

O Quesito Raça/Cor no DataSUS: evolução e determinantes da completude

Rony Coelho¹, Jéssica Remédios¹, Victor Nobre¹, Matías Mrejen¹

¹Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

Resumo

- São analisados os níveis de completude de raça/cor de quatro dos principais sistemas do DataSUS: o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC); o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); o Sistema de Informações Hospitalares (SIH); e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA);
- O nível de preenchimento de raça/cor nesses sistemas é heterogêneo. Ao longo dos últimos anos, o SINASC e o SIM apresentaram completude bastante elevada. Já o SIH e o SIA tiveram ganhos incrementais, mas com níveis de completude bem menores;
- No SIH, atendimentos feitos em estabelecimentos municipais apresentaram maior probabilidade de ter o quesito raça/cor incompleto, e atendimentos de alta complexidade estão associados a maiores probabilidades de ter o quesito completo;
- No SIA, atendimentos com ausência de preenchimento de outras variáveis (por exemplo, sexo) têm maiores probabilidades de ter o quesito raça/cor também incompleto. Procedimentos de média e alta complexidade apresentaram, na média, maiores probabilidades de tê-lo preenchido;
- Levar esses fatores em consideração, dentre outros analisados, é necessário para a melhoria da qualidade do preenchimento do quesito raça/cor nos dados do DataSUS, o que por sua vez é essencial para avaliar as desigualdades raciais em saúde bem como para melhor focalização das ações da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

Introdução

Os debates sobre os usos da categoria raça/cor nas publicações de saúde ganharam fôlego nos últimos anos. Publicações nacionais (Santos et al., 2022) e internacionais (Flanagin et al., 2021; Lancet, 2022; Nature, 2023) têm reconhecido a importância da classificação étnico-racial, baseada em categorias socialmente construídas, para melhor compreender as especificidades dos determinantes sociais da saúde em diferentes contextos.

O Brasil é um dos poucos países que têm seu sistema de classificação racial baseado na noção de cor (Morning, 2015). Desde a década de 1940, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) utiliza em suas pesquisas populacionais a combinação de categorias de raça ou cor, sendo elas: branca, preta, amarela, parda e indígena (Alfredo Guimarães, 2012).

Em relação à inclusão do quesito raça/cor nos dados de saúde, a expansão do Movimento Social Negro na década de 1970 (Brasil, 2013) e do Movimento de Mulheres Negras colocou em destaque reivindica-

ções relacionadas à saúde, culminando na Marcha Nacional Zumbi dos Palmares, em 1995, que resultou na criação do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para a Valorização da População Negra (Carvalho et al., 2022). Em 1996, uma das propostas do GTI foi a inserção do quesito racial na Declaração de Nascidos Vivos e de Óbitos (Werneck, 2016).

Já em 1998, o Ministério da Saúde publicou o documento “A Saúde da População Negra, realizações e perspectivas” e lançou a Portaria nº 3.947, que aprovou os atributos comuns a serem adotados por todos os sistemas e bases de dados da saúde, divididos entre atributos mínimos e dados complementares para reconhecimento do indivíduo. O quesito raça/cor fazia parte desses dados complementares, deixando margem para o entendimento de que não havia obrigatoriedade de seu preenchimento uma vez que o campo não fazia parte dos atributos mínimos para identificação do indivíduo.

Foi somente em 2017 que o preenchimento do quesito raça/cor se tornou obrigatório nos Sistemas de Informação de Saúde (SIS), com a publicação da Por-



taria nº 344 do Ministério da Saúde.¹ Porém a legislação ainda não foi efetivada. Apesar da obrigatoriedade, ainda consta nos formulários de coleta o campo “sem informação”, o que dá margem para uma grande quantidade de dados não completos. Somente mais recentemente, na última reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite, realizada em março de 2023, definiram-se esforços coordenados para que não seja permitido o cadastro de novos usuários do SUS utilizando o domínio “99” (“sem informação”), além de ajustes no sistema para qualificação dos cadastros antigos, exigindo a atualização do campo raça/cor sempre que um cadastro for editado/modificado.² Resta saber como e se realmente se dará essa efetivação e quais serão os impactos nos dados raciais de saúde.

Nos últimos anos, a literatura tem registrado melhoria na coleta desses dados, mas sem indicar quais possíveis fatores associados aos menores ou maiores níveis de completude. Os estudos existentes não explicam quais são os determinantes das diferenças entre estados, municípios e estabelecimentos de saúde (Carvalho et al., 2022; Braz et al., 2013; Mendes, 2020). Essa compreensão é necessária para subsidiar os debates sobre qualidade dos dados de raça/cor na saúde e auxiliar no desenho e implementação de políticas públicas focadas em reduzir as desigualdades raciais nessa área.

