

# GUIA DE ORIENTAÇÃO SOBRE O ENVOLVIMENTO DA COMUNIDADE NA RESPOSTA A SURTOS DE CÓLERA NA REGIÃO DA ÁFRICA ORIENTAL E AUSTRAL

**SSHAP**

Social Science  
in Humanitarian  
Action Platform

## INTRODUÇÃO

Os surtos de cólera têm vindo a aumentar na Região da África Oriental e Austral (AOA) desde Janeiro de 2023, com uma transmissão generalizada e alargada no Malawi e em Moçambique e surtos registados na Tanzânia, na África do Sul, no Zimbabué, no Burundi e na Zâmbia.<sup>1</sup> Existe o risco de uma maior propagação causada pelos efeitos do ciclone Freddy, que atingiu Madagáscar, o Malawi e Moçambique em Março de 2023. Continuam a registar-se surtos na Somália, na Etiópia, no Quênia e no Sudão do Sul, onde os países estão a atravessar uma situação de seca após sucessivas estações chuvosas deficitárias.<sup>1</sup> O contexto de resposta na AOA é complexo. Isto deve-se à escassez de recursos de saúde pública, incluindo a insuficiência de vacinas orais contra a cólera, e às múltiplas emergências de saúde pública e humanitárias simultâneas, incluindo a reemergência do poliovírus selvagem. O envolvimento da comunidade nas respostas ao surto de cólera é essencial, especialmente enquanto o impacto da COVID-19 ainda se faz presente na região, sobretudo no que tange à confiança na saúde pública e nos esforços de vacinação.<sup>2,3</sup>

O objectivo do presente guia de orientação é apoiar os Ministérios da Saúde, a UNICEF e outros parceiros de resposta na concepção e implementação de um envolvimento comunitário eficaz, centrado na comunidade e baseado em dados, para a resposta ao surto de cólera. Este guia de orientação foi redigido em abril de 2023 por Megan Schmidt-Sane e Tabitha Hrynck (IDS), com a colaboração de Stellar Murumba (Internews), Ngonidzashe Macdonald Nyambawaro (FICV), Eva Niederberger (Anthrologica), Santiago Ripoll (IDS), Nadine Beckmann (LSHTM), Mariana Palavra (UNICEF) e Rachel James (UNICEF). Este guia de orientação tem por base o [trabalho anterior sobre a cólera](#) da Social Science in Humanitarian Action Platform (SSHAP).

## CONTEXTO RESUMIDO

A cólera é uma doença da desigualdade que afecta desproporcionadamente as populações mais vulneráveis, em particular as que não têm acesso a água, saneamento e higiene (WASH) básicos.<sup>4,5</sup> Várias condições e crises significativas e interligadas estão a contribuir para o actual aumento dos casos de cólera na AOA e para os desafios relacionados a WASH e aos cuidados e tratamento da cólera. Estas condições e crises incluem conflitos contínuos e duradouros, pobreza, elevado movimento transfronteiriço, urbanização acelerada e infraestrutura urbana inadequada, seca e outras condições meteorológicas extremas associadas às alterações climáticas.<sup>4,6-8</sup> A cólera é endémica em alguns países da AOA, com variações sazonais nas taxas de infecção.<sup>4,9</sup> Por exemplo, em Moçambique, a cólera tem sido endémica desde a década de 1970, com estações cada vez mais variáveis desde 2017.<sup>4</sup> As populações vulneráveis à infecção por cólera em Moçambique incluem as que atravessam frequentemente as fronteiras para outras áreas endémicas de cólera, as que vivem perto de rios e lagos e as deslocadas devido a inundações e conflitos (consultar [Considerações fundamentais: Perspetiva sócio-comportamental para a preparação e resposta à cólera centradas na comunidade em Moçambique, 2023](#)).<sup>10</sup> No Malawi, os casos ocorrem tipicamente na estação das chuvas (Novembro a Abril) e em áreas urbanas densamente povoadas (consultar [Dinâmica social, comportamental e comunitária relacionada com o surto de cólera no Malawi](#)).<sup>11</sup> No entanto, o actual surto - o maior que o país já testemunhou - continuou durante toda a estação seca. Tanto em Moçambique como no Malawi, a maior parte dos casos de cólera ocorre em homens. Nestes países, os homens têm também um comportamento menos activo na procura de cuidados de saúde e menos acesso a informação de boa qualidade sobre prevenção e tratamento da cólera.

O relatório “*Eliminação da Cólera – Roteiro Global para 2030*”, elaborado pela Força-Tarefa Global no Controle da Cólera (GTFCC), inclui o envolvimento da comunidade como uma parte importante de qualquer resposta à cólera.<sup>12</sup> No entanto, os responsáveis pela resposta na AOA estão enfrentando muitos desafios para implementar aspectos cruciais do envolvimento da comunidade nas suas respostas ao surto de cólera. As acções comuns que faltam na resposta na AOA incluem:

- Facilitar planos de acção estratégicos, participativos e localmente adequados ao nível da comunidade, com base nos riscos e vulnerabilidades locais.
- Encontrar as melhores estratégias para envolver as comunidades na vigilância baseada na comunidade.
- Partilhar e promover a melhor informação disponível sobre o que causa a cólera, como é transmitida e como é gerida, reconhecendo simultaneamente as barreiras estruturais que as comunidades enfrentam para agir com base nessa informação.<sup>13</sup>
- Intensificar a utilização de ferramentas normalizadas para o *feedback* e a comunicação da comunidade.

## POR QUE O ENVOLVIMENTO DA COMUNIDADE É IMPORTANTE PARA A RESPOSTA A UM SURTO DE CÓLERA?

O envolvimento da comunidade durante as respostas a emergências de saúde é muitas vezes confundido com a comunicação de riscos. Embora estas duas abordagens tenham algumas convergências, elas são distintas. O envolvimento da comunidade é uma abordagem de colaboração em que os responsáveis formais pela resposta e os membros das comunidades afectadas ou em risco de cólera trabalham em conjunto para prevenir e responder a surtos de cólera.<sup>14</sup> A comunicação de riscos é frequentemente unidireccional e centra-se na prestação de informações. Este tipo de comunicação é normalmente utilizado para transmitir informações sobre a forma como as pessoas podem evitar a transmissão através da mudança de comportamentos; porquê, quando e onde as pessoas devem procurar ajuda; como as pessoas podem cuidar de forma segura e eficaz dos familiares infectados e a disponibilidade e eficácia das vacinas.

Os membros da comunidade e as equipas de resposta podem colaborar na concepção e transmissão de mensagens de comunicação de riscos relevantes a nível local. O envolvimento da comunidade também pode ser utilizado para realizar mais eficazmente uma série de outras actividades de resposta, incluindo:

1. **Vigilância, detecção precoce e notificação.** As comunidades são frequentemente as primeiras a identificar os casos de cólera e a comunicá-los aos agentes de saúde. O envolvimento da comunidade pode ajudar a criar confiança e a reforçar este fluxo de informação. Um fluxo de informação mais forte facilita a identificação e a resposta imediata aos casos por parte das equipas de intervenção formal. O mesmo canal também apoia o fluxo de outras informações críticas, tais como a forma como as intervenções são percebidas na comunidade e que tipos de informação, incluindo rumores, estão a circular.

