

## Preenchimento do quesito raça/cor na identificação dos pacientes: aspectos da implementação em um hospital universitário

Filling out the race/skin color item in the patient identification form: aspects of its implementation in a university hospital

Rafael Marques Geraldo (<https://orcid.org/0000-0001-6264-7465>)<sup>1</sup>

Júlio César de Oliveira (<https://orcid.org/0000-0003-0841-3486>)<sup>2</sup>

Larissa Sousa Cardoso Alexandre (<https://orcid.org/0000-0001-9942-4150>)<sup>1</sup>

Marília Ribeiro de Azevedo Aguiar (<https://orcid.org/0000-0003-4746-2125>)<sup>2</sup>

Abna Faustina Sousa Vieira (<https://orcid.org/0000-0002-2873-1329>)<sup>3</sup>

Ana Claudia Camargo Gonçalves Germani (<https://orcid.org/0000-0002-7409-915X>)<sup>4</sup>

**Abstract** *Thirteen years after the publication of the National Policy for the Comprehensive Health of the Black Population (PNSIPN, Política Nacional da Saúde Integral da População Negra), filling out the race/skin color question in the patient identification form remains a challenge. Authors have focused on the need to integrate knowledge from the science of implementation into public policies. The aim of this article is to describe and analyze the implementation of the collection of the race/skin color item carried out by the professionals responsible for the registration of patients at a university hospital in the city of São Paulo. This was an exploratory and descriptive study, structured from three constructs of the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): intervention, internal scenario and characteristics of individuals. Most records of race/skin color in the observed institution are made by heteroidentification. Based on the CFIR constructs, aspects identified as obstacles and facilitators are identified. The implementation of the collection of the race/skin color item by self-declaration, as provided for in the PNSIPN and in Ordinance n. 344/2017, is still incipient and depends mainly on organizational changes, which can favor its effectiveness.*

**Key words** *Racial/ethnic classification, Black population health, Public health policies, Health care research, Implementation science*

**Resumo** *Após 13 anos da publicação da Política Nacional da Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), o preenchimento do quesito raça/cor na identificação de pacientes permanece um desafio. Autores têm se debruçado sobre a necessidade de integrar os conhecimentos da ciência da implementação às políticas públicas. O objetivo deste artigo é descrever e analisar a implementação da coleta do quesito raça/cor feito pelos profissionais responsáveis pelo registro dos pacientes num hospital universitário do município de São Paulo. Estudo exploratório e descritivo, estruturado a partir de três constructos do Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): intervenção, cenário interno e características dos indivíduos. Resultados: a maioria dos registros do quesito raça/cor na instituição observada é feita por heteroidentificação. A partir dos constructos do CFIR, são identificados aspectos apontados como obstáculos ou facilitadores. A implementação da coleta do quesito raça/cor por autodeclaração, como previsto na PNSIPN e na Portaria 344/2017, ainda é incipiente e depende de mudanças, sobretudo organizacionais, que favoreçam sua efetivação.*

**Palavras-chave** *Quesito raça/cor, Saúde da população negra, Políticas públicas em Saúde, Pesquisa em saúde, Ciência da implementação*

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina, Faculdade de Fisioterapia, Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo 455, Cerqueira César. 01246903 São Paulo SP Brasil.

[rafael.marques@fm.usp.br](mailto:rafael.marques@fm.usp.br)

<sup>2</sup> Hospital das Clínicas, Universidade de São Paulo. São Paulo SP Brasil.

<sup>3</sup> Instituto do Câncer do Estado de São Paulo Octavio Frias de Oliveira. São Paulo SP Brasil.

<sup>4</sup> Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo. São Paulo SP Brasil.

## Introdução

O ano de 2022 marca o 134º aniversário da abolição da escravidão no Brasil, que teve duração de 388 anos<sup>1</sup>. Durante todo o período da escravidão, os escravagistas desumanizavam os negros de forma sistematicamente programada, alijando-os de qualquer direito<sup>2</sup>. Em meio ao centenário da abolição da escravidão no Brasil, sob o conceito de “saúde coletiva” das décadas de 1970, 1980 e 1990, debatia-se o uso da “desigualdade” como determinante de saúde. Essa construção é baseada nos modelos classificatórios, que propunham compreender a distribuição das doenças e agravos na população introduzindo variáveis estratificadas, como renda, ocupação e escolaridade, resultando assim no conceito de “classe social”. Tal conceito surgiu para superar a concepção de população como uma simples soma de indivíduos<sup>3</sup>.

Ainda assim, apenas no final do século XX estudos na área de saúde começam a apontar a raça como um importante determinante social de saúde, demonstrando disparidades de acesso e evolução das doenças<sup>4</sup>. Uma crescente produção científica destaca o racismo como um impulsionador de vários fatores sociais que perpetuam as desigualdades raciais na saúde<sup>5-14</sup>. Diversos autores consideram raça, cor e etnia como dimensões fundamentais para a compreensão da distribuição de desfechos de saúde, com importantes implicações no plano das políticas públicas<sup>15</sup>.

