e que precisaram procurar maior número de serviços de saúde para conseguir atendimento. Esta situação se manteve mesmo entre o grupo de maior escolaridade (LEAL; NOGUEIRA DA GAMA; BRAGA DA CUNHA, 2005).

3.3 DESFECHOS NEONATAIS E RAÇA/COR

Os principais eventos adversos neonatais são a natimortalidade e a mortalidade infantil. Os recém-nascidos de mulheres negras apresentam elevado risco de desenvolver ambos os eventos, chegando a apresentar mais que o dobro de risco que aqueles nascidos de mulheres brancas.

A taxa de mortalidade infantil nos Estados Unidos em 2001, foi de 5,7 por 1000 nascidos vivos brancos e de 14 por 1000 nascidos negros. Em estudo que analisou mais de 5 milhões de nascimentos na Califórnia, as gestantes negras apresentaram taxas de natimorto de 18 por 10.000 nascidos, enquanto mulheres brancas apresentaram 9,4 por 10.000. Crianças negras apresentaram taxas de mortalidade infantil de 24 por 10.000 nascimentos, enquanto crianças brancas tiveram taxa de 10,8 por 10.000 (ROSENSTEIN et al., 2014).

As complicações neonatais são mais altas em bebês nascidos com menos de 39 semanas. A prematuridade em 2001 nos Estados Unidos foi de 11% entre as brancas e 17,5% entre as negras. Apesar disso, as mães negras tiveram menos acesso aos esteroides para redução de morbidades associadas à prematuridade (PAUL et al., 2006).

No Reino Unido a morte fetal foi duas vezes mais elevada em mulheres negras, com taxas significativamente maiores em todos os desfechos neonatais desfavoráveis. Com associação ao acesso ao pré-natal tardio, baixa escolaridade e natimorto anterior (KHALIL et al., 2013).

O baixo peso ao nascer no ano de 2013 foi de 8% nos Estados Unidos considerando a população em geral, quando realizado o recorte racial entre as crianças negras este percentual sobe para 13%, quase o dobro do apresentado pelas crianças brancas, 7% no mesmo ano (MARTIN et al., 2015).

O principal componente da mortalidade infantil atualmente é o neonatal precoce (0-6 dias de vida) e 25% acontecem nas primeiras 24 horas, indicando uma relação estreita com a atenção ao parto e nascimento. A prematuridade, a malformação congênita, a asfixia intra-parto, as infecções perinatais e os fatores maternos são as principais causas, com uma proporção considerável de mortes preveníveis por ação dos serviços de saúde. Portanto é necessário aprofundar a compreensão dos processos de assistência no parto e nascimento em mulheres negras e os diferenciar em relação às brancas, para que se tenha um diagnóstico mais preciso a respeito das falhas assistenciais para este grupo de mulheres, se ocorrem, como e quando ocorrem (AUGUSTO, 2014).

O risco da natimortalidade chegou a 18 por 10 mil nascimentos, e de mortalidade infantil a 24 por 10 mil nascimentos entre as mulheres negras, entre as mulheres brancas foi de 9,4 e 10,8 respectivamente. Esta coorte Americana excluiu múltiparas, gestantes com hipertensão arterial e diabetes mellitus preexistentes, sugerindo a identificação além das questões biológicas de fatores modificáveis como cuidados no pré-natal, acesso a ultrassonografia, fatores sociais, econômicos e comportamentos de saúde (ROSENSTEIN et al., 2014).

4. METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa. Teve como objetivo avaliar as influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis.

4.2 QUESTÕES ÉTICAS

O projeto foi submetido à avaliação do comitê de ética da Universidade da Região de Joinville - UNIVILLE e foi aprovado com o parecer número 1.210.357 (Anexo B). Após a aprovação, a pesquisa foi autorizada por meio do Termo de Exequibilidade (Anexo C) da instituição coparticipante. A coleta dos dados foi realizada em banco de dados secundários da instituição, desta forma dispensando o uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No entanto, respeitando a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o sigilo das informações foi garantido durante a utilização dos dados coletados, que permanecerão sob posse e guarda da pesquisadora e após 5 anos da publicação serão apagados do meio digital.

4.3 LOCAL

A maternidade Darcy Vargas é uma instituição pública estadual de referência na Macrorregião de Joinville para assistência à saúde integral da mulher, recém-nascidos e família. O hospital dispõe de 132 leitos, sendo 96 obstétricos, 36 neonatais dos quais 10 são de UTI neonatal. Auxilia na formação de profissionais nas áreas correlatas por ser uma Unidade Hospitalar de Ensino e promove o bem estar no ambiente de trabalho, educação e saúde à comunidade e preservação do meio ambiente.

4.4 POPULAÇÃO

Foram incluídas todas as gestantes que internaram para parto, com data de admissão entre outubro de 2014 e setembro de 2015, maiores de 18 anos. Foram

excluídas 89 com gestações gemelares e 2 declaradas como amarelas, totalizando 5289 participantes.

4.5 FONTE E COLETA DE 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, respeitando as categorias propostas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) branca, preta, parda, amarela e indígena.

Quanto ao método de identificação, há baixo grau de discordância entre a autoatribuição e a heteroatribuição. Neste estudo esta informação foi heterodeclarada, conforme rotina da instituição (PETRUCCELLI; SABOIA, 2013).

Para avaliação de dois marcadores de inserção social, ocupação e renda, foram utilizadas informações do Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (SINASC) e do banco de dados do Sistema IBGE de Recuperação Automática (SIDRA), pois não são preconizados no banco de dados da instituição. É um limite do estudo.

