

O método Altadir no planejamento social e de saúde: percepções e desafios em comunidades Quilombolas do semiárido do Piauí

The Altadir method in social and health planning: perceptions and challenges in Quilombola communities of the semi-arid region of Piauí

El método Altadir en la planificación social y de la salud: percepciones y desafíos en comunidades Quilombolas del semiárido de Piauí

DOI: 10.54901/educa.v9-247

Patrícia Ribeiro Vicente¹
Ayla de Jesus Moura²
Luciano Silva Figueiredo³
Ermínia Medeiros Macêdo⁴
Verônica Lourdes Lima Batista Maia⁵
Patricia Maria Santos Batista⁶
Roselis Ribeiro Barbosa Machado⁷
Evandro Alberto de Sousa⁸
José Carlos dos Santos Silva⁹
Marcos Vinícios Souza do Nascimento¹⁰
Ana Paula Vasconcellos Abdon¹¹

RESUMO: O estudo analisou a aplicabilidade do Método Altadir de Planificação Popular (MAAP) no planejamento social e em saúde em comunidades quilombolas do semiárido do Piauí, considerando as percepções dos atores locais e os desafios de implementação. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de natureza quanti-qualitativa, fundamentada na abordagem de pesquisa-ação, na qual foram realizadas oficinas de diagnóstico situacional envolvendo identificação de problemas, elaboração de planos, construção de estratégias e tomada de decisões adaptadas à realidade comunitária. Os resultados apontaram que o MAAP favoreceu

¹ Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Picos, Piauí, Brasil.

E-mail: patriciaribeiro@pcs.uespi.br

² Doutoranda em Ciências da Saúde e Biológicas pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Picos, Piauí, Brasil. E-mail: profa.ayla@gmail.com

³ Doutor em Ciências pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRJS), Picos, Piauí, Brasil.

E-mail: lucfigueiredo@uol.com.br

⁴ Doutora em Desenvolvimento e Meio Ambiente pela Universidade Federal do Piauí (UFPI), Picos, Piauí, Brasil.

E-mail: erminiamedeiros@pcs.uespi.br

⁵ Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Picos, Piauí, Brasil.

E-mail: veronicabmaia@gmail.com

⁶ Mestra em Gestão de Tecnologias e Inovação em Saúde pelo Instituto Sirio-Libanês, Picos, Piauí, Brasil.

E-mail: patricia.batista@ufpi.edu.br

⁷ Doutora em Geografia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Teresina, Piauí, Brasil.

E-mail: roselisribeiro@ccn.uespi.br

⁸ Doutor em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Teresina, Piauí, Brasil.

E-mail: professorevandroalberto@gmail.com

⁹ Mestrando em Educação Física pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Picos, Piauí, Brasil. E-mail: carlosdpissarra@gmail.com

¹⁰ Mestrando em Sociedade e Cultura pela Universidade Estadual do Piauí (UESPI), Picos, Piauí, Brasil.

E-mail: marcosnascimento@pcs.uespi.br

¹¹ Doutora em Biotecnologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará, Brasil.

E-mail: paulaabdon@unifor.br

a elaboração de diagnósticos compartilhados, a priorização de demandas e a pactuação de estratégias intersetoriais culturalmente sensíveis, fortalecendo o protagonismo das comunidades, o vínculo com a Atenção Primária e a governança local. Contudo, a efetividade do método mostrou-se dependente de fatores estruturais externos à metodologia, como a escassez de recursos, a fragilidade da gestão participativa em alguns municípios e os limites impostos pelo racismo estrutural. Conclui-se que o Método Altadir é uma ferramenta viável e eficaz para qualificar o planejamento em contextos quilombolas, desde que articulado a suporte institucional, formação permanente, mediação intercultural e monitoramento por indicadores de acesso e equidade. Recomenda-se a ampliação de pesquisas futuras que avaliem impactos sanitários e sociais, custo-efetividade e possibilidades de escalabilidade em diferentes territórios.

Palavras-chave: planejamento participativo; método Altadir; comunidades Quilombolas; semiárido piauiense; equidade em saúde.

1 INTRODUÇÃO

O planejamento em políticas públicas na América Latina historicamente esteve marcado por modelos tecnocráticos, normativos e centralizados, muitas vezes distantes das realidades locais. Em contraposição a essa lógica, o economista e pensador chileno Carlos Matus propôs o Planejamento Estratégico Situacional (PES) e, em sua vertente aplicada à participação social, o Método Altadir de Planificação Popular (MAPP), que privilegia o protagonismo das comunidades na identificação de problemas e na construção de soluções coletivas (Matus, 2019).

Ao deslocar o foco de planos normativos para estratégias coletivas, o método fortalece a autonomia comunitária e promove maior aderência das políticas às necessidades locais (Oliveira; Souza, 2020). Esse modelo assume que diferentes atores sociais possuem interesses conflitantes e que o planejamento deve ser construído a partir do diálogo e da negociação, enfatizando a análise situacional, a identificação de problemas críticos e a construção coletiva de soluções (Ferreira; Lima, 2022).

É nesse contexto de coletividade que surgem as comunidades quilombolas, formadas por pessoas com descendência africana, historicamente marginalizada e excluída de políticas públicas robustas. A discriminação sistêmica e o preconceito são fatores que perpetuam essa exclusão, compondo como determinantes sociais de saúde que demandam intervenções específicas, sendo necessária a promoção da equidade, garantindo que tais populações tenham suas singularidades culturais e socioeconômicas respeitadas no atendimento (Gomes; Ferreira; Silva, 2022).

Os desafios que permanecem são complexos e demandam a superação das inviabilidades estruturais, como o racismo institucional nos serviços de saúde, o preconceito e a falta de reconhecimento dos saberes tradicionais quilombolas (Almeida *et al.*, 2020). Um dos fatores determinantes para as limitações de acesso aos direitos e para a atuação efetiva nas ações quilombolas tem sido a ausência histórica de dados básicos sobre a situação dos quilombos, sendo os quilombolas inseridos pela primeira vez no Censo Demográfico do Brasil apenas em 2022. Neste cenário, são escassas as iniciativas estatais à saúde da população quilombola, que não contava com uma política nacional de saúde exclusiva (Souza, 2008), apesar de registrar importantes conquistas como a criação das Políticas Nacionais de Saúde Integral da População Negra (2008) e das Populações do Campo e Florestas, em 2014 (CONAQ, 2023; Brasil, 2017).

A análise histórica revela que essas políticas públicas contemplavam os quilombolas de modo indireto, dentro de agendas mais amplas direcionadas para populações tradicionais, negras ou rurais. Apenas em 2025, com a Política Nacional de Saúde Integral da População Quilombola (PNASQ), observa-se o reconhecimento da saúde quilombola como campo autônomo de política pública. Essa consolidação reflete pressões sociais, movimentos quilombolas e decisões do Conselho Nacional de Saúde. Ainda assim, persistem desafios de implementação, financiamento e formação de profissionais de saúde com competência intercultural (Gomes; Ferreira; Silva, 2022; Santos; Rodrigues, 2024).