Nesta Nota Técnica (NT), avaliamos a evolução e os fatores associados à completude do quesito raça/cor nos dados de quatro dos principais SIS presentes no DataSUS: o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA). Partimos do conceito de completude que diz respeito ao “grau em que os registros de um sistema

de informação possuem valores não nulos” (Correia, Padilha e Vasconcelos, 2014) e, acrescentamos, válidos. Primeiramente, descrevemos a evolução da completude a nível nacional e regional desde a data de inclusão do quesito em cada sistema. Adicionalmente, classificamos o grau de completude de cada sistema em cada unidade da federação ao longo do tempo segundo critérios escalonados (Costa e Frias, 2009; Romero e Cunha, 2006). Na sequência, utilizamos análises de regressão múltipla para entender quais características dos municípios (para todos os sistemas) e dos atendimentos e estabelecimentos (para o SIH e o SIA) explicam as diferenças nos níveis de completude.

A NT está organizada nas seguintes seções, além dessa Introdução: Metodologia, Resultados, Discussão e Considerações finais.

Dados e Metodologia

Ao analisar os quatro SIS, focamos no período desde o ano inicial da disponibilidade do dado, em cada sistema, até o dado consolidado mais recente disponível. No caso do SIM e SINASC, os dados vão de 1996 até 2020, e do SIH e SIA, de 2008 até 2022. As informações básicas desses sistemas são sintetizadas na Tabela 1.

Em todos os sistemas, o quesito raça/cor segue a classificação oficial do IBGE. Seguindo a definição de completude, consideramos como valores não nulos e válidos toda entrada que condiz com uma dessas cinco categorias. Informações faltantes, em branco, ou classificadas como “ignorada” ou “sem informação” (registradas como “99”, “00” ou “999”) foram categorizadas como valores incompletos/nulos. A partir desses valores binários, calculamos os níveis de completude de cada sistema como o percentual do total de observações com valores não nulos no quesito raça/cor.

Seguindo escala proposta na literatura (Costa e Frias, 2009; Romero e Cunha, 2006), classificamos os níveis de completude no nível estadual. Nessa categorização escalonada, a completude é classificada como “excelente” se o nível está acima de 95% de valores não nulos e válidos; como “bom”, se está entre 90 e 95%; “regular”, se entre 70 a 89%; “ruim”, se entre 50 a 69%; e “muito ruim” se ficar abaixo de 50%.

Começamos a análise por descrever e comparar a evolução do nível de completude dos sistemas de informação nos níveis nacional, regional e dos estados.

¹A Portaria nº 344/2017 dispõe que: “Art. 1º A coleta do quesito cor e o preenchimento do campo denominado raça/cor serão obrigatórios aos profissionais atuantes nos serviços de saúde, de forma a respeitar o critério de autodeclaração do usuário de saúde, dentro dos padrões utilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e que constam nos formulários dos sistemas de informações da saúde como branca, preta, amarela, parda ou indígena.

Art. 2º No casos de recém-nascidos, óbitos ou diante de situações em que o usuário estiver impossibilitado para a autodeclaração, caberá aos familiares ou responsáveis a declaração de sua cor ou pertencimento étnico-racial. Parágrafo único. Nos casos em que não houver responsável, os profissionais de saúde que realizarem o atendimento preencherão o campo denominado raça/cor”.

²Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2023/03/4.-c-Demanda-rac%CC%A7a-cor.pdf>.

**Tabela 1. Inclusão do quesito raça/cor nos SIS**

Sigla	Sistema de informação em Saúde (SIS)	Início	Inclusão do quesito raça/cor	Documento Básico
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade	1975	1996	Declaração de óbito (DO)
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos	1990	1996	Declaração de Nascidos Vivos (DNV)
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares	1991	2008	Autorização de internação hospitalar (AIH)
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais	1994	2008	Boletim de Produção Ambulatorial (BPA)

Fonte: Adaptado de Camargo Júnior et al., 2007.

Na sequência, realizamos análises de regressão multivariada no nível do município de forma separada para cada sistema com os dados de 2019, último ano com dados completos antes da pandemia de COVID-19. Em cada caso, a variável dependente é a porcentagem de completude do quesito raça/cor no sistema. Fatores sociodemográficos e de recursos de saúde no nível do município são incluídos como variáveis independentes (explicativas) nessas análises.

Por fim, aprofundamos a pesquisa para o SIH e o SIA, os dois bancos com menores níveis de completude, com o intuito de verificar a existência de fatores associados nível do atendimento. Esses fatores são tanto relativos às causas da hospitalização ou atendimento ambulatorial (por exemplo, CID ou nível de complexidade), aos estabelecimentos do atendimento (por exemplo, localidade ou natureza jurídica) e a características individuais do paciente (sexo e idade). Em cada caso, foram utilizados dois modelos de regressão linear: um incluindo somente os fatores mencionados anteriormente e outro adicionando efeitos fixos de município com a finalidade de absorver toda heterogeneidade não observada fixa entre as diferentes observações. Quando necessário, as variáveis independentes foram normalizadas para efeito de padronização das unidades. Em todos os casos, os resultados são reportados de forma gráfica por meio da representação dos coeficientes e respectivos intervalos de confiança, construídos com erros-padrão robustos.

