

ARTIGO DE REVISÃO

**ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E RAÇA/COR/ETNIA
ENTRE MULHERES: UMA METANÁLISE***Francyne da Silva Silva^a*<https://orcid.org/0000-0002-6804-8751>*Marcela Reis Vieira^b*<https://orcid.org/0009-0005-9903-8926>*Ellen de Moraes Guedes^c*<https://orcid.org/0000-0002-5567-8789>*Ana Claudia Morais Godoy Figueiredo^d*<https://orcid.org/0000-0003-2842-9848>*Simone Seixas da Cruz^e*<https://orcid.org/0000-0002-9410-5676>**Resumo**

Diversas barreiras podem comprometer o acesso aos serviços de saúde no Brasil, especialmente entre as mulheres negras, evidenciando a urgência em discutir esse tema **à luz das iniquidades raciais e de gênero**. O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão sistemática com metanálise para avaliar as evidências científicas da associação entre raça/cor de pele/etnia e acesso e utilização dos serviços de saúde entre mulheres. A busca dos estudos foi realizada em cinco bases eletrônicas, incluindo literatura cinzenta, até março de 2022 e, após a extração de dados, foi realizada a avaliação da qualidade dos artigos. A metanálise estimou a medida de associação global (*odds ratio*) e seu intervalo de confiança de 95%. Também

^a Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da População Negra e Indígena da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil. E-mail: francynedasilva@hotmail.com

^b Graduada em Saúde pela UFRB. Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil. E-mail: marcelavieira@aluno.ufrb.edu.br

^c Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Rondônia (Unir). Porto Velho, Rondônia, Brasil. E-mail: ellen.moraes.guedes@gmail.com

^d Pós-Doutorado em Saúde Coletiva. Docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde) da UFRB. Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil. E-mail: contato@cienciaemtexto.com.br

^e Docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da População Negra e Indígena da UFRB. Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil. E-mail: simone.seixas@ufrb.edu.br

Endereço para correspondência: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Rua Rui do Cajueiro, 1015, Centro de Ciências da Saúde. Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil. CEP: 44574-490. E-mail: simone.seixas@ufrb.edu.br

foi avaliado o indicador de Higgins e Thompson (I^2) para classificação da heterogeneidade estatística dos dados. Foram identificados 428 registros, mas apenas três estudos atenderam aos critérios de elegibilidade. A raça/cor de pele/etnia negra esteve associada a desfechos negativos relacionados ao acesso/utilização dos serviços de saúde no Brasil (OR = 1,49; IC95%: 1,26-1,76; I^2 = 24,01%). Neste estudo, verificou-se que existem iniquidades raciais no acesso/utilização dos serviços de saúde entre mulheres. No entanto, destaca-se a necessidade de mais estudos rigorosos para elucidar a influência da raça/cor/etnia e de elaboração de políticas públicas.

Palavras-chave: Mulheres. População negra. Racismo. Acesso aos serviços de saúde. Desigualdade em saúde.

ACCESS TO AND UTILIZATION OF HEALTH SERVICES AND RACE/COLOR/ETHNICITY AMONG WOMEN: A META-ANALYSIS

Abstract

Several barriers can compromise access to health services in Brazil, especially among black women, highlighting the urgency of discussing this topic in the light of racial and gender inequalities. This study aimed to carry out a systematic review with meta-analysis to assess the scientific evidence on the association between race/skin color/ethnicity and access and use of health services among women. The search for studies was carried out in five electronic databases, including the gray literature, until March 2022, and, after data extraction, the quality of the articles was evaluated. The meta-analysis estimated the global association measure (odds ratio) and its 95% confidence interval. The Higgins and Thompson indicator (I^2) was also evaluated to classify the statistical heterogeneity of the data. A total of 428 records were identified, but only three studies met the eligibility criteria. Black race/skin color/ethnicity was associated with negative outcomes related to access/use of health services in Brazil (OR = 1.49; 95%CI: 1.26-1.76; I^2 = 24.01%). This study showed the presence of racial inequalities in the access/use of health services among women. However, it highlights the need for more rigorous studies to elucidate the influence of race/color/ethnicity and the elaboration of public policies.

Keywords: Women. Black people. Racism. Health services accessibility. Health status disparity.

ACCESO Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y RAZA/COLOR/ETNIA ENTRE LAS MUJERES: UN METAANÁLISIS

Resumen

Diversos obstáculos pueden dificultar el acceso a los servicios de salud en Brasil, principalmente para las mujeres negras, lo que muestra la necesidad de discutir el tema de las inequidades racial y de género. Este estudio tiene por objetivo realizar una revisión sistemática con metaanálisis para evaluar la evidencia científica de la asociación entre raza/color/etnia y el acceso y uso de los servicios de salud por las mujeres. Se realizó una búsqueda en cinco bases de datos electrónicas, incluida la literatura gris, en el periodo hasta marzo de 2022; y tras evaluados los datos, se llevó a cabo una evaluación de la calidad de los artículos. El metaanálisis estimó la asociación global (Odds Ratio) y su intervalo de confianza del 95%. También se evaluó el indicador de Higgins y Thompson (I^2) para clasificar la heterogeneidad estadística de los datos. Se identificaron 428 registros, de los cuales solo tres estudios cumplieron los criterios de elegibilidad. La raza/color de piel/etnia negra se asoció con desenlaces negativos relacionados al acceso/uso de los servicios de salud en Brasil (OR = 1,49; IC 95%: 1,26-1,76; I^2 = 24,01%). Estos hallazgos destacan las inequidades raciales en el acceso/uso de los servicios de salud entre mujeres brasileñas. Sin embargo, se necesitan investigaciones más rigurosas sobre la influencia de la raza/color/etnia y la implementación de políticas públicas efectivas.

Palabras clave: Mujer. Población negra. Racismo. Acceso a los servicios de salud. Desigualdad en salud.

INTRODUÇÃO

Os determinantes sociais da saúde (DSS) são um conjunto de fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos, comportamentais, políticos, ambientais, habitacionais, nutricionais, entre outros, que impactam e influenciam, de forma positiva ou negativa, as condições de vida e trabalho dos indivíduos e das populações. Estão diretamente relacionados ao processo de saúde-doença, cuidado e morte; aos fatores de risco aos quais as populações estão expostas; à exclusão social e às desigualdades existentes na distribuição de poder, riquezas, oportunidades, direitos, acesso e utilização de bens e serviços públicos – e estes, por sua vez, refletem nos desfechos em saúde¹.