4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

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. Para testar a homogeneidade dos grupos em relação às proporções, foi utilizado o teste Qui-quadrado ou o teste exato de Fisher para frequências menores que 5.

As variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde foram:

Idade: em anos completos agrupadas em quatro faixas etárias:

- a) < 20;
- b) 21 a 29;
- c) 30 a 34;
- d) >34 anos.

Escolaridade:

- a) analfabeto;
- b) alfabetizado;
- c) ensino fundamental incompleto;
- d) ensino fundamental completo;
- e) ensino médio incompleto;
- f) ensino médio completo;
- g) ensino superior incompleto;
- h) ensino superior completo.

Estado civil:

- a) com companheiro;
- b) sem companheiro;

Ocupação atual: (formal ou informal)

- a) com ocupação;
- b) sem ocupação;
- c) aposentada.

Número de filhos vivos:

- a) ≤ 3 ;
- b) >3 .

Número de filhos mortos:

- a) ≤ 2 ;
- b) >2 .

Número de consultas de pré-natal:

- a) ≤ 6 ;
- b) >6 .

Doenças anteriores à gestação:

- a) hipertensão crônica;
- b) diabetes pré-gestacional.

Para análise univariada foram utilizadas as variáveis de desfecho:

Diabetes gestacional:

- a) presente;
- b) ausente.

Hipertensão gestacional:

- a) presente;
- b) ausente

Tipo de parto:

- a) vaginal;
- b) cesárea;

Idade gestacional:

- a) < 37 semanas;
- b) 37 a 41semanas;
- c) > 41 semanas.

Peso ao nascer:

- a) < 2.500;
- b) 2.500 a 4.000;
- c) > 4.000 gramas.

Apgar no 1º e 5º minuto:

- a) < 7;
- b) ≥ 7 .

Malformação:

- a) presente;
- b) ausente

Óbito perinatal:

- a) presente;
- b) 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; macrossomia >4.000 gramas, Apgar 1º e 5º minuto < 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. Estas variáveis foram escolhidas pelo reconhecimento na literatura, da associação com os desfechos estudados. Intervalos de confiança de 95% (IC95%) foram estabelecidos. Sendo que eram considerados valores significativos quando $p < 0,05$.

4.7 APRESENTAÇÃO E DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados serão apresentados e divulgados na forma de artigo científico publicado em revista científica e de apresentação pública na universidade.

5. RESULTADOS

Conforme as normas do Programa de Pós Graduação em Saúde e Meio Ambiente da UNIVILLE, este capítulo está apresentado no formato de artigo científico, o qual já foi submetido para publicação ao periódico “Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health”. A confirmação da submissão encontra-se no Anexo D.

No período estudado foram avaliadas informações de 5289 participantes de gestação única, 4557 (86,2%) declaradas com raça/cor branca e 732 (13,8%) negra (pretas mais pardas). Foram excluídas 89 gestações gemelares e 2 declaradas com raça/cor amarela.

A variável ocupação, número de filhos vivos e mortos e estado civil tiveram uma perda de 10% em relação às demais, pois foram obtidas de banco de dados diferente.

A faixa etária prevalente foi 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, 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 das gestantes, de acordo com a raça/cor. Joinville, Santa Catarina, Brasil, 2014-2015.

	Brancas n=4557(%)	Negras n=732(%)	Valor de p
Idade (anos) n=5289			
≤ 20	979 (21,5)	166 (22,7)	0,48 *
21 - 29	2172 (47,7)	335 (45,8)	
30 - 34	808 (17,7)	123 (16,8)	
> 34	598 (13,1)	108 (14,8)	
Escolaridade n=5187			
Analfabeta	4 (0,1)	2 (0,3)	< 0,01 †
Alfabetizada	86 (1,9)	32 (4,4)	
Fundamental incompleto	790 (17,3)	84 (25,1)	
Fundamental completo	926 (20,3)	196 (26,8)	
Médio incompleto	586 (12,9)	92 (12,6)	
Médio completo	1736 (38,1)	196 (26,8)	
Superior incompleto	171 (3,8)	14 (1,9)	
Superior completo	257 (5,6)	15 (2,0)	
Estado civil n= 4717			
Sem companheiro	829 (18,2)	150 (20,5)	0,06 *
Com companheiro	3249 (71,3)	489 (66,8)	
Ocupação n=4717			
Com ocupação	1943 (42,6)	344 (47,0)	<0,01 †
Sem ocupação	2131 (46,8)	293 (40,0)	
Aposentada	4 (0,1)	2 (0,3)	

Testes estatísticos: * Qui quadrado; † Exato de Fischer.

*n= número de participantes com informação.

Entre as participantes, 3738 (79%) vivem com companheiro, sem significância estatística por raça/cor, 2424 (51%) estão sem ocupação, com diferença significativa ($p < 0,01$), sendo as gestantes negras maioria entre aquelas com ocupação.

Já quanto ao número de filhos, 4145 (88%) tem menos de 3 filhos vivos com diferença estatisticamente significantes ($p < 0,01$) por raça/cor, estando as negras entre aquelas com mais de 3 filhos vivos e 4563 (97%) das participantes com menos de 2 filhos mortos, como disposto na tabela 2.

Tabela 2: Características demográficas das gestantes, de acordo com a raça/cor. Joinville, Santa Catarina, Brasil, 2014-2015.