Resultados

Evolução e variação geográfica

Os níveis de completude do quesito raça/cor nos dados de saúde variam de um sistema para outro e suas trajetórias de evolução também são distintas, embora os dados do SIM e SINASC apresentem tendências bastante próximas. Os dados das estatísticas vitais (SIM e SINASC) apresentaram, em média, 97% de

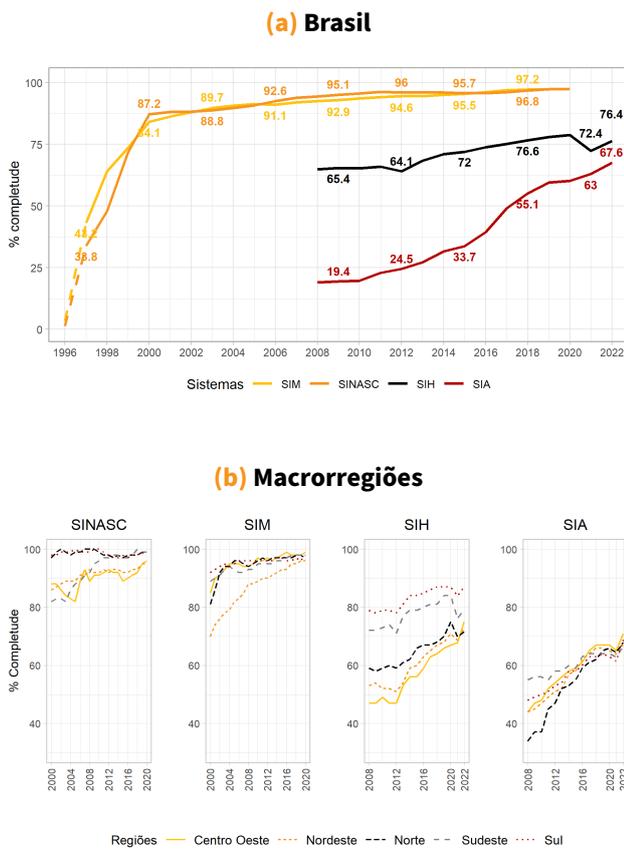
completude no quinquênio encerrado em 2020. Já nos dados de hospitalização (SIH), a média foi de 76% e nos ambulatoriais (SIA), de 52% (Figura 1a).

Em 1997, primeiro ano após a inclusão do quesito raça/cor nos dados de nascimentos e óbitos, havia apenas 33,8% de completude no SINASC e 43% no SIM. Ambos tiveram uma rápida trajetória ascendente até o ano de 2000, quando ultrapassaram o patamar de 80%. Desde então, houve ganhos incrementais ano após ano até atingirem um nível considerado como “excelente” pela literatura (95%). Esse nível foi alcançado pelo SINASC em 2009 e pelo SIM em 2014.

Para os dados de hospitalizações (SIH) e ambulatoriais (SIA), a inclusão dos dados raciais ocorreu somente em 2008. Naquele ano, o SIH registrou 64,8% de completude e, dez anos depois (2018), 76,6%, encerrando a série histórica analisada, em 2022, com 76,4%, após ter atingido um pico de 78,8% em 2020. Como é visível na Figura 1b, com a pandemia de COVID-19, o registro do quesito raça/cor no SIH regrediu em relação ao período anterior, mas depois recuperou parte do nível de completude.

Dentre os dados analisados, os dados de produção ambulatorial apresentaram o pior desempenho, atingindo apenas 67,6% de completude em 2022, um nível considerado ruim pela literatura. Apesar disso, é possível observar ganhos incrementais ano a ano, numa trajetória que tem se mostrado consistente e não foi alterada pela pandemia de COVID-19.

Cabe ressaltar também que a evolução desses sistemas de informação se deu de forma desigual pelo país (Figura 1b). Os dados do SIM, no Nordeste, por exemplo, demoraram mais para chegar próximo ao patamar das demais regiões. As informações de hospitalização nas regiões Sul e Sudeste apresentaram melhor desempenho do que nas demais. Para os registros ambulatoriais, verifica-se que a região Norte apresenta evolução mais lenta em comparação com as demais, embora nos últimos dois ou três anos te-

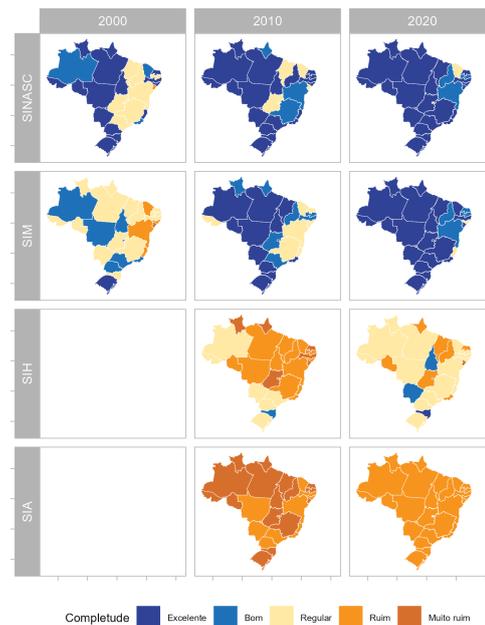
**Figura 1. Evolução, Brasil e regiões (SINASC, SIM, SIH, SIA)**

Fonte: Elaboração dos autores a partir dos microdados do DataSUS.

na chegada próxima à média das demais.

Ao realizar a análise por unidades da federação, em 2020, o SIA acusou classificação “ruim” para todos os estados, o que significa que a completude para esses dados no quesito raça/cor variou entre 50 e 69%. Na evolução de 2010 para 2020, 16 estados deixaram a condição de “muito ruim” para “ruim”, incluindo todas as unidades federativas da região Norte. Nos dados de hospitalização, somente Sergipe e o Distrito Federal apresentaram classificação “muito ruim” em 2020 (Figura 2). Para esses dados, a maior parte dos estados apresentou nível regular, com algumas poucas exceções com grau “bom” (Mato Grosso e Tocantins) e “excelente” (Santa Catarina).

Já os bancos SINASC e SIM, em 2020, em grande maioria apresentam classificação “excelente” ou “bom”. As exceções são os estados de Alagoas e Espírito Santo, que apresentam grau regular para o SIM, e Distrito Federal e Ceará, que apresentaram grau regular para o SINASC. Verifica-se que a evolução do SINASC deu-se de forma mais avançada de 2000 para 2010

Figura 2. Evolução e classificação nos estados

Fonte: Elaboração dos autores a partir dos microdados do DataSUS.

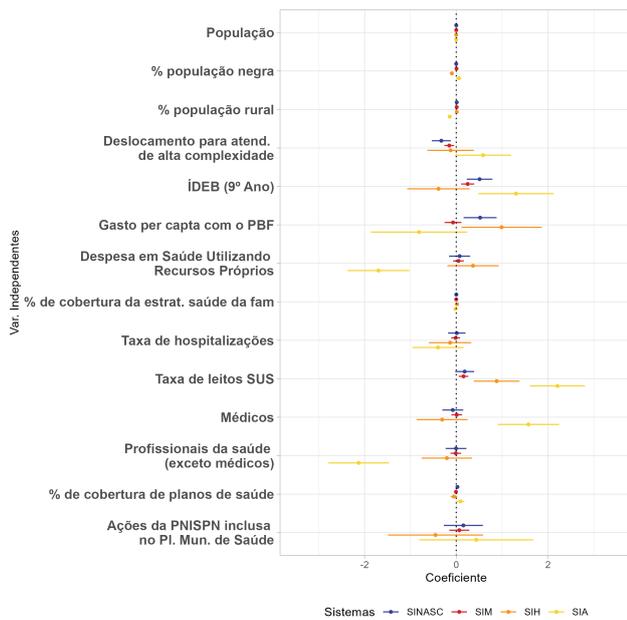
em relação ao SIM. Nos últimos anos, entretanto, ambos sistemas têm apresentado o mesmo patamar de completude. Em 2020, a completude do SINASC ficou em 97,5%, enquanto a do SIM ficou em 97,3%.

Determinantes do nível de completude: análise ao nível dos municípios

Na análise transversal, utilizando dados de 2019, encontramos que fatores socioeconômicos estão associados aos níveis de completude do quesito raça/cor nos bancos analisados. Por exemplo, maiores níveis no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB (9º ano) estão associados à maior completude do quesito raça/cor no SINASC, SIM e SIA, enquanto maiores níveis de gasto per capita com o Programa Bolsa Família (PBF) estão associados a maiores níveis de completude no SINASC e no SIH (Figura 3).

De forma geral, a variação nos níveis de completude é menor no SIM e no SINASC e, portanto, menos fatores apresentam associações significativas, como esperado. Nos sistemas com maior variação entre os municípios, SIH e SIA, encontramos maior variabilidade de fatores associados e com magnitudes mais relevantes.

Para o SIA, além do IDEB, a taxa de leitos SUS (por 100 mil habitantes), a presença de médicos (por mil habitantes), e a porcentagem da população negra apresentaram associação positiva e significativa com o nível de completude no quesito raça/cor. Encon-

**Figura 3. Fatores municipais associados**

Fonte: Elaboração dos autores a partir dos microdados do DataSUS.

tramos que o aumento de um desvio padrão (0,72) na taxa de médicos está associado ao aumento de 1,58 p.p. na porcentagem de completude. Proporcionalmente, isso significa dizer que o aumento de um ponto na média da taxa de leitos SUS está associado ao aumento de aproximadamente 2 p.p. nos níveis de completude do SIA. Encontramos também que o aumento de um desvio padrão (160,1) na taxa de leitos SUS está associado ao aumento de 2,2 p.p. na porcentagem de completude. Proporcionalmente, o aumento de um ponto na taxa de leitos SUS está associado ao aumento de 0,01 p.p. nos níveis de completude do SIA.