A liderança quilombola nas ações em saúde configura-se um elemento central para a promoção da equidade e para a efetivação dos direitos à saúde dessas pessoas historicamente marginalizadas. A participação ativa das comunidades quilombolas nas decisões e na formulação de políticas públicas tem se fortalecido, especialmente a partir das mobilizações que marcaram os anos 2000 até a atualidade, culminando em avanços significativos para a construção de um modelo de atenção à saúde que respeita as especificidades culturais, territoriais e étnico-raciais desses povos (Larrea; Viana; Braga, 2021).

A mobilização social dos quilombolas implica, portanto, não apenas em participação formal, mas na valorização dos conhecimentos ancestrais e na articulação entre as práticas tradicionais e a atenção institucional do SUS, evitando a sobreposição e garantindo um cuidado integrado e culturalmente adequado (Brasil, 2024).

Fortalecer o envolvimento da comunidade no planejamento de políticas de saúde pode ajudar a adaptar os serviços às necessidades específicas das comunidades quilombolas, promovendo melhores resultados de saúde (Cavalcante, 2011). Implementar políticas de saúde pública específicas e equitativas que reconheçam as necessidades únicas das populações quilombolas é crucial. Isso inclui aprimorar o treinamento de profissionais de saúde para lidar

com as sensibilidades culturais e garantir que os serviços sejam geograficamente acessíveis (Odeh-Moreira, 2017; Torres *et al.*, 2022).

Diante desse exposto, este artigo tem como objetivo implementar o método MAPP nas comunidades Custaneira/Tronco e Canabrava dos Amaros, capacitando-as a identificar e buscar soluções aos problemas considerados pelos mesmos, de maior relevância. Tal iniciativa evidencia a capacidade dessas comunidades de se organizar e atuar de forma ativa na formulação, implementação e avaliação de estratégias de cuidado. Essa mobilização comunitária se contrapõe aos modelos hegemônicos e centralizadores, valorizando a participação social, os saberes tradicionais e o exercício pleno da cidadania.

2 METODOLOGIA

Este estudo, de natureza descritiva e quanti-qualitativa, com enfoque em pesquisa-ação, teve como base a aplicação do Método Altadir de Planificação Popular (MAPP), envolvendo a totalidade dos moradores adultos e idosos das comunidades quilombolas Custaneira/Tronco e Canabrava dos Amaros, situadas no semiárido piauiense.

Foi desenvolvida uma investigação composta por duas etapas distintas, a primeira embasada em um questionário semiestruturado (Etapa 01) representando um estudo transversal, de base populacional, correspondendo os habitantes adultos e idosos das comunidades em estudo, localizadas no centro-sul do Estado do Piauí. A outra (Etapa 02) foi um Planejamento Estratégico Situacional (PES) com as oficinas que integram as etapas do MAPP. A coleta dos dados foi realizada entre os meses de junho a outubro de 2024.

2.1 População do Estudo

Participaram do estudo pessoas classificadas como adultos, compreendidos na faixa etária de 21 a 60 anos, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 2012b). Foram considerados idosos aqueles com idade igual ou superior a 60 anos, em consonância com as diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (Brasil, 2006).

De acordo com o último levantamento realizado pelo agente comunitário de saúde (ACS), a população total das três comunidades, incluindo todas as faixas etárias correspondia a 211 pessoas. Considerando o número reduzido de participantes, não foi realizada a definição de uma amostra. Foram incluídos na pesquisa todos os adultos e idosos residentes na

comunidade que consentiram em participar. Indivíduos que, por razões físicas ou psicológicas, estiveram impossibilitados de colaborar foram excluídos do estudo.

2.2 Instrumento e Procedimentos das Coletas

A primeira (Etapa 01) objetiva realizou uma análise geral da saúde, através de um questionário contendo dados sociodemográficos (idade, sexo, saúde geral, e atividades cotidianas e culturais). Os moradores que se enquadraram nos critérios de inclusão e livremente aceitaram participar, foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou por meio da impressão digital.

O questionário abordou as características sociodemográficas dos participantes, as percepções sobre as condições de saúde e o acesso aos serviços ofertados na comunidade. Dentre as questões centrais a serem destacadas, estão em destaque:

- a) Percepção Individual e Coletiva de Saúde
- b) Práticas de Autocuidado e Estilo de Vida
- c) Acesso e Uso dos Serviços de Saúde
- d) Condições de Saúde e Doenças Crônicas
- e) Determinantes Sociais e Ambientais da Saúde
- f) Conhecimento e Exercício de Direitos em Saúde

Foi utilizado também o gravador de voz. Após a conclusão dos questionários, os dados foram analisados e, somente a partir dos resultados obtidos, teve início a Etapa 2, dedicada à introdução do Método Altadir de Planificação Popular (MAPP).

As oficinas do MAPP foram conduzidas individualmente pela pesquisadora, após a formação de uma comissão ativa composta por dez representantes das comunidades participantes, escolhidos pela própria população. As atividades ocorreram em quatro fases, distribuídas em cinco oficinas, com o objetivo de promover uma reflexão coletiva sobre as situações vivenciadas na comunidade, suas causas, consequências e possíveis ações futuras.

O MAPP tem por objetivo viabilizar discussões coletivas, proporcionando a resolutividade dos problemas locais e possíveis soluções, por meio da organização de um plano de ação, potencializando a corresponsabilidade dos envolvidos, tornando-os atores ativos desse processo (Barreto; Mathias, 2013). Foi originalmente desenvolvido em 15 passos e posteriormente, resumido em quatro: 1) Momento Explicativo (diagnóstico dos problemas); 2) Momento Normativo (desenho do plano); 3) Momento Estratégico (construção de estratégias) e 4) Momento Tático-Operacional (tomada de decisões dentro da realidade local), trata-se de

um método com flexibilização durante todo o processo, podendo se retornar a qualquer dessas fases (De Toni; Salerno; Bertini, 2008).

2.3 Variáveis

A aplicabilidade dos instrumentos da coleta compreendeu variáveis sociodemográficas, correspondentes ao sexo, idade, estado civil, renda, ocupação principal e escolaridade; variáveis da condição de saúde relacionadas a autopercepção de saúde, índice de massa corporal (IMC), doenças de ordem sistêmica, número de doenças existentes, estado saúde no último ano e variáveis socioeconômicas culturais e ambientais gerais, ainda não citados, contemplando os determinantes sociais de saúde como, produção de alimentos, ambiente de trabalho, desemprego, água e esgoto, serviços sociais de saúde e habitação.

2.4 Análise dos Dados

As respostas abertas foram analisadas utilizando o R (versão 4.3.2) com foco em análise de conteúdo temática de natureza descritiva e comparativa. Foram utilizados os seguintes pacotes: readr e dplyr (Wickham *et al.*, 2019) – importação e organização das bases; tidytext (Silge; Robinson, 2016) – tokenização das respostas e remoção de stopwords; tm e wordcloud – limpeza textual e visualização das palavras mais citadas; stringr – normalização e agrupamento de termos sinônimos; ggplot2 – construção dos gráficos de frequência e nuvem de palavras.