Uma série de movimentos sociais negros em busca de melhores condições de vida conquistaram a inclusão da saúde como direito universal na Constituição Federal de 1988<sup>16</sup>. Nesse contexto, objetivando a promoção do bem-estar de todas as pessoas, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (Brasil, 1988, art. 3º, inciso IV), é que o SUS é criado (Lei Federal no 8.080, de 19 de setembro de 1990)<sup>17</sup>. A população negra, preta e parda alcançou 55,8% da população brasileira em 2018<sup>18</sup> e tem crescido desde a implementação do quesito raça/cor por autodeclaração pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 1991<sup>19</sup>. No Brasil, 67 % da população negra e 47,2% da população branca eram atendidas pelo SUS em 2008<sup>20</sup>.

O quesito raça/cor foi implementado pela primeira vez no Sistema de Informação de Saúde (SIS) pela prefeitura da cidade de São Paulo em 1990, graças à Portaria 696/90<sup>8,21</sup>, o que se tornou, nas palavras de Fátima Oliveira, “a conquista política mais importante do Movimento Negro na área da saúde”<sup>22</sup>.

No Brasil, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)<sup>23</sup>, a partir dos princípios da equidade em saúde, foi instituída pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009. A PNSIPN tem como marca o “reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde”. Seu objetivo é “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS”<sup>23</sup>. Esta política recomenda a inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados dos serviços públicos e sugere a análise dos dados desagregados por raça, cor e etnia.

Anos depois, nessa mesma direção, é instaurada a Portaria nº 344, de 2017, do Ministério da Saúde (MS)<sup>24</sup>, que determina a coleta obrigatória do quesito raça/cor por meio de autodeclaração<sup>25</sup>. A obrigatoriedade da coleta do quesito raça/cor pelos serviços de saúde contribui para a identificação dos determinantes do processo saúde-doença, das desigualdades em saúde e do impacto de ações e programas para reduzir a inequidade. Há a necessidade de uma base de informações confiável, que seja capaz de sustentar e direcionar a tomada de decisões<sup>26</sup>.

Apesar das recomendações da PNSIPN e da Portaria nº 344, na recente crise de saúde gerada pela pandemia de COVID-19, o quesito raça/cor não constou nos primeiros boletins epidemiológicos publicados pelo Ministério da Saúde, ainda que constasse nas fichas de notificação para síndrome gripal e para síndrome respiratória aguda grave (SRAG)<sup>27</sup>.

A literatura aponta os desafios envolvidos na implementação de intervenções<sup>28</sup>, sobretudo quando relacionadas aos determinantes sociais<sup>29,30</sup>, como a questão racial. A Teoria Crítica da Raça (Critical Race Theory – CRT) nos chama a atenção para as características principais a serem observadas em pesquisas sobre inequidade racial, como a racialização, a consciência de raça, a localização social e a intenção de eliminação dessa inequidade<sup>31</sup>. Paralelamente, a literatura internacional tem apontado a necessidade de integrar os conhecimentos da ciência da implementação (CI) às políticas públicas, com foco na saúde. Entre os instrumentos usados na CI, o Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) tem destaque, sendo adotado em sua totalidade ou em partes<sup>32</sup>.

Foram encontrados poucos artigos sobre a qualidade e conformidade do preenchimento

do quesito raça/cor no Brasil<sup>33-36</sup>, sendo a maior parte produção advinda dos Estados Unidos<sup>29,30,37</sup>. Nota-se aqui uma lacuna de conhecimento acerca da adequação da coleta do quesito raça/cor nos bancos de dados de saúde, o que, como parte de uma política pública, afeta o monitoramento, a avaliação e a implementação de outras intervenções voltadas à saúde da população negra e, consequentemente, o combate ao racismo institucional na saúde.

O objetivo do presente artigo é descrever e analisar a implementação da coleta do quesito raça/cor realizado pelos profissionais do setor de registro de pacientes de um hospital do município de São Paulo.

## Método

Estudo de caráter exploratório e descritivo baseado na ciência da implementação. O estudo foi estruturado a partir do Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)<sup>28</sup>.

O CFIR é uma das ferramentas usadas para avaliar sistematicamente o contexto no qual a implementação ocorre, por meio de construções de implementação e domínios considerados moderadores que influenciam nos resultados da implementação<sup>38-40</sup>. Foram usados três constructos do instrumento, detalhados no Quadro 1.

O presente estudo se dividiu em dois momentos, com uso de dois instrumentos. O primeiro foi o acompanhamento do serviço, com foco na coleta e no preenchimento do quesito raça/cor feito pelos funcionários do setor de cadastro. Esse acompanhamento foi realizado por um dos pesquisadores, um homem autodeclarado negro, em seu penúltimo ano de graduação em um curso da área da saúde. O acompanhamento ocorreu no período de outubro de 2021 a março de 2022 e contou com a elaboração de um diário de campo com registro das percepções do pesquisador sobre o serviço: a forma como foi recebido; as interações entre funcionário e paciente; tempo de cada atendimento; dúvidas levantadas pelos pacientes; impressões e perguntas suscitadas no observador. Os dados foram analisados e discutidos pelo grupo de autores, composto por homens e mulheres, cinco deles negros.

