

Etnicidade: influência nos desfechos adversos perinatais

Ethnicity: influence in adverse perinatal outcomes

DOI:10.34117/bjdv7n7-495

Recebimento dos originais: 07/06/2021

Aceitação para publicação: 22/07/2021

Jean Carl Silva

PhD em Ciências Médicas (UNIFESP/SP);

Supervisor do setor de Alto Risco da Maternidade Darcy Vargas; Professor da graduação em medicina e do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Meio Ambiente da Universidade da Região de Joinville – UNIVILLE, Joinville (SC), Brasil.

R. Miguel Couto, 44 - Anita Garibaldi, Joinville - SC, 89202-190

E-mail: jeancarlsilva@gmail.com

Carla Gisele Vaichulonis

Mestre em Saúde e Meio Ambiente pela UNIVILLE – Universidade da Região de Joinville

Instituição de atuação atual: Enfermeira Chefe do Centro de Estudos Maternidade Darcy Vargas – Joinville, SC

R. Miguel Couto, 44 - Anita Garibaldi, Joinville - SC, 89202-190

E-mail: carlinhanurse@yahoo.com.br

Guilherme Schröder Stepic

Formação acadêmica mais alta: Acadêmico do curso de graduação em medicina da Universidade da Região de Joinville – UNIVILLE, Joinville (SC), Brasil.

Instituição de atuação atual: Graduação em medicina da Universidade da Região de Joinville – UNIVILLE, Joinville (SC), Brasil.

R. Ary Barroso, 74 - Floresta Joinville-SC CEP 89212200

E-mail: guilhermestepic@hotmail.com

Raduã Ramon Tesch Cataneo

Formação acadêmica mais alta: Acadêmico do curso de graduação em medicina da Universidade da Região de Joinville – UNIVILLE, Joinville (SC), Brasil.

Instituição de atuação atual: Graduação em medicina da Universidade da Região de Joinville – UNIVILLE, Joinville (SC), Brasil.

Endereço: R. Miguel Couto, 44 - Anita Garibaldi, Joinville - SC, 89202-190

E-mail: raduaramon.tc@gmail.com

Rodrigo Ribeiro e Silva

Formação acadêmica mais alta: Acadêmico do curso de graduação em medicina da Universidade da Região de Joinville – UNIVILLE, Joinville (SC), Brasil.

Instituição de atuação atual: Graduação em medicina da Universidade da Região de Joinville – UNIVILLE, Joinville (SC), Brasil.

R. Miguel Couto, 44 - Anita Garibaldi, Joinville - SC, 89202-190

E-mail: jeancarlsilva@gmail.com

Vítor Henrique Schulze

Acadêmico do curso de graduação em medicina da Universidade da Região de Joinville – UNIVILLE, Joinville (SC), Brasil.

Instituição de atuação atual: Graduação em medicina da Universidade da Região de Joinville – UNIVILLE, Joinville (SC), Brasil.

R. Miguel Couto, 44 - Anita Garibaldi, Joinville - SC, 89202-190

E-mail: vitor.schulze@hotmail.com

RESUMO

Avaliar a influência da etnicidade nos desfechos adversos perinatais em puérperas na Maternidade Darcy Vargas, Joinville – SC.

Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo, onde foi realizada a aplicação de entrevista que contemplou aspectos socioeconômicos e antecedentes obstétricos além da análise do prontuário eletrônico, no período de março de 2018 a fevereiro de 2019, na Maternidade Darcy Vargas. A população foi dividida em 3 grupos (brancas, pardas ou negras) e foi avaliado o perfil do recém-nascido e os desfechos adversos perinatais.

O estudo contou com 699 participantes. Avaliou-se as características pré-parto dessas gestantes e, após isso, foram avaliados os elementos pós-natais. Por fim, comparou-se os desfechos pós-natais em relação às brancas, avaliando assim a relação de desfechos entre brancas vs pardas e brancas vs negras. Observou-se, então, que as negras apresentaram 15,829 vezes mais chance de terem filhos com baixo peso ao nascer e 6,124 vezes mais chance de terem filhos com APGAR baixo no primeiro minuto, ambos em relação às brancas.