	Branças n=4557(%)	Negras n=732(%)	Valor de p
Número de filhos vivos n=4717			
≤ 3	3623 (79,5)	522 (71,3)	<0,01 *
> 3	455 (10,0)	117 (16,0)	
Número de filhos morto n=4717			
≤ 2	3944 (86,5)	619 (84,6)	< 0,83 *
> 2	134 (2,9)	20 (2,7)	
Número de consultas n=4233 pré-natais			
≤ 6	228 (5,0)	36 (4,9)	0,97 *
> 6	3431 (75,3)	538 (73,5)	
Doenças anteriores à gestação n= 202			
Hipertensão crônica	129 (2,8)	31 (4,2)	0,04 †
Diabetes pré-gestacional	33 (0,7)	9 (1,2)	0,15 †

Testes estatísticos: * Qui quadrado; † Exato de Fischer.

*n= número de participantes com informação.

Entre as participantes, 3% tinham hipertensão crônica, entre as gestantes negras esse percentual sobe para 4,2%, com significância estatística ($p=0,04$). 42 (1%) gestantes tinham diabetes pré-gestacional e 3969 (84%) realizaram mais de 6 consultas de pré-natal.

A Tabela 3 apresenta a análise univariada dos desfechos obstétricos e neonatais. As gestantes apresentaram 7% de diabetes gestacional, 5% de hipertensão gestacional, 62% tiveram parto cesárea, 92% com idade gestacional entre 37 e 41 semanas. Quanto ao peso de nascimento 86% dos recém-nascidos apresentaram peso adequado, com 96% apresentando apgar maior que 7 no 5º minuto. Nenhum dos desfechos apresentou diferença significativa segundo raça/cor.

Tabela 3 - Análise univariada dos desfechos gestacionais e perinatais, de acordo com a raça/cor. Joinville, Santa Catarina, Brasil, 2014-2015.

	Branca n=4557 (%)	Negra n=732 (%)	Valor de p
Doenças gestacionais n= 606			
Diabetes gestacional	297 (6,5)	54 (7,4)	0,38 *
Hipertensão gestacional	215 (4,7)	40 (5,5)	0,38 *
Tipo de parto n=4711			
Vaginal	1214 (26,6)	200 (27,3)	0,98 *
Cesárea	2830 (62,1)	467 (63,8)	
Idade gestacional n= 5289			
< 37	371 (8,1)	59 (8,1)	0,78 †
37 - 41	4183 (91,8)	673 (91,9)	
> 41	3 (0,1)	0 (0,0)	
Peso ao nascimento (gr) n= 5289			
< 2500	330 (7,2)	48 (6,6)	0,671 *
2500 - 4000	3944 (86,5)	634 (86,6)	
> 4000	283 (6,2)	50 (6,8)	
Apgar ao 1º minute n= 5247			
< 7	879 (19,3)	157 (20,1)	0,56 *
≥ 7	3637 (79,8)	574 (78,4)	
Apgar ao 5º minute n= 5255			
< 7	150 (3,3)	21 (2,9)	0,57 †
≥ 7	4366 (95,8)	699 (95,5)	
Malformação congênita n=19	15 (0,3)	4 (0,5)	0,36 †
Óbito n= 57			
Natimorto	41 (0,9)	10 (1,4)	0,231 †
Neomorto	6 (0,1)	0 (0,0)	...

Testes estatísticos: * Qui quadrado; † Exato de Fischer.

**n= número de participantes com informação.

Para avaliação da razão de chance dos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis segundo raça/cor foi realizada análise multivariada, com ajuste de potenciais efeitos das variáveis de confusão, conforme tabela 4. As variáveis de confusão utilizadas foram escolhidas considerando a conhecida relação destas com os desfechos avaliados.

Os desfechos obstétricos desfavoráveis nas gestantes negras não apresentaram diferença 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), prematuridade: (OR=1.29, IC95% 0.83-2.01).

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

Tabela 4 - 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 (IC 95%)	valor de p	OR Ajustado (IC 95%)	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	2830 (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
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 (0,0)

Abreviações: OR, *odds ratio*; IC, intervalo de confiança. 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).

6. DISCUSSÃO

A comparação das influências da raça/cor entre gestantes brancas e negras proposta neste estudo, identificou diferenças das gestantes negras em relação às brancas quanto à hipertensão crônica, baixa escolaridade, multiparidade e ocupação, e evidenciando 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 entre as condições, doenças ou agravos mais comuns na população negra estão aquelas adquiridas ou derivados de situações socioeconômicas desfavoráveis (BRASIL, 2001).

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 (MARTINS; AGODOA; NORRIS, 2012).

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 impacto social. A prevalência varia conforme a faixa etária, sexo, raça/cor, obesidade e presença de patologias associadas, como diabetes e doença renal. Nas mulheres em idade fértil, a prevalência varia de 0,6 a 2,0%. Embora a literatura mostre a raça negra como fator de risco para doença hipertensiva específica da gravidez, neste estudo não encontramos esta associação (FREIRE; TEDOLDI, 2009).

Muitas vezes as disparidades raciais podem ser corrigidas pelo acesso a adequado ao serviço de saúde, dessa forma, esta variável pode ter sido influenciada pelo número adequado de consultas pré-natal. O reconhecimento das susceptibilidades raciais pode ajudar a orientar a assistência e direcionar intervenções para diminuir o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares durante e após a gravidez (GHOSH et al., 2014).

