

Artigo

A garantia do direito à saúde e a seguridade social: entraves vivenciados pela população quilombola da faixa litorânea da Paraíba

The guarantee of the right to health and social security: challenges faced by the quilombola population of the coastal strip of Paraíba

La garantía del derecho a la salud y la seguridad social: obstáculos vividos por la población quilombola de la franja costera de Paraíba

Rafaela Domingos da Cunha¹

Fundação Oswaldo Cruz, Recife, PE.

 <https://orcid.org/0000-0001-9979-5787>

✉ rafaelacunha92@gmail.com

Tereza Maciel Lyra²

Fundação Oswaldo Cruz, Recife, PE.

 <https://orcid.org/0000-0002-3600-7250>

✉ tereza.lyra@fiocruz.br

Submissão em: 27/02/25

Revisão em: 27/08/25

Aprovação em: 08/09/25

Resumo

Objetivo: discutir os obstáculos que a população quilombola do estado da Paraíba vivencia no processo de luta por acesso efetivo ao Sistema Único de Saúde. **Metodologia:** tratou-se de relato de experiência em que se descreve as experiências das pesquisadoras ao desenvolverem projeto de extensão, fundamentado na educação popular em saúde, e pesquisa qualitativa e de inquérito populacional, nos territórios quilombolas da faixa litorânea do estado da Paraíba. No território, há cerca de 293 famílias. O trabalho de campo compreendeu atividades que são desenvolvidas desde 2014 até 2021 em que foi desenvolvido o presente estudo. **Resultados:** os territórios quilombolas da região são ameaçados pelas atividades da construção civil e imobiliárias de luxo, o que põe em risco e retarda o alcance da titulação das terras, além de se torna um obstáculo para aquisição de direitos reservados a essa população, visto que estes dependem do reconhecimento legal do território como quilombola. As barreiras para o acesso efetivo ao Sistema Único de Saúde envolvem: infraestrutura deficiente; escassez de profissionais de saúde; pobreza e exclusão social; seguridade social, deficiência de políticas de saúde; fragilidade no reconhecimento dos direitos; estigma e discriminação. **Conclusão:** garantir o acesso à saúde para todos é um imperativo moral e legal que exige a atuação conjunta de governos, profissionais de saúde e a sociedade civil.

Palavras-chave: Sistema único de Saúde; Quilombolas; Direito à Saúde.

Abstract

Objective: To discuss the obstacles faced by the quilombola population in the state of Paraíba in their struggle for effective access to the Unified Health System. **Methodology:** This was an experience

¹ Mestra em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, PE, Brasil. Doutoranda em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, PE, Brasil.

² Doutora em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, PE, Brasil. Pesquisadora em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, PE, Brasil.

report describing the researchers' experiences while developing an extension project based on popular health education, as well as qualitative research and population surveys in the quilombola territories along the coastal area of the state of Paraíba. There are approximately 293 families in the territory. Fieldwork included activities carried out from 2014 to 2021, during which this study was conducted. **Results:** The quilombola territories in the region are threatened by construction and luxury real estate activities, which jeopardize and delay the formal titling of land and also constitute an obstacle to the acquisition of rights reserved for this population, as these depend on legal recognition of the territory as quilombola. Barriers to effective access to the Unified Health System include: deficient infrastructure; scarcity of health professionals; poverty and social exclusion; social security issues; lack of health policies; weak recognition of rights; stigma and discrimination. **Conclusion:** Ensuring access to healthcare for all is a moral and legal imperative that requires the joint action of governments, health professionals, and civil society.

Keywords: Unified Health System; Quilombolas; Right to Health.

Resumen

Objetivo: Analizar los obstáculos que enfrenta la población quilombola del estado de Paraíba en su lucha por el acceso efectivo al Sistema Único de Salud. **Metodología:** Se trató de un relato de experiencia que describe las vivencias de las investigadoras al desarrollar un proyecto de extensión basado en la educación popular en salud, así como investigación cualitativa y encuestas poblacionales en los territorios quilombolas de la franja costera del estado de Paraíba. En el territorio hay aproximadamente 293 familias. El trabajo de campo incluyó actividades desarrolladas desde 2014 hasta 2021, período durante el cual se realizó el presente estudio. **Resultados:** Los territorios quilombolas de la región están amenazados por las actividades de construcción y bienes raíces de lujo, lo que pone en riesgo y retrasa la titulación de las tierras, además de constituir un obstáculo para la adquisición de derechos reservados a esta población, dado que estos dependen del reconocimiento legal del territorio como quilombola. Las barreras para el acceso efectivo al Sistema Único de Salud incluyen: infraestructura deficiente; escasez de profesionales de salud; pobreza y exclusión social; problemas de seguridad social; deficiencia de políticas de salud; débil reconocimiento de derechos; estigma y discriminación. **Conclusión:** Garantizar el acceso a la salud para todos es un imperativo moral y legal que requiere la acción conjunta de gobiernos, profesionales de salud y la sociedad civil. **Palabras clave:** Sistema Único de Salud; Quilombolas; Derecho a la Salud.

Introdução

A seguridade social no Brasil é um sistema complexo de proteção social, estabelecido pela Constituição Federal (CF/88), que visa garantir direitos à saúde, assistência social e previdência social. No entanto, este sistema enfrenta desafios significativos devido a fatores demográficos, econômicos e estruturais e é uma combinação de ações do governo e da sociedade para assegurar esses direitos⁽¹⁾. Historicamente, o sistema tem passado por várias reformas para se adaptar às mudanças legais e sociais^(2,3).

