

Expressões das desigualdades no acesso aos serviços de saúde na América Latina: uma revisão de escopo

Expressions of inequalities in access to health services in Latin America: a scoping review

Thaís de Souza Oliveira (<https://orcid.org/0009-0002-9668-1420>)¹

Adelyne Maria Mendes Pereira (<https://orcid.org/0000-0002-2497-9861>)²

Abstract *Latin America is one of the most unequal regions in the world. Due to colonization and occupation of the territory, structural inequalities mark people's living and health conditions. In health, we can observe how different dimensions of inequalities condition access and user experience in the service. This scoping review aimed to map and analyze the expressions of inequalities in access to health services in Latin American countries from the scientific production of the last ten years, from which 272 articles were selected. The categorical analysis classified articles into five dimensions, which characterize the expressions of inequalities in access to health services: socio-economic, geospatial, ethnic/racial, gender, and people with disabilities. The most frequent access barriers were socioeconomic or ability to pay, geographic or transportation difficulty, availability of services, cultural/ethnic, communication, and architecture. The main conditioning factors of health inequalities were income, schooling, transportation, and living conditions. Combating health inequalities requires proposing structuring and sectorial policies.*

Key words *Inequalities, Health inequities, Access to health services*

Resumo *A América Latina é uma das regiões mais desiguais do mundo. Desigualdades estruturais, fruto dos processos de colonização e ocupação do território, marcam as condições de vida e saúde das pessoas. Na saúde, é possível observar como diferentes dimensões das desigualdades condicionam o acesso e a experiência do usuário no serviço. Objetivou-se mapear e analisar as expressões das desigualdades no acesso aos serviços de saúde nos países da América Latina a partir da produção científica dos últimos dez anos. O desenho de estudo foi a revisão de escopo, por meio da qual foram selecionados 272 artigos. A análise categorial permitiu a classificação dos artigos em cinco dimensões, que caracterizam as expressões das desigualdades no acesso aos serviços de saúde: socioeconômica, geoespacial, étnica/racial, gênero e de pessoas com deficiência. As barreiras de acesso mais frequentes foram: socioeconômica ou capacidade de pagamento; geográfica ou dificuldade de transporte; disponibilidade de serviços; cultural/étnica; comunicação; e arquitetônica. Os principais fatores condicionantes das desigualdades em saúde foram renda, escolaridade, transporte e condições de moradia. O enfrentamento das desigualdades em saúde requer a proposição de políticas estruturantes e setoriais.*

Palavras-chave *Desigualdades, Iniquidades em saúde, Acesso aos serviços de saúde*

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. thatadso@gmail.com

² Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

Este estudo tem como foco as desigualdades e o acesso aos serviços de saúde na América Latina (AL). Seu desenvolvimento se baseou em três argumentos. Em primeiro lugar, o reconhecimento de que os contextos sociais, ambientais e econômicos influenciam grandemente a vida e a saúde das pessoas e populações¹.

Alguns autores identificam os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população como determinantes sociais da saúde^{2,3}. Outros se dedicam a compreender a origem de tais fatores, relacionando-os aos modos de produção e reprodução do capital, nomeando-os de determinações da saúde^{4,5}. Tais conceitos são marcados por diferenças políticas e epistemológicas que condicionaram seu desenvolvimento histórico. A determinação social da saúde na AL está relacionada ao movimento da medicina social, que critica as noções de subdesenvolvimento, de liberalização da medicina e de individualização do processo saúde-doença, ressaltando a influência das condições de vida, trabalho e ambiente sobre a saúde^{4,5}. Essa perspectiva evocará a necessidade de políticas públicas abrangentes, para além daquelas que enfoquem mudanças no estilo de vida como estratégia para redução dos riscos individuais.

Em que pese as especificidades de cada abordagem, em ambas há a valorização do peso das desigualdades e seus efeitos sobre a saúde, que constitui o segundo argumento no qual este trabalho se ancora. As desigualdades podem ser compreendidas como uma repartição desigual produzida pelo processo social e histórico, que estratifica as pessoas e os grupos sociais⁶. O termo desigualdade apresenta uma vasta gama de possibilidades de definição, podendo ser relacionado à saúde, à economia, à sociedade, à região, à cultura, entre outros. Todos esses aspectos podem refletir nas desigualdades em saúde, gerando possibilidades desiguais de acesso aos serviços, às tecnologias disponíveis e a inovações do setor⁷.

Multidimensional e sempre um assunto importante nas políticas públicas, as desigualdades em saúde podem ser entendidas como as diferenças no estado de saúde que ocorrem entre indivíduos ou grupos. Estão relacionadas a múltiplos fatores: variação biológica, escolhas feitas pelas pessoas, condições de vida e de trabalho que vulnerabilizam e prejudicam a saúde, acesso inadequado aos serviços de saúde ou serviços públicos

e impossibilidade de mobilidade social^{8,9}. Para Ottersen¹⁰, existem muitas fontes para as desigualdades em saúde e uma delas está enraizada no formato de desenvolvimento e organização mundial que conhecemos hoje.

Barreto⁷ ressalta a relevância de que as investigações sobre as desigualdades se dediquem a avaliar a distribuição/acumulação de renda, tanto entre países quanto entre as regiões de um mesmo país. Para Barata⁶, no âmbito das desigualdades em saúde, interessa conhecer as diferenças associadas a fatores como renda, educação, ocupação, raça/etnia, gênero, pessoas com deficiências, condições do local de moradia ou trabalho.

Como fenômeno complexo, a saúde é condicionada por múltiplos fatores interligados, multidependentes e de intercausalidade¹¹, fruto histórico de direcionamentos e escolhas políticas. Assim, reconhece-se que alguns indivíduos estão mais expostos a situações de desigualdade do que outros, que alguns contextos os deixam mais suscetíveis às influências externas.

O terceiro e último argumento diz respeito à saúde como um direito, e a importância do papel do Estado na produção de políticas públicas que promovam condições equânimes de acesso aos serviços de saúde¹². O acesso aos serviços de saúde é definido pela relação do usuário com o serviço, seja em consultas, hospitalizações ou na realização de exames^{13,14}. Para Travassos e Martins¹³, existem vários fatores que condicionam o acesso e o uso dos serviços, tais quais: a necessidade dos usuários, as características sociodemográficas (idade, renda e escolaridade), os prestadores de serviços, a organização dos serviços e a política (tipo de sistema de saúde). Sanchez e Ciconelli¹⁴ corroboram essa perspectiva e destacam algumas dimensões que podem caracterizar o acesso: a disponibilidade do serviço, a capacidade de pagamento, a informação (estratégias de comunicação do serviço com a população) e a aceitação (definida como a expectativa do profissional de saúde quanto às orientações e à expectativa dos usuários).

O termo acessibilidade também pode ser encontrado nos textos relacionados ao acesso aos serviços de saúde. Starfield¹⁵ usa o termo acessibilidade referindo-se às características da oferta do serviço, possibilitando que as pessoas cheguem ao serviço, defendendo o sucesso do acolhimento no primeiro contato com o usuário.

