



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA**  
**MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM SAÚDE COLETIVA**

**MAPEAMENTO E RECRUTAMENTO DE LIDERANÇAS COMUNITÁRIAS PARA  
VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

**PATRÍCIA PAIVA PEREIRA**

Brasília, 2026

PATRÍCIA PAIVA PEREIRA

**MAPEAMENTO E RECRUTAMENTO DE LIDERANÇAS COMUNITÁRIAS PARA  
VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília.

Orientação: Prof. Dr. Jonas Lotufo Brant de Carvalho

Brasília, 2026

**PATRÍCIA PAIVA PEREIRA**

**MAPEAMENTO E RECRUTAMENTO DE LIDERANÇAS COMUNITÁRIAS PARA  
VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof. Dr. Jonas Lotufo Brant de Carvalho (Presidente)**  
**Universidade de Brasília**

---

**Prof. Dra. Gwenda Hughes**  
**London School of Hygiene & Tropical Medicine**

---

**Prof. Dr. Pritesh Jaychand Lalwani**  
**Fiocruz Amazônia**

---

**Dr. Fabiano Marques Rosa**  
**Secretaria de Estado da Saúde de Goiás**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esta conquista às mulheres que me formaram — minha mãe e minha avó — e ao amor que me acompanha, meu esposo. Que este trabalho honre cada gesto de cuidado, cada palavra de incentivo e cada sonho que construímos juntos.

## **AGRADECIMENTOS**

Este trabalho só foi possível graças ao apoio, incentivo e colaboração de muitas pessoas e instituições que estiveram ao meu lado ao longo desta trajetória. Agradeço profundamente à minha família, que sempre acreditou em mim e me ofereceu amor, paciência e força nos momentos mais desafiadores. À minha avó, Dona Maria, à minha mãe, Maria José, e ao meu esposo, David Lucas, pela ajuda constante, apoio incondicional e por estarem sempre ao meu lado nos desafios e conquistas.

Agradeço ao meu orientador, Jonas Brant, pela atenção, orientação cuidadosa e pelo acompanhamento contínuo no meu processo de crescimento como estudante e como pessoa.

Meu reconhecimento especial aos profissionais e líderes comunitários envolvidos no projeto Guardiões da Saúde: Líderes Comunitários, cuja participação e comprometimento tornou possível a realização deste estudo. Agradeço também aos parceiros do projeto, que contribuíram com expertise, tempo e suporte institucional.

À ProEpi, Associação Brasileira de Profissionais de Epidemiologia de Campo e à Sala de Situação de Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (SDS/UnB), pelo apoio técnico e institucional que viabilizou esta pesquisa.

Ao Instituto Nacional de Saúde Pública de Cabo Verde (INSP) e à London School of Hygiene & Tropical Medicine, pela colaboração internacional e contribuições valiosas para o aprimoramento deste trabalho.

Registro minha gratidão aos colegas do projeto que tornaram possível a construção do produto técnico: Luiggi Fontenele, Josianne Campos, Darcio Vasconcelos, Mariana Lopes, Fabiano Marques e Matheus Ponte. Um agradecimento especial à Gwenda Hughes, ao William Nicholas, e à Hilary Bower, pela generosidade em compartilhar seus conhecimentos e pelo quanto me ensinaram. Apesar das diferenças de fuso horário, países e idiomas, conseguimos construir um produto de enorme valor para a comunidade.

Agradeço também aos meus amigos, que caminham comigo onde quer que eu esteja, mesmo à distância: Sarah Mendes, Gisleide Pereira, Nathali Abreu, Barbara Paz, Brenda Soares, Milena de Castro e demais companheiros que fazem parte da minha jornada.

A todas e todos que, de alguma forma, contribuíram para esta caminhada, deixo aqui meu sincero agradecimento. Este resultado é também fruto de vocês.

## RESUMO

**Introdução:** Às emergências em saúde começam e terminam nas comunidades, que são simultaneamente as primeiras afetadas e a principal fonte de resposta local. O envolvimento comunitário em todas as fases, do planejamento à resposta, é essencial, pois os moradores conhecem o território, as dinâmicas sociais e as vulnerabilidades locais. A participação comunitária, portanto, deve ser estruturada como parte integrante da vigilância em saúde, fortalecendo o vínculo entre a comunidade e os serviços. O mapeamento de grupos, lideranças e partes interessadas representa um passo inicial nesse processo, mas observa-se que, no Brasil e em outros países, essa participação ainda ocorre de forma pouco sistematizada e com limitada integração às estruturas formais de vigilância. **Objetivo:** Desenvolver um método para o mapeamento e recrutamento de lideranças comunitárias para a vigilância em saúde, com base nas evidências da literatura científica e nas experiências práticas do projeto Guardiões da Saúde: Líderes Comunitários. **Método:** Estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa, composto por três etapas complementares: (1) revisão de escopo para identificar práticas e estratégias de mapeamento e recrutamento de lideranças comunitárias; (2) análise de diários de campo e relatórios produzidos durante a observação participante no projeto Guardiões da Saúde (GdS); e (3) elaboração de um guia metodológico consolidando as etapas e aprendizados do processo. **Resultados:** No total, a revisão de escopo analisou 25 referências, incluindo artigos e documentos técnicos, além de 47 horas de registros observacionais, sendo 42 horas relativas às oficinas realizadas no Brasil e 5 horas provenientes de relatórios de Cabo Verde. A revisão de escopo mostrou que os estudos acadêmicos descrevem majoritariamente o recrutamento de voluntários, enquanto apenas parte da literatura cinzenta aborda lideranças comunitárias. Isso evidenciou dois pontos centrais: (1) desafios conceituais e terminológicos na distinção entre voluntários e líderes; e (2) a existência de métodos de mapeamento e recrutamento pouco sistematizados e sem modelos de referência claros. A análise dos diários de campo do projeto Guardiões da Saúde indica a presença de diversos fatores-chave que dialogam diretamente com os resultados e as lacunas identificadas na revisão de escopo, destacando-se: o planejamento do mapeamento territorial, a necessidade de apoio e suporte contínuos aos participantes e a realização de processos formativos capazes de desenvolver novas lideranças nos territórios. **Conclusões:** Os achados da revisão de escopo mostram que voluntários e líderes têm

funções complementares, mas legitimidades distintas, e que formações estruturadas podem apoiar a transição de voluntários para papéis de liderança. Isso é apresentado na prática por meio do projeto GdS, onde as oficinas contribuíram para fortalecer lideranças existentes e identificar novas, especialmente em contextos com pouca formalização do conceito de liderança. A revisão da literatura e a análise dos diários de campo evidenciam a ausência de sistematização e de documentação nos processos de mapeamento e recrutamento de membros da comunidade, bem como a importância de atuar de forma participativa com a comunidade na vigilância em saúde. Esses achados motivaram a elaboração de um guia técnico dedicado ao tema. O produto final articula teoria e prática, resultando em um modelo replicável e adaptável a diferentes contextos.

**PALAVRAS-CHAVES:** Liderança comunitária; Participação comunitária; Mapeamento; Vigilância em Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** Health emergencies begin and end in communities, which are simultaneously the first to be affected and the primary source of local response. Community engagement at all stages, from planning to response, is essential, as residents possess in-depth knowledge of the territory, social dynamics and local vulnerabilities. Community participation should therefore be structured as an integral component of health surveillance, strengthening the link between communities and health services. The mapping of groups, leaders and stakeholders represents an initial step in this process; however, in Brazil and other countries, such participation remains poorly systematised and only weakly integrated into formal surveillance structures.

**Objective:** To develop a method for mapping and recruiting community leaders for health surveillance, based on evidence from the scientific literature and practical experiences from the Guardiões da Saúde: Community Leaders project. **Methods:** An exploratory–descriptive study with a qualitative approach, consisting of three complementary stages: (1) a scoping review to identify practices and strategies for mapping and recruiting community leaders; (2) analysis of field diaries and reports produced during participant observation in the Guardiões da Saúde (GdS) project; and (3) development of a methodological guide consolidating the steps and lessons learned throughout the process. **Results:** In total, the scoping review analysed 25 references, including academic articles and technical documents, in addition to 47 hours of observational records—42 hours related to workshops conducted in Brazil and 5 hours derived from reports from Cabo Verde. The scoping review showed that academic studies predominantly describe the recruitment of volunteers, while only part of the grey literature addresses community leaders. This revealed two central issues: (1) conceptual and terminological challenges in distinguishing between volunteers and leaders; and (2) the existence of poorly systematised mapping and recruitment methods, lacking clear reference models. The analysis of the Guardiões da Saúde field diaries indicates the presence of several key factors that directly align with the findings and gaps identified in the scoping review, particularly: the planning of territorial mapping; the need for ongoing support and accompaniment of participants; and the implementation of training processes capable of developing new community leaders within the territories. **Conclusions:** The findings of the scoping review demonstrate that volunteers and leaders play complementary roles but possess distinct forms of

legitimacy, and that structured training programmes can support the transition from volunteer roles to leadership positions. This is demonstrated in practice through the GdS project, where workshops contributed to strengthening existing leadership and identifying new leaders, especially in contexts with limited formalisation of the concept of leadership. Both the literature review and the analysis of field diaries highlight the lack of systematisation and documentation in community mapping and recruitment processes, as well as the importance of adopting participatory approaches to community engagement in health surveillance. These findings motivated the development of a technical guide dedicated to this topic. The final product integrates theory and practice, resulting in a replicable and adaptable model applicable to different contexts.

**KEYWORDS:** Community leadership; Community participation; Mapping; Health Surveillance.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

**Figura 01** - Fluxograma de seleção dos estudos segundo as etapas do PRISMA-ScR.

**Figuras 02** - Oficinas de mapeamento e recrutamento de lideranças comunitárias realizadas no Brasil entre 2024 e 2025, no âmbito do Projeto GdS - Líderes Comunitários.

**Figuras 03** - Avaliações das oficinas de mapeamento, realizadas de forma isolada ou integradas a outras formações, no Brasil (2024–2025), no contexto do Projeto GdS - Líderes Comunitários.

**Figura 04** - Cartaz elaborado durante oficina de mapeamento de lideranças comunitárias no Brasil (2024), realizada no âmbito do Projeto GdS - Líderes Comunitários, com registro das características associadas ao papel de ser líder comunitário.

## **LISTA DE QUADROS**

**Quadro 01** - Percurso e técnicas utilizadas para cada objetivo proposto e resultados esperados, 2025.

**Quadro 02** - Caracterização dos estudos incluídos na revisão de escopo segundo autor, título, ano, objetivos e métodos.

**Quadro 03** - Caracterização dos programas e projetos segundo autor, nome do projeto, duração, objetivos, doenças e país.

**Quadro 04** - Síntese da análise dos programas e projetos por etapas do mapeamento e recrutamento de lideranças comunitárias.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

Associação Brasileira de Profissionais de Epidemiologia de Campo (ProEpi)  
Escritório do Centro de Controle e Prevenção de Doenças da África (CDC África)  
Centro de Informações Estratégicas e Resposta de Vigilância em Saúde (CIEVS)  
Conselho Nacional de Saúde (CNS)  
Constituição Federal (CF)  
Declaração de Itens de Relatório Preferenciais para Revisões Sistemáticas (PRISMA)  
Electronic Public Health Emergency Management Software (ePHEM)  
Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII)  
Equipe de Resposta Rápida do Reino Unido (UK-PHRST)  
Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho (IFRC)  
Guardiões da Saúde: Líderes Comunitários (GdS - Líderes)  
Instituto Joanna Briggs (JBI)  
Instituto Nacional de Saúde Pública de Cabo Verde (INSP)  
Média e Médicos Sem Fronteiras (MSF)  
Missão das Nações Unidas para a Resposta de Emergência ao Ébola (UNMEER)  
Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS)  
Organização Mundial da Saúde (OMS)  
Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS)  
Países de Média e Baixa Renda (PBMRs)  
PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)  
Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF)  
Sala de Situação de Saúde (SDS)  
Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)  
Sistema Único de Saúde (SUS)  
Vigilância Baseada em Eventos de Base Comunitária (VBE-BC)  
Vigilância Baseada em Indicadores (VBI)  
Vigilância Baseada em Eventos (VBE)

## SUMÁRIO

|                                                                             |           |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>AGRADECIMENTOS.....</b>                                                  | <b>4</b>  |
| <b>APRESENTAÇÃO.....</b>                                                    | <b>15</b> |
| <b>INTRODUÇÃO.....</b>                                                      | <b>17</b> |
| <b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>                                             | <b>21</b> |
| <b>PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA NA SAÚDE NO BRASIL.....</b>                     | <b>21</b> |
| <b>VIGILÂNCIA EM SAÚDE E O TERRITÓRIO.....</b>                              | <b>23</b> |
| VIGILÂNCIA PASSIVA.....                                                     | 28        |
| VIGILÂNCIA ATIVA.....                                                       | 28        |
| <b>EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS E PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA EM SAÚDE.....</b> | <b>29</b> |
| <b>PROJETO GUARDIÕES DA SAÚDE: LÍDERES COMUNITÁRIOS.....</b>                | <b>38</b> |
| <b>OBJETIVOS.....</b>                                                       | <b>44</b> |
| GERAL.....                                                                  | 44        |
| ESPECÍFICOS.....                                                            | 44        |
| <b>METODOLOGIA.....</b>                                                     | <b>45</b> |
| TIPO DE ESTUDO.....                                                         | 45        |
| FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DA METODOLOGIA.....                                   | 45        |
| PROCESSO METODOLÓGICO.....                                                  | 45        |
| PRIMEIRA ETAPA: REVISÃO DE ESCOPO.....                                      | 47        |
| Definição da questão de pesquisa.....                                       | 49        |
| Definição dos critérios de inclusão e exclusão.....                         | 49        |
| Definição da estratégia de busca.....                                       | 50        |
| TESTES PILOTOS.....                                                         | 50        |
| ESTRATÉGIA DE BUSCA.....                                                    | 50        |
| Seleção dos estudos.....                                                    | 51        |
| CONSULTA DE REFERÊNCIAS.....                                                | 52        |
| Extração de dados.....                                                      | 52        |
| Organização dos dados e resultados.....                                     | 52        |
| SEGUNDA ETAPA: OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE.....                                 | 52        |
| Roteiro de observação.....                                                  | 54        |
| Organização de dados.....                                                   | 55        |
| TERCEIRA ETAPA: ELABORAÇÃO DO GUIA.....                                     | 57        |
| Conteúdo.....                                                               | 57        |
| Linguagem.....                                                              | 58        |
| Organização, layout e ilustração.....                                       | 58        |
| Aprendizagem e motivação.....                                               | 58        |
| ASPECTOS ÉTICOS.....                                                        | 59        |
| <b>RESULTADOS.....</b>                                                      | <b>60</b> |
| Revisão de escopo.....                                                      | 60        |
| Contexto dos programas.....                                                 | 64        |

|                                                                         |            |
|-------------------------------------------------------------------------|------------|
| Termo-chaves.....                                                       | 69         |
| Mapeamento e recrutamento.....                                          | 70         |
| Planejamento do mapeamento.....                                         | 71         |
| Critérios de seleção.....                                               | 75         |
| Atividades desenvolvidas.....                                           | 76         |
| Remuneração.....                                                        | 77         |
| Impacto dos programas.....                                              | 78         |
| Características de líderes comunitários e voluntários comunitários..... | 78         |
| Observação Participante.....                                            | 80         |
| Análise dos registros de observação e relatórios.....                   | 80         |
| Planejamento.....                                                       | 80         |
| Metodologia.....                                                        | 81         |
| Mapeamento participativo.....                                           | 83         |
| Critérios de seleção.....                                               | 87         |
| Suporte para os participantes.....                                      | 88         |
| Conhecimento da comunidade.....                                         | 88         |
| Confiança.....                                                          | 89         |
| Reconhecimento e construção da identidade de liderança.....             | 89         |
| Elaboração do guia.....                                                 | 90         |
| DISCUSSÃO.....                                                          | 92         |
| Revisão de escopo.....                                                  | 92         |
| Observação participante.....                                            | 94         |
| CONCLUSÃO.....                                                          | 96         |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>                                  | <b>100</b> |

## APRESENTAÇÃO

Com mais de quatro anos de trajetória na saúde coletiva, encontrei na gestão de projetos a oportunidade de atuar em um ambiente de aprendizado contínuo, dinâmico e multidisciplinar. Minha experiência profissional é voltada na gestão de projetos com foco na saúde pública.

Nesse percurso repleto de desafios e em constante colaboração com profissionais de saúde da linha de frente, em 2022, embarquei em um novo projeto, distinto de tudo o que havia feito até então. Com foco na comunidade, comecei a atuar em um projeto sobre Vigilância Baseada em Eventos de Base Comunitária, onde sou gestora de projetos e participo de todas as etapas, desde o planejamento e concepção até a implementação de atividades e processos. O nome do projeto é Guardiões da Saúde: Líderes Comunitários (Gds - Líderes) e terei o prazer de falar mais dele no decorrer deste trabalho. Nesse contexto, e com o objetivo de aplicar de forma prática os conhecimentos adquiridos no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, por meio deste estudo, busquei promover uma integração entre teoria e prática. Dessa forma, pretendo aplicar o aprendizado acadêmico no ambiente real do meu trabalho e desenvolver uma pesquisa que gere impacto, direto ou indireto, tanto para a academia quanto para os profissionais de saúde e a comunidade.

Pensando nisso, este trabalho terá como projeto guarda-chuva o GdS - Líderes, motivado tanto pelos aprendizados adquiridos ao longo dessa jornada quanto pelo meu primeiro contato com as estratégias de base comunitária. Por isso, buscarei atender à necessidade de documentar e revisar as estratégias de como iniciar o trabalho junto à comunidade, por meio do mapeamento de lideranças comunitárias, levando em consideração os diferentes contextos e particularidades dos territórios. A documentação desse processo será feita por pares, incluindo eu, gestora do projeto e discente do mestrado profissional em saúde coletiva, parceiros e a equipe do projeto que estão envolvidos nessas atividades.

Convido você, leitor, a explorar neste trabalho o percurso da documentação desse processo. A dissertação está organizada da seguinte maneira: a introdução apresenta o contexto geral e as questões norteadoras da pesquisa, o referencial teórico aborda

aspectos conceituais da vigilância em saúde e destaca experiências nacionais e internacionais de participação comunitária no processo de vigilância em saúde. Em seguida, é introduzido o projeto GdS - Líderes e por fim, são apresentados os resultados, seguidos da discussão e das conclusões da pesquisa.

## INTRODUÇÃO

Participação comunitária e saúde são conceitos distintos, mas não são conceitos novos quando estão interligados ao contexto de vigilância e controle de doenças. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a expressão "participação da população ou comunidade" é usada de forma tão ampla que muitas vezes seu significado se torna ambíguo. Por isso, para compreender melhor o conceito de participação comunitária em saúde, é necessário explicar os dois termos separadamente (Breuer; L'Europe, 2000).

Por exemplo, o termo "comunidade" na epidemiologia pode ser usado para denotar uma população que vive dentro de uma área geográfica específica (Rifkin, 2009). E na área de estudo da demografia, segundo o autor Guimarães et al, a palavra "população/comunidade" remete a caracterização e compreensão da dinâmica populacional, ou seja, como as populações mudam em resposta às tendências da fecundidade, mortalidade e migração e relacionando o tamanho, a composição e a distribuição da população. Como consequência dessa interpretação, observa-se, tanto na teoria quanto na prática, uma tendência a compreender a "comunidade" como um grupo-alvo de intervenções em saúde, enquanto a "participação" é frequentemente reduzida à adesão desse grupo a orientações e atividades consideradas eficazes para a melhoria da saúde (Guimarães et al., 2023a).

Por isso, no contexto social mais amplo, neste projeto de pesquisa, o termo "comunidade" é usado para se referir a pessoas agrupadas com base em sua localização geográfica ou interesses comuns, identidade ou interação. Assim, e de acordo com a OMS (2000), a comunidade pode ser definida como um grupo de pessoas que compartilham os mesmos interesses, preocupações, normas, valores, promovendo um senso de pertencimento e identidade coletiva.

Vale ressaltar que, a comunidade também pode ser um grupo de pessoas que estão ligadas por meios de comunicação. Isso é importante ao considerar comunidades digitais onde as pessoas não vivem na mesma localização geográfica, mas estão

ligadas por meio de sites e da Internet. A comunidade é um conceito multidimensional que envolve relações horizontais e verticais complexas entre pessoas e organizações (Stover; Avadhanula; Sood, 2024).

Em outras palavras, a comunidade é formada pelo conjunto de indivíduos que estabelecem relações de vizinhança, amizade e parentesco, que são essenciais para o desenvolvimento social e pessoal. E, nesses espaços, geralmente há indivíduos que se destacam e assumem uma posição central, exercendo influência, inspirando e orientando a comunidade na promoção do bem-estar coletivo e na resolução de problemas locais. Nesse sentido, a participação comunitária, envolve a atuação ativa de um grupo ou participação de uma pessoa como representante do grupo em atividades nas quais ela não apenas fornece ideias, mas também está envolvida na intervenção (Haldane et al., 2019).

De acordo com a Alliance for Malaria Prevention (2024) esses representantes da comunidade, conhecidos como líderes comunitários, são membros respeitados e têm uma facilidade de se comunicar com as pessoas, a comunidade admira-os como exemplo a seguir e como guias para tomar decisões. Esses indivíduos são essenciais para chegar a grandes populações e, por isso, são a chave para mobilizar as suas comunidades e encorajá-las a adotar comportamentos positivos.

Posto isto, e retomando os conceitos aqui apresentados sobre comunidade, quando acrescido o termo “participação”, múltiplas definições diferentes podem ser dadas à expressão "participação da comunidade", dentre elas, quando relacionado à saúde, a “participação da comunidade na saúde” ou “participação comunitária em saúde” são consideradas uma forma de distribuir o poder de forma mais uniforme dentro e entre as comunidades, os profissionais de saúde e o estado. Ao mesmo tempo, em que desenvolve as próprias habilidades dos indivíduos e grupos para participar do processo de mudança, melhorando sua própria saúde diretamente ou por meio de atividades de desenvolvimento comunitário (IFRC, 2020).

Desde 1978 esse conceito de participação da comunidade na saúde vem sendo discutido, por meio da Declaração de Alma-Ata (1978), reiterando que a participação

comunitária começa nos cuidados de saúde primários, e afirma que: “as pessoas têm o direito e o dever de participar individual e coletivamente no planejamento e implementação dos seus cuidados de saúde” e que os cuidados de saúde primários eficazes “requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados de saúde primários” (Gholipour et al., 2023).

A Atenção Primária à Saúde (APS), denominada cuidados de saúde primários na Alma-Ata, é a principal porta de entrada de uma pessoa no sistema de saúde, por isso, é uma base crítica para o planejamento e estratégias de resposta oportuna e possíveis gestões de surtos. Faz parte desse processo a vigilância em saúde, sendo considerada uma das funções essenciais da saúde pública e tendo como lógica a integração de ações que compreendam a situação de saúde da comunidade (BRASIL, 2020).

Em 2000, um Grupo de Estudo da OMS, trabalhando sobre essa temática, delineou diferentes vantagens na participação da comunidade na saúde com base em argumentos da comunidade e dos profissionais da saúde. Da comunidade, alguns desses argumentos foram: “sabemos mais sobre onde moramos, sobre o que queremos e o que é melhor para nós”, “todos temos algo para dar, nossas ideias e pontos de vista também são válidos do que dos outros” (IFRC, 2020).

Os profissionais de saúde argumentaram: ‘a participação da comunidade pode ajudar-nos a direcionar os recursos de forma mais eficaz e adequada’; ‘o envolvimento das pessoas no planejamento e na prestação de serviços permite-lhes tornar-se mais sensíveis às necessidades e, portanto, refinar a sua capacidade de compreensão’; ‘métodos de participação da população podem ajudar a desenvolver e implementar competências e habilidades nas comunidades.’ e, por fim, ‘o envolvimento das comunidades no processo de tomada de decisão levará a decisões melhores, mais apropriadas e mais sustentáveis, porque são as pessoas, eles próprios, quem estará na sua origem’ (IFRC, 2020).

Esses argumentos evidenciam a importância da participação comunitária na saúde, especialmente na atenção primária e nos processos de vigilância em saúde. Esse

envolvimento permite que a comunidade avalie suas próprias necessidades e recursos, utilizando esses elementos como ponto de partida para o planejamento, e mais do que isso, fortalecimento a relação do serviço de saúde e a comunidade, por meio do aumento da confiança, podendo resultar na melhoria da qualidade dos serviços de saúde, e na melhor capacidade de resposta e utilização mais eficiente dos recursos.

Outros estudos também destacam e reforçam que a principal característica da participação comunitária na saúde é a colaboração entre indivíduos e grupos comunitários na tomada de decisões para enfrentar desafios e ameaças à saúde, como pandemias, promover o bem-estar para alcançar resultados positivos na saúde e outros. Ela envolve ações planejadas para atingir, influenciar e envolver todos os segmentos e setores relevantes da sociedade para realizar um objetivo mútuo (AL SIYABI et al., 2021). Nesse contexto, as comunidades podem conceber e implementar os seus próprios mecanismos de resposta e recuperação com rapidez, muitas vezes mais rapidamente do que as abordagens formais lideradas pelo governo (IFRC, 2020).

Isto exposto, e considerando o setor saúde como um dos principais setores para contato direto com a comunidade - especialmente por meio da Atenção Primária à Saúde (APS) e das ações e atividades da vigilância em saúde - , algumas questões fundamentais devem ser consideradas: De que forma a participação comunitária na saúde pode contribuir para minimizar ou prevenir os riscos à saúde? Qual o primeiro passo para a participação comunitária na vigilância em saúde?