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é fundamentado por princípios como a universalidade do acesso e a equidade no tratamento. Isso implica que todos têm direito à saúde, independentemente de sua condição socioeconômica, e a equidade busca tratar de forma desigual os desiguais, garantindo que os grupos vulneráveis tenham acesso a cuidados adequados⁽⁴⁾.

O direito à saúde é um tema central no direito sanitário, especialmente em contextos de vulnerabilidade. Essa questão envolve a proteção e promoção da saúde de grupos que enfrentam desvantagens sociais, econômicas e culturais⁽⁵⁾.

A garantia do direito à saúde e à seguridade social, para a população quilombola brasileira, enfrenta diversos entraves, refletindo um cenário de desigualdade histórica e social. As comunidades quilombolas, formadas por descendentes de africanos escravizados, enfrentam dificuldades significativas no acesso a serviços básicos de saúde, apesar de serem direitos constitucionalmente garantidos pelo SUS^(6,7).

A falta de articulação normativa e institucional entre o sistema de seguridade social brasileiro e as políticas públicas voltadas para essas comunidades agrava ainda mais a situação, resultando em dificuldades concretas no acesso a benefícios previdenciários e outros direitos sociais⁽⁸⁾.

Além disso, fatores socioeconômicos, como a localização geográfica em áreas rurais e de difícil acesso, contribuem para a vulnerabilidade dessas populações, impactando negativamente sua saúde e qualidade de vida^(9,10). Durante a pandemia de COVID-19, por exemplo, a precariedade no acesso a água e saneamento básico tornou-se ainda mais evidente, exacerbando os riscos à saúde^(9,11).

A violência étnica e racial, juntamente com a crise democrática no Brasil, também tem influenciado negativamente as condições de vida e os direitos das comunidades quilombolas, perpetuando um ciclo de exclusão e marginalização⁽¹²⁾.

Os marcos legais dos direitos quilombolas caminham com a evolução constitucional brasileira. Por meio da Lei Áurea, a abolição da escravatura, em 1888, entende-se que as comunidades quilombolas passaram a ser livres, porém, a população negra prossegue sendo marginalizada, assim como os quilombos, invisibilizada pelo poder público. A partir da Constituição Federal de 1988, através do artigo 68, houve o reconhecimento da propriedade das terras, pelos remanescentes das comunidades quilombolas⁽¹³⁾.

A partir da CF/88, é criada a obrigação ao Estado Brasileiro de formular políticas públicas de proteção aos quilombolas. Os artigos, especificamente, 215 e 216, garantem o pleno exercício dos direitos culturais e sociais das comunidades quilombolas. Em vista disso, os quilombos ficam reconhecidos como organização social, fundamentada por costumes próprios, e tradições que os diferenciam como grupo populacionalmente⁽¹⁴⁾.

A promulgação da CF/88 foi um novo marco para a formulação de políticas públicas federais voltadas à população negra no Brasil. Desde então, o Estado brasileiro passou a adotar ações afirmativas e políticas de inclusão social para combater o racismo estrutural e promover igualdade de oportunidades. O foco principal dessas políticas tem sido a ampliação do acesso à educação, ao mercado de trabalho, à saúde e à cidadania para esta população, com destaque para as ações afirmativas em universidades e concursos públicos.

Sobre as principais políticas públicas federais pós CF/88, temos as “Ações Afirmativas na Educação Superior”, as quais, a partir dos anos 2000, foram implementadas para aumentar o acesso da população negra ao ensino superior, culminando na Lei 12.711/2012, que determinou cotas raciais em todas as instituições federais de ensino superior. Atualmente, o acesso da população negra à universidade é significativamente maior, o que contribui e aponta para a redução das desigualdades raciais nesse nível de ensino⁽¹⁵⁾.

A Lei 12.990/2014 instituiu cotas para negros em concursos públicos federais, visando promover a inclusão no serviço público e combater a sub-representação histórica da população negra em cargos estatais⁽¹⁵⁾. E, fundamentado na “Promoção da Igualdade Racial”, diversas políticas e programas federais foram criados para promover a igualdade racial, garantir direitos e combater o racismo, tendo como base o princípio da dignidade da pessoa humana, inscrito na CF/88⁽¹⁵⁾.

Em 2003, foi elaborado o Decreto nº 4.887, que, por sua vez, garantir a melhoria da qualidade de vida da população quilombola. O documento enfatiza sobre o direito de acesso aos serviços de saúde, educação e saneamento⁽¹⁶⁾.

É essencial que políticas públicas sejam reavaliadas e implementadas de forma a garantir a equidade e o respeito aos direitos humanos dessas comunidades⁽¹⁷⁾. Este relato de experiência, em territórios quilombolas do Estado da Paraíba, tem como objetivo discutir os obstáculos que a população quilombola local vivencia no processo de luta por acesso efetivo ao Sistema Único de Saúde.