Ao avaliar os conceitos de acesso aos serviços de saúde, Martins e Travassos¹³ chegaram à conclusão de que, apesar das variações de abordagem no conceito de acesso, alguns pontos em

comum podem ser traçados: a acessibilidade é mais usada como uma característica associada ao serviço, enquanto o acesso aos serviços de saúde é uma dimensão da avaliação do desempenho dos sistemas e serviços de saúde.

No caso brasileiro, avalia-se que o acesso aos serviços de saúde foi beneficiado pelo aumento da cobertura da atenção primária à saúde (APS)^{16,17}. A Estratégia de Saúde da Família (ESF), que foi estabelecida como modelo de reorientação da saúde no Brasil, está associada ao aumento do acesso e à diminuição das iniquidades de saúde, muito devido à aproximação com a realidade que é trabalhada¹⁶. Viacava e colegas¹⁷ também creditaram à APS a ampliação do acesso, principalmente entre pessoas com menores níveis de renda e escolaridade, graças ao incentivo da ESF. Usando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), concluíram que, de modo geral, o acesso aos serviços de saúde aumentou nos últimos 30 anos no país¹⁷.

A justificativa para a realização do estudo está relacionada aos argumentos apresentados e à importância do tema no cenário latino-americano. A América Latina é a região mais desigual do mundo, marcada por desigualdades estruturais com origens nos processos de colonização, escravização de pessoas e distribuição desigual das terras, que favoreceram a acumulação de bens e renda por parte de algumas famílias. As desigualdades se sobrepõem, de maneira que as populações mais vulnerabilizadas são as que mais sofrem^{18,19}.

Diante disso, este trabalho objetivou mapear e analisar as expressões das desigualdades no acesso aos serviços de saúde nos países da América Latina a partir da produção científica dos últimos dez anos. Buscou-se responder às seguintes questões: que dimensões das desigualdades influenciam o acesso aos serviços de saúde? Quais as barreiras de acesso mais frequentes? Que fatores parecem condicionar tais desigualdades? Espera-se contribuir para este debate na saúde coletiva e no Sistema Único de Saúde (SUS), colaborando para a reflexão sobre limites e possibilidades das políticas públicas atuais e futuras.

Metodologia

A pesquisa foi desenvolvida por meio da revisão de escopo, método proposto pelo Instituto Joanna Briggs (JBI). A revisão de escopo coube bem a esta pesquisa devido ao fato de ser aplicável a uma pergunta exploratória e ampla, fornecendo

um mapeamento adequado da literatura sobre o tema para identificação de aspectos-chave e lacunas. Com critérios de seleção cuidadosos e menos restritivos do que outros métodos sistemáticos, tem a capacidade de reunir estudos diversos nos resultados, mostrando-se uma importante ferramenta de síntese de conhecimentos disponíveis nas bases de dados *on-line* da saúde²⁰.

O método se baseia em um protocolo, cujas etapas estão previstas no Scoping Reviews (PRISMA-ScR), aqui descritas: 1) definição da questão de pesquisa; 2) definição dos critérios de elegibilidade; 3) mapeamento das fontes de informação; 4) apresentação da estratégia de busca; 5) descrição do processo de seleção das fontes de evidência; 6) exposição gráfica da aplicação do método para triagem e seleção dos manuscritos; 7) análise e síntese dos resultados²¹.

A presente revisão de escopo foi orientada por um protocolo, construído a partir das etapas mencionadas, tendo como elemento central a definição da questão de pesquisa. Como recomendado, ela foi construída considerando o mnemônico PCC, no qual a letra “P” representa a população; “C”, o conceito; e o outro “C”, o contexto²¹. O Quadro 1 traz a questão desta revisão de escopo, bem como os conceitos-chave fundamentais para ela.

De acordo com o protocolo, foram incluídos artigos que abordam três conceitos-chave (desigualdades em saúde, iniquidades em saúde e acesso aos serviços de saúde) nos 20 países da América Latina no período de 2012 a 2022. Os idiomas selecionados foram português, espanhol e inglês. Foram utilizadas como fontes, as publicações científicas em formato de artigo nas bases de dados: Lilacs (via BVS), Medline (via BVS), SciELO e Web of Science.

Para mapear adequadamente os 20 países deste estudo, devido a suas origens e aproximações culturais, étnicas, políticas, sociais e econômicas, fez-se necessário realizar a busca de cada um deles separadamente, por exemplo: desigualdades or (iniquidades em saúde) and (acesso aos serviços de saúde) and *nome do país de interesse. As chaves de busca foram aplicadas em português, inglês e espanhol nas bases da BVS e da SciELO, e em inglês na base da Web of Science.

Os artigos selecionados foram organizados no *software* livre Zotero (gestor bibliográfico), a fim de excluir documentos duplicados. Após a exclusão, foi realizada nova triagem através de seus títulos, ainda neste gerenciador. Os títulos deviam incluir um ou algum dos conceitos-chave definidos nos critérios de elegibilidade.

Quadro 1. Questão da revisão de escopo e conceitos-chave fundamentais.

Questão da revisão de escopo	População	Conceito	Contexto
Quais as expressões das desigualdades no acesso aos serviços de saúde nos países da América Latina?	Sistemas de serviços de saúde	Desigualdades no acesso	20 países da América Latina: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Uruguai e Venezuela
Conceitos-chave para a questão da revisão de escopo			
Conceitos-chave	Descritores	Definições	
Desigualdades	Disparidades nos níveis de saúde Health Status Disparities Disparidades en el estado de salud	Desigualdades em saúde podem ser definidas como diferenças na condição de saúde ou na distribuição de seus determinantes entre diferentes grupos populacionais. Algumas diferenças são atribuíveis a variações biológicas ou de livre escolha e outras são atribuíveis ao ambiente externo e condições em geral alheias ao controle dos indivíduos em questão. No segundo caso, a distribuição desigual pode ser desnecessária e evitável assim como injusta, tal que as desigualdades em saúde levam à iniquidade na saúde ^{6,7} .	
Iniquidades	Iniquidades em saúde Health inequities Inequidades en salud	Diferenças no status de saúde ou na distribuição de recursos de saúde entre diferentes grupos populacionais, advindos das condições sociais nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem ^{8,9} .	
Acesso à Saúde	Acesso aos serviços de saúde Health services accessibility Accesibilidad a los servicios de salud	Possibilidade dos indivíduos adentrarem e utilizarem os serviços de atenção à saúde, com vistas à resolução de problemas que afetem a saúde. Dentre os fatores que influem nesta possibilidade incluem considerações geográficas, arquitetônicas, de transporte, financeiras entre outras ^{13,14} .	

Fonte: Autoras.

A terceira etapa foi transportar os artigos selecionados para uma planilha em Excel, a fim de possibilitar a análise descritiva e categorial de acordo com os objetivos do estudo. Depois do início do processo de categorização, foram identificados artigos duplicados que não foram identificados pelo gerenciador de referências. Essa nova exclusão de títulos duplicados foi realizada manualmente e resultou na eliminação de mais 64 artigos.