O serviço adota desde 1994 um sistema eletrônico para o registro dos pacientes, com as seguintes informações como campos obrigatórios: nome (campo aberto), idade (campo aberto), raça/cor, sexo, escolaridade e estado civil. O item raça/cor apresenta como opções de preenchimento: AMA

(amarela), BRA (branca), IGN (ignorada), IND (indígena), MUL (mulata), NEG (negra), PRE (preta). O fluxo de atendimento dos pacientes é explicitado na Figura 1.

O segundo momento foi composto pelo preenchimento de um questionário pelos funcionários do serviço, entre dezembro de 2021 e fevereiro de 2022. Tal instrumento foi elaborado pelos pesquisadores, com 14 questões abertas e fechadas, voltadas a caracterização demográfica, tempo de atuação no setor, experiência com a coleta do quesito raça/cor e com a política pública a ela relacionada.

O presente estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, com o parecer 4.924.185, de agosto de 2021.

## Resultados

Todos os seis funcionários do setor de cadastro aceitaram participar da pesquisa e preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A caracterização desses funcionários será realizada ao longo dos resultados

Foram feitas 107 observações, das quais 17 foram excluídas por terem utilizado dados importados de outro sistema de informação, provenientes de coleta em outro momento. Em média, o cadastro de cada paciente durou 11 minutos, e o observador permaneceu, no total, 20 horas no local de cadastro dos pacientes.

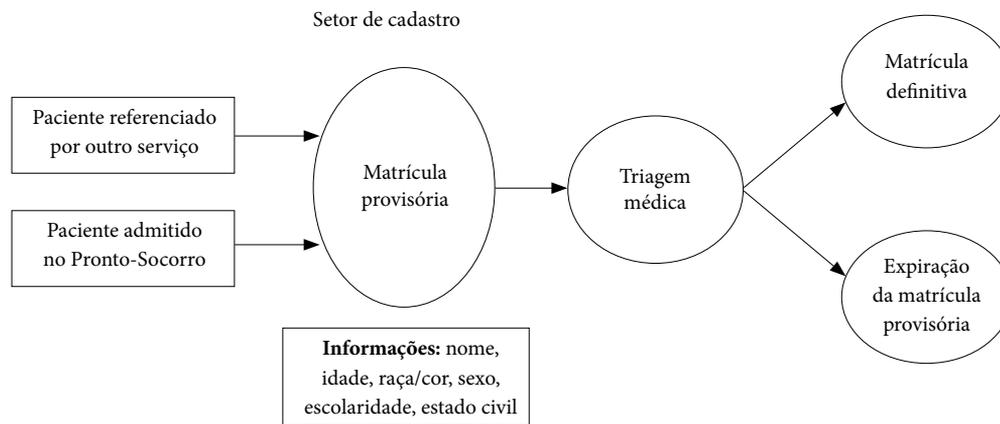
O quesito raça/cor foi preenchido em todos os cadastros. Entre os 90 cadastros válidos, em dois (2,22%) o quesito raça/cor foi coletado por autodeclaração, e em todo o restante por hetero-identificação (Figura 2). O Gráfico 1 mostra a distribuição do preenchimento do quesito raça/cor, sendo que 75 pacientes (83,3%) foram registrados como BRA (branca). Durante a observação, a opção NEG (negra) não foi utilizada.

As duas ocasiões em que o quesito raça/cor foi coletado por autodeclaração ocorreram após uma discussão da temática entre os funcionários, motivada pela leitura do TCLE por um deles. Na primeira ocasião, a funcionária perguntou qual a cor da pele para a paciente, que respondeu tranquila e prontamente “preta”. A funcionária, a seguir, perguntou se a paciente não gostaria de ser registrada como “mulata” e a paciente reafirmou sua raça/cor como preta, informação então registrada pela funcionária. Após esse episódio, a mesma funcionária repetiu a pergunta sobre cor da pele para a próxima paciente e prontamente

**Quadro 1.** Constructos e formas de adoção do *Consolidated Framework for Implementation Research* no estudo.

<b>Características da intervenção</b>	
Vantagem relativa	Vantagem de implementar o preenchimento apoiado na autodeclaração <i>versus</i> uma solução alternativa
Adaptabilidade	Como o preenchimento foi adaptado, moldado, refinado ou reinventado para atender às necessidades locais
<b>Cenário interno</b>	
Cultura	Normas, valores e premissas básicas do hospital universitário
Prioridade relativa	Percepção partilhada entre os indivíduos sobre a importância da implementação das normas de coleta no quesito raça/cor no hospital universitário
Recursos disponíveis	Quais os recursos alocados no serviço de arquivo médico. Treinamento, educação, espaço físico e tempo
Acesso a informação e conhecimento	Facilidade de acesso a informação assimilável e conhecimento sobre a PNSIPN, e como incorporá-los às tarefas do trabalho.
<b>Características dos indivíduos</b>	
Conhecimento e crenças sobre a intervenção	Atitudes individuais em relação ao preenchimento e aos valores atribuídos à intervenção, assim como à familiaridade com fatos, verdades e princípios relacionados à intervenção
Outros atributos pessoais	Raça/cor autodeclarada, idade, escolaridade e tempo de serviço

Fonte: Autores.