Metodologia

Trata-se de um relato crítico que descreve as experiências das pesquisadoras na atividade de pesquisa/extensão em território quilombola, a partir de observações pessoais e registros em diário de campo, em que são evidenciados os entraves vivenciados pela população quilombola da faixa litorânea da Paraíba quanto ao acesso à saúde. A investigação ocorreu em quatro comunidades quilombolas, denominadas Gurugi, Ipiranga e Mituaçu. As comunidades estão localizadas nos municípios de Conde e Paratibe, na cidade de João Pessoa. Na Paraíba, os quilombos da faixa litorânea do Estado compreendem cerca de 293 famílias.

O diálogo com as lideranças locais, mediante visitas à população e a participação em atividades das comunidades que foi iniciado no ano de 2014 e prosseguiu até 2021, sob a liderança da autora principal. Porém, o vínculo com as comunidades perdura por meio da criação de outros projetos de extensão que seguiram o exemplo da proposta inicial, com vinculação à pastoral da criança e pela prática da pesquisa. A continuidade permitiu a observação e implicação social da pesquisadora em diversos momentos das comunidades.

O trabalho de campo era realizado pela extensão universitária e adotava a metodologia da Educação Popular, desenvolvido por discentes dos cursos da área da saúde, e, posteriormente, foi redesenhado tanto na extensão como na pesquisa; e o caráter freireano das atividades perdurou.

Adotou-se metodologia participativa, por considerar que participar significa “tomar parte no processo; acompanhar de forma qualificada durante o projeto e ao final dele as atividades geradas por meio das decisões coletivas; e envolve ainda a partilha dos resultados”⁽¹⁸⁾. Para os autores desta metodologia, participar implica se relacionar, o que pode exigir regras de convívio e partilha, assim como capacidade de ausculta.

As metodologias participativas se apoiam, ainda, na concepção Freiriana, para quem⁽¹⁹⁾ “[...] propor ao povo, através de certas contradições básicas, sua situação existencial, concreta, presente, como um problema que, por sua vez, o desafia e, assim, lhe exige resposta, não só no nível intelectual, mas no nível de ação”.

Conforme Pedro Demo⁽²⁰⁾, essa é uma abordagem arquitetada para alcançar sujeitos, eventos e diferentes temporalidades, assim o relato de experiência entrelaça diversos saberes e processos, conectando-se a formas de produção científica mais sensíveis à relevância das competências narrativas. Em um contexto marcado por desconfiças, tensões políticas e a crítica aos discursos universalizantes, a narrativa emerge como uma forma legítima de expressar e validar saberes sobre as singularidades, assumindo *status* de narrativa científica competente. O relato revela trajetórias, histórias e ressalta a importância de múltiplas vozes para contá-las⁽²⁰⁾.

O trabalho de campo, ao longo do tempo, compreendeu as atividades desenvolvidas nos territórios, como visitas domiciliares, acompanhamento das atividades sociais da comunidade, e a

participação da pesquisadora em atividades de educação em saúde a partir da ativação de mudanças no território. Foi estruturado em parceria com as lideranças comunitárias das comunidades e os agentes comunitários de saúde que foram acionados tiveram participação ativa na execução do campo, na identificação das residências, na escolha dos melhores trajetos a serem percorridos no território e na apresentação da pesquisadora às famílias.

Foram aplicados questionários referentes ao perfil socioeconômico das famílias, perfil de saúde/morbidade das crianças de 0 a 10 anos de idade e perfil de segurança alimentar das famílias. Os dados foram armazenados na plataforma RedCap e analisados pelo *software Stata*.

Com relação aos aspectos éticos, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães – FIOCRUZ/PE, sob o CAAE: 35329120.2.0000.8807.

Resultados e discussão

Local de estudo

O estado da Paraíba abrange uma área territorial de 56.467,239 km², dividida em quatro mesorregiões (Mata Atlântica, Brejo, Agreste e Sertão), com uma população estimada de 4.018.127 pessoas, apresentando uma densidade demográfica de 66,7 hab./km² e um índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,658⁽²¹⁾.

Segundo dados oficiais, existem, atualmente, 42 comunidades quilombolas no estado, reconhecidas pelo governo federal. Ao todo são 3.050 famílias, com um número aproximado de 15.250 quilombolas. O último censo ocorrido no estado em 2012, recenseou apenas 7.095 indivíduos com situação domiciliar distribuída entre a zona urbana (15,2%) e a zona rural (84,8%). Cerca de 29,8% de toda a população recenseada está distribuída no sertão paraibano⁽²²⁾.

Tabela 1. Principais características das comunidades quilombolas na região litorânea do estado da Paraíba, 2021

Comunidade	Município	Área geográfica (km ²)	Nº Total de moradores
Paratibe	João Pessoa	2,67	297
Gurugi I	Conde	1,49	199
Ipiranga	Conde	0,34	153
Mituaçu	Conde	5,85	386
Total		10,35	1035

Fonte: as autoras.

A população quilombola é compreendida como uma população em situação de vulnerabilidade, devido ao processo exploratório e discriminatório sofrido. O reconhecimento das comunidades como quilombolas está intrinsecamente relacionado à identificação e titulação de seus territórios. Para esses grupos, a conexão ancestral com a terra é a base de sua história, identidade cultural, manifestações religiosas, formas de lazer, atividades econômicas e de subsistência, bem como de suas relações familiares⁽²³⁾. Portanto, autorreconhecer-se quilombola é estar conectado historicamente e ancestralmente a um território.