O racismo e as desigualdades étnico-raciais constituem-se como grandes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo². Ambos são determinantes para a produção e manutenção de profundas iniquidades (desigualdades injustas e evitáveis) em saúde e acentuam as vulnerabilidades que acometem a população negra no país³.

A intersecção entre diversos sistemas de subordinação e discriminação cria desigualdades que estruturam a sociedade e hierarquizam as posições de gêneros, raças, etnias, classes e outros marcadores⁴. Assim, quando somadas às desigualdades sociais, de gênero e classe, as desigualdades étnico-raciais reverberam nas condições de vida e saúde das mulheres negras, bem como no acesso e utilização dos serviços de saúde por elas.

O acesso e utilização dos serviços de saúde extrapolam as dimensões geográficas, sendo atributos fundamentais para refletir os níveis de (in)justiça social de um país. Seus determinantes estão relacionados a múltiplos fatores de caráter individual, social, político e de organização dos sistemas e serviços de saúde⁵⁻⁷. Neste sentido, muitas são as barreiras que comprometem o acesso de algumas populações e que necessitam, cada vez mais, ser debatidas à luz das iniquidades raciais, enfatizando também as desigualdades de gênero.

A relação entre as iniquidades raciais e o acesso aos serviços de saúde entre as mulheres negras e brancas já vem sendo investigada no Brasil. A expressão do racismo na dimensão institucional dos serviços de saúde foi observada em diferentes estudos ao mostrarem que, comparadas às mulheres brancas, as mulheres negras foram significativamente menos propensas a fazer o Papanicolau e/ou exame de mama, tiveram piores condições no pré-natal, parto e puerpério, maiores chances de diagnóstico tardio de câncer de mama e enfrentaram mais dificuldades institucionais no acesso aos serviços de saúde para atenção pós-aborto⁸⁻¹².

A saúde da mulher negra permanece não sendo uma área de conhecimento ou um campo importante nas ciências da saúde¹³. Embora tenham aumentado o número de estudos que analisam e discutem o acesso aos serviços de saúde entre mulheres a partir de uma perspectiva étnico-racial, essa produção ainda é pouco expressiva. Não foram encontradas revisões sistemáticas na base de registros do International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO) acerca do tema.

Deste modo, o objetivo deste estudo foi, por meio de uma revisão sistemática com metanálise, avaliar as evidências científicas da associação entre a variável raça/cor de pele/etnia e o acesso e utilização dos serviços de saúde entre mulheres no Brasil.

MATERIAL E MÉTODOS

REGISTRO E PROTOCOLO

No primeiro momento, foi realizada uma busca por revisões sistemáticas sobre o tema no banco de dados do PROSPERO. Em seguida, o protocolo da revisão sistemática foi registrado no PROSPERO, elaborado com base na declaração Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)¹⁴.

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Estudos epidemiológicos observacionais que contaram com a participação de mulheres adultas entre 18 e 60 anos foram incluídos nesta revisão para investigar a associação entre raça/cor de pele/etnia e acesso e utilização dos serviços de saúde (incluindo a realização de exames, consultas ou qualquer tipo de atendimento nos serviços de saúde, independentemente do nível da atenção, isto é, primário, secundário ou terciário). Não houve restrição de idioma, e os estudos deveriam ter sido publicados até março de 2022. Revisões de literatura e estudos de caso realizados fora do Brasil, com tamanho de amostra menor que 100 participantes, que não apresentaram dados suficientes sobre a prevalência de acesso e comparação entre mulheres negras e brancas/não negras e/ou com desfecho autorreferido pelas participantes foram excluídos.

FONTE DE INFORMAÇÃO

Os estudos foram acessados a partir da busca nas seguintes bases de dados eletrônicas: PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scopus e Web of Science. Também foram examinadas as listas de referências dos artigos selecionados para revisão sistemática, bem como bases de dados específicas que contêm textos da literatura cinzenta, como o MedRxiv.

ESTRATÉGIA DE BUSCA

Os descritores utilizados e seus sinônimos foram identificados no *Medical Subject Headings* (MeSH). As palavras-chave empregadas para as buscas foram: “mulheres”, “negra”, “acesso aos serviços de saúde” e “Brasil”. Os termos em inglês foram: “women”, “blacks”, “health services accessibility” e “Brazil”. Os seguintes operadores booleanos foram empregados: AND e OR. A estratégia de busca inicial foi adaptada para as demais bases de dados eletrônicas (**Quadro 1**). Para avaliar a qualidade das estratégias de busca, a *Peer Review of Electronic Search Strategies* (PRESS) foi utilizada¹⁵.

Quadro 1 – Estratégia de busca completa e adaptações para as bases bibliográficas utilizadas

(continua)

PubMed (03/2022)
N = 17
((((((((Women[Title/Abstract]) OR (Girls[Title/Abstract])) OR (Girl[Title/Abstract])) OR (Woman[Title/Abstract])) OR (Women’s Groups[Title/Abstract])) OR (Women Groups[Title/Abstract])) OR (Women’s Group[Title/Abstract])) AND (((((((Blacks[Title/Abstract]) OR (Negroes[Title/Abstract])) OR (Negro[Title/Abstract])) OR (Negroid Race[Title/Abstract])) OR (Negroid Races[Title/Abstract])) OR (Race, Negroid[Title/Abstract])) OR (Races, Negroid[Title/Abstract])) OR (African Continental Ancestry Group[Title/Abstract])) OR (Black[Title/Abstract])) AND (((((((((((((((((((Health Services Accessibility[Title/Abstract]) OR (Access to Health Services[Title/Abstract])) OR (Access to Care[Title/Abstract])) OR (Access to Cares[Title/Abstract])) OR (Care, Access to[Title/Abstract])) OR (Cares, Access to[Title/Abstract])) OR (Accessibility of Health Services[Title/Abstract])) OR (Accessibility, Health Services[Title/Abstract])) OR (Availability of Health Services[Title/Abstract])) OR (Health Services Availability[Title/Abstract])) OR (Access To Care, Health[Title/Abstract])) OR (Access to Health Care[Title/Abstract])) OR (Access to Therapy[Title/Abstract])) OR (Access to Therapies[Title/Abstract])) OR (Therapy, Access to[Title/Abstract])) OR