**Figura 1.** Fluxo de atendimento de cadastro do paciente no serviço, com identificação do momento de coleta do quesito raça/cor.

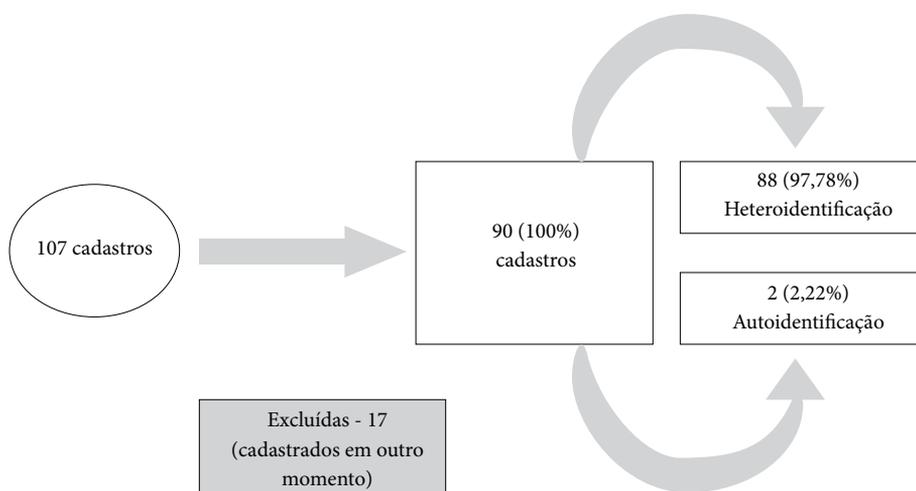
Fonte: Autores.

registrou a resposta, que foi “branca”, sem questionamentos. Um desdobramento que extrapolou a observação do cadastro em si foi que a funcionária, em breve diálogo com o pesquisador, questionou sua própria autodeclaração de cor de pele e como sua filha se autodeclara.

O diário de campo permitiu também registrar ocasiões de interação entre funcionários e pacientes sobre dúvidas relacionadas ao portal

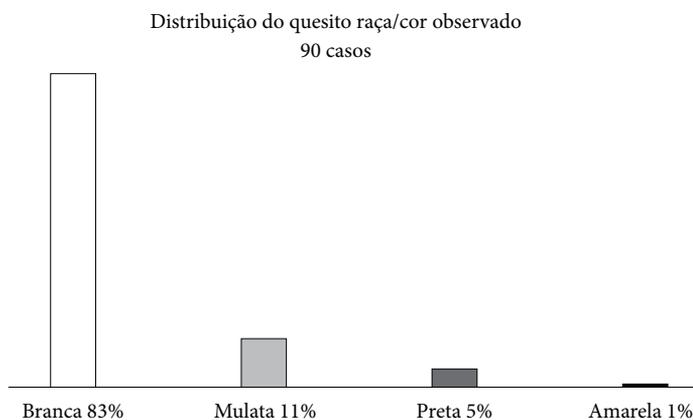
eletrônico do paciente, implementado em 2020, contendo informações sobre consultas e acesso aos resultados de exames laboratoriais. Essa melhoria, instituída por meio de um aplicativo, de acordo com o observado, conta com o apoio e o envolvimento dos funcionários.

O resultado do acompanhamento, segundo as dimensões do CFIR utilizadas no estudo, é descrito a seguir.



**Figura 2.** Fluxograma sobre a coleta do quesito raça/cor, realizadas entre outubro de 2021 e março de 2022.

Fonte: Autores.



**Gráfico 1.** Distribuição do preenchimento do quesito raça/cor nas 90 observações realizadas entre outubro de 2021 e março de 2022.

Fonte: Autores.

### Características da intervenção

O preenchimento das informações do paciente pelo setor de cadastro foi adaptado a partir da necessidade de agilizar ao máximo o atendimento, a fim de evitar filas e atrasos nas consultas de triagem. A demanda por celeridade resultou na redução do número de perguntas feitas diretamente ao paciente, como destaca uma funcioná-

ria do setor: “[...] no quesito raça/cor, preencho de acordo com o que estiver escrito no documento, senão verifico no ato do preenchimento”. Como relatado por outro dos funcionários, “as informações que não são visíveis são perguntadas”. Neste aspecto, durante as observações, os dados relacionados à escolaridade foram questionados diretamente aos pacientes na totalidade dos casos, com situações de necessidade de escl-

recimentos em razão da resposta fornecida pelo paciente e pelas opções disponíveis no sistema.

O paciente não tem acesso às informações do cadastro durante ou após esse procedimento, impossibilitando que o indivíduo revise ou edite seus dados pessoais.

Três funcionários disseram conhecer algum documento que padronize a coleta de informações dos pacientes na instituição, mas não citaram exemplos. Todos os seis funcionários responderam não haver treinamento específico para o preenchimento do quesito raça/cor. Tampouco a existência de projetos de auditoria para monitorar o método de preenchimento do quesito raça/cor. Segundo a descrição dos funcionários, “Há muito tempo a coleta é feita da mesma forma”.