### Caixa 1. Fazer a diferença: Envolvimento da comunidade religiosa no Sudão do Sul

No Sudão do Sul, os parceiros de Comunicação de Risco e Envolvimento da Comunidade (RCCE) da Internews envolveram o Conselho das Igrejas na partilha de informação e na mobilização de apoio em algumas das comunidades religiosas do país. No entanto, durante o envolvimento, os parceiros tomaram conhecimento de que algumas comunidades religiosas, como os Adventistas do Sétimo Dia e as Testemunhas de Jeová, não estavam representadas no conselho. Além disso, descobriram que muitos líderes religiosos em igrejas remotas estavam a transmitir desinformação sobre a cólera, incluindo sobre a vacina.

Os parceiros da RCCE cedo constataram que é importante compreender exactamente como estão estruturadas as diferentes instituições religiosas e assegurar que o trabalho de envolvimento da comunidade conta com a participação das comunidades e instituições religiosas desde o início. Esta compreensão levou a uma melhoria das actividades da RCCE, incluindo o apoio e o desenvolvimento dos esforços de mobilização de massas das igrejas locais, dos curandeiros tradicionais e de outros agentes de influência fidedignos.

- 2. Prevenção e controlo.** Para além de ajudar a elaborar e adaptar as mensagens de comunicação de risco que tenham eco junto das populações afectadas, o envolvimento da comunidade, nomeadamente através de *feedback* e recolha de dados qualitativos, pode fornecer informações essenciais para ajudar a garantir que outras medidas preventivas sejam eficazes e sensíveis ao contexto local. As medidas preventivas incluem a vacinação, práticas de WASH e práticas de enterro seguras e dignas, como no que respeita à lavagem dos corpos dos mortos.
- 3. Tratamento e cuidados.** Trabalhar com os membros da comunidade para conceber vias de tratamento e cuidados pode ajudar a garantir que essas vias são realistas, acessíveis e aceitáveis, e que não exacerbam qualquer estigma associado à cólera. Este envolvimento é uma parte importante da criação de confiança na resposta.

O não envolvimento dos membros da comunidade na resposta à cólera pode dar origem a actividades inadequadas e ineficazes nos contextos locais e que possam parecer intrusivas, condescendentes ou suspeitas. Em contextos nos quais as pessoas possam se sentir abandonadas, excluídas, activamente marginalizadas ou ainda "alvos" de intervenções por agentes "externos" (ou seja, pessoas de fora da comunidade afectada, incluindo pessoas de outras partes da região ou do país, e os responsáveis internacionais pela resposta), a desconfiança em relação às intervenções "vindas de fora" pode ser profunda e inviabilizar os esforços de resposta (consultar a Caixa 2.)<sup>15</sup>

### Caixa 2. Desconfiança na resposta à cólera no Malawi

A desconfiança dos aldeões em relação aos profissionais de saúde em alguns distritos do Malawi afectados pelo recente surto de cólera provocou uma resistência significativa em algumas zonas. Esta resistência incluiu um ataque ao Centro de Saúde de Nandumbo, no distrito de Balaka, depois de os aldeões terem acusado os profissionais de saúde de espalharem a cólera através de agulhas contaminadas. Um melhor envolvimento da comunidade para reforçar a transparência e a colaboração poderia ajudar a aumentar o nível de confiança entre as comunidades afectadas e os agentes de intervenção neste e noutros contextos.

É essencial compreender o contexto local actual antes de conceber as actividades de envolvimento da comunidade. O envolvimento com "pessoas de dentro", como os líderes comunitários, pode não ser simples, uma vez que podem ter ideias muito diferentes sobre a resposta adequada ou podem existir relações conflituosas entre diferentes facções presentes na comunidade. Em última análise, os planos de envolvimento da comunidade devem ser reactivos às realidades locais, que são frequentemente complexas e dinâmicas. É uma boa prática avaliar regularmente o plano de envolvimento da comunidade e adaptá-lo quando necessário. O *feedback* da comunidade e os dados sociais e comportamentais podem ajudar nesta avaliação e adaptação.

## ORIENTAÇÃO PARA UM BOM ENVOLVIMENTO DA COMUNIDADE

### Princípios fundamentais do envolvimento da comunidade

Não existe uma única "melhor" forma de abordar o envolvimento da comunidade. Pelo contrário, o que é "melhor" depende em grande medida da escala e da progressão do surto de cólera e do contexto local em que as actividades de envolvimento da comunidade estão a decorrer. Por exemplo, as estratégias adequadas irão variar em função dos grupos ou das localidades mais afectadas, e de acordo com as pessoas de confiança da comunidade afectada. No entanto, há alguns princípios que os agentes da resposta devem ter em mente quando pretendem iniciar uma participação comunitária eficaz na resposta à cólera.<sup>16</sup>

O envolvimento da comunidade deve:

- **Ser integrado e coordenado.** O envolvimento da comunidade não é apenas um aspecto da comunicação de riscos. Deve ser integrado em todos os pilares da resposta, conforme será discutido na secção seguinte. O envolvimento da comunidade também deve se basear em actividades de promoção da higiene anteriores e/ou existentes, em vez de começar do zero.

- **Ser coordenado para além das fronteiras, sempre que for necessário.** A informação relevante deve ser partilhada regularmente entre os intervenientes na resposta em todos os países para garantir uma resposta transfronteiriça mais consistente e coerente.
- **Ser inclusivo.** Identificar as pessoas em maior risco de infecção - que podem variar conforme o contexto - e concentrar-se na sua inclusão nas actividades de envolvimento da comunidade. As avaliações de vulnerabilidade podem ajudar a compreender quem deve ser envolvido e de que forma. Por exemplo, as avaliações podem apontar para a necessidade de actividades de envolvimento em várias línguas, ou em determinados momentos e locais, ou através de determinadas plataformas. Podem também ser necessários esforços adicionais para grupos marginalizados localmente, como mulheres, crianças, idosos, pessoas com deficiência e pessoas de grupos minoritários. O seu envolvimento é fundamental para garantir que as actividades de prevenção e outros aspectos da resposta sejam eficazes para todos. Os homens são potencialmente mais vulneráveis à cólera do que as mulheres e outros grupos marginalizados a nível local. Esta situação pode estar relacionada à sua maior mobilidade, bem como a uma procura de cuidados de saúde e interacção com as unidades de saúde mais limitadas, o que pode resultar num menor acesso a informação de qualidade sobre saúde.
- **Estar ciente da dinâmica de poder da comunidade.** Elaborar planos e actividades de envolvimento da comunidade que garantam que os líderes informais e os que têm menos poder, como os membros de grupos vulneráveis, possam participar plenamente. As suas perspectivas e capacidades são fundamentais para uma resposta bem-sucedida. Por exemplo, incluir espaços só para mulheres, actividades para crianças e espaços acessíveis a pessoas com deficiência pode aumentar a participação de um leque mais vasto de grupos, assim como promover encontros em locais e espaços onde esses grupos já se reúnem. Considerar a utilização de mapeamento das partes interessadas ou das forças locais para compreender melhor o contexto antes de conceber planos de envolvimento da comunidade.
- **Criar confiança. Identificar, estabelecer prioridades e monitorizar as questões de confiança que devem ser abordadas.** A definição de prioridades deve centrar-se mais em tornar a resposta e os responsáveis pela resposta mais dignos da confiança da comunidade, em vez de tentar convencer os membros da comunidade a mudar as suas atitudes em relação à resposta. Uma forma importante de criar confiança na resposta e nos agentes de intervenção é identificar as pessoas e redes de confiança locais com quem trabalhar, reconhecendo ao mesmo tempo que estas podem não ser óbvias. Por exemplo, as elites locais, os profissionais de saúde e os líderes militares, policiais e governamentais podem não merecer a confiança dos membros da comunidade. Os curandeiros tradicionais e os líderes culturais ou religiosos<sup>10</sup> podem ser mais influentes, embora isto também não deva ser considerado um dado adquirido. Pergunte directamente aos membros da comunidade quem é de confiança a nível local. Também é fundamental para a confiança garantir que a comunicação seja aberta e honesta e que existam medidas em vigor para aumentar a responsabilização dos agentes da resposta.
- **Mitigar o estigma e a discriminação.** Tenha em atenção que actividades mal concebidas podem inadvertidamente estigmatizar as comunidades e os grupos afectados. Os surtos de cólera podem levar ao surgimento de estigma e discriminação devido à associação da doença com a falta de limpeza e higiene. A estigmatização pode resultar na culpabilização da vítima ou na caracterização de áreas ou grupos como "retrógrados".<sup>17</sup> A ênfase nos determinantes estruturais, como a falta de acesso a água potável, pode ajudar a combater o estigma e a discriminação.
- **Realçar a comunicação nos dois sentidos.** Evite tratar as actividades de envolvimento da comunidade apenas como canais de divulgação de mensagens. Em vez disso, concentre-se em obter, ouvir e responder às perguntas e preocupações dos membros da comunidade, à sua compreensão da cólera e às suas ideias sobre como responder eficazmente. A comunicação bilateral também está relacionada com a responsabilização. Incentivar o *feedback* sobre a qualidade e a eficácia da resposta e comprometer-se a mudar onde a comunidade diz que é necessário.