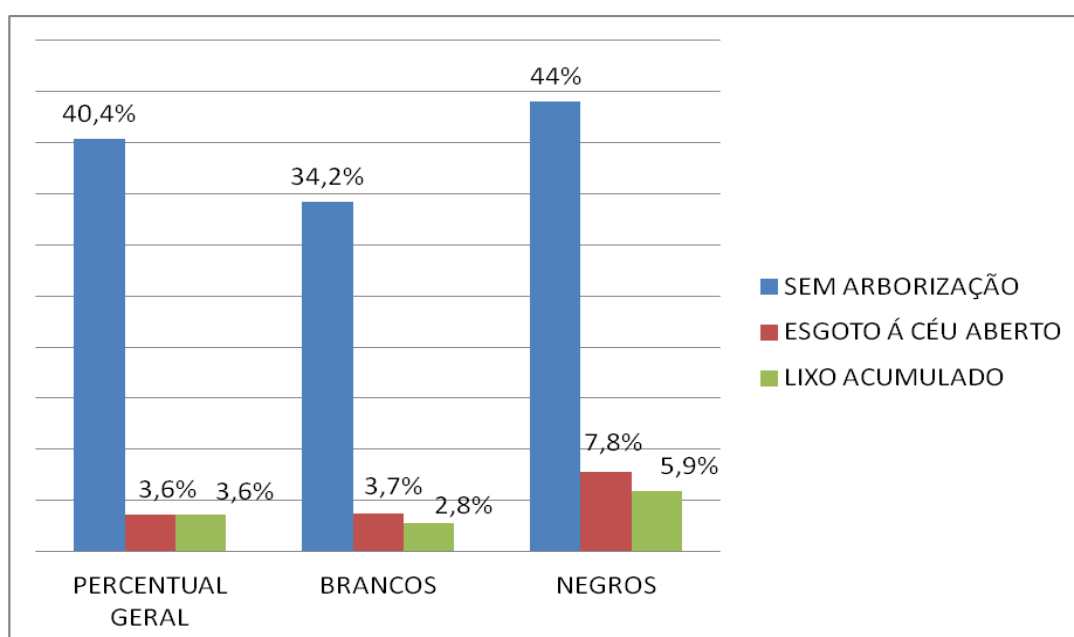
A raça/cor é elemento estruturante das desigualdades sociais no Brasil ao lado da classe social, gênero e região de moradia. Apesar da classificação racial ser baseada nas características físicas dos indivíduos, a discriminação racial e o racismo na sociedade brasileira decorrem da relação pejorativa que se faz entre os

aspectos culturais e físicos, observáveis na estética corporal e produzindo efeitos na inserção social, que é um produto das relações sociais (ARAÚJO et al., 2009) (BRASIL, 2016).

As desvantagens da população negra podem extrapolar os indicadores socioeconômicos e se estender para os indicadores de acesso aos serviços de saúde e indicadores de mortalidade. A questão das desigualdades sociais em saúde pode ser abordada a partir da verificação de diferenças absolutas nas condições de vida de diferentes populações, como observamos no Gráfico 1, ou através das diferenças relativas entre elas (CUNHA, 2008) (BARATA, 2001).

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 utilização dos serviços de saúde. 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 saúde (BARATA, 2009) (CUNHA, 2008).

Gráfico 1- Características do entorno dos domicílios em Joinville, segundo raça/cor, 2010.



Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2016.

A população negra no município de Joinville, reside nos domicílios com piores condições sanitárias, convivendo mais com a falta de arborização, esgoto à céu aberto e lixo acumulado, possibilitando um ambiente de maior risco à saúde.

Já 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 o serviço de saúde, o quanto compreende as orientações de autocuidado e cuidado com o bebê ao longo das consultas de pré-natal. Além disso, a baixa escolaridade tem associação com baixo peso ao nascer, multiparidade e menor número de consultas pré-natal (HAIDAR; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2001).

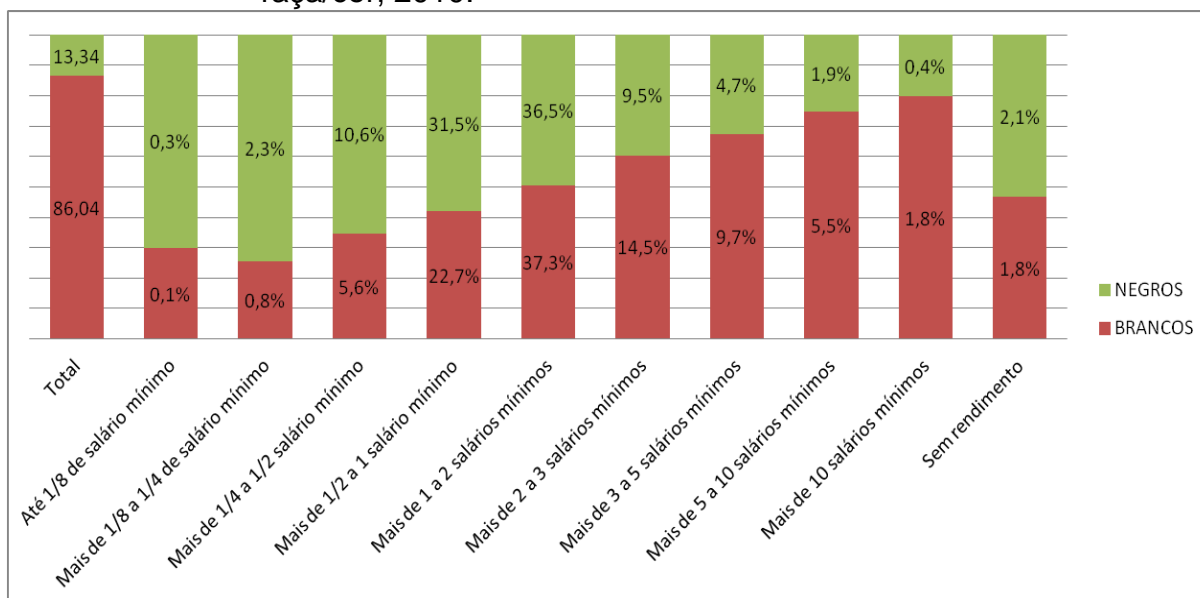
Neste estudo as gestantes negras prevaleceram entre aquelas com baixa escolaridade (analfabeta, alfabetizada, ensino fundamental). O principal determinante do acesso à educação e da progressão dentro de padrões de adequação (idade/série) é a renda familiar, com influência em todas as faixas de renda da variável raça/cor (ANDRADE; DACHS, 2007).