Conclui-se que a raça/etnia possui impacto sobre desfechos perinatais, de modo que gestantes negras apresentam um risco 15,829 vezes maior de terem filhos com baixo peso ao nascer e um risco 6,124 vezes maior de APGAR baixo no primeiro minuto.

Palavra-chave: Avaliação em Saúde, Cuidado Pré-Natal, Fatores Raciais.

ABSTRACT

Evaluate the influence of ethnicity on adverse perinatal outcomes in postpartum women at the Darcy Vargas Maternity Hospital, Joinville-SC.

This is a retrospective descriptive study, in which an interview was conducted covering socioeconomic aspects and obstetric history, in addition to the analysis of the electronic medical record, from March 2018 to February 2019, at the Darcy Vargas Maternity Hospital. The population was divided into 3 groups (white, mixed and black), the profile of the newborn and adverse perinatal outcome were evaluated.

The study had 699 participants. Pre-partum characteristics of these pregnant women were evaluated and, after that, the postnatal elements were evaluated. Finally, postnatal outcomes were compared in relation to whites, thus evaluating the relationship of outcomes between white vs mixed race and white vs black. It was observed that black women were 15,829 times more likely to have children with low birth weight and 6,124 times more likely to have children with low APGAR in the first minute, both compared to white women.

It is concluded that race/ethnicity has an impact on perinatal outcomes, such that black pregnant women have 15,829 times higher risk of having children with low birth weight and 6,124 times higher risk of low APGAR in the first minute.

Key-word: Health Evaluation, Prenatal Care, Race Factors.

1 INTRODUÇÃO

A multiplicidade de cenários envolvendo a qualidade e o acesso aos serviços de saúde é um fenômeno conhecido no Brasil, de modo que os serviços obstétricos não fogem dessa realidade. Embora essas diferenças de disponibilidade e de qualidade do atendimento em saúde não sejam uma peculiaridade local, a fim de se tentar entender a dinâmica dessa multiplicidade, tem-se a necessidade de primeiramente estabelecer o que significa uma inequidade ou uma disparidade em saúde, de mesmo modo que é importante identificar qual o elemento que serve de substrato para essa multiplicidade de cenários (ou seja, se a diferença do atendimento em saúde se dá com base na renda, na raça, na escolaridade e assim por diante).

O National Institute of Health (NIH) define disparidades em saúde como diferenças na incidência, prevalência, mortalidade e morbidade da doença e outras condições de saúde que existem em populações específicas (1). Dessa forma, percebe-se que, ao se falar de inequidade e de disparidade em saúde, tem-se uma noção prática de que essas diferenças (seja de características próprias das populações, de acesso ao sistema de saúde ou da qualidade de atendimento recebido) entre dadas populações são responsáveis ou influenciam desfechos diferentes para fenômenos comuns às diferentes populações. Um cenário no qual isso é perceptível é a obstetrícia, quando, por exemplo, a mortalidade materna é 3 a 4 vezes maior em gestantes negras do que em gestantes brancas (2, 3), ou o dado de que mães mais pobres possuem maior chance de terem partos prematuros (4). Ou seja, um mesmo fenômeno, que é o parto nesses exemplos acima citados, possui diferentes desfechos conforme uma dada população, caracterizando uma disparidade ou uma inequidade entre os grupos estudados.

Nesse contexto, as avaliações objetivas das disparidades nem sempre são fáceis, posto que os dados em obstetrícia em muitos casos não dependem exclusivamente de um único fator, nem sempre são elementos modificáveis ou são desfechos que ocorrem com pouca frequência (2). Isso faz com que não se consiga quantificar com precisão o impacto de certas características das populações nos desfechos obstétricos. Exemplo disso são as supracitadas raça/etnia e renda, em que, apesar de haver diversos artigos relacionado tais variáveis com diferentes desfechos na gestação, perinatal e até a posteriori, o real impacto por vezes não é muito claro, além da possibilidade de haver a sobreposição de fatores que ocorrem simultaneamente e que o impacto individual é difícil de separar do impacto conjunto da soma dos fatores (5, 6).