As comunidades quilombolas estão inseridas num contexto no qual sua definição se baseia em critérios de auto atribuição, trajetória histórica própria e vínculos territoriais

específicos, onde geralmente se localizam em áreas rurais. As dificuldades de acesso interferem na saúde e educação desse grupo que tendem a sofrer com altas taxas de analfabetismo, condições precárias de vida, moradia, saneamento básico e acesso aos serviços de saúde.⁽²⁴⁾

Desigualdades raciais e indicadores de saúde

A presença de desigualdades raciais gera consequências prejudiciais nos indicadores de saúde dessa população, que apresenta maior taxa de incidência de diversas doenças. Estudos recentes apontam que a população quilombola no Brasil apresenta alguns dos piores indicadores de saúde com taxas elevadas de doenças infecciosas, crônicas e condições associadas à vulnerabilidade social. Hipertensão arterial, diabetes, doenças cardíacas e renais são altamente prevalentes, especialmente entre idosos e mulheres quilombolas. A multimorbidade (≥ 2 doenças crônicas) chega a 52,9% dos idosos, com maior incidência em mulheres e faixas etárias mais avançadas^(25,26,27,28).

No contexto das doenças infecciosas e parasitárias, tem-se, por exemplo, a soroprevalência de toxocaríase que apresentou, em comunidades quilombolas do sul do Brasil, prevalência de 82,7%, a maior já registrada no país, associada à pobreza, contato com solo contaminado e falta de saneamento básico^(29,30). Ademais, a prevalência de transtornos mentais comuns chega a 38,7%, com maior risco entre mulheres, pessoas com baixa escolaridade, renda reduzida e que sofreram discriminação em serviços de saúde⁽³⁰⁾.

Com relação à saúde bucal, há altas taxas de edentulismo, lesões cariosas e doenças periodontais, as quais estão atribuídas à falta de saneamento, acesso limitado a serviços de saúde e consumo de alimentos cariogênicos^(31,32). Com relação à desnutrição e risco cardiovascular, entre idosos, há alta prevalência de baixo peso, perda de massa muscular e risco cardiovascular, especialmente em mulheres e nos mais velhos⁽²⁶⁾.

Os idosos quilombolas apresentam um escore médio de expectativa de vida baixo, refletindo as condições adversas enfrentadas por essa população. Além disso, a qualidade de vida dos quilombolas é prejudicada por fatores como baixa renda, baixo nível de escolaridade, dificuldades de acesso à saúde e condições ambientais desfavoráveis, o que contribui para uma maior vulnerabilidade e, conseqüentemente, menor expectativa de vida^(33,34). A presença de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, é elevada entre quilombolas, agravando ainda mais o quadro de saúde e reduzindo a longevidade⁽³³⁾.

Apesar da intensificação de ações sociais e políticas junto às lideranças dentro das comunidades, os indicadores de desenvolvimento humano nestes locais são desiguais e caracterizados como inferiores, comparados a outros grupos⁽³⁵⁾. O acesso à saúde é dificultado pelo isolamento geográfico e pela baixa qualidade dos serviços disponíveis, refletindo em piores condições de saúde, especialmente entre mulheres⁽³³⁾.

Estudos em diferentes estados brasileiros apontam que a maioria das famílias quilombolas vivem com até um salário-mínimo, muitas vezes complementado por programas sociais como o Bolsa Família. O acesso a saneamento básico e eletricidade ainda é insuficiente em muitas comunidades, como apontado em análise das condições de vida em comunidades quilombolas em Tocantins e em estudo de morbididades em quilombos da região Amazônica^(10,36). A diversidade e qualidade da dieta são limitadas, especialmente entre crianças, e estão associadas a fatores socioeconômicos como renda, escolaridade e número de pessoas no domicílio⁽³⁷⁾.

No contexto brasileiro, as desigualdades sociais originadas de questões étnico-raciais se refletem nas condições de vida e saúde das populações preta, parda e indígena, que apresentam indicadores de saúde inferiores quando comparadas à população branca⁽³⁸⁾.

Registros em saúde são estratégicos e fundamentais para o conhecimento das condições de morbimortalidade de populações e a tomada de decisão. Os estudos/vivências, ao serem planejados em territórios quilombolas, devem conhecer e respeitar o processo histórico e de construção de cada território, de modo que promovam contribuição de acordo com as necessidades e formas de fazer territoriais, fazendo junto à comunidade, ativando autonomia e autorreconhecimento.

Desafios relatados pela população quilombola para acessar os serviços de saúde

Segundo o observado pela experiência das pesquisadoras nas atividades de pesquisa/extensão no território quilombola, e conforme permitido pelo vínculo desenvolvido junto às comunidades, para a população quilombola acessar políticas públicas direcionadas e específicas, é primordial a declaração (oficialização) do território como quilombola, e o caminhar concreto para o reconhecimento. Esse tem sido o maior obstáculo dessas comunidades para alcançar direitos afirmativos, devido a disputas territoriais com granjeiros, imobiliárias e a morosidade governamental do processo de reconhecimento.

Há a constante disputa pelos territórios quilombolas da região, que são ameaçados pelas atividades da construção civil e imobiliárias de luxo, o que põe em risco e retarda o alcance da titulação das terras, além de se torna um obstáculo para aquisição de direitos reservados a essa população, visto que esses dependem do reconhecimento legal do território como quilombola.