### Cenário interno

É importante mencionar que o hospital onde foi realizada a pesquisa possui certificação ONA (Organização Nacional de Acreditação) nível 2. Tal entidade é responsável pelo desenvolvimento e gestão dos padrões brasileiros de qualidade e segurança em saúde, e classifica como nível 2 “instituições que além de atender aos critérios de segurança, apresentam gestão integrada, com processos ocorrendo de maneira fluida e plena comunicação entre as atividades”.

Durante a pesquisa, observou-se que a obtenção de dados demográficos dos pacientes não possui padronização pela ONA ou por outro órgão regulador, tampouco seguem a orientação da PNSIPN. As categorias sexo, ocupação, escolaridade e estado civil também não possuem padrão de coleta, sendo “sexo” majoritariamente feita pela observação do funcionário, “ocupação” e “escolaridade” por uma pergunta ao paciente e “estado civil” pela consulta a documentos ou por perguntas ao paciente.

Não existe um consenso a respeito da necessidade de implementação de melhorias na coleta do quesito raça/cor por parte dos funcionários da coleta de informações e gestores do setor. Dos seis funcionários participantes da pesquisa, nenhum conhecia a PNSIPN e quatro (66%) relataram “não conhecer” a Portaria nº 344, do Ministério da Saúde. Sobre o último documento, um funcionário relatou “conhecer em parte” e outro preferiu não responder.

Três funcionários relataram que houve um treinamento na admissão do emprego no setor, há mais de 30 anos, sem novos treinamentos formais depois disso.

### Características dos indivíduos

Os seis funcionários participantes da pesquisa possuem em média 50,4 anos (DP 10,9), quatro (66,6%) são mulheres e cinco (83,3%) autodeclarados pretos. Todos possuem ensino médio completo, sendo que dois têm grau superior completo. Possuem em média 29,5 anos (DP 12,8) de vínculo de trabalho no serviço.

Os funcionários elencaram como problema o fato de que alguns pacientes podem se sentir ofendidos com a pergunta sobre a autodeclaração de raça/cor. A fim de evitar um potencial conflito, os funcionários preenchem o critério raça/cor por heteroidentificação.

Na situação descrita acima, em que uma funcionária apresentou dúvida sobre como deveria ser coletado o quesito raça/cor, a pergunta se a paciente não gostaria de ser registrada como “mulata” mesmo depois de se autodeclarar preta, o questionamento da funcionária sobre sua própria autodeclaração e de como sua filha se autodeclara surgem como exemplo da falta de familiaridade com os critérios de raça/cor e de como os valores individuais podem influenciar o preenchimento deste quesito.

### Discussão

Estruturamos a discussão dos resultados sob a perspectiva da metodologia crítica da raça em saúde pública (PHCR – Public Health Critical Race Methodology), que é um processo semiestruturado para condução de pesquisas pautado pelos princípios da Teoria Crítica da Raça, visando combater iniquidades em saúde. Essa metodologia se baseia em quatro focos principais, que dialogam entre si: padrões contemporâneos das relações raciais, produção de conhecimento, conceituação e medida e ação. Usaremos em especial os dois primeiros focos<sup>31</sup>.

O preenchimento do quesito raça/cor no serviço observado foi realizado na totalidade das observações. Porém a coleta ocorreu quase que exclusivamente, por heteroidentificação. A Portaria nº 344, de 2017, do Ministério da Saúde aponta em seu primeiro artigo que *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<sup>24</sup>. Outros estudos apontam que falhas estruturais, como o não cumprimento da portaria, podem ser entendidas como reflexo do racismo estrutural vigente na sociedade e do racismo institucional na saúde<sup>41,42</sup>. Em outro estudo, os funcionários responsáveis pela coleta do quesito raça/cor alegaram, assim como neste estudo, receio da reação dos pacientes no momento da solicitação da autodeclaração, “Mas vamos falar como? E se as pessoas se ofenderem? Sei lá, podem achar ruim perguntar assim a cor”, evidenciando também a presença do racismo interpessoal impactando a coleta<sup>43</sup>.

De acordo com a coleta dos funcionários, a prevalência de pacientes brancos neste estudo foi de 83%. Dois estudos realizados na mesma instituição<sup>44,45</sup>, em pacientes internados por COVID-19 e em pacientes acompanhados ambulatorialmente por diabetes, mostraram prevalência de pacientes brancos (68% e 79%, respectivamente), semelhante à prevalência de 83% vista no presente estudo. Tal dado não condiz com o perfil de pacientes atendidos pelo SUS, onde a maioria da população negra e menos de metade da população branca são atendidas<sup>19</sup>. Esses resultados nos ajudam a explicar as relações raciais existentes, encaradas como um tabu desconfortável, com provável tendência a um embranquecimento na heteroidentificação. Eles exemplificam uma faceta comum do racismo estrutural e do racismo institucional em serviços de saúde, considerando que eles levam à dificuldade em produzir e utilizar dados confiáveis desagregados por raça para orientar a tomada de decisão, a definição de prioridades e a alocação de recursos, como já demonstrado em outros estudos<sup>46</sup>, situação que tende a perpetuar as inequidades.

Focando a produção de conhecimento, conceitualização e medidas, o uso do CFIR, além de dar informações sobre as barreiras na implementação de políticas por meio da análise de seus constructos, pode também ser avaliado dentro da metodologia PHCR, na tentativa de se elucidar as maneiras pelas quais o racismo estrutural interage com as implementações de intervenções voltadas para a equidade<sup>47</sup>.