No Brasil, a população negra tem pior remuneração no mercado de trabalho, escolaridade mais baixa e sofre maiores restrições no acesso a serviços de saúde. Mesmo quando apresentam escolaridade idêntica aos brancos, não tem níveis de renda similares (CUNHA, 2008).

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 o dobro da população branca, reforçando esta sinergia entre os determinantes de acesso e progressão adequada à educação (IBGE, 2016).

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, (Gráfico 2), com maior prevalência da população negra entre aqueles vivendo com 1/8 de salário mínimo a 1 salário, com inversão da prevalência a partir de 1 salário mínimo até mais de 10 salários (BARATA, 2009) (IBGE, 2016).

Gráfico 2 – Distribuição salarial da população de Joinville-SC, segundo raça/cor, 2010.



Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2016.

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

O combate a desigualdades torna-se mais difícil no desenvolvimento de políticas públicas, principalmente quando a origem destas desigualdades não esta somente relacionada com as diferenças sociais, mas também com a discriminação racial (CUNHA, 2008).

A taxa de fecundidade no Brasil é de 1,7 filhas/os por mulher em idade fértil, a maioria das participantes tinha menos de 3 filhos vivos (88%) e menos de 2 filhos mortos (97%), entretanto as negras concentraram-se de maneira significativa entre aquelas com mais de 3 filhos vivos (MARCONDES et al., 2013).

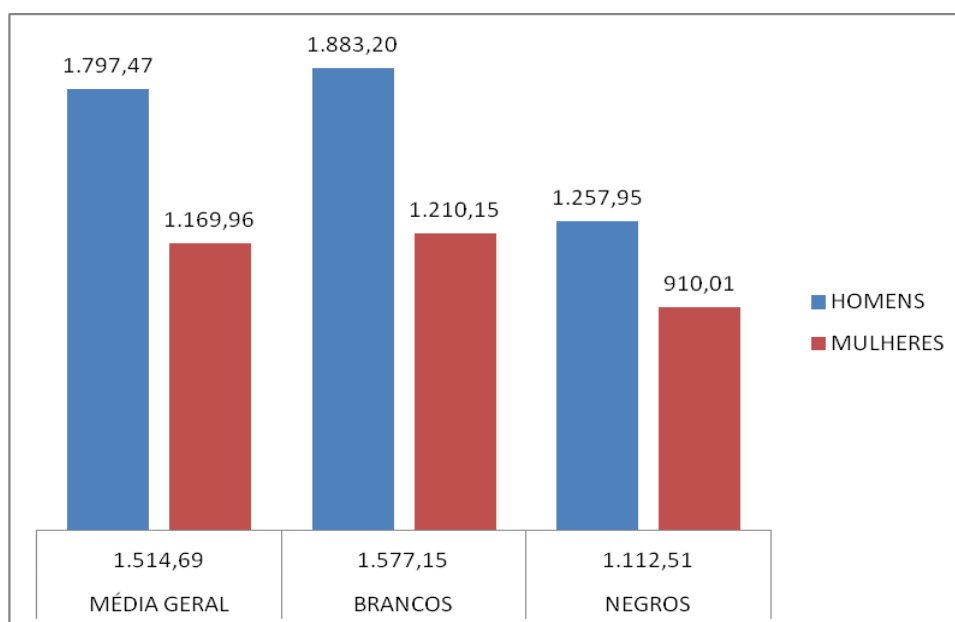
Os arranjos familiares brasileiros em 2012 apresentavam quase 38% dos domicílios com mulheres como a pessoa de referência. Entre as famílias com pessoa de referência do sexo feminino, 42,7% eram compostas por mulheres sem companheiro com filhas/os. As mulheres negras estavam à frente de 52,6% das famílias com pessoa de referência do sexo feminino (BRASIL, 2015).

Essa organização familiar faz com que as mulheres negras precisem garantir o sustento dos filhos. Embora haja maior número de mulheres negras com

ocupação, são predominantemente em condições precárias, o que dificulta a autonomia econômica (MARIANO; CARLOTO, 2013).

A média salarial segundo raça/cor e gênero no município também reflete esta assimetria de renda (gráfico 3), as mulheres negras apresentam média salarial 25% menor que as mulheres brancas (IBGE, 2016).

Gráfico 3- Média salarial por gênero e raça/cor, Joinville- SC, 2010.



Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2016.

As políticas sociais como programas de transferência direta de renda já demonstraram que contribuem para redução da pobreza e da desigualdade, principalmente para a população negra que vivencia de forma mais intensa esta condição (IPEA, 2014).