2.5 Aspectos Éticos

A população de estudo para a primeira etapa foi composta por todos os habitantes adultos e idosos das comunidades quilombolas Custaneira/Tronco e Canabrava dos Amaros, localizadas no município de Paquetá no estado do Piauí. Participaram do estudo as pessoas adultas e idosas residentes nas comunidades quilombolas, nas faixas etárias previstas, ou seja, a partir de 18 anos, e, de ambos os sexos. Para tanto, assinaram ou colocaram a impressão digital no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), consentindo com a utilização dos dados coletados.

O presente estudo teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa sob o parecer de nº 7.020.071 e seguiram os princípios éticos da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de

Vol. 9 (2026)

Saúde (Brasil, 2012a), como a garantia da confidencialidade do anonimato e da utilização das informações em prejuízo das pessoas, do emprego das informações somente para os fins previstos na pesquisa e do retorno indireto dos possíveis benefícios obtidos através desse estudo.

3 DISCUSSÃO E RESULTADOS

Os resultados são apresentados a partir das duas etapas da pesquisa: o diagnóstico inicial sobre as condições sociais e de saúde da comunidade e o processo de construção coletiva realizado por meio do Método Altadir de Planificação Popular (MAPP). O MAPP, elaborado por Carlos Matus, insere-se no campo do planejamento estratégico-situacional, sendo reconhecido como um instrumento de planificação participativa que integra dimensões técnicas, políticas e sociais no processo de tomada de decisão (Matus, 1993). Supera modelos tradicionais de planejamento ao enfatizar a participação dos atores sociais e a análise situacional como base para a formulação de ações transformadoras (Barbosa; Freitas, 2021; Lima; Souza, 2023). Diante disso, os achados são aqui discutidos a partir das prioridades elencadas no MAPP, enfatizando as percepções da comunidade e as ações construídas coletivamente.

A amostra foi composta por 124 participantes, com idade média de 46,9 anos, variando de 18 a 88 anos, o que demonstra a participação tanto de jovens, adultos e idosos nas comunidades investigadas. Quanto ao sexo, houve predominância de mulheres (62,9%) em relação aos homens (37,1%), evidenciando a forte presença feminina na organização social quilombola. As demais características dos(as) participantes podem ser observadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e socioeconômico dos participantes

Variável	Categoria	n	%
Idade	Média = 46,9; Mediana = 47; Mín = 18; Máx = 88	-	-
Sexo	Feminino	78	62,9
	Masculino	46	37,1
Estado civil	Casado	87	70,2
	Solteiro	23	18,5
	Viúvo	11	8,9
	Divorciado	2	1,6
	Outros	1	0,8
Escolaridade	Nenhuma	40	32,2
	1º Grau incompleto	20	16,1
	1º Grau completo	12	9,7
	2º Grau incompleto	18	14,5
	2º Grau completo	30	24,2
Ocupação	Superior	4	3,2
	Agricultor(a) / Lavradora	110	88,8
	Outros (autônomo, funcionário, industrial etc.)	12	9,7

Variável	Categoria	n	%
Renda	Não trabalha	1	0,8
	Até 1 salário-mínimo	84	67,7
	Benefícios sociais (Bolsa Família, Pé de Meia, Auxílio)	26	21,0
	2 a 5 salários-mínimos	8	6,5
	Sem renda	3	2,4
	Outros (pensão)	1	0,8

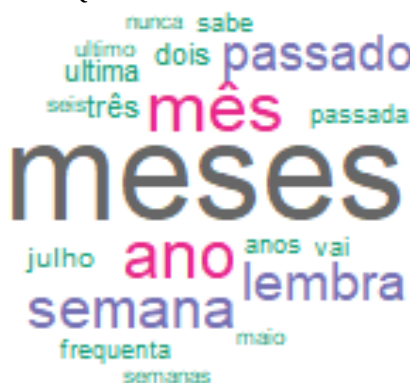
Fonte: elaborado pelos autores (2025)

Em relação às condições de saúde, a parcela predominante dos participantes considerou sua saúde razoável (62,4%) ou excelente (27,2%), enquanto apenas 9,6% avaliaram como ruim. As percepções sobre o conceito de saúde concentraram-se em expressões como ter disposição, dormir bem e ausência de dores e doenças. A maioria dos respondentes (88%) relataram praticar atividade física regularmente, enquanto apenas 12% não praticam. Em relação ao último acesso à Unidade Básica de Saúde, os termos mais recorrentes identificados foram “mês”, “meses” e “ano”, indicando que a maioria dos entrevistados realizou visitas recentes ou periódicas ao serviço (Figura 1).

No que se refere a prevalência de doenças, destacaram-se hipertensão (17,0%) e diabetes (6,5%), seguido por osteoporose (6,5%), reumatismo (5,5%) e problemas na coluna (4,5%). Cerca de 19,5% dos(as) participantes declararam não possuir nenhuma doença. A análise do Índice de Massa Corporal (IMC) mostrou que 50,8% apresentaram valores dentro da faixa normal, enquanto 45,9% estavam acima do peso (33,6% em sobrepeso e 12,3% com obesidade).

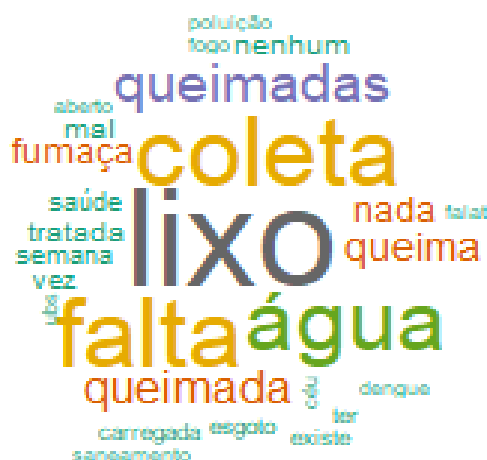
Entre as práticas de autocuidado quando doentes, os participantes relataram principalmente: tomar remédio caseiro ou ir ao médico. Já os principais determinantes sociais e ambientais citados foram: lixo, falta de água e queimadas, destacadas na nuvem de palavras (Figura 2).

Figura 1 – Nuvem de Palavras-Chave sobre o último acesso a Unidade Básica de Saúde de Comunidades Quilombolas do Piauí



Fonte: elaborado pelos autores (2025).

Figura 2 – Nuvem de Palavras-Chave sobre Determinantes Sociais e Ambientais da Saúde de Comunidades Quilombolas do Piauí



Fonte: elaborado pelos autores (2025).

A partir desses resultados, deu-se início a etapa da construção coletiva realizada no MAPP. A comunidade, em reunião na Associação de Moradores, elegeu a comissão ativa, que ficou à frente das oficinas participativas. O MAPP surge como ferramenta metodológica articulando a análise técnica e política, com a valorização e participação dos diferentes atores sociais no processo de decisão. Segundo Kruger *et al.* (2024), essa estrutura participativa estimula a construção coletiva de soluções e fortalece o empoderamento comunitário, enquanto relatórios técnicos destacam sua aplicação bem-sucedida na atenção à saúde (Silva; Santos, 2023).