- **Reconhecer e apoiar as capacidades da comunidade.** Os estudos demonstraram que as comunidades têm muitas vezes os seus próprios conhecimentos e mecanismos para lidar com surtos de doenças, incluindo a cólera. No Sudão do Sul e na Serra Leoa, por exemplo, as comunidades iniciaram estratégias de quarentena e alteraram as práticas de alimentação e de lavagem de loiça e roupa, entre outras medidas.<sup>18</sup> Noutros contextos, os sais de reidratação oral (SRO) feitos em casa e a medicina tradicional e as orações foram identificados como importantes.<sup>5</sup> Os esforços de envolvimento da comunidade devem ter como objectivo identificar e apoiar as estratégias e práticas locais, bem como aproveitar as capacidades locais para apoiar outras medidas de resposta, como a contratação de pessoas locais de confiança para trabalharem como identificadores de contactos ou noutros aspectos da resposta. Os responsáveis pela resposta devem também ouvir as preocupações da comunidade relativamente à sua falta de capacidade ou de recursos para se dedicarem à resposta à cólera e prestar apoio em conformidade.
- **Trabalhar com as estruturas e os quadros do governo local.** Especialmente em surtos generalizados, pode ser necessário redefinir constantemente as prioridades entre estratégias de envolvimento aprofundado e abordagens mais alargadas. Trabalhar em estreita colaboração com o governo local e com os intervenientes do sistema de saúde - como os agentes comunitários de saúde, os assistentes de vigilância sanitária, os responsáveis pela saúde ambiental e as equipas de promoção da saúde - é fundamental para garantir que a qualidade do envolvimento não é afectada negativamente quando é necessário alargar a abordagem.
- **Ser flexível.** Tal como os próprios surtos de cólera, as reacções das comunidades à doença e às medidas de resposta podem mudar de forma imprevisível. Estas mudanças, que podem ocorrer durante diferentes fases do surto, são por vezes influenciadas pelas próprias actividades de envolvimento da comunidade ou por processos políticos ou sociais mais amplas. Esteja receptivo à adaptação das abordagens de envolvimento da comunidade se as coisas não estiverem a funcionar, ou se as preferências da comunidade mudarem. Os dados sociais e comportamentais e o *feedback* da comunidade podem indicar quando é necessário mudar e adaptar as estratégias.

## Envolvimento da comunidade em todos os pilares de resposta

---

Para além dos princípios gerais de envolvimento da comunidade acima apresentados, as actividades de envolvimento da comunidade podem ser aplicadas de formas específicas em diferentes aspectos da resposta.

### VIGILÂNCIA E DETECÇÃO DE CASOS

---

As lacunas e a insuficiência de notificação dos casos de cólera persistem na AOA.<sup>4,7</sup> Uma abordagem promissora consiste em criar uma vigilância baseada na comunidade e melhorar os sistemas de alerta precoce. Este trabalho pode ser efectuado com êxito na AOA, como demonstraram as respostas a outros surtos. No Sudão do Sul, por exemplo, um sistema de vigilância da paralisia flácida aguda com base na comunidade contribuiu para um aumento das notificações de 0,0% para 56,4% num período de 18 meses.<sup>19</sup> É possível retirar lições deste e de outros exemplos e aplicá-las à vigilância da cólera. Um sistema de vigilância bem concebido deve incluir elementos verdadeiramente participativos que se baseiem nos melhores princípios de envolvimento da comunidade.<sup>20</sup>

Para uma boa vigilância baseada na comunidade:

- **Conceber a vigilância em conjunto** com uma série de representantes da comunidade, para melhorar a aceitação e a apropriação local e garantir a relevância local do sistema.
- **Considerar uma vasta gama de trabalhadores de vigilância de base comunitária**, incluindo trabalhadores de saúde comunitários e outros prestadores de cuidados de saúde comuns, como ervanários, curandeiros tradicionais e proprietários de farmácias. Muitas pessoas na AOA procuram tratamento com prestadores de serviços biomédicos formais, e com curandeiros mediante tratamentos tradicionais e isso deve reflectir-se no sistema de vigilância. Desenvolver oportunidades para que os trabalhadores de vigilância de base comunitária partilhem as

percepções e preocupações da comunidade em relação à cólera com outros intervenientes na resposta.

- **Trabalhar com as concepções locais de cólera**, que se centram nas definições de casos síndromicos e se baseiam nos conceitos locais de "sujidade" e poluição.<sup>5</sup> Dar formação aos voluntários da comunidade e ao pessoal de vigilância de doenças para que utilizem estes conceitos no seu trabalho diário. Utilizar a linguagem correcta também é importante. Por exemplo, as diferentes línguas podem ter mais do que uma palavra para cólera. As palavras somalis para cólera são *daacuun* ou *kaloraa*.<sup>21</sup>
- **Intensificar a utilização de testes de diagnóstico rápido** por parte de profissionais de saúde comunitários formados, a fim de garantir uma notificação rápida dos casos e preencher as lacunas na vigilância.
- **Reconhecer que a vigilância baseada na comunidade acarreta custos logísticos, financeiros e técnicos.** Isto inclui custos para a força de trabalho da comunidade associados à realização de actividades de vigilância juntamente com as suas responsabilidades existentes. No entanto, a apropriação local de um sistema de vigilância de base comunitária é fundamental para a sua sustentabilidade.

## **PONTOS DE ENTRADA E REGIÕES FRONTEIRIÇAS**

---

As pessoas que vivem nas regiões fronteiriças da AOA correm frequentemente um maior risco de contrair cólera. Recentemente, foram registados surtos de cólera em zonas fronteiriças da AOA, incluindo a fronteira entre o Uganda e a República Democrática do Congo e as fronteiras entre o Malawi e Moçambique e a Tanzânia.<sup>22,23</sup> Na região fronteiriça do Uganda, os surtos de cólera em 2015 foram associados à água contaminada do rio Lhubiriha e a questões de saneamento, como a defecação a céu aberto e o manuseio inadequado de alimentos.<sup>22</sup> As comunidades fronteiriças são tipicamente muito móveis, com muitas pessoas a terem laços culturais, comerciais e familiares do outro lado da fronteira. Esta mobilidade coloca desafios e oportunidades para o envolvimento da comunidade e para quem procura cuidados de saúde. As pessoas podem deslocar-se com frequência, diariamente ou semanalmente, sendo importante conceber estratégias de envolvimento da comunidade que tenham em conta a coordenação e o envolvimento transfronteiriços. As estações de lavagem das mãos e de rastreio são comuns nos pontos de entrada formais, mas os pontos de entrada informais continuam a ser um desafio para a resposta à epidemia.