Dentre os direitos que se tornam mais distantes, está uma atenção à saúde conforme suas necessidades e especificidades. Conforme a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra⁽³⁹⁾, devido ao contexto de vulnerabilidade histórica ao qual a população negra foi submetida, é primordial que estratégias sejam implantadas para a atenuação das iniquidades em saúde nos diferentes ciclos da vida. Entre as estratégias, é preciso que o local de cuidado/atenção à saúde seja dentro da comunidade, perto das pessoas, onde a vida acontece, ou seja, associações de moradores, espaços onde ocorrem atividades religiosas e culturais.

Ao longo dos anos de atividades nos quilombos da faixa litorânea do estado da Paraíba, identifica-se limitações no acesso ao serviço de saúde local, principalmente em suas dimensões: disponibilidade e adequação. Cada comunidade quilombola da faixa litorânea do estado da Paraíba possui a sua unidade de saúde de referência, porém nem todas as famílias têm cobertura do agente comunitário de saúde, o que, somado à distância e à ausência de transporte, dificulta o acesso a informações sobre o serviço e o acompanhamento dos quadros de saúde e/ou doença das famílias.

Cada comunidade quilombola da faixa litorânea do estado da Paraíba possui uma unidade de saúde que faz a cobertura do seu respectivo território, porém a estrutura das unidades integradas de saúde promove o afastamento geográfico de algumas localidades, trata-se da reunião de três ou quatro equipes de saúde da família em uma mesma unidade. Logo, a localização privilegia algumas famílias em detrimento de outras, organização que beneficia o processo estrutural de gestão e financiamento do município, promovendo a contenção de gastos institucionais, mas que leva alguns grupos populacionais a conviverem com a distância geográfica até o serviço de saúde.

Enquanto para alguns grupos o serviço fica a dois minutos de caminhada, para outros, torna-se uma caminhada de 30/40 minutos, uma vez que o transporte privado não é uma realidade alcançável

pelas famílias e o transporte público é deficitário. Uma realidade da população quilombola de Paratibe, no município de João Pessoa.

Deste modo está presente a experiência majoritária que relata a distância da unidade integrada de saúde com relação ao território, aspecto que dificulta a ida dos usuários que mais precisam ocupar esse local de cuidado em saúde, como: gestantes, crianças de colo, idosos, pessoas com deficiências.

Conforme estudo transversal com 91.000 quilombolas inseridos na base de dados do Ministério do Desenvolvimento Social, verificou-se que os fatores associados à falta de acesso aos serviços de saúde, no país, por quilombolas, são a faixa etária, a etnia e a região onde vivem. Fatores esses que interferem diretamente nas ações governamentais, as quais não conseguem responder às necessidades específicas dessas populações. Embora exista a promoção de iniciativas promissoras, essas não são capazes de reduzir as desigualdades vivenciadas por essa população⁽⁷⁾.

De acordo com Costa *et al.*⁽⁴⁰⁾, em inquérito que analisou as condições socioeconômicas e de saúde de pessoas idosas que vivem em 11 comunidades quilombolas no Maranhão, Brasil, verificou-se que maioria dos indivíduos viviam em situação de pobreza socioeconômica e sanitária, assim como baixos resultados em todas as dimensões de saúde e limitações na realização das atividades diárias. Logo, aponta para o enfrentamento de condições sociais e de saúde deficitárias, articulado ao insipiente investimento em políticas públicas de saúde direcionadas a essa população.

Em janeiro de 2016 foi assinado o Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta (TAC), Nº 001/2016⁽⁴¹⁾, no qual a gestão municipal de João Pessoa, município onde se localiza a comunidade quilombola urbana de Paratibe, comprometia-se com a revitalização do Rio do Padre, Implantação do Centro Cultural Quilombola, Implantação do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e do Programa de Saúde da Família (PSF) no interior do território quilombola. Dentre alguns aspectos alcançados, a comunidade conseguiu o atendimento da equipe do Saúde da Família no galpão cultural da comunidade.

Verificamos a estratégia de trazer os profissionais da saúde da família para dentro da comunidade, de modo que as visitas fossem semanalmente, pois isso amorteceria a demanda, mas ainda não é suficiente; uma vez que o horário e dia direcionados ao atendimento são inviáveis para alguns moradores. A estrutura do Programa de Saúde da Família ainda não foi construída dentro da comunidade, o que não efetiva o ajuste do Termo de Compromisso. Logo, verificamos a persistência do obstáculo geográfico, a distância entre a comunidade e o serviço de saúde.

Diante disso, nota-se um cenário que se agrega à baixa cobertura vacinal⁽⁴²⁾ e queda na cobertura do pré-natal^(43,44); seja devido à distância geográfica até o serviço, a falta de insumos somadas ao déficit de educação em saúde; ausência de saneamento básico e coleta de lixo e prevalência alarmante da insegurança alimentar. Somando-se ainda a falta de recursos, a necessidade de formação de profissionais capacitados para lidar com a diversidade cultural e social, e a resistência de algumas partes da sociedade em reconhecer o direito à saúde como um direito humano universal. Por outro lado, a crescente consciência sobre a importância da saúde pública e a mobilização social em prol de direitos podem criar oportunidades para avanços significativos na garantia do direito à saúde.