Quanto à razão de chance nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis segundo raça/cor, não foram evidenciadas diferenças significativas por raça/cor, diferente de outros achados em 14 estados americanos em as gestantes negras tiveram os piores desfechos (ZHANG et al., 2013).

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, independente do fator de risco idade, pré-eclampsia prévia, obesidade e paridade (BRASIL, 2013b).

Apesar de encontrarmos a hipertensão crônica de forma significativamente maior entre as gestantes negras, a hipertensão gestacional não teve o mesmo comportamento (OR =1.18, IC95% 0.72-1.94).

A diabetes gestacional estimada nacionalmente em 7,6%, também aparece em outros estudos com maior risco entre as mulheres negras, já neste foi de 6,6% sem diferenças significativas por raça/cor (OR=1.06, IC95% 0.70-1.60) (ASSIS; VIANA; RASSI, 2008); (WANG et al., 2012); (BRYANT et al., 2010).

O parto cesárea pode causar complicações significativas e às vezes permanentes, assim como sequelas ou morte, principalmente cesáreas de emergência. Segundo a OMS, o parto cesárea está relacionado com risco de morrer 3,5 vezes maior, de infecção puerperal 5 vezes maior e com prematuros, então recomenda que as instituições mantenham taxas entre 5 e 15%. As disparidades raciais foram identificadas em estudos internacionais, como maior taxa entre as gestantes negras. A região sul apresenta o percentual mais elevado de parto cesárea 60,1%, neste estudo foi de 62%, sugerindo riscos pela medicalização do parto independente da raça/cor (OR=1.10, IC95% 0.87-1.37) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014); (WASHINGTON et al., 2012).

Estima-se a prematuridade para o Brasil de até 11,3%, com registros de influência da raça/cor quando associada a escolaridade materna. Em estudos internacionais, o parto prematuro permanece como risco para as gestantes negras ainda que isoladas as variáveis sociodemográficas. No nosso estudo, foi de 8%, sem diferenças por raça/cor (OR=1.29, IC95% 0.83-2.01) (LEAL; GAMA; CUNHA, 2006) (KHALIL et al., 2013) (ZHANG et al., 2013)(32) (BRYANT et al., 2010).

A OMS estima que a prevalência de baixo peso ao nascer seja menor de 10%. 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 chance 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%. Em nossos achados, o baixo peso ao nascer foi de 7% sem diferenças por raça/cor (OR=0.72, IC95% 0.38-1.37) (MARTIN et al., 2015); (NILSON et al., 2015).

As diferenças raciais encontradas na literatura quanto à malformação não são claras quanto à relação com suscetibilidade genética, diferenças culturais, sociais e o que poderia modificar esta associação. Neste estudo, as diferenças quanto a malformação não foram encontradas (OR=1.98, IC95% 0.50-7.81) (EGBE et al., 2015).

Assim não se revelou associação da raça/cor com maior risco de um 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 disso, é difícil mensurar o impacto da colonização e consequente miscigenação no componente genético (GOODMAN, 2000).

Desse modo, para análise do recorte racial é preciso considerar além das diferenças numéricas com significância estatística, as questões históricas, sociopolíticas e econômicas, que contribuem para existência, manutenção ou ampliação dos diferenciais no interior dos grupos ou intergrupos, além disso, o racismo nem sempre se faz presente, de forma explícita e mensurável, nas interações (LOPES, 2005).

Os resultados da pesquisa sugerem desigualdades raciais, socioeconômicas, demográficas e de saúde da mulher negra. Dessa 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 a raça/cor.

A melhora nas condições de vida da mulher negra, especialmente quanto a renda e acesso ao sistema de ensino com progressão adequada, são essenciais para os indicadores de saúde desta população. Para este enfrentamento se faz necessário políticas de ações afirmativas para a população negra como

complemento das políticas universais, para garantir que a melhor inserção social da população negra resulte também na redução das desigualdades.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após adequação aos fatores de confusão não foram encontradas influências da raça/cor nos desfechos estudados, mesmo em desfechos com comprovada interferência genética em outros estudos, como a hipertensão gestacional e 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, diferente de outros lugares da América e mesmo da África (BRASIL, 2001) (PENA, 2005).

As influências da miscigenação e colonização não podem ser mensuradas, mas podem ter importante papel no componente genético nesta região, 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 a 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, acesso a serviço de saúde e 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 sociais. (LOPES, 2005)

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, C. Y. DE; DACHS, J. N. W. Acesso à educação por faixas etárias segundo renda e raça/cor. **Cadernos de Pesquisa**, v. 37, n. 131, p. 399–422, 2007.
- ARAÚJO, E. M. DE et al. A utilização da variável raça/cor em saúde pública: Possibilidades e limites. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 13, n. 31, p. 383–394, 2009.
- ASSIS, T. R.; VIANA, F. P.; RASSI, S. Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 91, p. 11–17, 2008.
- AUGUSTO, A. **Pesquisa Nacer no Brasil** : perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido Birth in Brazil survey : neonatal mortality profile , and maternal and child care Investigación Nacer en Brasil : perfil de mortalidad neon. p. 192–207, 2014.
- BARATA, R. B. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. **Revista USP**, v. 51, n. 1, p. 138–145, 2001.
- BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.120, 2009.
- BARBOSA, P. J. B. et al. Influência da cor de pele auto-referida na prevalência da síndrome metabólica numa população urbana do Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 94, n. 1, p. 34–40, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde . **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente**. Brasília: Ministério da saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de Alto Risco: Manual Técnico**. Brasília: Ministério da saúde , p. 302, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Racismo Como Determinante Social de Saúde**. Brasília: Secretaria de Promoção da Igualdade Racial, 2011.

BRASIL.Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra** : uma política para o SUS. 2 ed. Brasília: Ministério da saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica**: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da saúde, 2013c.

BRASIL. Secretaria de Política para Mulheres. **Relatório anual socioeconômico da mulher 2014**. Brasília: Secretaria de Política para Mulheres, p.185, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Temático Saúde da População Negra**. 10 ed. Brasília: Ministério da saúde, 2016.

BRYANT, A. S. et al. Racial/ethnic disparities in obstetric outcomes and care: prevalence and determinants. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 202, n. 4, p. 335–43, abr. 2010.

CUNHA, E. M. G. DA P. DA. O recorte racial no estudo das desigualdades em saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 79–91, 2008.

EGBE, A. et al. Effect of race on the prevalence of congenital malformations among newborns in the united states. **Ethnicity and Disease**, v. 25, n. 2, p. 226–231, 2015.

FREIRE, C. M. V.; TEDOLDI, C. L. Hipertensão Arterial na Gestação. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 93, n. 6 Suplem 1, p. 159–165, 2009.

GETAHUN, D. et al. Adverse Perinatal Outcomes Among Interracial Couples in the United States. **American College of Obstetricians and Gynecologists**, v. 106, n. 1, p. 81–88, 2005.

GHOSH, G. et al. Racial/Ethnic differences in pregnancy-related hypertensive disease in nulliparous women. **Ethnicity & disease**, v. 24, p. 283–289, 2014.

GOODMAN, A. H. Why genes don't count (for racial differences in health). **American Journal of Public Health**, v. 90, n. 11, p. 1699–1702, 2000.

Haidar, F. H.; Oliveira, U. F.; Nascimento, L. F. C. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 4, p. 1025–1029, 2001.

IBGE. **Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA**, 2016. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/download/k-11.csv>. Acesso em 24 set 2016.

INSTITUTE OF MEDICINE. Unequal Treatment - What Healthcare System Administrators Need to Know about Racial and Ethnic Disparities in Healthcare. **Shaping for the Future**, n. March, p. 1–8, 2002.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Situação social da população negra por estado**. Brasília: IPEA, p.115, 2014.

Kabad, J. F.; Bastos, J. L.; Santos, R. V. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 895–918, 2012.

Khalil, A. et al. Maternal racial origin and adverse pregnancy outcome: a cohort study. **Ultrasound in obstetrics & gynecology** : the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, v. 41, n. 3, p. 278–285, mar. 2013.

Leal, M. D. C.; Gama, S. G. N. da; Cunha, C. B. da. Desigualdades sociodemográficas e suas conseqüências sobre o peso do recém-nascido. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 3, p. 466–473, 2006.

Leal, M. D. C.; Nogueira da Gama, S. G.; Braga da Cunha, C. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista de Saude Publica**, v. 39, n. 1, p. 100–107, 2005.

Lopes, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1595–1601, 2005.

Marcondes, M. M. et al. **Dossiê Mulheres Negras**: Retrato das Condições de Vida das Mulheres Negras no Brasil. Brasília: IPEA, p.160, 2013.

MARIANO, S. A.; CARLOTO, C. M. Aspectos diferenciais da inserção de mulheres negras no Programa Bolsa Família. **Sociedade e Estado**, v. 28, n. 2, p. 393–417, 2013.

MARTIN, J. A. et al. Births: Final Data for 2013. **National vital statistics reports** : from the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System, v. 64, n. 1, p. 68, dez. 2015.

MARTINS, D.; AGODOA, L.; NORRIS, K. C. Hypertensive chronic kidney disease in African Americans: Strategies for improving care. **Cleveland Clinic Journal of Medicine**, v. 79, n. 10, p. 726–734, 2012.

MOUBARAC, J. Persisting problems related to race and ethnicity in public health and epidemiology. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 104–115, 2013.

NGUYEN, B. T. et al. The effect of race/ethnicity on adverse perinatal outcomes among patients with gestational diabetes mellitus. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 207, n. 4, p. 322.e1-322.e6, out. 2012.

NILSON, L. G. et al. Proporção de baixo peso ao nascer no Brasil e regiões brasileiras segundo variáveis sócio-demográficas. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat**, v. 8, p. 69–82, 2015.

PAUL, D. A. et al. Racial differences in prenatal care of mothers delivering very low birth weight infants. **Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association**, v. 26, n. 2, p. 74–78, fev. 2006.

PENA, S. D. J. Raça , Genética , Identidades E Saúde. **História, Ciência, Saúde-Manguinhos**, v. 12, n. 2, p. 321–346, 2005.

PETRUCCELLI, J. L.; SABOIA, A. L. **Características étnico-raciais da população: classificações e identidades**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

ROSENSTEIN, M. G. et al. The mortality risk of expectant management compared with delivery stratified by gestational age and race and ethnicity. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 211, n. 6, p. 660.e1-660.e8, dez. 2014.

WANG, Y. et al. Racial differences in the association between gestational diabetes mellitus and risk of type 2 diabetes. **Journal of women's health**, v. 21, n. 6, p. 628–33, 2012.

WASHINGTON, S. et al. Racial and ethnic differences in indication for primary cesarean delivery at term: experience at one U.S. Institution. **Birth (Berkeley, Calif.)**, v. 39, n. 2, p. 128–134, jun. 2012.

WILLINGER, M.; KO, C.-W.; REDDY, U. M. Racial disparities in stillbirth risk across gestation in the United States. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 201, n. 5, p. 469.e1-8, nov. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics**. Geneva (Switzerland): World Health Organization, 2014.

ZHANG, S. et al. Racial disparities in economic and clinical outcomes of pregnancy among Medicaid recipients. **Maternal and child health journal**, v. 17, n. 8, p. 1518–1525, out. 2013.

ANEXOS

ANEXO A- CONFIRAMAÇÃO DE SUBMISSÃO DE ARTIGO

PNPS2016 10 anos <pnps.10anos.csc@gmail.com

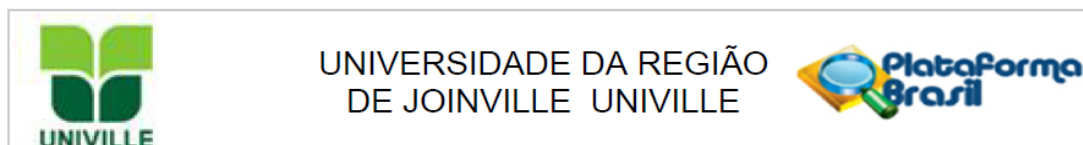
Bom dia Sra. Vanessa,

confirmamos e agradecemos o envio do artigo.

Atenciosamente,

Fabio Carvalho, em nome dos editores convidados.

ANEXO B- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A INFLUÊNCIA DA RAÇA NOS DESFECHOS OBSTÉTRICOS E NEONATAIS DESFAVORÁVEIS

Pesquisador: Vanessa Cardoso

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47362615.0.0000.5366

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DA REGIÃO DE JOINVILLE - UNIVILLE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.210.357

Apresentação do Projeto:

Como exposto em Parecer Consubstanciado Nº 1.186.925.

Objetivo da Pesquisa:

Como exposto em Parecer Consubstanciado Nº 1.186.925.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como exposto em Parecer Consubstanciado Nº 1.186.925. Os riscos mínimos foram explicitados pela pesquisadora responsável e estão de acordo com a Resolução 466/12 e complementares.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Como exposto em Parecer Consubstanciado Nº 1.186.925.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Como exposto em Parecer Consubstanciado Nº 1.186.925. A Folha de Rosto foi preenchida e anexada no sistema e o descarte digital dos dados oriundos da pesquisa foram devidamente explicitados.

Recomendações:

Não se aplica.

Endereço: Paulo Malschitzki, nº 10. Bloco B, Sala 17.

Bairro: Zona Industrial

CEP: 89.219-710

UF: SC

Município: JOINVILLE

Telefone: (47)3461-9235

E-mail: comitetica@univille.br

ANEXO C- TERMO DE EXEQUIBILIDADE

DECLARAÇÃO DE EXEQUIBILIDADE DE PROJETO DE PESQUISA

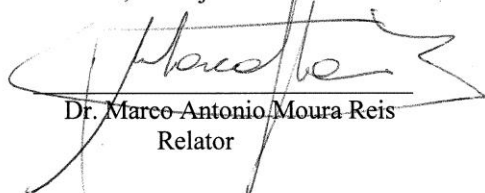
Declaramos para os devidos fins que à análise do projeto intitulado “A INFLUÊNCIA DA RAÇA NOS DESFECHOS OBSTÉTRICOS E NEONATAIS DESFAVORÁVEIS”, de responsabilidade da investigadora **Vanessa Cardoso Pacheco**, observamos que há condições de execução do mesmo no ambiente da Maternidade Darcy Vargas, não estando o mesmo associado a qualquer ônus ou prejuízo à instituição, pelo que **recomendamos seja o mesmo aprovado para execução** nos seus termos.

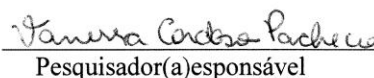
Saliente-se que o(s) investigador(es) ficam informados que:

- a) a apresentação de aprovação do projeto através Parecer Consubstanciado de Comitê de Ética em Pesquisa credenciado ao CONEP, se aplicável, é condição para o início do processo de pesquisa nesta Instituição;
- b) a execução da pesquisa deverá respeitar os limites definidos pelo projeto aprovado;
- c) que qualquer alteração do processo de pesquisa, bem como a extensão do seu prazo de execução deverá ser formalmente comunicado a este Departamento;
- d) este Departamento poderá, a qualquer momento, solicitar informações complementares acerca do processo de pesquisa ou de sua execução.
- e) que todo o processo de coleta de dados será realizado pela pesquisadora, limitando-se a Instituição a facilitar o acesso da pesquisadora aos registros disponíveis em seu ambiente.

Este Departamento fica à disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários pelo fone (47) 3461-5763.

Joinville, 23 de junho de 2015

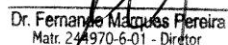

Dr. Marco Antonio Moura Reis
Relator


Pesquisador(a) responsável

PARECER DA DIREÇÃO:

- Execução autorizada
 Execução não autorizada

MATERNIDADE DARCY VARGAS


Dr. Fernando Matheus Pereira
Matr. 244970-6-01 - Diretor

Direção da MDV

ANEXO D- COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO

Logim: [vanessa.cardoso](#) [Português](#) [English](#) [Español](#)



[Início](#) [Autor](#) [Consultor](#) [Editor](#) [Mensagens](#) [Sair](#)

LISTA DE ARTIGOS EM AVALIAÇÃO

CSP_0140/17

Título: *As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis..*

Cadastro : 30/01/2017.

[[Abrir informações](#) | [E-mail para Secretaria Editorial](#)]