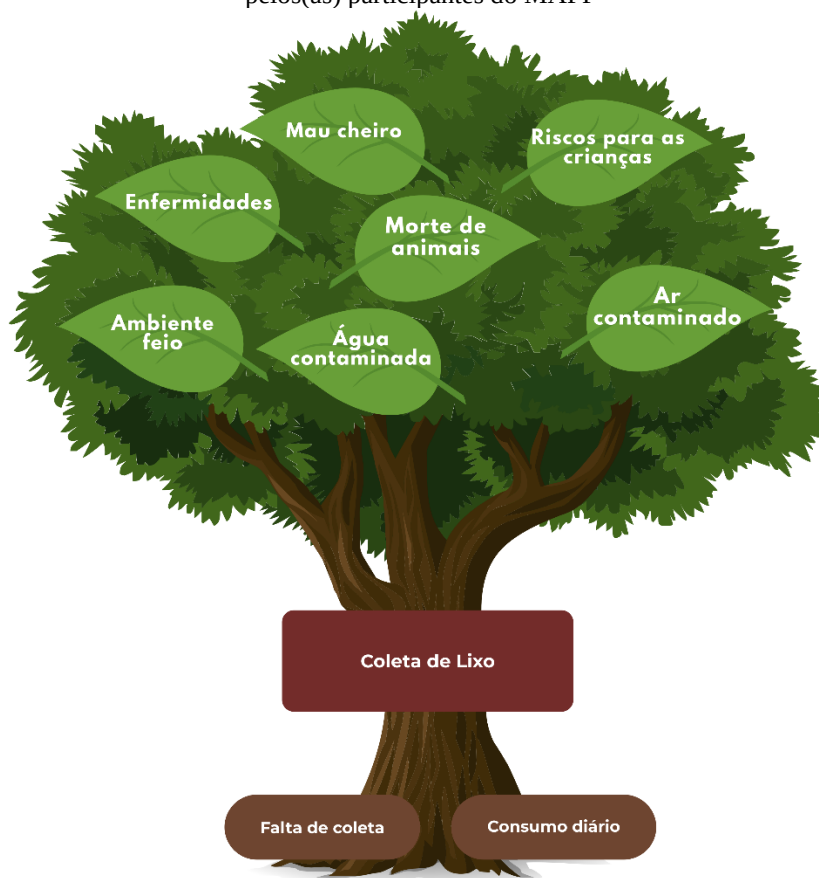
Nessa perspectiva, durante a etapa explicativa, os moradores elencaram como problemas prioritários passíveis de soluções, duas situações: a primeira é a necessidade da coleta regular do lixo, em que é possível observar na nuvem de palavras (Figura 1) a predominância de termos relacionados a esse problema; e a segunda necessidade é a instalação de um posto regular de atendimento médico dentro do território quilombola, tendo em vista a frequência recente em que eles precisam se deslocar até a UBS, conforme ilustra a nuvem de palavras (Figura 2).

A partir da definição dos problemas, foram construídas duas árvores explicativas em relação aos problemas priorizados, apresentadas nas Figuras 3 e 4. A árvore explicativa constituiu o principal recurso metodológico da etapa diagnóstica, possibilitando à comissão ativa elaborar coletivamente a análise dos problemas, identificando suas causas estruturais e imediatas, além de seus efeitos. Dentro do MAPP, a árvore explicativa se destaca como recurso visual que organiza causas, nós críticos e efeitos de um problema, adapta-se para contextos comunitários, priorizando metodologias participativas e educativas (Baldissera, 2012).

A fala do participante “A” reforça essa afirmativa quando retrata: *“se reunir para discutir o que é nosso dá mais certo do que os outros resolverem por nós e vendo no desenho é ainda melhor”*. No contexto da abordagem educativa, que incorpora práticas de formação popular, rodas de conversa e oficinas comunitárias, a árvore explicativa funciona como ferramenta pedagógica, estimulando a reflexão crítica e a formulação de estratégias coletivas (Cunha, 2021).

A coleta regular de resíduos sólidos é um direito assegurado no Brasil como serviço público essencial de limpeza urbana e manejo de resíduos. No entanto, as habitações quilombolas apresentam fragilidades estruturais, ausência de rede de esgoto e abastecimento irregular de água potável (Araújo *et al.*, 2019). A árvore explicativa (Figura 3) do problema da coleta de lixo construída com base nas prioridades elencadas pelos(as) participantes do MAPP traz reflexões profundas quando subsidiada na fala do participante “B”: *“é muito triste essa falta da coleta de lixo, somos umas sessenta famílias na comunidade Canabrava, quando reúne tudo dá muita gente é muito difícil essa questão aí”*.

Figura 3 – Árvore explicativa do problema da coleta de lixo construída com base nas prioridades elencadas pelos(as) participantes do MAPP



Fonte: elaborado pelos autores (2025).

A coleta de lixo regular é componente basilar do saneamento básico e da vigilância em saúde. A Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS) define a limpeza urbana e o manejo de resíduos sólidos como serviço público, cabendo aos municípios sua prestação, planejamento e controle social. A aprovação do Plano Nacional de Resíduos Sólidos (PLANARES) atualizou diretrizes e metas para o setor até 2040, reforçando o encerramento de lixões e a universalização da coleta (Brasil, 2010).

Em comunidades quilombolas, a ausência ou a irregularidade desse serviço amplia iniquidades ambientais e de saúde, configurando expressão de racismo ambiental, a garantia legal da coleta regular integrada à gestão territorial quilombola é condição necessária para reduzir adoecimentos, proteger recursos ambientais e promover justiça climática (Brasil, 2010; Brasil, 2023).

Andrade *et al.*, 2022, descrevem nas comunidades quilombolas precariedades no saneamento e seus efeitos sobre a saúde, incluindo maior exposição a vetores, doenças infecciosas e agravos respiratórios decorrentes de queima e acúmulo de resíduos, além de impactos psicossociais. Essa declaração se faz assertiva quando relacionada a fala do morador “C”: *“O lixo é queimado, mas as vezes a criação come alguma sacola plástica e não tem jeito, morre mesmo, mês passado foram três ovelhas.”* A precariedade do saneamento e do manejo de resíduos se associa a piores indicadores de saúde, invisibilidade institucional e pressões territoriais, demandando respostas integradas de política pública e reconhecimento de direitos (Andrade *et al.*, 2022). Essas assertivas são representadas na Nuvem de Palavras-Chave sobre Determinantes Sociais e Ambientais da Saúde das Comunidades Quilombolas do estudo, com a predominância das palavras: lixo, coleta, falta, queimadas entre outras dando significado a falta de coleta de lixo.

A respeito do direito ao atendimento médico na Unidade Básica de Saúde (UBS), cabe destacar que a Constituição Federal de 1988 reconheceu o direito das comunidades quilombolas às suas terras tradicionais e assegurou políticas de proteção cultural e social. No entanto, a realidade demonstra que a concretização desses direitos ainda é limitada, especialmente em estados do Nordeste como o Piauí, onde as comunidades vivem em áreas rurais de difícil acesso e em condições socioeconômicas vulneráveis (Araújo *et al.*, 2019).

Para essas populações, o ambiente territorial não é neutro: o território quilombola carrega séculos de resistência, exclusão e estratégias de sobrevivência que moldam padrões de moradia, saneamento e redes sociais. Em comunidades quilombolas, as condições ambientais precárias afetam diretamente a saúde coletiva (Siqueira; Paula, 2024). Segundo Souza *et al.*

(2024), a saúde da população negra precisa ser pensada considerando o racismo estrutural como determinante social que molda a distribuição desigual dos recursos sanitários.

A este respeito, o participante “D” ressaltou: *“quando é preciso ir ao posto do Paquetá tem que sair de madrugada, indo de pé 10 km e quando chega lá ainda não é atendido porque acabou as senhas, por isso só vou buscar o remédio da pressão”*. Conforme observado na nuvem de palavras (Figura 1), o uso da UBS aparece como sendo recente e frequente, o que pode estar associado à busca pelos medicamentos. Todavia, muitos quilombolas ainda precisam adquirir remédios em farmácias privadas, indicando que, na maioria das vezes, o acesso não chega a todas essas populações (Soares *et al.*, 2020). Com isso, essa percepção reforça a pauta sobre a falta de acesso aos serviços de saúde para comunidades quilombolas que é dificultado por desafios significativos, incluindo marginalização histórica, isolamento geográfico e discriminação sistêmica (Odeh-Moreira, 2017).

Muitas comunidades quilombolas estão localizadas em áreas remotas, o que dificulta o acesso às unidades de saúde. Os custos de transporte e a falta de serviços acessíveis complicam ainda mais o acesso (Cavalcante, 2011). O acesso aos serviços de saúde é prejudicado pela distância das comunidades em relação às unidades básicas e pela carência de profissionais capacitados.

Além disso, práticas de racismo institucional foram relatadas por lideranças comunitárias como entraves ao atendimento. Reforçando essa asserção, o participante E relatou: *“Quando chega no posto a gente fala que é quilombola e não escrevem na nossa ficha, um dia fui reclamar e a mulher comentou: esses negros só querem ser”*. Os desafios mais críticos envolvem a baixa efetividade das políticas públicas e a persistência do racismo estrutural. A intersectorialidade de ações e o protagonismo comunitário são apontados como caminhos para superar tais barreiras (Sousa *et al.*, 2023). Dessa forma, é crucial implementar políticas de saúde pública específicas e equitativas que reconheçam as necessidades únicas das populações quilombolas. Isso inclui aprimorar o treinamento de profissionais de saúde para lidar com as sensibilidades culturais e garantir que os serviços sejam geograficamente acessíveis (Odeh-Moreira, 2017; Torres *et al.*, 2022).

O resultado encontrado no estudo vai ao encontro do estudo de Dantas, Leite e Oliveira (2025) onde relata que em um quilombo do Nordeste, a baixa utilização da UBS foi identificada como problema prioritário. Os nós críticos destacados foram: (i) acolhimento discriminatório; (ii) horários incompatíveis; e (iii) transporte irregular. As operações incluíram extensão do horário de funcionamento, oficinas antirracistas e unidade itinerante. Esse arranjo foi

acompanhado por comitê local, com revisão trimestral (Brasil, 2024; Dantas; Leite; Oliveira, 2025).

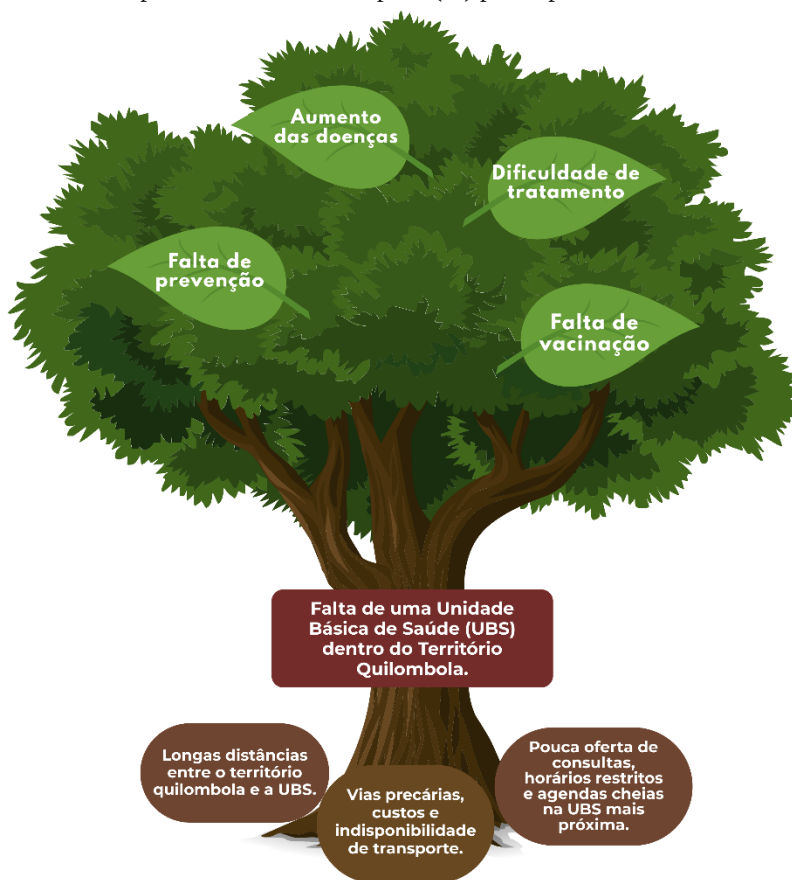
Todavia, é pertinente correlacionar essas informações com o indicador referente à quantidade de doenças autorreferidas, no qual a maior proporção dos participantes deste estudo assinalou não apresentar nenhuma condição clínica (19,5%). De modo geral, as comunidades quilombolas associam sua condição de saúde ou de doenças aos aspectos físicos e suas capacidades/limitações para realização das atividades cotidianas e funcionais.

Para comunidades negras e quilombolas o conceito de saúde diverge significativamente do da população em geral, moldado por fatores históricos, sociais e econômicos. Essas comunidades geralmente percebem a saúde como um estado holístico, entrelaçando o bem-estar individual com laços culturais e comunitários, contrastando com as definições mais clínicas predominantes na sociedade em geral (Pereira; Mussi, 2020).

As comunidades quilombolas compreendem a saúde como um estado que transcende o corpo físico, envolvendo dimensões espirituais, culturais, territoriais e coletivas. Já o modelo biomédico predominante nas UBS é centrado em diagnósticos clínicos e protocolos técnicos, muitas vezes ignorando os saberes tradicionais e os vínculos comunitários. Isso gera desconexão simbólica: os serviços não dialogam com a forma como essas comunidades entendem e vivenciam o cuidado. A equidade pressupõe respeito às diferenças culturais e acesso justo aos serviços, mas quando o sistema ignora essas concepções, ele reproduz exclusões históricas. O autocuidado, para essas comunidades, está ligado à coletividade, à ancestralidade e ao território, elementos que não são contemplados nas práticas convencionais da UBS.

Em síntese, a modalidade de pensar quilombola sobre saúde, por ser holística e enraizada em valores comunitários, entra em conflito com o modelo clínico hegemônico das UBS. Esse descompasso, somado a barreiras geográficas e culturais, compromete o acesso, a adesão e a efetividade dos serviços, dificultando a realização do direito à saúde com equidade (Durand; Heidemann, 2019).

Figura 4 – Árvore explicativa do problema da falta de uma UBS em território quilombola construída com base nas prioridades elencadas pelos(as) participantes do MAPP



Fonte: elaborado pelos autores (2025)

Na etapa normativa, referente às demandas por coleta regular de resíduos sólidos e pela implantação de um posto de atendimento médico na comunidade quilombola, a estratégia definida consistiu na elaboração de uma proposta formal, redigida e assinada pelo representante da Associação de Moradores, a ser encaminhada por meio eletrônico aos respectivos secretários municipais de Meio Ambiente e Saúde do município de Paquetá-PI. A participação social é o princípio organizador do Método Altadir de Planificação Popular (MAPP): as oficinas ampliam a inteligência do coletivo ao reunir moradores, lideranças e técnicos para construir, hierarquizar e pactuar problemas e nós críticos, o que aumenta a relevância das prioridades e a viabilidade das ações. Quando o processo é conduzido de forma participativa seguindo com etapas de problematização, eleição de nós críticos e definição de corresponsáveis há maior alinhamento entre necessidades percebidas e decisões, além de ganho de governança comunitária (Kruger *et al.*, 2024). A construção de planos operacionais com metas, prazos e monitoramento compartilhado, fortalecem o protagonismo local.

No plano institucional, a centralidade da participação no MAPP dialoga com agendas públicas brasileiras que revalorizam mecanismos participativos e o planejamento estratégico-

situacional, condição para legitimidade e efetividade de políticas em territórios que vivenciam situações desfavoráveis, para recompor capacidades estatais e confiança pública (ENAP, 2024). Órgãos nacionais de saúde e controle social têm adotado processos de planejamento estratégico-situacional com ampla escuta social, sinalizando que arranjos participativos robustos melhoram a implementação e o controle das ações pactuadas em nível local (OPAS/CNS, 2024; Brasil, 2025).

A aplicabilidade do Método Altadir em comunidades quilombolas potencializa a relevância, factibilidade e governabilidade das intervenções ao articular diagnóstico participativo, cálculo político e monitoramento compartilhado, contribuindo para reverter iniquidades sanitárias historicamente produzidas (Matus, 1993; OPAS, 2024; Souza; Rocha; Nunes, 2024). Propicia a liderança quilombola traduzido na defesa de políticas públicas inclusivas, no reconhecimento de práticas tradicionais de cura e na participação ativa em espaços de controle social, como conselhos e conferências (Werneck, 2016). Essa perspectiva desafia a lógica assistencialista, propondo uma abordagem emancipatória, em que a comunidade não é objeto de intervenção, mas protagonista dos seus direitos.

O momento estratégico, conforme delineado por Matus (1993), corresponde à etapa de análise da viabilidade política das propostas, na qual se definem os caminhos operacionais para alcançar os resultados almejados. Nesse contexto, a pesquisadora apresentou um conjunto de políticas públicas compatíveis com as causas identificadas como passíveis de intervenção, enquanto a comissão ativa contribuiu com a definição dos meios mais eficazes para cada fase do processo, incluindo a identificação de atores políticos relevantes e a seleção de instrumentos institucionais capazes de atender às demandas priorizadas.

O relato do participante “F” contribuiu para esse entendimento: *“outro problema seríssimo é porque muitos da comunidade tem problema de coluna, se o médico atende e passa fisioterapia ela só acontece a cada oito dias, como se melhora assim? E não é obrigado esse médico (fisioterapeuta) atender mais dias não?”* O planejamento estratégico voltado à saúde quilombola deve combinar táticas de poder e negociação intersetorial, buscando integrar ações de saúde, meio ambiente e infraestrutura (Brasil, 2021).

Para Artmann (2021), o momento estratégico representa o ponto de inflexão entre o desejo normativo e a capacidade prática de execução. Esse enfoque permite compreender o jogo político e ajustar as metas de acordo com a realidade institucional e social (Sá; Rozenfeld, 2022). A Política Nacional de Saúde Integral da População Quilombola (PNSIPQ) estabelece como princípios a equidade, a participação social e o respeito à diversidade cultural (Brasil,

2025). Nesse sentido, o momento estratégico do PES é fundamental para transformar diretrizes em ações concretas, fortalecendo o protagonismo quilombola (Dantas; Leite; Oliveira, 2025).

A etapa tático-operacional do MAPP representa o momento de conversão dos diagnósticos situacionais e das intenções políticas previamente delineadas em ações concretas, pactuadas e sistematizadas por meio da Matriz de Intervenção. Em contextos quilombolas, essa fase assume papel estratégico para assegurar a viabilidade institucional das propostas, promover a articulação entre os diversos atores envolvidos e viabilizar o monitoramento participativo das iniciativas. A inexistência ou fragilidade dessa etapa compromete a continuidade dos projetos e enfraquece a legitimidade das ações governamentais, resultando em desmobilização comunitária e baixa efetividade das políticas públicas (Barbosa; Freitas, 2021).

A Matriz de Intervenção é a ferramenta resultante das oficinas participativas. Tem como meta favorecer a pactuação de responsabilidades entre gestores e moradores, evitando a fragmentação das ações e permitindo a adaptação das políticas às realidades locais (Matus, 1993; Siqueira; Paula, 2024). Contribui para o fortalecimento da iniciativa comunitária e da corresponsabilidade social, promovendo maior controle social sobre o uso dos recursos (Kruger *et al.*, 2024). Para cada demanda identificada no processo participativo foi elaborada uma Matriz de Intervenção, contendo os seguintes elementos estruturantes: definição do problema, causas subjacentes, recomendações ou propostas de intervenção, detalhamento das ações previstas, atribuição de responsabilidades, prazo de execução e observações complementares. Nesta última seção, foram sistematizadas as políticas públicas que fundamentam juridicamente e institucionalmente cada solicitação, conforme ilustrado nas Figuras 5 e 6.

Figura 5 – Matriz de Intervenção elaborada com o MAPP para o problema da falta de coleta de lixo

Matriz de Intervenção MAAP para Coleta de Lixo Comunidades Custaneira, Tronco e Canabrava dos Amaros						
Problema	Causas	Recomendação /intervenção proposta	Detalhamento de execução	Responsável	Prazo de execução / Data limite	Observações
Falta de coleta de lixo.	Consumo diário. Falta de coleta.	Coleta de lixo duas vezes por semana. Recorrer ao secretário do meio ambiente.	Reunião com secretário do meio ambiente do município do Paquetá-PI, levando a proposta de coleta de lixo por escrito e enviar por e-mail com a assinatura do líder comunitário. Fazer a solicitação seguindo a legislação sanitária do Brasil, se a medida não surtir efeito, recorrer ao Ministério Público.	1. Aécio 2. Toinha 3. Yara 4. Aécio 5. Naldo 6. Jeisy 7. Totonho 8. Zé Preto 9. Francisco Vital 10. Vital Osório	Prazo máximo para esperar a resposta do secretário do meio ambiente será em Dezembro de 2025.	Política Nacional de Gestão Territorial e Ambiental Quilombola (PNGTAQ): Estabelecida pelo Decreto nº 11.786/2023, a PNGTAQ prevê o apoio e a promoção de práticas de gestão territorial e ambiental desenvolvidas pelas comunidades quilombolas. Esse apoio inclui a conservação e o uso sustentável da biodiversidade, que está diretamente relacionado à saúde e ao bem-estar da comunidade.

Fonte: elaborado pelos autores (2025).

Figura 6 – Matriz de Intervenção elaborada com o MAPP para o problema da falta de uma UBS em território quilombola

Matriz de Intervenção MAAP para solicitação de uma Unidade Básica de Saúde dentro do território quilombola						
Problema	Causas	Recomendação /intervenção proposta	Detalhamento de execução	Responsável	Prazo de execução / Data limite	Observações
Falta de uma unidade de apoio da UBS dentro do território quilombola	Longas distâncias entre os territórios quilombolas e a UBS. Vias precárias e custo/ indisponibilidade de transporte Pouca oferta de consultas, horários restritos, agendas cheias.	Uma unidade de assistência da UBS com atendimento regular a cada quinze dias.	Reunião com secretário do da saúde do município do Paquetá-PI levando a proposta de uma unidade de assistência da UBS com atendimento regular a cada quinze na Unidade de Escolar Ciriaco Ferreira de Sousa, que está desativada localizada na comunidade tronco. Apresentar por escrito e enviar por e-mail com a assinatura do presidente da Associação de Moradores. Fazer a solicitação seguindo a legislação.	1. Aécio 2. Toinha 3. Yara 4. Aécio 5. Naldo 6. Jelsy 7. Totonho 8. Zé Preto 9. Francisco Vital 10. Vital Osório	Prazo máximo para esperar a resposta do secretário do meio ambiente será em Dezembro de 2025.	O atendimento na UBS às comunidades quilombolas é obrigatório no SUS: a Constituição Federal/1988 PNAB(Portaria GM/MS nº 2.436/2017),PNSIPN (Portaria GM/MS nº 992/2009), PNSIPCF (Portaria GM/MS nº 2.866/2011, atualizada pela nº 2.311/2014) PNASQ.

Fonte: elaborado pelos autores (2025).

O método Altadir mostrou-se eficaz na construção de planos de intervenção viáveis, articulando saberes populares, e promovendo corresponsabilidade entre comunidade e poder público. No entanto, a aplicação MAPP enfrenta desafios como a escassez de recursos, a baixa capacitação técnica local e a descontinuidade das gestões públicas. Para superá-los, é necessário investir em formação participativa, integração intersetorial e criação de indicadores sensíveis as causas quilombolas (Siqueira; Paula, 2024).

A fragilidade na institucionalização dos espaços de participação social constitui um entrave significativo à implementação de metodologias como o Método Altadir de Planejamento Popular (MAPP), cuja efetividade depende de ciclos contínuos e estruturados de atuação comunitária (Barbosa; Freitas, 2021). Esse cenário é agravado pela alternância de governos e pela descontinuidade administrativa nos municípios, fatores que comprometem a continuidade dos planos participativos e contribuem para o esvaziamento dos comitês comunitários (Lima; Souza, 2023). Diante disso, recomenda-se o fortalecimento de parcerias interinstitucionais entre lideranças quilombolas, universidades e órgãos públicos, como estratégia fundamental para garantir a sustentabilidade política, técnica e social das ações desenvolvidas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Método Altadir de Planificação Popular configura-se como uma importante ferramenta de planejamento social participativo, capaz de fortalecer o protagonismo quilombola e de potencializar a construção de políticas públicas mais justas e contextualizadas. Sua aplicação nas comunidades tradicionais contribui não apenas para a melhoria das condições de saúde, mas também para a ampliação da cidadania e da autonomia política.

Os resultados demonstraram que, ao integrar saberes tradicionais e práticas institucionais, o método favoreceu a construção de planos de ação contextualizados, viáveis e legitimados pelos próprios sujeitos da pesquisa. A elaboração das árvores explicativas e das matrizes de intervenção permitiu não apenas a identificação de problemas prioritários — como a ausência de coleta regular de resíduos sólidos e a inexistência de atendimento médico contínuo, mas também a proposição de soluções articuladas com políticas públicas vigentes, reforçando a capacidade de incidência política das comunidades envolvidas.

Contudo, a efetividade do MAPP mostrou-se condicionada à existência de espaços institucionalizados de participação social, à continuidade administrativa nos municípios e ao enfrentamento das barreiras estruturais impostas pelo racismo ambiental e institucional. A ausência de suporte técnico e a desarticulação intersetorial ainda representam entraves à consolidação de práticas emancipadoras no campo da saúde coletiva quilombola.

A pesquisa também revelou que a concepção de saúde nas comunidades quilombolas diverge substancialmente do modelo biomédico hegemônico, sendo compreendida como um estado holístico que entrelaça bem-estar físico, espiritual, cultural e territorial. Essa perspectiva, embora potente, entra em conflito com os protocolos clínicos convencionais, dificultando o acesso, a adesão e a efetividade dos serviços ofertados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Tal descompasso reforça a necessidade de formação intercultural de profissionais, de políticas públicas específicas e de estratégias que respeitem as singularidades desses territórios.

Os resultados reforçam a necessidade de incentivar pesquisas futuras que analisem experiências práticas de aplicação do MAPP em diferentes contextos quilombolas, considerando seus impactos sociais, culturais e sanitários, bem como suas limitações operacionais. Estudos comparativos, avaliações de longo prazo e análises intersetoriais poderão oferecer subsídios mais robustos para consolidar o método como um instrumento estratégico de justiça social e promoção da equidade no Brasil.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, I. L. S. *et al.* Lifestyle, morbidity and multimorbidity in adult Quilombolas. **ABCS Health Science**, v. 45, n. 1325, p. 1-7, 2020.

ANDRADE, A. M. *et al.* Caracterização da saúde e saneamento de uma comunidade quilombola. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp., p. 501-517, 2022.

ARAÚJO, R. L. M. S. *et al.* Condições de vida, saúde e morbidade de comunidades quilombolas do semiárido baiano, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 43, n. 1, p. 226-246, jan./mar. 2019.

ARTMANN, E. **O planejamento estratégico-situacional no nível local de saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2021.

BALDISSERA, V. D. A. O Método Altadir de Planificação Popular como tecnologia educativa. **Invest Educ Enferm**, v. 30, n. 2, p. 253-259, 2012.