Por outro lado, maior presença de outros profissionais da saúde (exceto médicos), maior despesa em saúde dos municípios com recursos próprios e maior proporção de população rural apresentaram associação negativa com o nível de completude. Por exemplo, com tudo mais constante, o aumento de um desvio padrão (5,48) na taxa de outros profissionais da saúde (exceto médicos) está associado, na média, a uma redução de 2,1 p.p. na completude dos dados ambulatoriais. Em outras palavras, o maior número de funcionários de saúde (exceto médicos) por habitantes não está associado a maiores níveis de preenchimento dos dados étnico-raciais no SIA.

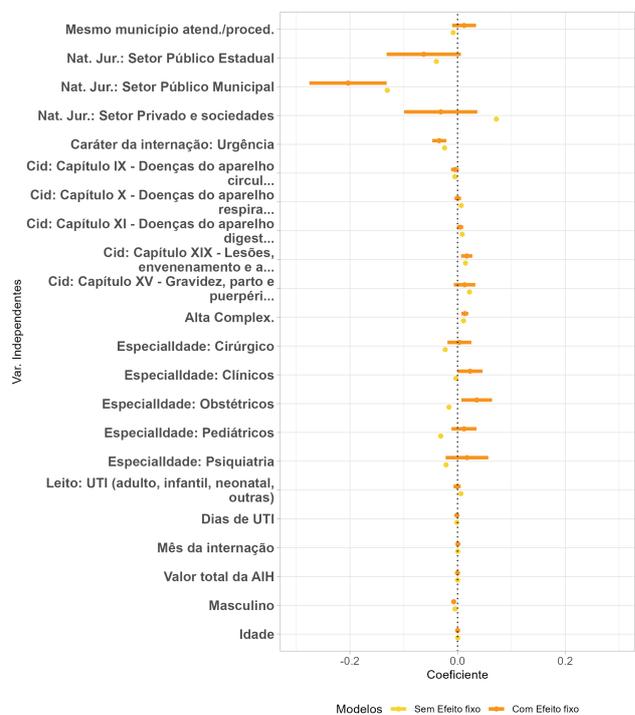
Para os dados de hospitalizações (SIH), a taxa de leitos do SUS também apresentou associação positiva, como nos dados do SIA. Já uma associação negativa

foi encontrada com a porcentagem da população negra.

Aprofundando os determinantes da completude no SIH e no SIA

Passamos a analisar mais de perto fatores associados às completudes do SIH e do SIA ao nível do atendimento. Avaliamos a associação entre o preenchimento da variável de interesse e características da hospitalização ou atendimento ambulatorial, respectivamente (por exemplo, características do estabelecimento ou causa que deu origem à hospitalização ou atendimento ambulatorial).

No caso do SIH, encontramos uma associação negativa entre a natureza jurídica de nível municipal e o preenchimento do quesito raça/cor (Figura 4). No modelo com efeito fixo de município, hospitalizações realizadas nesses estabelecimentos apresentaram, na média e com tudo mais constante, uma probabilidade 0,2 menor de ter o quesito raça/cor completo em relação aos estabelecimentos federais. Adicionalmente, quando comparadas com internações de caráter eletivo, internações de urgência estão associadas a uma redução de aproximadamente 0,03 nas probabilidades de apresentar informação completa sobre raça/cor do paciente.

Figura 4. Fatores associados no SIH

Fonte: Elaboração dos autores a partir dos microdados do DataSUS.

Quando comparadas com internações de média



complexidade, internações de alta complexidade apresentaram, com tudo mais constante, maiores probabilidades de ter o quesito raça/cor preenchido apropriadamente. Analogamente, hospitalizações com origem em uma causa pertencente ao capítulo XIX da CID (lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas) tiveram, na média, probabilidade aproximadamente 0,01 maior de completude no quesito raça/cor.

Quanto aos atributos individuais dos pacientes, não parecem ser tão determinantes: a idade não apresentou correlação com o preenchimento do quesito raça/cor e, apesar de o fato do indivíduo ser do sexo masculino mostrar-se associado a menores níveis de completude, a magnitude da associação foi muito pequena.

No caso do SIA (Figura 5), as observações com local de atendimento “sem informação” e sem a exigência de preenchimento do quesito “sexo” apresentaram, com tudo mais constante, probabilidades muito menores de ter o quesito raça/cor preenchido. Isso indica que, na ausência de preenchimento de outras variáveis, o quesito raça/cor também não tem sua informação registrada. De fato, todas as observações sem informação do local de atendimento e/ou sexo (classificado como “não exigido”) apresentam dados faltantes para a categoria raça/cor.

Essas observações, nas quais há informações faltantes para diversas variáveis, foram cerca de 20% de todos os dados do SIA em 2019. Isto ressalta que os níveis ruins de completude do quesito raça/cor estão relacionados à existência de muitas observações com preenchimento deficiente dos dados de forma geral. Vale mencionar também que atendimentos que configuram procedimentos de média complexidade ou associados ao tratamento de neoplasias (tumores) têm, com tudo mais constante, maiores probabilidades de terem o quesito raça/cor preenchido corretamente.

Quanto à probabilidade de ter o quesito raça/cor preenchido, os exames ambulatoriais de neoplasias apresentaram valor 0,16 maior se comparado a outras causas da CID não presentes no gráfico.

Discussão

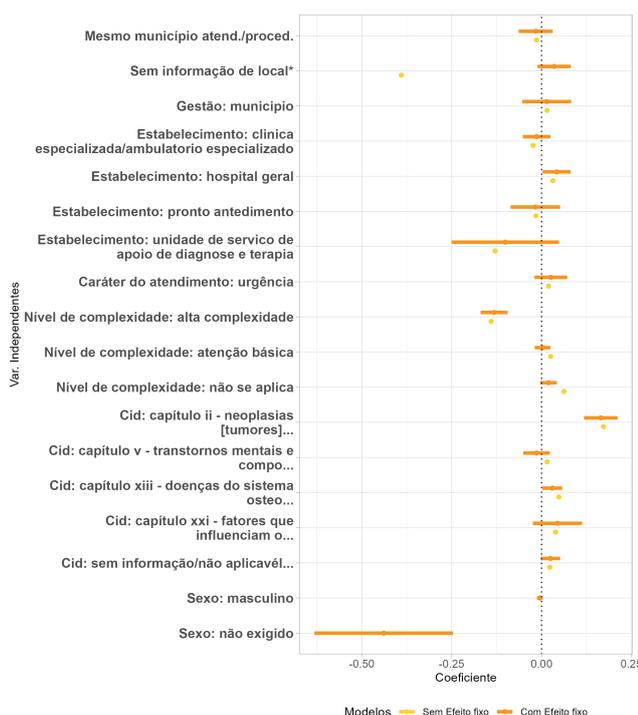
Os resultados apresentados sugerem um panorama bastante divergente entre a situação da completude do quesito raça/cor nos dados de estatísticas vitais, registrados no SIM e no SINASC, e a situação nos dados de atendimentos feitos pelo SUS, registrados no SIH e no SIA. Esse diagnóstico é condizente com os resultados reportados por outros trabalhos (Carvalho et al., 2022; Braz et al., 2013; Mendes, 2020).

No SIM e no SINASC, nos quais a introdução do preenchimento do quesito raça/cor é mais antiga, os níveis de completude encontrados são bastante elevados. O ponto de atenção remanescente é a existência de estados que ainda apresentam dados regulares: Ceará e Distrito Federal (no SINASC); Alagoas e Espírito Santo (no SIM).

Além da maior antiguidade na exigência do preenchimento do quesito raça/cor, o SIM e o SINASC têm volumes de informação consideravelmente menores do que os registros de hospitalizações e atendimentos ambulatoriais. A média aproximada de nascimentos no quinquênio 2016-2020 foi de 2,8 milhões registros ao ano e a de mortalidade, 1,3 milhão. Já para os dados de hospitalizações, esses números saltam para, aproximadamente, 11,6 milhões e a média anual das autorizações ambulatoriais chegam à casa dos 3 bilhões. Neste sentido, a maior incompletude do quesito raça/cor nos dados de serviços previstos pelo SUS (hospitalizações e atendimentos ambulatoriais) não pode ser desvinculada do enorme volume de dados nesses sistemas.

Vale lembrar que, além do SIM e do SINASC, a Pes-

Figura 5. Fatores associados no SIA



Fonte: Elaboração dos autores a partir dos microdados do DataSUS.



quisa Nacional de Saúde, em suas edições de 2013 e 2019, também possui dados bastante elevados do quesito raça/cor, ficando acima de 99% nos dois casos. Além disso, Braz et al. (2013, p. 558) reportam que os dados do SINAN-Tuberculose e do SINAN-Hanseníase, parte do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), apresentam completude adequada para a variável de raça/cor para o período 2010-2012 (91,7% e 94,8%, respectivamente). Assim, para as pesquisas de saúde e desigualdades sociais no Brasil, isso significa que há um conjunto relevante de dados com completudes não desprezíveis, o que possibilita a construção de análises e séries históricas.

No entanto, discussões sobre a qualidade dos dados permanecem em aberto. Um estudo de Santos, Coelho e Araújo (2013), por exemplo, analisou a produção da informação sobre raça/cor da pele dos indivíduos submetidos a necropsia no Instituto Médico Legal (IML) de Salvador, Bahia, no ano de 2007. Os autores produziram evidências a partir de entrevistas com médicos legistas, auxiliares de necropsia e funcionários do Setor de Liberação de Cadáveres. A análise sugere que o processo de identificação da raça/cor da pele “é omissivo, impreciso e distorce a informação final da declaração de óbito”. Além disso, de acordo com Geraldo et al. (2022), a implementação da coleta do quesito raça/cor por autodeclaração, como previsto na PNSIPN e na Portaria nº 344/2017, ainda é incipiente e depende de mudanças organizacionais que favoreçam sua efetivação. Os autores reportaram que, dentre os 90 cadastros válidos analisados, apenas em 2,22% o quesito raça/cor foi coletado por autodeclaração, e em todo o restante, por hetero-identificação (Geraldo et al., 2022).

Reconhecendo esses desafios, nossa principal contribuição foi identificar os fatores que condicionam os níveis de completude do quesito raça/cor nos principais sistemas de informação do DataSUS. Neste sentido, nós não adentramos na discussão sobre os mecanismos de identificação racial, central para a discussão sobre esses dados mas fora do escopo do nosso trabalho.

Na análise que nos coube dos fatores associados a nível municipal (Figura 3), chamou a atenção que o maior número de profissionais da saúde (exceto médicos), em relação à população, apresentou correlação negativa com a completude do quesito raça/cor. Esse resultado pode sugerir que maior disponibilidade de recursos humanos em saúde não é garantia de melhor preenchimento dos dados. Como

preconiza a PNSIPN, é essencial investir no treinamento desses profissionais para o apropriado preenchimento do quesito raça/cor. Nesse sentido, vale destacar a experiência local de Paulista (PE), na região metropolitana de Recife, cuja prefeitura tem feito campanhas para o preenchimento do quesito raça/cor nas unidades de saúde da cidade.³

Na análise dos dados de hospitalizações (Figura 4), convém mencionar que hospitalizações em estabelecimentos de natureza jurídica municipal têm maiores probabilidades de apresentarem dados incompletos sobre raça/cor em relação aos demais tipos de estabelecimentos como os federais, estaduais e privados. Hospitais municipais de pequeno porte proliferaram no Brasil nas últimas décadas, frequentemente com escalas e qualidade abaixo das desejáveis (Carpanez e Malik, 2021). Nossos resultados sugerem que esses estabelecimentos são também mais deficientes no preenchimento das informações sobre raça/cor dos pacientes atendidos.

No SIA, a complexidade do atendimento é o fator que mais explica diferenças no nível de completude no preenchimento do quesito raça/cor. Quanto maior o nível de complexidade, melhor a qualidade do preenchimento. Isto pode estar relacionado a um maior cuidado no registro dos dados em procedimentos mais complexos ou ao fato desses atendimentos serem realizados em estabelecimentos com trabalhadores mais capacitados e/ou melhor infraestrutura. Ademais, o fato de que a falta de registro sobre a raça/cor do paciente está associada à falta de registro em outras variáveis (local de atendimento e sexo do paciente) sugere que há necessidade de uma melhora geral na qualidade do registro de informações no SIA. Neste sentido, para garantir a aplicação e efetividade da Portaria nº 344/2017, é preciso focalizar esforços no grande volume de atendimentos com preenchimento deficiente em várias dimensões.

Em resumo, o conjunto das análises sugere que há uma heterogeneidade dos níveis de completude do quesito raça/cor e dos fatores associados a elas. Do ponto de vista da implementação de políticas públicas, é preciso se atentar a essa heterogeneidade na hora de desenhar ações para a efetivação do preenchimento adequado das informações sobre raça/cor em todos os sistemas do SUS. Por exemplo, ações de treinamento e conscientização focalizadas nos municípios e estabelecimentos com maiores níveis de incompletude podem ser necessárias. Do ponto de

³Disponível em: <http://www.paulista.pe.gov.br/site/noticias/detalhes/10701>.



vista de pesquisas sobre saúde da população segundo raça/cor, o que a análise sugere é que é preciso avaliar a completude em cada caso, já que os dados incompletos podem estar ocultando desigualdades raciais em saúde (Coelho e Campos, 2023).

Considerações finais

Esta Nota Técnica procurou descrever como evoluiu o preenchimento do quesito raça/cor nos principais sistemas de informação do DataSUS ao longo dos últimos anos e quais são os fatores associados às diferenças na completude. Embora o seu preenchimento tenha passado por um processo de expansão no nível de completude dos principais bancos de dados do DataSUS, essa expansão não ocorreu de forma homogênea. De modo a corrigir essa heterogeneidade, é fundamental que haja uma harmonização no processo de preenchimento desses bancos, como a recente ação que torna obrigatório o campo raça/cor no CadSUS a partir de abril de 2023, citada na Introdução.