A vivência no contexto quilombola nos faz observar e compreender particularidades desse grupo populacional, a necessidade de se promover a equidade na distribuição dos recursos em saúde pública e realocar investimentos, conforme as necessidades de cada território⁽⁴⁵⁾.

Conclusão

O presente estudo buscou descrever o olhar das pesquisadoras na vivência desenvolvida no fazer pesquisa e extensão em grupos populacionais quilombolas. Esse tipo de estudo promove a visibilidade da informação vinda das comunidades, as quais regularmente sofrem a negligência científica e acadêmica, o que reflete negativamente na efetividade das políticas públicas e no acesso aos serviços de saúde.

Apesar de avanços alcançados com a Constituição de 1988, a seguridade social e a garantia do direito à saúde direcionados à população quilombola ainda é muito frágil, pouco tem sido alcançado. O que torna a vulnerabilidade dessas populações mais agudizada no contexto da contemporaneidade.

Para a construção de uma sociedade mais justa e saudável é essencial o enfrentamento das vulnerabilidades. Garantir o acesso à saúde para todos, especialmente aqueles em situações de desvantagem, é um imperativo moral e legal que exige a atuação conjunta de governos, profissionais de saúde e a sociedade civil.

Conflito de interesses

As autoras declaram que não há conflito de interesses.

Contribuição dos autores

Da Cunha RD contribuiu para a concepção/desenho do artigo, análise e interpretação de dados, redação e aprovação da versão final. Lyra TM contribuiu para revisão crítica de conteúdo e aprovação da versão final do artigo.

Equipe editorial

Editora científica: Alves SMC

Editores assistentes: Cunha JRA, Lemos ANLE

Editores associados: Lamy M, Ramos E

Editor executivo: Teles G

Assistentes editoriais: Mendes DSGJ, Rocha DSS, Rodrigues MESN

Revisora de texto: Barcelos M

Referências

1. Serau Junior MA, Costa JRC. An introduction to Brazil's Social Security System. In: Serau Junior MA, Costa JRC. Assistance Benefits in Brazil: Changes and Challenges to the Exercise of a Constitutional Right. New York: Springer Cham; 2016 [citado em 15 jan. 2025]; p. 1-5. DOI: [10.1007/978-3-319-27046-3_1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-27046-3_1)
2. Beltrão K, Pinhanez M. Brazil's social security system: prospective trajectory and reform alternatives. Public Admin Dev [Internet]. 2014 [citado em 18 jan. 2025]; 34:305-319. DOI: [10.1002/pad.1692](https://doi.org/10.1002/pad.1692)
3. Beltrão KI, Pinheiro SS. Brazilian population and the social security system: reform alternatives. Discussion Paper N° 1067. Rio de Janeiro: IPEA; 2005 [citado em 15 jan. 2025]. Disponível em: <https://ssrn.com/abstract=658001>
4. Machado C, Silva G. Political struggles for a universal health system in Brazil: successes and limits in the reduction of inequalities. Global Health [Internet]. 2019 [citado em 15 jan. 2025]; 15(Suppl. 1):2-12. DOI: [10.1186/s12992-019-0523-5](https://doi.org/10.1186/s12992-019-0523-5)
5. Júnior M, Moura-Ferreira M, Rocha M, Faria J. Equity and inclusion for access to the Brazilian Unified Health System (SUS). IOSR J Hum Soc Sci [Internet]. 2024 [citado em 2 fev. 2025]; 8(9):54-59. DOI: [10.9790/0837-2909085459](https://doi.org/10.9790/0837-2909085459)
6. Odeh-Moreira J. O (in)acesso ao Sistema Único de Saúde por populações remanescentes de quilombos: o caso dos Kalunga do Engenho II: repensando políticas públicas de saúde para a população quilombola [dissertação]. Brasília: Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília; 2018 [citado em 15 jan. 2025]. 112 fls. DOI: [10.26512/2017.tcc.20415](https://doi.org/10.26512/2017.tcc.20415)
7. Mota A, Silva Maciel E, Quaresma F, Araújo F, Alcântara Sousa L, Junior H, et al. A look at vulnerability: analysis of the lack of access to health care for quilombolas in Brazil. J Hum Growth Dev [Internet]. 2021 [citado em 15 jan. 2025]; 31(2):302-309. DOI: [10.36311/jhgd.v31.11404](https://doi.org/10.36311/jhgd.v31.11404)
8. Silva L, Matsuoka E. O sistema de seguridade social brasileiro e as políticas públicas para comunidades quilombolas. Rev Jurídica UFERSA [Internet]. 2019 [citado em 7 fev. 2025]; 3(5):104-19. Disponível em: <https://doi.org/10.21708/issn2526-9488.v.3.n5.p104-119.2019>