A quarta etapa foi a leitura do resumo de cada artigo, sendo possível observar a inclusão de países não selecionados, sendo excluídos mais 15 artigos. O quinto passo compreendeu a leitura completa dos artigos e sua análise descritiva. Na etapa de análise descritiva, as seguintes informações foram extraídas de cada artigo: país de publicação, autores, ano do estudo, base de dados

utilizada para indexação, tipo de estudo e principais resultados.

A última etapa envolveu a análise categorial, em que os resultados foram classificados em cinco dimensões que caracterizam as expressões das desigualdades no acesso aos serviços de saúde: socioeconômica, geoespacial, étnica/racial, gênero e de pessoas com deficiência. A análise categorial buscou responder: qual o conceito de desigualdade em saúde presente no artigo? À(s) qual(is) dimensão(ões) da desigualdade no acesso o artigo se refere? Quais características da desigualdade no acesso aos serviços de saúde são enfocadas (barreiras de acesso)? São associadas a alguns fatores condicionantes? Se sim, quais?

As buscas foram feitas nos dias 30 de novembro e 2 de dezembro de 2022, sendo a primeira data na base de dados da Web of Science (WOS)

e a segunda nas bases da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e da SciELO. Foram recuperados 2.117 documentos, dos quais 91 foram provenientes da WOS, 835 da BVS e 1.191 da SciELO. Após duas etapas de exclusão de resultados duplicados, o número final de documentos foi de 1.426. Após aplicação, por duas pessoas, dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 272 documentos. O fluxograma Prisma, na Figura 1, mostra a síntese do detalhamento do processo de triagem e seleção dos artigos analisados nesta revisão de escopo.

Resultados

A análise da distribuição temporal (2012 a 2022) dos 272 artigos selecionados mostra uma média relativamente estável no período. A maior parte dos artigos (48,52%) foi publicada no idioma inglês, seguido por 31,98% em português e 19,48% em espanhol.

Os artigos selecionados foram categorizados em dimensões segundo as expressões das desigualdades no acesso aos serviços de saúde presentes em cada um. Desse modo, foram constituídos cinco grupos de dimensões: 1. desigualdades socioeconômicas; 2) desigualdades geoespaciais;

3) desigualdades étnico/raciais; 4) desigualdades de gênero; e 5) desigualdades e pessoas com deficiência.

O Gráfico 1 apresenta a distribuição temporal dos artigos selecionados nesta revisão de escopo por dimensões das desigualdades no período entre 2012 e 2022. É possível observar a importância e a estabilidade da publicação de estudos com foco nas desigualdades socioeconômicas, mais frequentes durante todo o período analisado (42,6% dos artigos). Os artigos relacionados às desigualdades geoespaciais são os segundos mais frequentes ao longo do tempo (27,6%) – destacando que no início do período essa posição foi ocupada pelos trabalhos dedicados às desigualdades de gênero, que após leve queda voltaram a subir entre 2018 e 2020, somando 11,7% do total. Os artigos tratando das desigualdades étnico/raciais ocupam a terceira posição em volume de publicações ao longo do tempo (15,1%). Os da dimensão desigualdades e pessoas com deficiência representam, proporcionalmente, o menor quantitativo, com uma exceção no ano de 2016 (3% do total).

A análise dos artigos em cada uma das dimensões das desigualdades no acesso aos serviços de saúde possibilitou a identificação das principais barreiras de acesso associadas a cada

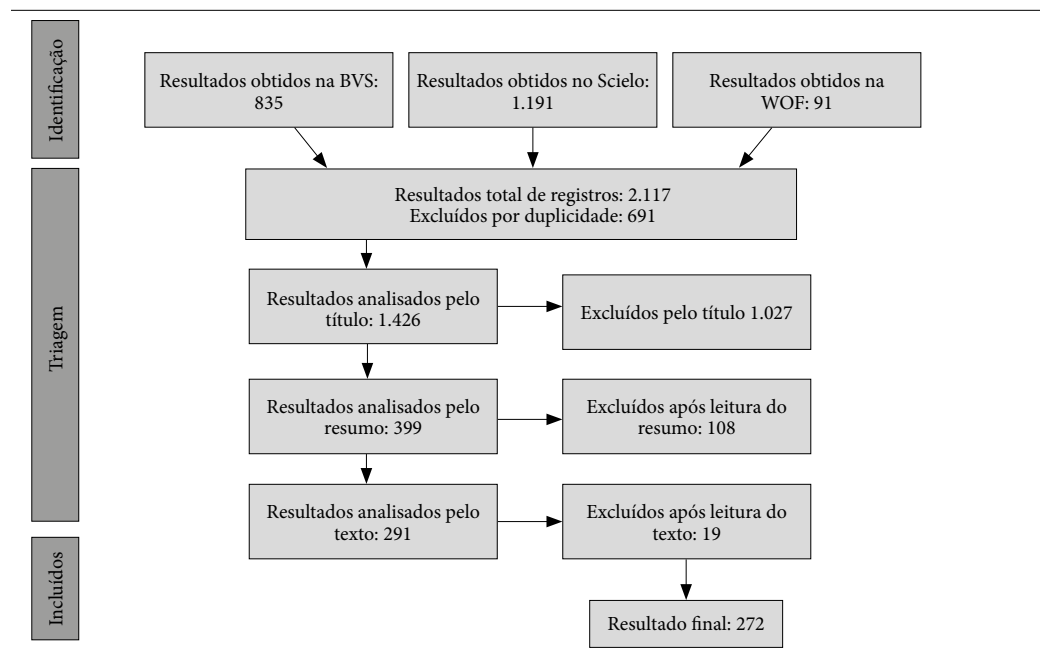


Figura 1. Fluxograma Prisma-ScR referente à seleção das fontes de evidências.

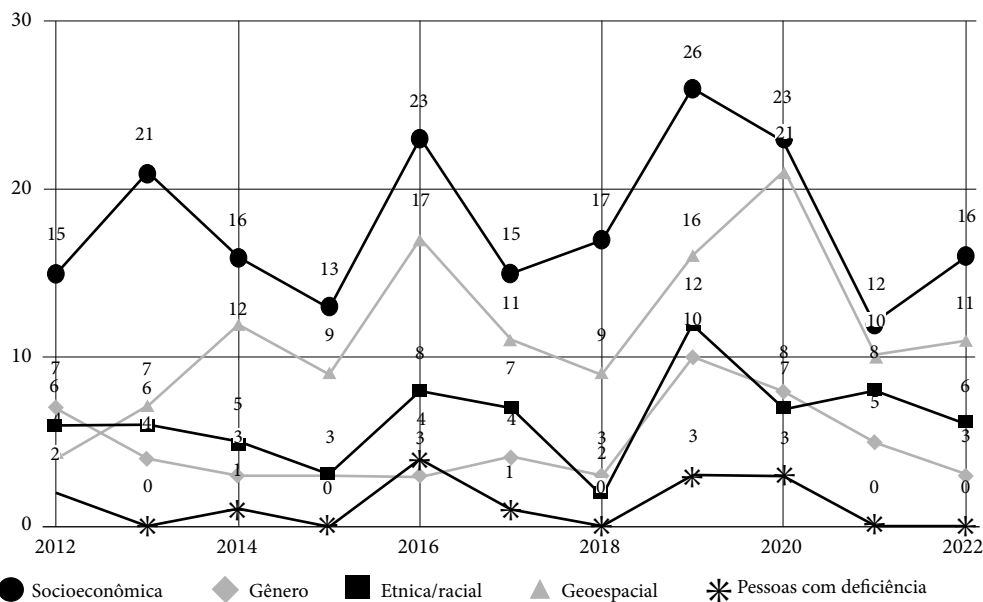


Gráfico 1. Distribuição temporal dos artigos selecionados nesta revisão de escopo por dimensões das desigualdades, 2012 a 2022.