Dados com maior detalhamento de informações não só contribuem para um melhor desenho, implementação, e avaliação das políticas públicas de saúde, como tornam os resultados esperados mais efetivos. Isto é essencial sobretudo, para a redução de problemas e iniquidades de saúde que afetam à população negra e aos povos indígenas (Santos et al., 2022). Tornar visíveis as desigualdades raciais na saúde é o primeiro passo necessário para reduzi-las. Por exemplo, o Boletim Çarê-IEPS n. 2 mostrou (Coelho e Campos, 2023) que a melhoria no aumento da porcentagem da completude dos dados para acidentes de motocicletas revela maiores desigualdades raciais nas internações e mortalidades por essa causa. Neste sentido, medir e revelar possíveis desigualdades em saúde entre negros e brancos é necessário para possibilitar o desenho e implementação de políticas transversais que, ao mesmo tempo, contribuam para as condições de saúde da população negra e diminuam as desigualdades de saúde.

Agradecimentos

Agradecemos a Rudi Rocha e à equipe de pesquisa do IEPS pelas sugestões e comentários bem como a Helena Ciorra pelo apoio na edição e revisão deste documento.

Referências

- Alfredo Guimarães, A. S. 2012. “Colour and Race in Brazil: From Whitening to the Search for Afro-Descent”. Em *Racism and Ethnic Relations in the Portuguese-Speaking World*. British Academy, agosto.
- Brasil. 2013. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Braz, R. M., P. T. R. Oliveira, A. T. Reis e N. M. S. Machado. 2013. “Avaliação da completude da variável raça/cor nos sistemas nacionais de informação em saúde para aferição da equidade étnico-racial em indicadores usados pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde”. *Saúde em Debate* 37:554–562.
- Camargo Júnior, K. R., et al. 2007. “Informação e avaliação em saúde”. Em *Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde*, editado por Gustavo Corrêa Matta e Ana Luiza Mandim Pontes. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz.
- Carpanez, L. R., e A. M. Malik. 2021. “O efeito da municipalização no sistema hospitalar brasileiro: os hospitais de pequeno porte”. *Ciência & Saúde Coletiva* 26:1289–1298.
- Carvalho, C., et al. 2022. “Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP): análise do quesito raça/cor”. *Boletim Informativo do PROA-DESS* 10, n. 1 (dezembro): 1–10.
- Coelho, R., e G. Campos. 2023. *Boletim Çarê-IEPS n. 2/2023 - Saúde da População Negra. Mortalidade e Acidentes de Motocicletas por recorte racial*. <https://ieps.org.br/boletim-care-ieps-02-2023/>.
- Correia, L. O. S., B. M. Padilha e S. M. L. Vasconcelos. 2014. “Métodos para avaliar a completude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática”. *Ciência & Saúde Coletiva* 19:4467–4478.
- Costa, J. M. B. S., e P. G. Frias. 2009. “Avaliação da completude das variáveis da Declaração de Nascido Vivo de residentes em Pernambuco, Brasil, 1996 a 2005”. *Cadernos de Saúde Pública* 25:613–624.
- Flanagin, A., T. Frey, S. L. Christiansen e H. Bauchner. 2021. “The reporting of race and ethnicity in medical and science journals: comments invited”. *Jama* 325 (11): 1049–1052.



Geraldo, R. M., J. C. Oliveira, L. S. C. Alexandre, M. R. A. Aguiar, A. F. S. Vieira e A. C. C. G. Germani. 2022. “Preenchimento do quesito raça/cor na identificação dos pacientes: aspectos da implementação em um hospital universitário”. *Ciência & Saúde Coletiva* 27:3871–3880.

www.ieps.org.br
+55 11 4550-2556
contato@ieps.org.br

Lancet, The. 2022. *Advancing racial and ethnic equity in health*, 10368.

Mendes, J. D. V. 2020. *As informações sobre o registro do quesito cor ou raça/etnia em Sistemas de Informação do SUS/SP – atualização até 2019*. Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde (Gais), Coordenadoria de Planejamento de Saúde (CPS), Secretaria de Estado da Saúde.

Morning, A. 2015. “Ethnic classification in global perspective: A cross-national survey of the 2000 census round”. *Social statistics and ethnic diversity: cross-national perspectives in classifications and identity politics*, 17–37.

Nature. 2023. “Why Nature is updating its advice to authors on reporting race or ethnicity”. *Nature* 592 (7854): 131.

Romero, D. E., e C. B. Cunha. 2006. “Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001)”. *CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA* 22:673–681.

Santos, A. B. S. dos, T. C. B. Coelho e E. M. Araújo. 2013. “Racial identity and the production of health information”. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação* 17:341–356.

Santos, R. V., J. L. Bastos, J. D. Kaingang e L. E. Batista. 2022. *Cabem recomendações para usos de “raça” nas publicações em saúde? Um enfático “sim”, inclusive pelas implicações para as práticas antirracistas*.

Werneck, J. 2016. “Racismo institucional e saúde da população negra”. *Saúde e sociedade* 25:535–549.

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

Coelho, R., Remédios, J., Nobre, V. e Mrejen, M., (2023). O quesito raça/cor no DataSUS: evolução e determinantes da completude. *Nota Técnica* n. 30. IEPS: São Paulo.