Vale ressaltar, de antemão, que em diversos países a importância das experiências de participação comunitária na vigilância em saúde parece ser notada durante ou após crises sanitárias. Isso reforça a existência de uma lacuna no que diz respeito ao envolvimento da comunidade nos processos de preparação e planejamento por parte das estruturas de saúde.

Pensando nisso e nas questões norteadoras primárias aqui apresentadas, este projeto de pesquisa justifica-se pela necessidade de ampliar evidências e experiências acerca da participação comunitária na saúde. Busca-se, assim, reforçar as competências e potencialidades da comunidade na vigilância em saúde e ampliar a visão e a

sensibilização dos profissionais de saúde, tanto novos quanto veteranos, sobre a abordagem centrada na comunidade. Isso inclui tanto os profissionais que atuam na gestão e atendimento à população quanto aqueles na linha de frente e os pesquisadores acadêmicos.

Diante disso, torna-se essencial esclarecer essas questões primárias elencadas anteriormente, por meio de uma análise retrospectiva fundamentada no referencial teórico. Para isso, serão consideradas experiências do Brasil e de outros países sobre a participação comunitária na saúde, com base em evidências científicas publicadas. Os próximos tópicos deste trabalho abordam essa temática em profundidade.

Por fim, este projeto de pesquisa utilizará como referência a literatura científica e os resultados do projeto Guardiões da Saúde: Líderes Comunitários (GdS - Líderes) na intenção de responder a pergunta central desta pesquisa: como identificar e recrutar lideranças comunitárias para fortalecer o processo de vigilância em saúde?

## **REFERENCIAL TEÓRICO**

### **PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA NA SAÚDE NO BRASIL**

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu por meio da Constituição Federal (CF) de 1998 e as Leis Orgânicas de Saúde (Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990) buscam reunir os princípios e diretrizes operacionais do SUS, sendo eles a universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social (participação da comunidade). A participação social, é um importante ganho para os direitos sociais e humanos no Brasil, pois estabelece as formas de participação popular na gestão colegiada do sistema de saúde, por meio do controle social.

A lei 8.142/90, que regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS, também cria duas instâncias colegiadas expressas na Conferência de Saúde e no Conselho de Saúde (CARVALHO, 2014). Mas, é muito importante lembrar que os conselhos existem muito antes da criação do SUS. Em 1937, através da lei 378, que

instituiu a nova organização do Ministério da Educação e Saúde Pública, transformando-o em Ministério da Educação e Saúde, criou-se o Conselho Nacional de Saúde e as Conferências Nacionais de Saúde. O Conselho Nacional de Saúde tinha a atribuição de assessorar o então Ministério da Educação e Saúde, em conjunto com o Conselho Nacional de Educação. Este primeiro conselho era caracterizado como um colegiado e tinha, na sua composição, especialistas em assuntos de saúde pública. Seu caráter era consultivo e normativo, ou seja, estabelecia as normas e diretrizes técnicas bem como emitia pareceres quando convocado (BRASIL, 1937).

E, atualmente, de acordo com a Lei 8.142/90, os Conselhos são órgãos permanentes e, diferente dos primeiros conselhos, são deliberativos, compostos por quatro segmentos: usuários dos serviços de saúde, trabalhadores e profissionais de saúde, representantes da gestão e dos prestadores de serviço, sendo que a participação da população deve ser paritária em relação às demais representações (BRASIL, 1990b, 2012a).

Ainda sobre o processo de construção do SUS e da CF de 1988, a sua própria história de lutas e conquistas sociais se pautam em um processo árduo de lutas de diversos movimentos sociais da população, profissionais, acadêmicos comprometidos e instituições e ocorreram entre os anos de 1970 e 1980 e ficou conhecido como “Reforma Sanitária” (Guimarães et al., 2023a). De fato, isso evidencia os efeitos dos movimentos sociais e seu papel fundamental no campo da saúde, ou seja, as histórias de conquistas significativas na melhoria das condições de vida por meio da mobilização da participação comunitária na saúde no Brasil.

E quando falamos da atuação da comunidade na saúde, devemos lembrar também que no contexto de estruturação do SUS, em 1991, o SUS incorporou o Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS), após alguns estudos pilotos no Brasil. O PACS nasce com a proposta de apoiar a atenção primária através do Agente Comunitário de Saúde (ACS), sendo ele um articulador entre o sistema de saúde e a comunidade, atuando no mapeamento territorial, no diagnóstico de saúde da comunidade e no desenvolvimento de ações de promoção e proteção à saúde (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010).

Entretanto, estudos demonstram que esse papel no sistema de saúde, na prática de sua

atuação, frequentemente é conhecido como um agente fiscalizador, avaliado por medidas prescritivas e usualmente focado no modelo centrado na doença. Estas atitudes encontram-se reforçadas pelas situações hierárquicas do sistema de saúde. Nesse sentido, a própria comunidade, através de líderes comunitários, é indispensável para fortalecer os princípios da participação ativa em saúde. Vale ressaltar que o líder comunitário e sua atuação, não excluem o papel do ACS, mas o complementam e fortalecem o sistema de saúde (Cardoso; Nascimento, 2010).

Nesse contexto, um campo importante onde a articulação entre a comunidade e os serviços de saúde mostrou grande eficácia, como dito anteriormente, é na Atenção Primária à Saúde, podendo ser através da vigilância em saúde, como por exemplo, nas ações de análise de saúde no território.

## **VIGILÂNCIA EM SAÚDE E O TERRITÓRIO**

A vigilância em saúde está em todos os níveis de atenção, além disso é considerada uma das funções fundamentais da saúde pública e tem como lógica a integração de ações que compreendam a situação de saúde da população do território, extrapolando os espaços institucionalizados do sistema de serviços de saúde (Guimarães et al., 2023a).

No Brasil, a Vigilância em Saúde é instituída pela Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), consolidada em 2018, por meio da Resolução n. 588/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Segundo a PNVS, entende-se por Vigilância em Saúde o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças (Art. 2º - Parágrafo 1).

Pensando no conceito de Vigilância em Saúde e nos princípios do SUS, é possível afirmar que o processo de vigilância em saúde possui seus princípios norteadores, mas sua aplicação será de maneira singular em cada território. A reflexão sobre a importância de

atuação no território não é uma abordagem nova, meados do século V a.C. o filósofo Hipócrates, que ao entender que as doenças eram causadas pela natureza de um determinado lugar, concluiu que a coleta de dados para a saúde deveria considerar o território, o ambiente natural e as pessoas (Franco et al., 2017).

No Brasil essa compreensão continua atual e ganha força à medida que a responsabilização dos municípios pela organização das ações básicas de saúde demanda aos trabalhadores da saúde a desenvolver práticas baseadas no território. Isso significa pensar o trabalho em saúde de forma integrada e intersetorial, com foco em populações de áreas bem delimitadas, considerando suas especificidades e dinâmicas próprias. O território, nesse contexto, não é apenas um espaço físico, mas um espaço vivido, permeado por relações sociais, vulnerabilidades e potenciais (Toledo, 2009).

Segundo Milton Santos, o conceito de território ultrapassa a mera ideia de delimitação geográfica e se constitui como uma construção social dinâmica e multifacetada. Em seus escritos mais antigos, Santos reconhece o território como componente essencial do Estado-nação, regulado pela soberania e demarcado por limites que podem ser fruto de acordos ou da força (Santos, 1978).

A territorialização, deve ser o ponto de partida para a organização das ações de vigilância em saúde. Ela envolve o reconhecimento e o mapeamento do território a partir da análise das condições de vida, do ambiente e do acesso aos serviços de saúde. No entanto, muitas vezes essa ferramenta tem sido utilizada de forma restrita, limitada à simples distribuição dos serviços, sem considerar de fato a complexidade dos processos sociais que ocorrem nos territórios (Toledo, 2009).

Para que a vigilância em saúde cumpra seu papel, é fundamental que os profissionais realizem uma análise aprofundada do território, com base em dados que revelem situações-problema e suas inter-relações espaciais. Essa análise permite identificar populações vulneráveis, selecionar problemas prioritários e definir estratégias de intervenção contextualizadas. A microlocalização dos problemas de saúde, apoiada pela epidemiologia e pelo diálogo constante com a comunidade, fortalece o planejamento e a ação efetiva nos territórios.

É nesse sentido que o conceito de território usado, de Santos e Silveira (2001), se torna essencial. Ele propõe uma leitura ampliada do território como resultado da interdependência entre sua materialidade e os usos que dele são feitos pela população.

O autor passa a diferenciar o "território" — enquanto forma e espaço fixo — do "território usado", entendido como o espaço humanizado, resultado das interações entre objetos e ações, onde se manifesta o dinamismo da economia, da sociedade e das práticas cotidianas (Santos; Silveira, 2001).

Essa noção incorpora múltiplos atores sociais e relações de poder, evidenciando que o território é também identidade e história, sendo "o chão mais a identidade", vinculado às ideias de tribo, povo, nação e Estado. Assim, o território usado se aproxima do espaço geográfico e se torna categoria central para a compreensão da vida social, pois revela "a estrutura global da sociedade e a complexidade de seu uso" (SANTOS, 2000b, p. 108).

Em outras palavras, o território passa a ser compreendido como uma construção social, atravessada por hábitos, fluxos e práticas cotidianas que interferem diretamente nos determinantes do processo saúde-doença. Reconhecer esse território vivido é uma condição para a atuação crítica e sensível do profissional de vigilância.

A vigilância em saúde deve, portanto, considerar os sistemas naturais e os objetos socialmente construídos, observando como são apropriados pela população e como influenciam comportamentos e problemas de saúde. O campo da geografia se apresenta, nesse contexto, como uma abordagem operativa para compreender as necessidades sociais e os fenômenos de saúde, considerando que a produção da saúde ou da doença se dá de forma contextualizada no espaço (Giddens, 1989; Santos, 1999).

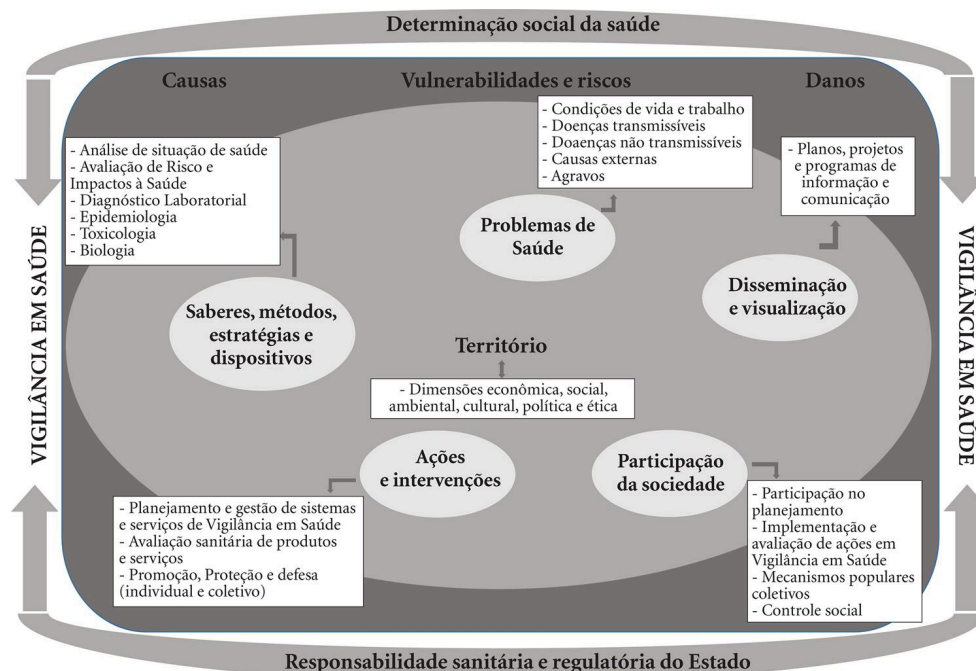
A atuação dos profissionais de vigilância deve estar orientada por práticas estratégicas baseadas na tríade informação-decisão-ação. Isso exige formação que incorpore a pesquisa como eixo estruturante, o domínio do planejamento e a articulação entre os diferentes atores sociais envolvidos (Paim & Almeida Filho, 2000). Ferramentas como o Planejamento Estratégico Situacional (PES), proposto por Carlos Matus, são

fundamentais para subsidiar decisões em contextos complexos, promovendo uma vigilância em saúde territorializada, participativa e resolutiva (Matus, 1996).

Pensando nisso, e relacionamento com o campo da saúde, podemos afirmar que é no território onde acontecem as relações de vida e trabalho e esse processo é resultado da determinação social do processo saúde e doença. A determinação social é o conjunto de fatores sociais, econômicos, culturais, ambientais e políticos que influenciam e moldam o processo saúde-doença. O território não é apenas um espaço físico, mas o cenário onde essas determinações se expressam e produzem desigualdades ou oportunidades em saúde. Essa compreensão dos distintos ambientes e relações possibilitam identificar possíveis riscos, problemas e fatores de resiliência relacionados à determinada comunidade, considerando, aspectos de natureza econômica, social, ambiental, cultural, política e suas mediações (Marston et al., 2016).

Em outras palavras, a Vigilância em Saúde pode ampliar e empoderar a sua capacidade de identificar onde e como devem ser feitas as intervenções de maior impacto no território. O resultado deste processo é chamado de Determinantes Sociais da Saúde ou Determinação Social da Saúde. Portanto, fatores como economia, meio ambiente, gênero, educação, geografia, cultura e outros determinantes podem influenciar diretamente os resultados de saúde através de suas interações e comportamentos fora do ambiente clínico (Marston et al., 2016).

Para ilustrar essa interação e a relação de determinação social da saúde, o autor Franco, elaborou a figura a seguir. A figura resume de forma prática toda a relação entre a vigilância em saúde, a determinação social da saúde e sua relação direta ou indireta com o território, podendo, ser resultado de problemas de saúde, ações de intervenções, participação da sociedade, saberes e métodos e disseminação dos mesmos.



Fonte: FRANCO et al., 2017.

Uma das principais funções da vigilância em saúde é antecipar e prevenir novas doenças ou doenças já existentes, e considerando todos os aspectos citados anteriormente, cabe ressaltar que a prática da vigilância, precisa incorporar recursos operacionais ou mecanismos coercitivos de investigação e protocolos de intervenção, mas também requer, sobretudo, um alinhamento sobre o território, às práticas populares e a participação comunitária ou também conhecida como abordagem centrada na comunidade.

A abordagem centrada na comunidade é muito importante para a prevenção, preparação e respostas a emergências em saúde. Segundo a OMS, na saúde as abordagens centradas na comunidade podem ocorrer “de baixo para cima” e “de cima para baixo”. As ações “de baixo para cima” de resposta a emergências de saúde pública são muitas vezes realizadas de forma voluntária e visam mitigar os impactos das emergências de saúde e da transmissão de doenças. Por exemplo, pessoas da comunidade na defesa e o apoio a comportamentos seguros contra doenças, a organização comunitária para identificar e comunicar o risco de doenças, a recolha de dados (informal e não estruturado) liderada pela comunidade e/ou a organização a nível comunitário para apoiar o processo de detecção precoce de doenças. Nesse último caso, mais especificamente

conhecida como Vigilância Baseada em Eventos de Base Comunitária (OMS, 2021).

As estratégias “de cima para baixo” são utilizadas pelos governos e pelos intervenientes na resposta e incluem intervenções, políticas, regulamentos e leis que podem ser impostas durante uma emergência sanitária. Estes são frequentemente criticados por não tratarem as comunidades como participantes ativos, mas como receptores passivos e “beneficiários” de mensagens e serviços na resposta às doenças. Contudo, estas estratégias “de cima para baixo” podem ser centradas na comunidade quando são informadas e respondem ao feedback e contribuições da comunidade (OMS, 2021).

Portanto, é crucial compreender como a vigilância em saúde se organiza para a coleta e análise de dados, com ou sem a participação direta da comunidade. A vigilância em saúde é classificada em vigilância passiva e ativa, cada uma desempenhando papéis distintos, porém complementares na detecção e monitoramento de informações de saúde.

### **VIGILÂNCIA PASSIVA**

A vigilância passiva ocorre por meio da Vigilância Baseada em Indicadores (VBI), através da coleta de informações estruturadas de ambientes de saúde e baseia-se tradicionalmente em uma lista de doenças pré-definidas e predominantemente doenças infecciosas. No entanto, geralmente essas informações recolhidas podem estar incompletas ou atrasadas e por isso, em alguns casos podem ser insuficientemente oportunos para detectar surtos emergentes em tempo real e ou a identificação de doenças desconhecidas ou surtos de rápida escala (ÁFRICA, 2023).

### **VIGILÂNCIA ATIVA**

A vigilância ativa, pode ocorrer através da vigilância baseada em eventos (VBE), e constitui-se como uma complementação importante para a vigilância tradicionais baseado em doenças (lista de doenças predominantemente infecciosas), pela rapidez de detectar eventos de saúde incomuns antes que se transformem em crises de saúde pública, podendo ser considerado tanto aspectos da saúde humana, ambiental e animal, por meio da colaboração da população (HAMMANN; LAGUARDIA, 2000).

De acordo com o escritório do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) na África, a vigilância baseada em eventos de base comunitária, configura-se como uma das fontes não estruturadas na Vigilância Baseada em Eventos, conceitualmente, essa estratégia busca “a detecção sistemática e notificação de eventos de importância para a saúde pública dentro de uma comunidade por membros da comunidade” (ÁFRICA, 2023).

## **EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS E PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA EM SAÚDE**

As emergências em saúde começam e terminam nas comunidades, atingindo todos os grupos, mesmo que afetados de formas diferentes. E em cenários críticos, os primeiros intervenientes são geralmente aqueles que são imediatamente afetados, ou seja, a própria comunidade, pois são eles que conhecem o território e podem desempenhar papel crítico para resolução de problemas. Por isso, diversos estudos sugerem que a comunidade deve ser envolvida em todas as fases da resposta, incluindo o planejamento, pois é a comunidade, os profissionais de saúde locais e as unidades de saúde locais as primeiras estruturas afetadas em situações de crises (Sahani et al., 2024a).

Quando estamos falando em preparação e respostas, as experiências passadas devem ser nosso guia, pensando nisso, para exemplificar essa situação, iremos voltar no tempo em algumas emergências em saúde públicas declaradas pela OMS que possuem evidências documentadas de participação comunitária a fim de responder as perguntas primárias desse trabalho: De que forma a participação comunitária na saúde pode contribuir para minimizar ou prevenir os riscos à saúde? Qual o primeiro passo para a participação comunitária na vigilância em saúde?

Em dezembro de 2013, um surto de Doença do Vírus Ebola começou na África Ocidental, espalhando-se pela Guiné, Libéria e Serra Leoa. Em julho de 2014, a OMS declarou o surto uma “Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional”. Nessa ocasião, um total de 28.616 casos confirmados, prováveis e suspeitos foram relatados, mais de 11.310 pessoas morreram e 23.588 crianças perderam um ou ambos os pais ou seu cuidador principal (Gillespie et al., 2016a).

O sistema de saúde estava congestionado, dadas as limitações das abordagens clínica,

por conseguinte, as comunidades locais implementaram medidas para gerenciar seus próprios riscos, por meio da mobilização social, visando a mudança do comportamento para prevenir e controlar o surto, por exemplo, dependendo da cultura da comunidade, algumas tribos da região, possuem costumes, regras e rituais culturais diferentes para a prática funerária, como o contato corporal próximo com o cadáver. As regras impostas pelos profissionais da saúde local, de profissionais (forças armadas nacionais e internacionais) da Missão das Nações Unidas para a Resposta de Emergência ao Ébola (UNMEER) ou as equipes funerárias para mitigação de risco estavam deixando as comunidades angustiadas, e causando muita desconfiança, por isso, o trabalho comunitário foi tão importante, proporcionando melhorias no processo de vigilância, notificação de casos, rastreamento de contatos, segurança e enterros dignos (Gillespie et al., 2016a).

Na República Democrática do Congo, além do poder de líderes informais no surto de Ébola, agências humanitárias como a Rádio Holanda Mundial e Médicos Sem Fronteiras (MSF) implementaram grupos de WhatsApp com públicos em risco, recorrendo a uma rede com jovens e criando grupos para transmitir informações em cascata. Essas informações salvaram muitas vidas nas comunidades em risco e áreas inseguras.

No ano de 2014, durante a epidemia do Ébola na Serra Leoa, alguns pesquisadores relataram por meio de método etnográfico, como a “população local” contribuiu para o desenvolvimento de uma estratégia de resposta abrangente. Em algumas regiões, existiam os “chefes das aldeias” e essas pessoas realizavam visitas nas casas das pessoas, fiscalizavam os doentes em quarentenas na mata (longe da aldeia), evitavam o contato físico com os familiares (Mayhew et al., 2021a).

Nessa ocasião, a própria aldeia realizou os enterros, contrariando as orientações das organizações internacionais, entretanto, um grupo de jovens das aldeias usaram sacos de plástico e sacos de arroz para fabricar o seu próprio equipamento de proteção individual para realizar enterros seguros. Eles usaram sacos plásticos como luvas, sacos de açúcar ou arroz para enrolar no corpo, botas de cano alto para cobrir os pés e máscaras faciais de lã. Os mortos eram enterrados com sacos plásticos junto com o corpo para garantir que não houvesse infecção cruzada. Após o enterro, eles também lavavam as mãos e os

pés com água e sabão e ferviam as botas em cal. Essas ações foram feitas devido diversos fatores, tais como, o medo da população de “ser levado para morrer com estranho”, as famílias não saberem sobre os corpos dos familiares que morreram da doença e a falta de trabalho colaborativo entre os profissionais de saúde e as aldeias (Parker et al., 2019).

Em 2020, foi declarado pela OMS que o surto do novo coronavírus (2019-nCoV) constituiu uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Diversas experiências da pandemia revelaram que a participação da comunidade foi essencial na resposta mundial à doença, desde o cumprimento do bloqueio, às medidas de restrições de cada país, até o apoio da comunidade por meio do voluntariado.

No Brasil, a distribuição da mortalidade da população não era uniforme entre todos os grupos sociais, na cidade de São Paulo/SP, por exemplo, regiões vulneráveis registraram maior número de casos, assim como de mortes. Uma pesquisa realizada com 12 líderes comunitários entre maio e junho de 2020, localizados em pelo menos oito capitais pesquisadas (Pará, Amazonas, Ceará, Pernambuco, Goiás, Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul), localizadas nas cinco regiões do país reuniu as experiências e ações voltadas para medidas de controle de casos, assistência médica, condições de isolamento e outros que foram implementadas pelas comunidades em seu território. Nas entrevistas realizadas foram relatadas evidências das consequências do aumento do desemprego, pois a grande maioria dos moradores dependiam do trabalho informal e não tinham direitos trabalhistas. Foi relatado também o aumento da violência, principalmente, contra as mulheres e o descaso do governo para o apoio aos doentes e aos outros problemas de saúde (Oliveira et al., 2021).

Nesse cenário de ausência de respostas governamentais coordenadas e sustentadas, os líderes comunitários buscaram seus próprios caminhos. Os exemplos relatados foram: líderes comunitários adaptaram a comunicação de risco para a comunidade, criando vídeos orientando as pessoas a se protegerem mesmo não podendo parar de trabalhar para sustentar sua família, ou seja, orientações voltadas para a realidade local. Outro relato bastante relevante, foram os chamados “presidente da rua”, nome designado para os líderes comunitários que apoiam diretamente as pessoas doentes e orientavam suas

famílias em locais onde o socorro não chegava. Esse estudo revelou a força da participação comunitária, reforçando que ela existe e tem criado forças no Brasil, apesar das circunstâncias adversas de seus territórios, existem evidências científicas que as lideranças se mobilizam de forma criativa e autônoma para enfrentar as dificuldades que afetam suas localidades (Oliveira et al., 2021).

Outra experiência de destaque no Brasil, é uma pesquisa realizada em Paraisópolis (SP), conduzida pelos pesquisadores Fábio Bento e Kalu Carvalho Couto (2021) para compreender a auto-organização dessa comunidade durante a pandemia de Covid-19. Paraisópolis é um bairro considerado a segunda maior favela da cidade de São Paulo e a quinta maior do país. A favela está localizada ao lado do bairro rico do Morumbi. Historicamente, a falta de investimento em serviços básicos para a cidade criou um contexto de auto-organização entre os moradores para preencher essas lacunas, por isso, Paraisópolis tem sido apresentada como um exemplo de organização comunitária em resposta a problemas sociais. Líderes comunitários defendem e colocam esforços na urbanização e no fortalecimento da economia local como desenvolvimentos necessários para superar o estigma social da pobreza e trazer uma mudança em termos do status psicológico e social (Bento; Couto, 2021).

Durante a pandemia de Covid-19, a comunidade da favela de Paraisópolis se auto-organizou com as partes interessadas internas e externas para combater a doença, por meio de experiências anteriores com desafios sociais, possibilitando uma resposta comunitária bem-sucedida. Isso só foi possível graças ao nível de confiança que os moradores tinham uns com os outros e à interação social que estava em vigor antes do surto de Covid-19 ocorrer.

No estudo é descrito que assim que os membros da comunidade de Paraisópolis tomaram conhecimento das reportagens da mídia sobre o surto de Covid-19, a associação de moradores começou a mobilizar suas práticas organizadas existentes para lidar com os possíveis efeitos da pandemia na comunidade. Isso incluiu financiamento coletivo para contratar três ambulâncias, o uso de restaurantes locais para distribuir refeições gratuitas e supermercados para fornecer produtos básicos de higiene às famílias. Além disso, a associação estabeleceu uma rede descentralizada de 600 voluntários conhecidos como

“presidentes de rua”, em que cada um era responsável por monitorar a situação de cerca de cinquenta domicílios. O trabalho desenvolvido pela comunidade era voltado para o compartilhamento de informações sobre cuidados básicos, combater a disseminação de notícias falsas e identificar precocemente possíveis casos (Bento; Couto, 2021).

Segundo Bento e Couto (2021), a capacidade do sistema de “se recuperar” de eventos e situações inesperadas é geralmente definida como resiliência. A resiliência envolve uma capacidade adaptativa para aprender, reorganizar estruturas e o surgimento de novos padrões de comportamento. É possível discutir a resiliência em diferentes níveis (ou seja, organismo e sistema) e em diferentes contextos. No estudo realizado pelos autores a coleta de dados foi através de relatos qualitativos da participação em práticas locais com quatro membros da comunidade. Alguns trechos abaixo são apresentados para ilustrar os resultados do trabalho das lideranças comunitárias no bairro de Paraisópolis, retratado na pesquisa:

“Percebemos que poderíamos perder o contato com a população durante a pandemia e, portanto, precisávamos ter mais líderes comunitários. Esse é o princípio por trás da ideia dos presidentes de rua.” (Líder comunitário A)

“Desenvolvemos um novo modelo de gestão em parceria com o G10. Já tínhamos projetos como o 'Costurando Sonhos' e o bistrô “Mãos de Maria”, que era focado principalmente em mulheres que sofreram violência. Pensamos em como poderíamos usar isso no contexto da pandemia e da crise econômica. O 'Costurando Sonhos' começou a produzir máscaras. O bistrô começou a embalar marmitas para serem distribuídas à população” (Líder comunitário B).

“Cada presidente é responsável por cinquenta famílias, garantindo que fiquem em casa, entregando doações e solicitando ajuda médica quando necessário. Criamos três frentes: Saúde, social e médica” (Liderança comunitária A)

Por fim, o estudo destaca que a resiliência de Paraisópolis não consiste no movimento dos presidentes de rua em si, mas consiste na capacidade da comunidade de gerar novas estruturas sociais em resposta a uma mudança ambiental. Experiências anteriores podem

aumentar a capacidade do sistema de antecipar cenários possíveis, mas a resiliência reside na capacidade de auto-organização de desenvolver novas estruturas dentro da mesma organização em resposta a uma perturbação ambiental (Bento; Couto, 2021).

Ainda sobre a pandemia da Covid-19, no Reino Unido, por exemplo, cerca de 1 milhão de pessoas se ofereceram para ajudar na resposta à pandemia, por meio de grupos de voluntários. O mesmo surgiu em outros países, a intenção principal era ajudar outras pessoas com tarefas simples, como verificar o bem-estar durante os bloqueios (Marston; Renedo; Miles, 2020).

Na Libéria, os líderes comunitários criaram estações de lavagem das mãos a partir de garrafas de cana ou de plástico quando os baldes são escassos. No Quênia, um Grupo de Mulheres Karunga em El Burgo, confeccionaram máscaras faciais à sua linha de produtos (OMS, 2021).

Para além de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, podemos citar exemplos de epidemias e desastres naturais para reforçar a participação comunitária presente em diversas crises sanitárias. Por exemplo, os movimentos populares foram centrais na resposta à epidemia de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), melhorando a aceitação de testes e aconselhamento para HIV, negociando o acesso ao tratamento, ajudando a reduzir os preços dos medicamentos e reduzindo o estigma (Fernandes; Bruns, 2021).

Além da epidemia de HIV, podemos destacar a tragédia ambiental que marcou o Rio Grande do Sul (Brasil) em 2024, com chuvas intensas que causaram enchentes, deslizamentos e danos severos em centenas de municípios. O estado brasileiro tem uma extensa rede de rios e frequentes períodos de chuvas intensas, tem um longo histórico de inundações que impactam de forma significativa tanto a zona urbana quanto a rural. Em abril de 2024, intensas chuvas provocaram enchentes e deslizamentos, afetando 447 municípios. Até maio de 2024, foram confirmados 127 óbitos e 538.241 pessoas impactadas, com 115.844 desalojadas, 2.115.703 feridos e 76.470 desabrigadas. A infraestrutura local sofreu graves danos, incluindo cerca de 93 estabelecimentos de saúde afetados (FIOCRUZ, 2024).

E durante os diferentes tipos de respostas (resgate, recuperação e reconstrução) foi evidente a importância da participação da comunidade nesse processo. No desastre do Rio Grande do Sul, desde o primeiro período (resgate), foi observado pelos noticiários e pelas redes sociais a solidariedade das pessoas no momento do resgate de vizinhos, amigos e familiares. Além disso, tiveram vários movimentos sociais para arrecadação de insumos e principalmente, alimentação para todos os desabrigados. Todo esse movimento foi fortemente conduzido pelas redes sociais, através de muitos, “*digital influencers*” termo muito utilizado para designar aquelas pessoas que formam opinião, tendência e influenciam outras pessoas pelas redes sociais, por conseguinte, também são tipos de líderes comunitários na internet.

Assim, todos esses movimentos reforçaram as ações do governo, por meio da Força Nacional do Ministério da Saúde e outras agências parceiras. Nessa situação em específico, o desastre causou interrupção de serviços essenciais como abastecimento de água e energia, além dos serviços de saúde, até perdas significativas na agricultura.

Outros estudos e experiências demonstram também a eficácia da participação comunitária no enfrentamento e controle de doenças já existentes, por exemplo, no controle de endemias, que segundo um estudo realizado em 2009, a participação da comunidade é apontada como indispensável, especialmente onde sua inserção se impõe como condição para o controle, como no caso da dengue, cujo principal vetor associa-se intimamente aos modos de vida e moradia nas áreas urbanas. Vale ressaltar que a forma de participação da comunidade é quase sempre no sentido de colaborar com as autoridades sanitárias (Ferreira; Veras; Silva, 2009).

Em outros estudos sobre a participação da comunidade, os autores Gillespie et al (2016), reforçam que as lições aprendidas com a epidemia da África Ocidental e sublinham a necessidade de identificar rapidamente e trabalhar em estreita colaboração com os intervenientes da linha da frente e as comunidades locais. Isto envolve os chefes, agentes de saúde comunitários, professores e outros. Um amplo alcance de partes interessadas envolvidas ajudou a promover crenças localmente aceitáveis, tais como práticas de tratamento e enterro, incluindo a oferta de opções tão seguras quanto possível para

cuidados domiciliários onde o acesso a centros de cuidados não é possível (Gillespie et al., 2016b).

Em todos esses cenários citados as pessoas assumem a responsabilidade pela sua própria saúde, bem-estar da comunidade, e desenvolvem a sua capacidade de contribuir e ajudar. Ou seja, o enfrentamento das doenças não apenas admite, mas requer a participação comunitária, nesse sentido, a vigilância em saúde deve trabalhar com atores sociais oriundos de diferentes segmentos possibilitando novos olhares e contribuições, principalmente nas fases de preparação e resposta. Mas ainda existe uma lacuna muito grande entre as atividades dos profissionais de saúde e a comunidade (Guimarães et al., 2023b).

Historicamente, as intervenções em saúde eram conduzidas exclusivamente por profissionais, com pouca ou nenhuma participação das populações-alvo. No entanto, mais recentemente, como demonstrado anteriormente, o envolvimento comunitário passou a ocupar um papel central nas estratégias de saúde pública.

Essa abordagem torna as intervenções mais aceitáveis e apropriadas ao contexto local, além de contribuir para a melhoria na utilização dos serviços e nos resultados alcançados. Esse envolvimento também pode ajudar a reconhecer que alguns membros da comunidade podem ser mais envolvidos na implementação de mudanças na promoção ou intervenções na saúde ou podem já estar realizando em outras ações semelhantes, fortalecendo o empoderamento da comunidade e resultando em uso mais adequado de recursos financeiros (Brunton et al., 2017).

Outras experiências de programas e projetos de saúde que envolveram a comunidade, através do mapeamento de partes interessadas com ênfase no mapeamento das comunidades, resultaram positivamente na compreensão da dinâmica da população, das relações sociais e econômicas, do processo de produção da saúde ou da doença, além disso, na representação geográfica da territorialização, resultando para as comunidades informais a sua inclusão em mapas formais da cidade. Este reconhecimento das autoridades locais resultou na inclusão destas comunidades no planejamento e nos investimentos para a melhoria dos territórios informais urbanos. Quando a população está

inserida neste processo ela tem a oportunidade de refletir sobre sua condição de cidadão dentro da sociedade, impulsionando o envolvimento coletivo na busca de resoluções e melhorias (OMS, 2021).

Em suma, mapear esses atores e envolvê-los constitui uma ferramenta essencial no campo da saúde, contribuindo de forma significativa para o desenvolvimento contínuo do setor, bem como para a melhoria dos serviços e da qualidade dos cuidados oferecidos à comunidade. Esse mapeamento deveria integrar todas as etapas do processo de planejamento em saúde.

Segundo SAHANI et al. (2024), o mapeamento das partes interessadas locais e dos grupos vulneráveis nas comunidades é considerado um primeiro passo importante no envolvimento das comunidades na preparação para crises e na resposta rápida.

Diante do exposto, pode-se inferir que, tanto no Brasil quanto em outros países, a participação comunitária no planejamento, resposta e no contexto da vigilância em saúde ocorre, porém, de maneira ainda pouco estruturada ou não integração com as estruturas de saúde. Ainda segundo SAHANI et al. (2024), poucos estudos existentes documentam como a participação comunitária efetivamente ocorre, ainda existem lacunas nos processos definidos, ou mais evidências de como foi a criação de confiança e relações, entendendo que ambos os elementos parecem ser críticos na construção de respostas eficazes e resilientes.

Por isso, esse projeto de pesquisa vai de encontro a uma lacuna significativa de conhecimento e prática dos profissionais de saúde em relação à interação com a comunidade, como já evidenciado de diversas formas neste trabalho. Destaca-se, em particular, a importância para o profissional sanitário, que precisa de uma integração mais eficaz com a comunidade. O trabalho desses profissionais no envolvimento e resposta da comunidade aumenta a capacidade e a sensibilização da próxima geração desses profissionais, tanto no campo da atuação quanto para pesquisar e compreender melhor as necessidades da comunidade e envolvê-la na detecção, avaliação do risco, planejamento e outras etapas do processo de vigilância em saúde.

Para a condução desta pesquisa e buscando elucidar a realidade do processo de participação comunitária e como dito anteriormente, esse trabalho adotará as experiências das práticas do projeto de pesquisa “Guardiões da Saúde: Líderes Comunitários”.

## **PROJETO GUARDIÕES DA SAÚDE: LÍDERES COMUNITÁRIOS**

O projeto de pesquisa, GdS - Líderes Comunitários, é fruto de uma parceria estabelecida em 2022 entre a Associação Brasileira de Profissionais de Epidemiologia de Campo (ProEpi), uma organização sem fins lucrativo criada em 2014, a Sala de Situação de Saúde (SDS), um laboratório na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB) fundado em 2017, o Instituto Nacional de Saúde Pública de Cabo Verde (INSP) e Equipe de Resposta Rápida do Reino Unido (UK-PHRST) da Universidade de Londres.

Esse projeto é uma pesquisa piloto com o objetivo de desenvolver um sistema de VBE com a participação de líderes comunitários locais para detecção precoce de surtos e outros cenários de risco para a saúde pública, a pesquisa acontece no Brasil e em Cabo Verde, África, simultaneamente.

No Brasil, país da América do Sul classificado como de média e baixa renda, o projeto é desenvolvido na Região Leste de Saúde do Distrito Federal (DF) e em três municípios do estado de Goiás (GO) que compõem a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF): Pirenópolis, Niquelândia e Cavalcante. A seleção desses municípios foi realizada em parceria com os implementadores do projeto, incluindo a Secretaria Estadual de Saúde de Goiás e a Superintendência de Saúde da Região Leste do Distrito Federal.

O Distrito Federal, diferentemente dos estados brasileiros, não possui municípios, mas sim Regiões Administrativas, sendo sua organização de saúde estruturada em Regiões de Saúde. A Região de Saúde Leste foi escolhida como piloto na capital do país devido à parceria de longa data com iniciativas da Universidade de Brasília (UnB) e da Sala de Situação, além da possibilidade de testar e aprimorar a implementação do projeto antes de expandi-lo para outras Regiões de Saúde do DF. Essa região é composta pelas

Regiões Administrativas de Paranoá, Itapoã, Jardim Botânico e São Sebastião.

Em Goiás, os parceiros consideraram que Pirenópolis, um destino turístico com grande fluxo de visitantes, apresenta elevado potencial para eventos de risco relacionados à mobilidade da população. Cavalcante, além do componente turístico, se destaca pela presença de comunidades isoladas, incluindo as comunidades quilombolas Kalunga, que possuem desafios específicos de acesso à saúde e vigilância epidemiológica. Já Niquelândia, município com forte atividade mineral e industrial, atrai uma população flutuante de trabalhadores, fator que pode influenciar na dinâmica epidemiológica e na necessidade de vigilância ativa.

Cabo Verde é um país insular localizado na costa oeste da África, composto por um arquipélago de dez ilhas, das quais nove são habitadas. Assim como o Brasil, o país é classificado como de renda média-baixa. Considerando esse contexto, o projeto será implementado na Ilha de Santiago, a maior e mais populosa do arquipélago, que abriga aproximadamente 56% da população total do país. A iniciativa abrangerá os nove concelhos da ilha: Praia, Santa Catarina, Santa Cruz, São Domingos, São Lourenço dos Órgãos, São Miguel, São Salvador do Mundo, Ribeira Grande de Santiago e Tarrafal. Esses municípios foram selecionados em parceria com as autoridades locais para fortalecer a vigilância epidemiológica comunitária, levando em conta fatores como densidade populacional, desafios no acesso aos serviços de saúde e maior vulnerabilidade a surtos epidemiológicos.

O principal objetivo do estudo é avaliar a viabilidade, sustentabilidade e eficácia de um sistema VBE, que envolve a participação ativa de líderes comunitários na vigilância local de saúde, em comparação aos sistemas convencionais de VBI ou modelos VBE de cima para baixo.

Os objetivos específicos, são:

1. Trabalhar com líderes comunitários em dois países de média e baixa renda (PBMRs) propensos a surtos com baixa e média disponibilidade de recursos, respectivamente (Cabo Verde e Brasil);
2. Explorar e desenvolver tecnologia apropriada para a VBE com a participação de

lideranças locais;

3. Desenvolver metodologia e tecnologia apropriada para um sistema VBE focado em líderes comunitários para detectar rapidamente surtos e ou eventos de relevância para saúde pública;
4. Realizar piloto do VBE focado em líderes comunitários em Cabo Verde e Brasil;
5. Avaliar a aceitabilidade, viabilidade e sustentabilidade do sistema em cada ambiente;
6. Comparar a eficácia do VBE com foco em líderes comunitários com a de outros sistemas de vigilância implementados em cada país, em termos de sensibilidade e velocidade de detecção e resposta.

Para a realização do projeto GdS - Líderes Comunitários, foi criado um método para mapear e recrutar líderes comunitários, com a colaboração de profissionais de saúde locais para identificar essas lideranças. Tanto os profissionais de saúde quanto os líderes comunitários receberam treinamento específico para coleta de dados e uso dos sistemas desenvolvidos. Todas as lideranças comunitárias treinadas no contexto do projeto passam a ser chamadas de liderança comunitária para vigilância em saúde (LCVS).

Na etapa de identificação e mapeamento de lideranças comunitárias no Brasil, foram realizadas oficinas presenciais, isoladamente ou em conjunto com outras formações do projeto. Essa atividade tem como objetivo mapear novos líderes e capacitá-los para atuar na fase de detecção dos processos de vigilância em saúde, permitindo a identificação e o reporte de cenários de crise por meio de um aplicativo específico. Além disso, busca fortalecer a capacidade do território na detecção de situações que representem riscos à saúde pública. Durante os meses de julho de 2025 a maio de 2025, foram realizados doze encontros presenciais.

Em Cabo Verde, a identificação e o mapeamento das lideranças comunitárias foram realizados por meio de plataformas já consolidadas, que há vários anos trabalham diretamente com essas lideranças em diferentes áreas. No país, existe a Plataforma das Organizações Não Governamentais, que reúne diversas organizações nacionais, além de uma plataforma desenvolvida pelo Instituto da Juventude e do Desporto (IDJ), uma instituição governamental, e a Rede das Associações Comunitárias e Movimentos Sociais

da Praia.

A consulta às bases de dados dessas plataformas permitiu a identificação das lideranças comunitárias nas regiões participantes do projeto, tornando desnecessária a realização de oficinas específicas para mapeamento. Em vez disso, apenas foram conduzidas oficinas focadas no uso do sistema de coleta de dados, capacitando os líderes comunitários para contribuir com a vigilância epidemiológica e fortalecer a detecção precoce de cenários de risco à saúde pública.

O aplicativo Guardiões da Saúde (GdS), desenvolvido e adaptado para a pesquisa, foi disponibilizado para Android e iOS. Os líderes comunitários registram os eventos de interesse por meio do aplicativo, acessível em dispositivos móveis e tablets, e gratuito. As informações coletadas incluem rumores e outros dados de fontes diretas e indiretas.

O Guardiões da Saúde é uma estratégia de vigilância participativa que teve início no Brasil por meio de uma iniciativa do Ministério da Saúde, com o objetivo de envolver a população no monitoramento de sinais e sintomas de doenças em eventos de grande escala, auxiliando na detecção precoce de surtos e epidemias. Ao longo dos anos, a ProEpi, em parceria com outras instituições, passou a atuar como implementadora da estratégia, expandindo seu uso para diferentes cenários.

Um exemplo dessa ampliação foi sua aplicação como ferramenta de vigilância ativa institucional na Universidade de Brasília (UnB), contribuindo para o monitoramento de condições de saúde dentro do ambiente acadêmico. Dando continuidade a esse desenvolvimento, surge o projeto GdS - Líderes Comunitários, que representa uma oportunidade de adaptação da estratégia para um novo modelo com base na Vigilância Baseada em Evento de Base Comunitária.

Por isso, no contexto deste projeto, o aplicativo GdS interage com a plataforma *Electronic Emergency Management* (ePHEM), usada pelos profissionais de saúde participantes do projeto para classificar e avaliar os sinais relatados pela comunidade, facilitando a tomada de decisões sobre potenciais riscos à saúde.

A plataforma ePHEM é desenvolvida pelo escritório regional da Organização Mundial da Saúde para o Mediterrâneo Oriental (EMRO) em parceria com o Escritório Regional Africano da OMS (AFRO). A tecnologia é um software de código aberto para facilitar a gestão de emergência de Saúde Pública (PHEOCs) nos níveis nacional e subnacional.

A plataforma possibilita aos gestores em saúde monitorar e manejar os dados em saúde a fim de elaborar respostas eficazes a surtos e emergências caso identificados. Como forma de melhorar a análise dos dados obtidos através do aplicativo, o projeto GdS - Líderes Comunitários foi responsável pela integração do ePHEM com o aplicativo GdS, iniciativa pioneira na América Latina visto que a ferramenta está em uso somente no continente africano e em países do Oriente Médio.

Assim, a ferramenta irá possibilitar uma análise sistemática dos dados reportados pelos líderes mapeados no âmbito do projeto para que assim a vigilância em saúde monitore, avalie e, se necessário, atue em um contexto de anormalidade no contexto da vigilância em saúde nos territórios.

Ao final desse projeto, serão realizadas entrevistas para a coleta de dados adicionais e avaliação do impacto da implementação do sistema. Todos os procedimentos do projeto foram aprovados pelos comitês de ética da Universidade de Brasília (UnB), Instituto Nacional de Saúde Pública de Cabo Verde e London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM).

Neste contexto, o projeto de pesquisa deste mestrado profissional busca responder à seguinte pergunta: Como identificar e recrutar lideranças comunitárias para fortalecer o processo de vigilância em saúde?

Visando responder essa pergunta, o objetivo principal será a descrição do processo aplicado no mapeamento de lideranças comunitárias do projeto Guardiões da Saúde: Líderes Comunitários, integrando também com evidências científicas da literatura.

Espera-se que os resultados encontrados neste estudo possam ser sistematizados em material escrito, chamado de “guia” que pode ser utilizado e adaptado para outros

contextos. Esse produto pode servir para a melhor compreensão da importância e das etapas sugeridas para o mapeamento de lideranças comunitárias, e assim, implementar a participação da comunidade no processo de vigilância em saúde, contribuindo para a estruturação de processos, métodos e técnicas para o trabalho comunitário em saúde.

## **OBJETIVOS**

### **GERAL**

Desenvolver um método para o mapeamento e recrutamento de lideranças comunitárias para a vigilância em saúde.

### **ESPECÍFICOS**

1. Realizar uma revisão de literatura sobre métodos e abordagens de mapeamento e recrutamento de lideranças comunitárias no contexto da vigilância em saúde.
2. Analisar o processo de mapeamento e recrutamento de lideranças comunitárias do projeto Guardiões da Saúde: Líderes Comunitários.
3. Estruturar uma abordagem metodológica, apresentada em um guia prático, que sistematize o mapeamento e o recrutamento de lideranças comunitárias para a vigilância em saúde.

## **METODOLOGIA**

### **TIPO DE ESTUDO**

A pesquisa trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, cujo objetivo é desenvolver um método para o mapeamento e recrutamento de lideranças comunitárias para vigilância em saúde. O objetivo é compreender a questão central — como identificar e recrutar lideranças comunitárias para fortalecer o processo de vigilância em saúde? — é abordada de maneira exploratória, buscando compreender contextos, estratégias, desafios e potencialidades, e de forma descritiva, ao registrar e sistematizar os processos observados. Para tanto, a metodologia empregada combina duas técnicas complementares, distribuídas em três etapas: (1) uma revisão de escopo, destinada a mapear estratégias e conhecimentos existentes sobre o tema; (2) a análise de diários de campo, produzidos por meio da observação participante no projeto GdS – Líderes; e (3) a elaboração de um material escrito em formato de guia. O conjunto de informações coletadas tem como finalidade sistematizar as experiências e lições aprendidas, tanto a partir da literatura quanto do projeto, visando à organização e o desenvolvimento do método em um guia prático.

## **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DA METODOLOGIA**

### **PROCESSO METODOLÓGICO**

Segundo Zikmund (2000), os estudos exploratórios costumam ser úteis para diagnosticar situações, descobrir soluções alternativas ou descobrir novas ideias. Realizados nos estágios iniciais de um processo de pesquisa mais amplo, esses estudos têm como objetivo esclarecer e definir a natureza de um problema, gerando informações que embasam e direcionam o desenvolvimento subsequente da investigação.

De acordo com Gil (2002, p. 41), a pesquisa exploratória é conduzida com o objetivo de oferecer uma compreensão abrangente sobre determinado fenômeno. Essa abordagem torna-se especialmente relevante quando o tema escolhido é pouco investigado, dificultando a formulação de hipóteses precisas. Nessa perspectiva, a

revisão bibliográfica assume papel central, permitindo ao pesquisador mapear o conhecimento existente e identificar lacunas que necessitam de investigação aprofundada.

O mesmo autor (p. 42), ressalta que o estudo descritivo tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno. A pesquisa descritiva leva o pesquisador a conhecer e interpretar a realidade, sem interferir para modificá-la. Essa etapa descritiva complementa a fase exploratória ao sistematizar os dados coletados e oferecer um retrato fiel dos processos observados.

Triviños (1987), reforça a ideia de que os estudos exploratórios ampliam o conhecimento sobre um determinado problema, servindo de base para a realização de pesquisas descritivas subsequentes. Segundo o autor, esse tipo de pesquisa, aparentemente simples, explora a realidade buscando maior conhecimento, para depois realizar uma pesquisa descritiva.

Além dessas considerações, é importante destacar a relevância da complementação de cada método como estratégia para aumentar a confiabilidade e a validade dos resultados obtidos. A combinação de uma revisão de escopo — que consolida as evidências bibliográficas — com a análise de diário de campo obtido por meio da observação participante do projeto GdS: Líderes exemplifica essa abordagem de integração. Essa estratégia metodológica não só amplia o conhecimento sobre o tema, mas também possibilita a identificação de aspectos contextuais e operacionais que enriquecem a compreensão do fenômeno.

Portanto, esta pesquisa adota um delineamento exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Na fase exploratória, por meio de uma revisão de literatura, busca-se aumentar o entendimento teórico sobre as estratégias de identificação e recrutamento de lideranças comunitárias na vigilância em saúde. Em seguida, na fase descritiva, serão analisados os processos do projeto GdS: Líderes. Nesse sentido, essa pesquisa irá se dividir em três etapas de acordo com os objetivos específicos, conforme quadro explicativo abaixo.

**Quadro 01** - Percurso e técnicas utilizadas para cada objetivo proposto e resultados esperados, 2025.

| <b>Objetivos</b>                                                                                                                                                            | <b>Técnica de coleta de dados</b>                                                                                   | <b>Resultado esperado</b>                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Realizar uma revisão de literatura sobre métodos e abordagens de mapeamento de lideranças comunitárias no contexto da vigilância em saúde.                                  | Revisão de escopo                                                                                                   | Diagnóstico e mapeamento de práticas existentes, métodos e lacunas                                                                      |
| Analisar o processo de mapeamento e recrutamento de lideranças comunitárias do projeto Guardiões da Saúde: Líderes Comunitários.                                            | Diário de campo, utilizando observação participante para registrar as interações, atividades e o processo           | Identificar os desafios e facilitadores no processo de mapeamento aplicado<br>Propor recomendações para replicar o modelo de mapeamento |
| Estruturar uma abordagem metodológica, apresentada em um guia prático, que sistematize o mapeamento e o recrutamento de lideranças comunitárias para a vigilância em saúde. | Sistematização das evidências obtidas na revisão de escopo e o diário de campo das atividades realizadas no projeto | Definição de processos replicáveis<br>Desenvolvimento de materiais escritos acessíveis e aplicáveis em diferentes contextos             |

A seguir serão apresentadas todas as técnicas utilizadas de acordo com a ordem de cada objetivo listado acima.

### **PRIMEIRA ETAPA: REVISÃO DE ESCOPO**

Para compreender a extensão de evidências disponíveis sobre mapeamento de lideranças comunitárias na saúde foi realizada uma revisão de literatura do tipo “*scoping review*” (“revisão de escopo”), que consiste em uma técnica que busca sintetizar evidências de pesquisa e “mapear” estudos relevantes no campo de interesse, em um dado campo em termos de sua natureza, características e volume (Tricco et al, 2016).

As revisões de escopo podem ser usadas para reunir os principais conceitos que sustentam um campo de pesquisa, bem como para esclarecer definições de trabalho

e/ou os limites conceituais de um tópico, lacunas de conhecimento ou esclarecer conceitos/definições na literatura. A revisão de escopo também objetiva identificar aquilo que não vem sendo abordado, os chamados “*gaps*” da literatura, o que obviamente poderá orientar o desenvolvimento de pesquisas futuras. Ao contrário dos outros tipos de revisão, que possuem maior tendência de abordar questões relativamente precisas, as revisões de escopo possuem perguntas de pesquisa mais amplas, e podem ser compostas por estudos com diferentes desenhos metodológicos (ARKSEY; O’MALLEY, 2005).

A estrutura original para condução da revisão de escopo foi proposta pelos pesquisadores Arksey e O'Malley. Essa estrutura foi então avançada e estendida por Levac e colegas (2010). A metodologia de revisão de escopo foi então refinada ainda mais, e a orientação correspondente foi desenvolvida por um grupo de trabalho do Instituto Joanna Briggs (JBI), uma organização composta por pesquisadores interessados na temática da “prática baseada em evidência”. A JBI fornece uma série de protocolos a serem utilizados para o desenvolvimento de diferentes tipos de revisão de literatura, dentre elas a de escopo, com a finalidade de aumentar o rigor científico das revisões, e orientar os pesquisadores no desenvolvimento de suas pesquisas. Esse grupo desenvolveu um manual com orientações para que esse tipo de síntese de conhecimento seja rigorosamente conduzida, transparente e confiável. Em 2018, a Declaração de Itens de Relatório Preferenciais para Revisões Sistemáticas (PRISMA) foi estendida para Revisões de Escopo – o PRISMA-ScR. O PRISMA-ScR foi desenvolvido por vários especialistas em revisões de escopo e síntese de evidências, incluindo membros de outros grupos de trabalho, para ser consistente com a metodologia de revisão de escopo do JBI.

O protocolo Joanna Briggs estabelece passos importantes que devem ser seguidos rigorosamente, sendo eles: definição da questão de pesquisa utilizando acrônimo para População, Conceito e Contexto (PCC), definição dos critérios de inclusão e exclusão, realização de testes pilotos para definição da estratégia de pesquisa, seleção dos estudos, consulta de referências, extração de dados, análise e apresentação dos resultados, descrição das discussões e conclusões.

## **Definição da questão de pesquisa**

Seguindo as orientações do protocolo JBI a definição da questão de pesquisa seguiu as orientações do PCC, a partir da seguinte pergunta: Quais as principais estratégias de identificação e mapeamento de lideranças comunitárias têm sido utilizadas na vigilância em saúde?

Nesse sentido, entende-se como População: Lideranças comunitárias ou *community leader*; Conceito: Estratégias de identificação e mapeamento ou *mapping strategies*, *recruitment*; *sustainable engagement* e Contexto: Vigilância em saúde ou *health surveillance*.

## **Definição dos critérios de inclusão e exclusão**

Os critérios de inclusão que a revisão de escopo irá considerar os participantes, contexto, tipo de material, metodologia, idiomas e recorte temporal.

Quanto aos participantes: estudos envolvendo “líderes” comunitários em sentido amplo, abrangendo trabalhadores comunitários da saúde, líderes religiosos e representantes de instituições como redes humanitárias e organizações da sociedade civil.

Quanto ao contexto: estratégias para mapear e identificar participantes da comunidade no âmbito da vigilância em saúde, promoção da saúde e prevenção de doenças, intervenções de educação em saúde, comunicação de riscos e engajamento comunitário. Referências que abordem a classificação e as competências de “líderes” comunitários também foram consideradas.

Quanto ao tipo de material: Artigos originais e completos, frameworks, documentos orientadores, manuais, livros e capítulos de livros e outros documentos não indexados.

Quanto aos objetivos: artigos e documentos que apresentem estratégias de mapeamento e recrutamento de lideranças visando a participação comunitária na vigilância em saúde.

Quanto à metodologia: Estudos observacionais, relatos de experiência, estudos de caso, pesquisa participativa, pesquisa-ação, pesquisa de intervenção, pesquisas e entrevistas.

Em relação ao idioma e ao recorte temporal, a revisão incluirá publicações em inglês, português e espanhol. O recorte temporal será amplo e poderá variar conforme a base de dados, considerando estudos publicados de 1986 até maio de 2024.

Os critérios de exclusão utilizados são: publicações duplicadas, publicações como editoriais, carta ao leitor, teses e dissertações, estudos clínicos e artigos de revisão.

### **Definição da estratégia de busca**

Realizou um processo de “testes pilotos” nas bases de dados com diferentes variações dos descritores, assim é possível ter uma amplitude de estudos, garantindo que outros trabalhos possam ser identificados para a revisão, ao contrário das buscas realizadas de forma rápida nas bases de dados.

### **TESTES PILOTOS**

A estrutura para teste piloto é descrita abaixo:

- Foram realizados sete testes com os descritores selecionados para a revisão
- O último teste apresentou mais evidências e foi selecionado uma amostra aleatória de 30 títulos/resumos
- 2 revisores fizeram a triagem usando os critérios de inclusão e exclusão com recorte temporal amplo para a BVS e PubMed entre 1986 a maio de 2024.
- Os revisores discutiram as discrepâncias e concordaram em manter o teste com mais resultados dentro do escopo da pesquisa.

### **ESTRATÉGIA DE BUSCA**

Foram elencadas as seguintes plataformas de busca: PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), além das bases de dados citadas, também serão consultados sites de organizações internacionais e nacionais de relevância em saúde pública para coletar guias, manuais e outros documentos não indexados. As seguintes fontes serão

consideradas: Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), e outras instituições, como redes globais humanitárias, como a Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho (IFRC).

Na base de dados PubMed e BVS foram utilizados os termos em inglês: ((mh:("community health workers")) OR ("community leader") OR ("community health volunteers")) AND (mh:("public health surveillance")) OR ("community-based surveillance"), com recorte temporal amplo para BVS e PubMed entre 1986 a maio de 2024.

Nos sites das organizações internacionais a busca foi realizada de acordo com os descritores disponíveis na página de pesquisa de documentos de cada organização e considerou as publicações mais recentes até maio de 2024. Conforme abaixo:

Organização Mundial da Saúde: Community engagement and Community health

OPAS: Community leader

IFRC: Community engagement and Community health

### **Seleção dos estudos**

As principais etapas foram:

1. Exclusão de estudos duplicados para triagem e leitura dos títulos, resumos e palavras-chaves.
2. Estudos analisados a partir da leitura dos textos completos aplicando os critérios de inclusão e exclusão mencionados anteriormente.
3. Análise das evidências para categorização dos estudos na fase de extração de dados.

Dois revisores independentes realizaram a leitura dos títulos e resumos para avaliar a elegibilidade dos documentos para leitura completa e extração de dados. Um terceiro revisor foi acionado sempre que houve discordância na seleção. A leitura completa dos artigos foi realizada por três revisores.

## **CONSULTA DE REFERÊNCIAS**

Seguindo o manual da JBI foi realizada uma etapa de consulta de referências que consiste em uma busca de estudos na lista de referências bibliográficas dos estudos selecionados com o objetivo de ampliar mais ainda todas as fontes de dados previamente encontradas na busca convencional nas bases de dados. Para as fontes adicionais selecionadas, seguiu os mesmos processos descritos no item "seleção dos estudos" a partir do item 2.

### **Extração de dados**

Os estudos selecionados para compor a revisão foram lidos e os dados foram organizados a partir de análise quantitativa com o objetivo de identificar as seguintes categorias: (1) contexto do estudo; (2) dimensão geográfica; (3) doenças e condições de saúde abordadas; (4) população-alvo; (5) atividades de saúde para as quais os participantes da comunidade estavam sendo recrutados; (6) tipos de participantes da comunidade mapeados e identificados; (7) competências e responsabilidades atribuídas aos participantes; (8) métodos de estudo utilizados; (9) critérios, processo e eficácia do recrutamento; (10) instituições envolvidas; (11) limitações e sucessos relatados; e (12) sustentabilidade e estratégias para a manutenção do programa.

### **Organização dos dados e resultados**

Para a organização dos dados, foi utilizado o gerenciador Rayyan e o software *Excel*®. Os resultados das leituras foram sumarizados seguindo as recomendações do Joanna Briggs Institute.

## **SEGUNDA ETAPA: OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE**

A observação é um método que permite vivenciar a realidade dos fatos e implica saber ouvir, escutar, ver, fazer uso de todos os sentidos. A observação como método de pesquisa é preciso aprender quando perguntar e quando não perguntar, assim como que perguntas fazer na hora certa. As entrevistas formais são muitas vezes desnecessárias, devendo a coleta de informações não se restringir a isso. A observação quando utilizada de forma planejada, sistemática e alinhada a objetivos

claros, com verificações e controles que garantam sua validade e precisão (Valladares, 2007).

No passado, os pesquisadores dependiam intensamente de sua capacidade de memória, uma vez que os ambientes investigados costumam ser dinâmicos, e os eventos frequentemente ocorrem em uma velocidade superior à capacidade de registro manual. Essa limitação forçava o pesquisador a recorrer à memória para reconstruir os fatos durante a elaboração de suas anotações, o que, inevitavelmente, aumentava o risco de falhas ou omissões na coleta de informações (Marietto, 2018).

Nesse aspecto, sobre o uso da observação como instrumento essencial da pesquisa científica Selltitz et al. (1987) referem-se da seguinte maneira: "a observação não é apenas uma das atividades mais difusas na vida diária; é também um instrumento básico da pesquisa científica. A observação torna-se uma técnica científica à medida que serve a um objetivo formulado de pesquisa, é sistematicamente planejada, sistematicamente registrada e ligada a proposições mais gerais e, em vez de ser apresentada como conjunto de curiosidades interessantes, é submetida a verificações e controles de validade e precisão."

Existem duas maneiras de executar a observação dentro de uma abordagem qualitativa de pesquisa: a observação não participante e a observação participante. Para Minayo et al. (2002), a importância dessa técnica está no fato de permitir captar diversas situações ou fenômenos que não são obtidos por meio apenas de perguntas.

A observação participante é um método qualitativo com raízes na pesquisa etnográfica tradicional, utilizado para entender as práticas e interações dentro de um grupo social a partir da imersão do pesquisador no contexto estudado. O termo foi utilizado pela primeira vez pelo antropólogo Bronislaw Malinowski na década de 1920, em seu trabalho sobre as Ilhas Trobriand, onde descreveu como o envolvimento ativo com a comunidade era essencial para compreender seus costumes e dinâmicas culturais. Posteriormente, essa abordagem foi ampliada e sistematizada por outros pesquisadores, como Margaret Mead e Clifford Geertz, tornando-se uma metodologia central em antropologia e outras ciências sociais.

Essa abordagem permite ao pesquisador compreender os padrões de atividade humana a partir do contexto sociocultural do ambiente observado. Por meio da inserção no grupo, o pesquisador vivencia diretamente os conhecimentos, valores e práticas compartilhados pelos participantes, interagindo com eles por longos períodos. Esse processo não apenas favorece uma visão interna da dinâmica do grupo, mas também possibilita captar nuances que seriam inacessíveis por métodos mais distantes, permitindo uma interpretação mais profunda das relações e significados atribuídos pelos sujeitos às suas experiências cotidianas (TRIVINOS, 1987).

Nesse sentido, nesta pesquisa foi adotada a observação participante e foram realizadas 42 horas de observação em 12 oficinas de mapeamento de lideranças realizadas no projeto GdS - Líderes durante os meses de julho de 2024 a maio de 2025, complementarmente, foram incluídas 5 horas de análise de relatórios provenientes de experiências de Cabo Verde. Durante esse processo foi utilizado o diário de campo para documentar as observações e evidências das práticas e subjetividades da atividade observada.

O diário de campo consiste na descrição escrita de todas as manifestações que o observador percebe no sujeito - verbais, ações, atitudes etc. Nesse documento também é recomendado registrar as reflexões que surgirem durante a observação dos fenômenos. Na pesquisa qualitativa, as descrições exatas são um requisito fundamental para o avanço na explicação e compreensão da totalidade do fenômeno, sua dinâmica e relações no contexto estudado (TRIVINOS, 2009).

### **Roteiro de observação**

As observações foram guiadas por um roteiro previamente estruturado, que contemplava informações gerais como o horário ou período (manhã, tarde ou noite), o tipo de atividade observada, a descrição detalhada dos eventos, as impressões do observador, além de dados sobre o espaço físico, participantes envolvidos e a dinâmica das oficinas. O roteiro também incluía aspectos relacionados ao planejamento das ações, a organização do processo, as apresentações dos participantes, os debates e

discussões realizados, bem como qualquer outra atividade desenvolvida durante as ações de campo do projeto nos territórios.

Tais observações foram realizadas por dois pesquisadores. Após cada oficina os observadores reuniram-se para planejamento e organização das próximas etapas das observações, a fim de que fosse contemplado o maior número possível de situações.

Todas as observações foram transformadas em anotações de campo, conhecidos também por diário de campo, durante a atividade observada (quando possível), ou ainda ao final do dia, quando findava a atividade.

Além disso, como forma de complemento de informações foram utilizadas fontes primárias de pesquisas como gravadores em áudio e/ou vídeo para coleta de dados, por isso, outras formas eletrônicas para as anotações como gravações e fotografias serão utilizadas na observação não participante. Porém, ressalta-se que estes servem como complemento, pois a principal atenção recai nas anotações do diário de campo durante as atividades desenvolvidas.

### **Organização de dados**

As observações transcritas foram submetidas a uma releitura dos diários de campo e outras fontes de dados primária, as quais foram sublinhadas e mapeadas as informações correspondentes às práticas de intervenção. Essas informações, foram submetidas à análise de conteúdo, permitindo a identificação de padrões, categorias e temas emergentes nos registros, resultando na interpretação sistemática das descrições e reflexões registradas.

A técnica de análise de conteúdo, conforme Minayo (2001), é amplamente compreendida hoje como um conjunto de métodos analíticos que teve sua origem nos Estados Unidos no início do século XX. Até a década de 1950, prevalecia uma abordagem predominantemente quantitativa, focada na contagem da frequência de características presentes nos conteúdos das mensagens. Atualmente, a técnica assume duas funções principais: (1) a tentativa de confirmar hipóteses previamente estabelecidas durante o processo investigativo e (2) a busca por significados

subjacentes aos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado. Essas duas funções, na prática, podem se complementar e ser aplicadas tanto em abordagens quantitativas quanto qualitativas, dependendo dos objetivos da pesquisa.

Para Bardin (1977) a Análise de Conteúdo se divide em três fases: a primeira chamada de pré-análise, a segunda exploração do material e a última em que é realizado o tratamento dos resultados por meio da inferência e da interpretação.

De acordo com Mendes (2013), as etapas da Análise de Conteúdo são organizadas em três fases principais. A primeira é a pré-análise, que corresponde ao momento de organização dos dados, com o objetivo de constituir o corpus da pesquisa. Nessa etapa, realiza-se uma “leitura flutuante” para estabelecer contato inicial com os dados e obter uma percepção preliminar das mensagens.

A segunda etapa é a exploração do material, que envolve uma análise mais profunda. Nesse momento, buscam-se identificar as unidades de registro e de contexto, utilizando diferentes procedimentos metodológicos, como entrevistas coletivas, transcrições de registros reflexivos e atas. A partir desse processo, são formuladas as unidades de significação com base nos temas emergentes.

Por fim, na terceira etapa, ocorre o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Nessa fase, os dados são organizados e analisados para que possam adquirir significado, possibilitando a construção de interpretações consistentes e alinhadas aos objetivos da pesquisa. Minayo (2001) indica que é a fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação e consiste no tratamento estatístico simples dos resultados, permitindo a elaboração de tabelas que condensam e destacam as informações fornecidas para análise. A partir das classificações elaboradas pode-se fazer inferências, interpretar os dados, tentar descobrir o que está escondido em relação aos documentos que foram selecionados na primeira fase.

Nesse sentido, a pesquisa será conduzida seguindo as etapas descritas por Mendes (2013) para a análise de conteúdo, aplicadas aos diários de campo.

### **TERCEIRA ETAPA: ELABORAÇÃO DO GUIA**

Na última etapa do método, com base nos subsídios fornecidos pelos resultados da síntese da revisão de escopo e da análise dos diários de campo, será elaborado material escrito em formato de guia contendo recomendações, etapas e métodos para o mapeamento de lideranças para vigilância em saúde.

Segundo Echer (2005), a elaboração de material escrito deve seguir uma sistemática que se inicia na busca de conhecimento científico na literatura especializada, redação do assunto selecionando as informações realmente necessárias para uma abordagem significativa do tema e, finalmente, a transformação da linguagem científica, tornando-a compreensível, de fácil leitura e convidativa ao público destinado. É importante transformar a linguagem das informações encontradas na literatura, tornando-as acessíveis a todas as camadas da sociedade, independentemente do grau de instrução das pessoas.

Os materiais escritos, como manuais, folhetos, guias e cartilhas configuram-se como ferramentas para o trabalho de equipes multidisciplinares. (ECHER, 2005)

Hoffmann e Worrall (2004) descreveram recomendações utilizadas para a construção de materiais escritos para educação em saúde e destacam que este processo de criação requer atenção para os seguintes aspectos: conteúdo, linguagem, organização, layout, ilustração, aprendizagem e motivação. Essas diretrizes orientaram o processo de construção para garantir clareza, acessibilidade e adequação ao público-alvo.

Serão aplicadas as recomendações desses autores para a elaboração de materiais escritos dessa pesquisa.

#### **Conteúdo**

O conteúdo do guia foi diretamente fundamentado nos resultados obtidos nas duas primeiras etapas da pesquisa. Assim, o levantamento das informações baseou-se na literatura científica e nas atividades desenvolvidas pelo projeto GdS - Líderes, permitindo a exploração de temas específicos e conceitos relacionados ao mapeamento de lideranças.

## **Linguagem**

Quanto à linguagem, embora o material seja destinado principalmente aos profissionais de vigilância em saúde, é importante destacar a natureza multidisciplinar do tema. Por isso, busca-se atender a diversos públicos, incluindo pesquisadores e demais interessados na temática. Nesse sentido, a transformação dos resultados da revisão de escopo envolveu a adaptação da linguagem, tornando-a clara e objetiva, independentemente do nível de formação dos leitores.

## **Organização, layout e ilustração**

De acordo com Hoffmann e Worrall (2004), a organização de materiais escritos deve seguir um sequenciamento adequado das informações, assegurando clareza. Nesse contexto, o guia será estruturado de forma lógica, considerando o volume de conteúdos obtidos e integrando recursos visuais para facilitar a compreensão. Fotografias das atividades desenvolvidas no projeto serão incluídas para ilustrar de forma realista as ações e métodos sugeridas, conectando-se às ideias apresentadas no texto e tornando o material mais dinâmico.

O layout representa a harmonia entre o conteúdo e a apresentação visual do material, sendo essencial para tornar o guia atrativo e funcional. A estruturação envolveu a definição da paleta de cores do projeto, alinhada à identidade visual, a organização básica dos conteúdos e a disposição equilibrada do texto e dos elementos gráficos no material educativo. O guia foi estruturado com os seguintes elementos: capa, contracapa, apresentação, sumário, seções de conteúdo organizadas de forma lógica, e anexos.

## **Aprendizagem e motivação**

Quanto ao aprendizado e motivação, Hoffmann e Worrall (2004) destacam a importância de incorporar recursos que envolvam ativamente o leitor. Com base nisso, o guia dessa pesquisa utilizará estratégias como: títulos em formato de perguntas para estimular a análise reflexiva; sinalização de materiais complementares que podem ser acessados para aprofundamento; caixas de destaque com mensagens-chave; e o uso

de ícones e legendas para facilitar a navegação e compreensão. Esses elementos visam tornar o guia mais funcional para diferentes perfis de leitores.

Por fim, este material escrito não tem a pretensão de esgotar o tema, mas sim de contribuir com orientações que, somadas a outros conhecimentos existentes, possam auxiliar na construção de materiais mais eficazes e registrar novas lições aprendidas sobre a implementação de ações de mapeamento e recrutamento de lideranças comunitárias. A disponibilização de materiais que documentam os processos é fundamental, pois facilita a disseminação de boas práticas e uniformiza as orientações a serem seguidas.

## **ASPECTOS ÉTICOS**

Todo o processo de pesquisa foi conduzido em conformidade com os princípios éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, assegurando o respeito aos direitos, à dignidade e à confidencialidade dos participantes. Esta pesquisa integra um projeto guarda-chuva Guardiões da Saúde: Líderes Comunitárias previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, com o projeto principal avaliado e autorizado sob o Parecer nº 6.304.979, garantindo o cumprimento integral de todos os requisitos éticos estabelecidos.

## **RESULTADOS**

### **Revisão de escopo**

Foram identificados 843 artigos no total: 309 no PubMed e 534 na BVS. Após a remoção de duplicatas, 806 artigos foram selecionados, dos quais 29 foram considerados elegíveis para leitura completa, incluindo 9 identificados por meio de busca manual nas listas de referências. Dezesesseis desses 29 artigos foram incluídos nesta revisão.

A partir da consulta a sites de organizações internacionais e nacionais relevantes na área da saúde pública, foram inicialmente identificados 40 documentos. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, 14 foram selecionados para leitura na íntegra. Dentre esses, 2 documentos adicionais foram identificados por meio das referências bibliográficas dos textos analisados. A leitura completa foi realizada por um dos pesquisadores, resultando na inclusão de 9 documentos adicionais nesta revisão. Ao final do processo de seleção, 25 referências, entre artigos e documentos, foram consideradas elegíveis para compor este estudo (Figura 1).

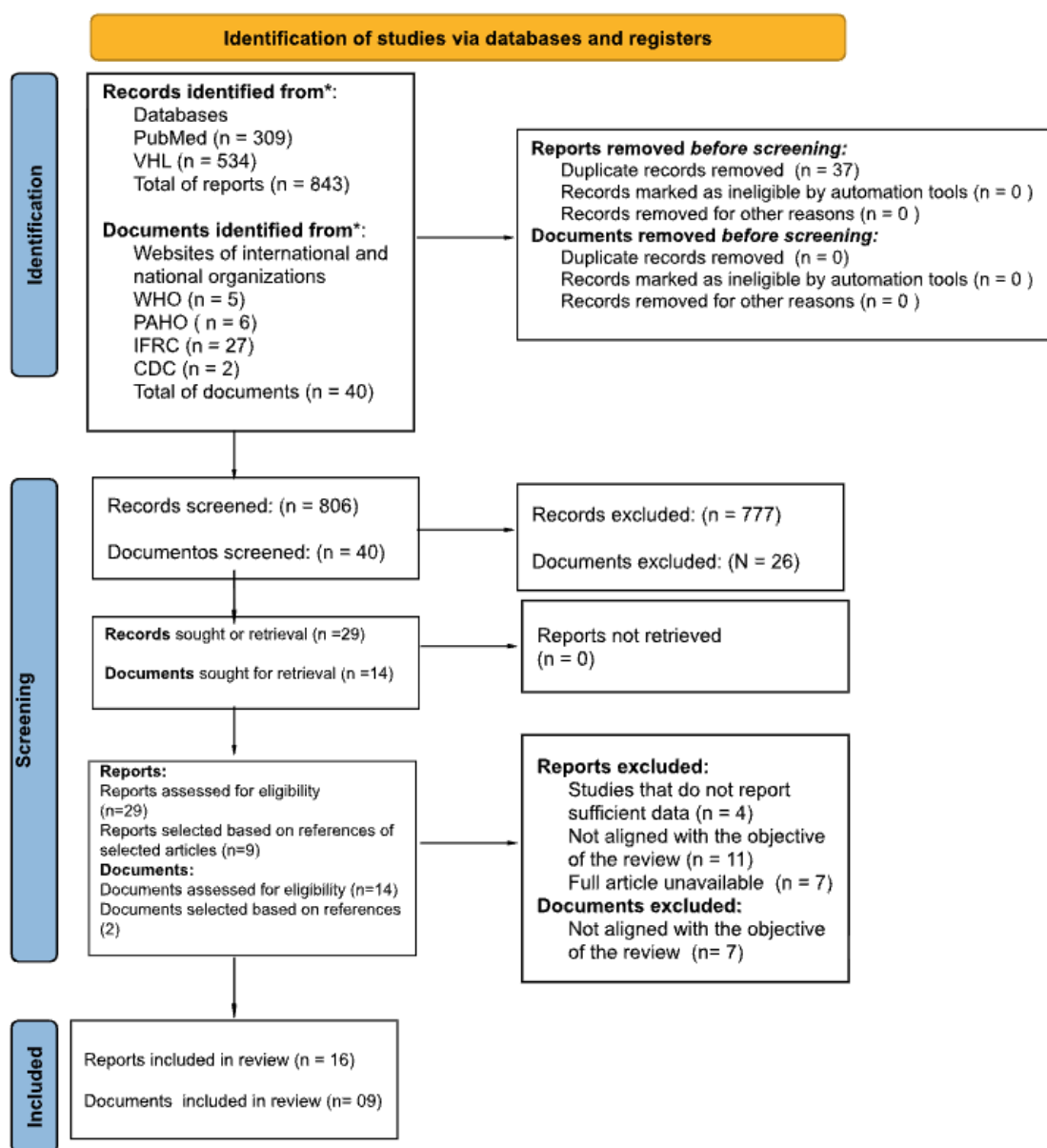


**Figura 01** - Fluxograma de seleção dos estudos segundo as etapas do PRISMA-ScR.

Os resultados foram resumidos nos seguintes tópicos: (1) contextos do programa, (2) termos-chave, (3) etapas de mapeamento e recrutamento, (4) atividades desenvolvidas, (5) remuneração, (6) impacto do programa e (7) características dos líderes comunitários e voluntários comunitários.

Para diferenciar os estudos formais sobre experiências de implementação (16) daqueles pertencentes à literatura cinzenta, como documentos de natureza técnica, diretrizes e livros (9), esta revisão analisa ambos pelos mesmos temas, mas

separadamente. Essa distinção visa destacar os diferentes níveis de profundidade do conteúdo e as abordagens adotadas, refletindo os propósitos e objetivos específicos de cada tipo de publicação.

Os 16 estudos formais abrangeram uma diversidade de abordagens metodológicas. 10 (62,5%) empregaram métodos qualitativos, incluindo entrevistas, grupos focais, estudos de caso etc. Os demais estudos aplicaram métodos mistos ou descritivos. Os anos de publicação variaram de 2013 a 2024, enquanto os períodos de implementação dos programas relatados abrangem de 1988 a 2020.

Entre os documentos de literatura cinzenta, há uma predominância de documentos técnicos com foco em práticas e estratégias orientadoras para mapeamento e engajamento comunitário, produzidos por organizações internacionais de saúde. Apenas um se destaca em um formato diferente: o livro *The Community Toolbox*, desenvolvido pelo Centro de Saúde e Desenvolvimento Comunitário da Universidade do Kansas.

**Quadro 02** - Caracterização dos estudos incluídos na revisão de escopo segundo autor, título, ano, objetivos e métodos.

| References           | Article name                                                                                                                                                                                                     | Year of publication | Research objective                                                                                                                                                                                            | Study method                                                                              |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Asegedewet al., 2019 | The CORE Group Polio Project's Community Volunteers and Polio Eradication in Ethiopia: Self-Reports of Their Activities, Knowledge, and Contributions                                                            | 2019                | Describes the development, knowledge, and practices of specialized community volunteers (CVs) supporting polio eradication in Ethiopia                                                                        | Survey questionnaire delivered by face-to-face interview                                  |
| Valdez et al., 2020  | Malaria outbreak response in urban Santo Domingo, Dominican Republic: lessons learned for community engagement                                                                                                   | 2020                | To provide evidence on successful community engagement in public health programs by sharing key lessons from a malaria outbreak response in urban Santo Domingo (Los Tres Brazos neighborhood) from 2015-2016 | Qualitative study including interviews, focus groups, and multiple informal conversations |
| Losey et al., 2019   | The CORE Group Polio Project: An Overview of Its History and Its Contribution to the Global Polio Eradication Initiative                                                                                         | 2019                | To provide an overview of the history and contributions of the CORE Group Polio Project to the Global Polio Eradication Initiative                                                                            | Descriptive report of history and processes                                               |
| Rajaa et al., 2022   | Contribution of community health care volunteers in facilitating mobilization for diabetes and hypertension screening among the general population residing in urban puducherry - An operational research study. | 2022                | To evaluate the contribution of community health volunteers (CHVs) in mobilizing adults for diabetes and hypertension screening in a selected Primary Health Centre (PHC) of Puducherry, India                | Community-based operational research study                                                |

| References               | Article name                                                                                                                                                    | Year of publication | Research objective                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Study method                                                                                                                   |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Lee (2020)               | Engaging female community health volunteers in maternal health services and its satisfaction among village mothers in Hill and Mountain Regions, Nepal.         | 2020                | To assess Female Community Health Volunteers (FCHV) programmes in Nepal for the management of maternal health in rural areas                                                                                                                                                                                           | Qualitative approach with a community-based snowball approach (seed-and-recruit approach)                                      |
| Ludwick et al., 2014     | Poor retention does not have to be the rule: retention of volunteer community health workers in Uganda                                                          | 2013                | To examine retention rates and reasons for attrition for volunteer community health workers trained by Healthy Child Uganda (HCU) and to assess factors related to community health worker selection and motivation.                                                                                                   | Inquiry and retrospective review                                                                                               |
| Schwarz et al., 2014     | Strengthening Nepal's Female Community Health Volunteer network: a qualitative study of experiences at two years                                                | 2014                | To evaluate a pilot programme designed to strengthen the Nepali government's Female Community Health Volunteers (FCHV) network                                                                                                                                                                                         | Retrospective programmatic evaluation including qualitative analysis of focus group discussions and semi-structured interviews |
| Panday Set al., 2024     | Exploring the motivations of female community health volunteers in primary healthcare provision in rural Nepal: A qualitative study                             | 2024                | This study aimed to explore experiential factors that can influence volunteers' motivation, including how motivation is affected by and fits in with women's livelihoods in rural Nepal and from women's own perspectives.                                                                                             | Qualitative data was collected in 2014 (semi-structured interviews and focus group)                                            |
| Lusambili AMet al., 2021 | Community health volunteers challenges and preferred income generating activities for sustainability: a qualitative case study of rural Kilifi, Kenya           | 2021                | Explore potential incentivisation strategies through group based income generating activities.                                                                                                                                                                                                                         | Exploratory qualitative approach (focus group discussions with CHVs and key informant interviews)                              |
| Wambui E et al., 2024    | Perceptions towards management of acute malnutrition by community health volunteers in northern Kenya                                                           | 2024                | Describe the experiences of community members and CHVs on integrating the treatment of acute malnutrition by CHVs into iCCM in Isiolo and Turkana counties and explore the enablers and challenges of this intervention. The study was conducted to inform acute malnutrition management policy and strategy in Kenya. | Qualitative study was cross-sectional among participants of the treatment arm of a cluster randomized controlled trial.        |
| Elias H et al., 2024     | Impact of training on knowledge, confidence and attitude amongst community health volunteers in the provision of community-based palliative care in rural Kenya | 2024                | Assess knowledge, confidence, attitude, and clinical practice of community health volunteers after attending a novel palliative care (PC) training program.                                                                                                                                                            | A mixed method study design was conducted for 12-month post training to assess impact on clinical practice.                    |
| Jung J et al., 2024      | Community-based surveillance programme evaluation using the platform Nyss implemented by the Somali Red Crescent Society—a mixed methods approach               | 2024                | Present the main conclusions of the evaluation of the community-based surveillance (CBS) programme in Somaliland                                                                                                                                                                                                       | Retrospective observational mixed-methods approach                                                                             |
| Maung HM et al., 2014    | The contribution of a non-governmental organisation's Community Based Tuberculosis Care Programme to case finding in Myanmar: trend over time                   | 2017                | This study aimed to assess the contribution of a Community Based TB Care Programme (CBTC) by local non-government organizations (NGOs) to TB case finding in Myanmar over 4 years.                                                                                                                                     | Descriptive study using routine, monitoring data.                                                                              |
| Ankomah SE et al., 2024  | Unsung heroes in Ghana's healthcare system: the case of community health volunteers and community health management committee                                   | 2024                | examine the role of the community health management committees (CHMCs) and CHVs in improving the Ghanaian health system.                                                                                                                                                                                               | qualitative case study research design                                                                                         |

| References             | Article name                                                                                                                                                                                                                              | Year of publication | Research objective                                                                                                                                                                                                                                                         | Study method         |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| OKeeffe J et al., 2023 | Supporting health professionals in home visits, vaccination and health education<br>Carry out outreach, patient follow-up and home care activities Promoting accountability through scorecards Helping with health action planning (CHAP) | 2023                | Describes the strengthening activities put in place and presents selected results which represent the contributions of CHW to the EVD surveillance under CBS. We highlight the challenges, successes, lessons learnt and recommendations, to help inform future responses. | Not informed         |
| Owusu L, et al., 2023  | Role and capacity needs of community based surveillance volunteers in the integrated management of skin neglected tropical diseases (skin NTDs): a qualitative study from central Ghana                                                   | 2023                | Contribute to literature on the role and capacity needs of existing CBSVs to make recommendations for efficient execution and sustainability in the integrated skin NTDs management and other prospective programmes within similar contexts.                              | Qualitative research |

## Contexto dos programas

A análise geográfica dos 16 estudos demonstra uma concentração significativa de experiências em países da África Subsaariana e do Sul e Sudeste Asiático, sugerindo que essas regiões podem reconhecer a atuação de membros da comunidade como uma estratégia central para ampliar o acesso à saúde e fortalecer as ações de vigilância.

Entre os países com maior presença, o Nepal, localizado ao sul da Ásia, destaca-se com 3 estudos (18,75%), todos relacionados ao O programa *Female Community Health Volunteer* (FCHV), estabelecido em 1988 pelo Ministério da Saúde, é composto exclusivamente por mulheres voluntárias. Esses estudos abordam a implementação e o impacto do programa em relação à saúde materna e infantil em áreas rurais e montanhosas, a motivação das voluntárias e a estruturação de redes locais de cuidado (Lee, 2020).

O programa reúne mais de 51 mil voluntárias, com alta taxa de retenção: cerca de 48.680 permanecem em seus postos há mais de 10 anos. Em 2022, havia 46.088 FCHVs em áreas rurais e 5.328 em áreas urbanas, o que reforça a prevalência dessa estratégia em contextos de maior vulnerabilidade. Entretanto, vale destacar que a estratégia FCHV foi revisada três vezes em 1990, 1992 e 2003, antes da formulação de

uma nova estratégia FCHV em 2010 (Lee, 2020; Panday; Van Teijlingen; Barnes, 2024; Schwarz et al., 2014).

O Quênia, país na África Oriental, também aparece em 3 estudos (18,75%), abrangendo regiões como Kilifi, Turkana e Isiolo, com foco em desnutrição infantil e cuidados paliativos, porém não são estratégias do mesmo programa. De acordo com um dos estudos de Wambui et al. destaca-se a implementação do Gerenciamento Integrado da Desnutrição Aguda (IMAM), lançado em 2009, no qual os agentes comunitários de saúde (CHVs) assumem papéis importantes na triagem e encaminhamento de casos, mobilização comunitária e ações de conscientização, especialmente em áreas áridas e semiáridas afetadas por altos índices de desnutrição (Wambui et al., 2024).

Outro estudo realizado por Elias et al., embora não mencione explicitamente o nome do programa, relata a capacitação de aproximadamente 105 CHVs em cuidados paliativos, evidenciando esforços direcionados à formação em temas ainda pouco explorados nos demais contextos de outros programas (Elias et al., 2024).

A Etiópia e a Uganda, ambos países na África Oriental, com 1 estudo cada (6,25%), relatam experiências de longa duração. A Etiópia faz parte da iniciativa multinacional do *CORE Group Polio Project* (CGPP), iniciado em 1999, que também está relatado em um estudo que abrange 11 países (Angola, Etiópia, Índia, Uganda, Bangladesh, Nepal, Nigéria, Quênia, Somália, Sudão do Sul e Afeganistão) (Losey et al., 2019). Nessas ações, estima-se a atuação de aproximadamente 12.000 voluntários comunitários, com forte ênfase na erradicação da poliomielite e vigilância de doenças infecciosas. O CGPP, entre 2001 e 2017, treinou e mobilizou voluntários comunitários em regiões escassamente povoadas da Etiópia, habitadas por populações pastoris e semi pastoris, e em áreas de fronteira com alto risco de transmissão do poliovírus de países vizinhos (Asegedew et al., 2019).

Já a Uganda é representada pelo programa *Healthy Child Uganda* (HCU), em funcionamento desde 2004, e com o objetivo de promover a saúde infantil no sudoeste rural de Uganda por meio da educação e treinamento de agentes de saúde

comunitários voluntários. Entre 2004 e 2009 a iniciativa mobilizou e capacitou 404 agentes comunitários (Ludwick et al., 2014).

Gana, país da África Ocidental, está representado em 2 estudos (12,5%), ambos relacionados ao programa *Community-Based Health Planning and Services* (CHPS), criado em 1999 como uma estratégia nacional de atenção primária à saúde. O programa visa ampliar o acesso aos serviços de saúde e fortalecer o protagonismo das comunidades locais na gestão de suas necessidades sanitárias, especialmente em áreas de difícil acesso e entre populações de baixa renda.

Um dos estudos discute o papel dos comitês comunitários na atenção primária, enquanto o outro aborda o manejo de Doenças Tropicais Negligenciadas (NTDs) em distritos endêmicos. Embora não informem números exatos de participantes voluntários envolvidos, os relatos sugerem uma estrutura participativa com atuação consolidada (Ankomah; Fusheini; Derrett, 2024; Owusu et al., 2023).

Outros países com experiências relevantes, embora representados por apenas 1 estudo cada, incluem a República Dominicana, com foco na resposta à malária urbana (2015–2016), envolvendo 14 voluntários treinados (Valdez et al., 2020); a Índia (Puducherry), no âmbito do *National Programme for Prevention and Control of Cancer, Diabetes, Cardiovascular Diseases and Stroke* (NPCDCS), com 65 voluntários atuando em triagem de diabetes e hipertensão (Rajaa; Sahu; Thulasingham, 2022); Myanmar, país na Ásia, com ações comunitárias de busca ativa de casos no programa de controle da tuberculose (Maung et al., 2017); a República Democrática do Congo (RDC), por meio do programa *Riposte* (2018–2020), que atuou na vigilância da doença pelo vírus Ebola (EVD), mobilizando 233 agentes comunitários e 27 supervisores (Mayhew et al., 2021a).

Na Somalilândia, um dos estudos analisados trata diretamente da implementação do sistema *Community-Based Surveillance* (CBS) com uso da plataforma Nyss. O programa, conduzido pela *Somali Red Crescent Society* (SRCS) com apoio da Cruz Vermelha Norueguesa, iniciou-se como um projeto piloto em 2018 e expandiu-se para a região de Awdal em 2020. No total, foram mobilizados 239 voluntários comunitários:

100 em 23 vilarejos da região de Awdal e 139 em 67 vilarejos da região de Togdheer. Atualmente, o CBS está ativo em seis áreas da Somalilândia com apoio do Ministério da Saúde e Desenvolvimento (MoHD) (Jung et al., 2024).

No que diz respeito às condições de saúde abordadas, predomina-se atuações específicas, com destaque para a saúde materna e infantil, presente em 5 estudos (31,25%), abrangendo temas como a vacinação, desnutrição, mortalidade materna, cuidados com gestantes e crianças. A poliomielite, foco de 2 estudos (12,5%), aparece fortemente associada ao CGPP (Asegedew et al., 2019; Losey et al., 2019). Doenças como malária, tuberculose, Ebola, doenças crônicas (diabetes e hipertensão), cuidados paliativos e NTDs estão representadas cada uma em 1 estudo (6,25%), evidenciando uma diversidade temática, mas sempre com os membros da comunidade como eixo central de atuação.

Uma ampla gama de arranjos institucionais pode ser observada nessas iniciativas, incluindo governos nacionais, organizações não governamentais (ONGs), agências humanitárias e instituições acadêmicas. No Nepal, por exemplo, o Ministério da Saúde e População lançou o programa de FCHV em 1988. Desde 2009, passou a operar também em modelo de parceria público-privada com a ONG *Possible*, visando fortalecer os serviços clínicos e comunitários, inicialmente no Hospital Bayalpata (Schwarz et al., 2014).

Na Somalilândia, o programa de CBS foi iniciado pela Somali Red Crescent Society (SRCS) com o apoio da Cruz Vermelha Norueguesa (Jung et al., 2024). O CGPP, implementado na Etiópia e em outros 10 países, envolve uma secretaria central que articula ONGs internacionais e locais para executar ações em áreas específicas (Asegedew et al., 2019).

O programa HCU, iniciado em 2004, é fruto de uma parceria universitária entre Uganda e o Canadá, envolvendo a Mbarara University of Science and Technology (MUST), universidades canadenses e a Sociedade Canadense de Pediatria (CPS). As ações de campo e de pesquisa são lideradas por equipes da MUST em colaboração com distritos de saúde, escolas e lideranças comunitárias locais. As universidades

canadenses e a CPS oferecem suporte técnico e científico, compondo um modelo de cooperação acadêmica internacional para fortalecimento de capacidades locais em saúde comunitária (Ludwick et al., 2014).

**Quadro 03** - Caracterização dos programas e projetos segundo autor, nome do projeto, duração, objetivos, doenças e país.

| References               | Project or program name                                                                                        | Project or program duration | Goal                                                                                                                                                                                             | Diseases                                                       | Country                                                                                                                        |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Asegedewet et al., 2019  | CORE Group Polio Project (CGPP)                                                                                | 2001                        | Polio eradication, promotion of routine immunization and surveillance of vaccine-preventable diseases (not only for polio but also for measles and tetanus) in hard-to-reach and high-risk areas | Polio                                                          | Ethiopia                                                                                                                       |
| Valdez et al., 2020      | National malaria program                                                                                       | 2015-2016                   | Recruit a cadre of community members called comunitarios (community health workers), to perform active surveillance for malaria                                                                  | Malária                                                        | Dominican Republic                                                                                                             |
| Losey et al., 2019       | CORE Group Polio Project (CGPP)                                                                                | 1999                        | Polio eradication, promotion of routine immunization and surveillance of vaccine-preventable diseases (not only for polio but also for measles and tetanus) in hard-to-reach and high-risk areas | Pólio                                                          | Multi Countries (11): Angola, India, Ethiopia, Uganda, Bangladesh, Nepal, Nigeria, Kenya, Somalia, South Sudan and Afghanistan |
| Rajaa et al., 2022       | National Programme for Prevention and Control of Cancer, Diabetes, Cardiovascular Diseases and Stroke (NPCDCS) | Not informed                | Not informed                                                                                                                                                                                     | Diabetes and hypertension                                      | Puducherry (India)                                                                                                             |
| Lee (2020)               | The Female Community Health Volunteer (FCHV) programme                                                         | 1988                        | Provide community-based outreach services focused on maternal and child health                                                                                                                   | Maternal and child health                                      | Nepal (India)                                                                                                                  |
| Ludwick et al., 2014     | Healthy Child Uganda (HCU)                                                                                     | 2004                        | Promote child health in rural southwestern Uganda through education and training of volunteer community health workers                                                                           | Child health promotion                                         | Uganda                                                                                                                         |
| Schwarz et al., 2014     | Nepal's Female Community Health Volunteer (FCHV) program                                                       | 1988                        | Provide community-based outreach services focused on maternal and child health                                                                                                                   | Immunizations, vitamin A supplements and maternal-child health | Nepal (India)                                                                                                                  |
| Panday Set al., 2024     | Female Community Health Programme                                                                              | 1988                        | Not informed                                                                                                                                                                                     | child mortality and maternal health                            | Nepal (India)                                                                                                                  |
| Lusambili AMet al., 2021 | CHW programme                                                                                                  | 2006                        | Provide promotive and preventive health services at household level                                                                                                                              | pregnant women and children                                    | Kilifi (Kenya)                                                                                                                 |
| Wambui E et al., 2024    | Integrated Management of Acute Malnutrition (IMAM)                                                             | 2009                        | Expanding access to community care for common childhood illnesses                                                                                                                                | Child malnutrition                                             | Loima (Turkana) and Isiolo (Isiolo), arid and semi-arid areas of Kenya                                                         |
| Elias H et al., 2024     | Not informed                                                                                                   | Not informed                | Not informed                                                                                                                                                                                     | Palliative care (PC)                                           | Kenya                                                                                                                          |

| References              | Project or program name                             | Project or program duration | Goal                                                                                                                                                                                                                                        | Diseases                                              | Country                                                                                               |
|-------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Jung J et al., 2024     | Not informed                                        | 2018                        | Increase community capacity for early detection of disease outbreaks and strengthen the local response in hard-to-reach contexts through participatory community surveillance.                                                              | Health surveillance                                   | Somaliland (regions such as Awdal and Togdheer)                                                       |
| Maung HM et al., 2014   | Community Based Tuberculosis Care Programme (CBTC)  | 2011-2014                   | increase TB case detection through the work of community volunteers, promoting education, symptom screening, referral, adherence to treatment and support for patients.                                                                     | tuberculosis (TB)                                     | Myanmar (Southeast Asia)                                                                              |
| Ankomah SE et al., 2024 | Community-based health planning and services (CHPS) | 1999                        | Strengthen the health system in Ghana through community empowerment, involving Community Health Management Committees (CHMCs) and Community Health Volunteers (CHVs) to create a bridge between the community and the formal health system. | national primary health care (PHC)                    | Ashanti Region, Ghana                                                                                 |
| OKeeffe J et al., 2023  | Riposte                                             | 2018-2020                   | Strengthening community involvement and an early warning system, essential for controlling transmission.                                                                                                                                    | Surveillance and control of Ebola Virus Disease (EVD) | Mambasa, Binase and Salama health zones in the Democratic Republic of Congo (DRC)                     |
| Owusu L, et al., 2023   | Community-based Health and Planning Services (CHPS) | Not informed                | It aims to improve early detection and response to NTDs through the direct involvement of community volunteers.                                                                                                                             | Neglected Tropical Diseases (NTDs)                    | Four NTD-endemic districts in Ghana (Ahafo Ano North, Sekyere East, Asunafo South and Asutifi South). |

## Termo-chaves

Existe uma heterogeneidade de termos para abordar membros da comunidade recrutados para as iniciativas relatadas. Os termos mais frequentes foram *Community Health Workers* (CHW), mencionado em 10 de 25 estudos (40%) (Ankomah; Fusheini; Derrett, 2024; Elias et al., 2024; Jung et al., 2024; Losey et al., 2019; Ludwick et al., 2014; Lusambili et al., 2021; Rajaa; Sahu; Thulasingam, 2022; Schwarz et al., 2014; Valdez et al., 2020; Wambui et al., 2024); seguidos por *Community leaders* em 4 de 25 estudos (16%) (CDC, 2025a; PAHO, 2002; UNIVERSITY OF KANSAS, 2024a; WHO, 2020a) e sua tradução para o português como líderes comunitários em 1 de 25 estudos (4%) (MTI, 2024); *Community volunteers* (Asegedew et al., 2019; Maung et al., 2017; PAHO, 2022) e *Female Community Health Volunteer* (FCHV) (Lee, 2020; Panday; Van

Teijlingen; Barnes, 2024; Schwarz et al., 2014), cada um presente em 03 estudos (12%).

Outros termos menos frequentes foram *Community Based Surveillance Volunteers* (CBSVs) em 2 de 25 estudos (4%) (Owusu et al., 2023; WHO, 2020b); *Community mobilizers* (Losey et al., 2019); *Local FCHV Leadership* e *Community Health Worker Leader* (CHWL) (Schwarz et al., 2014); *Local leaders* (WHO, 2020a) e *key influencers* (CDC, 2025a) cada um citado em apenas 1 estudo.

As designações atribuídas aos membros da comunidade estão, em sua maioria, associadas ao foco principal dos programas em que estão envolvidos. Os estudos não fornecem evidências de que os indivíduos recrutados tenham ocupado anteriormente cargos de liderança em outros setores. No entanto, com base nas experiências relatadas, parece claro que os voluntários comunitários de saúde e os líderes comunitários têm perfis distintos. Para permitir a identificação mais precisa de suas características e diferenças, os termos “voluntário comunitário” e “líder comunitário” serão utilizados de acordo com os contextos apresentados nos documentos.

## Mapeamento e recrutamento

Líderes comunitários ou voluntários da comunidade são mapeados e recrutados de diversas maneiras no âmbito dos programas. Esta seção explora essa atividade sob os seguintes tópicos: planejamento do mapeamento, etapas do processo de mapeamento e recrutamento, critérios de seleção e atividades desenvolvidas (quadro 04).

**Quadro 04** - Síntese da análise dos programas e projetos por etapas do mapeamento e recrutamento de lideranças comunitárias.

| References              | Program name/Document type                                                                                     | mapping and recruiting community leaders |       |                    |              |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------|--------------------|--------------|
|                         |                                                                                                                | Mapping planning                         | Steps | Selection criteria | Remuneration |
| Asegedewet et al., 2019 | CORE Group Polio Project (CGPP)                                                                                | N                                        | P     | S                  | S            |
| Valdez et al., 2020     | National malaria program                                                                                       | N                                        | P     | N                  | N            |
| Losey et al., 2019      | CORE Group Polio Project (CGPP)                                                                                | N                                        | P     | N                  | N            |
| Rajaa et al., 2022      | National Programme for Prevention and Control of Cancer, Diabetes, Cardiovascular Diseases and Stroke (NPCDCS) | N                                        | P     | P                  | N            |
| Lee (2020)              | The Female Community Health Volunteer (FCHV) programme                                                         | N                                        | P     | S                  | S            |

| References               | Program name/Document type                                                                                       | mapping and recruiting community leaders |       |                    |              |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------|--------------------|--------------|
|                          |                                                                                                                  | Mapping planning                         | Steps | Selection criteria | Remuneration |
| Ludwick et al., 2014     | Healthy Child Uganda (HCU) <a href="https://www.healthychilduganda.org/">https://www.healthychilduganda.org/</a> | N                                        | P     | P                  | S            |
| Schwarz et al., 2014     | Nepal's Female Community Health Volunteer (FCHV) program                                                         | N                                        | P     | S                  | S            |
| Panday Set al., 2024     | Female Community Health Programme                                                                                | N                                        | N     | P                  | S            |
| Lusambili AMet al., 2021 | CHW programme                                                                                                    | N                                        | P     | S                  | S            |
| Wambui E et al., 2024    | Integrated Management of Acute Malnutrition (IMAM)                                                               | N                                        | P     | P                  | N            |
| Elias H et al., 2024     | Not informed                                                                                                     | N                                        | P     | S                  | N            |
| Jung J et al., 2024      | Not informed                                                                                                     | P                                        | P     | S                  | S            |
| Maung HM et al., 2014    | Community Based Tuberculosis Care Programme (CBTC)                                                               | N                                        | P     | P                  | N            |
| Ankomah SE et al., 2024  | Community-based health planning and services (CHPS)                                                              | N                                        | P     | P                  | N            |
| OKeeffe J et al., 2023   | Riposte                                                                                                          | N                                        | P     | S                  | N            |
| Owusu L, et al., 2023    | Community-based Health and Planning Services (CHPS)                                                              | N                                        | P     | P                  | N            |
| WHO, 2020                | Guide                                                                                                            | N                                        | S     | S                  | N            |
| Community Tool Box, 2019 | Book chapter                                                                                                     | S                                        | S     | S                  | N            |
| GOARN, 2020              | Guide                                                                                                            | N                                        | N     | S                  | N            |
| PAHO, 2022               | Guide                                                                                                            | N                                        | N     | S                  | N            |
| PAHO, 2002               | Guide                                                                                                            | N                                        | S     | S                  | N            |
| IFRC, 2020               | Guide                                                                                                            | N                                        | S     | S                  | N            |
| AMP, 2024                | Guide                                                                                                            | N                                        | S     | S                  | N            |
| CDC, 2021                | Playbook                                                                                                         | N                                        | S     | S                  | N            |
| MAPC, 2016               | Guide                                                                                                            | N                                        | N     | S                  | N            |

**Nota:** S = Sim; N = Não; P = Parcial.

### Planejamento do mapeamento

Apenas um documento, o livro, *Community Tool Box*, destaca o planejamento como uma etapa essencial no processo de mapeamento e recrutamento. Os autores propõem essa etapa para evitar abordagens improvisadas e promover um uso mais eficiente do tempo e dos recursos, resultando em melhores resultados. Vale ressaltar que essa recomendação não deriva diretamente de projetos ou programas avaliados, mas se baseia na experiência dos autores. Eles incentivam o planejamento para garantir que os responsáveis reflitam sobre diversas questões fundamentais, incluindo, por exemplo, a identificação clara dos motivos para a ampliação do grupo (por que recrutar?), a quantificação das necessidades (quantos líderes?), o perfil desejado (qual tipo de líder?), a definição de papéis na condução da busca (quem recruta?), a

localização dos públicos-alvo (onde estão?), o tempo mais oportuno para abordagem (quando?), os meios mais eficazes para contato (como abordar?), o encaminhamento das respostas (o que fazer diante de um sim, não ou talvez?), e a antecipação de barreiras com estratégias de enfrentamento (quais obstáculos e como superá-los?) (UNIVERSITY OF KANSAS, 2024).

Nenhum dos 16 estudos selecionados contém informações sobre a etapa de planejamento voltada especificamente para o mapeamento e recrutamento. Apenas um estudo registra que algum tipo de planejamento foi realizado, no entanto, esse planejamento foi direcionado à implementação do programa em si (Jung et al., 2024).

### Etapas do mapeamento e recrutamento

Dos nove documentos técnicos analisados, três descrevem as etapas que devem ser seguidas no mapeamento e recrutamento, destacando quatro principais etapas: (1) o mapeamento e análise de stakeholders (90%), (2) a identificação estruturada de grupos e setores da comunidade (80%) e (3) o contato direto com os potenciais líderes para o recrutamento (80%), (4) e a formação desses atores recrutados (60%) (ALLIANCE FOR MALARIA PREVENTION, 2024; CDC, 2025b; UNIVERSITY OF KANSAS, 2024b; WHO, 2020a).

Por exemplo, a *Community Tool Box* sugere: o mapeamento e identificação de diferentes setores-chaves de uma comunidade (por exemplo, sociedade civil, setor privado com fins lucrativos, ONGs e governo) como componentes fundamentais da estrutura social que influenciam diretamente o cotidiano das pessoas (UNIVERSITY OF KANSAS, 2024a).

Os autores observam que, ao considerar as organizações e os setores sociais dentro das comunidades, as iniciativas de saúde comunitária podem ser mais eficazes no atendimento aos interesses dos mais afetados. Mobilizados de forma coordenada, esses parceiros e setores podem ampliar o alcance, a representatividade e a eficácia das ações coletivas (UNIVERSITY OF KANSAS, 2024a).

A OMS recomenda que seja realizada uma análise das partes interessadas para identificar seus potenciais papéis em projetos e programas, como parceiros, defensores, informantes, financiadores, provedores, reguladores, revisores, consultores ou beneficiários. Para apoiar essa análise, podem ser realizadas entrevistas exploratórias com as principais partes interessadas de diferentes setores (WHO, 2020a).

De acordo com o CDC dos EUA, o processo de mapeamento resulta em uma lista detalhada de líderes comunitários com seus respectivos papéis e pode auxiliar na construção de um perfil da comunidade. Este perfil geralmente inclui uma síntese das principais preocupações da comunidade, informações demográficas, identificação de organizações locais, determinantes sociais da saúde e outras características relevantes, que podem contribuir para uma melhor compreensão da população-alvo e facilitar o desenvolvimento de intervenções de saúde pública mais eficazes (CDC, 2025b).

Dependendo do tipo de projeto, a literatura cinzenta sugere que é essencial investir em processos de capacitação para viabilizar o desenvolvimento das ações conjuntas, envolvendo todos os parceiros diretos e indiretos. Durante a formação, é essencial adotar estratégias sistemáticas de avaliação, que incluam o monitoramento contínuo e a documentação das ações realizadas (UNIVERSITY OF KANSAS, 2024b; WHO, 2020a).

Nos estudos sobre a implementação dos programas, apenas nove dos 16 estudos fornecem informações sobre as etapas de mapeamento e recrutamento de voluntários comunitários, e com detalhes limitados. Não foi possível determinar a sequência de etapas utilizadas nos programas; no entanto, temas comuns foram identificados: envolvimento da comunidade na indicação ou seleção de participantes, apoio institucional no processo de seleção e treinamento e supervisão de participantes (Schwarz et al., 2014; Lee, 2020; Panday, 2024; Elias et al., 2024; Asegedew et al., 2019; Ludwick et al., 2014; Jung et al., 2024; Lusambili et al., 2021; O'Keeffe et al., 2023).

Sete dos nove estudos indicam que o recrutamento envolveu diretamente a participação da comunidade, seja por meio de indicação ou recomendação de participantes por suas próprias comunidades, seja por contato direto com membros da comunidade (Mayhew et al., 2021a). Em dois casos, a aprovação coletiva foi obtida por meio de deliberações locais (Ankomah et al., 2018).

O envolvimento direto das autoridades locais foi relatado em 2 dos 9 estudos, com indicação de candidatos por organizações sociais, religiosas ou comunitárias, assembleias distritais ou nomeação pessoal pelas autoridades locais. A colaboração com essas instituições locais foi relatada como fundamental para estabelecer as bases para o envolvimento sustentado e de longo prazo com os membros da comunidade (Ankomah; Fusheini; Derrett, 2024; Valdez et al., 2020).

Apenas um estudo analisou a distribuição geográfica e populacional para determinar o número de voluntários ativos necessários (Jung et al., 2024).

Quatro dos nove estudos relataram o uso de treinamento padronizado e estruturado, baseado em manuais ou pacotes predefinidos (Asegedew et al., 2019; Ludwick et al., 2014; Rajaa et al., 2022; Jung et al., 2024). Essas sessões de treinamento visavam preparar os participantes para realizar as atividades propostas. O conteúdo incluía tópicos como saúde comunitária, vigilância epidemiológica, primeiros socorros e estratégias de engajamento, frequentemente adaptados aos idiomas locais.

Quatro dos nove estudos descreveram treinamento de curta duração (2 a 3 dias) (Asegedew et al., 2019; Ludwick et al., 2014; Rajaa et al., 2022; Jung et al., 2024). Outros dois relataram treinamento contínuo, com múltiplas sessões de conscientização realizadas ao longo do tempo (Ludwick et al., 2014; Jung et al., 2024). Em um programa de longa duração, o treinamento de reciclagem era realizado a cada cinco anos (Lee, 2020). Dois estudos relataram que a supervisão era essencial para manter o bom funcionamento do sistema e motivar os supervisionados (Asegedew et al., 2019; Valdez et al., 2020). Outro estudo afirmou que a supervisão era realizada para promover a mentoria, a resolução conjunta de problemas e a comunicação entre supervisores e supervisionados (Schwarz et al., 2014).

## Critérios de seleção

Quatorze dos 16 artigos (87,5%) e seis dos nove guias técnicos (66,7%) descrevem os critérios utilizados para selecionar voluntários na comunidade.

Os critérios mais recorrentes incluem: residir na comunidade onde atuarão, ser bem aceitos pela população local, ser respeitado pela comunidade, falar a língua da região, ter influência e confiança na comunidade, possuir alfabetização básica e demonstrar disposição para o trabalho voluntário (ALLIANCE FOR MALARIA PREVENTION, 2024; Asegedew et al., 2019; CDC, 2025b; Elias et al., 2024; Jung et al., 2024; Lusambili et al., 2021; OKeeffe et al., 2023; Owusu et al., 2023; PAHO, 2002; Rajaa; Sahu; Thulasingam, 2022; Schwarz et al., 2014; WHO, 2020a).

Por exemplo, no *CORE Group Polio Project*, os participantes voluntários foram indicados por suas respectivas comunidades com base no interesse em transmitir mensagens de saúde e prestar cuidados à comunidade local, serem bem aceitos pela comunidade, servirem como bons exemplos, falarem o idioma local e residirem na comunidade (OKeeffe et al., 2023).

Documentos técnicos enfatizam que os critérios mais específicos podem ser definidos de acordo com o foco e o público-alvo do projeto, considerando a avaliação e a análise de necessidades de cada projeto ou programa (PAHO, 2002). Por exemplo, em um projeto de saúde mental, as principais qualidades incluem empatia, experiência pessoal relacionada ao tema e sensibilidade no tratamento de situações complexas (Panday; Van Teijlingen; Barnes, 2024). As decisões de recrutamento geralmente estão diretamente relacionadas ao escopo, aos objetivos e às atividades que cada projeto ou programa visa executar.

Por exemplo, no programa *Female Community Health Volunteer (FCHV)* do Nepal, onde as atividades se concentram na saúde materna e infantil, o papel é desempenhado principalmente por mulheres, geralmente casadas, com idades entre 30 e 49 anos, que são mães de crianças pequenas e com experiência anterior em cuidados familiares (Panday, 2024).

### Atividades desenvolvidas

Dos 16 artigos incluídos, 12 (75%) descreveram as atividades realizadas por voluntários comunitários nos projetos. De particular relevância para a vigilância, nove programas (56,2%) relataram que as atividades incluíam visitas domiciliares para busca ativa de casos durante epidemias e triagem de doenças (Asegedew et al., 2019; Elias et al., 2024; Maung et al., 2017; O'Keeffe et al., 2023; Owusu et al., 2023; Panday; Van Teijlingen; Barnes, 2024; Rajaa; Sahu; Thulasingham, 2022; Valdez et al., 2020; Wambui et al., 2024).

Seis estudos relataram encaminhamento de casos para serviços formais de saúde e acompanhamento do tratamento (37,5%) (Elias et al., 2024; O'Keeffe et al., 2023; Owusu et al., 2023; Panday; Van Teijlingen; Barnes, 2024; Rajaa; Sahu; Thulasingham, 2022; Wambui et al., 2024), embora não necessariamente para doenças infecciosas, e cinco relataram triagem e testes ativos de casos, variando de testes rápidos de malária à identificação de alertas durante a vigilância do Ebola (31,2%) (Maung et al., 2017; Owusu et al., 2023; Valdez et al., 2020; Wambui et al., 2024). O uso de tecnologia para apoiar a vigilância comunitária foi relatado apenas na Somália (6,2%) (Jung et al., 2024).

Educação e aconselhamento em saúde apareceram em oito estudos (50%), com foco na prevenção de doenças infecciosas, saúde materno-infantil, nutrição, higiene e saúde reprodutiva (Elias et al., 2024; Lusambili et al., 2021; Maung et al., 2017, 2017; O'Keeffe et al., 2023; Owusu et al., 2023; Panday; Van Teijlingen; Barnes, 2024; Wambui et al., 2024).

O apoio a campanhas de prevenção de doenças e imunização, a realização de reuniões com mães, o controle de vetores e o incentivo à busca por atendimento médico foram relatados em cinco estudos (Asegedew et al., 2019; Lusambili et al., 2021; Maung et al., 2017; O'Keeffe et al., 2023; Panday; Van Teijlingen; Barnes, 2024).

## Remuneração

Nove (56%) dos estudos relataram o fornecimento de remuneração ou incentivos para compensar o tempo dedicado pelos voluntários da comunidade. Embora o voluntariado tenha permanecido a base desses programas, diferentes estratégias de compensação foram aplicadas para reduzir as barreiras socioeconômicas e promover a sustentabilidade (Asegedew et al., 2019; Jung et al., 2024; Lee, 2020; Ludwick et al., 2014, 2014; Lusambili et al., 2021; Owusu et al., 2023; Panday; Van Teijlingen; Barnes, 2024; Schwarz et al., 2014).

Sete dos projetos (77%) utilizaram incentivos financeiros diretos, geralmente valores simbólicos, incluindo pagamentos baseados em atividades e auxílios de transporte (Jung et al., 2024; Ludwick et al., 2014; Lusambili et al., 2021; OKeeffe et al., 2023; Owusu et al., 2023; Panday; Van Teijlingen; Barnes, 2024; Schwarz et al., 2014). Quatro projetos (44%) utilizaram incentivos materiais, como lanches durante reuniões, uniformes, rádios, telefones celulares e materiais de apoio (kits de trabalho e suprimentos) (Lee, 2020; Ludwick et al., 2014; Panday; Van Teijlingen; Barnes, 2024; Schwarz et al., 2014), e quatro incluíram incentivos sociais/simbólicos, como certificados, prêmios, reconhecimento público e celebrações comunitárias (Asegedew et al., 2019; Ludwick et al., 2014; Owusu et al., 2023; Panday; Van Teijlingen; Barnes, 2024).

O programa de Agentes Comunitários de Saúde no Nepal e o projeto Saúde Infantil em Uganda relataram que a ausência de qualquer forma de remuneração formal frequentemente comprometia a adesão e a qualidade do trabalho, devido a conflitos com outras responsabilidades familiares e profissionais (Schwarz et al., 2014; Ludwick et al., 2014).

Os estudos enfatizaram que mesmo incentivos modestos poderiam ter um impacto significativo. No Nepal, os voluntários recebiam US\$ 2,25 por semana conseguiam manter uma carga de trabalho de 8 a 12 horas semanais (Schwarz et al., 2014), enquanto em Uganda, um auxílio-transporte de US\$ 1,50 por reunião foi suficiente para

melhorar a adesão (Ludwick et al., 2014). No *CORE Group Polio Project* na Etiópia, prêmios como dispositivos móveis e rádios foram valorizados pelos voluntários (Asegedew et al., 2019), e na estratégia de Serviços de Saúde e Planejamento Baseados na Comunidade de Gana, houve debate sobre a padronização dos valores monetários, dada a percepção de desigualdade entre regiões (Owusu et al., 2023).

### **Impacto dos programas**

A evidência do impacto dos voluntários comunitários pode ser difícil de separar de outras intervenções que ocorrem simultaneamente, e apenas um estudo propôs um impacto quantitativo. O programa FCHV no Nepal relatou que a mortalidade materna reduziu em aproximadamente 50% entre a introdução da rede de 50.000 FCHVs em 1996 e 2006, devido a uma combinação de melhorias na saúde infantil, utilização de centros de atenção primária e reconhecimento, pelas comunidades locais, da importância dos serviços formais de saúde (Schwarz et al., 2014).

Além disso, 8 dos 16 estudos sugeriram que os voluntários comunitários tiveram um impacto substancial nos programas implementados, contribuindo para a vigilância e resposta a surtos, melhorias na saúde materno-infantil, fortalecimento da imunização e manejo da desnutrição infantil, doenças tropicais negligenciadas (DTNs) e cuidados paliativos (Asegedew et al., 2019; Elias et al., 2024; Jung et al., 2024; Lee, 2020; O'Keeffe et al., 2023; Panday; Van Teijlingen; Barnes, 2024; Schwarz et al., 2014; Wambui et al., 2024).

### **Características de líderes comunitários e voluntários comunitários**

Um documento da literatura cinzenta define liderança comunitária como um papel exercido por indivíduos reconhecidos como influentes em sua área local. Este documento descreve pessoas que são amplamente respeitadas pela comunidade, possuindo vasta experiência e conhecimento profundo do contexto local. Os autores sugerem que elas são capazes de compreender as necessidades, dinâmicas e desafios da comunidade de maneira mais direta e informada, muitas vezes com maior discernimento do que as partes interessadas externas, e que sua legitimidade deriva do

reconhecimento social. São aqueles cujas opiniões são valorizadas, cujas ideias são consideradas relevantes e cujo apoio é frequentemente essencial para a implementação de mudanças significativas (UNIVERSITY OF KANSAS, 2024a).

Dois documentos técnicos exploram ainda mais este tópico, distinguindo entre liderança formal, aqueles indivíduos que ocupam cargos reconhecidos institucionalmente e que são nomeados ou eleitos para representar suas comunidades em espaços organizados, como conselhos de saúde, comitês locais ou programas governamentais, e liderança informal, exercida por indivíduos cujas atividades emergem organicamente da vida comunitária diária e cujo reconhecimento deriva de sua experiência anterior, envolvimento em iniciativas locais e profundo conhecimento do território. A sua contribuição é muitas vezes menos visível para os intervenientes externos (WHO, 2020a; MTI, 2024).

Um guia observa que o nível de participação desejado de cada grupo pode variar dependendo dos objetivos da iniciativa, mas recomenda que, na maioria dos casos, estes intervenientes sejam envolvidos desde as fases iniciais e de forma contínua. O envolvimento precoce tende a fortalecer o sentido de responsabilidade partilhada, aumentar o investimento pessoal na iniciativa e reforçar o compromisso com as necessidades e prioridades da comunidade (CDC, 2025b).

Com relação aos voluntários comunitários, três estudos destacam características importantes. Os voluntários são membros leigos da comunidade que recebem treinamento para fornecer apoio básico, voluntário e não especializado, sem ter um vínculo empregatício formal com o sistema de saúde. Eles podem contribuir para o atendimento curativo ou preventivo, ou para atividades de vigilância comunitária e controle de doenças, apesar de não serem profissionais de saúde (Owusu et al., 2023; Valdez et al., 2020).

Por estarem inseridos no território, compartilharem o idioma, as referências culturais e a proximidade física com a população local, os autores afirmam que eles são ativos estratégicos para iniciativas de preparação e resposta, particularmente em áreas remotas onde o acesso aos serviços de saúde é limitado. Em alguns contextos, os líderes comunitários participam da identificação e mobilização de voluntários, apoiam a

detecção de riscos locais à saúde e contribuem para a superação de barreiras operacionais na implementação de programas (Jung et al., 2024).

## **Observação Participante**

### **Análise dos registros de observação e relatórios**

Esta seção apresenta a análise dos documentos produzidos durante as atividades de mapeamento e recrutamento de lideranças comunitárias no projeto GdS. Como dito anteriormente, apenas o Brasil adotou todas as etapas do mapeamento, as análises dos diários de campo referentes a essas etapas restringem-se às experiências brasileiras. No entanto, para ampliar a abrangência da pesquisa e possibilitar uma análise comparativa entre os contextos, também foram utilizados os relatórios produzidos por um único profissional responsável pela aplicação do método de amostragem por bola de neve no mapeamento em Cabo Verde. Ao todo, foram analisadas 42 horas de diários de campo referentes ao Brasil e 5 horas de relatórios provenientes de Cabo Verde.

As análises se dividiram nas seguintes categorias: (1) Planejamento, (2) metodologia; (3) mapeamento participativo; (4) critérios de seleção; (5) suporte para os participantes; (6) conhecimento da comunidade; (7) confiança; (8) reconhecimento e construção da identidade de liderança.

### **Planejamento**

Em ambos os países, as etapas iniciais de planejamento do projeto GdS foram marcadas por visitas aos Conselhos municipais de Saúde, participação em reuniões comunitárias, consulta em bases de dados governamentais e reconhecimento dos territórios, com apoio dos profissionais de saúde envolvidos. Nesse período, foi elaborado um planejamento inicial para os municípios participantes no Brasil e em Cabo Verde, com o intuito de estimar a quantidade mínima de lideranças necessárias em cada região e definir as primeiras etapas do mapeamento. A análise dos diários de campo demonstra que essa fase foi fundamental para organizar as etapas subsequentes, dimensionar o tempo de execução, dimensionar recursos humanos e

orientar o planejamento das atividades do projeto. As primeiras visitas de aproximação com as comunidades também foram essenciais, tanto para compreender o perfil de cada território quanto para apresentar o projeto à comunidade. No entanto, no Brasil, essas visitas não foram fáceis. Nas análises realizadas, observou-se um consenso entre a equipe do projeto de que essas dificuldades podem estar relacionadas ao fato de os integrantes não serem, diretamente, pessoas do próprio território.

## **Metodologia**

Foi utilizado e adaptado o método do mapeamento participativo a partir da amostragem em bola de neve para a seleção das lideranças comunitárias para atuar no projeto GdS - Líderes Comunitários. De acordo com Araújo, o mapeamento participativo é uma abordagem interativa baseada nos conhecimentos das populações locais permitindo aos participantes desse processo criar seus mapas representando os elementos mais significativos para aquele território. Assim, o mapeamento participativo pode ser considerado como o processo de espacialização e registro do conhecimento de um dado grupo ou comunidade acerca de uma determinada localidade (Araújo; Anjos; Rocha-Filho, 2017).

A amostragem por bola de neve é uma metodologia tipicamente utilizada em estudos onde não há uma base de amostragem prontamente disponível ou a população-alvo é difícil de alcançar (Handcock; Gile, 2011). Trata-se de uma técnica de amostragem não probabilística em que um conjunto de sujeitos de estudo conhecidos recruta futuros sujeitos dentre pessoas que conhecem com as características necessárias. A execução da amostragem em bola de neve, pode ser construída da seguinte maneira: Recomenda-se iniciar por documentos e/ou informantes-chaves, nomeados como “sementes primárias”, a fim de localizar algumas pessoas com o perfil necessário, dentro da população geral. Em seguida, solicita-se que as pessoas indicadas pelas “sementes” indiquem novos contatos com as características desejadas, a partir de sua própria rede pessoal, e assim sucessivamente e, dessa forma, o quadro de amostragem pode crescer a cada contato, obtendo novas “sementes secundárias” e repetindo o ciclo quantas vezes sejam necessárias (Vinuto, 2014).

De acordo com os relatórios analisados, o método adotado foi sendo ajustado ao longo da implementação nos diferentes territórios e aprimorado a cada nova aplicação. No Brasil, utilizou-se a combinação do mapeamento participativo e a técnica bola de neve, permitindo que o território fosse organizado a partir da visão dos participantes, enquanto o processo de indicação de sementes, articulado ao mapeamento, possibilitou identificar pessoas-chave nas comunidades. Os encontros eram feitos exclusivamente para o mapeamento ou em conjunto com outras formações do projeto.

Em Cabo Verde, aplicou-se apenas a técnica de amostragem por bola de neve, baseada em dados secundários provenientes de bases governamentais com informações sobre todas as instituições sociais existentes no país. A aplicação da técnica ocorreu por meio de contatos telefônicos ou encontros presenciais com os indivíduos indicados.

No Brasil, durante os meses de julho de 2024 a maio de 2025, nos territórios de Cavalcante, Niquelândia, Pirenópolis em Goiás, São Sebastião, Paranoá e Itapoã no Distrito Federal, foram realizados 12 oficinas, sendo quatro oficinas exclusivas de mapeamento participativo e oito oficinas integradas a outras atividades do projeto. Essas oficinas ocorreram nos quatro municípios participantes, com uma média de dois a três encontros por município, nas quais também foi aplicada a técnica de amostragem em bola de neve. O mapeamento participativo foi conduzido exclusivamente nos municípios brasileiros. Foram mapeadas, ao todo, 225 líderes comunitários que foram denominados de “sementes primárias”. A partir do método de amostragem em bola de neve, foram identificadas 101 sementes secundárias, das quais 61 participaram dos encontros presenciais de mapeamento participativo e atenderam aos critérios estabelecidos pelo projeto. No entanto, apenas 58 foram treinadas e concordaram em participar efetivamente das ações do projeto.

Em Cabo Verde, durante o mesmo período, em Tarrafal, Santa Catarina, Santa Cruz, Praia, São Domingos, São Miguel, São Salvador do Mundo, São Lourenço dos Órgãos e Ribeira Grande de Santiago foram mapeadas, ao todo, 51 sementes primárias. A partir do método de amostragem em bola de neve, foram identificadas 28 sementes

secundárias. No total, 61 líderes foram recrutados para participar do projeto, das quais, 69 foram treinadas e concordaram em participar efetivamente das ações.

### **Mapeamento participativo**

No Brasil, o mapeamento participativo de lideranças foi realizado em encontros presenciais, organizados no formato de oficinas conduzidas em um único turno — matutino ou vespertino — com duração máxima de quatro horas e pausas programadas ao longo das atividades. A definição das datas e horários ocorreu de forma articulada entre os diferentes atores envolvidos, incluindo a equipe do projeto, parceiros institucionais e lideranças previamente mapeadas que confirmaram sua disponibilidade. A realização das oficinas foi adaptada às rotinas das comunidades: ocorreram tanto em fins de semana, para atender lideranças com restrições durante os dias úteis, quanto em dias de semana, para aqueles com maior flexibilidade. Todas as oficinas foram realizadas dentro dos próprios territórios comunitários, em espaços amplamente reconhecidos e de fácil acesso, como escolas, unidades de saúde e centros sociais, reforçando a inserção territorial de todos os envolvidos na atividade.

Houve consenso nos relatórios analisados de que o mapeamento realizado diretamente nos territórios, por meio de convites pessoais, parcerias com profissionais locais e atividades conduzidas em espaços comunitários, mostrou-se mais eficaz do que abordagens remotas. Ainda assim, a análise evidenciou desafios recorrentes nos processos de mapeamento e recrutamento. Um dos principais entraves foi a dificuldade de contato quando as abordagens eram conduzidas por equipes externas ao território, especialmente por meio de ligações telefônicas, que frequentemente não obtinham retorno. Os diários de campo associam essa dificuldade ao fato de o projeto GdS ser recente, de suas atividades serem inéditas nos territórios e de a equipe ainda não ser amplamente reconhecida pela comunidade.

A indicação de novos participantes pelas próprias lideranças destacou-se como um mecanismo relevante de ampliação do recrutamento. À medida que os líderes participantes passaram a conhecer a equipe e a estabelecer vínculos de confiança, observou-se um aumento progressivo nas indicações e convites, fortalecendo o alcance do projeto.

A participação ativa de profissionais de saúde e de outros atores locais foi apontada como um fator determinante para a adesão às oficinas. Atividades que contaram com a presença desses profissionais registraram maior participação, enquanto aquelas organizadas exclusivamente pela equipe do projeto apresentaram menor adesão. Alguns relatórios sugerem que essa diferença pode estar relacionada à menor credibilidade atribuída a equipes externas ao território ou ao caráter de pesquisa associado ao projeto.

Em todas as oficinas, foi recorrente a identificação de vulnerabilidades sociais e ambientais, como a falta de saneamento, descarte inadequado de resíduos e desigualdades socioeconômicas entre bairros apresentados em formato de mapa físico. Essa leitura territorial crítica foi abordada nos relatórios como a importância do conhecimento local como ferramenta de vigilância em saúde, pois permitiu localizar atores estratégicos na comunidade e compreender os determinantes sociais que impactam a saúde pública daquele território. Abaixo, algumas imagens do momento do mapeamento participativo realizado no Brasil.



**Figuras 02** - Oficinas de mapeamento e recrutamento de lideranças comunitárias realizadas no Brasil entre 2024 e 2025, no âmbito do Projeto GdS - Líderes Comunitários.

Além disso, a análise dos registros revelou elementos operacionais comuns entre as oficinas, especialmente quanto aos materiais utilizados e à quantidade de participantes.

Em relação aos materiais, observou-se como boa prática a entrega de kits de boas-vindas aos participantes, contendo itens simples como canetas e cadernos de anotações, além da oferta de certificados de participação e pequenos brindes ao final

das atividades. Essas ações mostraram-se boas para estimular a participação e reconhecer simbolicamente o tempo e a dedicação das lideranças ao projeto.

No que se refere à quantidade de pessoas envolvidas, destacaram-se duas experiências em que o número elevado de participantes, combinado à presença reduzida de facilitadores (equipe do projeto), resultou em dificuldades no registro das informações, alongamento do tempo previsto para as atividades e redução da qualidade do acompanhamento dos grupos. Tais situações evidenciam a importância de adequar o tamanho das turmas à capacidade operacional da equipe, garantindo melhor aproveitamento das dinâmicas e maior qualidade nas observações.

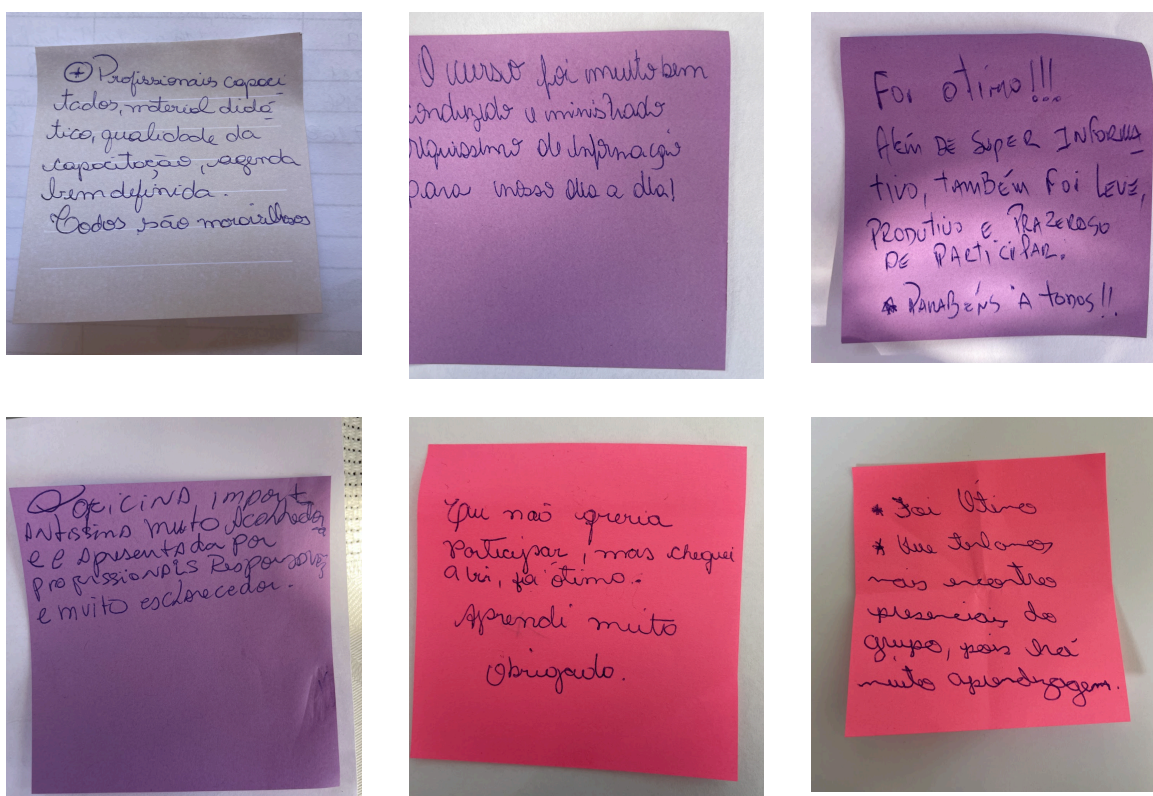
Com relação à abordagem pedagógica aplicada, tanto os registros dos diários de campo quanto os feedbacks anônimos coletados junto às lideranças comunitárias ao final de cada oficina (figuras 02) indicam que as metodologias e dinâmicas participativas adotadas foram eficazes para promover o entrosamento entre os participantes — tanto membros da comunidade quanto representantes externos. De acordo com os relatórios, as atividades favoreceram o intercâmbio de experiências entre diferentes segmentos comunitários, fortalecendo o sentimento de pertencimento e a colaboração coletiva.

As dinâmicas aplicadas variaram conforme o objetivo e o planejamento de cada oficina. Nas oficinas voltadas exclusivamente ao mapeamento, foram utilizados mapas físicos, cartolinas ou ferramentas digitais, buscando estimular a construção coletiva do conhecimento sobre o território. Em uma das experiências com o uso ferramentas digitais, foi testado o *Google Maps* como apoio ao mapeamento participativo, contudo, essa estratégia mostrou-se pouco efetiva, devido às dificuldades técnicas apresentadas pelas lideranças comunitárias no uso de recursos digitais, não sendo recomendada para replicação em contextos semelhantes.

Nas oficinas de mapeamento realizadas em conjunto com outras capacitações do projeto, registros indicam que se manteve os mesmos objetivos do mapeamento participativo, porém com uma abordagem mais reduzida. Essa estratégia permitiu articular o processo de mapeamento com os conteúdos do treinamento, favorecendo o aprendizado coletivo, a troca de saberes e a otimização do tempo e dos temas

trabalhados ao longo da oficina. Ao final das atividades, como mencionado anteriormente, eram oferecidas certificações e pequenos brindes como forma de reconhecimento da participação. Os primeiros diários de campo analisados mostraram insatisfação por parte dos participantes diante da ausência de benefícios mais concretos ao longo do projeto, considerando que se tratava de atividades voluntárias. Diante disso, para as oficinas seguintes, adotou-se a oferta de reconhecimentos simbólicos como forma de valorização e incentivo à continuidade do engajamento no projeto.

As figuras a seguir ilustram os feedbacks de alguns participantes, destacando as metodologias participativas empregadas e o engajamento das lideranças comunitárias nas atividades desenvolvidas.



**Figuras 03** - Avaliações das oficinas de mapeamento, realizadas de forma isolada ou integradas a outras formações, no Brasil (2024–2025), no contexto do Projeto GdS - Líderes Comunitários.

## **CrITÉRIOS de seleção**

Para a seleção dos participantes, foram estabelecidos critérios de elegibilidade, ou seja, um conjunto de características que permite identificar aqueles considerados representantes de uma determinada comunidade e capazes de apoiar as atividades do projeto. Os critérios utilizados foram:

- Proficiência na língua local: participantes que são capazes de se comunicar de forma efetiva no(s) idioma(s) da comunidade.
- Disposição para participar: indivíduos que expressam sua vontade e consentimento para participar ativamente das atividades propostas.
- Reconhecimento: participantes que sejam reconhecidos pela sua comunidade como lideranças.
- Conhecimento territorial: conhecimento e compreensão das especificidades de sua região (aspectos socioeconômicos, geográficos, sociais, etc.)
- Comunicabilidade: facilidade de se comunicar com outros indivíduos.
- Sociabilidade: indivíduos que possuem uma rede de sociabilidade bem estabelecida na comunidade.

As análises dos diários de campo evidenciaram que esses critérios nem sempre são identificados no primeiro contato, exigindo tempo, convivência e múltiplas interações. Observou-se, ainda, que nem todos os participantes atendiam plenamente a todos os critérios, entretanto, alguns demonstravam forte disponibilidade e interesse em participar. Assim, os critérios passaram a funcionar como princípio orientador, e não como requisitos rígidos. Para aqueles que não preenchiam integralmente os critérios, mas apresentavam potencial para desenvolvimento, buscou-se trabalhar, ao longo das atividades, as habilidades que poderiam ser fortalecidas.

Outro fator relevante a ser destacado refere-se às percepções observadas nas primeiras oficinas de mapeamento no Brasil, nas quais os relatórios evidenciaram o uso de nomenclaturas variadas para se referir ao papel de liderança e a distinção espontânea entre lideranças formais e informais. Essa diversidade conceitual exigiu um ajuste metodológico por parte da equipe do projeto GdS. A partir dessas experiências,

o projeto adotou uma padronização terminológica, passando a reconhecer e denominar as lideranças mapeadas, recrutadas e capacitadas como Lideranças Comunitárias para Vigilância em Saúde (LCVS), configurando-as como lideranças formais no âmbito do projeto.

### **Suporte para os participantes**

Em todas as atividades presenciais foi disponibilizado um auxílio de custo para o deslocamento até o local das oficinas, medida adotada com o objetivo de ampliar a adesão dos participantes. Essa estratégia foi implementada após os primeiros encontros, quando surgiram relatos recorrentes sobre dificuldades de transporte público e limitações financeiras para participação nas atividades.

O auxílio de custo variava conforme o território e suas especificidades. No Brasil, em Pirenópolis, por exemplo, não havia transporte público disponível, o que exigia maior organização por parte dos participantes. No Distrito Federal, onde havia transporte público, as demandas eram diferentes. Já em Cabo Verde, alguns territórios eram muito distantes, requerendo valores mais elevados de apoio financeiro, além disso, foi necessário oferecer auxílio para internet móvel em áreas mais afastadas, garantindo que os participantes pudessem acompanhar as atividades de forma adequada. No conjunto dos territórios, os valores de auxílio financeiro oscilaram entre R\$ 20,00 e R\$ 40,00 por pessoa, de acordo com as necessidades locais e o contexto de cada região.

### **Conhecimento da comunidade**

Um elemento central e recorrente observado em todas as atividades, sejam somente de mapeamento participativo ou o uso isolado da técnica de bola de neve, foi a relevância do conhecimento prévio sobre o território por parte da equipe do projeto. Aspectos como dados demográficos, dinâmicas sociais, dialetos locais, indicadores de saúde e características econômicas mostraram-se fundamentais para o desenvolvimento das ações. Os relatórios das experiências em Cabo Verde evidenciaram de forma expressiva esse fator: o contato prévio com as comunidades, aliado à forte cultura de voluntariado local, facilitou a mobilização, mapeamento e recrutamento das lideranças. Além disso, a familiaridade da equipe com o território,

adquirida em projetos sociais anteriores, contribuiu para um processo de mapeamento e recrutamento mais ágil em comparação às experiências realizadas no Brasil.

## **Confiança**

A construção de vínculo e confiança entre os participantes e a equipe do projeto emergiu como um fator decisivo para o engajamento nas oficinas e a participação no projeto. As anotações destacam que o contato presencial, encontros regulares e o acolhimento horizontal — evitando posturas hierárquicas ou excessivamente técnicas — favoreceram a aproximação entre o projeto e as comunidades. A presença de lideranças locais que já haviam participado de etapas anteriores também se mostrou estratégica, pois transmitiu segurança para os novos participantes, contribuindo para o fortalecimento do elo inicial de confiança.

## **Reconhecimento e construção da identidade de liderança**

A análise dos dados indicou que a consolidação do mapeamento está diretamente relacionada à forma como as lideranças se reconhecem, se mobilizam e interagem com o projeto, bem como às condições logísticas e ao contexto territorial em que as atividades são realizadas.

Um dos aspectos mais recorrentes observados em todas as oficinas foi a dificuldade inicial de autopercepção dos membros da comunidade enquanto representantes comunitários. No Brasil, em todos os territórios, muitos participantes não se reconheciam nesse papel, o que exigiu maior investimento da equipe do projeto em discussões sobre o significado de ser liderança comunitária e sua relevância na saúde pública. Contudo, à medida que as atividades avançaram, especialmente por meio de perguntas reflexivas (por exemplo, “o que é ser líder?”), foi possível identificar nos relatórios um processo de empoderamento gradual. Os participantes passaram a identificar-se com o papel de liderança, reconhecendo suas responsabilidades e potencial de mobilização no território. Além dessa mudança de autopercepção, alguns diários de campo registraram que o processo de capacitação contribuiu para o surgimento de novas lideranças comunitárias ao longo do projeto. A figura a seguir reúne palavras e frases escritas pelos participantes das oficinas sobre o significado de

ser líder, evidenciando percepções, valores e atributos associados à liderança comunitária.

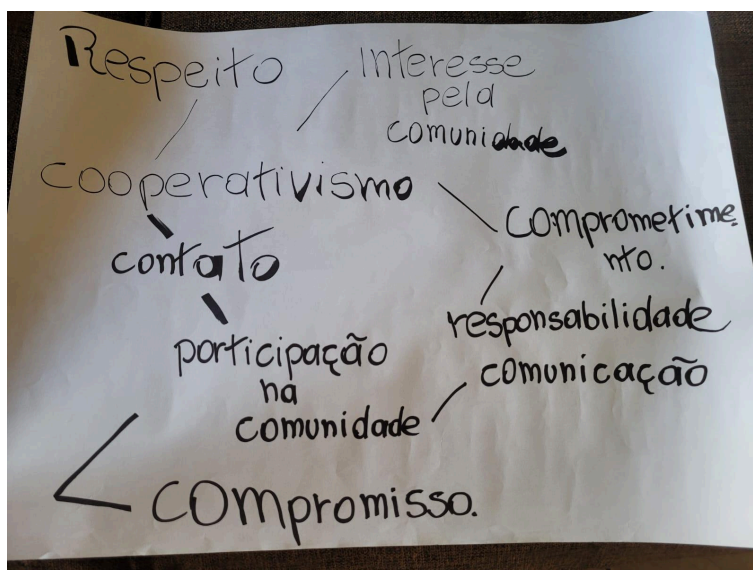


**Figura 04** - Cartaz elaborado durante oficina de mapeamento de lideranças comunitárias no Brasil (2024), realizada no âmbito do Projeto GdS - Líderes Comunitários, com registro das características associadas ao papel de ser líder comunitário.

Em encontros subsequentes com os mesmos participantes, observou-se o fortalecimento do reconhecimento de seu papel como lideranças locais no projeto, manifestado inclusive na forma como passaram a se autodenominar “lideranças comunitárias para a vigilância em saúde” e/ou “Guardiões da Saúde”. Essa mudança reflete nos relatórios com o sentimento de pertencimento e identificação com o projeto GdS.

### Elaboração do guia

A terceira e última etapa desse trabalho é a elaboração de um material escrito em formato de guia, nomeado de: Mapeamento e recrutamento de Lideranças Comunitárias para a Vigilância em Saúde.

O material foi desenvolvido com base nas recomendações de Echer (2005) e Hoffmann e Worrall (2004), que orientam quanto à sistematização, clareza, acessibilidade e adequação da linguagem em materiais educativos.

O conteúdo do guia foi produzido a partir da síntese dos achados mais relevantes e convergentes entre as evidências científicas identificadas na revisão de escopo e as

informações coletadas nos diários de campo do projeto. A elaboração do material contou com a colaboração dos pesquisadores vinculados ao projeto GdS, reunindo especialistas do Brasil, Cabo Verde e Reino Unido. O objetivo do documento é oferecer orientações práticas e adaptáveis para o mapeamento e recrutamento de lideranças comunitárias no contexto da vigilância em saúde. As diretrizes propostas não se configuram como um modelo prescritivo, mas como um referencial flexível, que pode ser ajustado conforme as especificidades de cada território, realidade social ou estrutura institucional.

O conteúdo do material foi construído a partir da combinação entre pesquisas científicas e experiências de campo, garantindo que o conhecimento teórico estivesse ancorado na realidade prática. Em relação à linguagem, optou-se por uma forma de escrita simples, objetiva e acessível, buscando facilitar a compreensão do conteúdo e sua aplicação por diferentes perfis de público. O guia foi disponibilizado em dois idiomas (português e inglês), ampliando seu alcance internacional. No que se refere à organização, o material foi estruturado de modo a articular aspectos conceituais e práticos, de forma a exemplificar tópicos e etapas que se mostraram ausentes ou pouco detalhados nas pesquisas revisadas. Quanto ao layout e à ilustração, o guia incorporou a identidade visual, fotografias e registros do projeto GdS, o que contribuiu para tornar o material mais atrativo, didático e conectado com as experiências reais do campo.

Seguindo os próximos passos, o material passou por revisão por pares e será amplamente divulgado em diversos canais institucionais e de comunicação de todos os parceiros envolvidos, com o intuito de compartilhar as experiências do projeto e fortalecer o uso das metodologias desenvolvidas junto a profissionais, gestores e comunidades no âmbito da vigilância em saúde.

## DISCUSSÃO

### Revisão de escopo

Apenas um subconjunto de estudos abordou a questão central da revisão de escopo: quais são as principais estratégias para mapear e recrutar “líderes comunitários” na vigilância em saúde? Embora os estudos e documentos técnicos identificados demonstrem que existem métodos para mapear e recrutar voluntários comunitários e líderes comunitários, esses processos raramente foram apresentados de forma sistemática, tampouco foram mencionados modelos de referência para o planejamento, o mapeamento e o recrutamento.

Observa-se que houve um atraso substancial entre a implementação e a disseminação dessas experiências. Embora a maioria dos programas tenha sido realizada entre 1988 e 2005, os estudos que os descrevem só foram publicados entre 2013 e 2024, reduzindo a oportunidade de incorporar as lições aprendidas em novos programas. Também identificamos problemas relacionados à terminologia ao tentar responder à questão de pesquisa. O objetivo da maioria dos projetos identificados era identificar e recrutar “voluntários”, não necessariamente “líderes” comunitários, e apenas um dos projetos recrutou exclusivamente para fins de vigilância.

Considerando a diversidade de termos utilizados e a ausência de uma classificação aprofundada, de modo geral os voluntários eram membros leigos da comunidade, capacitados para apoiar atividades específicas, com responsabilidades definidas e legitimidade decorrente de sua vinculação institucional a um programa. Os líderes comunitários, por sua vez, eram indivíduos reconhecidos localmente por sua capacidade de mobilizar e influenciar outras pessoas, cuja legitimidade é construída ao longo do tempo por meio de relações sociais estabelecidas e de engajamento prévio na comunidade.

No entanto, embora os dois grupos apresentassem perfis distintos nos programas, observamos que podiam desempenhar papéis complementares e que, em alguns casos, a capacitação estruturada e o apoio contínuo à participação podem permitir que voluntários transitem para papéis de liderança, reforçando assim a representatividade comunitária, a autonomia e a sustentabilidade dos programas ao longo do tempo.

Há consenso de que os indivíduos recrutados devem atender a critérios mínimos para participar dos projetos e, no mínimo, ser reconhecidos, quando não indicados, pela própria comunidade. No entanto, apenas um estudo destacou a importância de realizar previamente uma análise da área geográfica e do tamanho populacional para estimar o número de líderes necessários e sua representatividade, enquanto apenas outro enfatizou a condução de pesquisas preliminares com parceiros locais para verificar a viabilidade e a aceitação do programa, bem como identificar iniciativas semelhantes em andamento. Experiências recentes de iniciativas comunitárias, assim como diretrizes técnicas — especialmente aquelas relacionadas à vigilância baseada em eventos comunitários —, indicam que essas etapas são fundamentais para compreender quais perfis comunitários são mais adequados a cada iniciativa, orientar o recrutamento, evitar a duplicação de esforços e prevenir falhas decorrentes de uma compreensão limitada dos fatores relacionais e sociais na estruturação dos programas. Na ausência desse trabalho prévio, há o risco de adoção de modelos genéricos que não respondem às necessidades e dinâmicas locais (UNIVERSITY OF KANSAS, 2024).

De forma mais positiva, constata-se que os estudos enfatizaram a importância da capacitação e da supervisão contínua como mecanismos fundamentais tanto para permitir que os voluntários desempenhem suas funções quanto para fortalecer as capacidades de liderança. Os projetos de mais longa duração tendem a apresentar estruturas organizacionais mais consolidadas, maior número de voluntários e maior sustentabilidade dos programas. Além disso, para além do tempo de implementação, o envolvimento e a coordenação de diversos atores sociais, como governos, organizações sem fins lucrativos, instituições educacionais e sociais, entre outros, parecem contribuir para um melhor recrutamento, maior continuidade e maior sustentabilidade das intervenções. Por outro lado, a impossibilidade de remunerar ou oferecer incentivos financeiros foi destacada como um fator crítico que contribui para altas taxas de rotatividade e como um obstáculo significativo para a sustentação das ações.

Por fim, é importante destacar que a maioria dos programas estudados abordou doenças específicas e bem conhecidas, para as quais existem protocolos de resposta ou de imunização estabelecidos. O fato de apenas um estudo, sobre vigilância

comunitária na Somália, ter abordado atividades mais amplas de vigilância em saúde sugere que há potencial para investigar de forma mais aprofundada os benefícios e os requisitos do envolvimento comunitário nesse campo (UNIVERSITY OF KANSAS, 2024). Uma revisão de escopo recente, publicada em 2024, sobre o engajamento das comunidades como parceiras na resposta a crises de saúde, observou que identificar e envolver membros e líderes comunitários desde a fase de planejamento e ao longo de todos os níveis de intervenção pode aumentar a probabilidade de ações eficazes e fortalecer a confiança entre a comunidade e as autoridades de saúde (Sahani et al., 2024a).

### **Observação participante**

Do ponto de vista metodológico, as análises dos diários de campo do projeto GdS revelam que o uso e a adaptação de metodologias participativas se mostraram úteis para identificar membros na comunidade, estimular o diálogo entre diferentes segmentos sociais e ampliar o entendimento coletivo sobre o território.

Entretanto, a aplicação dessas metodologias também evidenciou desafios importantes. A condução de atividades participativas por equipes externas ao território mostrou-se mais complexa, especialmente nas fases iniciais do projeto, quando ainda não havia relações de confiança estabelecidas. As dificuldades de contato, a baixa adesão às oficinas, em parte, a ausência de vínculos prévios e a percepção do projeto como uma iniciativa externa ou de caráter predominantemente acadêmico.

Além disso, o caráter voluntário das atividades do projeto dificultou o engajamento contínuo das lideranças. A ausência de incentivos materiais mais concretos foi apontada nos diários de campo como um fator de insatisfação, o que reforça a necessidade de estratégias de reconhecimento e de valorização do tempo dedicado pelos participantes.

O uso de recursos físicos, como o uso de mapas impressos favoreceu o reconhecimento e a clareza visual sobre os territórios, diferentemente do uso de recursos digitais, como o *Google Maps*, foi avaliado como menos efetivo devido à dificuldade de interação. Outro fator relevante foram os encontros regulares para o

mapeamento ou recrutamento realizadas no Brasil que demonstraram a importância do elo de confiança e do pertencimento territorial como elementos-chave para o engajamento das lideranças, reforçando o que parte da literatura já indica: a efetividade das ações de vigilância comunitária depende menos da formalização de protocolos e mais da construção de vínculos e reconhecimento mútuo. A construção de confiança, por exemplo, ganha especial relevância em situações de crise, como epidemias e desastres ambientais, nas quais a legitimidade e a adesão às ações de vigilância dependem diretamente da confiança entre lideranças, comunidade e os profissionais de saúde. Experiências da epidemia de Ebola na África Ocidental ilustram esse ponto: em 2018, a ausência de parcerias baseadas na confiança com a comunidade na República Dominicana do Congo contribuiu para maiores taxas de letalidade da doença no país (Mayhew et al., 2021b).

Do ponto de vista operacional, a proporção entre o número de facilitadores e participantes foi apontada como determinante para a qualidade da condução das atividades, especialmente em comunidades com grande número de lideranças.

Por fim, os diários de campo evidenciam um conjunto de lições aprendidas ao longo do período analisado, tanto no que se refere a estratégias bem-sucedidas quanto às dificuldades enfrentadas. Entre elas, destacam-se a importância de estruturar e adaptar o método para o mapeamento de membros da comunidade, assegurar que as atividades ocorram em espaços reconhecidos pela comunidade e contar com a participação de pessoas de referência, como profissionais de saúde ou membros da comunidade amplamente reconhecidos, promover encontros presenciais regulares para o fortalecimento e a manutenção dos vínculos com o projeto. Além disso, ressalta-se a relevância de mecanismos de suporte, reconhecimento e valorização dos participantes. A combinação desses fatores pode contribuir para a consolidação de processos de mapeamento e recrutamento mais eficazes.

## CONCLUSÃO

Os resultados da revisão de escopo, articulados à análise dos diários de campo e dos relatórios do projeto GdS, convergem ao evidenciar a relevância da adoção de um planejamento estruturado, fundamentado em métodos e estratégias para o mapeamento e o recrutamento de voluntários e lideranças comunitárias. Embora existam fundamentos teóricos e experiências práticas que sustentem essas abordagens, os achados indicam que tais processos ainda carecem de maior sistematização e clareza, especialmente no que se refere à definição de métodos e etapas.

As experiências científicas analisadas demonstram que o envolvimento de membros da comunidade em programas de saúde constitui uma estratégia eficaz para ampliar o alcance das intervenções, fortalecer vínculos territoriais e promover relações mais sustentáveis com o sistema formal de saúde, reforçando a necessidade de documentar experiências recentes, particularmente no contexto da vigilância em saúde e da crescente adoção da vigilância baseada em eventos comunitários (RESOLVE TO SAVE LIVES, 2025).

As evidências provenientes das experiências do projeto GdS realizadas no Brasil e em Cabo Verde complementam a literatura ao revelar dimensões ainda pouco exploradas nos estudos, como a importância do conhecimento prévio do território, a estruturação e flexibilidades de métodos, da realização de encontros específicos e pedagogicamente planejados para o mapeamento, da garantia de condições mínimas para a participação, da reflexão coletiva sobre o autorreconhecimento enquanto liderança comunitária e do fortalecimento de vínculos por meio do contato prévio e da presença de atores de referência locais. Esses elementos mostraram-se importantes para a adesão das lideranças e o fortalecimento das ações do projeto.

Vale destacar que outros autores, cujos estudos não compõem a revisão de escopo, apontam que a efetividade da participação comunitária depende diretamente da diversidade e da representatividade das pessoas envolvidas. Esse achado reforça a importância de identificar diferentes tipos de lideranças, formais e informais, nos processos de mapeamento e recrutamento. Por exemplo, as lideranças informais,

muitas vezes oriundas de grupos minoritários ou pouco visíveis, exercem papéis fundamentais nas redes sociais comunitárias, compreendidas como sistemas de relações interpessoais por meio das quais circulam informações, influências e recursos simbólicos (LINTON, 1970; DEMEDA et al., 2006).

Estudos mostram que, quando o recrutamento se restringe às chamadas “elites locais”, há o risco de reproduzir desigualdades e excluir grupos marginalizados do processo participativo (PROBST e HAGMANN, 2003; MERTENS, 2005). A identificação de lideranças informais e diversas, reconhecidas dentro das próprias redes locais de poder, amplia o alcance territorial e social das iniciativas, favorecendo a equidade de participação e a aderência das estratégias às realidades e demandas específicas dos diferentes grupos comunitários (LEBEL, 2003). Assim, mapear indivíduos com atuações informais, mas reconhecidos pelos próprios pares, tornam-se pontos estratégicos de mobilização e de articulação social.

Diante do exposto, observa-se que esse tema não foi amplamente abordado nos resultados. No entanto, um dos documentos analisados apresenta uma contribuição essencial ao discutir o processo de mapeamento, compreendido como a construção de uma lista estruturada e detalhada de lideranças comunitárias, com a identificação de seus respectivos papéis, o que pode auxiliar na elaboração de um perfil da comunidade. Esse perfil geralmente inclui uma síntese das principais preocupações comunitárias, informações demográficas, a identificação de organizações locais, os determinantes sociais da saúde e outras características relevantes. Tais elementos contribuem para uma melhor compreensão da população-alvo e facilitam o desenvolvimento de intervenções de saúde pública mais eficazes (CDC, 2025b). Nesse processo, e combinando os aspectos discutidos até aqui, torna-se fundamental categorizar nessa lista estruturada as lideranças formais e informais presentes no território.

Um fator recorrente discutido tanto nos artigos quanto nos relatórios do projeto GdS indica que os processos formativos desempenham um papel central na construção ou reconhecimento do papel liderança comunitária. Em ambos os casos, a formação aponta para a possibilidade de que voluntários comunitários, inicialmente recrutados para apoiar atividades específicas, desenvolvam progressivamente competências,

autonomia e reconhecimento social, podendo exercer papéis de liderança ao longo do tempo. No contexto do projeto GdS, essa transição foi observada: diversos participantes inicialmente não se reconheciam como líderes comunitários, passando a se identificar como tais apenas após sua participação contínua nas ações do projeto e o desenvolvimento de habilidades novas. Esse achado reforça a compreensão da liderança como um processo dinâmico e relacional, construído a partir da prática, da formação e do engajamento contínuo no território.

Para aqueles que buscam desenvolver iniciativas de vigilância em saúde, as experiências descritas neste trabalho ressaltam a importância da criação e flexibilidade nos métodos e processos conforme a necessidade de cada comunidade, realização do mapeamento em consonância com as dinâmicas locais e a oferta apoio contínuo a esses atores ao longo de todo o processo. A aplicação dessas etapas possibilita a identificação dos perfis mais adequados a cada contexto.

Por fim, é essencial durante esse processo diferenciar os voluntários comunitários e líderes comunitários. Ambos são atores distintos, porém complementares, cujo engajamento combinado pode gerar benefícios significativos para as iniciativas de vigilância em saúde. Os voluntários comunitários podem oferecer apoio operacional a atividades específicas, constituindo uma força de trabalho local, capacitada e orientada pelas necessidades do programa. Por outro lado, os líderes comunitários podem aportar capacidade de mobilização e influência no território, aspectos fundamentais para o engajamento comunitário, a adesão e a construção de confiança. A combinação desses perfis pode fortalecer tanto a implementação quanto a sustentabilidade das iniciativas, ampliando seu impacto a longo prazo.

Entretanto, esse potencial só pode ser concretizado se voluntários e líderes comunitários forem adequadamente mapeados e recrutados e, posteriormente, devidamente capacitados, motivados e supervisionados em um ambiente favorável, que assegure que limitações financeiras não comprometam seu desempenho. A incorporação dessas abordagens desde a fase de planejamento pode contribuir para o estabelecimento de sistemas de vigilância mais enraizados no território, reforçar a confiança entre as comunidades e as autoridades de saúde e fortalecer a capacidade

Por fim, em consonância com uma das lacunas identificada neste trabalho — a ausência de sistematização dos processos de mapeamento e recrutamento —, a síntese da literatura publicada entre 1988 e 2024, aliada à experiência prática do projeto Guardiões da Saúde – Líderes Comunitários (2023–2025), permitiu consolidar aprendizados e suprir fragilidades apontadas nas análises. Esses elementos fundamentaram a elaboração de um guia para a sistematização de métodos e estratégias de mapeamento e recrutamento de lideranças comunitárias, produto final desta pesquisa.

A construção deste guia representa um avanço significativo, por propor métodos e reunir de forma integrada práticas, processos e reflexões oriundos de diferentes territórios e contextos socioculturais, sendo resultado da colaboração entre pesquisadores do Brasil, Cabo Verde e Reino Unido. O documento oferece uma ferramenta orientadora para profissionais, pesquisadores e comunidades interessados em desenvolver projetos com as comunidades, através de membros da comunidade. Além de servir como referência técnica, o guia contribui para fortalecer a capacidade local de articulação, apoiar a formação de redes comunitárias e promover uma vigilância em saúde mais participativa. Com o objetivo de ampliar seu alcance e aplicabilidade, o material foi desenvolvido em português e em inglês, estando disponível no site oficial do projeto<sup>1</sup> e futuramente também na Biblioteca Nacional de Saúde.

Por fim, recomenda-se que pesquisas futuras aprofundem a análise sobre como diferentes tipologias e classificações de lideranças podem influenciar os processos de mapeamento e recrutamento, bem como avaliem o impacto dessas abordagens em distintos setores da comunidade, considerando a diversidade de contextos, níveis de organização e formas de engajamento social.

---

<sup>1</sup>O material está disponível para consulta nas seguintes versões:

Português: <https://proepi.org.br/download/guia-mapeamento-liderancas-comunitarias/>

Inglês: <https://proepi.org.br/download/guide-to-mapping-and-recruiting-community-leaders-for-health-surveillance/>

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ÁFRICA, CDC. **Africa CDC Event-based Surveillance Resources**. África CDC, 2023.  
Disponível em:  
<<https://africacdc.org/download/africa-cdc-event-based-surveillance-framework-2/>>. Acesso em: 5 nov. 2024
- AL SIYABI, Huda *et al.* Community Participation Approaches for Effective National COVID-19 Pandemic Preparedness and Response: An Experience From Oman. **Frontiers in Public Health**, v. 8, p. 616763, 26 jan. 2021.
- ALLIANCE FOR MALARIA PREVENTION. ORIENTAÇÕES PARA A FORMAÇÃO DE LÍDERES COMUNITÁRIOS NUMA CAMPANHA DE MOSQUITEIROS TRATADOS COM INSETICIDA (MTI). 2024.
- ANKOMAH, Samuel Egyakwa; FUSHEINI, Adam; DERRETT, Sarah. Unsung heroes in Ghana's healthcare system: the case of community health volunteers and community health management committee. **Health Research Policy and Systems**, v. 22, p. 10, 15 jan. 2024.
- ARAÚJO, Franciele Eunice; ANJOS, Rafael Silva; ROCHA-FILHO, Gilson Brandão. MAPEAMENTO PARTICIPATIVO: CONCEITOS, MÉTODOS E APLICAÇÕES. **Boletim de Geografia**, v. 35, n. 2, p. 128–140, 1 dez. 2017.
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). *Scoping studies: Towards a methodological framework*. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. DOI: 10.1080/1364557032000119616.
- ASEGEDEW, Bethlehem *et al.* The CORE Group Polio Project's Community Volunteers and Polio Eradication in Ethiopia: Self-Reports of Their Activities, Knowledge, and Contributions. **The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 101, n. 4 Suppl, p. 45–51, out. 2019.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo* Lisboa: Edições 70, 1977.
- BENTO, Fabio; COUTO, Kalliu Carvalho. A Behavioral Perspective on Community Resilience during the COVID-19 Pandemic: The Case of Paraisópolis in São Paulo, Brazil. **Sustainability**, v. 13, n. 3, p. 1447, jan. 2021.
- BREUER, David; L'EUROPE, Organisation mondiale de la Santé Bureau régional de. **Participation de la population à la santé locale et au développement durable : approches et techniques**. [S.l.]: Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe, 2000.
- CARDOSO, Andréia Dos Santos; NASCIMENTO, Marilene Cabral Do. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. suppl 1, p. 1509–1520, jun. 2010.
- CARMO, Eduardo Hage; PENNA, Gerson; OLIVEIRA, Wanderson Kleber de. Emergências de saúde pública: conceito, caracterização, preparação e resposta. **Estudos Avançados**, v. 22, p. 19–32, dez. 2008.

CDC. **Developing Communication Materials and Identifying Communications Channels.**

Disponível em:

<<https://www.atsdr.cdc.gov/community-engagement-playbook/php/activities/communication-materials-channels.html>>. Acesso em: 9 jul. 2025a.

CDC. **Community Engagement Playbook.** Disponível em:

<<https://www.atsdr.cdc.gov/community-engagement-playbook/php/about/index.html>>. Acesso em: 11 jul. 2025b.

**Community engagement and accountability in low-resource settings: Guidance for COVID-19.** , [S.d.]. Disponível em:

<<https://communityengagementhub.org/wp-content/uploads/sites/2/2020/05/CE-low-resource-settings-distance-April-2020.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2024

Echer IC. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 setembro-outubro; 13(5):754.

ELIAS, Hussein *et al.* Impact of training on knowledge, confidence and attitude amongst community health volunteers in the provision of community-based palliative care in rural Kenya. **BMC Palliative Care**, v. 23, p. 97, 11 abr. 2024.

FERNANDES, Italo; BRUNS, Maria Alves de Toledo. REVISÃO SISTEMATIZADA DA LITERATURA CIENTÍFICA NACIONAL ACERCA DA HISTÓRIA DO HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 32, n. 1, 25 jun. 2021.

FERREIRA, Irma Teresinha Rodrigues Neves; VERAS, Maria Amélia de Sousa Mascena; SILVA, Rubens Antonio. Participação da população no controle da dengue: uma análise da sensibilidade dos planos de saúde de municípios do Estado de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 2683–2694, dez. 2009.

FRANCO, Guilherme *et al.* Vigilância em Saúde brasileira: reflexões e contribuição ao debate da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 3137–3148, out. 2017.

GHOLIPOUR, Kamal *et al.* Barriers to community participation in primary health care of district health: a qualitative study. **BMC Primary Care**, v. 24, p. 117, 16 maio 2023.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GILLESPIE, Amaya M. *et al.* Social Mobilization and Community Engagement Central to the Ebola Response in West Africa: Lessons for Future Public Health Emergencies. **Global Health: Science and Practice**, v. 4, n. 4, p. 626, 23 dez. 2016b.

GUIMARÃES, Raphael Mendonça *et al.* Vigilância civil em saúde, estudos de população e participação popular. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 81–93, 27 fev. 2023a.

GUIMARÃES, Raphael Mendonça *et al.* Vigilância civil em saúde, estudos de população e participação popular. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 81–93, 27 fev. 2023b.

HALDANE, Victoria *et al.* Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. **PLoS ONE**, v. 14, n. 5, p. e0216112, 10 maio 2019.

HANDCOCK, Mark S.; GILE, Krista J. Comment: On the Concept of Snowball Sampling. **Sociological methodology**, v. 41, n. 1, p. 367–371, 1 ago. 2011.

Hoffmann T, Worrall L. Designing effective written health education materials: considerations for health professionals. *Disabil Rehabil.* 2004 Oct 7;26(19):1166-73. doi: 10.1080/09638280410001724816. PMID: 15371031.

JUNG, Julia *et al.* Community-based surveillance programme evaluation using the platform Nyss implemented by the Somali Red Crescent Society-a mixed methods approach. **Conflict and Health**, v. 18, n. 1, p. 20, 6 mar. 2024.

LEE, Mina. Engaging female community health volunteers in maternal health services and its satisfaction among village mothers in Hill and Mountain Regions, Nepal. **AIMS Public Health**, v. 7, n. 4, p. 778–791, 2020.

LEBEL, J. Health: an ecosystem approach. Canadá: IDRC, 2003. 84.

LINTON, R. O homem: uma introdução a antropologia. São Paulo: Martins Editora, 1970, p. 128-145.

LOSEY, Lee *et al.* The CORE Group Polio Project: An Overview of Its History and Its Contributions to the Global Polio Eradication Initiative. **The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 101, n. 4 Suppl, p. 4–14, out. 2019.

LUDWICK, Teralynn *et al.* Poor retention does not have to be the rule: retention of volunteer community health workers in Uganda. **Health Policy and Planning**, v. 29, n. 3, p. 388–395, 1 maio 2014.

LUSAMBILI, Adelaide M. *et al.* Community health volunteers challenges and preferred income generating activities for sustainability: a qualitative case study of rural Kilifi, Kenya. **BMC Health Services Research**, v. 21, p. 642, 3 jul. 2021.

MALINOWSKI, B. Argonautas do Pacífico Ocidental. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978

MARIETTO, Marcio Luiz. Observação Participante E Não Participante: Contextualização Teórica E Sugestão De Roteiro Para Aplicação Dos Métodos. **Revista Ibero Americana de Estratégia**, v. 17, n. 4, p. 05–18, 2018.

MARSTON, Cicely *et al.* Community participation for transformative action on women's, children's and adolescents' health. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 94, n. 5, p. 376–382, 1 maio 2016.

MARSTON, Cicely; RENEDO, Alicia; MILES, Sam. Community participation is crucial in a pandemic. **Lancet (London, England)**, v. 395, n. 10238, p. 1676, 4 maio de 2020.

MAUNG, Htet Myet Win *et al.* The contribution of a non-governmental organisation's Community Based Tuberculosis Care Programme to case finding in Myanmar: trend over time. **Infectious Diseases of Poverty**, v. 6, p. 51, 3 abr. 2017.

MAYHEW, Susannah H. *et al.* Responding to the 2018-2020 Ebola Virus Outbreak in the Democratic Republic of the Congo: Rethinking Humanitarian Approaches. **Risk Management and Healthcare Policy**, v. 14, p. 1731–1747, 2021a.

MENDES, Rosana Maria [UNESP. A formação do professor que ensina matemática, as tecnologias de informação e comunicação e as comunidades de prática: uma relação possível. 8 maio 2013.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. p. 9-29.

MTI. **Orientação para o treinamento de líderes comunitários em uma campanha de mosquito tratado com inseticida (MTI) - Aliança para a Prevenção da Malária.** , 11 abr. 2024. Disponível em: <<https://allianceformalariaprevention.com/resource-library/resource/guidance-for-the-training-of-community-leaders-in-an-insecticide-treated-net-itn-campaign/>>. Acesso em: 9 jul. 2025

O método PES: entrevista com Matus / Franco Huertas; tradução de Giselda Barroso Sauveur. - São Paulo: Fundap, 1996. Disponível em: <https://ufabcegp.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/10/trabalho-metodo-pes1.pdf> Acesso em 08 dez. 2025.

OKEEFFE, Jennifer *et al.* Strengthening community-based surveillance: lessons learned from the 2018–2020 Democratic Republic of Congo (DRC) Ebola outbreak. **Conflict and Health**, v. 17, p. 41, 30 ago. 2023.

OLIVEIRA, Monique *et al.* Actions during the COVID-19 pandemic to protect the most vulnerable population: what is the potency amid chaos? **Health Promotion International**, p. daab122, 12 ago. 2021.

OWUSU, Lucy *et al.* Role and capacity needs of community based surveillance volunteers in the integrated management of skin neglected tropical diseases (skin NTDs): a qualitative study from central Ghana. **BMC Public Health**, v. 23, p. 1086, 6 jun. 2023.

PAHO. **Community Involvement in Rolling Back Malaria; 2002 (sólo en inglés) - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde.** Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/node/43372>>. Acesso em: 11 jul. 2025.

PAHO. **Serviços móveis de saúde mental na comunidade: promoção de abordagens centradas na pessoa e baseadas em direitos.** [S.l.]: Pan American Health Organization, 2022.

PANDAY, Sarita; VAN TEIJLINGEN, Edwin; BARNES, Amy. Exploring the motivations of female community health volunteers in primary healthcare provision in rural Nepal: A qualitative study. **PLOS Global Public Health**, v. 4, n. 8, p. e0003428, 1 ago. 2024.

PARKER, Melissa *et al.* Ebola and Public Authority: Saving Loved Ones in Sierra Leone. **Medical Anthropology**, v. 38, n. 5, p. 440–454, 4 jul. 2019.

PROBST, K. e HAGMANN, J. Understanding participatory research in the context of natural resource management – paradigms, approaches and typologies. Agricultural Research and Extension Network Paper, no 130, p. 1-15, 2003. Disponível em [http://www.odi.org.uk/agreen/papers/agreenpaper\\_130.pdf](http://www.odi.org.uk/agreen/papers/agreenpaper_130.pdf). Acesso em 08 dez. 2025

RAJAA, Sathish; SAHU, Swaroop Kumar; THULASINGAM, Mahalakshmi. Contribution of community health care volunteers in facilitating mobilization for diabetes and hypertension screening among the general population residing in urban puducherry – An operational

- research study. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 11, n. 2, p. 638–643, fev. 2022.
- RESOLVE TO SAVE LIVES. How event-based surveillance is saving lives across Africa. Strategies in action, 11 jul. 2025. Disponível em: <https://resolvetosavelives.org/strategies-in-action/how-event-based-surveillance-is-saving-lives-across-africa/>. Acesso em: 08 dez. 2025
- RIFKIN, Susan B. Lessons from community participation in health programmes: a review of the post Alma-Ata experience. **International Health**, v. 1, n. 1, p. 31–36, 1 set. 2009.
- SAHANI, Mateus Kambale *et al.* Engaging communities as partners in health crisis response: a realist-informed scoping review for research and policy. **Health Research Policy and Systems**, v. 22, p. 56, 6 maio 2024a.
- SAHANI, Mateus Kambale *et al.* Engaging communities as partners in health crisis response: a realist-informed scoping review for research and policy. **Health Research Policy and Systems**, v. 22, p. 56, 6 maio 2024b.
- SANTOS, Melina Érica *et al.* Avaliação das capacidades de vigilância do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, Brasil. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. ág. 219-234, 7 jul. 2016.
- SANTOS, Milton. **Por Uma Geografia Nova: Da Cri?Tica da Geografia a Uma Geografia Cri?Tica**. Sa?o Paulo: Editora da Universidade de Sa?o Paulo, 1978.
- SANTOS, Mílton; SILVEIRA, Maria Laura. O Brasil: território e sociedade no início do século XXI. 2001.
- SELLTIZ, C., WRIGHTSMAN, L.S., COOK, S.W. (1987) Métodos de pesquisa nas relações sociais. Editora da Universidade de São Paulo, SP.
- SCHWARZ, Dan *et al.* Strengthening Nepal's Female Community Health Volunteer network: a qualitative study of experiences at two years. **BMC health services research**, v. 14, p. 473, 9 out. 2014.
- STOVER, Jesse; AVADHANULA, Laxmisupriya; SOOD, Suruchi. A review of strategies and levels of community engagement in strengths-based and needs-based health communication interventions. **Frontiers in Public Health**, v. 12, p. 1231827, 9 abr. 2024.
- TOLEDO, Márcio Roberto. BARCELLOS, CHRISTOVAM. A GEOGRAFIA E O CONTEXTO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE. **Revista Saúde - UNG-Ser - ISSN 1982-3282**, v. 3, n. 3, p. 36–36, 2009.
- TRIVIÑOS, Augusto. Nivaldo Silva. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.
- Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien K, Colquhoun H, Kastner M, Levac D, Ng C, Sharpe JP, Wilson K, Kenny M, Warren R, Wilson C, Stelfox HT, Straus SE. A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2016 Feb 9;16:15. doi: 10.1186/s12874-016-0116-4. PMID: 26857112; PMCID: PMC4746911.

- UNIVERSITY OF KANSAS. **Chapter 7., Section 3. Methods of Contacting Potential Participants - Main Section | Community Tool Box.** Disponível em: <<https://ctb.ku.edu/en/table-of-contents/participation/encouraging-involvement/contact-participants/main>>. Acesso em: 10 jul. 2025a.
- UNIVERSITY OF KANSAS. **Capítulo 7, Seção 8. Identificação e Análise das Partes Interessadas e Seus Interesses - Seção Principal | Caixa de Ferramentas da Comunidade.** Disponível em: <<https://ctb.ku.edu/en/table-of-contents/participation/encouraging-involvement/identify-stakeholders/main>>. Acesso em: 15 jul. 2025.
- UNIVERSITY OF KANSAS, Community Tool Box. **Chapter 7., Section 1. Developing a Plan for Increasing Participation in Community Action - Main Section | Community Tool Box.** Disponível em: <<https://ctb.ku.edu/en/table-of-contents/participation/encouraging-involvement/increase-participation/main>>. Acesso em: 11 jul. 2025b.
- VALDEZ, Danelba *et al.* Malaria outbreak response in urban Santo Domingo, Dominican Republic: lessons learned for community engagement. **Revista Panamericana De Salud Publica = Pan American Journal of Public Health**, v. 44, p. e92, 2020.
- VALLADARES, Licia. Os dez mandamentos da observação participante. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 22, p. 153–155, fev. 2007.
- VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, v. 22, n. 44, p. 203–220, 30 dez. 2014.
- WAMBUI, Elizabeth *et al.* Perceptions towards management of acute malnutrition by community health volunteers in northern Kenya. **PLOS Global Public Health**, v. 4, n. 5, p. e0002564, 16 maio 2024.
- WHO. **Integrating stakeholder and community engagement in quality of care initiatives for maternal, newborn and child health.** Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240006317>>. Acesso em: 11 jul. 2025a.
- WHO. **Tips for engaging communities during COVID-19 in low-resource settings, remotely and in-person. Community Engagement Hub**, 2020b. Disponível em: <<https://communityengagementhub.org/resource/tips-for-engaging-communities-during-covid-19-in-low-resource-settings-remotely-and-in-person/>>. Acesso em: 9 jul. 2025
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Community-centred approaches to health emergencies: progress, gaps and research priorities.** Disponível em: <<https://www.who.int/publications/m/item/community-centred-approaches-to-health-emergencies-progress-gaps-and-research-priorities-who-covid-19-social-science-in-outbreak-response>>. Acesso em: 19 ago. 2024.
- ZIKMUND, W. G. Business research methods. 5.ed. Fort Worth, TX: Dryden, 2000.