Fonte: Autoras.

uma delas, assim como os principais fatores que as condicionam. As barreiras de acesso identificadas foram agrupadas por suas frequências. Todas elas estavam presentes em todas as dimensões das desigualdades, ainda que com variações. Em escala crescente, as barreiras mais frequentes foram: socioeconômica/capacidade de pagamento em maior número (34,8%); seguida pela geográfica ou dificuldade de transporte (23,6%); disponibilidade, funcional ou organizativa (23,1%); cultural/étnica (13,5%); aceitabilidade/comunicação (3,3%); e arquitetônica (1,8%). A visualização gráfica da distribuição das barreiras de acesso nos artigos analisados está disposta no Gráfico 2.

Considerando todas as dimensões das desigualdades, os principais fatores condicionantes à sua ocorrência foram: renda (44%), expressando o peso das desigualdades socioeconômicas para o acesso aos serviços de saúde; escolaridade (35%), muitas vezes associada à desigual distribuição de renda, fator importante para compreender os limites que se apresentam para mobilidade social; transporte (13,7%), evidenciando o peso da desigual distribuição dos serviços no território, bem como da insuficiente adaptação às necessidades das pessoas com deficiência; e condições de moradia (7,4%), associadas às desigualdades

socioeconômicas como componente estrutural importante.

Discussão

A discussão dos resultados foi organizada com base nas cinco dimensões das desigualdades no acesso aos serviços de saúde, já apresentadas.

Desigualdades socioeconômicas

A AL é uma das regiões mais desiguais do mundo²³. As desigualdades socioeconômicas se relacionam com sua trajetória social e histórica e tendem a ser agravadas por conjunturas de crise. As escolhas e prioridades das políticas públicas podem amenizá-las ou aprofundá-las, a depender de sua direcionalidade e escopo. Embora do início dos anos 2000 até 2013 a AL tenha experimentado redução das desigualdades sociais, houve uma estagnação a partir de 2015, com piora do cenário em 2020 em função da crise multidimensional gerada pela COVID-19²³.

Em função do caráter histórico-estrutural das desigualdades socioeconômicas na AL, a análise categorial da produção científica classificada

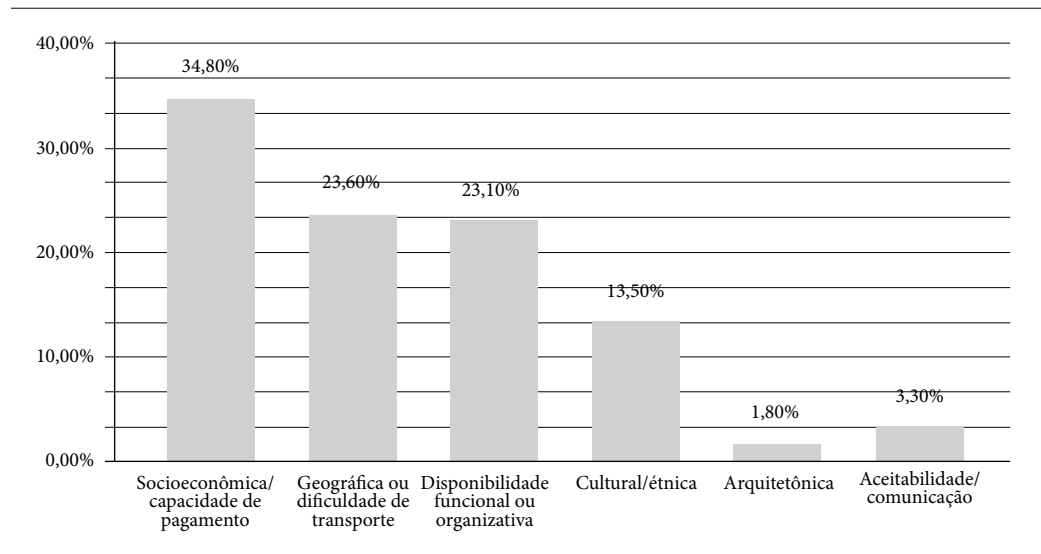


Gráfico 2. Barreiras de acesso aos serviços de saúde presentes nos artigos selecionados nesta revisão de escopo, 2012 a 2022.

Fonte: Autoras.

nesta dimensão mostra que ela é, em quase todos os casos, transversal a outras dimensões das desigualdades. Em cerca de 50% dos artigos puderam ser estabelecidas associações com as desigualdades geoespaciais; em 30% com as étnico/raciais e em 18% com as de gênero. Dessa forma, as principais barreiras de acesso identificadas nas publicações foram socioeconômicas (presentes em 67% dos artigos), geográficas (34,5%), disponibilidade de serviços (30,9%) e cultural (17,2%). Os principais fatores condicionantes das desigualdades expressos nos artigos dessa dimensão foram renda (com 87,8% das citações) e escolaridade (68% das citações), mostrando a relação da menor escolaridade com pior *status* socioeconômico.

Essa dimensão reúne o maior volume de artigos incluídos nesta revisão de escopo, o que também denota sua importância. Os países com maiores números de publicações incluídas foram Brasil, Colômbia, México e Argentina; e os anos que concentram maior parte delas foram 2013, 2016, 2019 e 2020. Os métodos foram variados, abrangendo revisões de literatura e estudos de caso e ecológicos.

Quanto aos temas, destacam-se estudos que relacionam as desigualdades socioeconômicas às dificuldades de acesso aos serviços de APS, saú-

de bucal e saúde da mulher – notadamente mais deficitários entre as populações mais vulnerabilizadas. Também foram observadas produções associando questões socioeconômicas e restrições no acesso à saúde de mulheres, imigrantes, população negra, ribeirinha e indígena.

Estudos na Colômbia, no México e no Brasil que avaliaram o acesso aos exames de rastreio de câncer de mama e de colo de útero concluíram que há mais barreiras no acesso para mulheres pobres que vivem em zonas rurais/periféricas. No México, mencionaram a baixa escolaridade e nível econômico mais baixo²⁴. No Brasil foi citado o atravessamento da dimensão das pessoas com deficiência²⁵.