Os três constructos do CFIR utilizados ajudaram a identificar os aspectos negativos e positivos envolvidos na implementação da autodeclaração.

O uso de um sistema eletrônico de prontuário implementado na década de 1990, em que as opções previamente cadastradas para o quesito raça/cor não são condizentes com os critérios do IBGE, dificultam a acurácia da informação. A

necessidade de celeridade no cadastro das informações e a impressão de que a pergunta sobre a identificação de raça pode causar algum tipo de desconforto dá a impressão de aumento no tempo gasto na sua realização. Um estudo em saúde mental já havia citado obstáculos semelhantes para a coleta do quesito raça/cor na saúde básica<sup>45</sup>, o que também foi observado em estudo com profissionais de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), no qual observaram: “Mas a gente tem que explicar, dizer os quesitos: citar que moreno não entra e tal...”, evidenciando que a coleta dessa informação traz desconforto também para o funcionário<sup>48</sup>.

Entre os funcionários observados, nenhum conhecia a PNSIPN ou a portaria nº 344. Esse desconhecimento entre os funcionários corrobora dados obtidos na população em geral. Em estudo publicado em 2015<sup>49</sup>, 90,5% da amostra entrevistada não conhecia a PNSIPN e também traz a tensão envolvendo o tema, uma vez que 60,9% afirmaram a necessidade de políticas específicas e 52,7% declararam que a PNSIPN tende a reforçar a discriminação racial. A falta de treinamento adequado e educação permanente no setor e o baixo conhecimento técnico referente ao tema se reflete na não percepção da importância do tema para os serviços de saúde.

Apesar de não ser objeto deste estudo, os resultados obtidos convidam à discussão de propostas de possíveis intervenções a fim de diminuir a inadequação da coleta dos dados de raça/cor. Compreender como é feita a coleta do quesito raça/cor na prática e, para além disso, entender a qualidade dos dados sobre raça nos quais as pesquisas de grandes instituições se baseiam<sup>29</sup> permite questionar o impacto das pequenas intervenções na produção do conhecimento que fundamenta a formulação e o monitoramento de políticas públicas voltadas para a redução de iniquidades e a melhoria das condições de saúde da população negra, o que salienta a urgência de ações de mudança<sup>6</sup> e se alinha ao quarto foco da metodologia PHCR: a ação.

Por se tratar de um hospital universitário, com uma cultura já estabelecida de preocupação com a qualidade hospitalar, demonstrada pela adesão à acreditação da ONA, supõe-se ser um campo fértil para intervenções de melhoria. Na presente pesquisa, os funcionários participantes eram em sua maioria autodeclarados negros. As vivências pessoais sobre a temática racial como cidadãos podem ser um possível ponto de partida para a implementação de medidas que possam impactar na mudança da aquisição do quesito

raça/cor. Em uma recente revisão sistemática foram apontadas formatos e metodologias de intervenções para treinamento de estudantes de saúde pública sobre equidade racial na saúde<sup>50</sup>. Entre as estratégias de aplicação simples, imediatas e potencialmente de alto impacto, destacam-se a implementação de ações educativas e atividades de formação voltadas para os funcionários, aliadas à padronização institucional do processo de coleta do quesito *raça/cor*, com adoção dos critérios definidos e adotados pelo IBGE e a consequente exclusão dos termos “negro” e “mulato” do sistema de registro, e manutenção dos termos “preto”, “pardo”, “branco”, “amarelo” e “indígena”.

Além das normativas já citadas, a PNSIPN e a Portaria nº 344, há na Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo o Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Estado de São Paulo, um dos primeiros do país. O Plano Estadual de Saúde para 2020-2023 prevê “promover o cuidado integral às pessoas em seus diferentes ciclos de vida, considerando os segmentos específicos da população”. Nesse documento, no objetivo voltado a “fortalecer a atenção à saúde das populações vulneráveis” é mencionado explicitamente um indicador (com meta correspondente) ligado à capacitação para trabalhadores da saúde na temática saúde da população negra.

Apesar de ser um estudo pequeno, com poucas observações e realizadas por um observador único, no contexto desafiador para a saúde pública, relacionado à pandemia de COVID-19, é um

dos poucos estudos que vai ao cerne do dado *raça/cor* em um hospital universitário e analisa como é feita a coleta do dado. É possível identificar neste estudo aspectos da metodologia crítica da *raça* em saúde pública (PHCR – Public Health Critical Race), além de ser o primeiro estudo a analisar os constructos da implementação da intervenção utilizando o CFIR no cenário brasileiro.

Como próximos questionamentos e base para pesquisas futuras, surge a necessidade de avaliar os demais domínios do CFIR não avaliados no presente estudo, com o objetivo de identificar, por meio desses outros domínios, outras barreiras e facilitadores da implementação da autodeclaração de *raça/cor* nos serviços de saúde.