As melhores práticas para envolver as comunidades fronteiriças incluem:

- **Mapear o panorama actual relacionado com os surtos de cólera** nas regiões fronteiriças, incluindo factores contextuais locais, factores que afectam a mobilidade, infra-estruturas de cuidados de saúde existentes e agentes de influência fidedignos actuais, incluindo líderes religiosos, empresariais, políticos e culturais.
- **Envolver-se com os mecanismos regionais existentes e as estruturas transfronteiriças** para identificar potenciais sinergias para o envolvimento da comunidade.<sup>24</sup> Isto pode incluir a formação de voluntários que realizam rastreios de saúde nos pontos de entrada na fronteira e o envolvimento com associações de mercado, representantes de camionistas e líderes comunitários que representam populações altamente móveis. Coordenar com os parceiros que trabalham dentro e fora das zonas fronteiriças para garantir a harmonização das abordagens à prevenção e ao tratamento da cólera.
- **Conceber estratégias de comunicação bilateral** específicas para as regiões fronteiriças, como por exemplo, tirar partido de eventos locais, como os dias de mercado, que reúnem pessoas de ambos os lados da fronteira.

## **PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECCÕES COM BASE NA COMUNIDADE**

---

A criação de confiança e o envolvimento da comunidade podem melhorar a adopção de práticas de WASH e a aceitação da infra-estrutura de WASH. A experiência passada com surtos de cólera aponta para a importância do envolvimento da comunidade na prevenção e controlo de infecções. Por exemplo, no norte de Moçambique, houve episódios de violência quando os profissionais de

saúde foram acusados de envenenar a água potável. Num caso, isto deveu-se à semelhança entre a palavra portuguesa cloro e a palavra cólera.<sup>4</sup>

Algumas actividades e estratégias de prevenção e controlo podem ser implementadas em zonas com focos de cólera. Estas incluem: acção comunitária para acabar com a defecação a céu aberto; construção de latrinas; fornecimento de água tratada no ponto de abastecimento e melhoria dos testes e da monitorização da qualidade da água; incentivo ao tratamento doméstico da água com hipoclorito de sódio; gestão dos resíduos fecais e o aumento do acesso e da utilização de instalações de lavagem das mãos e de latrinas.

As abordagens possíveis incluem as seguintes:

- **Considerar a formação de equipas locais de prevenção e controlo da cólera** ao nível da aldeia. Estas equipas devem basear-se nas estruturas e redes comunitárias existentes, incluindo líderes respeitados e de confiança. Estas equipas podem coordenar as actividades de resposta à cólera com os responsáveis formais pela resposta.
- **Envolver agentes de influência locais de confiança** para partilhar informações adequadas que incentivem a lavagem das mãos, o tratamento da água e outras medidas preventivas. As actividades e mensagens de promoção da saúde e da higiene, adaptadas à cultura e às crenças locais, devem encorajar a adopção de práticas de higiene adequadas, como a lavagem das mãos com sabão, a preparação e o armazenamento seguros dos alimentos e a eliminação segura das fezes. As actividades e as mensagens devem adaptar-se ao rastreio de boatos e ao *feedback* da comunidade.
- **Desenvolver a participação da comunidade na concepção de estações de lavagem das mãos adequadas a nível local** e reconhecer a importância de colocar essas estações em locais acessíveis ao público.
- **Concentrar-se na forma de efectuar intervenções direccionadas para casos específicos (CATI) de uma forma eficaz e não estigmatizante** para reforçar a confiança e a aceitação das medidas de saúde pública. As CATI baseiam-se no pressuposto de que a detecção precoce de grupos pode desencadear uma resposta rápida e localizada na zona de alto risco. A capacidade descentralizada é importante para as CATI, uma vez que deve permitir uma maior adaptação ao contexto local e um maior envolvimento com as capacidades e estruturas locais existentes.<sup>25</sup>
- **Reconhecer as causas da cólera nas actividades de promoção da higiene** e sublinhar que as causas são a cobertura e o acesso inadequados aos serviços e à infra-estrutura de WASH, em vez de práticas e comportamentos de higiene pessoais ou comunitários deficientes. Abordar os rumores actuais ou a desinformação sobre WASH através do envolvimento e da comunicação com a comunidade, através de pessoas de confiança. Utilizar os conhecimentos obtidos a partir do *feedback* e do envolvimento da comunidade para argumentar a favor de melhorias de WASH e aumentar a consciencialização de que muitas pessoas simplesmente não podem seguir as medidas de prevenção recomendadas, mesmo que o queiram fazer. Este tipo de envolvimento e comunicação com a comunidade também deve ser promovido quando não houver surtos, para aumentar a consciencialização sobre a cólera e as suas causas subjacentes.

## GESTÃO DE CASOS

---

O envolvimento da comunidade pode melhorar a gestão dos casos de cólera - em casa, nos pontos de reidratação oral, nos hospitais ou nas clínicas e durante as actividades CATI. A distribuição de SRO a nível doméstico através de profissionais de saúde comunitários de confiança tem sido bem sucedida no tratamento de casos brandos e moderados de cólera.<sup>5</sup> Os profissionais de saúde comunitários e outros agentes de influência locais podem também partilhar informações sobre o preparo doméstico de SRO. Durante os surtos, os agregados familiares nos locais críticos devem ser sensibilizados para a importância dos SRO e encorajados a ter alguns prontos a usar ou a saber como fazer os seus próprios, especialmente se os sintomas começarem à noite. As práticas de envolvimento da comunidade podem garantir que os casos graves sejam encaminhados para clínicas, hospitais ou unidades especializadas para terapia de reidratação intravenosa.

Durante o envolvimento da comunidade na gestão de casos:

- **Estabelecer pontos de reidratação oral, incluindo a formação e o pagamento** das pessoas que trabalham nesses pontos e o apoio a encaminhamentos rápidos.
- **Considerar cuidadosamente o estabelecimento de cuidados descentralizados durante um surto activo**, incluindo a criação de unidades e centros de tratamento da cólera. Antes de criar unidades de tratamento, estabelecer diálogos bilaterais com as comunidades para avaliar a sua aceitação e considerar a possibilidade de conceber as unidades em conjunto com os membros da comunidade. Por exemplo, as unidades podem disponibilizar espaço e recursos para pessoas ligadas à comunidade, que podem assegurar um fluxo de informação entre o doente e a sua família. Devem também ser consideradas necessidades adicionais de protecção, especialmente para crianças e doentes vulneráveis. Os diálogos com a comunidade representam também uma oportunidade para transmitir mensagens claras sobre o que é eficaz no tratamento da cólera e o que é prejudicial (por exemplo, a utilização de "remédios" **prejudiciais**, como Coca-Cola misturada com bicarbonato de sódio ou solução de cloro).
- **Partilhar o feedback e as percepções da comunidade com os profissionais de saúde** nas Unidades de Tratamento da Cólera (UTC). Isto ajuda a promover uma comunicação interpessoal compreensiva por parte do pessoal das UTC e pode apoiar um mecanismo de responsabilização da comunidade para os trabalhadores das UTC, através do qual as preocupações são rapidamente partilhadas e abordadas.
- **Utilizar abordagens adaptadas de envolvimento da comunidade para as CATI**, incluindo a criação de equipas CATI que incluam representantes da comunidade. Assegurar que as equipas CATI trabalhem em estreita colaboração com as autoridades locais de saúde pública, o pessoal da UTC e uma série de outros prestadores de serviços de saúde. Obter e partilhar diariamente dados epidemiológicos sobre a cólera, bem como rumores relacionados com o surto e a forma como podem ser abordados. A gestão dos casos deve ser realizada com sensibilidade e de forma a evitar a estigmatização ou a discriminação das famílias afectadas.<sup>25</sup>
- **Aprender com experiências de sucesso do passado, por exemplo, trabalhando com ervanários para integrar SRO** (comprados ou feitos em casa) no seu trabalho e adaptando remédios tradicionais para incorporar propriedades de reidratação.<sup>5</sup> Trabalhar com ervanários para os encorajar a encaminhar os doentes para cuidados prestados em unidades de saúde, quando necessário.
- **Envolver um vasto leque de prestadores de serviços biomédicos**, incluindo clínicas privadas, farmácias e lojas de medicamentos, para: fornecer educação básica sobre a utilização de SRO, prover estoques adequados de SRO para venda, e encaminhar os doentes para os cuidados de saúde. Os residentes urbanos tendem a procurar em primeiro lugar os serviços em lojas de medicamentos ou farmácias, que são frequentemente mais céleres e de mais fácil acesso do que clínicas ou hospitais. Os custos dos SRO também devem ser mantidos baixos, mesmo quando a procura aumenta, e isto pode ser assegurado através de políticas governamentais.

## **ENTERROS SEGUROS E DIGNOS**

---

Os fluidos corporais de uma pessoa que morreu de cólera são altamente infecciosos. Do ponto de vista da saúde pública, os corpos precisam ser desinfectados e enterrados em segurança num local que não esteja ligado a um aquífero.<sup>5</sup> No entanto, o ritual funerário exige muitas vezes a lavagem ritual e o manuseamento do corpo pelos membros da família, e os objectivos de saúde pública podem colidir com as necessidades dos enlutados. Existem precedentes de introdução de práticas seguras (como luvas e desinfectante) respeitando as necessidades religiosas dos enlutados.<sup>21</sup> Os protocolos de enterramento seguro e digno devem garantir que as preferências da comunidade são incluídas de forma segura e que os protocolos não excedam o que é medicamente necessário.

Os responsáveis pela organização de enterros seguros e dignos devem:

- **Considerar as práticas funerárias locais e religiosas.** Por exemplo, no Islão, o corpo é lavado ritualmente após a morte e é aplicado um perfume chamado adar. Muitos rituais não são



absolutos e podem ser adaptados a diferentes contextos. Uma solução pode ser a incorporação de desinfetantes nos rituais de lavagem, com a aprovação dos líderes religiosos ou comunitários locais. Quaisquer adaptações aos rituais devem ser definidas em conjunto com os membros da família e os líderes religiosos.<sup>21</sup> Durante os diálogos com a comunidade, forneça informações às comunidades sobre a necessidade de práticas de enterro seguras e dignas e sobre as adaptações aceitáveis aos rituais.

- **Garantir que a preparação do corpo pelos profissionais de saúde, se necessário, seja respeitosa e transparente.** Permitir que pelo menos um membro da família ou um líder comunitário ou religioso de confiança observe o processo. Permitir também que o profissional de saúde se envolva em todo o processo de enterro, não apenas na preparação do corpo para o enterro.
- **Colaborar com os organizadores das cerimônias fúnebres** para garantir a lavagem das mãos e fornecer estações de lavagem das mãos ou kits de higiene, se necessário.

## **VACINAÇÃO ORAL CONTRA A CÓLERA**

---

Nas zonas onde as vacinas orais contra a cólera (VOC) estão autorizadas e são implementadas, os programas de vacinação têm registado um sucesso variável.<sup>26</sup> O envolvimento da comunidade é fundamental para aumentar a confiança na VOC, uma vez que persistem ideias equivocadas sobre a VOC. As ideias equivocadas incluem, por exemplo, a crença de que as vacinas devem ser injectáveis e que, por conseguinte, a vacina oral é ineficaz. O envolvimento da comunidade pode ser utilizado para divulgar informação sobre a VOC, respondendo simultaneamente a questões e preocupações.<sup>26</sup> O fornecimento de mensagens claras numa campanha de VOC permitiu o sucesso em Nampula, Moçambique<sup>27</sup> e Lake Chilwa, Malawi.<sup>28</sup> A VOC não é uma vacinação de rotina e apenas alguns agregados familiares são vacinados durante um surto. Os planos de vacinação, incluindo informações sobre quem foi seleccionado e o porquê, devem ser cuidadosamente explicados às comunidades e deve ser reservado um tempo para responder a perguntas ou preocupações. É necessário assegurar que a resposta adopta uma abordagem equitativa para o fornecimento de VOC, dada a escassez global da VOC.

Os profissionais de envolvimento comunitário devem:

- **Assegurar que as estratégias de campanha de vacinação levem em consideração as diferenças entre populações urbanas e rurais**, reconhecendo os desafios únicos para a confiança na vacina em contextos urbanos na AOA.<sup>29</sup> As grandes reuniões comunitárias, como as utilizadas para partilhar informações em áreas rurais, podem ser menos apropriadas em contextos urbanos, o que pode exigir um envolvimento porta-a-porta. Os programas de vacinação em áreas urbanas devem considerar a realização de vacinações aos fins-de-semana, utilizando locais fixos e iniciando a vacinação de manhã cedo e terminando ao fim da tarde.<sup>26</sup>
- **Garantir que a equidade está no centro de qualquer estratégia de vacinação.** As comunidades mais vulneráveis à cólera, tais como as que não dispõem de serviços de WASH ou estão distantes dos serviços de saúde, são as que têm mais necessidade de ter acesso à VOC e de ter suas preocupações específicas respondidas.
- **Utilizar o rastreio de rumores para compreender os últimos rumores** relativos à VOC e conceber abordagens de comunicação bilateral relevantes, incluindo oportunidades para os membros da comunidade fazerem perguntas num fórum aberto e receberem respostas relevantes. Reconhecer as incógnitas e as incertezas, sempre que existam.<sup>30</sup> Os esforços de envolvimento da comunidade devem identificar e abordar as preocupações e as concepções erradas.
- **Colaborar com agentes de influência confiáveis a nível local**, tais como líderes religiosos, para promover a VOC sempre que necessário. Isto pode incluir, por exemplo, a vacinação pública de um líder religioso e/ou a partilha da sua experiência de vacinação e efeitos secundários com a sua congregação.

- **Utilizar uma combinação de plataformas de comunicação relevantes a nível local** para fomentar a confiança na VOC e criar oportunidades de diálogo. Estas plataformas podem incluir as que têm por base a tecnologia (como SMS, rádio e televisão) e as plataformas e intervenções tradicionais (como a comunicação interpessoal).<sup>31</sup>

## **DADOS E ENVOLVIMENTO DA COMUNIDADE**

---

Os dados são essenciais para fundamentar todos os aspectos de uma resposta à cólera. As equipas de resposta tendem a dar prioridade aos dados epidemiológicos e de saúde pública, mas os dados sociais são igualmente determinantes para o êxito da prevenção e contenção dos surtos. Os dados sociais e o envolvimento da comunidade estão relacionados de duas formas importantes. Em primeiro lugar, os dados sociais são importantes para a concepção de estratégias bem sucedidas de envolvimento da comunidade. Em segundo lugar, as actividades de envolvimento da comunidade facilitam a recolha e partilha de dados sociais e a reflexão sobre os mesmos. Estes processos são fundamentais para o sucesso da resposta global.

Esta secção apresenta dois tipos decisivos de dados sociais - dados sociais e comportamentais e *feedback* da comunidade - e explica a sua relação com o envolvimento da comunidade e o seu papel no apoio à resposta global.

### **Recolha de dados sociais e comportamentais junto das comunidades**

---

Os dados sociais e comportamentais referem-se às percepções, capacidades e práticas dos membros da comunidade em relação à prevenção e resposta à infecção por cólera. A recolha e a monitorização deste tipo de dados podem fornecer provas para fundamentar a tomada de decisões sobre comunicação, envolvimento da comunidade e outras estratégias de resposta, de modo a garantir que são adequadas e que atendem às necessidades e prioridades das pessoas em situações variáveis.

### **OS MEMBROS DA COMUNIDADE COMO AGENTES DE RECOLHA DE DADOS SOCIAIS E COMPORTAMENTAIS**

---

Os membros da comunidade estão bem posicionados para fornecer informações relevantes através de actividades de envolvimento, como diálogos, onde podem, por exemplo, partilhar crenças ou práticas locais comuns em torno das doenças diarreicas. No entanto, os membros da comunidade também podem estar bem posicionados para se envolverem directamente em esforços sistemáticos de recolha de dados. Este envolvimento pode incluir inquéritos e entrevistas em que membros da comunidade com formação fazem perguntas a outros, nomeadamente o que os membros da comunidade sabem sobre a cólera, onde obtêm a informação e o que podem fazer ou fizeram para prevenir ou tratar a infecção.<sup>32</sup> O envolvimento dos membros da comunidade nos esforços de recolha de dados pode aumentar a confiança da comunidade na utilização adequada dos dados e na resposta em geral. Pode também reforçar o sentimento de apropriação da resposta por parte da comunidade.

### **PROFISSIONAIS DE SAÚDE COMUNITÁRIOS E OUTROS AGENTES DE INTERVENÇÃO**

---

Os profissionais de saúde comunitários podem ser capacitados e formados para recolher dados sociais e comportamentais sobre aspectos como as atitudes em relação à VOC. No entanto, uma vez que estes profissionais fazem parte da hierarquia de resposta, podem sentir-se pressionados a efectuar este trabalho ou a comunicar de determinadas formas, como, por exemplo, relatar de forma mais positiva as atitudes locais. Podem também sentir-se pressionados a dar ênfase aos enquadramentos biomédicos e de saúde pública, em detrimento dos sociais e culturais. É importante ponderar as vantagens e desvantagens de mobilizar profissionais de saúde comunitários - e outros agentes que fazem parte da hierarquia da resposta - para recolher dados para a resposta.

## ANALISAR DADOS COM AS COMUNIDADES

---

Envolver as comunidades na análise dos dados sociais e comportamentais pode fornecer uma perspectiva crítica sobre o que pode estar a motivar determinados comportamentos num contexto específico. Por exemplo, os membros da comunidade podem estar bem posicionados para compreender como os factores estruturais locais, as normas sociais e até mesmo a evolução da situação do surto podem estar a influenciar as práticas sociais e comportamentais. Essa compreensão é fundamental para moldar a resposta. Os factores e as normas que podem influenciar os comportamentos de forma específica a nível local podem incluir:

- **Acessibilidade, qualidade e capacidade dos serviços de saúde.** Isto inclui sistemas e prestadores de serviços de saúde formais e informais, públicos e privados (por exemplo, hospitais públicos, instalações de saúde privadas, profissionais de saúde comunitários, vendedores privados de medicamentos, ervanários e curandeiros religiosos).
- **Normas de género.** Os pressupostos sobre os papéis de género podem determinar quem cuida de quem quando a doença aparece. Normalmente, mas nem sempre, são as mulheres, o que as pode colocar em risco. Os papéis de género também podem moldar o comportamento de outras formas impactando nos riscos de cólera para as pessoas e nas formas de busca por cuidados. Por exemplo, como já foi referido, pode ser menos provável que os homens tenham acesso a informação essencial sobre a cólera ou que procurem cuidados quando estão infectados.

Para além de reflectir sobre o que pode explicar os dados comportamentais com os membros da comunidade após a recolha de dados comunitários, é fundamental fornecer-lhes informações relevantes em resposta às suas perguntas.

### Mecanismos de *feedback* da comunidade

---

O *feedback* da comunidade, incluindo questões ou queixas, é uma componente importante do envolvimento da comunidade na resposta à cólera. Os dados de *feedback* centram-se na forma como os membros da comunidade percebem e vivenciam a resposta e o surto de cólera em geral. O *feedback* apoia a responsabilização dos intervenientes na resposta perante as pessoas que estão a servir e pode ser recolhido de várias formas, incluindo:

- **Recolha de *feedback* informal.** O *feedback* informal pode ser recolhido através de vários tipos de actividades de envolvimento, como reuniões comunitárias e conversas informais nos locais de resposta. Esse *feedback* informal pode ser utilizado para alterar directamente a resposta localizada e/ou pode ser introduzido de forma mais sistemática nos fluxos de informação da resposta formal (incluindo sistemas de monitorização e avaliação) pelos responsáveis pela resposta.
- **Esforços de *feedback* proactivos e sistemáticos.** O *feedback* também pode ser recolhido de forma mais proactiva e sistemática através de inquéritos e entrevistas realizados porta a porta, em locais públicos, por telefone ou por outros meios. Esta recolha de *feedback* pode ter lugar em paralelo com a recolha de dados sociais e comportamentais.
- **Canais de *feedback* passivos.** O *feedback* pode ser recolhido de forma passiva através de canais presenciais, como caixas de reclamações físicas e gabinetes de atendimento, ou através de mecanismos telefónicos ou digitais em escala, como linhas directas telefónicas, canais de redes sociais, sistemas baseados em SMS, monitorização de redes sociais e portais *online*. As pessoas devem poder dar a sua opinião de forma directa e anónima através destes canais.

É importante que o tipo de mecanismo(s) de *feedback* disponível(eis) seja adequado ao contexto local, incluindo a situação, as capacidades e as preferências das pessoas afectadas e dos intervenientes na resposta formal.

O ideal é que os mecanismos para canalizar o *feedback* da comunidade assegurem que as pessoas que o fornecem recebam respostas atempadas e acompanhamento quando necessário e apropriado. Mesmo que o *feedback* seja recolhido de forma passiva, deve ser gerido de forma proactiva.

## APROVEITAR AO MÁXIMO O *FEEDBACK* DA COMUNIDADE

Os intervenientes na resposta que pretendam criar mecanismos de *feedback* da comunidade, especialmente os que são mais passivos, devem estar atentos a potenciais problemas que podem tornar os mecanismos ineficazes ou considerados pouco fiáveis.<sup>11</sup>

O envolvimento inicial com as comunidades pode incluir discussões sobre os tipos de mecanismos de *feedback* sistemático que seriam mais acessíveis e aceitáveis para as pessoas, e sobre a forma como devem ser geridos e administrados para maximizar a eficácia e a confiança. É provável que sejam necessários vários canais para garantir que todos possam dar o seu *feedback*. É importante garantir que todos os canais de *feedback* são activamente monitorizados. Se não o forem, existe o risco de o *feedback* das pessoas mais excluídas se perder ou ser ignorado.

Para mitigar potenciais problemas e aproveitar ao máximo o *feedback* da comunidade, os intervenientes na resposta devem:

- **Assegurar o conhecimento dos mecanismos de *feedback* disponíveis.** Utilizar uma série de estratégias de envolvimento da comunidade para garantir que as pessoas estejam cientes das oportunidades de *feedback* disponíveis. A utilização de mecanismos pré-existent em vez da criação de sistemas inteiramente novos pode ajudar a garantir uma melhor sensibilização e acesso (consultar a Caixa 3 para um exemplo).<sup>31</sup>
- **Proporcionar oportunidades físicas e presenciais de *feedback*.** As plataformas digitais e telefónicas podem ser eficientes e ter um alcance significativo em alguns contextos, mas o grau de exclusão digital e a falta de acesso a telefones continuam a ser generalizados, em particular nos países pobres e nas comunidades afectadas pela cólera. Nesses contextos, as opções digitais devem ser consideradas como complementares às actividades e opções presenciais, como caixas de reclamações ou gabinetes de atendimento.
- **Fornecer mecanismos acessíveis.** Para além das opções não digitais, os intervenientes na resposta devem considerar mecanismos que atendam às pessoas que falam diferentes línguas localmente relevantes e às pessoas com deficiência ou que são analfabetas.
- **Garantir a possibilidade de apresentar queixas anónimas.** As pessoas podem estar preocupadas com a confidencialidade e a retaliação quando apresentam uma queixa, e podem recear sofrer retaliações por o fazerem. Reforce as medidas de apoio à confidencialidade e assegure às pessoas que esta será mantida.
- **Assegurar que existe capacidade para monitorizar e responder adequadamente ao *feedback*.** Respostas ausentes, atrasadas ou insatisfatórias às queixas podem prejudicar a confiança não só no mecanismo de *feedback*, mas em toda a resposta. Nos casos em que a capacidade de melhoria imediata e tangível em resposta ao *feedback* é limitada, os responsáveis pela resposta devem assegurar e comunicar que o *feedback* é utilizado para criar uma base de provas para apoiar uma maior mobilização de recursos.
- **Assegurar um *feedback* integrado e transversal a todos os pilares.** Os mecanismos de *feedback* devem ser coordenados entre os pilares da resposta e as partes interessadas, permitindo que as pessoas comuniquem o seu *feedback* sobre qualquer aspecto da resposta através de qualquer canal disponível e recebam um seguimento.

### Caixa 3. Lições do U-Report da UNICEF em Moçambique

O U-Report é uma plataforma de recolha de dados e de envio de mensagens que utiliza um sistema gratuito de SMS para melhorar o envolvimento dos adolescentes e dos jovens em questões de saúde, para melhorar os esforços de sensibilização e para promover mudanças positivas. Em Moçambique, esta plataforma foi adaptada para a saúde sexual e reprodutiva dos jovens e para a prevenção do HIV. Como parte da resposta ao ciclone Idai, o U-Report foi utilizado para recolher dados nos distritos mais afectados pela cólera. Estes dados foram posteriormente aplicados para permitir uma comunicação melhorada e adaptada para intervenções de desenvolvimento que pudessem responder a problemas praticamente em tempo real.

Leia mais no estudo de caso da SSHAP *Melhorar o Envolvimento da Comunidade Através da Recolha de Dados: Controlar a Epidemia de Cólera em Moçambique*.

## Bibliografia complementar

1. Recursos sobre a cólera da SSHAP
2. Recurso de envolvimento da comunidade para WASH
3. Banco de perguntas sobre a cólera

## AGRADECIMENTOS

Este guia de orientação foi redigido em Abril de 2023 por Megan Schmidt-Sane e Tabitha Hrynick (IDS), com contributos de Stellar Murumba (Internews), Ngonidzashe Macdonald Nyambawaro (IFRC), Eva Niederberger (Anthrologica), Santiago Ripoll (IDS), Nadine Beckmann (LSHTM), Mariana Palavra (UNICEF), Rachel James (UNICEF) e Grace Akello (Universidade de Gulu). Este guia de orientação baseia-se no trabalho anterior da SSHAP.

## CONTACTO

Se tiver um pedido directo relativo ao documento, ferramentas, conhecimentos técnicos adicionais ou análises à distância, ou se desejar ser considerado para a rede de consultores, queira contactar a Social Science in Humanitarian Action Platform enviando um e-mail para Annie Lowden ([a.lowden@ids.ac.uk](mailto:a.lowden@ids.ac.uk)) ou Juliet Bedford ([julietbedford@anthrologica.com](mailto:julietbedford@anthrologica.com)).

A Social Science in Humanitarian Action é uma parceria entre o [Institute of Development Studies \(IDS\)](#), [Anthrologica](#), [CRCF Senegal](#), [Universidade de Gulu](#), [Le Groupe d'Etudes Sur Les Conflits Et La Sécurité Humaine \(GEC-SH\)](#), a [London School of Hygiene and Tropical Medicine \(LSHTM\)](#), a [Universidade de Ibadan](#), a [Universidade de Juba](#), e o [Centro de Investigação Urbana da Serra Leoa](#). Este trabalho foi apoiado pelo Foreign, Commonwealth & Development Office do Reino Unido e pela Wellcome 225449/Z/22/Z. As opiniões expressas são as dos autores e não reflectem necessariamente as dos financiadores, ou as opiniões ou políticas dos parceiros do projecto.

## MANTENHA-SE EM CONTACTO

 [@SSHAP\\_Action](#)  [info@socialscience.org](mailto:info@socialscience.org)  [www.socialscienceinaction.org](http://www.socialscienceinaction.org)  [SSHAP newsletter](#)

**Sugestão de citação:** Schmidt-Sane, M. and Hrynick, T. (2023) Guia de Orientação Sobre o Envolvimento da Comunidade na Resposta a Surtos de Cólera na Região da África Oriental e Austral. *Social Science In Humanitarian Action (SSHAP)* DOI: [www.doi.org/10.19088/SSHAP.2023.009](https://www.doi.org/10.19088/SSHAP.2023.009)

Publicado em Maio de 2023

© Institute of Development Studies 2023



Este é um documento de Acesso Livre distribuído nos termos da licença [Creative Commons Attribution 4.0 International \(CC BY\)](#), que permite a utilização, distribuição e reprodução sem restrições em qualquer suporte, desde que os autores originais e a fonte sejam creditados e que quaisquer modificações ou adaptações sejam indicadas.

## REFERÊNCIAS

1. *Multi-country outbreak of cholera, External situation report #1—22 March 2023*. (n.d.). Retrieved 27 March 2023, from <https://www.who.int/publications/m/item/multi-country-outbreak-of-cholera--external-situation-report--1--22-march-2023>
2. Akello, G. (2020). Covid-19 in northern Uganda: Resistance, defiance and hospitalization of asymptomatic cases. *BMJ Journals-Covid-19. Blog*, 26.
3. Akello, G., & Beisel, U. (2019). Challenges, distrust, and understanding: Employing communicative action in improving trust in a public medical sector in Uganda. *SAGE Open*, 9(4), 2158244019893705.
4. Baltazar, C. S., Pezzoli, L., Baloi, L. D., Luiz, N., Chitio, J. E., Capitine, I., Siteo, M., Mala, S., & Langa, J. P. (2022). Conditions to eliminate cholera in Mozambique-the pathway for the development of the national cholera plan. *The Pan African Medical Journal*, 42(279).
5. Ripoll, S., & Wilkinson, A. (2018). *Social science in epidemics: Cholera lessons learned*.
6. Charnley, G. E. C., Kelman, I., & Murray, K. A. (2022). Drought-related cholera outbreaks in Africa and the implications for climate change: A narrative review. *Pathogens and Global Health*, 116(1), 3–12. <https://doi.org/10.1080/20477724.2021.1981716>
7. Nakkazi, E. (2023). Cholera outbreak in Africa. *The Lancet Infectious Diseases*, 23(4), 411.
8. Charnley, G. E., Jean, K., Kelman, I., Gaythorpe, K. A., & Murray, K. A. (2022). Association between Conflict and Cholera in Nigeria and the Democratic Republic of the Congo. *Emerging Infectious Diseases*, 28(12), 2472–2481.
9. Debes, A. K., Shaffer, A. M., Ndikumana, T., Liesse, I., Ribaira, E., Djumo, C., Ali, M., & Sack, D. A. (2021). Cholera Hot-Spots and Contextual Factors in Burundi, Planning for Elimination. *Tropical Medicine and Infectious Disease*, 6(2), 76. <https://doi.org/10.3390/tropicalmed6020076>
10. Niederberger, E., Tanner, L., & Karam, S. (2023). *Key Considerations: Socio-Behavioural Insight for Community-Centred Cholera Preparedness and Response In Mozambique, 2023*.
11. Niederberger, E., Karam, S., & Tanner, L. (2022). *Social, behavioural and community dynamics related to the cholera outbreak in Malawi*. Social Science in Humanitarian Action Platform.
12. Global Task Force on Cholera Control. (2017). *Ending Cholera. A Global Road map to 2030*. GTFCC.
13. Akello, G., & Parker, M. (2021). Confronting epidemics: The art of not knowing and strategic ignorance during Ebola preparedness in Uganda. In *Routledge Handbook of Public Policy in Africa* (pp. 459–473). Routledge.
14. *CEA Guide*. (n.d.). Community Engagement Hub. Retrieved 3 April 2023, from <https://communityengagementhub.org/resource/cea-guide/>
15. Kaleso, M. (2023, January 23). Villagers attack health workers, damage health centre in Balaka. *Malawi24*. <https://malawi24.com/2023/01/23/villagers-attack-health-workers-damage-health-centre-in-balaka/>
16. Niederberger, E., Knight, L., & O'Reilly, M. (n.d.). *An Introduction to Community Engagement in WASH*.
17. Keys, H. M., Kaiser, B. N., Foster, J. W., Freeman, M. C., Stephenson, R., Lund, A. J., & Kohrt, B. A. (2019). Cholera control and anti-Haitian stigma in the Dominican Republic: From migration policy to lived experience. *Anthropology & Medicine*, 26(2), 123–141. <https://doi.org/10.1080/13648470.2017.1368829>
18. Kindersley, N., Majiek, P., Othur, S., Barjok, D., Luga, E., Nyibol, E., Miskin, A., Madut, C., & Majok, J. D. (2021). *Community Approaches to Epidemic Management in South Sudan Lessons from local healthcare systems in tackling COVID-19*.
19. Kisanga, A., Abiuda, B., Walyaula, P., Losey, L., & Samson, O. (2019). Evaluation of the Functionality and Effectiveness of the CORE Group Polio Project's Community-Based Acute Flaccid Paralysis Surveillance System in South Sudan. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 101(4 Suppl), 91. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.19-0120>

20. McGowan, C. R., Takahashi, E., Romig, L., Bertram, K., Kadir, A., Cummings, R., & Cardinal, L. J. (2022). Community-based surveillance of infectious diseases: A systematic review of drivers of success. *BMJ Global Health*, 7(8), e009934. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009934>
21. Ripoll, S. (2017). *Contextual factors shaping cholera transmission and treatment-seeking in Somalia and the Somali region of Ethiopia*. Social Science in Humanitarian Action Platform. <https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/handle/123456789/13184>
22. Bwire, G., Mwesawina, M., Baluku, Y., Kanyanda, S. S. E., & Orach, C. G. (2016). Cross-Border Cholera Outbreaks in Sub-Saharan Africa, the Mystery behind the Silent Illness: What Needs to Be Done? *PLoS ONE*, 11(6), e0156674. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156674>
23. Organization, W. H. (2023). *Weekly Regional Cholera Bulletin: 15 March 2023*.
24. UNICEF. (2017). *UNICEF Strategic Framework for Cholera in Eastern and Southern Africa: 2018-2022*. [https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/esar\\_regional\\_strategic\\_framework\\_for\\_cholera\\_final.pdf](https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/esar_regional_strategic_framework_for_cholera_final.pdf)
25. Rebaudet, S., Bulit, G., Gaudart, J., Michel, E., Gazin, P., Evers, C., Beaulieu, S., Abedi, A. A., Osei, L., Barraix, R., Pierre, K., Moore, S., Boncy, J., Adrien, P., Guillaume, F. D., Beigbeder, E., & Piarroux, R. (2019). The case-area targeted rapid response strategy to control cholera in Haiti: A four-year implementation study. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 13(4), e0007263. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0007263>
26. Trolle, H., Forsberg, B., King, C., Akande, O., Ayres, S., Alfvén, T., & Elimian, K. (2023). A scoping review of facilitators and barriers influencing the implementation of surveillance and oral cholera vaccine interventions for cholera control in lower- and middle-income countries. *BMC Public Health*, 23(1), 455. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15326-2>
27. Démolis, R., Botão, C., Heyerdahl, L. W., Gessner, B. D., Cavailler, P., Sinai, C., Magaço, A., Le Gargasson, J.-B., Mengel, M., & Guillermet, E. (2018). A rapid qualitative assessment of oral cholera vaccine anticipated acceptability in a context of resistance towards cholera intervention in Nampula, Mozambique. *Vaccine*, 36(44), 6497–6505. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.10.087>
28. Heyerdahl, L. W., Ngwira, B., Demolis, R., Nyirenda, G., Mwesawina, M., Rafael, F., Cavailler, P., Bernard Le Gargasson, J., Mengel, M. A., Gessner, B. D., & Guillermet, E. (2018). Innovative vaccine delivery strategies in response to a cholera outbreak in the challenging context of Lake Chilwa. A rapid qualitative assessment. *Vaccine*, 36(44), 6491–6496. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.10.108>
29. Massing, L. A., Aboubakar, S., Blake, A., Page, A.-L., Cohuet, S., Ngandwe, A., Sompwe, E. M., Ramazani, R., Allheimen, M., Levaillant, P., Lechevalier, P., Kashimi, M., Motte, A. de la, Calmejane, A., Bouhenia, M., Dabire, E., Bompangue, D., Kebela, B., Porten, K., & Luquero, F. (2018). Highly targeted cholera vaccination campaigns in urban setting are feasible: The experience in Kalemie, Democratic Republic of Congo. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 12(5), e0006369. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0006369>
30. *Rapid Review: Vaccine Hesitancy and Building Confidence in COVID-19 Vaccination*. (n.d.). Social Science in Humanitarian Action Platform. Retrieved 7 November 2021, from <https://www.socialscienceinaction.org/resources/rapid-review-vaccine-hesitancy-and-building-confidence-in-covid-19-vaccination/>
31. de Almeida, S. (2020). *Enhancing Community Engagement Through Data Collection: Controlling the Cholera Epidemic in Mozambique*.
32. Niederberger, E., & Johnson, G. (2023). *Cholera Questions Bank*. Social Science in Humanitarian Action Platform. <https://www.socialscienceinaction.org/resources/cholera-questions-bank/>