BARBOSA, L. M.; FREITAS, C. P. Planejamento participativo e gestão democrática: interfaces do método Altadir no contexto das políticas públicas. **Revista Brasileira de Planejamento e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 54-70, 2021.

BARRETO, M. S.; MATHIAS, T. A. F. Cuidado à gestante na atenção básica: relato de atividades em estágio curricular. **Revista Rene**, v. 14, n. 3, p. 639-648, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes metodológicas para o planejamento estratégico nas Secretarias Estaduais de Saúde**. Brasília: MS, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 3/2024-ASSES/GM/MS instalação do Grupo de Trabalho de Saúde Quilombola “Graça Epifânio” e diretrizes para a saúde quilombola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Quilombola**. Brasília: MS, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Lei nº 12.305, de 2 de agosto de 2010**. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 03 ago. 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012a. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>. Acesso em: 6 out. 2025.

BRASIL. **Decreto n.º 11.786, de 20 de novembro de 2023**. Institui a Política Nacional de Gestão Territorial e Ambiental Quilombola e o seu Comitê Gestor. Diário Oficial da União:

seção 1, Brasília, DF, 21 nov. 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-11.786-de-20-de-novembro-de-2023-524545587>. Acesso em: 6 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Plano Operativo. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 11. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CAVALCANTE, I. M. da S. **Acesso e acessibilidade aos serviços de saúde em três quilombos na Amazônia paraense: um olhar antropológico**. 2011. 141 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2011.

CONAQ – Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas. **Quem somos?** Disponível em: <https://conaq.org.br/nossa-historia/>. Acesso em: 9 dez. 2023.

CUNHA, D. G. **Método Altadir de Planificação Popular – MAPP**. São Paulo: Editora Científica, 2021.

DANTAS, J. E. F.; LEITE, L. K. T.; OLIVEIRA, J. R. de. Direito à saúde da população quilombola: entre vulnerabilidade e problematização. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [S.l.], v. 14, n. 2, p. 13-23, 26 jun. 2025.

DE TONI, J.; SALERNO, G.; BERTINI, L. Uma abordagem estratégica no planejamento de grupos: o Método Altadir de Planejamento Popular – MAPP. In: JACQUES, Maria da Graça Corrêa et al. (org.). **Relações sociais e ética**. [S. l.]: Centro Edelstein, 2008.

DURAND, M. K.; HEIDEMANN, I. T. S. B. O acesso em uma comunidade quilombola: dimensões da equidade em saúde. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, v. 11, n. 4, p. 1017-1024, jul.-set. 2019.

ENAP. **Revista do Serviço Público – Dossiê** “Participação Social: lições do passado para pensar o futuro”. Brasília, 2024.

FERREIRA, J. P.; LIMA, A. F. Planejamento estratégico situacional: aplicação do Método Altadir em comunidades tradicionais. **Cadernos de Desenvolvimento Social**, [S. l.], v. 18, n. 3, p. 89-104, 2022.

GOMES, A. P.; FERREIRA, L. O.; SILVA, M. S. Saúde da população negra e quilombola: desafios para a equidade no SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp., p. 45-56, 2022.

KRUGER, E. *et al.* Aplicação do Método Altadir de Planificação Popular em comunidades vulneráveis: desafios e resultados. **Caderno de Pedagogia e Estudos Sociais**, [S. l.], v. 7, n. 2, p. 45-59, 2024.

LARREA, Witor Hugo Guedes; VIANA, Francisca Diana Ferreira; BRAGA, Francisco Laércio Pereira. Políticas públicas para as comunidades quilombolas no Brasil: um estudo à luz da análise lexical no período de 2000 a 2020. **Gestão e Desenvolvimento em Revista**, v. 7, n. 1, 2025.

LIMA, F. R.; SOUZA, A. C. Planejamento estratégico-situacional e práticas participativas em comunidades tradicionais. **Revista de Administração Pública e Cidadania**, [S. l.], v. 15, n. 1, p. 23-39, 2023.

MATUS, C. **Adiós, Señor Presidente**. 2. ed. Caracas: Altadir, 2019.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993.

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. 2017. 112 f., il. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Ciências Sociais) - Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

OLIVEIRA, M.; SOUZA, V. Planejamento e democracia: o legado de Carlos Matus. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 1120-1138, jul./ago. 2020.

OPAS/OMS. **Brasil discute equidade étnico-racial nas Redes de Atenção à Saúde e lança ferramenta de monitoramento da saúde da população negra**. Brasília, 2024.

PEREIRA, R. N.; MUSSI, R. F. F. Acesso e utilização dos serviços de saúde da população negra quilombola: uma análise bibliográfica. **Revista da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – Edições UESB**, [S. l.], v. 5, n. 10, p. 280-303, dez. 2020.

SÁ, M. C.; ROZENFELD, M. **Planejamento estratégico**: fundamentos e práticas no SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022.

SANTOS, M. J.; RODRIGUES, P. F. Saúde quilombola e desafios do SUS: perspectivas da PNASQ. **Interface**, Botucatu, v. 28, n. 109, p. 1-15, 2024.

SANTOS, R. P. *et al.* Condições habitacionais e de saúde da comunidade remanescente de quilombo mangueiras, Ilha Do Marajó, Pará, Brasil. **Revista Saúde e Meio Ambiente**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 43-59, 2020.

SILVA, L. A.; SANTOS, M. R. Método Altadir de Planificação Popular na atenção à gestante: relato de experiência em unidade de saúde da família. **Revista Científica da Editora Científica Nacional**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 1-12, 2023.

SIQUEIRA, C. A.; PAULA, A. C. de. Políticas de saúde quilombola no Brasil: gênese, desenvolvimento e avaliação. **Odeere**, [S.L.], v. 9, n. 3, p. 180-202, 19 dez. 2024.

SOARES, L. F. *et al.* Aspectos socioeconômicos e de condições de saúde em populações quilombolas no estado do Piauí, Brasil. **Research, Society And Development**, v. 9, n. 2, p. 91-92, 1 jan. 2020.

SOUSA, R. F. *et al.* Condições de saúde e relação com os serviços de saúde na perspectiva de pessoas de quilombo. **Escola Anna Nery**, v. 27, p. 1- 9, 2023.

SOUZA, D. H.; ROCHA, D. G.; NUNES, N. R. A. Saúde da população negra na formação em saúde: perspectivas rumo à equidade racial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, e02992024, 2024.

SOUZA, D. H. *et al.* Perspectivas rumo à equidade racial: saúde da população negra. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. e02992024, 2024.

TORRES, G. M. C. *et al.* Acesso e integralidade na atenção à saúde de mulheres quilombolas: desafios à equidade e à garantia do direito à saúde. **Research, Society And Development**, [S.l.], v. 11, n. 9, p. 58, 20 jul. 2022.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 535–549, 2016.

WICKHAM, H. *et al.* Welcome to the tidyverse. **Journal of Open Source Software**, v. 4, n. 43, p. 1686, 2019.