## Conclusão

A implementação da coleta do quesito *raça/cor* por autodeclaração obrigatória, como previsto na PNSIPN e na Portaria nº 344/2017, na realidade do SUS ainda enfrenta desafios importantes. A utilização da metodologia crítica da *raça* em saúde pública e da ciência da implementação por intermédio da ferramenta do CFIR mostraram-se potentes para sistematizar a coleta de dados e para a análise dos aspectos que facilitam e dificultam a avaliação e a implementação da coleta do quesito *raça/cor* por autodeclaração, estratégia essencial para a efetiva implementação da PNSIPN.

## Colaboradores

RM Geraldo, JC Oliveira e ACCG Germani participaram da concepção e do delineamento da pesquisa. RM Geraldo, LSC Alexandre, MRA Aguiar, AFS Vieira, JC Oliveira e ACCG Germani estiveram envolvidos na análise e interpretação dos dados. RM Geraldo, LSC Alexandre, MRA Aguiar, AFS Vieira, JC Oliveira e ACCG Germani redigiram o artigo, trabalharam na revisão crítica e aprovaram a versão a ser publicada.

## Referências

- Fortes-Lima C, Verdu P. Anthropological genetics perspectives on the transatlantic slave trade. *Hum Mol Genet* 2021; 30(R1):R79-R87.
- Rotimi CN, Tekola-Ayele F, Baker JL, Shriver D. The African diaspora: history, adaptation and health. *Curr Opin Genet Dev* 2016; 41:77-84.
- Adorno RCF, Alvarenga AT, Vasconcelos MP. Questão cor no sistema de informação em saúde. *Estud Avançados* 2004; 18(50):119-123.
- Williams DR, Priest N. Racismo e Saúde: um corpus crescente de evidência internacional. *Sociologias* 2015; 17(40):124-174.
- Adigbli G. Race, science and (im)precision medicine. *Nat Med* 2020; 26(11):1675-1676.
- Batista LE, Barros S, Silva NG, Tomazelli PC, Silva A da, Rinehart D. Indicadores de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. *Saude Soc* 2020; 29(3):e19015.
- Kalckmann S, Santos CG, Batista LE, Cruz VM. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? *Saude Soc* 2007; 16(2):146-155.
- Maio MC, Monteiro S. In times of racialization: the case of the “health of the black population” in Brazil. *Hist Cienc Saude Manguinhos* 2005; 12(2):419-446.
- Sanders B, Bailey ZD, Krieger N, Agénor M, Graves J, Linos N, Bassett MT. Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. *Lancet* 2017; 389(10077):239-256.
- Stanley J, Harris R, Cormack D, Waa A, Edwards R. The impact of racism on the future health of adults: Protocol for a prospective cohort study. *BMC Public Health* 2019; 19(1):346.
- Richardson ET, Malik MM, Darity WA Jr, Mullen AK, Morse ME, Malik M, Maybank A, Bassett MT, Farmer PE, Worden L, Jones JH. Reparations for Black American descendants of persons enslaved in the U.S. and their potential impact on SARS-CoV-2 transmission. *Soc Sci Med* 2021; 276:113741.
- Lawrence JA, Davis BA, Corbette T, Hill EV, Williams DR, Reede JY. Racial/Ethnic Differences in burnout: a systematic review. *J Racial Ethn Health Disparities* 2022; 9(1):257-269.
- Williams DR, Lawrence JA, Davis BA. Racism and health : evidence and needed research. *Annu Rev Public Health* 2019; 40:105-125.
- Paradies Y, Ben J, Denson N, Elias A, Priest N, Pieterse A, Gupta A, Kelaher M, Gee G. Racism as a determinant of health: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2015; 10(9):e0138511 .
- Kabad JF, Bastos JL, Santos RV. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos: sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed. *Physis* 2012; 22(3):895-918.
- Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal; 1988.
- Lopes F. De volta aos primórdios: em defesa do SUS como uma política antirracista. *Bol Anal Politico-Insttit* 2021; 26:9-19.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE; 2019.
- Osorio RG. O sistema classificatório de “cor ou raça” do IBGE. *Sociologia* 2003; 53.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), ONU Mulheres, Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR). Edição. *Retrato das desigualdades de gênero e raça*. 4ª ed. Brasília: Ipea; 2011.
- Secretaria Municipal de Saúde. Portaria nº 696, de 30 de março de 1990. [acessado 2021 set 20]. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/legislacao/index.php?p=6463>
- Oliveira F. Ser negro no Brasil: alcances e limites. *Estud Avançados* 2004; 18(50):57-60.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília: MS; 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017. *Diário Oficial da União* 2017; 2 fev.
- Dias J, Giovanetti MR, Santos NJS. *Perguntar não ofende. Qual é a sua cor ou raça/etnia? Responder ajuda a prevenir*. São Paulo; CRT-DST/AIDS; 2009.
- Santos MPA, Nery JS, Goes EF, Silva A, Santos ABS, Batista LE, Araújo RM. População negra e COVID-19: reflexões sobre racismo e saúde. *Estud Avançados* 2020; 34(99):225-244.
- Santos HLP, Maciel FBM, Santos KR, Conceição CDVS, Oliveira RS, Silva NRF, Prado NMBL. Neropolítica e reflexões acerca da população negra no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: uma revisão bibliográfica. *Cien Saude Colet* 2020; 25(Supl. 2):4211-4224.
- Bauer MS, Damschroder L, Hagedorn H, Smith J, Kilbourne AM. An introduction to implementation science for the non-specialist. *BMC Psychol* 2015; 3(1):32.
- Jarrín OF, Nyandeghe AN, Grafova IB, Dong X, Lin H. Validity of race and ethnicity codes in medicare administrative data compared with gold-standard self-reported race collected during routine home health care visits. *Med Care* 2020; 58(1):e1-e8.
- Zhang X, Pérez-Stable EJ, Bourne PE, Peprah E, Duru OK, Breen N, Berrigan D, Wood F, Jackson JS, Wong DWS, Denny J. Big data science: opportunities and challenges to address minority health and health disparities in the 21st century. *Ethn Dis* 2017; 27(2):95-106.
- Ford CL, Airhihenbuwa CO. Critical race theory, race equity, and public health: toward antiracism praxis. *Am J Public Health* 2010; 100(Suppl. 1):S30-S35.
- Chinman M, Woodward EN, Curran GM, Hausmann LRM. Harnessing implementation science to increase the impact of health equity research. *Med Care* 2017; 55(9):16-23.
- Souza IM, Hughes GD, van Wyk BE, Mathews V, Araújo EM. Comparative analysis of the constitution and implementation of race/skin color field in health information systems: Brazil and South Africa. *J Racial Ethn Heal Disparities* 2021; 8(2):350-362.