PubMed (03/2022)
N = 17
(Access to Treatment[Title/Abstract])) OR (Access to Treatments[Title/Abstract])) OR (Treatment, Access to[Title/Abstract])) OR (Health Services Geographic Accessibility[Title/Abstract])) OR (Program Accessibility[Title/Abstract])) OR (Accessibility, Program[Title/Abstract])) OR (Access to Medicines[Title/Abstract])) OR (Access to Medicine[Title/Abstract])) OR (Medicine, Access to[Title/Abstract])) OR (Medicines, Access to[Title/Abstract])) OR (Access to Medications[Title/Abstract])) OR (Access to Medication[Title/Abstract])) OR (Medication, Access to[Title/Abstract])) OR (Medication Access[Title/Abstract])) OR (Access, Medication[Title/Abstract])) OR (Medication Accesses[Title/Abstract])) OR (Contraceptive Availability[Title/Abstract])) OR (Availability, Contraceptive[Title/Abstract])) OR (Contraceptive Access[Title/Abstract])) OR (Access, Contraceptive[Title/Abstract])) OR (Contraceptive Accesses[Title/Abstract])) OR (Contraception Access[Title/Abstract])) OR (Access, Contraception[Title/Abstract])) OR (Access to Contraception[Title/Abstract])) OR (Access to Contraceptions[Title/Abstract])) OR (Contraception, Access to[Title/Abstract])) AND (Brazil[Title/Abstract])
Web of Science (03/2022)
N = 58
#1 AND #2 AND #3
#1 ((((TS=(Women)) OR TS=(Girls)) OR TS=(Girl)) OR TS=(Woman)) OR TS=(Women's Groups)) OR TS=(Women Groups)) OR TS=(Women's Group)
AND
#2 (((((((TS=(Blacks)) OR TS=(Negroes)) OR TS=(Negro)) OR TS=(Negroid Race)) OR TS=(Negroid Races)) OR TS=(Race, Negroid)) OR TS=(Races, Negroid)) OR TS=(African Continental Ancestry Group)) OR TS=(Black)
AND
#3 ((((((((((((((((((((((((((((TS=(Health Services Accessibility)) OR TS=(Access to Health Services)) OR TS=(Access to Care)) OR TS=(Access to Cares)) OR TS=(Care, Access to)) OR TS=(Cares, Access to)) OR TS=(Accessibility of Health Services)) OR TS=(Accessibility, Health Services)) OR TS=(Availability of Health Services)) OR TS=(Health Services Availability)) OR TS=(Access To Care, Health)) OR TS=(Access to Health Care)) OR TS=(Access to Therapy)) OR TS=(Access to Therapies)) OR TS=(Therapy, Access to)) OR TS=(Access to Treatment)) OR TS=(Access to Treatments)) OR TS=(Treatment, Access to)) OR TS=(Health Services Geographic Accessibility)) OR TS=(Program Accessibility)) OR TS=(Accessibility, Program)) OR TS=(Access to Medicines)) OR TS=(Access to Medicine)) OR TS=(Medicine, Access to)) OR TS=(Medicines, Access to)) OR TS=(Access to Medications)) OR TS=(Access to Medication)) OR TS=(Medication, Access to)) OR TS=(Medication Access)) OR TS=(Access, Medication)) OR TS=(Medication Accesses)) OR TS=(Contraceptive Availability)) OR TS=(Availability, Contraceptive)) OR TS=(Contraceptive Access)) OR TS=(Access, Contraceptive)) OR TS=(Contraceptive Accesses)) OR TS=(Contraception Access)) OR TS=(Access, Contraception)) OR TS=(Access to Contraception)) OR TS=(Access to Contraceptions)) OR TS=(Contraception, Access to)) AND TS=(Brazil)
Scopus (03/2022)
N = 80
((TITLE-ABS-KEY (women) OR TITLE-ABS-KEY (girls) OR TITLE-ABS-KEY (girl) OR TITLE-ABS-KEY (woman) OR TITLE-ABS-KEY (women's AND groups) OR TITLE-ABS-KEY (women AND groups) OR TITLE-ABS-KEY (women's AND group))) AND ((TITLE-ABS-KEY (blacks) OR TITLE-ABS-KEY (negroes) OR TITLE-ABS-KEY (negro) OR TITLE-ABS-KEY (negroid AND race) OR TITLE-ABS-KEY (negroid AND races) OR TITLE-ABS-KEY (race, AND negroid) OR TITLE-ABS-KEY (races, AND negroid) OR TITLE-ABS-KEY (african AND continental AND ancestry AND group) OR TITLE-ABS-KEY (black))) AND ((TITLE-ABS-KEY (health AND services AND accessibility) OR TITLE-ABS-KEY (access AND to AND health AND services) OR TITLE-ABS-KEY (access AND to AND care) OR TITLE-ABS-KEY (access AND to AND cares) OR TITLE-ABS-KEY (care, AND access AND to) OR TITLE-ABS-KEY (cares, AND access AND to) OR TITLE-ABS-KEY (accessibility AND of AND health AND services) OR TITLE-ABS-KEY (accessibility, AND health AND services) OR TITLE-ABS-KEY (availability AND of AND health AND services) OR TITLE-ABS-KEY (health AND services AND availability) OR TITLE-ABS-KEY (access AND to AND care, AND health) OR TITLE-ABS-KEY (access AND to AND health AND care) OR TITLE-ABS-KEY (access AND to AND therapy) OR TITLE-ABS-KEY (access AND to AND therapies) OR TITLE-ABS-KEY (therapy, AND access AND to)

Quadro 1 – Estratégia de busca completa e adaptações para as bases bibliográficas utilizadas

(conclusão)

Scopus (03/2022)
N = 80
OR TITLE-ABS-KEY (access AND to AND treatment) OR TITLE-ABS-KEY (access AND to AND treatments) OR TITLE-ABS-KEY (treatment, AND access AND to) OR TITLE-ABS-KEY (health AND services AND geographic AND accessibility) OR TITLE-ABS-KEY (program AND accessibility)) OR ((TITLE-ABS-KEY (accessibility, AND program) OR TITLE-ABS-KEY (access AND to AND medicines) OR TITLE-ABS-KEY (access AND to AND medicine) OR TITLE-ABS-KEY (medicine, AND access AND to) OR TITLE-ABS-KEY (medicines, AND access AND to) OR TITLE-ABS-KEY (access AND to AND medications) OR TITLE-ABS-KEY (access AND to AND medication) OR TITLE-ABS-KEY (medication, AND access AND to) OR TITLE-ABS-KEY (medication AND access) OR TITLE-ABS-KEY (access, AND medication) OR TITLE-ABS-KEY (medication AND accesses) OR TITLE-ABS-KEY (contraceptive AND availability) OR TITLE-ABS-KEY (availability, AND contraceptive) OR TITLE-ABS-KEY (contraceptive AND access) OR TITLE-ABS-KEY (access, AND contraceptive) OR TITLE-ABS-KEY (contraceptive AND accesses) OR TITLE-ABS-KEY (contraception AND access) OR TITLE-ABS-KEY (access, AND contraception) OR TITLE-ABS-KEY (access AND to AND contraception) OR TITLE-ABS-KEY (access AND to AND contraceptions))) AND (TITLE-ABS-KEY (brazil))
BVS (03/2022)
N = 127
((((Women) OR (Girls) OR (Girl) OR (Woman) OR (Women's Groups) OR (Women Groups) OR (Women's Group)) AND ((Blacks) OR (Negroes) OR (Negro) OR (Negroid Race) OR (Negroid Races) OR (Race, Negroid) OR (Races, Negroid) OR (African Continental Ancestry Group) OR (Black)) AND ((Health Services Accessibility) OR (Access to Health Services) OR (Access to Care) OR (Access to Cares) OR (Care, Access to) OR (Cares, Access to) OR (Accessibility of Health Services) OR (Accessibility, Health Services) OR (Availability of Health Services) OR (Health Services Availability) OR (Access To Care, Health) OR (Access to Health Care) OR (Access to Therapy) OR (Access to Therapies) OR (Therapy, Access to) OR (Access to Treatment) OR (Access to Treatments) OR (Treatment, Access to) OR (Health Services Geographic Accessibility) OR (Program Accessibility) OR (Accessibility, Program) OR (Access to Medicines) OR (Access to Medicine) OR (Medicine, Access to) OR (Medicines, Access to) OR (Access to Medications) OR (Access to Medication) OR (Medication, Access to) OR (Medication Access) OR (Access, Medication) OR (Medication Accesses) OR (Contraceptive Availability) OR (Availability, Contraceptive) OR (Contraceptive Access) OR (Access, Contraceptive) OR (Contraceptive Accesses) OR (Contraception Access) OR (Access, Contraception) OR (Access to Contraception) OR (Access to Contraceptions) OR (Contraception, Access to))) AND (Brazil)
MedRXIV (03/2022)
N = 288
"Wom*n*" AND "Black* OR Negro* OR Race* OR 'African Continental Ancestry Group'" AND "Access* OR Availability AND Brazil"

Fonte: Elaboração própria.

SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Após a exclusão de artigos duplicados, os estudos foram selecionados por meio da leitura de títulos e resumos, utilizando o programa Rayyan¹⁶. O processo de seleção foi conduzido por duas revisoras (F.S.S. e M.R.V.), que desconheciam as decisões tomadas por seus pares. Quatro pesquisadoras (F.S.S., M.R.V., A.G. e S.S.C.) fizeram a leitura integral dos artigos selecionados, independentemente, e aqueles que atenderam aos critérios de elegibilidade foram incluídos na revisão sistemática. Nos casos em que houve divergência entre as pesquisadoras, a inclusão ou exclusão dos artigos foi julgada por consenso entre elas.

EXTRAÇÃO DOS DADOS

As pesquisadoras (F.S.S. e M.R.V.) fizeram a extração de dados dos artigos incluídos em planilhas do Excel de forma independente, utilizando os seguintes campos: título, nome(s)

do(s) autor(es), tema central, ano de publicação, tempo/ano/período do estudo, tipo de estudo e método de coleta dos dados, local do estudo, tamanho da amostra, média de idade ou faixa etária prevalente, faixa etária da população do estudo, grupos étnico-raciais definidos, variáveis de exposição e desfecho, prevalência de acesso, medidas de associação e os principais achados. Foram realizadas reuniões de consenso para resolução de conflitos nas duas etapas e houve a necessidade de consultar um terceiro revisor (S.S.C.).

QUALIDADE DOS ESTUDOS

Para avaliar a qualidade dos estudos selecionados foi utilizado o instrumento *Newcastle-Ottawa Quality Assessment Scale* adaptado para estudos observacionais do tipo transversal¹⁷. As pesquisadoras (F.S.S. e M.R.V.) realizaram a avaliação da qualidade de todos os estudos, independentemente, e, em seguida, as informações foram confrontadas até chegarem a um consenso, com a supervisão de uma pesquisadora mais experiente (S.S.C.).w

ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados foi realizada utilizando-se o pacote estatístico STATA versão 16 (StataCorp LLC, College Station, TX, EUA), número de série: 301606315062.

O teste qui-quadrado ($p < 0,10$), tau-quadrado (τ^2) e o I-quadrado de Higgins e Thompson (I^2) e H-quadrado (H^2) foram utilizados para avaliar a heterogeneidade estatística dos dados utilizados para a metanálise. Para a interpretação da magnitude da inconsistência dos dados entre os estudos incluídos para a metanálise, o escore em percentual do teste I^2 foi empregado da seguinte forma: 0% a 40%: pode não ser importante, pois pode indicar ligeira heterogeneidade; 30% a 60%: pode representar heterogeneidade moderada; 50% a 90%: pode representar heterogeneidade substancial; 75% a 100%: pode indicar heterogeneidade muito substancial¹⁸.

As medidas de associação global entre a variável raça/cor de pele/etnia e o acesso/ utilização aos serviços de saúde, *odds ratio* (OR) e intervalos de confiança de 95% foram obtidas por meio de um modelo de metanálise de efeitos aleatórios utilizando o método da máxima verossimilhança e o gráfico em floresta (*forest plot*), agrupando estudos com comparações semelhantes e que tinham relatado o mesmo desfecho. A análise de sensibilidade e de subgrupos, bem como o viés de publicação, não foram realizadas diante da escassez de estudos elegíveis¹⁸.

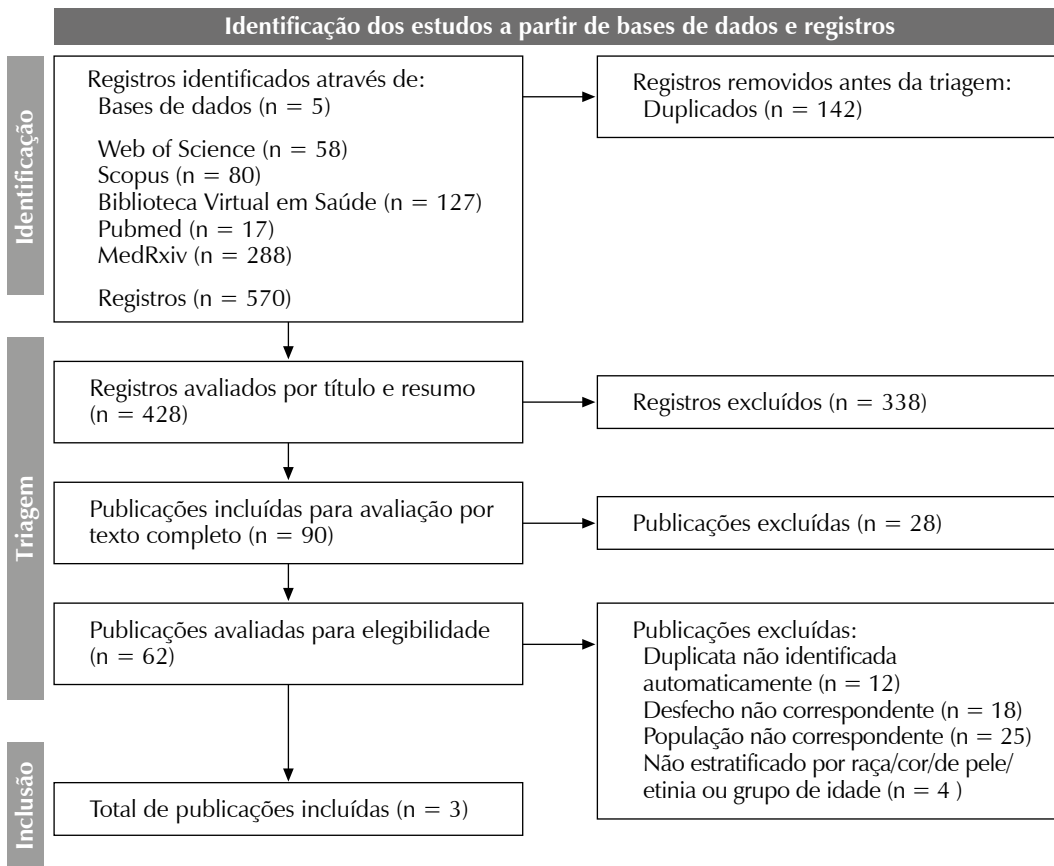
RESULTADOS

Ao final da busca foram identificados 570 estudos. Foram removidos 142 registros duplicados, restando 428 estudos para a leitura de títulos e resumos. Destes, 63 estudos foram selecionados para a leitura completa e apenas três documentos atenderam aos critérios de

elegibilidade desta revisão sistemática sobre a associação entre raça/cor de pele/etnia e acesso/utilização dos serviços de saúde (**Figura 1**).

Quanto aos artigos excluídos desta revisão sistemática após a leitura do texto completo, os motivos estão apresentados no **Quadro 2**.

Figura 1 – Fluxograma de busca, seleção e inclusão dos estudos relacionados à associação entre raça/cor/etnia e acesso aos serviços de saúde



Fonte: Adaptado de Page et al.¹⁴.

Quadro 2 – Artigos excluídos da revisão sistemática, de acordo com o critério de exclusão, para análise da associação entre raça/cor/etnia e acesso/utilização dos serviços de saúde

(continua)

AUTOR, ANO	CRITÉRIO PARA EXCLUSÃO
Domingues et al., 2013	População não correspondente
Vieira e Souza, 2009	Duplicata não identificada automaticamente
Domingues et al., 2015	Duplicata não identificada automaticamente
Martin et al., 2022	População não correspondente

Quadro 2 – Artigos excluídos da revisão sistemática, de acordo com o critério de exclusão, para análise da associação entre raça/cor/etnia e acesso/utilização dos serviços de saúde

(continua)

AUTOR, ANO	CRITÉRIO PARA EXCLUSÃO
Domingues et al., 2015	Duplicata não identificada automaticamente
Fonseca et al., 2007	Desfecho não correspondente
Berquó e do Lago, 2016	Duplicata não identificada automaticamente
Araújo et al., 2020	Não estratificado por raça/cor ou faixa etária
Lopes et al., 2007	Desfecho não correspondente
Acosta, Gonçalves e Barcellos, 2016	Duplicata não identificada automaticamente
Leal et al., 2006	População não correspondente
Trindade et al., 2021	Desfecho não correspondente
Cobo et al., 2021	População não correspondente
Diniz et al., 2016	Duplicata não identificada automaticamente
Nogueira et al., 2018	Duplicata não identificada automaticamente
De Souza Santos et al., 2021	Desfecho não correspondente
Boclin et al., 2014	Não estratificado por raça/cor ou faixa etária
Almeida e Barros, 2005	Não estratificado por raça/cor ou faixa etária
Fernandes et al., 2017	População não correspondente
Renna Junior et al., 2021	Desfecho não correspondente
Barroso, Melo e Guimarães, 2015	Desfecho não correspondente
Amorim et al., 2008	População não correspondente
Martins et al., 2018	Estudo não encontrado
Amorim et al., 2006	População não correspondente
Campos et al., 2020	Desfecho não correspondente
Cobo et al., 2021	Duplicata não identificada automaticamente
de Sousa Gomes et al., 2021	População não correspondente
Acosta, Gonçalves e Barcellos, 2016	Desfecho não correspondente
Bernardes et al., 2014	População não correspondente
Pinto et al., 2021	Desfecho não correspondente
Renna Junior e Azevedo e Silva	População não correspondente
Constante e Bastos, 2021	População não correspondente
Ceccon et al., 2019	Desfecho não correspondente
Ceccon et al., 2019	Duplicata não identificada automaticamente
Dantas et al., 2020	Desfecho não correspondente
Kale et al., 2017	Desfecho não correspondente
Ozawa e Marcopito, 2011	População não correspondente

Quadro 2 – Artigos excluídos da revisão sistemática, de acordo com o critério de exclusão, para análise da associação entre raça/cor/etnia e acesso/utilização dos serviços de saúde

(conclusão)

AUTOR, ANO	CRITÉRIO PARA EXCLUSÃO
Guimarães et al., 2016	População não correspondente
Domingues et al., 2015	População não correspondente
Boclin e Faerstein, 2013	Desfecho não correspondente
Domingues et al., 2014	População não correspondente
Chor et al., 2015	Desfecho não correspondente
Marcelino et al., 2021	Desfecho não correspondente
Nogueira et al., 2018	Desfecho não correspondente
Leal et al., 2005	População não correspondente
Leal et al., 2021	População não correspondente
Barbosa, 2017	População não correspondente
Berquó e do Lago, 2016	População não correspondente
Freitas et al., 2005	Desfecho não correspondente
Cabral et al., 2019	Desfecho não correspondente
Victora et al., 2010	Não estratificado por raça/cor ou faixa etária
Diniz et al., 2016	População não correspondente
Renna Junior e Silva, 2018	Duplicata não identificada automaticamente
Renna Junior e Silva, 2018	População não correspondente
Medeiros et al., 2018	População não correspondente
Silva, Lima e Hamann, 2010	População não correspondente
Goes et al., 2020	Duplicata não identificada automaticamente
Cabral et al., 2019	Duplicata não identificada automaticamente
Matijasevich et al., 2008	População não correspondente
Jalil et al., 2022	População não correspondente
Marques e Paiva, 2019	Tamanho da amostra inferior a 100 participantes

Fonte: Elaboração própria.

Os estudos considerados para esta revisão incluíram 7.310 participantes, tratando-se apenas de estudos observacionais, todos com desenho de corte transversal e realizados no Brasil (critério utilizado na estratégia de busca), em cinco cidades brasileiras das regiões Nordeste e Sul do país: Salvador, Recife, São Luís, São Leopoldo e Pelotas (**Quadro 3**). Três estudos atenderam aos critérios de análise da associação entre raça/cor de pele/etnia e acesso/utilização dos serviços de saúde (**Tabela 1**).

Quadro 3 – Estudos utilizados na revisão sistemática que avaliaram a associação entre raça/cor/etnia e acesso/utilização dos serviços de saúde

Autor	Desenho de estudo	Definição de exposição	Desfecho	Frequência do desfecho de acordo com a exposição	Qualidade metodológica do estudo	Medida de associação	Achados principais
1 Goes et al. 2021 Salvador (BA), Recife (PE) e São Luís (MA) – Brasil	Estudo transversal 31 de agosto e 30 de dezembro de 2010 Amostra: 2.640 mulheres	Raça/cor da pele Definição: raça/etnia	Barreiras institucionais ao acesso à assistência ao aborto	Branças 19,5% (n = 1.407) Pretas 27,7% (n = 942) Pardas 18,7% (n = 291)	7	Branças (Ref.) = 1,0 Pretas RP = 1,4 (1,1–1,7) Pardas RP = 1,0 (0,8–1,2)	Mulheres negras enfrentaram mais dificuldades institucionais (27,7% vs 19,5% nas brancas e 18,7% nas pardas), como espera para ser atendida e para conseguir um leito. A associação entre ser mulher negra e barreiras institucionais permaneceu, mesmo após ajustes no modelo de regressão.
2 Goes et al. 2020 Salvador (BA), Recife (PE) e São Luís (MA) – Brasil	Estudo transversal 31 de agosto e 30 de dezembro, 2010 Amostra: 2.640 mulheres	Raça/cor da pele Definição: raça/etnia	Vulnerabilidade racial e barreiras individuais para mulheres brasileiras que procuram o primeiro atendimento após um aborto	Branças 20,3% (n = 1.407) Pretas 32% (n = 942) Pardas 28% (n = 291)	7	Branca (Ref.) = 1,0 Preta OR = 1,7; IC95% 1,2–2,4 Parda OR = 1,5; IC95% 1,1–2,1	Mulheres pretas relataram mais barreiras individuais na busca pelo primeiro atendimento (32% vs. 28% entre pardas e 20,3% entre brancas) tais como medo de ser maltratada e não ter dinheiro para o transporte. Na regressão, confirmou-se a associação entre raça/cor preta e parda e barreiras individuais na busca de cuidados pós-aborto, mesmo após o ajuste por todas as variáveis selecionadas. Os resultados confirmam a situação de vulnerabilidade das pretas e pardas.
3 Bairros et al. 2011 São Leopoldo e Pelotas (RS) – Brasil	Estudo transversal Dezembro de 1999 a abril de 2000 e março a dezembro de 2003 Amostra: 2.030 mulheres		Acesso das mulheres a exames de detecção precoce (Papanicolau) para câncer de mama e colo do útero	Negras 17,2% (n = 56) Branças 9,7% (n = 164)	6	Branca (Ref.) = 1,0 Negra OR Ajustado = 1,6; IC95% 1,3–2,0	Mulheres negras foram significativamente menos propensas a ter realizado um exame de Papanicolau e/ou de mama do que mulheres brancas. As desigualdades raciais no acesso aos exames de detecção precoce do câncer persistiram após o controle por idade e outros fatores socioeconômicos.

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 1 – Características gerais dos estudos empregados na metanálise que utilizou medidas ajustadas para hospitalização (N = 34)

Característica	N	%
Tipo de desenho de estudo		
Transversal	3	100
Região		
Nordeste	2	66,67
Sul	1	33,33
Tamanho da amostra		
≤ 2.030	1	33,33
> 2.030	2	66,67
Qualidade metodológica do estudo		
Moderada (4-6 pontos)	1	33,33
Alta (≥ 7 pontos)	2	66,67
Ano de publicação do estudo		
2011	1	33,33
2020	1	33,33
2021	1	33,33
Financiamento do estudo		
Sim	2	66,67
Não	0	0
Não relatado	1	33,33
Emprego de confundidor na análise		
Sim	3	100
Não	0	0

Fonte: Elaboração própria.

Trata-se de estudos com desfechos de acesso/utilização dos serviços de saúde relacionados à saúde sexual e reprodutiva de mulheres, às dificuldades no acesso e às barreiras institucionais/individuais à atenção pós-aborto^{12,19} e aos exames preventivos para câncer de mama e colo do útero⁸.

As informações sobre os desfechos foram obtidas por meio de entrevistas em todos os estudos incluídos, e as respostas dos participantes foram categorizadas para as análises de prevalência do acesso/utilização dos serviços de saúde. Em dois deles^{12,19}, a informação sobre raça/cor de pele/etnia foi obtida por meio de autodeclaração (pergunta cujas alternativas de resposta consideraram a classificação racial oficial do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: branca, preta, amarela, parda e indígena). Apenas um estudo obteve esta informação por heteroatribuição, ou seja, quando a própria equipe de pesquisa identifica a raça/cor de pele/etnia do participante^{8,20}.

No geral, a média das avaliações de qualidade dos estudos foi de 6,66, representando moderada qualidade, e variaram de 6 a 7, de moderada a alta qualidade (**Quadro 4**). Nenhum artigo foi classificado como de baixa qualidade. Todas as investigações selecionadas consideraram algum tipo de covariável confundidora que representasse as condições socioeconômicas e/ou de saúde. Idade e escolaridade foram covariáveis selecionadas como potenciais confundidoras nos três estudos incluídos^{8,12,19}; tipo de aborto declarado, filhos e idade gestacional no momento do aborto foram selecionadas em dois estudos^{12,19}; classe econômica e renda per capita foram selecionadas em um estudo⁸; trabalho atual, renda própria, responsabilidade pelo domicílio, tipo de parceria foram selecionadas em um estudo¹⁹; e união estável e condições de chegada ao hospital foram selecionadas em um estudo¹².

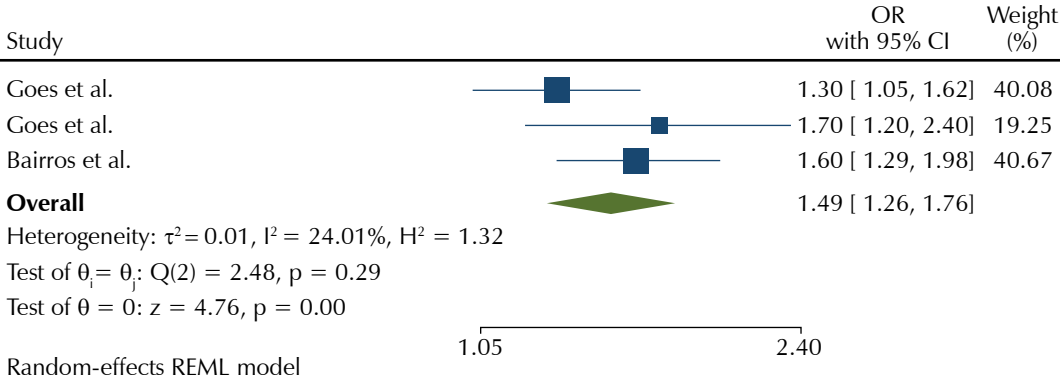
A associação global entre raça/cor de pele/etnia e acesso/utilização dos serviços de saúde foi estimada como moderada, por meio de OR de 1,49 (IC95%: 1,26-1,76), com baixa heterogeneidade ($I^2 = 24,01\%$) (**Figura 2**).

Quadro 4 – Avaliação da qualidade metodológica dos estudos transversais segundo o Newcastle-Ottawa: *Quality Assessment Scale* adaptada para estudos transversais

AUTOR, ANO	SELEÇÃO				COMPARABILIDADE		DESFECHO		TOTAL
	Representatividade da amostra	Dimensão da amostra	Não respondentes	Verificação da exposição	Controles para o fator mais importante	Controle para qualquer fator adicional	Avaliação do desfecho	Teste estatístico	
Goes et al., 2021	*	*	-	**	*	*	-	*	7
Goes et al., 2020	*	*	-	**	*	*	-	*	7
Bairros et al., 2011	*	*	-	*	*	*	-	*	6

Fonte: Elaboração própria.

Figura 2 – *Forest plot* da metanálise com OR ajustadas e intervalos de confiança de 95% (IC95%), para a associação entre raça/cor/etnia negra e raça/cor (n = 3)



Fonte: Elaboração própria.

DISCUSSÃO

Os resultados principais desta metanálise indicam que há associação entre raça/cor de pele/etnia e acesso e utilização dos serviços de saúde: mulheres negras tiveram quase 1,5 vez mais chance de não acessar ou utilizar os serviços de saúde, quando comparadas a mulheres brancas/não negras. Esse resultado sustenta a hipótese de que a exposição à raça/cor de pele/etnia negra, e sobretudo o racismo, representa um determinante para o não acesso e utilização dos serviços de saúde e para a inadequação da atenção à saúde ofertada às mulheres negras no país, reforçando os achados de estudos observacionais e revisões sistemáticas anteriores^{21,22}.

As desigualdades no acesso à contracepção no país, onde as mulheres negras (pretas e pardas) estavam entre as que mais foram esterilizadas e as que menos utilizaram a dupla proteção (combinação do uso do preservativo com algum método contraceptivo moderno), método considerado mais eficaz e efetivo contra a gravidez inesperada e as infecções sexualmente transmissíveis (IST), estão relacionadas às informações e opções que as mulheres possuem²³.

Na assistência à gestação, ao parto e ao puerpério, as mulheres negras apresentaram as menores proporções em relação ao número mínimo de seis consultas de pré-natal, à presença de acompanhante no parto, às consultas de puerpério, às ultrassonografias e ao cuidado pré-natal considerado adequado quando comparadas às brancas²⁴⁻²⁶.

Um estudo realizado no município do Rio de Janeiro observou que o acesso ao resultado do exame preventivo do câncer de colo do útero na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) foi menor entre mulheres mais jovens e de raça/cor de pele/etnia negra²⁷.

Vale frisar que nas pesquisas citadas a população estudada foi constituída por mulheres que não possuem, necessariamente, a mesma faixa etária selecionada por este estudo. No entanto, os desfechos desfavoráveis às mulheres negras são semelhantes.

Os dados encontrados nos estudos desta revisão sistemática também são semelhantes entre si, em que se observam diferenciais raciais no acesso a exames preventivos e à atenção pós-aborto: em relação ao exame clínico de mama, mulheres negras foram menos examinadas; apresentaram as maiores prevalências entre as mulheres que nunca realizaram o Papanicolau; e enfrentaram mais barreiras institucionais na atenção pós-aborto, como maior tempo de espera por um lugar/leito para receber atendimento^{8,12,19}. Mesmo após o ajuste de variáveis de confusão, isto é, independentemente de idade, escolaridade, união estável, filhos ou tipo de aborto declarado, a associação entre ser mulher negra, menos acesso aos exames, mais barreiras institucionais e dificuldades de acesso permaneceu.

Após uma busca sistemática nas bases de dados para o desenvolvimento deste estudo, constatamos uma limitada quantidade de publicações que relacionam raça/cor de

pele/etnia com acesso e utilização dos serviços de saúde. Isso reflete um restrito interesse científico no tema, apesar de sua relevância para o campo da saúde coletiva no que tange à compreensão dos DSS e do processo de saúde-doença das populações^{28,29}.

A falta de estudos elegíveis para esta investigação é um limitador importante para a precisão das medidas estimadas e, conseqüentemente, dos seus resultados³⁰. No entanto, é crucial discutir que identificação dessa lacuna no conhecimento pode representar um alerta para a realização de estudos com propósito semelhante, a fim de se atingir um aporte de evidências que mostram que a dificuldade de acesso/utilização dos serviços de saúde entre pessoas negras decorre do racismo institucional como um dos elementos estruturantes da nossa organização social¹³.

Em outras palavras, a revelação da associação entre raça/cor de pele/etnia e dificuldade de acesso/utilização dos serviços de saúde, bem como a ausência de investigações sobre o tema podem representar um apelo à comunidade científica para intensificar seus estudos. Tais investigações podem fortalecer argumentos convincentes com base em atributos quantificáveis e responder a questões de ordem prática, a exemplo de: quantas pessoas negras deixam de utilizar o serviço de saúde em diferentes níveis de complexidade do cuidado, incluindo a saúde suplementar? Para cada pessoa que utiliza o serviço de saúde, quantas são negras? Qual a validade desses achados para a promoção da equidade étnico-racial em todo o SUS?

Respostas precisas a essas perguntas podem gerar informações capazes de pressionar a sociedade a se organizar para reduzir as iniquidades raciais que afetam a área da saúde e intensificam o sofrimento da população negra, pavimentando uma via mais rápida para a mudança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Raça e o racismo são fatores determinantes para o acesso e a qualidade da atenção à saúde ofertada às mulheres negras. As dificuldades e barreiras no acesso e na utilização dos serviços de saúde incidem diretamente nas condições de vida e saúde destas mulheres. Os resultados aqui encontrados motivam o desenvolvimento de mais estudos para elucidar a influência da raça/cor de pele/etnia na hipótese estudada e apontam para a elaboração de políticas públicas específicas que promovam a equidade étnico-racial em todo o SUS e efetivem o direito à saúde desta população.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Francyne da Silva Silva, Ana Claudia Moraes Godoy Figueiredo e Simone Seixas da Cruz.

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Francyne da Silva Silva, Marcela Reis Vieira, Ellen de Moraes Guedes, Ana Claudia Moraes Godoy Figueiredo e Simone Seixas da Cruz.

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Francyne da Silva Silva, Marcela Reis Vieira, Ellen de Moraes Guedes, Ana Claudia Moraes Godoy Figueiredo e Simone Seixas da Cruz.

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Francyne da Silva Silva, Ana Claudia Moraes Godoy Figueiredo e Simone Seixas da Cruz.

REFERÊNCIAS

1. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis* (Rio J). 2007;17(1):77-93.
2. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(1):100-7.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Racismo como determinante social de saúde. Brasília (DF); 2011.
4. Crenshaw K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Rev Estud Fem*. 2002;10(1):171-88.
5. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(Suppl 2):S190-8.
6. Barata RB. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006. *São Paulo Perspect*. 2008;22(2):19-29.
7. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Colet*. 2012;17(11):2865-75.
8. Bairros FS, Meneghel SN, Dias-da-Costa JS, Bassani DG, Menezes AMB, Gigante DP, et al. Racial inequalities in access to women's health care in southern Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(12):2364-72.
9. Lessa MSA, Nascimento ER, Coelho EAC, Soares IJ, Rodrigues QP, Santos CAST, et al. Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado. *Ciênc Saúde Colet*. 2022;27(10):3881-90.
10. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(Suppl 1):e00078816.

11. Theophilo RL, Rattner D, Pereira EL. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(11):3505-16.
12. Goes EF, Menezes GMS, Almeida MCC, Barreto-de-Araújo TV, Alves SV, Alves MTSSB, et al. Barriers in accessing care for consequence of unsafe abortion by black women: evidence of institutional racism in Brazil. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2021;8(6):1385-94.
13. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde Soc*. 2016;25(3):535-49.
14. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71.
15. McGowan J, Sampson M, Salzwedel DM, Cogo E, Foerster V, Lefebvre C. PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 guideline statement. *J Clin Epidemiol*. 2016;75:40-6.
16. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*. 2016;5:210.
17. Wells GA, Shea B, O'Connell D, Peterson J, Welch V, Losos M, et al. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. Ottawa (ON): Ottawa Hospital Research Institute; 2021.
18. Egger M, Smith GD, Altman D, editores. *Systematic reviews in health care: meta-analysis in context*. 2a ed. London: BMJ Books; 2001.
19. Goes EF, Menezes GMS, Almeida MCC, Araújo TVB, Alves SV, Alves MTSSB, et al. Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(Suppl 1):e00189618.
20. Batista NC, Figueiredo HAC. Comissões de heteroidentificação racial para acesso em universidades federais. *Cad Pesqui*. 2020;50(177):865-81.
21. Silva PHA. Iniquidade racial no acesso ao pré-natal no primeiro trimestre de gestação: uma revisão sistemática e metanálise [dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2020.
22. Santos MAP. Acesso ao exame papanicolau entre mulheres negras comparada a outras raças/etnias: uma revisão sistemática com metanálise [dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2022.
23. Trindade RE, Siqueira BB, Paula TF, Felisbino-Mendes MS. Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres brasileiras. *Ciênc Saúde Colet*. 2021;26(Suppl 2):3493-504.

24. Berquó E, Lago TDG. Atenção em saúde reprodutiva no Brasil: eventuais diferenciais étnico-raciais. *Saúde Soc.* 2016;25(3):550-60.
25. Diniz CSG, Batista LE, Kalckmann S, Schlitz AOC, Queiroz MR, Carvalho PCA. 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 Soc.* 2016;25(3):561-72.
26. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Pública.* 2015;37(3):140-7.
27. Martins LFL, Almeida LM, Szklo AS, Szklo M, Thuler LCS, Enes MFG, et al. Factors associated with the lack of access to cervical cancer screening test results in the Brazilian unified health system network in the municipality of Rio de Janeiro. *Eur J Cancer Prev.* 2018;27(4):339-46.
28. Silveira R, Rosa R, Fogaça G, Santos L, Nardi H, Alves M, et al. Reflexões sobre a coleta do quesito raça/cor na Atenção Básica (SUS) no Sul do Brasil. *Saúde Soc.* 2021;30(2):e200414.
29. Gomes ICR, Damasceno RO, Nery AA, Martins Filho IE, Vilela ABA. Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra na Bahia. *Rev Baiana Enferm.* 2017;31(2):e21500.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados. Brasília (DF); 2012.

Recebido: 22.4.2023. Aprovado: 12.6.2023. Publicado: 8.8.2023.