Ao se avaliar a influência da raça/etnia na obstetrícia, em países como os Estados Unidos, onde a avaliação estatística dos serviços de saúde é mais proeminente, observa-se que as taxas de mortalidade materna, mortalidade infantil e prematuridade foram maiores para negros do que para brancos (sendo que a maior taxa de mortalidade infantil, provavelmente está relacionada com a maior taxa de prematuridade) (2, 3, 5). Além disso, dentre as causas de morte materna, as gestantes negras sofreram mais com cardiomiopatia, tromboembolismo pulmonar (TEP) e doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) quando comparadas às brancas (3). Já no Brasil, onde os estudos acabam sendo mais regionalizados e não necessariamente de abrangência nacional, no que tange a mortalidade materna também se encontrou maior incidência em mães negras do que em brancas (7), sendo que só se encontrou maior incidência de DHEG entre negras do que em brancas (6).

No que tange a prematuridade, os achados divergem um pouco dos Estados Unidos, em que se encontrou que mulheres brancas tinham uma taxa menor de nascimentos de termo pleno (> 39 semanas) do que as negras, o que em parte foi atribuído a maior quantidade de cesáreas nas gestantes brancas do em gestantes negras (6). Isso foi traduzido na expressão “paradoxo perinatal” (6), o qual pode ser traduzido na ideia de que locais com melhor atendimento em saúde obstétrica apresentam maiores taxas de complicações perinatais, provavelmente pelas maiores taxas de partos induzidos ou cesáreas e de maior taxa de prematuridade, o que favorece a chance de complicações perinatais. Essas complicações perinatais, todavia, não são necessariamente específicas nos estudos citados, havendo variações de achados entre eles.

A partir disso, observa-se que a etnia ou a raça são elementos que muitas vezes estão relacionados com piores desfechos do parto, mas os mecanismos para tal não são bem conhecidos em muitos casos, nem qual dos fatores que pesa mais sobre os desfechos. Nesse contexto, nosso estudo compara essa variável buscando estabelecer quais desfechos foram mais afetados pela raça/etnia.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo. Foi realizada a aplicação de uma entrevista que contemplou aspectos socioeconômicos e antecedentes obstétricos, além da análise de prontuário eletrônico a fim de avaliar o perfil do recém-nascido e dos desfechos adversos perinatais. Foi uma amostra estratificada de puérperas, correspondente a 10% da população atendida na Maternidade Darcy Vargas (MDV).

A amostra foi selecionada aleatoriamente através do programa “Randomized Research” através da indicação de 10 dias por mês, realizada no período de março de 2018 a fevereiro de 2019, no qual os pesquisadores deveriam aplicar as entrevistas a todas as puérperas que tiveram seus partos na Maternidade Darcy Vargas. A população foi dividida em 3 grupos (brancas, pardas ou negras) conforme a auto declaração da etnia. Além disso, houve a divisão conforme faixas de rendas.

A coleta de dados teve início após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa. O projeto foi aprovado sob o número CAAE 82477318.1.0000.5363 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, Joinville, SC, Brasil. O estudo seguiu os critérios definidos pela Resolução 466/2012 cada puérpera assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido presencialmente.

Os critérios de inclusão foram: puérperas com mais de 18 anos, com gestação única que realizaram o pré-natal em Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde da cidade de Joinville – SC que falavam português, cujo parto tenha ocorrido na Maternidade Darcy Vargas (MDV). O critério de exclusão de pacientes foi: puérperas que se recusaram a participar da pesquisa após o início da entrevista.