34. Monk EP. The consequences of “race and color” in Brazil. *Soc Probl* 2016; 63(3):413-430.
35. Chor D, Pereira A, Pacheco AG, Santos RV, Fonseca MJM, Schmidt MI, Duncan BB, Barreto SM, Aquino EML, Mill JG, Molina MD, Giatti L, Almeida MD, Bensenor I, Lotufo PA. Context-dependence of race self-classification: results from a highly mixed and unequal middle-income country. *PLoS One*; 14(5):e0216653.
36. Travassos C, Williams DR. O conceito e mensuração de raça em relação à saúde pública no Brasil e nos Estados Unidos. *Cad Saude Publica* 2004; 20(3):660-678.
37. Filice CE, Joynt KE. Examining race and ethnicity information in medicare administrative data. *Med Care* 2017; 55(12):e170-e176.
38. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci* 2009; 4(1):50.
39. Kirk MA, Kelley C, Yankey N, Birken SA, Abadie B, Damschroder L. A systematic review of the use of the Consolidated Framework for Implementation Research. *Implement Sci* 2015; 11:72.
40. Padovese MC, Inguane C, Luz RA, Juskevicius LF. *The consolidated framework for implementation research – technical assistance for users of the CFIR framework* [Internet]. [cited 2022 ago 6]. Available from: <https://cfirguide.org/wp-content/uploads/2021/02/CFIR->
41. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saude Soc* 2016; 25(3):535-549.
42. Lopes F. De volta aos primórdios: em defesa do SUS como uma política antirracista. *Bol Anal Politico-Instit* 2021;26:9-19.
43. Grandi J, Dias MTG, Glimm S. Percepções daqueles que perguntam: qual a sua cor? *Saude Debate* 2013; 37(99):588-596.
44. Lazar Neto F, Salzstein GA, Cortez AL, Bastos TL, Baptista FVD, Moreira JA, Lauterbach GP, Oliveira JC, Assis FC, Aguiar MRA, Deus AA, Dias MFDS, Sousa FCB, Duailibi DF, Kondo RH, Moraes ACF, Martins MA. International Journal of Infectious Diseases Comparative assessment of mortality risk factors between admission and follow-up models among patients hospitalized with COVID-19. *Int J Infect Dis* 2021; 105:723-729.
45. Lazar Neto F, Mendes TB, Matos PMPG, de Oliveira JC, Favarato MHS, Lin CA, Martins MA. External validity of type 2 diabetes clinical trials on cardiovascular outcomes for a multimorbid population. *Diabetes Obes Metab* 2021; 23(4):971-979.
46. Lopes F, Buchalla CM, Ayres JR M. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica* 2007; 41(Supl. 2):39-46.
47. Allen M, Wilhelm A, Ortega LE, Pergament S, Bates N, Cunningham B. Applying a race(ism)-conscious adaptation of the CFIR framework to understand implementation of a school-based equity-oriented intervention. *Ethn Dis* 2021; 31:375-388.
48. Silveira R, Rosa R, Fogaça G, Santos L, Nardi H, Alves M, Mairros F. Reflections on the collection of the issue of race/color in the basic care (SUS) in the south of Brazil. *Saude Soc* 2021; 30(2):e200414.
49. Neto JAC, Fonseca GM, Brum IV, Santos JLCT, Rodrigues TCGF, Paulino KR, Ferreira RE. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. *Cien Saude Colet* 2015; 20(6):1909-1916.
50. Chandler CE, Williams CR, Turner MW, Shanahan ME. Training public health students in racial justice and health equity: a systematic review. *Public Health Rep* 2022; 137(2):375-385.

Artigo apresentado em 06/06/2022

Aprovado em 06/06/2022

Versão final apresentada em 08/06/2022

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva