

Considerações fundamentais: Engajamento infantil no contexto de surtos de doenças na África Oriental e Austral

SSHAP

Social Science
in Humanitarian
Action Platform

Estratégias eficazes de engajamento de crianças são fundamentais para otimizar a resposta aos surtos de doenças e minimizar o seu impacto, assegurando simultaneamente a proteção, o bem-estar e a resiliência das crianças. Quando as crianças compreendem os surtos de doenças, estão mais aptas a lidar com a situação, a contribuir e a auxiliar na recuperação. Isto promove o bem-estar e protege as crianças e reconhece a sua capacidade de ação. A região da África Oriental e Austral (AOA) é propensa a surtos de doenças, incluindo o Ébola e outras febres hemorrágicas, o sarampo, a cólera, o carbúnculo e a meningite, que podem afetar desproporcionalmente as crianças. Este resumo analisa porquê, quando e como envolver as crianças nas fases de prevenção, resposta e recuperação. Baseando-se em literatura publicada e cinzenta, incluindo relatórios de projetos, e na vasta experiência dos autores, fornece orientações para apoiar o desenho e o desenvolvimento de estratégias de comunicação e engajamento adequadas para crianças no que diz respeito a surtos de doenças. O resumo abrange os esforços que envolvem crianças e adolescentes com menos de 18 anos e recomenda três níveis de participação. As organizações e os profissionais podem selecionar um nível com base nos objetivos organizacionais, nos recursos disponíveis e na prontidão para se engajar com as crianças.

Considerações fundamentais

- **As populações da AOA têm uma vulnerabilidade maior aos surtos de doenças e as crianças da região são ainda mais vulneráveis.** Por isso, é importante dar ênfase à comunicação de risco e ao engajamento comunitário (CREC) na AOA, especialmente em termos de proteção e engajamento das crianças.
- **O engajamento das crianças nos esforços de resposta, em particular na CREC, pode mitigar os riscos e os efeitos adversos que as crianças enfrentam durante os surtos.** As abordagens centradas na criança dão prioridade às necessidades e aos direitos das crianças e ajudam os responsáveis pela conceção e implementação dos programas a levarem em consideração suas experiências.
- **O engajamento e a comunicação com as crianças antes, durante e após os surtos reforçam a capacidade de ação das crianças, promovem o bem-estar e protegem-nas.** Quando as crianças compreendem a doença e se preparam para os surtos, são mais resilientes e capazes de lidar com a situação.
- **As crianças podem tornar-se agentes de mudança no seio das suas famílias e comunidades.** Ações de CREC centradas na criança permitem a promoção de ações que crianças, famílias e comunidades podem tomar para prevenir, responder e recuperar de surtos de doenças. As crianças podem partilhar as principais mensagens de saúde e promover comportamentos saudáveis junto dos seus pares e familiares.
- **A CREC centrada na criança responde às necessidades das crianças e das suas famílias e gera confiança nos membros da família e da comunidade.** Quando a confiança é estabelecida, é mais provável que mudanças comportamentais positivas aconteçam e sejam sustentáveis.
- **As estratégias de engajamento das crianças tornam frequentemente a CREC mais inclusiva.** Contação de histórias, mapeamento, estratégias baseadas nos pares, o entretenimento-educação (“*edutainment*” - meios de comunicação concebidos para educar através do entretenimento) e outras técnicas visuais ou participativas podem ser utilizadas

tanto com as crianças como com os adultos, e podem ser inclusivas para as pessoas com deficiências ou baixo nível de literacia.

- **A CREC deve complementar os esforços de saúde, educação, proteção e preparação para desastres e redução de riscos.** A CREC centrada na criança pode se basear na educação para a saúde na escola. Os clubes de crianças, os centros comunitários e as organizações centradas na criança podem promover a CREC nas suas próprias instituições e redes.
- **Mais investigações sobre estratégias de engajamento das crianças são necessárias na medida que os contextos ambientais, políticos, económicos e digitais evoluem.** Deve ser dada prioridade a investigações adicionais sobre melhores práticas de engajamento, incluindo investigações orientadas pelas crianças de forma a garantir que as estratégias respondam às necessidades em evolução das comunidades.

Caixa 1. Definições

Comunicação de risco e envolvimento da comunidade (CREC) diz respeito a um conjunto de abordagens centradas na comunicação de riscos. No contexto de um surto de doença, a comunicação de riscos tem como objetivo garantir que as pessoas tenham a informação de que necessitam para se protegerem da doença. Isto inclui o intercâmbio de informações entre peritos, funcionários e pessoas em risco de contrair doenças. O envolvimento da comunidade é um conjunto de abordagens utilizadas pelos governos e parceiros para garantir que as comunidades trabalhem em conjunto para prevenir, detetar e tratar os surtos de doenças.¹

O **engajamento ou envolvimento e a participação das crianças** é um termo genérico para as abordagens que envolvem e contam com a participação de crianças e adolescentes (18 anos ou menos) nas decisões e ações que afetam as suas vidas e comunidades. Isto inclui a prevenção, deteção e tratamento de surtos de doenças. A **redução do risco de desastres (RRC)** centrada nas crianças implica o reconhecimento e o recurso aos direitos, necessidades e capacidades das crianças para reduzir os riscos e aumentar a capacidade de resistência das comunidades e das nações. Reduz os riscos para as crianças, ao mesmo tempo que colabora com elas.²

A **mudança social e comportamental (MSC)** é um conjunto de ferramentas e abordagens que são utilizadas para promover sistematicamente a mudança, abordando desafios aparentemente insolúveis. Estas mudanças podem ocorrer a nível individual, familiar ou comunitário; dentro e entre organizações, e a nível nacional.³ **A MSC e a CREC funcionam melhor em conjunto** para garantir que todos os aspetos do comportamento humano sejam considerados no desenvolvimento de sistemas para prevenir, gerir e responder à propagação de doenças.

Impacto dos surtos de doenças nas crianças

As crianças e os adolescentes com idades entre 10 e 18 anos constituem mais de 50% da população de muitos países da AOA. Cerca de 215 milhões de crianças em idade escolar, com idades compreendidas entre os 5 e os 18 anos, vivem na AOA.⁴ É igualmente nesta região que vivem mais de dois terços das crianças e adolescentes do mundo que são portadores do VIH.⁴ Em 2022, as crianças com menos de cinco anos representaram 80% de todas as mortes por malária na Região Africana da Organização Mundial de Saúde.⁵

São necessárias estratégias de engajamento das crianças para efetivamente alcançar um número maior da população da região. Isto é fundamental, dado o aumento previsto dos surtos devido às alterações climáticas, à instabilidade política, ao aumento da interação entre humanos e animais e às deslocações. No entanto, apesar da urgência, muitos dos esforços de MSC e CREC centram-se nos adultos.⁶ O potencial das crianças para acelerar a mudança nos

agregados familiares, influenciar as escolas e mobilizar as comunidades para prevenir, responder e recuperar de surtos permanece frequentemente subaproveitado.

As crianças são afetadas de forma adversa, e muitas vezes desproporcionada, pelos surtos. O seu sistema imunitário pouco desenvolvido torna-as vulneráveis a contrair doenças.⁷ Todos os aspetos da saúde e do desenvolvimento das crianças são afetados e estas podem sofrer atrasos no desenvolvimento cognitivo, linguístico e social quando as interações com as suas famílias e comunidades são afetadas por um surto.⁸ As crianças podem tornar-se mais vulneráveis devido à supervisão limitada dos adultos e à sua falta de compreensão e capacidade de adotar comportamentos mais seguros. As crianças podem também não revelar aos adultos os sintomas que poderiam resultar em uma intervenção.

As perturbações sociais e económicas associadas aos surtos de doenças afetam a estabilidade da família e da comunidade, tendo um impacto negativo nestas interações e no desenvolvimento das crianças. A escolaridade é frequentemente afetada. As escolas em toda a região foram encerradas durante uma média de 22 semanas devido à pandemia de COVID-19 e as crianças no Uganda, Zimbabué e Moçambique depararam-se com encerramentos escolares superiores a 40 semanas.⁹ O encerramento de escolas continua a ocorrer no contexto de outros surtos, como o surto de cólera na Zâmbia e no Malawi em janeiro de 2024.⁹⁻¹¹ Em alguns locais, as escolas são lugares ambientalmente mais seguros, proporcionando um melhor acesso a recursos de prevenção de doenças, como água potável, em comparação com os ambientes comunitários onde as crianças podem ter um perfil de risco mais elevado. A interrupção da escolaridade pode, por conseguinte, tornar as crianças vulneráveis aos impactos físicos, psicológicos e sociais da doença, incluindo a desnutrição e a saúde mental precária.

Algumas crianças são mais vulneráveis às doenças do que outras. A exposição a uma alimentação deficiente na primeira infância aumenta o risco de desenvolver doenças não transmissíveis, como a diabetes, durante a idade adulta.¹² A subnutrição e as baixas taxas de imunização aumentam a vulnerabilidade a surtos de doenças. As populações com um estado de saúde geral mais precário são mais vulneráveis a múltiplos impactos na saúde, incluindo um risco elevado de infeção no caso de um surto de doença.

Na África Oriental, 32,6% das crianças com menos de cinco anos sofrem de atraso de crescimento (baixa estatura para a idade) e 5,2% sofrem de emaciação (baixo peso para a altura).^{13,14} Estas crianças correm um risco acrescido de infeção por qualquer agente patogénico a que estejam expostas. A fase de desenvolvimento em que uma criança é exposta a surtos de doenças também exerce uma grande influência nos seus efeitos a longo prazo na criança.¹⁵ As comorbilidades (a coexistência de duas ou mais doenças, estados ou processos numa pessoa) como o VIH e a COVID-19, bem como outras vulnerabilidades associadas à deslocação, ao género e ao estatuto socioeconómico, exacerbam o impacto dos surtos nas crianças e famílias. As comorbilidades aumentam as despesas de saúde do sistema de saúde e dos agregados familiares e podem contribuir para aumentar a pobreza das famílias.¹⁶

Os surtos de doenças perturbam a prestação de cuidados de saúde de qualidade (em especial os serviços de assistência social que se centram nos grupos mais difíceis de alcançar) e agravam ainda mais os problemas de saúde das crianças e da população em geral. Alguns países diminuem a vacinação infantil de rotina durante os surtos de doenças, o que pode dever-se a limitações financeiras e de recursos e também ao facto de os cuidados de saúde de rotina serem reduzidos para impedir a propagação de doenças durante os confinamentos e outras restrições¹⁷. Esta situação pode levar ao ressurgimento de doenças como a poliomielite e o sarampo. A COVID-19 teve um impacto grave nas taxas de vacinação de rotina na região, tendo uma análise indicado um declínio entre 10% e 38%.¹⁸ Um total de 12,7 milhões de crianças na África deixaram de tomar uma ou mais vacinas entre 2019 e 2021, incluindo 8,7 milhões de crianças que não receberam uma única dose de qualquer vacina.¹⁹ Esta situação aumentou os surtos de doenças evitáveis por vacinação: entre janeiro e março de 2022, registou-se um aumento de 400% nas doenças evitáveis por vacinação em comparação com o mesmo período em 2021.²⁰

Por que engajar as crianças?

O engajamento das crianças e a adoção de abordagens centradas nas crianças são fundamentais para melhorar o sucesso de uma resposta ao surto. As abordagens centradas nas crianças dão prioridade às necessidades e aos direitos das crianças, assegurando que os planejadores e executores do programa ouçam as opiniões das crianças e considerem suas perspectivas.²¹

Mais do que meros destinatários passivos de informação, as crianças podem participar e liderar os esforços de saúde das famílias e das comunidades. O framework de Sendai para 2015-2030, um quadro global para a redução do risco de desastres (RRD), realça as crianças como "agentes de mudança" na prevenção, resposta e recuperação de desastres como as epidemias.²² Inúmeras estratégias, incluindo as utilizadas no âmbito da saúde, educação, proteção e RRD, fornecem um modelo útil para os esforços de combate aos surtos de doenças na região. Estas estratégias reconhecem o papel que as crianças desempenham em muitas práticas associadas à doença, como a recolha de água, preparação de alimentos, interação com animais e prestação de cuidados a irmãos.

As crianças podem ser agentes de mudança eficazes, influenciando os seus pares e famílias a adotarem comportamentos saudáveis, tais como a lavagem das mãos, o distanciamento social e o uso de máscaras.²³ Um pai tanzaniano que participou num estudo de 2008 sobre a promoção da saúde das crianças afirmou:

*Todos estamos de acordo que podemos ser educados pelos nossos filhos. Antigamente, não podíamos aceitar, mas atualmente somos mais progressistas. Sabemos a importância da limpeza. Podemos arranjar tempo para sermos educados pelo nosso próprio filho ou pelo filho do nosso vizinho.*²⁴

Os esforços de promoção da saúde centrados nas crianças, como os que têm lugar nas escolas, produzem frequentemente um efeito multiplicador, com as crianças a transmitirem a informação que aprendem às famílias. Uma avaliação qualitativa de uma intervenção de água, saneamento e higiene (WASH) com base na escola na Zâmbia Oriental constatou que as mães relataram níveis elevados de confiança na informação sobre saúde que os alunos partilhavam da escola.²⁵ Os programas de promoção da saúde com base na escola combinam frequentemente a educação para a saúde com um elemento prático, como lavar as mãos ou utilizar uma rede mosquiteira, que as crianças podem reproduzir no seu ambiente familiar para os pais e irmãos.^{18,26}

As abordagens adaptadas às crianças podem incorporar técnicas que tornam a MSC e a CREC mais inclusivas e eficazes para outros membros da comunidade atingindo uma população maior. As abordagens centradas nas crianças e nos adolescentes baseiam-se frequentemente em abordagens artísticas ou visuais, contação de histórias, teatro e outras técnicas participativas. Estas abordagens podem utilizar mensagens simples, repetição, texto mínimo e emoção para serem atrativas para crianças e adultos, incluindo indivíduos com baixo nível de literacia e pessoas com incapacidades visuais ou de desenvolvimento.

Envolver as crianças no engajamento comunitário também pode ajudar a identificar e a responder às necessidades específicas delas através do acesso à educação, aos cuidados de saúde e aos serviços de proteção.²⁷ As abordagens centradas nas crianças ajudam a garantir que os seus direitos são protegidos no contexto de um surto. Estes direitos incluem o acesso à educação e aos cuidados de saúde, a proteção contra danos, o respeito pelas opiniões da criança, a liberdade de expressão e o acesso à informação (artigos 12º, 13º e 17º da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança).²⁸ Ao envolver as crianças na conceção e implementação da resposta ao surto, privilegiando assim as necessidades e os direitos das crianças, as abordagens centradas na criança ajudam a prevenir a propagação da doença e a promover comportamentos saudáveis, melhorando simultaneamente o bem-estar das crianças e das suas famílias.²¹

Engajamento das crianças nos esforços de prevenção, resposta e recuperação

MSC e CREC centradas nas crianças devem fazer parte dos esforços de prevenção, resposta e recuperação. MSC e CREC eficazes preparam as crianças antes de um surto. Estes esforços podem prevenir ou atenuar os surtos, promovendo comportamentos saudáveis e reforçando os conhecimentos sobre saúde junto das crianças e das suas famílias.

As mensagens de prevenção devem ter por base e complementar a promoção da saúde existente ou as atividades de preparação para desastres que têm lugar nas escolas, nas organizações comunitárias e nos centros de saúde. Por exemplo, os programas WASH baseados na escola promovem frequentemente práticas de higiene como a lavagem das mãos, água potável, utilização de latrinas e preparação segura de alimentos. Estas práticas previnem várias doenças. A preparação escolar ou comunitária para terremotos, inundações ou secas fornece às crianças informações valiosas sobre o que esperar e fazer durante as crises. Os programas de saúde escolar incluem frequentemente vínculos com o sistema de saúde para facilitar as campanhas de vacinação e promover comportamentos de procura de cuidados de saúde.

MSC e CREC podem capacitar as crianças para responder a surtos. Estes esforços preparam as crianças para enfrentar as rápidas mudanças que ocorrem durante os surtos ou outros desastres. As escolas, os centros de primeira infância, os clubes infantis, os centros de juventude ou outros grupos centrados nas crianças têm redes pré-existentes que podem ser mobilizadas antes ou durante os surtos de doenças. A vacinação ou outros serviços de saúde infantil de rotina podem integrar a comunicação centrada nas crianças em torno da prevenção e resposta. A coordenação com serviços ou instituições centrados nas crianças antes de um surto de doença reduz a duplicação e os custos, aumentando simultaneamente o alcance. Estas plataformas permitem um acesso rápido a um público alargado de crianças e famílias.

Durante um surto, os objetivos de MSC e CREC muitas vezes mudam para acomodar múltiplas mensagens e propósitos. A mudança de comportamento pode assumir uma nova urgência. Podem também ser necessárias medidas de segurança adicionais que levem em conta as orientações de saúde pública na conceção de intervenções de MSC/CREC centradas nas crianças. Por exemplo, simulações e workshops interativos podem representar uma forma eficaz de preparar as crianças para surtos de doenças e de as envolver no planeamento. Estas intervenções presenciais ou reuniões públicas podem não ser apropriadas durante um surto. Os esforços de comunicação devem centrar-se na imprensa escrita, em rádios, na televisão e nas plataformas móveis, mas estas devem ser adaptadas às crianças e/ou para elas. Também é importante considerar como chegar às crianças quando as escolas (e outros espaços para crianças) estão fechadas durante os surtos e como apoiar os adultos (cuidadores e trabalhadores na linha da frente) para trabalharem com as crianças de forma adequada durante um surto.

Durante e após um surto, as crianças podem confrontar-se com a perda e o luto. A saúde mental deve ser levada em consideração para além da saúde física. Os esforços de MSC e CREC, juntamente com os serviços de apoio à saúde mental, podem apoiar os mecanismos positivos de adaptação das crianças e das suas famílias. Os surtos de doenças podem causar estresses menores ou maiores, incluindo a perda dos pais ou cuidadores. Infelizmente, os comportamentos necessários para prevenir a doença podem entrar em conflito com o que as crianças necessitam para o seu desenvolvimento saudável, como a socialização e a assiduidade escolar. A pandemia de COVID-19 serviu como um estudo de caso global sobre as difíceis medidas de contenção que as crianças e as comunidades enfrentam durante um surto de doença. Outros surtos, como o Ébola, perturbaram de forma semelhante as práticas habituais relacionadas com os cuidados, o luto e a saúde mental. Os esforços de MSC e CREC têm de conciliar estas escolhas complexas, enquanto ajudam as crianças a compreenderem e a gerirem a mudança.

Momentos-chave para envolver as crianças

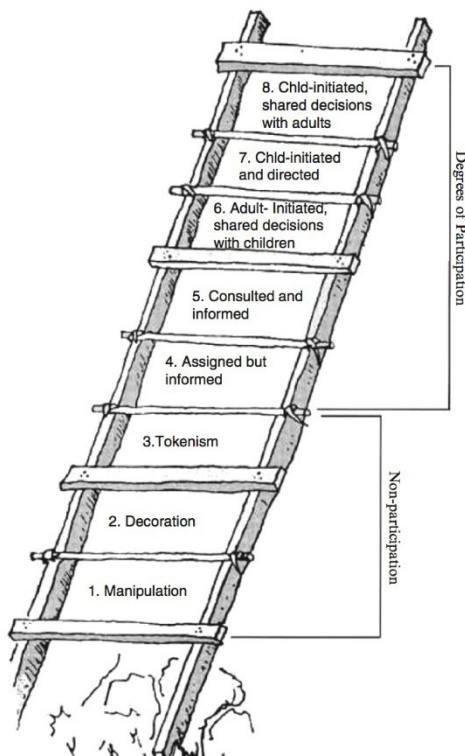
A [Alliance for Child Protection in Humanitarian Action](#) (Aliança para a Proteção da Criança na Ação Humanitária) traça os principais momentos (ou oportunidades) e tópicos para comunicar com as crianças.²⁹ Explica que existem vários momentos-chave, durante e após um surto. O conteúdo e o contexto de cada um destes momentos variam muito e podem representar uma comunicação interpessoal entre um adulto e uma criança ou um pequeno grupo de crianças, ou podem ocorrer a nível de uma comunidade ou população maior. A comunicação pode incluir informações sobre as precauções a tomar, pormenores específicos sobre a natureza da doença e a forma como esta pode afetar cada criança ou os seus familiares. Pode também centrar-se na prestação de apoio psicossocial durante ou após um surto.

Como engajar as crianças: níveis de engajamento

Vários enquadramentos globais moldam os conceitos de engajamento e participação das crianças, incluindo a Carta Africana dos Direitos e Bem-Estar da Criança e os Nove Requisitos Básicos para uma Participação Significativa e Ética das Crianças da Save the Children.^{30,31} O artigo 12 da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (CDC) consagra o direito da criança a expressar livremente as suas opiniões “em todos os assuntos que afetam a criança”.²⁸ Os artigos subsequentes da CDC descrevem um conjunto de direitos e liberdades civis, incluindo a liberdade de expressão, que são coletivamente conceptualizados como “participação da criança”.³² A CDC mudou o discurso sobre as crianças, afastando-o de uma visão tradicional das crianças como propriedade dos seus pais ou como destinatários passivos de ajuda, para salientar que as crianças são membros ativos no seio da família e das comunidades, com direitos e responsabilidades interligados.³³ Por exemplo, o direito das crianças a saberem o que causa as doenças acompanha a sua responsabilidade de evitar, na medida do possível, ações que propaguem doenças.

Os graus de participação das crianças são muitas vezes visualizados como uma escada.³⁴ Os degraus inferiores da escada incluem iniciativas em que as crianças não estão significativamente envolvidas, tais como a manipulação, a decoração e o tokenismo. Cada degrau da escada aumenta o grau de participação das crianças. Nos níveis mais elevados, as crianças e os adultos partilham a tomada de decisões.

Figura 1: A Escada da Participação



Fonte: Hart, R. (1992) *Children's Participation: From Tokenism to Citizenship*. UNICEF Innocenti Essays, No. 4, Florence, Italy: International Child Development Centre of UNICEF.

Neste resumo, simplificamos a Escada da Participação das Crianças de Hart, descrevendo três níveis de participação das crianças:

- As **estratégias de nível 1** envolvem a comunicação com as crianças de formas adequadas à idade. Na CREC, isto é muitas vezes referido como comunicação adaptada às crianças.
- As **estratégias de nível 2** incluem atividades que incentivam as crianças a tomar uma ação específica, como partilhar as suas perspetivas e experiências relacionadas com a saúde e a doença.
- As **estratégias de nível 3** referem-se a processos de longo prazo em que as crianças participam ou lideram a prevenção, preparação e resposta a surtos de doenças.

Estes níveis refletem as estratégias de engajamento das crianças frequentemente utilizadas nos programas de preparação e de RRD. As estratégias de cada nível são apresentadas nas secções seguintes.

Estes três níveis podem orientar a tomada de decisões em torno da MSC e da CREC, com atividades ou campanhas que envolvam as crianças em vários níveis. A idade e a maturidade das crianças influenciam o grau da sua participação. Por exemplo, o engajamento dos pais ou cuidadores é um fator essencial para envolver crianças com menos de três anos. Todas as crianças, e especialmente as mais pequenas, se beneficiam da exemplificação e repetição.

As abordagens dinâmicas, como o entretenimento-educação, são concebidas para serem atrativas e gerarem conversas nos agregados familiares e nas comunidades. Estas abordagens têm o potencial de captar a atenção do público, expor ao público mensagens repetidas e criar um conexão emocional com o tema.³⁵ Por exemplo, os programas de entretenimento-educação relacionados com a saúde sexual e reprodutiva, como o *MTV Shuga* originalmente lançado no Quênia, e o *Intersexions* e *Soul Buddyz* na África do Sul, têm tido um grande alcance, um forte envolvimento dos telespetadores e um impacto positivo nos resultados de saúde dos jovens.^{36,37} As campanhas nas redes sociais, os podcasts e as plataformas digitais também podem ser aproveitados, como a *Shujaaz Inc.* no Quênia e na Tanzânia.

As circunstâncias locais e a disponibilidade de recursos podem afetar a participação. Pode ser difícil atingir os níveis mais elevados de participação durante surtos de doenças ou com limitações de tempo. Este facto reforça a importância do engajamento com as crianças antes da crise para que o trabalho preparatório necessário esteja em curso e a confiança mútua seja estabelecida previamente. A experiência prévia ou as parcerias com organizações orientadas por crianças ou adolescentes são necessárias para avançar rapidamente. As restrições às reuniões presenciais, como as que foram comuns durante a COVID-19, podem complicar a participação efetiva, especialmente para crianças pequenas, crianças com baixo nível de alfabetização e aquelas sem acesso à tecnologia móvel. O envolvimento das crianças na tomada de decisões na programação pode ter implicações nos orçamentos e resultados dos projetos, e deve incluir processos adequados de consentimento ético e assentimento. Os adultos devem planejar adequadamente, adaptar-se e estar preparados para ceder o controlo. Tal como acontece com a população em geral, as crianças precisam de recursos e de um ambiente propício para poderem implementar ações preventivas (ou seja, só podem usar uma máscara facial e beber água potável se tiverem acesso a essas coisas). Instruir as crianças para que tomem medidas sem garantir que tenham os meios para o fazer não resolve o problema.

Estratégias de nível 1 para uma comunicação adaptada às crianças

É essencial considerar as necessidades e interesses únicos das crianças no desenvolvimento de intervenções de MSC e CREC. Ações de MSC e CREC eficazes para as crianças requerem uma abordagem personalizada que tenha em consideração a sua idade, género e seus contextos culturais.³⁸ É essencial utilizar uma linguagem adequada à idade e métodos de comunicação que sejam acessíveis às crianças, incluindo as que têm deficiências, sem reforçar estereótipos prejudiciais. Isto pode incluir a utilização de histórias, jogos e outras atividades interativas que ajudam a envolver as crianças e a tornar o processo de comunicação mais eficaz.⁵

As estratégias de nível 1 asseguram que as crianças têm conhecimento do surto da doença e do que podem fazer para se manterem seguras. Alguns exemplos de atividades de CREC que podem ser adaptadas às necessidades e interesses exclusivos das crianças incluem:

- **Contar histórias:** Contar histórias é uma forma tradicional de envolver as crianças e comunicar mensagens importantes, e continua a ser uma estratégia extremamente eficaz. Utilizar histórias para ensinar as crianças sobre os riscos das emergências e como podem se proteger. Por exemplo, criar uma história sobre uma família que se prepara para uma emergência, criando um kit de desastre e praticando exercícios de evacuação. As preferências de comunicação e o acesso a diferentes canais de comunicação são importantes quando se pondera o meio através do qual contar histórias; a rádio, a televisão, as redes sociais, a banda desenhada e os livros para colorir podem servir para preparar as crianças ou ajudá-las a compreender os surtos de doenças e os comportamentos associados.
- **Personagens:** Personagens de referência ou aspiracionais, tais como as utilizadas em desenhos animados, banda desenhada e filmes de animação (como a *Super Sema*) são criadas para representar e refletir as experiências das crianças³⁹. Podem demonstrar como as crianças podem atuar para promover a saúde. As cores vivas, a música, o diálogo próximo da realidade delas e outros elementos de comunicação sugerem às crianças de todas as idades que a personagem fala com elas e compartilha de suas experiências.
- **Mensagens claras e simples:** Uma CREC eficaz não precisa ser complicada. Muitas vezes, a prevenção de doenças depende de informações claras repetidas através de múltiplos canais em momentos-chave: muitas coisas podem ser feitas para prevenir a transmissão, mas há algumas coisas essenciais que têm de ser feitas e que devem ser encorajadas. Os professores podem sublinhar a importância da lavagem das mãos e os eventos de vacinação em massa podem incluir uma “estação para crianças” onde os prestadores de cuidados de saúde explicam os principais comportamentos através de

demonstrações interessantes e de uma linguagem simples. O fornecimento de produtos, como redes mosquiteiras ou máscaras faciais, pode também incluir educação básica destinada às crianças.²⁶

As estratégias de nível 1 podem funcionar simultaneamente com outros níveis. Por exemplo, as histórias e as personagens devem incorporar pormenores da vida das crianças, idealmente obtidos através de consultas, investigação, testes e criação conjunta com crianças e adolescentes.

Estratégias de nível 2 para envolver as crianças

As estratégias de nível 2 permitem que as crianças atuem. Esta ação pode envolver o testemunho e a reflexão sobre as suas experiências, por exemplo, quando se pede às crianças que relatem as suas experiências, partilhem as suas práticas de saúde diárias ou deem opiniões sobre a saúde da comunidade. As estratégias de nível 2 podem ser utilizadas nas fases de preparação, resposta e recuperação. Na fase de recuperação, as atividades de nível 2 podem criar oportunidades seguras para as crianças compartilharem experiências difíceis.

As estratégias de nível 2 também apoiam a mudança comportamental ao solicitarem que as crianças se engajem em um comportamento desejado, temporária ou repetidamente, e podem incluir as seguintes ações:

- **Consulta:** A consulta às crianças acrescenta uma dimensão cognitiva à comunicação sobre saúde que melhora a memória e a adoção de comportamentos. As crianças consideram, exteriorizam e, idealmente, refletem sobre informações relativas às suas vidas. Os adultos podem então utilizar essa informação para conceber e melhorar estratégias e ações.
- **Atividades artísticas:** Utilizar atividades artísticas para ajudar as crianças a expressar os seus sentimentos e emoções sobre emergências. Por exemplo, pedir às crianças que façam desenhos sobre o que pensam que é uma emergência ou como se sentem durante uma emergência. Isto também pode servir para conceptualizar a informação e ajudar as crianças a tirar partido da informação que estão a receber e a resolver problemas.
- **Jogos:** Utilizar jogos para ensinar as crianças sobre preparação e resposta a emergências. Por exemplo, criar um jogo em que as crianças identifiquem os perigos na sua casa e possam tomar medidas para os evitar.
- **Dramatizações:** Utilizar a dramatização para compreender os comportamentos domésticos existentes ou pedir às crianças que partilhem como os comportamentos existentes poderiam ser melhorados (por exemplo, através de teatro de rua interativo). Estas formas de envolvimento visam, muitas vezes, dois objetivos: avaliar os comportamentos existentes que podem contribuir para a transmissão de doenças e determinar como mitigá-los.
- **Exercícios:** Os exercícios e as simulações preparam as crianças para desastres, incluindo surtos de doenças. Os exercícios podem reduzir o medo que as crianças têm do desconhecido, preparando-as para tomar uma ação específica e recomendada, muitas vezes em grupos, a nível da escola, do agregado familiar ou da comunidade. É necessária mais investigação sobre os exercícios, especialmente os associados a doenças. (Um estudo realizado nos EUA concluiu que os exercícios de evacuação escolar são eficazes para aumentar os conhecimentos das crianças sem afetar negativamente os níveis de ansiedade).
- **Literacia em saúde:** A literacia em saúde garante que as crianças, especialmente as mais velhas e os adolescentes, possuem os conhecimentos científicos necessários para compreender a doença. Para as crianças mais novas, isto pode incluir a compreensão de conceitos básicos de nutrição, saneamento e higiene. A literacia em saúde reduz o risco de desinformação antes e durante os surtos. As crianças podem avaliar criticamente a informação utilizando os seus conhecimentos prévios.

Estas estratégias envolvem uma aprendizagem ativa, que melhora a memória ao centrar a experiência no corpo das crianças e ao envolver a memória muscular. A exemplificação e repetição contribuem para que as ações se tornem automáticas. Por exemplo, os esforços escolares para promover a lavagem das mãos incluem muitas vezes a exemplificação da lavagem das mãos pelos professores, seguida de proporcionar às crianças vários momentos de lavagem das mãos ao longo do dia. Os estímulos comportamentais também demonstraram ser altamente eficazes para introduzir e reforçar comportamentos, incluindo a lavagem das mãos.⁴⁰

Podem ser utilizadas várias estratégias de nível 2 durante investigações com foco nas crianças. Por exemplo, a investigação pode incluir atividades em que as crianças desenham, representam ou contam histórias sobre o local onde atualmente recolhem água ou alimentos. As atividades de acompanhamento podem incluir perguntar às crianças sobre como podem encontrar fontes mais saudáveis de alimentos ou água. Isto pode fornecer informações úteis sobre saúde, incentivando as crianças a pensarem de forma crítica sobre as doenças.

Estratégias de nível 3 para a participação e liderança das crianças

As estratégias de nível 3 envolvem as crianças e os adolescentes de forma mais significativa e abrangente. Podem variar das estratégias de nível 2 em termos de grau, abordagem e método. Podem envolver as crianças durante um período mais longo, permitindo-lhes progredir para assumir funções e responsabilidades mais ativas. As atividades de nível 3 podem incluir tarefas ou projetos que as crianças lideram em casa, na escola ou na comunidade. As atividades de nível 3 podem incentivar as crianças a escolher como responder a uma questão específica ou resolver um problema na comunidade e podem incluir:

- **Criação conjunta:** A criação conjunta é uma abordagem que pode ajudar a adaptar as estratégias de comunicação e outras intervenções às fases de desenvolvimento das crianças. A criação conjunta pode ser utilizada para envolver as crianças na conceção de materiais de CREC ou MSC. Por exemplo, as crianças podem sugerir ou criar mensagens, arte, atividades e slogans, e apresentar ou contribuir para programas de rádio.
- **Workshops interativos, simulações, mapeamentos e planeamento de ações:** As simulações e mapeamentos do nível 3 baseiam-se nos mencionados no nível 2. Nestas versões, as crianças assumem papéis de liderança ativa no planeamento e execução das simulações e do planeamento de ações. Através de mapeamentos em casa, na escola ou na comunidade, as crianças podem recolher dados, conduzir inquéritos, elaborar mapas e analisar os resultados.
- **Crianças investigadoras:** As crianças podem servir como co-investigadores juntamente com adultos ou como investigadores de pleno direito, aumentando o seu sentido de intervenção e assegurando que as suas perspetivas são exploradas.⁴¹ As crianças investigadoras podem identificar um tópico ou questão, selecionar métodos de investigação, realizar atividades de investigação e analisar resultados.
- **Abordagens baseadas nos pares:** A promoção da saúde com base nos pares, ou seja, a abordagem de criança para criança ou os clubes de crianças e adolescentes, tem sido utilizada há mais de 40 anos⁴², com estimativas recentes que indicam que a abordagem de criança para criança é utilizada em 60 países.⁴³ As abordagens baseadas nos pares ajudam as crianças a promoverem a saúde com os seus pares, incluindo crianças mais velhas e mais novas. Esta comunicação pode complementar outras atividades, como a distribuição de materiais. Por exemplo, as crianças podem distribuir filtros de água na comunidade e explicar a sua utilização.
- **Movimentos e ativismo liderados por crianças, adolescentes e jovens:** Os movimentos liderados por crianças podem surgir de forma independente, a partir de abordagens baseadas em pares ou de movimentos da sociedade civil. A CREC pode apoiar as crianças a mobilizar e amplificar as suas vozes, abordando simultaneamente as causas profundas

dos surtos de doenças, tais como as alterações climáticas, a deslocação, a habitação precária ou a degradação ambiental.

Para as estratégias de nível 3, o papel do adulto pode variar com base na idade das crianças, na natureza do grupo e na sua disponibilidade para se envolver em atividades independentes ou colaborativas. Os adultos podem estar engajados no convite às crianças, no apoio à coesão do grupo, na orientação inicial e no controlo periódico das crianças. Noutros casos, como o das crianças pequenas, os adultos podem fornecer uma orientação e um apoio mais abrangentes.

A capacidade das crianças para liderar depende de vários fatores. A idade, maturidade, capacidade de atenção e disponibilidade podem determinar o que é possível fazer. As crianças mais velhas e os adolescentes podem ser capazes de liderar processos de várias etapas, mas muitas vezes enfrentam maiores exigências de tempo devido ao trabalho e à escolaridade. Os grupos de idades mistas geralmente funcionam bem em contextos comunitários onde é habitual cuidar de irmãos.

Como envolver as crianças: Princípios orientadores e processos

Todos os níveis de envolvimento de crianças devem seguir princípios éticos básicos. Atuar no melhor interesse da criança constitui a base para todo o envolvimento das crianças. Isto significa que o envolvimento deve sempre dar prioridade às necessidades e aos direitos das crianças. As seguintes considerações são importantes quando se envolvem crianças em qualquer nível de participação:

- **Práticas de saúde:** As atividades de envolvimento das crianças devem respeitar os regulamentos locais em matéria de saúde, especialmente durante surtos de doenças. Se as atividades presenciais tiverem de ser limitadas, deve considerar-se a realização de atividades à distância ou em locais onde as crianças já estejam reunidas, como as escolas.
- **Segurança:** A segurança pode ser promovida através de medidas de proteção organizacionais e do alinhamento com os sistemas ou organizações locais de proteção da criança. As medidas de proteção reduzem os riscos, incluindo os riscos para a saúde, que as crianças podem enfrentar quando participam nas atividades de MSC e CREC. A salvaguarda deve envolver o planeamento para evitar danos físicos, exploração e abuso sexual e outros abusos de poder. A proteção também inclui um plano de resposta, incluindo o encaminhamento para apoio adicional.
- **Inclusão e não discriminação:** As crianças são um grupo diversificado. As capacidades e as vulnerabilidades das crianças variam e podem manifestar-se de forma diferente de acordo com os contextos. O género, a idade, a incapacidade, a etnia, a língua, o nível de escolaridade e o estado civil podem afetar o grau de participação das crianças. O recurso à comunicação interpessoal e a múltiplas plataformas mediáticas, como a rádio, a imprensa escrita e a televisão, pode facilitar a inclusão. Componentes visuais fortes, bem como as componentes áudio, são úteis para as crianças com incapacidades visuais, bem como para as que não falam a língua dominante. A diversificação da representação das crianças, a integração de abordagens transformadoras de género e a prevenção de estereótipos comuns podem apoiar a inclusão.
- **Respeito:** O engajamento eficaz das crianças começa com um entendimento partilhado de que as crianças têm perspetivas e capacidades que devem ser valorizadas. A um nível prático, o respeito é frequentemente comunicado através do tom de voz, da linguagem corporal e da utilização do espaço. Por exemplo, a utilização de ambientes tradicionais de sala de aula, em que um adulto se coloca à frente da sala e dá informações às crianças, pode dar o tom de uma abordagem autoritária que não é conducente a um engajamento respeitoso. A realização de atividades com crianças e adultos ao mesmo nível físico, por exemplo, sentados em tapetes num círculo no chão, transmite às crianças a ideia de que todos os indivíduos têm o mesmo direito de participar. Os adultos envolvidos nas abordagens de

envolvimento das crianças podem necessitar de formação nesta área para garantir que compreendem e valorizam a importância de demonstrar respeito pelas crianças.

- **Consentimento e assentimento:** Todas as atividades, em especial as que envolvem a recolha de informações, fotografias ou trabalhos artísticos das crianças, só devem ser realizadas depois de as crianças e os pais ou cuidadores darem o seu consentimento informado para a participação das crianças. A recolha do consentimento ou assentimento das crianças, pais ou cuidadores deve ser adaptada ao contexto local e seguir as melhores práticas. As crianças e os cuidadores devem ser informados sobre a forma como as informações, imagens ou trabalhos artísticos serão utilizados, e os produtos finais, como filmes ou relatórios de pesquisa, devem ser partilhados com as crianças e a comunidade em geral.
- **Confidencialidade:** As crianças podem não estar conscientes das possíveis consequências da partilha de informações sobre as suas vidas, famílias e comunidades. Devem ser estabelecidos e implementados processos para garantir a confidencialidade da informação, com o entendimento de que a confidencialidade pode ser levantada em circunstâncias excecionais, se tal for necessário para proteger alguém contra danos. As crianças que participam em atividades de grupo também devem concordar em respeitar a confidencialidade.

Conclusão

As crianças representam uma proporção significativa da população dos países mais afetados por surtos de doenças na AOA. A região é vulnerável a surtos de doenças por diversas razões, incluindo barreiras geográficas, instabilidade política e recursos inadequados do sistema de saúde. Este facto, aliado às necessidades e vulnerabilidades específicas das crianças, significa que estas sofrem frequentemente mais efeitos adversos do que os adultos durante um surto de doença. Quando ocorre um surto, o desenvolvimento das crianças pode ser afetado negativamente. As crianças correm um risco elevado de perder os elementos de proteção associados às famílias, aos pares, às escolas e às redes de apoio social.

As abordagens e estratégias centradas nas crianças são, por conseguinte, essenciais para garantir a proteção, o bem-estar e a resiliência das crianças na AOA quando se verifica um surto. Estas abordagens podem também contribuir para reduzir o impacto negativo dos surtos de doenças na comunidade em geral. Sabemos que as crianças podem ser agentes de mudança quando envolvidas na conceção e implementação de atividades, materiais e ações de MSC e CREC em todas as fases de um surto de doença, desde a prevenção até à recuperação. É necessário investir (em abordagens, recursos e competências) para garantir que a participação das crianças se torne a prática habitual.

As comunidades de profissionais de MSC e CREC continuam a desenvolver formas novas e inovadoras de envolver as crianças e os seus sistemas de apoio para melhorar o comportamento de procura de cuidados de saúde e responder a emergências. O envolvimento das crianças é implementado de forma mais eficaz através de parcerias sólidas entre governos, organizações não governamentais (ONG), profissionais de proteção infantil e comunidades (incluindo professores, cuidadores e pares).

As parcerias efetivas garantem uma melhor coordenação e uma conceção de resposta mais ponderada e estratégica. Os meios de comunicação digitais e sociais continuarão a afetar a forma como as crianças se comunicam entre si e com os adultos. Tal como as necessidades e prioridades das comunidades continuam a evoluir com as mudanças nos cenários económicos, políticos e ambientais da AOA, ainda há mais a aprender no que diz respeito ao que funciona eficazmente para envolver as crianças em todas as fases do surto da doença. Uma melhor documentação das práticas existentes e mais investigação nesta área são, portanto, uma prioridade.

Recursos

Os seguintes recursos fornecem orientações e exemplos de materiais para melhorar a proteção da criança, a participação, a comunicação e a preparação centrada na criança para enfrentar surtos e outros desastres.

O Comitê Permanente Interagências concebeu as [Diretrizes sobre o trabalho com e para os jovens em crises humanitárias e prolongadas](#) para serem o guia de referência para o trabalho com os jovens nesses contextos.⁴⁴

O Gabinete das Nações Unidas para a Redução do Risco de Desastres partilha uma [lista de recursos sobre o envolvimento significativo das crianças na RRD](#). Os recursos estão indexados por tópico e incluem antecedentes sobre os direitos da criança, kits de ferramentas de avaliação e participação, ferramentas e currículos adaptados às crianças e aos jovens, jogos e orientações, e recursos de proteção da criança e outros recursos específicos do setor (por exemplo, WASH, saúde e nutrição, etc.).

A Aliança para a Proteção da Criança na Ação Humanitária produziu 6 miniguias sobre a proteção da criança, defesa de direitos (advocacy) e participação da criança em surtos. A série de miniguias fornece informações de grande valor. Os profissionais do setor da saúde que desenvolvem abordagens de CREC e MSC podem considerar mais úteis os seguintes:

- [Miniguia n.º 4 Comunicar com as crianças em surtos de doenças infecciosas](#)
- [Miniguia n.º 6 Dar prioridade à participação das crianças em surtos de doenças infecciosas](#)

A Iniciativa READY patrocinou três webinars sobre crianças e surtos de doenças, incluindo uma sessão sobre [a centralidade das crianças e a sua proteção durante os surtos, a proteção das crianças nos centros de tratamento e a comunicação com as crianças em surtos de doenças](#).

A Save the Children International publicou os [Nove Requisitos Básicos para uma Participação Significativa e Ética das Crianças](#), que foi aprovado pelo Comitê dos Direitos da Criança das Nações Unidas e está disponível em várias línguas.

A UNICEF publicou uma revisão sobre [Mudança Social e Comportamental](#), bem como estudos de caso sobre abordagens de MSC, incluindo metodologias baseadas nos pares.

Referências

1. OMS. (n.d.). *Risk Communications*. Risk Communications. Consultado em 25 de novembro de 2023 em <https://www.who.int/emergencies/risk-communications>
2. Hore, K., Gaillard, J., Johnston, D., & Ronan, K. (2018). *Child-Centred Risk Reduction Research-into- Action Brief: Child-centred disaster risk reduction*. Global Alliance for Disaster Risk Reduction and Resilience in the Education Sector. Consultado em 15 de fevereiro de 2024 em https://www.preventionweb.net/files/61522_childcentredrrr2abriefeng2018.pdf
3. Bertram, K., Serlemitsos, E., & Clayton, S. (2016). *What is Social and Behavior Change Communication*. Johns Hopkins Center for Communication Programs. <https://sbccimplementationkits.org/sbcc-in-emergencies/learn-about-sbcc-and-emergencies/what-is-social-and-behavior-change-communication/>
4. UNICEF. (2023). *Regional Office Annual Report 2022: Eastern and Southern Africa*. UNICEF AOARO. <https://www.unicef.org/media/140591/file/AOA-2022-ROAR.pdf>
5. UNICEF. (2020, April 20). *Malaria data snapshots: Snapshots from sub-Saharan Africa and added impacts of COVID-19*. UNICEF Data: Monitoring the Situation of Women and Children. <https://data.unicef.org/resources/malaria-snapshots-sub-saharan-africa-and-impact-of-covid19/>
6. Mora, C., McKenzie, T., Gaw, I. M., Dean, J. M., Von Hammerstein, H., Knudson, T. A., Setter, R. O., Smith, C. Z., Webster, K. M., Patz, J. A., & Franklin, E. C. (2022). Over half of known human pathogenic diseases can be aggravated by climate change. *Nature Climate Change*, *12*(9), 869–875. <https://doi.org/10.1038/s41558-022-01426-1>
7. Carsetti, R., Quintarelli, C., Quinti, I., Mortari, E. P., Zumla, A., Ippolito, G., & Locatelli, F. (2020). The immune system of children: The key to understanding SARS-CoV-2 susceptibility? *The Lancet Child & Adolescent Health*, *4*(6), 414–416. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30135-8](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30135-8)
8. Alderman, H., Behrman, J. R., Glewwe, P., Fernald, L., & Walker, S. (2017). Evidence of Impact of Interventions on Growth and Development during Early and Middle Childhood. In D. A. P. Bundy, N. de Silva, S. Horton, D. T. Jamison, & G. C. Patton (Eds.), *Child and Adolescent Health and Development* (3rd ed.). The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525234/>
9. UNICEF. (2022, March). *Impact of Education Disruption: Eastern and Southern Africa- March 2022*, Infographic. <https://reliefweb.int/report/madagascar/impact-education-disruption-eastern-and-southern-africa-march-2022#:~:text=On%20average%2C%20schools%20in%20the,Global%20Monitoring%20of%20School%20Closures.>
10. Lusaka Times. (2024, January 5). *Zambia: Government Postpones School Opening Due to Cholera Surge*. <https://www.lusakatimes.com/2024/01/05/government-postpones-school-opening-due-to-cholera-surge/>
11. Reuters. (2023, January 3). *Malawi delays reopening schools as cholera cases surge | Reuters*. <https://www.reuters.com/world/africa/cholera-deaths-surge-malawi-keeping-schools-closed-2023-01-02/>
12. Dabelea, D., Hamman, R. F., & Knowler, W. C. (2018). Diabetes in Youth. In C. C. Cowie, S. S. Casagrande, A. Menke, M. A. Cissell, M. S. Eberhardt, J. B. Meigs, E. W. Gregg, W. C. Knowler, E. Barrett-Connor, D. J. Becker, F. L. Brancati, E. J. Boyko, W. H. Herman, B. V. Howard, K. M. V. Narayan, M. Rewers, & J. E. Fradkin (Eds.), *Diabetes in America* (3rd ed.). National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567997/>
13. Global Nutrition Report. (2022). *Global Nutrition Report | Country Nutrition Profiles*. Consultado em 19 de dezembro de 2023 em <https://globalnutritionreport.org/resources/nutrition-profiles/africa/eastern-africa/>
14. Quamme, S. H., & Iversen, P. O. (2022). Prevalence of child stunting in Sub-Saharan Africa and its risk factors. , Volume 42, 2022. Pages 49-61, ISSN , *Clinical Nutrition Open Science*, *42*, 49–61. <https://doi.org/10.1016/j.nutos.2022.01.009>
15. Sly, P. D., & Flack, F. (2008). Susceptibility of Children to Environmental Pollutants. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1140*(1), 163–183. <https://doi.org/10.1196/annals.1454.017>
16. Watts, C., Atieli, H., Alacapa, J., Lee, M.-C., Zhou, G., Githeko, A., Yan, G., & Wiseman, V. (2021). Rethinking the economic costs of hospitalization for malaria: Accounting for the comorbidities of malaria patients in western Kenya. *Malaria Journal*, *20*(1), 429. <https://doi.org/10.1186/s12936-021-03958-x>
17. Das, U., & Fielding, D. (2024). Higher local Ebola incidence causes lower child vaccination rates. *Scientific Reports*, *14*, 1382. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-51633-3>
18. Dalton, M., Sanderson, B., Robinson, L. J., Homer, C. S. E., Pomat, W., Danchin, M., & Vaccher, S. (2023). Impact of COVID-19 on routine childhood immunisations in low- and middle-income countries: A scoping review. *PLOS Global Public Health*, *3*(8), e0002268. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002268>
19. United Nations Children’s Fund. (2023). *The State of the World’s Children 2023: For every child, vaccination*. UNICEF Innocenti – Global Office of Research and Foresight. <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2023>
20. OMS África. (2022). Vaccine-preventable disease outbreaks on the rise in Africa. *WHO | Regional Office for Africa*. <https://www.afro.who.int/news/vaccine-preventable-disease-outbreaks-rise-africa>
21. Save the Children. (2007). *Child Protection in Emergencies Priorities, Principles and Practices*. The International Save the Children Alliance. <https://www.savethechildren.org/content/dam/global/reports/education-and-child-protection/CP-in-emerg-07.pdf>
22. Nações Unidas. (2015). *The Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030*. <https://www.undrr.org/publication/sendai-framework-disaster-risk-reduction-2015-2030>
23. Milakovich, J., Simonds, V., Held, S., Pickett, V., LaVeaux, D., Cummins, J., Martin, C., & Kelting-Gibson, L. (2018). Children as Agents of Change: Parent Perceptions of Child-driven Environmental Health Communication in the Crow Community. *Journal of Health Disparities Research and Practice*, *11*(3), 115–127.
24. Mwanga, J. R., Jensen, B. B., Magnussen, P., & Aagaard-Hansen, J. (2008). School children as health change agents in Magu, Tanzania: A feasibility study. *Health Promotion International*, *23*(1), 16–23. <https://doi.org/10.1093/heapro/dam037>
25. Bresee, S., Caruso, B. A., Sales, J., Lupele, J., & Freeman, M. C. (2016). ‘A child is also a teacher’: Exploring the potential for children as change agents in the context of a school-based WASH intervention in rural Eastern Zambia. *Health Education Research*, *31*(4), 521–534. <https://doi.org/10.1093/her/cyw022>

26. Koenker, H., Worges, M., Kamala, B., Gitanya, P., Chacky, F., Lazaro, S., Mwalimu, C. D., Aaron, S., Mwingizi, D., Dadi, D., Selby, A., Serbantez, N., Msangi, L., Loll, D., & Yukich, J. (2022). Annual distributions of insecticide-treated nets to schoolchildren and other key populations to maintain higher ITN access than with mass campaigns: A modelling study for mainland Tanzania. *Malaria Journal*, 21(1), 246. <https://doi.org/10.1186/s12936-022-04272-w>
27. Moore, T., McDonald, M., McHugh-Dillon, H., & West, S. (2016). *Community engagement Practice Guide*. Australian Institute of Family Studies. <https://aifs.gov.au/resources/practice-guides/community-engagement>
28. United Nations Convention on the Rights of the Child, Pub. L. No. General Assembly Resolution 44/25 (1989). <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
29. The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action. (2022). *Child Protection in Outbreaks: Communicating with children in infectious disease outbreaks* (Mini-Guide: Communicating). https://alliancecpha.org/en/miniguide_4
30. Save the Children. (2021). *The Nine Basic Requirements for Meaningful and Ethical Children's Participation*. Save the Children's Resource Centre. https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/basic_requirements-english-final.pdf/
31. African Union. (1990). *African Charter on the Rights and Welfare of the Child* | African Union. <https://au.int/en/treaties/african-charter-rights-and-welfare-child>
32. Save the Children. (n.d.). *Child Participation*. Child Rights Resource Centre. Consultado em 2 de fevereiro de 2024 em <https://resourcecentre.savethechildren.net/topics/child-participation/>
33. Duramy, B., & Gal, T. (2020). Understanding and implementing child participation: Lessons from the Global South. *Children and Youth Services Review*, 119. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105645>
34. Hart, R. A. (1992). *Children's Participation: From Tokenism to Citizenship* (No. 4; Innocenti Essay). <https://www.unicef-irc.org/publications/100-childrens-participation-from-tokenism-to-citizenship.html>
35. Grady, C., Iannantuoni, A., & Winters, M. S. (2021). Influencing the means but not the ends: The role of entertainment-education interventions in development. *World Development*, 138, 105200. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2020.105200>
36. Kyegombe, N., Zuma, T., Hlongwane, S., Nhlenyama, M., Chimbindi, N., Birdthistle, I., Floyd, S., Seeley, J., & Shahmanesh, M. (2022). A qualitative exploration of the salience of MTV-Shuga, an edutainment programme, and adolescents' engagement with sexual and reproductive health information in rural KwaZulu-Natal, South Africa. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 30(1), 2083809. <https://doi.org/10.1080/26410397.2022.2083809>
37. Letsela, L., Jana, M., Pursell-Gotz, R., Kodisang, P., & Weiner, R. (2021). The role and effectiveness of School-based Extra-Curricular Interventions on children's health and HIV related behaviour: The case study of Soul Buddyz Clubs Programme in South Africa. *BMC Public Health*, 21(1), 2259. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12281-8>
38. UN Office for Disaster Risk Reduction. (2019). *Words into Action Guidelines: Engaging Children and Youth in Disaster Risk Reduction and Resilience Building*. <https://www.undrr.org/words-into-action/engaging-children-and-youth-disaster-risk-reduction-and-resilience-building>
39. *Tai*. (n.d.). Consultado em 13 de março de 2024 em <https://www.tai.or.tz/about-us>
40. USAID, IDInsight, & UNICEF. (2020). *Installation Guide to Handwashing Nudges*. <https://www.idinsight.org/wp-content/uploads/2021/05/HandwashingNudgesHowToBookletInternational26.09.2020-2.pdf>
41. Kim, C.-Y., Sheehy, K., & Kerawalla, C. (2017). *Developing children as researchers: A practical guide to help children conduct social research*. Routledge.
42. Pridmore, P., & Stephens, D. (2000). *Children as Partners for Health: A Critical review of the child-to-child approach*. Zed Books.
43. Johnsunterraj, S., Francis, F., & Prabhakaran, H. (2023). Child-to-child approach in disseminating the importance of health among children –A modified systematic review. *Journal of Education and Health Promotion*, 12(1), 116. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_8_23
44. IASC. (n.d.). *With us & for us: Working with and for Young People in Humanitarian and Protracted Crises*, UNICEF and NRC for the Compact for Young People in Humanitarian Action.

Autores: Este resumo foi escrito por Elena Reilly (Anthrologica, elenareilly@gmail.com), Elizabeth Serlemitsos (Johns Hopkins University, eserlem1@jhu.edu) e Julieth Sebba Bilakwate (Kilimanjaro Christian Medical University College, julietsebba@gmail.com).

Agradecimentos: Foram recebidos contributos de vários especialistas e o resumo foi revisto por Stephanie Bradish (Save the Children), Alexis Decosimo (Consultora Independente), Hana Rohan (Consultora Independente), Rachel James (UNICEF), Catherine Grant (IDS) e Juliet Bedford (Anthrologica), e editado por Georgina Roche (equipa editorial da SSHAP).

Citação sugerida: Reilly, E., Serlemitsos, E. and Bilakwate, J. (2024). *Considerações fundamentais: Envolvimento das crianças no contexto de surtos de doenças na África Oriental e Austral*. Social Science in Humanitarian Action (SSHAP).

www.doi.org/10.19088/SSHAP.2024.009

Publicado pelo Institute of Development Studies: maio de 2024.

Direitos de autor: © Institute of Development Studies 2024. Este é um documento de acesso aberto distribuído nos termos da licença Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0), que permite a utilização, distribuição e reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que os autores originais e a fonte sejam creditados e quaisquer modificações ou adaptações sejam indicadas.

Contacto: Se tiver um pedido direto relacionado com o resumo, ferramentas, conhecimentos técnicos adicionais ou análise remota, ou se pretender ser considerado para a rede de consultores, contacte a Social Science in Humanitarian Action Platform, enviando um e-mail para Annie Lowden (a.lowden@ids.ac.uk) ou Juliet Bedford (julietbedford@anthrologica.com).

Sobre a SSHAP: A Social Science in Humanitarian Action é uma parceria entre o [Institute of Development Studies](#), [Anthrologica](#), [CRCF Senegal](#), [Gulu University](#), [Le Groupe d'Etudes sur les Conflits et la Sécurité Humaine \(GEC-SH\)](#), a [London School of Hygiene and Tropical Medicine](#), o [Sierra Leone Urban Research Centre](#), [University of Ibadan](#) e a [University of Juba](#). Este trabalho foi apoiado pelo Foreign, Commonwealth & Development Office do Reino Unido e pelo Wellcome 225449/Z/22/Z. As opiniões expressas são as dos autores e não refletem necessariamente as dos financiadores, nem as opiniões ou políticas dos parceiros do projeto.

 [@SSHAP_Action](#)

 info@socialscience.org

 www.socialscienceinaction.org

 [SSHAP newsletter](#)