Analisou-se os seguintes dados da população a fim de compreender seu perfil: características socioeconômicas da puérpera (idade, raça, escolaridade, renda, profissão remunerada, pessoas na casa), uso de substâncias (álcool, tabaco e drogas) durante a gravidez, antecedentes obstétricos (gesta, parto normal, cesariana, aborto, idade, 1ª gestação) , complicações na gestação (Doença Hipertensiva Específica da Gestação - DHEG, Diabetes Mellitus Gestacional - DMG), perfil do pré-natal (número de consultas, idade gestacional da primeira consulta), características do recém-nascidos (Capurro, peso RN, Apgar 1º minuto, Apgar 5º minuto) e desfechos adversos perinatais (prematuridade, Apgar baixo 1ºminuto, cesariana e internação em UTI neonatal) até 48 horas após o parto. Todos os dados foram obtidos através de entrevista com escuta qualificada e consulta ao Prontuário Eletrônico.

Concomitantemente à coleta foi realizada a digitalização dos dados em um banco eletrônico com dupla entrada, para verificação de concordância e possíveis erros de digitação. Foi utilizado o software estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21.0, para análises estatísticas dos dados. Todas as variáveis foram analisadas descritivamente, assim, as variáveis contínuas (numérica) foram estudadas por meio do cálculo de médias e desvios-padrão. Para as variáveis qualitativas, calcularam-se frequências absolutas e relativas. Para a verificação da hipótese de igualdade entre as

médias dos grupos, foi utilizado teste T de student, quando a distribuição foi normal, e o teste não paramétrico de Mann-Whitney quando o teste de normalidade foi recusado. O teste de normalidade utilizado foi o Kolmogorov-Smirnov. Para se provar a homogeneidade dos grupos em relação às proporções, utilizou-se o teste Qui-quadrado ou o teste exato de Fisher para frequências abaixo de 5.

Modelos de regressão logística multinomial foram construídos de modo a analisar a relação entre a raça e os desfechos adversos perinatais (como necessidade de internação em UTI neonatal, APGAR baixo, necessidade de parto cesárea, prematuridade e baixo peso ao nascer). Os fatores de confusão utilizados foram álcool, fumo e uso de drogas na gestação. Desse modo, estimou-se a relevância do efeito das variáveis pelo cálculo da razão de chances (Odds Ratio – OR) ajustada conforme fatores de confusão, com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Os valores foram considerados significativos quando $P < 0,05$.

3 RESULTADOS

A fim de compor o conjunto das 699 participantes do atual estudo, avaliou-se inicialmente as características pré-parto dessas gestantes (conforme apresentado na Tabela 1). Nessa avaliação foram incluídas características como: idade, gestações anteriores, desejo da mãe sobre a atual gestação, idade da primeira gestação, acesso ao pré-natal, escolaridade, estado civil, profissão remunerada durante a gestação, consumo de álcool na gestação, fumo na gestação, uso de drogas durante a gestação, doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) e diabetes mellitus gestacional (DMG).

Dentre essas características pré-natais, os 3 grupos (brancas, negras e pardas) eram comparáveis no que tange a idade, gestações anteriores (com exceção ao número de cesáreas anteriores), parto desejado, idade da primeira gestação, acesso ao pré-natal, escolaridade, estado civil, profissão remunerada, fumo na gestação, drogas na gestação, DHEG e DMG. Ou seja, os grupos só não eram comparáveis no número de cesarianas anteriores e o consumo de álcool na gestação.

Após a avaliação dos elementos pré-parto, avaliou-se os elementos pós-natais (conforme apresentado na Tabela 2). Os grupos eram comparáveis no que tange o Capurro, peso ao nascer, APGAR de primeiro e quinto minuto, necessidade de cesariana, prematuridade, baixo peso ao nascer, APGAR baixo no quinto minuto e necessidade de UTI neonatal. O único elemento analisado que não era comparável entre os três grupos era o APGAR baixo no primeiro minuto.

Por fim, comparou-se os desfechos pós-natais em relação às brancas (ou seja, tomou-se as gestantes brancas como padrão de comparação, avaliando-se assim a diferença de desfechos entre brancas vs. pardas e brancas vs. negras), conforme apresentado na Tabela 3.