9. Neves-Silva P, Schall B, Gonçalves F, Alves E, Santos S, Valente P, et al. Quilombola women from Jequitinhonha (Minas Gerais, Brazil) and access to water and sanitation in the context of COVID-19: a matter of human rights. *Front Water* [Internet]. 2024 [citado em 12 fev. 2025]. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/frwa.2024.1409387>
10. Castelo-Branco S, Santos R, Santos B, Pinnock D, Silva H. Referred morbidity of an African descendant community in the eastern Amazonia. *Eur J Public Health* [Internet]. 2020 [citado em 5 fev. 2025]; 30(5):761. DOI: [10.1093/eurpub/ckaa166.761](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa166.761)
11. Martins A, de Souza D, de Rezende Neto J, Santos A, da Invenção G, Matos I, et al. A higher number of SARS-COV-2 infections in quilombola communities than in the local population in Brazil. *Front Public Health* [Internet]. 2023 [citado em 5 fev. 2025]; 11:1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1095162>
12. Rios F, Miranda L. Ethnic and racial violence and violations in the context of the Brazilian democratic crisis: a study of Black and Quilombola populations. *Ethnic and Racial Studies* [Internet]. 2024 [citado em 9 jan. 2025]; 47:2388-2410. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/01419870.2024.2329341>
13. Schwartz S. Mocambos, Quilombos e Palmares: A Resistência Escrava no Brasil Colonial. *Estudos Econômicos*. 1987; 17(Esp.):61-88.
14. Eite I. Os Quilombos no Brasil: Questões Conceituais e Normativas. *Etnográfica*. 2000; 4(2):333-354.
15. Carvalho G, França M. Ações afirmativas do poder público como instrumento de inclusão social: uma análise da Lei nº 12.990/2014 e da Ação Declaratória de Constitucionalidade nº 41. *Rev Ibero-Am Hum Ciênc Educ* [Internet]. 2024 [citado em 9 jan. 2025]; 10(12): 3209-3223. DOI: [10.51891/rease.v10i12.17506](https://doi.org/10.51891/rease.v10i12.17506)
16. Gomes L. O direito quilombola e a democracia no Brasil. *Revista de Informação Legislativa*. 2003; 50(199):303-320.
17. Gomes R, Oliveira P, Silva M, de Miranda S, Sampaio C. Therapeutic itineraries in health care in Quilombola communities. *Ciencia & Saúde Coletiva* [Internet]. 2024 [citado em 5 fev. 2025]; 29(3):1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.01602023>
18. Gomes M, Soares N, Bronzatto LA. Metodologias participativas, elaboração e gestão de projetos. Brasília: WWF; 2024 [citado em 20 set. 2024]. 70 p. Disponível em: https://d3nehc6yl9qzo4.cloudfront.net/downloads/manual_metodologias_participativas_v4.pdf
19. Melo e Souza R, Santos S, Santos EA, editors. Vivências e práticas socioambientais: metodologias aplicadas em comunidades. São Cristóvão: GEOPLAN, CNPq, UFS; 2015. 200 p.
20. Demo P. Pesquisa: princípio científico e educativo. 14ª ed. São Paulo: Cortez; 2011.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados [Internet]. IBGE. [citado em 12 fev. 2025]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb/>
22. Paraíba. Estudo censitário da população quilombola da Paraíba, 2012: perfil de 38 comunidades quilombolas no Estado da Paraíba. João Pessoa: AACADE; 2014.
23. Bispo AS. Colonização, quilombos – modos e significado. Brasília: Universidade de Brasília, CNPq; 2015.
24. Araújo DAM, Moura TVC, Júnior DNV, Neto FJC, Júnior JSA, Silva ARV. Fatores associados ao desenvolvimento de hipertensão arterial em uma comunidade quilombola. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2021 [citado em 15 fev. 2025]; 11(33):1-19. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/48318>
25. Costa A, Rodrigues L, de Deus Cabral J, Coimbra L, de Oliveira B. Survey of the living conditions and health status of older persons living in Quilombola communities in Bequimão, Brazil: the IQUIBEQ Project. *J Public Health* [Internet]. 2020 [citado em 15 fev. 2025]; 29:1061-1069. DOI: [10.1007/s10389-020-01198-y](https://doi.org/10.1007/s10389-020-01198-y)
26. Da Silva T, Neto C, Carvalho C, Viola P, Rodrigues L, Oliveira B. Nutritional and cardiovascular disease risk in older persons living in Quilombola communities. *Ciencia & Saúde Coletiva* [Internet]. 2022 [citado em 15 fev. 2025]; 27(1):219-230. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.30132020>
27. Neiva R, Queiroz PSF, de Miranda S, Silveira M, Rodrigues Neto JF. Social indicators and other factors associated with chronic non-communicable diseases in rural quilombolas in the north of Minas Gerais. *Concilium* [Internet]. 2023 [citado em 15 fev. 2025]; 23(18):134-151. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/373844490_Social_indicators_and_other_factors_associated_with_chronic_non-communicable_diseases_in_rural_quilombolas_in_the_north_of_Minas_Gerais_Indicadores_sociais_e_outros_fatores_associados_a_doencas_cronic
28. Queiroz PSF, Rodrigues Neto JF, Miranda LP, Oliveira PSD, Silveira MF, Neiva RJ. Common Mental Disorders in rural "quilombolas" in the North of Minas Gerais, Brazil. *Ciencia & Saúde Coletiva* [Internet]. 2023 [citado em 20 set. 2024]; 28(6):1831-1841. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.15022022>
29. Santarém V, Panazzolo G, Kmetiuk L, Domingues O, Ferreira I, de Souza Filho R, et al. One health

approach to toxocariasis in quilombola communities of southern Brazil. *Parasites & Vectors* [Internet]. 2023 [citado em 20 set. 2024];16(379):1-11. DOI:[10.1186/s13071-023-06010-w](https://doi.org/10.1186/s13071-023-06010-w)