Artigos na Argentina e no Brasil exploram associações entre melhoria das condições socioeconômicas e acesso à saúde, destacando a universalidade e a capilarização dos serviços da APS (citada por mais de 50% dos artigos). No Brasil, um estudo que verificou o padrão de crescimento de crianças em várias pesquisas nacionais concluiu que houve relação entre a diminuição das desigualdades socioeconômicas e as diferenças de estatura das crianças, afirmando que a promoção da redistribuição de renda e do acesso universal à educação e à saúde podem impactar positivamente a saúde das crianças brasileiras²⁶.

Entre os limites e as lacunas encontrados, cabe citar a presença de apenas um estudo sobre o acesso da população em situação de rua; baixa presença de estudos sobre os efeitos da transferência direta e indireta de renda para o acesso à saúde; e a ínfima citação da participação popular/controlado social (presente em apenas 1,52% dos artigos).

Entre as conclusões mais frequentes nos artigos analisados estão: aumento do gasto e de investimentos na saúde; fortalecimento do sistema universal; políticas estruturais e específicas para reduzir desigualdades e promover a adaptação dos serviços de saúde às necessidades de saúde da população; priorização de ações preventivas e de ações de equidade. Além disso, destacaram o incentivo à formação de trabalhadores da saúde, e também o investimento em outros setores, como educação, trabalho, previdência e assistência social. Trata-se de caminhos para a diminuição dos abismos sociais e da exclusão social, de forma a fortalecer a saúde integral como direito para todos os povos.

Desigualdades geoespaciais

A AL é uma das regiões com maior taxa de urbanização do mundo, com aumento de 240% entre 1970 e 2000²³. Marcada por desigualdades históricas e estruturais, caracteriza-se por uma dinâmica de urbanização com ausência de planejamento e crescimento disfuncional nos grandes centros²³.

A produção científica que compõe esta dimensão se concentrou, principalmente, no Brasil, a Colômbia, no México e na Argentina, nos anos de 2016, 2019 e 2020. A análise categorial revelou forte associação entre as desigualdades geoespaciais e a socioeconômica (75,78%), e moderada associação com a desigualdade étnico/racial (26,76%), de gênero (21,88%) e pessoas com deficiência (5,47%).

Tematicamente, os artigos desta dimensão abordam as desigualdades no acesso à saúde entre áreas urbanas e remotas/rurais, alguns enfocam ações e serviços específicos e outros avaliam o tempo de deslocamento para acessar unidades de saúde. As principais barreiras de acesso identificadas foram geográficas (68,75%), socioeconômicas (54,69%) e de disponibilidade dos serviços (35,94%), provavelmente devido à dificuldade para obter insumos e serviços especializados em locais mais afastados dos grandes centros urbanos. Transporte e condições de moradia se destacaram como fatores condicionantes

das desigualdades geoespaciais, mas com grande expressão da renda e escolaridade. Uma lacuna identificada nesta dimensão foram as dificuldades de acesso pela população de áreas periféricas, como as favelas.

Artigos publicados no Brasil, no México e na Argentina falam sobre a descentralização dos serviços como estratégia importante para ampliar o acesso. Um estudo argentino evidenciou que a proximidade aumenta o número de atendimentos e consultas e citou o quão importante é ter uma rede de transporte de qualidade, concluindo que a oferta dos serviços de saúde deve ser adaptada considerando a acessibilidade geográfica²⁷.

Já no Brasil, estudo ecológico avaliou que municípios distantes do centro tinham menor acesso aos serviços de atenção secundária e também menor disponibilidade de serviços de atenção primária. Os resultados sugerem que as diferenças nos investimentos dessas áreas mantinham as iniquidades entre os municípios²⁸. Na Colômbia, estudo avaliou que o pagamento indireto a serviços de saúde, como em meios de transporte, piora o acesso de moradores de áreas mais remotas.

As conclusões dos artigos revisados nesta dimensão indicam a necessidade de reorganização e estruturação dos sistemas e serviços de saúde, com ampliação da oferta nas regiões rurais/remotas e nas periferias dos grandes centros, bem como melhorias na qualidade da oferta de transportes.

Desigualdades de gênero

A AL carrega importantes desigualdades em relação a gênero e divisão sexual do poder e do trabalho²³. Mulheres relatam pior saúde autorreferida, maior sobrecarga de trabalho em jornadas duplas e pior remuneração, mesmo desempenhando a mesma tarefa dos homens²³.

Nesta dimensão, a produção revisada abrange 12 países latino-americanos e trata de temas como dificuldades no acesso a níveis de atenção ou serviços específicos (APS, saúde bucal, saúde mental, saúde da mulher) ou aos cuidados a patologias prevalentes (diabetes, hipertensão arterial e tuberculose). Os artigos enfocam as desigualdades no acesso entre homens e mulheres, entre mulheres residentes em áreas urbanas e rurais, e as barreiras encontradas por mulheres imigrantes, indígenas e privadas de liberdade. Um pequeno número trata de questões relacionadas à saúde do homem e de homens trans. Metodologicamente, os estudos de caso são os mais

frequentes, seguidos por estudos ecológicos baseados em dados secundários.

Como traço estrutural da história da AL, há associação entre as desigualdades de gênero e as socioeconômicas em grande parte dos artigos revisados (72,22%). Também são significativas as associações entre esta dimensão e as desigualdades étnico/raciais (38,89% dos artigos) e geoespaciais (37,04%). Aspectos das desigualdades entre pessoas com deficiências apareceram em 7,41% dos artigos. Dado que as desigualdades em saúde são multifatoriais e complexas, tais achados corroboram a hipótese de interfaces entre as dimensões. Consequentemente, as principais barreiras de acesso identificadas nesta dimensão foram socioeconômicas (50,0%), culturais (33,33%), disponibilidade de serviços (29,63%) e geográfica (20,37%). Como fatores condicionantes das desigualdades de gênero no acesso aos serviços de saúde, foram majoritariamente citados renda (70,37%) e escolaridade (64,81%).

No Brasil, em Cuba e no Uruguai, artigos investigaram as desigualdades de gênero e raça no acesso à APS durante a pandemia de COVID-19, destacando maior utilização dos serviços pelas mulheres. Barreiras de gênero no acesso de adolescentes a serviços de saúde sexual e reprodutiva foram abordadas em artigos que versam sobre casos do Chile, México e Venezuela. Há destaque para a influência do modelo patriarcal sobre a desigualdade de gênero no acesso à saúde, reforçando a necessidade de os serviços de saúde revisarem suas práticas e convocando a sociedade a desconstruir o discurso hegemônico que fomenta tais desigualdades e a assimetria nas relações de poder²⁸.

As dificuldades de acesso à saúde das mulheres privadas de liberdade foram destacadas em casos no Brasil e no Peru. As barreiras de acesso encontradas por mulheres indígenas são foco de uma revisão sobre os casos de México, Peru e Bolívia, bem como de um estudo na Guatemala. Mulheres imigrantes também encontram mais barreiras de acesso, como mostram estudos no Chile e na Colômbia. No Brasil, pesquisa para avaliação do acesso ao exame de rastreamento de câncer de colo de útero em determinadas regiões identificou dificuldades de acesso das mulheres com alguma deficiência e das mulheres lésbicas, bem como daquelas que vivem em áreas rurais²⁹.

A conclusão de grande parte dos artigos incluídos nesta dimensão sugere medidas para melhorar o acesso ao sistema de saúde, contudo, alguns alertam para a necessidade de ações mais amplas, que promovam a melhoria das condições

de estudo e trabalho das mulheres, sua participação na política e a eliminação de todas as formas de violência contra mulheres e meninas.

Desigualdades étnico/raciais

As desigualdades étnico/raciais são um assunto de suma importância para a região devido à sua história de colonização, que se ancorou na exploração de povos. Indígenas e negros foram mortos e escravizados, formando um dos grupos que mais sofrem com a desigualdade e a exclusão.

A análise da produção científica classificada nesta dimensão mostra forte associação entre as desigualdades étnico/raciais e a socioeconômica (78,8%), seguida pela geoespacial (47,8%) e de gênero (29,58%). Consequentemente, as principais barreiras de acesso identificadas foram as socioeconômicas (53,52%), de disponibilidade de serviços (28,17%) e culturais (23,94%). Os principais fatores condicionantes foram renda e escolaridade (empatados em mais de 75% das citações).

Nesta dimensão, os países com maior número de publicações foram Brasil, Colômbia, México e Chile; e os anos que concentraram maior volume foram 2016, 2019 e 2021. Os temas mais frequentes envolveram o acesso das populações originárias e racializadas presentes na AL.

A abordagem étnica/racial colocou em evidência a barreira cultural, pouco citada nas outras dimensões. Artigos sobre a Colômbia mostraram desigualdades no acesso da população indígena aos serviços de saúde, associadas ao modelo de pluralismo estruturado de seu sistema de saúde. Barreiras de acesso relacionadas à distância geográfica, a problemas de comunicação e questões culturais foram elencadas como decisivas para inviabilizar o acesso de populações indígenas na Guatemala, gerando desconfiança no atendimento³⁰. As mesmas também apareceram em artigos sobre o acesso de mulheres indígenas no Brasil, muçulmanas na Colômbia e imigrantes no Chile.

Estudo transversal brasileiro avaliou a cobertura de rastreamento de câncer de mama na zona urbana de Teresina e chegou à conclusão de que a não realização de mamografia esteve relacionada com raça parda/negra, menor grau de instrução, menor renda, tabagismo e não ter plano ou seguro de saúde. O SUS foi responsável por 56,3% das mamografias. São referidas barreiras raciais e socioeconômicas, com destaque para a escolaridade como condicionante das desigualdades no acesso a esse serviço³¹. Também merece destaque um estudo que comparou dados de início de

pré-natal mais tardio em mulheres negras, assim como menor número de consultas.

Os artigos revisados concluem que, de maneira geral, são necessárias políticas para reparar/diminuir as desigualdades de acesso da população negra, indígena e imigrante. Indicam que o acesso aos serviços de saúde mais igualitário no futuro depende da implementação de políticas públicas de saúde, educacionais, culturais e de moradia no presente.

Desigualdades e pessoas com deficiência

Em 2021, aproximadamente 1,3 bilhão de pessoas viviam com algum tipo de deficiência³², cerca de 16% da população global. Na AL, cerca de 85 milhões de pessoas têm algum tipo de deficiência, em torno de 14,7% da população total³³.

A análise dos artigos categorizados nesta dimensão indica forte associação desse tipo de desigualdade com a socioeconômica (64,29%), seguida da geoespacial (50% das citações), de gênero (28,57%) e étnico/racial (14,29%). Consequentemente, as barreiras de acesso mais frequentes neste conjunto são a socioeconômica (presente em 50% dos manuscritos), de disponibilidade e arquitetônicas (42%), aceitabilidade (35,71%) e cultural (14,29%). Esses achados confirmam a necessidade de políticas que de fato produzam a integração dessa população nos sistemas e serviços de saúde. Além disso, os resultados sugerem que medidas de apoio socioeconômico e de acesso à educação são fundamentais, já que os fatores renda (71,43%) e escolaridade (51,14%) também se mostraram condicionantes significativos.

Os estudos incluídos nesta dimensão abordam, majoritariamente, Brasil, Colômbia, Chile e Peru. Tematicamente, tratam de análises sobre o acesso das pessoas com deficiências a cuidados de saúde mental, saúde bucal, prevenção ao câncer cérvico-uterino e atenção infantil. No Brasil, as desigualdades do acesso na APS e nos serviços de reabilitação se destacam; e no Peru, dificuldades de acesso dos imigrantes.

No caso da Colômbia, cabe ressaltar uma revisão de literatura que mapeia as dificuldades de acesso das pessoas com deficiência ao sistema de saúde e uma revisão sistemática que apresenta as lógicas dominantes na organização dos serviços, indicando que elas seguem excluindo e desconsiderando as necessidades dessa população³⁴. Afirma-se que o acesso aos serviços de saúde é dificultado por barreiras administrativas, tecnológicas, econômicas, físicas e sociais, tendo cada uma delas grande impacto para esse grupo po-

pulacional, dificultando ou impedindo a melhoria da qualidade de vida e a plena integração na sociedade³⁴.

Uma revisão sistemática para avaliar o acesso aos serviços de saúde para crianças com deficiência na América Latina enfocou os casos de Brasil, Peru e Colômbia. Identificou como principais barreiras dificuldades motoras, vulnerabilidade familiar, baixo vínculo dos serviços de saúde com a comunidade, baixa oferta de serviços especializados, falta de informação em saúde, encaminhamentos ineficientes, diagnóstico tardio de comorbidades, falta de políticas públicas e de infraestrutura. Concluem que fatores demográficos e socioeconômicos são dificultadores do acesso e que é necessário diminuir a discriminação e o abandono político-social, a fim de promover a igualdade dos direitos³⁵.

De maneira geral, os artigos desta dimensão convergem sobre a importância de se conhecer o número de pessoas com algum tipo de deficiência, qualificando quais os tipos de deficiência, suas particularidades e necessidades, para que seja possível aumentar os investimentos para o adequado acesso das pessoas aos serviços de saúde, incluindo infraestrutura, insumos e tecnologia de apoio.

O Quadro 2 traz uma síntese das expressões das desigualdades no acesso aos serviços de saúde na América Latina e dos dados mais relevantes da análise nesta revisão de escopo. A análise descritiva completa dos artigos que compõem esta revisão está presente na dissertação de mestrado, disponível em https://docs.google.com/document/d/1bjd7UYZ1DmzBaSZ3o-6AxHgE_vpy-jU7Kz1gpX0xBIQ/edit?usp=sharing.