Ao se analisar a comparação brancas vs. negras, obteve-se relevância estatística no baixo peso ao nascer e APGAR baixo no primeiro minuto, onde as negras apresentavam 15,829 mais chances de terem filhos com baixo peso ao nascer em relação às brancas e 6,124 mais chances de terem filhos com APGAR baixo no primeiro minuto em relação às brancas. Não houve diferença entre brancas e negras em relação a prematuridade, necessidade de UTI neonatal ou de cesariana. Ao se analisar a comparação brancas vs. pardas, nenhum dos desfechos pós-natais apresentou diferença com relevância estatística.

4 TABELAS

Tabela 1 - Características pré-natais avaliadas

	Brancas (n=459)	Negras (n=67)	Pardas (n=173)	P
Idade	26,41 (5,87)	26,00 (4,91)	25,56 (5,47)	0,318
Gestações Anteriores	2,15 (1,26)	2,37 (1,15)	2,14 (1,29)	0,159
Partos Normais	1,38 (1,19)	1,18 (1,19)	1,43 (1,28)	0,328
Cesarianas	0,56 (0,88)	0,88 (1,09)	0,53 (0,85)	0,038
Abortos	0,21 (0,50)	0,23 (0,63)	0,18 (0,48)	0,752
Parto Desejado	182 (39,7)	24 (35,8)	54 (31,2)	0,143
Idade 1ª gestação	21,10 (4,70)	20,57 (4,72)	20,18 (4,15)	0,200
IG 1ª consulta PN	8,82 (4,42)	10,20 (6,73)	8,87 (4,39)	0,896
Início do PN no 1º trimestre	398 (86,7)	51 (76,1)	143 (82,7)	0,055
Número de consultas PN	8,43 (2,18)	7,95 (2,64)	7,91 (2,50)	0,089
Escolaridade				0,254
Primário	113 (24,6)	24 (35,8)	45 (26,0)	0,149

Secundário	285 (62,1)	32 (47,8)	106 (61,3)	0,079
Superior	61 (13,3)	11 (16,4)	22 (12,7)	0,742
Estado Civil				
Casada/União Estável	313 (68,2)	36 (53,7)	114 (65,9)	0,065
Solteira/Outras	146 (31,8)	31 (46,3)	59 (34,1)	0,065
Profissão Remunerada	255 (55,6)	31 (46,3)	94 (54,3)	0,362
Álcool na Gestação	31 (8,2)	1 (1,9)	2 (1,5)	0,008
Fumo na Gestação	25 (5,4)	4 (6,0)	8 (4,6)	0,888
Drogas na Gestação	3 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,455
DHEG	46 (10,0)	6 (9,0)	21 (12,1)	0,678
DMG	17 (3,7)	1 (1,5)	11 (4,1)	0,170

Tabela 2 - Desfechos pós-natais analisados

	Branças (n=459)	Negras (n=67)	Pardas (n=173)	P
Capurro	38,96 (1,67)	39,43 (0,98)	38,82 (1,78)	0,077
Peso	3.347,53 (470,40)	3.365,00 (466,46)	3.297,33 (560,68)	0,628
Apgar de 1º minuro	7,82 (0,95)	7,55 (1,31)	7,74 (1,17)	0,258
Apgar de 5º minuto	8,92 (0,65)	8,71 (1,11)	8,87 (0,72)	0,103
Cesariana	135 (32,9)	23 (35,9)	58 (36,0)	0,737
Prematuridade	22 (4,8)	1 (1,5)	13 (7,5)	0,140
Baixo Peso ao Nascer	15 (3,3)	5 (7,5)	12 (6,9)	0,071
Apgar baixo de 1º minuto	23 (5,0)	10 (14,9)	10 (6,2)	0,007
Apgar baixo de 5º minuto	1 (0,2)	0 (0,0)	1 (0,6)	0,676
UTI neonatal	12 (2,6)	2 (3,0)	11 (6,4)	0,075

Tabela 3 - Comparação por razão de chances dos desfechos pós-natais entre brancas vs. negras e brancas vs. pardas

	<i>P</i>	<i>RC</i>	<i>IC 95%</i>
NEGRAS			
Prematuridade			
Baixo Peso ao Nascer	0,002	15,829	2,744-91,295
Apgar baixo de 1º minuto	0,000	6,124	2,280-16,448
UTI neonatal	0,832	0,772	0,071-8,354
Cesariana	0,442	1,297	0,669-2,515
PARDAS			
Prematuridade	0,751	0,786	0,177-3,484
Baixo Peso ao Nascer	0,890	1,121	0,224-5,622
Apgar baixo de 1º minuto	0,657	1,239	0,481-3,194
UTI neonatal	0,279	2,128	0,543-8,346
Cesariana	0,462	1,178	0,761-1,823

Fatores de Confusão: álcool, fumo e drogas na gestação.

5 DISCUSSÃO

Nosso estudo encontrou uma maior chance de negras terem filhos com baixo peso ao nascer e de terem um APGAR baixo no primeiro minuto em relação a mulheres brancas. Não encontramos diferença entre os desfechos perinatais de mulheres brancas e mulheres pardas. Tais dados são de relevância estatística e permitem uma melhor compreensão dos elementos por detrás da causa de se ter maior chance de baixo peso ao nascer e de APGAR baixo no primeiro minuto nas gestantes negras em comparação às brancas, uma vez que os grupos eram comparáveis em diversos dos fatores pré-natais analisados.

Iniciando a discussão pelos fatores pré-natais, ao avaliar a raça/etnia, nosso trabalho encontrou resultados semelhantes aos vistos em outros estudos. Encontrou-se igualmente gestantes com idade entre 20-34 anos, gestantes com escolaridade até o ensino

médio em sua maioria, com companheiro ou relação estável no momento da gestação e com profissão remunerada.

Apesar de não ter sido um resultado comparável entre os grupos do nosso estudo, encontrou-se uma diferença de quantidade de cesáreas prévias entre as raças, o que vai de encontro ao que Diniz et al. relataram em seu estudo com as gestantes na região Sudeste em 2011-2012 (6). Levanta-se a possibilidade desses diferentes achados ocorrerem por uma maior criteriosidade no sistema público de saúde na seleção das pacientes que necessitam de cesárea, apontando para uma possível mudança no paradigma anterior de que mulheres brancas tinham mais cesáreas do que mulheres negras.

Outro fator pré-natal que não era comparável entre os grupos era o consumo de álcool na gestação. Os motivos para essa diferença entre o consumo de álcool não são claros. Por se ter essa diferença entre os grupos no que tange o consumo de álcool, um dos elementos de confusão usado na avaliação dos dados foi o consumo de álcool. Essa correção é importante, uma vez que o consumo de álcool poder influir nos desfechos pós-natais, de modo que poderia se supor que haveria um incremento na quantidade de baixo peso ao nascer (um dos desfechos perinatais diferentes entre as raças encontrado em nosso estudo), possivelmente associado a uma Síndrome do Alcoolismo Fetal (SAF).

Seguindo para a avaliação dos desfechos pós-natais, em que se comparou os desfechos de gestantes negras em relação às brancas e gestantes pardas em relação às brancas, só obtivemos resultados estatisticamente significativos na comparação dos desfechos de gestantes negras vs. brancas, de modo que não houve resultados relevantes na comparação pardas vs. brancas.

O que nosso estudo demonstrou na comparação de desfechos perinatais entre gestantes negras e brancas é que as gestantes negras possuem 15,829 vezes mais chance de terem filhos com baixo peso ao nascer do que gestantes brancas, além de terem um risco 6,124 vezes maior de terem filhos com APGAR baixo no primeiro minuto. Ambos os resultados são importantes e concordantes com o encontrado em outros estudos, principalmente pela implicação que o baixo peso ao nascer e um baixo APGAR de primeiro minuto podem trazer para a criança, motivo pelo qual trataremos cada um desses elementos individualmente na sequência.

O escore APGAR é um instrumento difundido na prática obstétrica, sendo usado para avaliar o estado geral do bebê ao nascimento (APGAR de primeiro minuto), assim como em períodos posteriores (realizando a aferição do APGAR em quinto, décimo, décimo-quinto minuto e assim por diante). Para tal, avalia-se frequência cardíaca, padrão

de respiração, tônus muscular, irritabilidade reflexa e a cor do bebê, atribuindo uma nota de 0, 1 ou 2 para cada um desses critérios, sendo 10 a nota máxima possível e 0 a nota mínima possível (8).

Por muito tempo, associou-se o APGAR de primeiro minuto como uma medida para indicação de necessidade de reanimação neonatal, mas esse critério já não é verdadeiro em sua totalidade, usando-se muito mais a frequência cardíaca como parâmetro atual para tal finalidade. Já o APGAR de quinto minuto manteve ainda sua relevância em avaliar a eficácia das manobras de reanimação realizadas, sendo ideal se obter um APGAR de quinto minuto maior ou igual a 7. Caso o APGAR de quinto minuto seja menor do que 7, tem-se a associação de maior mortalidade infantil, além de maior risco para disfunções neurológicas nesses indivíduos (9).

Dessa forma, o APGAR de primeiro minuto não possui correlação direta com piores desfechos perinatais específicos, mas, como um de seus critérios é a frequência cardíaca, um APGAR baixo de primeiro minuto ainda pode indicar uma necessidade de maiores intervenções no recém-nascido (desde que um dos elementos que causou a baixa desse escore de APGAR de primeiro minuto foi uma frequência cardíaca < 100 bpm ou até mesmo ausente). Essas maiores intervenções se traduzem em maiores custos para o sistema de saúde, o que se torna especialmente problemático por não se conseguir atuar de forma mais preventiva e custo-efetiva.

Ao se buscar na literatura, observa-se que diferentes fatores podem causar uma baixa do APGAR, como sedação ou anestesia materna, malformações congênitas, baixo peso fetal ao nascimento (BPN), idade gestacional, trauma ou até mesmo diferenças entre observadores que quantificaram o APGAR no momento do parto (9). Nosso estudo encontrou uma quantidade de partos prematuros comparáveis entre as raças, de modo que a idade gestacional provavelmente não é o causador desse menor APGAR de primeiro minuto em negras. A analgesia e sedação materna não foram avaliadas em nosso estudo, mas são elementos que a literatura aponta como sendo menos usado em gestantes negras se comparado a gestantes brancas (10), de modo que se esperaria uma quantidade maior de baixo APGAR em gestantes brancas e não nas gestantes negras.

Como o BPN é identificado uma das causas de baixo APGAR no primeiro minuto, pode-se ter uma correlação entre os desfechos perinatais adversos encontrados em nosso estudo, em que o risco aumentado para baixo peso ao nascer para as gestantes negras pode estar associado com o maior risco de baixo APGAR de primeiro minuto para essas mesmas gestantes.

Outro resultado com relevância estatística encontrado em nosso estudo foi o achado de que gestantes negras apresentavam 15,829 vezes mais risco de terem filhos com baixo peso ao nascer (BNP) do que gestantes brancas. Primeiramente, é importante ressaltar que o critério adotado para estabelecer baixo peso, de modo que a OMS reconhece como baixo peso ao nascer a criança nascida com menos de 2.500g (11). E a avaliação do peso ao nascer é extremamente importante, uma vez que um baixo peso está diretamente relacionado com maior mortalidade infantil, maior risco de doenças neurológicas (12, 13) e doenças renais (14, 15).

As causas de BNP podem ser diversas, como prematuridade, restrição de crescimento intraútero, insuficiência placentária, diabetes mellitus prévia à gestação, doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), consumo de álcool e drogas durante a gestação, entre outros (16). Ao analisar a prematuridade, uma vez que em outros estudos se associava piores desfechos em gestações em negras pela maior taxa de prematuridade nessa população (2, 6), não foi possível identificar essa interferência em nosso estudo, uma vez que as gestantes eram comparáveis no que tangia a prematuridade. Doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), que em outros estudos foram relatados mais comumente em negras (3, 6), além de ser uma causa conhecida de baixo peso ao nascer, não foi associada como causa em nosso trabalho, uma vez que a DHEG se apresentou comparável entre as raças.

6 CONCLUSÃO

A partir dos resultados de nosso estudo, encontra-se que a raça/etnia possui impacto sobre desfechos perinatais, de modo que gestantes negras apresentam um risco 15,829 vezes maior de baixo peso ao nascer (BNP) e um risco 6,124 vezes maior de APGAR baixo no primeiro minuto em comparação às brancas. Não houve diferença nos desfechos perinatais entre pardas e brancas. Algumas hipóteses para essas disparidades foram levantadas nesse trabalho, abrindo espaço para futuros estudos com o objetivo de elucidar tais questões.

REFERÊNCIAS

1. BRAVEMAN, Paula A.; KUMANYIKA, Shiriki; FIELDING, Jonathan; et al. Health Disparities and Health Equity: The Issue Is Justice. *American Journal of Public Health*, v. 101, n. S1, p. S149–S155, 2011.
2. Quality of Care and Disparities in Obstetrics. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, v. 44, n. 1, p. 13–25, 2017.
3. PETERSEN, Emily E. Racial/Ethnic Disparities in Pregnancy-Related Deaths — United States, 2007–2016. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, v. 68, 2019. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/68/wr/mm6835a3.htm>>. Acesso em: 1 jul. 2021.
4. SADOVSKY, Ana Daniela Izoton de; MATIJASEVICH, Alicia; SANTOS, Iná S.; et al. Socioeconomic inequality in preterm birth in four Brazilian birth cohort studies. *Jornal de Pediatria*, v. 94, n. 1, p. 15–22, 2018.
5. Racial and ethnic differences in preterm birth: A complex, multifactorial problem. *Seminars in Perinatology*, v. 41, n. 8, p. 511–518, 2017.
6. DINIZ, Carmen Simone Grilo; BATISTA, Luís Eduardo; KALCKMANN, Suzana; et al. Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). *Saúde e Sociedade*, v. 25, n. 3, p. 561–572, 2016.
7. RODRIGUES ARM, CAVALCANTE AES, VIANA BA. Mortalidade materna no Brasil entre 2006-2017: análise temporal. *RETEP | Revista Tendências da Enfermagem Profissional*, 2019; 11(1): 3-9.
8. MARTINS-COSTA, Sérgio. *Rotinas em Obstetrícia*. 7 ed. Artmed, 2017.
9. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN; AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS COMMITTEE ON OBSTETRIC PRACTICE. The Apgar Score. *PEDIATRICS*, v. 136, n. 4, p. 819–822, 2015.
10. LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; CUNHA, Cynthia Braga da. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 1, p. 100–107, 2005.
11. ORGANIZATION, World Health; FUND (UNICEF), United Nations Children's. Low birthweight: country, regional and global estimates. [s.l.]: World Health Organization, 2004. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43184>>. Acesso em: 1 jul. 2021.
12. FRANZ, Adelar Pedro; BOLAT, Gul Unsel; BOLAT, Hilmi; et al. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Very Preterm/Very Low Birth Weight: A Meta-analysis. *Pediatrics*, v. 141, n. 1, p. e20171645, 2018.

13. WANG, Chengzhong; GENG, Hua; LIU, Weidong; et al. Prenatal, perinatal, and postnatal factors associated with autism: A meta-analysis. *Medicine*, v. 96, n. 18, p. e6696, 2017.
14. SELEWSKI, D. T.; CHARLTON, J. R.; JETTON, J. G.; et al. Neonatal Acute Kidney Injury. *PEDIATRICS*, v. 136, n. 2, p. e463–e473, 2015.
15. GILARSKA, Maja; RAAIJMAKERS, Anke; ZHANG, Zhen-Yu; et al. Extremely Low Birth Weight Predisposes to Impaired Renal Health: A Pooled Analysis. *Kidney and Blood Pressure Research*, v. 44, n. 5, p. 897–906, 2019.
16. NEULS, C. S. Interferência dos fatores de risco na gestação no baixo peso ao nascer em uma maternidade de Dourados-MS. *Brazilian Journal of Development*, v. 5, n. 10, p. 17600–17627, 2019.