30. Queiroz PSF, Rodrigues Neto JF, Miranda LP, Oliveira PSD, Silveira M, Neiva RJ. Common mental disorders in rural "quilombolas" in the North of Minas Gerais, Brazil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2023 [citado em 20 set. 2024]; 28(6):1831-41. DOI:[10.1590/1413-81232023286.15022022](https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.15022022)

31. Cardoso Filho O, Santos AEN, Silqueira PVAO, de Paula LC, Seixas GAR, Oliveira MP. Dental Health Diagnosis in Quilombola Communities in Northern Minas Gerais - Minas Gerais. *Revista Unimontes Científica* [Internet]. 2024 [citado em 15 fev. 2025]; 26(1):1-14. Disponível em: <https://doi.org/10.46551/ruc.v26n1a14>

32. Da Silva E, de Medeiros D. Impact of oral health conditions on the quality of life of quilombola and non-quilombola rural adolescents in the countryside of Bahia, Brazil: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2020 [citado em 15 fev. 2025];18(318):1-12. DOI:[10.1186/s12955-020-01567-x](https://doi.org/10.1186/s12955-020-01567-x)

33. Santos ENA, Magalhães PKA, Santos AM, Correia MS, Santos JCS, Carvalho Neto APM, et al. Quality of life of women from a quilombola community in northeastern Brazil. *Revista brasileira de biologia* [Internet]. 2022 [citado em 15 fev. 2025] 84(318):1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1519-6984.246463>

34. Santos VC, Boery EN, Pereira R, Rosa DOS, Vilela ABA, dos Anjos KF, et al. Socioeconomic and health conditions associated with quality of life of elderly quilombolas. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [citado em 15 fev. 2025]; 25(2):1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001300015>

35. Silva PGN, Costa KM, Muniz TMS, Machado ALG. Fatores de risco cardiovascular em idosos de uma comunidade quilombola. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2020 [citado em 17 fev. 2025]; 28:1-7. DOI:[10.12957/reuerj.2020.44773](https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.44773)

36. Teles A, da Silva L, Silva A, de Souza I, Seibert C. Analysis of the life conditions of quilombolas communities in Tocantins, Brazil. *Rev Bras Educ Campo* [Internet]. 2020 [citado em 15 fev. 2025]; 5:1-20. DOI:[10.20873/uft.rbec.e8671](https://doi.org/10.20873/uft.rbec.e8671)

37. Silva P, Schincaglia R, Santos L, Gubert M. Living conditions, diet quality and associated factors in women and children from quilombola communities in Goiás, Brazil. *Ciencia & Saúde Coletiva* [Internet]. 2025

[citado em 15 fev. 2025]; 30(2):1-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025302.07502023>

38. Moura R, César C, Goldbaum M, Okamura M, Antunes J. Fatores associados às desigualdades nas condições sociais na saúde de idosos brancos, pardos e negros na cidade de São Paulo, Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2023 [citado em 17 de fev. 2025]; 28(3):897-907. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023283.08582022>

39. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2017. 44 p.

40. Costa ASV, Rodrigues LS, Cabral JD, Coimbra LC. Survey of the living conditions and health status of older persons living in Quilombola communities in Bequimão, Brazil: the IQUIBEQ Project. *Journal of Public Health* [Internet]. 2020 [citado em 17 fev. 2025]; 29(Suppl.2):1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10389-020-01198-y>

41. Brasil. Ministério Público Federal. Procuradoria da República na Paraíba. Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta nº 001/2016. João Pessoa; 2016.

42. Roque e Lima JO, Pagotto V, Rocha BS, Scalize PS, Guimarães RA, de Lima MD, et al. Low Vaccine Coverage and Factors Associated with Incomplete Childhood Immunization in Racial/Ethnic Minorities and Rural Groups, Central Brazil. *Vaccines* [Internet]. 2023 [citado em 17 fev. 2025]; 11(4):1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/vaccines11040838>

43. Rodrigues CB, Thomaz EBAF, Batista RFL, Riggirozzi P, Moreira DSO, Gonçalves LLM, et al. Prenatal care and human rights: Addressing the gap between medical and legal frameworks and the experience of women in Brazil. *PLOS ONE* [Internet]. 2023 [citado em 17 fev. 2025]; 18(2):1-19. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281581>

44. Caballe-Climent L. "Beautiful registrations": metrics and prenatal care in rural Bahia, Brazil. *Med Anthropol* [Internet]. 2024 [citado em 17 fev. 2025]; 43(3):233-246. DOI:[10.1080/01459740.2023.2301388](https://doi.org/10.1080/01459740.2023.2301388)

45. Mussi RFF, Mussi LMPT, Rodrigues DN, de Almeida ACB, Texeira EP, Figueiredo ACMG. Population health survey in quilombola communities in Bahia State: an epidemiological research experience. *Saúde Pesquisa* [Internet]. 2020 [citado em 15 de fev. 2025]; 12(3):675-695. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/7525/6394>

Como citar

Da Cunha RD, Lyra TM. A garantia do direito à saúde e a seguridade social: entraves vivenciados pela população quilombola da faixa litorânea da Paraíba. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2025 out./dez.;14(4):69-80 <https://doi.org/10.17566/ciads.v14i4.1350>

Copyright

(c) 2025 Rafaela Domingos da Cunha, Tereza Maciel Lyra.