Considerações finais

Este trabalho buscou compreender as expressões das desigualdades no acesso aos serviços de saúde em 20 países da AL, por meio de uma revisão de escopo que envolveu 272 artigos publicados no período de 2012 a 2022. Em que pese as diferenças entre esses países, foram identificadas barreiras de acesso e fatores condicionantes das desigualdades em saúde semelhantes em muitos casos, podendo estar relacionados à história e aos contextos estruturais comuns.

A desigualdade socioeconômica se destaca como condicionante estrutural do acesso aos serviços de saúde, presente em todas as dimensões estudadas. Esse achado é coerente com o contexto latino-americano e reforça a importância

Quadro 2. Síntese das expressões das desigualdades no acesso aos serviços de saúde na América Latina nesta revisão de escopo.

Expressões das desigualdades no acesso aos serviços de saúde			
Dimensões das desigualdades	Definição	Características mais presentes nos artigos revisados	Barreiras e fatores que condicionaram as desigualdades no acesso
Desigualdade socioeconômica	Refere-se à forma e intensidade com que as desigualdades socioeconômicas influenciam no acesso aos serviços de saúde. A concentração de renda e a pobreza constituem-se como fatores chave para compreender a dinâmica das desigualdades em saúde nesta dimensão ^{18,24,26} .	Transversal a outras dimensões das desigualdades. Destacam-se associações entre desigualdade socioeconômica e dificuldade de acesso aos serviços de APS, saúde bucal e saúde da mulher – notadamente mais deficitários entre as populações vulnerabilizadas. Diversos artigos tratam de restrições no acesso à saúde por imigrantes, população negra, ribeirinha e indígena.	<i>Principais barreiras de acesso identificadas:</i> socioeconômicas, geográficas, disponibilidade de serviços e cultural. <i>Principais fatores condicionantes:</i> renda e escolaridade, mostrando a relação da menor escolaridade com pior status socioeconômico.
Desigualdade geoespacial	Diz respeito à maneira e frequência em que as desigualdades geoespaciais influenciam no acesso aos serviços de saúde. Destacam-se aspectos como as desigualdades na distribuição dos serviços de saúde no território ^{27,28} .	Forte associação entre as desigualdades geoespaciais e a socioeconômica e moderada associação com a desigualdade étnico/racial e de gênero. Destacam-se as desigualdades no acesso à saúde entre áreas urbanas e remotas/rurais e o tempo de deslocamento para acessar unidades de saúde. Alguns artigos enfocam ações e serviços de saúde específicos, tais como na atenção especializada.	<i>Principais barreiras de acesso identificadas:</i> geográficas, socioeconômicas e de disponibilidade dos serviços <i>Principais fatores condicionantes:</i> transporte e moradia, com significativa expressão da renda e escolaridade.
Desigualdade de gênero	Está relacionada à forma e intensidade com que as desigualdades de gênero influenciam no acesso aos serviços de saúde ^{19,29} .	Forte associação entre as desigualdades de gênero e as socioeconômicas em grande parte dos artigos revisados. Significativa associação entre esta dimensão e as desigualdades étnico/raciais e geoespaciais. Destacam-se as desigualdades no acesso entre homens e mulheres, entre mulheres residentes em áreas urbanas e rurais, e as barreiras encontradas por mulheres imigrantes, indígenas e privadas de liberdade.	<i>Principais barreiras de acesso identificadas:</i> socioeconômicas, culturais, disponibilidade de serviços e geográfica. <i>Principais fatores condicionantes:</i> renda e escolaridade.

continua

de políticas abrangentes e intersetoriais. As desigualdades se expressam através da combinação de barreiras e fatores que conformam desiguais possibilidades de acessar os serviços de saúde.

As barreiras de acesso encontradas nos serviços de saúde são reflexo das diferentes dimensões das desigualdades. Os principais fatores condicionantes das mais diversas desigualdades no acesso aos serviços de saúde são a renda e a esco-

laridade da população. Maior renda foi associada a maior escolaridade, maior reconhecimento das necessidades de saúde e maior acesso aos serviços de saúde. Quanto mais vulnerabilizada a população, menor é o reconhecimento de suas necessidades e o acesso aos serviços de saúde. Transporte e condições de moradia também foram associados, na maior parte das vezes, à renda e à escolaridade.

Quadro 2. Síntese das expressões das desigualdades no acesso aos serviços de saúde na América Latina nesta revisão de escopo.

Expressões das desigualdades no acesso aos serviços de saúde			
Dimensões das desigualdades	Definição	Características mais presentes nos artigos revisados	Barreiras e fatores que condicionaram as desigualdades no acesso
Desigualdade étnica/racial	Expressa os modos com que questões relativas à raça/etnia influenciam no acesso aos serviços de saúde ³⁰ .	Forte associação entre as desigualdades étnico/raciais e a socioeconômica. Moderada associação com a desigualdade geoespacial e de gênero. Destacam-se estudos que abordam dificuldades de acesso das populações originárias e racializadas presentes na América Latina, bem como de imigrantes. Alguns artigos enfocam como problemas de comunicação e questões culturais impedem o acesso aos serviços de saúde.	<i>Principais barreiras de acesso identificadas:</i> socioeconômicas, de disponibilidade de serviços e culturais. Destaque para a barreira cultural, pouco citada nas outras dimensões. <i>Principais fatores condicionantes:</i> renda e escolaridade.
Desigualdade e pessoas com deficiência	Reúne estudos que tratam das desigualdades encontradas pelas pessoas com deficiência no acesso aos serviços de saúde ^{33,34,35} .	Forte associação com a desigualdades socioeconômica e moderada associação com a geoespacial e de gênero. Destacam-se artigos com foco nas dificuldades de acesso das pessoas com deficiências a cuidados de saúde mental, saúde bucal, prevenção ao câncer cérvico-uterino e atenção infantil.	<i>Principais barreiras de acesso identificadas:</i> socioeconômica, de disponibilidade de serviços, arquitetônica, barreiras de aceitabilidade e cultural. <i>Principais fatores condicionantes:</i> renda e escolaridade, com destaque para a importância de se melhorar a acessibilidade nas escolas.

Fonte: Autoras.

Cabe destacar que o objeto deste artigo é a produção científica sobre desigualdades no acesso aos serviços de saúde na AL, reconhecendo como limite a circunscrição ao que foi publicado no período analisado, podendo haver lacunas relativas à ausência de trabalhos que fogem à interpretação canônica. Além disso, a AL apresenta políticas e sistemas de saúde heterogêneos, com sistemas fragmentados, mistos e relações público-privadas que tornam a análise do acesso ainda mais complexa. Foi possível observar uma lacuna quando se trata de participação popular/controle social e na própria abordagem do direito à saúde nos documentos selecionados.

Estimular espaços de produção de conhecimento e participação social, bem como o entendimento de que o acesso à saúde deve ser direito de todos os cidadãos, é fundamental para a consolidação de uma base social necessária ao fortalecimento das políticas públicas e dos sistemas de saúde. Trata-se de um compromisso ético, político, social e econômico para reduzir as desigualdades em todas as suas dimensões, e para tanto, políticas e ações coordenadas em diferentes frentes são fundamentais.

Colaboradores

TS Oliveira e AMM Pereira participaram da concepção, redação e revisão do manuscrito.

Referências

1. Carrapato P, Correia P, Garcia B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saude Soc* 2017; 26(3):676-689.
2. Carvalho AI. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde [Internet]. 2020. [acessado 2022 mar 5]. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/11.pdf>
3. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis* 2007; 17(1):77-93.
4. Breihl J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Salud Colectiva* 2010; 6(1):83-101.
5. Garbois JA, Sodré F, Dalbello-Araujo M. Da no o de determina o social   de determinantes sociais da saúde. *Saude Debate* 2017; 41(112):63-76.
6. Barata RB. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal   saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
7. Barreto ML. Desigualdades em saúde uma perspectiva global. *Cien Saude Colet* 2017; 22(7):2097-2108.
8. Whitehead M. The Concepts and Principles of Equity and Health. *Int J Health Serv* 1992; 22(3):429-445.
9. Braveman P. Health disparities and health equity: concepts and measurement. *Ann Rev Public Health* 2006; 27(1):167-194.
10. Claro, aqui está a lista separada por vírgulas:
11. Ottersen OP, Dasgupta J, Blouin C, Buss P, Chongsuwivatwong V, Frenk J, Fukuda-Parr S, Gawanas BP, Giacaman R, Gyapong J, Leaning J, Marmot M, McNeill D, Mongella GI, Moyo N, M gedal S, Ntsaluba A, Ooms G, Bjertness E, Lie AL, Moon S, R alkvam S, Sandberg KI, Scheel IB. As origens políticas das inequidades em saúde: perspectivas de mudança [Internet]. 2014. [acessado 2021 dez 12]. Disponível em: http://ecos-crisfiocruz.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=222
12. Almeida Filho N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Rev Bras Epidemiol* 2000; 3(1-3):4-20.
13. Vieira-da-Silva LM, Almeida Filho N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad Saude Publica* 2009; 25(Suppl. 2):s217-s226.
14. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utiliza o de serviços de saúde. *Cad Saude Publica* 2004; 20(Suppl. 2):s190-s198.
15. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso   saúde. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 31(3):260-268.
16. Starfield B. *Aten o primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/MS; 2002.
17. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):2865-2875.
18. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: supply, access to and use of health services over the last 30 years. *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1751-1762.
19. Comissão Econ mica Para a América Latina (CEPAL). *Panorama Social da América Latina* [Internet]. 2018. [acessado 2022 jan 14]. Disponível em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44412/1/S1801085_pt.pdf

20. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). COVID-19 e desenvolvimento sustentável: avaliando a crise de olho na recuperação [Internet]. 2021. [acessado 2022 mar 12]. Disponível em: <https://www.undp.org/pt/brazil/publications/covid-19-e-desenvolvimento-sustentavel-avaliando-cri-se-de-olho-na-recupera%C3%A7%C3%A3o-2021>
21. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci* 2010; 5:69.
22. Peters MDJ, Godfrey C, Mcinerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z, editors. *JBI Manual for Evidence Synthesis* [Internet]. 2020. [cited 2022 set 17]. Available from: <https://synthesismanual.jbi.global>
23. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, Shamseer L, Tetzlaff JM, Akl EA, Brennan SE, Chou R, Glanville J, Grimshaw JM, Hróbjartsson A, Lalu MM, Li T, Loder EW, Mayo-Wilson E, McDonald S, McGuinness LA, Stewart LA, Thomas J, Tricco AC, Welch VA, Whiting P, Moher D. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021; 372:n71.
24. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL). Panorama Social da América Latina e do Caribe [Internet]. 2022. [acessado 2023 fev 7]. Disponível em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/48609/S2200949_pt.pdf?sequence=5&isAllowed=y
25. Botero MA. Determinantes sociodemográficos del acceso a la detección del cáncer de mama en México: una revisión de las encuestas nacionales. *Salud Colect* 2013; 9(1):79-90.
26. Monteiro CA, Benicio MHD, Conde WL, Konno SC, Lima ALL, Barros AJD, Victora CG. Desigualdades socioeconômicas na baixa estatura infantil: a experiência brasileira, 1974-2007. *Estud Av* 2013; 27(78):35-49.
27. De Pietri D, Dietrich P, Mayo P, Carcagno A, De Titto E. Indicadores de accesibilidad geográfica a los centros de atención primaria para la gestión de inequidades. *Rev Panam Salud Publica* 2013; 34(6):452-460.
28. Aguilera SL, França BH, Moysés ST, Moysés SJ. Inter-municipal inequities in access and use of secondary health services in the metropolitan area of Curitiba. *Rev Bras Epidemiol* 2014; 17(3):654-667.
29. Aqui estão os nomes organizados de acordo com a norma Vancouver e separados por vírgulas:
30. Martínez HLH, Artmann E, Nascimento M. Desvendando barreiras de gênero no acesso de adolescentes à informação sobre saúde sexual e reprodutiva na Venezuela. *Cad Saude Publica* 2020; 36(4):e00193918.
31. Fernandes NFS, Galvão JR, Assis MMA, Almeida PF, Santos AM. Acesso ao exame citológico do colo do útero em região de saúde: mulheres invisíveis e corpos vulneráveis. *Cad Saude Publica* 2019; 35(10):e00234618.
32. Nieblas-Bedolla E, Bream KDW, Rollins A, Barg FK. Ongoing challenges in access to diabetes care among the indigenous population: perspectives of individuals living in rural Guatemala. *Int J Equity Health* 2019; 18(1):180.
33. Lages RB, Oliveira GP, Simeão Filho VM, Nogueira FM, Teles JBM, Vieira SC. Desigualdades associadas à não realização de mamografia na zona urbana de Teresina-Piauí-Brasil, 2010-2011. *Rev Bras Epidemiol* 2012; 15(4):737-747.
34. World Health Organization (WHO). Global report on health equity for persons with disabilities [Internet]. 2022. [cited 2023 fev 5]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/364834>
35. Banco Mundial. Inclusão das pessoas com deficiência na América Latina e no Caribe: um caminho para o desenvolvimento sustentável [Internet]. 2021. [acessado 2023 fev 26]. Disponível em: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099140012012113013/pdf/P1753830ce0fdc022096580be345ee9f027.pdf>
36. Velez Madrid NP, Gonzalez Aguirres CD, Velasquez Ramirez AP. Revisión de las barreras de acceso a los servicios de salud de la población con discapacidad en Colombia entre los años 2005 a 2015. *Rev CES Derecho* 2016; 7(2):72-83.
37. Santos DBC, Vázquez-Ramos V, Oliveira CCC, López-Arellano O. Accesibilidad en salud: revisión sobre niños y niñas con discapacidad en Brasil-Perú-Colombia. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv* 2019; 17(2):127-147.

Artigo apresentado em 05/05/2023

Aprovado em 01/02/2024

Versão final apresentada em 22/03/2024

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva