

**RBM** Partnership  
To End Malaria



**Guia de referência dos indicadores  
de comunicação para mudanças sociais  
e comportamentais contra a malária:  
segunda edição**

Setembro de 2017



Copyright © 2017 Parceria Roll Back Malaria

A parceria Roll Back Malaria (RBM) é o quadro global para a acção coordenada contra a malária. Fundada em 1998 pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e pelo Banco Mundial e reforçada pelos conhecimentos, recursos e empenho de mais de 500 organizações parceiras, a RBM é uma parceria público-privada que fomenta a incubação de novas ideias, apoia abordagens inovadoras, promove um compromisso político de alto nível e mantém a malária em destaque na agenda global ao permitir, harmonizar e amplificar iniciativas de sensibilização orientadas pelas parcerias. A RBM estabelece orientações políticas e garante apoio financeiro e técnico para as medidas de controlo nos países e monitoriza o progresso em relação ao alcance dos objectivos universais.

As denominações geográficas adoptadas nesta publicação não representam nem implicam qualquer opinião ou juízo por parte da RBM sobre o estatuto jurídico de qualquer país, território, cidade ou área, sobre as suas autoridades governamentais ou estatais ou sobre a delimitação das suas fronteiras. A referência a empresas específicas ou a produtos de determinados fabricantes não significa que estes sejam aprovados ou recomendados pela RBM em detrimento de outros semelhantes que não são representados ou mencionados. Este documento pode ser livremente revisto, citado, reproduzido e traduzido, parcial ou totalmente, desde que a fonte esteja identificada.

Os autores agradecem às organizações e aos fotógrafos que deram autorização para que as suas fotografias fossem utilizadas nesta publicação. Os créditos das fotografias encontram-se no verso da contracapa. A autorização para reproduzir qualquer uma destas fotografias só pode ser concedida pelos proprietários originais.

Para perguntas e comentários, contacte: Angela Acosta ([angela.acosta@jhu.edu](mailto:angela.acosta@jhu.edu)), Jessica Butts ([jbutts@cdc.gov](mailto:jbutts@cdc.gov)), e Mariam Nabukenya Wamala ([nabukem@yahoo.com](mailto:nabukem@yahoo.com)).

Citação sugerida: parceria RBM para acabar com a malária. 2017. *Guia de referência dos indicadores de comunicação para mudanças sociais e comportamentais contra a malária: Segunda edição*. Venier, Suíça: RBM

## Agradecimentos

Este guia é um produto da colaboração entre diversos parceiros de comunicação para mudanças sociais e comportamentais contra a malária (CMSC). Entre as pessoas que contribuíram para a primeira edição (Fevereiro de 2014) encontram-se Hannah Koenker, Jessica Butts, Angela Acosta, Martin Alilio, Marc Boulay, Debra Prosnitz, Hibist Astatke, Susan Zimicki, Joe Keating e Janita Bhana.

A segunda edição foi desenvolvida por Angela Acosta, Jessica Butts, Janita Bhana, Hannah Koenker, Marcy Erskine, Sandrine Martine, Stella Babalola, Andrew Tompsett, Grace Awantang, Matthew Okoh, Anisa Saleh, Anna McCartney-Melstad, Naira Kalra e Farah Ndiaye.

Estamos extremamente gratos a todas as pessoas que contribuíram com o seu valioso aconselhamento técnico e feedback. Ajudaram a garantir que o guia seja o reflexo do pensamento actual da comunidade. Estas representaram as seguintes instituições:

- Abt Associates
- American Refugee Committee International
- Chemonics
- FHI 360
- Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho
- Fundo das Nações Unidas para a Infância
- ICF International
- Iniciativa Presidencial contra a Malária
- Johns Hopkins Center for Communication Programs
- Malaria Consortium
- Malaria No More
- Manoff Group
- PSI
- Society for Family Health
- Speak Up Africa
- Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine
- Representantes do programa nacional de controlo da malária de diversos países, incluindo Burquina Faso, Madagáscar, Malawi, Nigéria, Serra Leoa e Zâmbia.

Este guia foi possível graças ao apoio generoso do povo americano, através da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e da Iniciativa Presidencial contra a Malária, nos termos do Acordo de Cooperação USAID/Universidade Johns Hopkins n.º GHS-A-00-09-00014-00 (projecto NetWorks), AID-OAA-A-14-00057 (projecto VectorWorks) e AID-OAA-A-12-00058 (projecto Health Communication Capacity Collaborative). Os conteúdos são da responsabilidade dos autores e não reflectem necessariamente os pontos de vista da USAID, do governo dos Estados Unidos ou da Universidade Johns Hopkins.

# Conteúdos

Agradecimentos.....	4
Conteúdos.....	5
Acrónimos.....	6
Introdução.....	7
<b>Lista recapitulativa dos indicadores de prioridade.....</b>	<b>9</b>
<b>Parte 1: Orientação sobre como seleccionar e monitorizar indicadores.....</b>	<b>11</b>
Quadro para monitorizar e avaliar os programas de CMSC contra a malária.....	11
Seleccionar perguntas e indicadores para fontes de dados específicos.....	14
Fontes de dados.....	14
Género.....	17
<b>Parte 2: Indicadores de prioridade.....</b>	<b>19</b>
Fichas de referência do indicador.....	19
Memória.....	19
Conhecimento.....	19
Risco e eficácia.....	21
Normas.....	23
Atitudes.....	24
Comportamentos.....	25
Resultados do programa.....	27
<b>Parte 3: Anexos.....</b>	<b>30</b>
Anexo 1: Teorias da mudança comportamental e de comunicação.....	30
Anexo 2: Lista de verificação para a apresentação de relatórios sobre avaliações de CMSC contra a malária.....	35
Anexo 3: Perguntas de inquérito e métodos de medição.....	36
Anexo 4: Estudos de casos para escolher e adaptar indicadores e perguntas.....	54
Estudo de caso 1: Seleccionar indicadores com base na fase do programa.....	54
Estudo de caso 2: Adaptar indicadores e perguntas à quimioprevenção sazonal da malária.....	55
Anexo 5: Referências.....	56

## Acrónimos

<b>ACT</b>	<b>Terapia combinada com base de Artemisinina</b>
<b>ADSGP</b>	<b>Avaliação da disponibilidade do serviço e do grau de preparação</b>
<b>AMM</b>	<b>Administração massiva de medicamentos</b>
<b>CAP</b>	<b>Conhecimento, atitudes e práticas</b>
<b>CCP</b>	<b>Johns Hopkins Center for Communication Programs</b>
<b>CMSC</b>	<b>Comunicação para mudanças sociais e comportamentais</b>
<b>CPN</b>	<b>Consulta pré-natal</b>
<b>EPPM</b>	<b>Extended Parallel Processing Model</b>
<b>GRMA</b>	<b>Grupo de referência de monitorização e avaliação</b>
<b>IDS</b>	<b>Inquérito demográfico e de saúde</b>
<b>IIM</b>	<b>Inquérito de indicadores da malária</b>
<b>M&amp;A</b>	<b>Monitorização e avaliação</b>
<b>MICS</b>	<b>Inquérito de indicadores múltiplos</b>
<b>MTILD</b>	<b>Mosquiteiro tratado com insecticida de longa duração</b>
<b>OMS</b>	<b>Organização Mundial de Saúde</b>
<b>PIDOM</b>	<b>Pulverização intra-domiciliária</b>
<b>QSM</b>	<b>Quimioprevenção sazonal da malária</b>
<b>RBM</b>	<b>Parceria Roll Back Malaria</b>
<b>RTI</b>	<b>Rastreo e tratamento intermitentes</b>
<b>SGIL</b>	<b>Sistema de gestão da informação logística</b>
<b>SGIS</b>	<b>Sistema de gestão da informação sanitária</b>
<b>SP</b>	<b>Sulfadoxina-pirimetamina</b>
<b>SUA</b>	<b>Speak Up Africa</b>
<b>TDR</b>	<b>Teste de diagnóstico rápido</b>
<b>TIP</b>	<b>Tratamento intermitente preventivo</b>
<b>USAID</b>	<b>Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional</b>

# Introdução

O financiamento contra a malária aumentou exponencialmente ao longo dos últimos 15 anos e muitos países estão a reforçar rapidamente as actividades de controlo da malária para atingir objectivos globais ambiciosos. A comunicação para mudanças sociais e comportamentais (CMSC) tem sido um componente fundamental das estratégias de controlo eficaz da malária. Apesar do seu papel importante, a monitorização e avaliação sólidas (M&A) de programas de CMSC tem sido desafiante. Um dos principais obstáculos é a falta de clareza no que diz respeito aos indicadores adequados.

## Contexto

Em 2011, 15 organizações enviamos esforços para desenvolver indicadores padronizados de CMSC contra a malária ao partilhar as suas ferramentas de inquérito. Em 2012, um comité de especialistas agrupou os indicadores em temas e comparou-os com os indicadores de CMSC da **Base de dados de indicadores online de planeamento familiar e de saúde reprodutiva<sup>1</sup>** e com os **Indicadores do inquérito às famílias para controlo da malária<sup>2</sup>**.

O grupo de trabalho de CMSC da RBM lançou a primeira edição do **Guia de referência dos indicadores de CMSC contra a malária** em 2014. Nos três anos que se seguiram, o grupo de trabalho procurou activamente feedback sobre o guia junto dos seus membros. Os membros debateram as alterações durante reuniões presenciais em Baltimore, Maryland, EUA, e na reunião anual em Dakar, Senegal, em 2016. O comité de especialistas, que acabou por se tornar o grupo de trabalho de M&A, elaborou ambas as edições do guia dos indicadores.

## Novidades na segunda edição

A segunda edição apresenta:

- Um conjunto mais simplificado de indicadores de prioridade com menor ênfase nos indicadores experimentais.
- Inclusão de prestadores de cuidados de saúde como público-alvo.
- Consideração das fontes de dados para além dos inquéritos nacionais às famílias.
- Orientação adicional sobre a forma de seleccionar e priorizar indicadores para diferentes finalidades – especificamente, concepção programática, implementação e avaliação.
- Orientação adicional e exemplos sobre a utilização e interpretação dos dados.
- Um esquema mais simples – agora, os recursos-chave, tais como teorias e perguntas de inquérito, encontram-se nos anexos.

## Objectivos

Este guia oferece ao pessoal do programa, aos agentes governamentais e aos financiadores um conjunto de indicadores de prioridade para acompanhar os resultados dos programas de CMSC contra a malária. Tem como objectivo:

- Compilar os indicadores que as partes interessadas consideraram úteis.
- Definir esses indicadores de modo que possam ser utilizados de forma consistente.
- Simplificar a M&A de CMSC, disponibilizando num local os indicadores e as perguntas de inquérito.

- Dar exemplos e sugestões para a selecção de indicadores, adaptando-os aos contextos locais e utilizando-os em diferentes fases de um ciclo do programa.

## Público-alvo

Este guia foi desenvolvido para diversos grupos:

- Responsáveis pela CMSC e M&A nos programas nacionais de controlo da malária.
- Gestores e pessoal das organizações responsáveis pela implementação de actividades de CMSC.
- Investigadores e pessoal de M&A incumbidos de avaliar o progresso e os resultados dos programas de CMSC.
- Representantes de agências doadoras.

## Como utilizar o guia

Os leitores podem utilizar o guia para:

- Seleccionar indicadores para planos de M&A e para propostas de financiamento.
- Recolher dados tendo em vista o desenvolvimento de uma actividade de CMSC.
- Comunicar os objectivos de uma actividade de CMSC às partes interessadas.
- Monitorizar os efeitos intermédios para modificar os programas para alcançar o maior impacto possível e partilhar tais resultados.
- Recolher dados para avaliar os efeitos do programa.
- Comparar os resultados ao longo do tempo e entre os programas.

## Organização

Este guia está organizado em três partes:

- A **Parte 1** estabelece o quadro de M&A e oferece orientação alargada sobre a selecção de indicadores e de fontes de dados, assim como considerações em matéria de género.
- A **Parte 2** apresenta detalhes sobre cada um dos 17 indicadores de prioridade. Os indicadores agrupam-se em diferentes categorias: memória, conhecimento, risco e eficácia, normas, atitudes, comportamentos e resultados do programa. A ficha de referência de cada indicador contém informações detalhadas sobre o objectivo do indicador, definição (incluindo numerador e denominador), desagregação, interpretação e utilização de dados e pontos fortes e limitações. Tal como o guia de indicadores do inquérito às famílias do GRMA da RBM, este guia sugere indicadores adicionais relacionados com os indicadores de prioridade que podem ter interesse para os programas. É possível obter os resultados sobre estes indicadores através da realização de subanálises dos indicadores de prioridade ou recolhendo dados adicionais.
- A **Parte 3** é composta por anexos que incluem uma discussão sobre como utilizar os indicadores seleccionados e as teorias de mudança comportamental para perceber como funcionam as actividades de CMSC, uma lista de verificação para a apresentação de relatórios sobre a qualidade da actividade de CMSC contra a malária e os respectivos resultados e perguntas de inquérito que podem ser utilizadas para analisar os indicadores.

<sup>1</sup> MEASURE Evaluation 2017

<sup>2</sup> Grupo de referência de monitorização e avaliação da RBM de 2013

## Limitações

Este guia não representa uma lista exaustiva de todos os indicadores de CMSC contra a malária. Em vez disso, recomenda indicadores com maior probabilidade de serem considerados úteis para os programas e indica de que forma é que esses indicadores podem ser adaptados a intervenções específicas, como quimioprevenção sazonal da malária, ao público, como trabalhadores sazonais, e a contextos epidemiológicos, como epidemias.

Existem outros indicadores que podem ser úteis para planejar ou avaliar uma actividade de CMSC que este guia não aborda directamente. Especificamente, os autores deste guia reconhecem que os comportamentos dos prestadores de cuidados de saúde – e os factores que influenciam tais comportamentos – desempenham um papel fundamental na prevenção e no tratamento da malária. Embora este guia considere que os prestadores de cuidados de saúde são um público-alvo cujos comportamentos e factores comportamentais é possível avaliar, é necessária uma orientação adicional no que diz respeito às melhores práticas para avaliar os comportamentos dos prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente, em relação ao cumprimento das directrizes nacionais em termos de gestão de casos e de prevenção da malária durante a gravidez. O desenvolvimento destas orientações para prestadores de cuidados de saúde está fora do âmbito da versão actual deste documento. Os leitores poderão desejar consultar inquéritos em unidades sanitárias relativos à malária (incluindo a Avaliação da prestação de serviços disponível no site do programa do Inquérito demográfico e de saúde [IDS]), o grupo de trabalho de M&A de CMSC da RBM ou o GRMA da RBM para obter mais orientações sobre este tema.

Este guia não inclui alguns indicadores que podem influenciar a adopção de determinados comportamentos:

- Satisfação com os serviços de saúde
- Disponibilidade de produtos de combate à malária, como medicamentos e testes, e acesso a serviços
- Acesso a meios de comunicação social e preferências
- Participação na comunidade, liderança, coesão social e auto-eficácia colectiva

Uma vez que estas medidas podem ser importantes para perceber os comportamentos do público-alvo, aconselha-se que os utilizadores façam a triangulação dos dados de outras fontes sempre que possível.

## Para onde enviar comentários ou perguntas

Agradecemos o seu feedback sobre este documento. Os comentários dos utilizadores tornaram-no um melhor recurso para a comunidade de CMSC contra a malária. Envie ideias e sugestões para os co-presidentes do grupo de trabalho de M&A: Angela Acosta (angela.acosta@jhu.edu), Jessie Butts (jbutts@cdc.gov), e Mariam Nabukenya Wamala (nabukem@yahoo.com).



# Lista recapitulativa dos indicadores de prioridade

Este guia de indicadores contém 17 indicadores de prioridade que se dividem nas seguintes categorias: memória, conhecimento, risco e eficácia, normas, atitudes, comportamento e resultados do programa. Alguns indicadores têm subindicadores (a seguir denominados indicadores adicionais) que podem ser determinados através de perguntas adicionais ou de subanálises.

## Memória

### 1. Percentagem de pessoas que se lembram de ter visto ou ouvido alguma mensagem sobre a malária nos últimos seis meses

- Indicador adicional 1.1. Percentagem de pessoas que se lembram de ter visto ou ouvido mensagens específicas sobre a malária
- Indicador adicional 1.2. Percentagem de pessoas que se lembram de ter visto ou ouvido uma mensagem através do canal de comunicação "X" (comunicado por cada canal de comunicação específico)

#### Fontes dos dados

IDS, Inquérito de indicadores da malária (IIM), Inquérito de indicadores múltiplos (MICS), outros inquéritos comunitários e inquéritos em unidades sanitárias, caso estejam adaptados aos prestadores

#### Utilizações

Avaliar o alcance de actividades gerais de CMSC ou de uma campanha específica

## Conhecimento

### 2. Percentagem de pessoas que apontam os mosquitos como a causa da malária

- Indicador adicional 2.1. Percentagem de pessoas que apontam apenas os mosquitos como a causa da malária

### 3. Percentagem de pessoas que sabem que o principal sintoma da malária é a febre

- Indicador adicional 3.1. Percentagem de pessoas que conhecem os sintomas e sinais de perigo da malária grave

### 4. Percentagem de prestadores de cuidados que sabem que a única forma de diagnosticar correctamente a malária é através de um teste (teste de diagnóstico rápido [TDR] ou análise por microscópio)

### 5. Percentagem de pessoas que conhecem o tratamento da malária

### 6. Percentagem de pessoas que conhecem medidas preventivas comprovadas contra a malária

- Indicador adicional 6.1. Percentagem de pessoas com ideias erradas sobre as práticas de prevenção eficaz da malária

- Indicador adicional 6.2. Percentagem de pessoas que sabem que o TIP é uma forma de proteger a mãe e o bebé contra a malária durante a gravidez
- Indicador adicional 6.3. Percentagem de prestadores de cuidados que conhecem as directrizes nacionais no que diz respeito à dosagem do TIP (horários e frequência)

#### Fontes dos dados

IDS, IIM, MICS, outros inquéritos comunitários para os indicadores 2, 3, 5 e 6, inquéritos em unidades sanitárias para o indicador 4 e outros indicadores adaptados aos prestadores de cuidados

#### Utilizações

- Investigação formativa para obter informações para a concepção de actividades de CMSC
- Monitorização e avaliação do público, caso a intervenção se direccionasse para o conhecimento

É possível adaptar os indicadores desta secção a públicos-alvo específicos, como mulheres grávidas, assim como a tipos de conhecimento mais específicos, como conhecimento dos prestadores de cuidados de saúde em termos de plano de dosagem do TIP. A adaptação dos indicadores pode exigir diferentes abordagens em matéria de recolha de dados.

## Risco e eficácia

### 7. Percentagem de pessoas que entendem que estão em risco de contrair malária (susceptibilidade perceptível)

### 8. Percentagem de pessoas que pensam que as consequências da malária são graves (gravidade perceptível)

### 9. Percentagem de pessoas que acreditam que a prática ou o produto recomendado irá reduzir o risco a que estão sujeitas (eficácia da resposta)

### 10. Percentagem de pessoas que confiam na sua capacidade de adoptar um determinado comportamento relativamente à malária (auto-eficácia)

#### Fontes dos dados

IDS, IIM, MICS (país a país), outros inquéritos comunitários, discussões de grupos de reflexão ou outra investigação qualitativa e inquéritos em unidades sanitárias, caso estejam adaptados aos prestadores

#### Utilizações

- A investigação formativa para obter informação para a concepção de actividades de CMSC também pode ajudar a identificar os motivos para a não adopção de determinados comportamentos entre a população-alvo, como barreiras à utilização de redes ou motivos para a não utilização de TDR por parte dos prestadores de cuidados de saúde
- Monitorização e avaliação do público, caso a intervenção se direccionasse para o risco/eficácia
- É possível adaptar os indicadores desta secção a públicos-alvo específicos, como prestadores de cuidados, e devem ser adaptados a um produto, serviço ou comportamento específico

## Normas

### 11. Percentagem de pessoas que acreditam que a maioria dos seus amigos e membros da comunidade põe em prática o comportamento actualmente

#### Fontes dos dados

IDS, IIM, MICS (país a país), outros inquéritos comunitários, discussões de grupos de reflexão ou outra investigação qualitativa

#### Utilizações

- A investigação formativa para obter informação para a concepção de actividades de CMSC também pode ajudar a identificar os motivos para a não adopção de determinados comportamentos entre a população-alvo
- Monitorização e avaliação do público, caso a intervenção se direccionasse para as normas/atitude
- É possível adaptar este indicador a públicos-alvo específicos, como prestadores de cuidados de saúde, e deve ser adaptado a um produto, serviço ou comportamento específico.

## Atitudes

### 12. Percentagem de pessoas com uma atitude favorável em relação ao produto, serviço ou comportamento

#### Fontes dos dados

IDS, IIM, MICS (país a país), outros inquéritos comunitários, discussões de grupos de reflexão ou outra investigação qualitativa

#### Utilizações

- A investigação formativa para obter informação para a concepção de actividades de CMSC também pode ajudar a identificar os motivos para a não adopção de determinados comportamentos entre a população-alvo
- Monitorização e avaliação do público, caso a intervenção se direccionasse para as normas e atitudes

É possível adaptar este indicador a públicos-alvo específicos, como prestadores de cuidados de saúde, e deve ser adaptado a um produto, serviço ou comportamento específico.

## Comportamento

### 13. Percentagem de pessoas que põem em prática o comportamento recomendado

#### Comportamentos dos beneficiários

- Dormir sob MTILD: percentagem da população que dormiu sob um MTILD na noite anterior
- Indicador adicional 13.1. Rácio de acesso-utilização de MTILD. A percentagem da população que utiliza redes entre as pessoas que têm acesso a uma no seio do seu agregado familiar
- Comparecer a uma consulta pré-natal (CPN) no início e ao longo da gravidez: percentagem de mulheres que compareceram a pelo menos uma, duas e três CPN durante a última gravidez
- Procurar tratamento para a febre: percentagem de crianças menores de cinco anos que tiveram febre nas últimas duas semanas e para as quais foi solicitado aconselhamento ou tratamento no mesmo dia ou no dia seguinte ao início da febre

#### Fontes dos dados

IDS, IIM, MICS, outros inquéritos comunitários

#### Comportamentos do prestador

- Providenciar TIP de acordo com as directrizes nacionais: percentagem de mulheres grávidas em CPN que receberam TIP de acordo com as directrizes nacionais
- Providenciar a gestão de casos de malária de acordo com as directrizes nacionais (testes e tratamento)
- Percentagem de casos de febre nos quais foi realizado um teste de diagnóstico de malária
- Percentagem de casos testados tratados/não tratados de acordo com os resultados do teste

#### Fontes dos dados

Inquérito na unidade sanitária, revisão dos registos de CPN

**Nota:** podem ser obtidos indicadores alternativos para estes comportamentos dos prestadores a partir de inquéritos às famílias tais como o IDS, IIM e MICS. Estes incluem:

- A percentagem de mulheres que receberam três ou mais doses de TIP no âmbito das CPN durante a última gravidez
- Percentagem de crianças menores de cinco anos que tiveram febre nas últimas duas semanas e às quais foi feito o teste de picada do dedo ou calcanhar
- Percentagem de crianças às quais foi administrada uma terapia combinada com base de artemisinina (ACT) entre crianças menores de cinco anos que tiveram febre nas últimas duas semanas e às quais foram administrados medicamentos antimaláricos

#### Utilizações

- Investigação formativa para identificar a prioridade/o comportamento problemático
- Avaliação para determinar se a actividade de CMSC contribuiu para uma mudança mensurável de comportamento

É importante triangular estes dados com os dados que avaliam o acesso a e a disponibilidade do produto ou serviço, tal como o acesso a redes ou a disponibilidade de mercadorias.

A avaliação dos comportamentos dos beneficiários e dos prestadores de cuidados de saúde separadamente irá ajudar a determinar em que medida as baixas taxas de administração de TIP, de testes e/ou tratamento com ACT podem dever-se ao desempenho dos prestadores de cuidados de saúde em comparação com o comportamento de procura de cuidados ou a disponibilidade de mercadorias.

## Resultados do programa

1. Número de materiais produzidos
2. Número de pessoas alcançadas
3. Número de actividades de CMSC realizadas
4. Número de pessoas formadas

#### Fontes dos dados

Relatórios de actividades, tais como relatórios de monitorização dos meios de comunicação social, certificados de transmissão, relatórios de actividade de mobilização da comunidade, relatórios de formação, relatórios de informação, comunicação, e tecnologia ou painéis.

#### Utilizações

Indicar aos directores se as actividades estão a ser realizadas conforme planeado. Esta informação nos relatórios de avaliação indica aos leitores a escala e intensidade do programa, ajudando-os a determinar a qualidade da intervenção que está a ser avaliada. Comunicar sempre um objectivo, como um denominador, para contextualizar.

# Parte 1: Orientação sobre como seleccionar e monitorizar indicadores

## Quadro para monitorizar e avaliar os programas de CMSC contra a malária

Os quadros de monitorização e avaliação resumem a forma como os programas devem funcionar. São úteis para reflectir sobre os objectivos programáticos e compreender se as actividades e estratégias planeadas são as mais adequadas.

O quadro da Figura 1 ilustra a forma como as actividades de CMSC influenciam a mudança de comportamento. Mostra os caminhos através dos quais os resultados do programa têm influência sobre os efeitos a diversos níveis e podem contribuir para impactos na saúde. Nomeadamente, o quadro fornece uma lista de indicadores para cada passo do processo. Este quadro mostra em que medida uma CMSC eficaz requer que a mensagem chegue ao público-alvo, que essas mensagens tenham influência sobre o que as pessoas pensam e sentem acerca da malária e, finalmente, que adoptem comportamentos que as irão proteger contra a malária. Utilizando a linguagem do quadro, concentramo-nos nos resultados das actividades de CMSC para perceber os efeitos intermédios; estes, por sua vez, influenciam os efeitos no comportamento, que, em última análise, conduzem ao impacto na saúde: uma diminuição da carga da malária.

O quadro agrupa os indicadores por níveis de resultados:

- **Resultados do programa.** Estes indicadores reflectem o número de actividades de CMSC realizadas. Indicam se os resultados são suficientes para atingir e sensibilizar a população-alvo.
- **Efeitos intermédios.** Os indicadores a este nível avaliam o efeito directo das actividades de CMSC nos públicos. Décadas de investigação sobre o HIV/SIDA, planeamento familiar e malária revelaram que o conhecimento não é o único determinante de comportamentos. A percepção do risco, a eficácia da resposta, a auto-eficácia, as normas e as atitudes também estão associadas a um aumento da probabilidade de mudança de comportamentos.<sup>3</sup>
- **Efeitos comportamentais.** Ao longo do tempo, um aumento da exposição a actividades de CMSC e alterações nos efeitos intermédios podem fazer com que uma percentagem maior da população ponha em prática os comportamentos pretendidos face à malária.
- **Impacto na saúde.** Ao atingir a população-alvo e a população em geral e ao influenciar os seus conhecimentos, atitudes e comportamentos, as actividades de CMSC podem contribuir para uma redução da morbilidade e mortalidade associadas à malária.

- É necessário um **ambiente propício** para fomentar as actividades de CMSC. Um ambiente propício caracteriza-se por políticas que promovem comportamentos saudáveis face à malária, disponibilidade de e acesso a mercadorias e uma infra-estrutura sólida para a prestação de serviços de saúde. Os programas devem avaliar se a fraca adopção de um comportamento se deve a factores relacionados com a atitude, a um acesso limitado a mercadorias, a problemas na prestação de serviços ou a barreiras políticas. Embora este guia não forneça indicadores para todas estas questões, os utilizadores que tenham interesse podem adaptar os indicadores da [Base de dados de indicadores online de planeamento familiar e de saúde reprodutiva](#).

## Seleção e adaptação de indicadores

Este guia fornece uma lista de indicadores de CMSC recomendados para programas de combate à malária que devem ser considerados durante o planeamento de actividades de mudança de comportamentos. Os autores não sugerem que os planeadores de programas adoptem automaticamente **todos** os indicadores, mas que escolham os indicadores e as perguntas mais relevantes para as suas necessidades. Nesta secção, apresentamos recomendações para a selecção de indicadores para necessidades específicas de programas, dicas para a adaptação dos indicadores a diferentes contextos ou comportamentos e sugestões para a selecção de perguntas para diferentes fontes de dados.

### Selecionar indicadores com base nas necessidades do programa

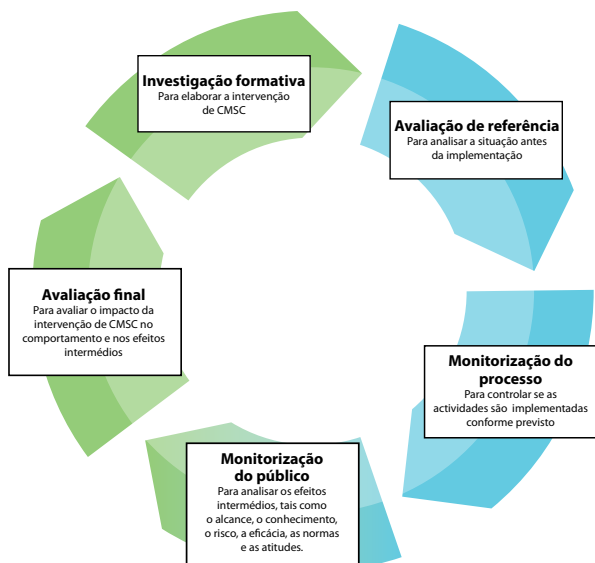
A Figura 2 identifica e resume cada uma das diferentes fases de M&A durante o ciclo de vida de um programa. Certos indicadores são mais relevantes em fases específicas.

### Investigação formativa

Na fase inicial de concepção de uma actividade de CMSC, são necessários mais dados para análises exploratórias do que os que serão necessários posteriormente para a M&A de actividades de programas específicos. Os indicadores relevantes incluem os que avaliam os comportamentos, bem como os que avaliam potenciais factores de influência de mudança comportamental: conhecimento, percepção do risco e gravidade, auto-eficácia, eficácia da resposta, normas e atitudes. Se forem relevantes, devem ser tidos em consideração nesta fase indicadores tanto de beneficiários como de prestadores. Idealmente, estes indicadores deverão ser complementados por outros dados, tais como o acesso a serviços e mercadorias, informação demográfica sobre a população-alvo, hábitos associados a meios de comunicação social e dados qualitativos que possam fornecer informação mais aprofundada sobre o motivo pelo qual as pessoas se comportam ou pensam de determinada forma. A triangulação de dados sobre comportamentos com dados sobre o acesso e a disponibilidade de mercadorias essenciais irá ajudar a determinar se uma actividade de CMSC tem probabilidade de ter impacto na mudança de comportamentos ou se é necessário incluir no programa mais alargado esforços para melhorar outros aspectos do ambiente de prestação de serviços, tais como a gestão de mercadorias ou a elaboração de relatórios.

<sup>3</sup> Alaii 2003; Panter-Brick 2006; Baume 2009; Atkinson 2009; Gies 2009; Lover 2011; Wijesinghe 2011; Pulford 2012; Beer 2012; Keating 2012; Kaufman 2012; Bowen 2013; Koenker 2013; Bauch 2013; Hill 2013; Diala 2013; Boene 2014; Boulay 2014; Koenker 2013; Russell 2015; Cundill 2015; Strachan 2016; & Kilian 2016.

**Figura 2. Necessidades de monitorização e avaliação durante o ciclo de vida de um programa**



A investigação formativa deve começar com fontes de dados existentes e poderá incluir inquéritos às famílias em grande escala, tais como IDS, IIM e MICS; inquéritos mais pequenos à comunidade, inquéritos de conhecimento, atitudes e práticas (CAP), inquéritos em unidades sanitárias e até sistemas de informação sanitária de rotina (SISR), incluindo o sistema de gestão da informação sanitária (SGIS). Podem ser necessárias actividades adicionais de recolha de dados formativos para preencher lacunas em matéria de conhecimento. Se, por exemplo, a procura de cuidados para tratamento da febre for identificada com um comportamento “problemático”, mas as fontes de dados existentes não identificarem quais são as barreiras, pode ser necessário um inquérito direccionado às famílias. Dados qualitativos, incluindo discussões de grupos de reflexão e/ou entrevistas a informadores-chave também poderão ser úteis para complementar dados quantitativos. Os dados sobre a disponibilidade de produtos e serviços podem ser obtidos em inquéritos às famílias, inquéritos nas unidades sanitárias, dados do programa e sistemas de gestão da informação logística (SGIL).

### Avaliação de referência

Depois de reunir esta variedade de informações para investigação formativa, os programas podem desenvolver uma estratégia baseada naquilo que identificarem como a prioridade(o)s comportamento(s) problemático(s), nos determinantes comportamentais fundamentais a serem abordados pelo programa, tais como o conhecimento, a percepção do risco e da gravidade, a auto-eficácia, a eficácia da resposta, as normas e atitudes, bem como as abordagens de comunicação mais adequadas para chegar ao público a que se destinam. A estratégia resultante irá articular os objectivos comportamentais do programa de CMSC (o comportamento visado pela CMSC), os objectivos de comunicação (os factores comportamentais identificados como influentes na adopção de comportamentos), mensagens-chave, canais de comunicação e actividades. Os objectivos comportamentais e de comunicação irão, assim, fornecer informação para a selecção dos indicadores de efeitos para avaliação. Os dados de referência podem já estar disponíveis a partir da investigação formativa. Os indicadores de efeitos escolhidos nesta fase serão os mesmos indicadores utilizados para a avaliação final. Também devem ser recolhidos dados sobre memória. A avaliação da memória no período de referência pode ajudar a explicar o motivo pelo qual as taxas de determinados comportamentos são baixas, que outras actividades de CMSC contra a malária estão a ser realizadas por outros parceiros em áreas vizinhas e até que ponto os comportamentos comunicados pela própria pessoa são fidedignos e não desejados ou exagerados (enviesamento por desejabilidade social).

As fontes de dados podem incluir (por si só ou combinadas): inquéritos às famílias em grande escala e a nível nacional, inquéritos mais pequenos à comunidade, inquéritos nas unidades sanitárias, entrevistas à saída e potenciais sistemas de informação sanitária de rotina.

### Monitorização do processo

Os dados devem ser reunidos e analisados ao longo da implementação do programa para garantir que as actividades estão a ser implementadas conforme planeado, de acordo com a estratégia. Os indicadores relevantes para a monitorização de processos, também conhecidos como resultados, incluem o número de materiais produzidos, o número de pessoas alcançadas, o número de actividades de CMSC realizadas e o número de pessoas formadas.

Geralmente, as fontes de dados para a monitorização de processos incluem relatórios de projecto ou de actividades, relatórios de supervisão e relatórios de monitorização dos meios de comunicação social. Idealmente, os dados devem ser analisados e discutidos com a equipa de actividades de CMSC completa, pelo menos, a cada dois ou três meses para identificar os problemas e ajustar as actividades atempadamente.

Embora os dados de nível de resultados sejam úteis para gerir os programas, não fornecem informação sobre a eficácia das actividades de CMSC.

### Monitorização dos públicos

Uma vez que as avaliações são realizadas periodicamente, muitas vezes a cada dois ou cinco anos, a monitorização dos públicos pode ajudar os directores a perceber se as mudanças desejadas estão a começar a acontecer na população-alvo. A monitorização dos públicos, também conhecida como monitorização de efeitos, permite aos programas fundamentar a continuação dos apoios às actividades de CMSC e fornece provas para ajustes e reprogramação, caso necessário.

O indicador mais importante de monitorização dos públicos é a memória que este guarda de mensagens sobre a malária. Indicadores adicionais de monitorização dos públicos deverão incluir os comportamentos visados e os factores comportamentais: conhecimento, percepção do risco e gravidade, auto-eficácia, eficácia da resposta, normas e atitudes. Estes são os mesmos indicadores avaliados no período de referência e no final. Tal como acontece com os indicadores de monitorização de processos, os programas podem utilizar esta informação para realizar ajustes intermédios nas actividades.

Os inquéritos rápidos, inquéritos globais ou entrevistas à saída de, por exemplo, um evento ou uma consulta numa unidade sanitária podem fornecer dados para a monitorização dos públicos. Caso estejam disponíveis recursos de dados suficientes, também pode ser implementado um inquérito de avaliação intermédio.

### Avaliação final

Os indicadores utilizados para o inquérito de referência e a monitorização dos públicos, caso aplicável, devem ser novamente utilizados para o inquérito final. Tal permite aos avaliadores determinar as mudanças de comportamento e os factores comportamentais – conhecimento, percepção do risco e gravidade, auto-eficácia, eficácia da resposta, normas e atitudes – no público-alvo (Caixa 1). A recolha de dados sobre a memória é necessária para demonstrar que quaisquer mudanças detectadas podem ter ocorrido em resposta a actividades de CMSC.

As principais fontes de dados para a avaliação final devem ser consistentes com os dados reunidos no período de referência e, mais uma vez, podem incluir inquéritos às famílias em grande escala e a nível nacional, inquéritos mais pequenos à comunidade, inquéritos nas unidades sanitárias, entrevistas à saída e sistemas de informação sanitária de rotina. A recolha de dados qualitativos, tais como entrevistas e grupos de reflexão, irá fornecer um contexto explicativo adicional aos resultados, incluindo o motivo pelo qual algo pode ou não ter funcionado, e irá ajudar a fornecer informação para futuras intervenções.

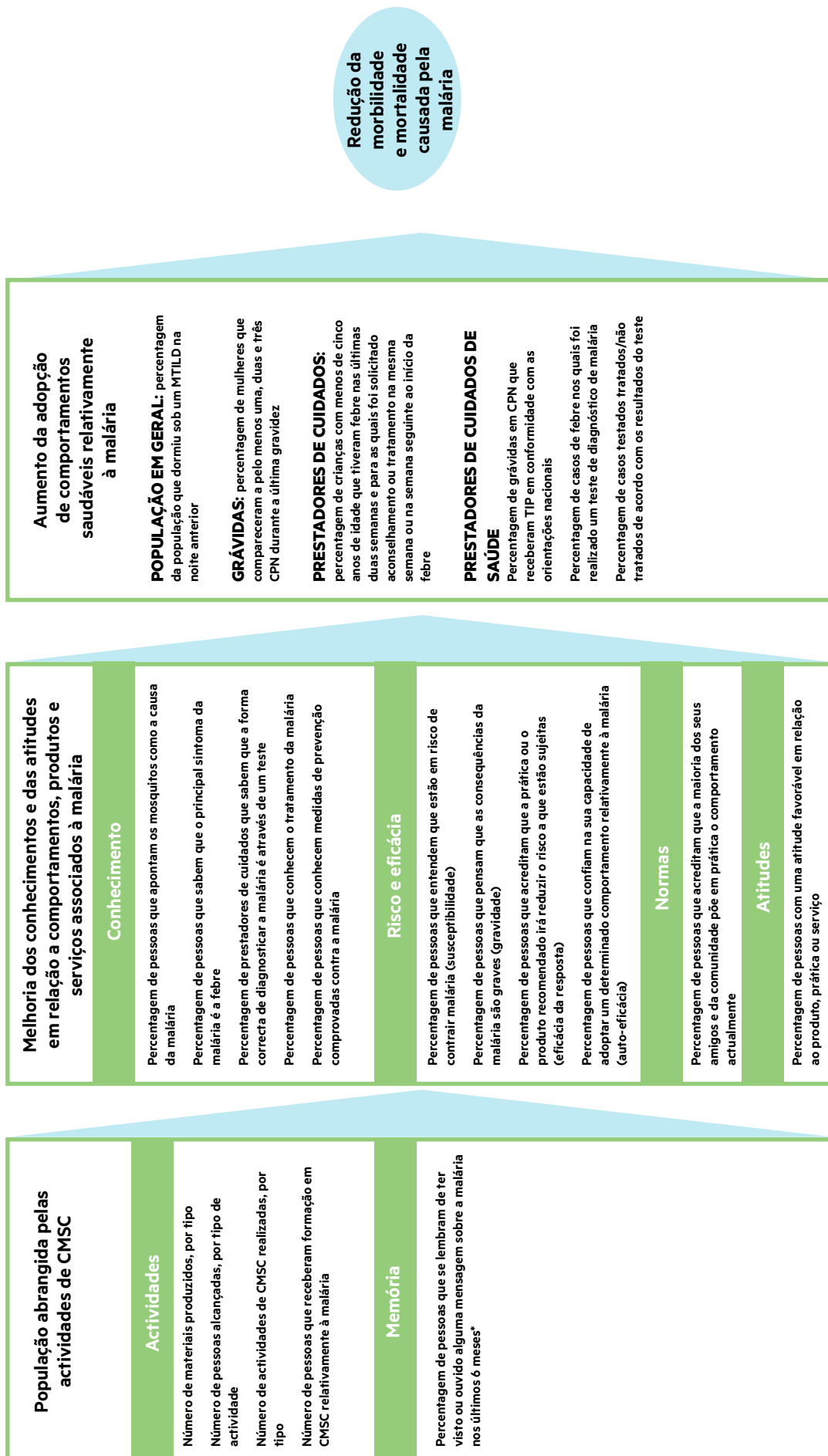
Figura 1. Quadro que associa as actividades de CMSC aos efeitos comportamentais e ao impacto na saúde

**IMPACTO NA SAÚDE**

**EFEITOS COMPORTAMENTAIS**

**EFEITOS INTERMÉDIOS**

**RESULTADOS DO PROGRAMA**



Ambiente propício: qualidade da prestação de serviços, acesso a bens e serviços, políticas actualizadas

### Caixa 1. Uma nota sobre a avaliação do impacto:

Embora os directores dos programas pretendam medir definitivamente o impacto das actividades de CMSC sobre os comportamentos identificados, é difícil atribuir actividades de CMSC específicas a mudanças de comportamento mensuráveis. As mudanças de comportamento podem demorar algum tempo e os métodos necessários para isolar quantitativamente os efeitos da CMSC na mudança comportamental necessitam frequentemente de um nível elevado de capacidade estatística, assim como de recursos financeiros. No entanto, tal não deve desencorajar os programas. Em vez disso, devem garantir que os planos de M&A de CMSC incluem a memória e efeitos intermédios (mudanças no conhecimento, percepção do risco e gravidade, auto-eficácia, eficácia da resposta, normas e atitudes), uma vez que todos estes efeitos podem ser medidos tanto para que a monitorização de intervenção calcule como é que as actividades de CMSC são recebidas e para ajustar os programas, caso seja necessário, como para avaliar se os programas tiveram o impacto desejado na população-alvo.

Os dados de monitorização de processos e dos públicos devem ser disponibilizados aos avaliadores. Tal permite que estes acompanhem a sequência dos resultados e identifiquem os pontos fracos e os pontos fortes do programa. A inclusão de um grupo de controlo ou de comparação adequado na concepção da avaliação reforça as provas de que a CMSC contribuiu para as mudanças detectadas.

### Adaptar indicadores

Embora este guia ajude a simplificar a padronização e comparação de indicadores entre países, cada país deve adaptar os indicadores ao seu contexto e necessidades específicas em vez de promover uma abordagem “universal”.

Uma vez que a epidemiologia da malária varia de país para país, devido a avanços no controlo da malária e a factores ambientais, entre outros, as actividades de CMSC terão de ser adaptadas a estes contextos variáveis. Novas intervenções e comportamentos tornar-se-ão relevantes, os públicos-alvo podem variar e outros factores comportamentais, tais como a percepção do risco, podem tornar-se mais importantes. Os indicadores deste guia podem ser adaptados às seguintes intervenções:

- Quimioprevenção sazonal da malária (QSM)
- Utilização de larvicidas
- Rastreio e tratamento intermitente (RTI)
- Administração massiva de medicamentos (AMM) – assimilação e eficácia
- Resposta a surtos
- Detecção passiva e activa de casos
- Outros comportamentos associados a MTILD: dormir no exterior, manutenção e reparação de MTILD e compra de MTILD

Se estas intervenções forem pertinentes no contexto de malária de um país, os indicadores deste guia podem ser adaptados para avaliar a adopção dos comportamentos relevantes, bem como os factores comportamentais associados, tais como a eficácia e as atitudes.

De forma similar, muitos dos indicadores podem ser adaptados a outros públicos, tais como prestadores de cuidados de saúde e populações nómadas. É possível obter informação sobre os factores determinantes de comportamentos dos prestadores adaptando os indicadores de risco, eficácia, normas e atitudes.

Compreender, por exemplo, até que ponto os prestadores consideram a sulfadoxina-pirimetamina (SP) eficaz na prevenção da malária em mulheres grávidas, que a manifestação de determinados sintomas é mais fiável do que um TDR no diagnóstico da malária ou de que modo a susceptibilidade e a gravidade da malária mudam quando uma área passa de transmissão elevada ou média para baixa podem ser úteis no desenvolvimento de actividades de CMSC direccionadas aos prestadores de cuidados.

É útil avaliar a forma como os resultados destes indicadores de CMSC mudam ao longo dos anos de modo que as actividades de CMSC possam ser ajustadas para abordar da melhor forma as mudanças de comportamentos e percepções. É importante, por exemplo, compreender a forma como a percepção do risco muda à medida que a transmissão diminui e o impacto deste facto em comportamentos como a utilização de MTILD ou nos serviços de gestão de casos de malária prestados pelos prestadores de cuidados de saúde.

Relativamente a indicadores que tenham sido adaptados, os países devem documentar as definições de indicador e os métodos de avaliação revistos. Tal irá ajudar a garantir que os dados são reunidos de forma consistente e que os resultados são interpretados de forma correcta, em particular no que diz respeito a comparações com outros países ou programas.

Geralmente, é mais útil controlar os mesmos indicadores específicos localmente ao longo do tempo do que utilizar indicadores idênticos, mas difíceis de interpretar, em todos os países. A adaptação de indicadores também pode aumentar o domínio e capacidade local de M&A de CMSC contra a malária.<sup>4</sup>

Consulte o anexo 4 para ver estudos de caso sobre a escolha ou adaptação de indicadores e perguntas com base na fase de M&A e no tipo de intervenção.

### Selecionar perguntas e indicadores para fontes de dados específicos

Consulte a secção seguinte sobre a Selecção de fontes de dados para orientação sobre a selecção de indicadores para IDS, IIM, MICS, inquéritos CAP e outras fontes de dados.

## Fontes de dados

Os dados utilizados para avaliar os indicadores neste guia podem vir de várias fontes, tal como resumido na Lista recapitulativa de indicadores. Cada fonte de dados será **mais** ou **menos** relevante dependendo do comportamento do público interessado ou alvo e cada uma tem os seus pontos fortes e limitações.

Este guia recomenda a utilização de múltiplas fontes de dados para uma compreensão completa dos comportamentos relacionados com a malária. A selecção de fontes adequadas é orientada por:

- 1. Quem ou o quê está a ser avaliado:** se, por exemplo, os prestadores de cuidados de saúde forem a população-alvo, será necessária a recolha de dados baseados em unidades sanitárias. Se o objectivo for avaliar os comportamentos relacionados com a utilização de redes, a recolha de dados baseados na comunidade ou nas famílias é mais relevante.
- 2. Âmbito geográfico:** para uma actividade de CMSC nacional ou regional, adicionar perguntas a um inquérito a nível nacional como o IDS ou IIM pode ser ideal se o timing for adequado para o período de referência/final. Para intervenções concentradas numa

<sup>4</sup> MEASURE Evaluation 2017.

área geográfica mais pequena, os inquéritos IDS ou IIM poderão não fornecer dados suficientes sobre a área visada para que os resultados tenham suficiente poder estatístico. Nesse caso, será necessário utilizar fontes de dados mais concentradas localmente.

- 3. Recursos disponíveis:** se os recursos forem limitados, os programas deverão considerar utilizar inquéritos rápidos mais pequenos, adicionar perguntas a inquéritos já existentes ou explorar a utilização de fontes de recolha de dados de rotina, tais como o SGIS.

A triangulação de fontes de dados é ideal e pode fornecer contexto valioso aos programas. Por exemplo, os programas podem optar por rever os resultados sobre indicadores de CMSC enquanto consultam dados de prestação de serviços de SGIS e relatórios de actividade do programa. Ao examiná-los em conjunto, os programas podem compreender melhor o contexto e os factores que podem ter influenciado os resultados observados.

### Inquéritos às famílias: IDS, IIM e MICS

Os módulos centrais do IDS e do IIM já avaliam a memória e os comportamentos. Existe uma pergunta sobre a memória de quaisquer mensagens de CMSC contra a malária, bem como uma pergunta sobre o local onde o inquirido viu ou ouviu a mensagem. Existem também várias perguntas para avaliar comportamentos: utilização de redes, comparecimento em CPN, TIP, procura de cuidados, testes e tratamentos com ACT. Estes indicadores/resultados devem ser utilizados para investigação formativa e avaliação sempre que estiverem disponíveis.

A capacidade de adicionar indicadores e perguntas de CMSC ao IDS e IIM varia de país para país. Alguns países conseguem adicionar muitas perguntas, enquanto outros apenas conseguem adicionar uma ou duas, dependendo do número global de perguntas do inquérito e da adesão a ou do interesse em CMSC entre as partes interessadas. Se os países apenas conseguirem adicionar uma ou duas perguntas de CMSC ao IDS ou IIM, adicionar a pergunta 103 - quais as mensagens específicas sobre a malária que ficaram na memória da pessoa (utilização de redes, TIP ou testes) - pode ser a opção mais útil.

Incluir uma pergunta sobre a exposição a mensagens específicas sobre a malária permite aos programas avaliar o alcance dos esforços recentes, que é o primeiro requisito para demonstrar o impacto.

Cada indicador de efeitos intermédios (percepção do risco, normas, atitudes e conhecimento) requer muitas perguntas, o que torna difícil para os países incluir estes indicadores nos inquéritos IDS e IIM. Embora tenhamos realizado uma análise para verificar se o número de perguntas poderia ser mais reduzido para esta edição do guia, as perguntas que prognosticavam uma mudança de comportamento eram diferentes entre países.

Assim, a escolha das perguntas para os indicadores de efeitos intermédios para IDS, IIM e MICS deve ser feita a nível individual em cada país, utilizando as provas disponíveis, tais como inquéritos de CAP ou investigação qualitativa sobre os determinantes de comportamentos mais prováveis e as perguntas de inquérito que constituem a melhor medida de avaliação para esse determinante nesse contexto. Encorajamos os programas e países a realizar uma revisão da literatura antes de criar prioridades para perguntas adicionais para IDS, IIM e MICS. Normalmente, a recolha de dados na lista restante/completa de perguntas de indicadores de efeitos intermédios é mais exequível com um inquérito de CAP.

### Vantagens

Utilizar inquéritos às famílias em grande escala baseados na população para obter indicadores de CMSC oferece aos países o benefício da utilização de um instrumento de inquérito robusto e padronizado que é representativo a nível nacional e, normalmente, representativo na unidade administrativa subnacional seguinte, como uma região, estado

ou distrito. Os inquéritos às famílias fornecem dados valiosos sobre o estado da maioria dos comportamentos e sobre o acesso a produtos e serviços, tais como MTILD e comparecimento em CPN. Normalmente, são implementados a cada dois a três anos, pelo que o timing da recolha de dados é, na maioria dos casos, previsível.

### Limitações

Embora alguns dos indicadores neste guia sejam já o padrão nestes inquéritos, particularmente a memória e os comportamentos básicos relacionados com a malária, muitos, como a percepção do risco e a auto-eficácia, não o são. Adicionar perguntas a inquéritos às famílias em grande escala baseados na população requer planificação e negociação antecipadas e os custos e a logística associados devem ser tidos em consideração, como um tamanho maior da amostragem, formação especial dos entrevistadores e a extensão do questionário.

Geralmente, os inquéritos em grande escala a nível nacional não conseguem fornecer as estimativas subnacionais necessárias para avaliar os efeitos de uma actividade de CMSC específica direccionada para uma área geográfica limitada ou uma população-alvo específica. Também são limitados na sua capacidade de avaliar indicadores sobre a prestação de serviços de saúde (por exemplo, conhecimentos do prestador de cuidados de saúde, atitudes e cumprimento de directrizes) e de avaliar os comportamentos e factores comportamentais entre populações de especial interesse, como grupos nómadas.

Ao mesmo tempo que faz sentido tirar partido de actividades de recolha de dados planeadas como um IIM, estas poderão não ser suficientemente flexíveis para satisfazer todas as necessidades de dados de CMSC. Uma revisão da literatura pode definir claramente estas necessidades antes de defender a inclusão de perguntas de CMSC adicionais nestes tipos de inquéritos.

### Inquéritos sobre conhecimento, atitudes e prática

#### Vantagens

Um inquérito de CAP às famílias ou baseado na comunidade irá oferecer maior flexibilidade e controlo sobre que perguntas são feitas e a quem. Por exemplo, os inquéritos de CAP permitem aos programas entrevistar prestadores de cuidados, mulheres grávidas (e respectivos parceiros e sogras), jovens, grupos minoritários ou uma população mais geral numa determinada região. Normalmente, os inquéritos de CAP são concebidos para avaliar comportamentos e factores comportamentais específicos para investigação formativa ou como parte da avaliação de um projecto. Na realidade, os dados recolhidos num inquérito de CAP implementados como investigação formativa podem também ser utilizados para recolha de dados de referência. Os inquéritos de CAP podem incluir perguntas para todos os indicadores de CMSC e outras. As perguntas devem abranger a memória e adopção de comportamentos e para cada comportamento de interesse devem ser incluídas perguntas para indicadores de efeitos intermédios.

#### Limitações

Actualmente, não existe um inquérito de CAP global padrão; cada país ou programa terá de criar ou adaptar questionários e métodos de amostragem, recolha de dados e análise. Por esta razão, cada inquérito de CAP requer alguém especializado em amostragem, desenvolvimento de questionários, implementação e análise. Os programas têm de prever estas necessidades e garantir a disponibilidade de capacidade adequada em termos de recursos humanos. Poderão também existir implicações a nível de custos para a implementação de um inquérito às famílias separado, como um CAP. No entanto, uma vez que os programas podem ter mais controlo sobre os instrumentos e a metodologia do inquérito, estes custos poderão ser geridos.

## Fontes de dados de unidades sanitárias

### Vantagens

As actividades de recolha de dados baseados nas unidades sanitárias têm um grande potencial para investigação formativa e avaliação de CMSC, em particular para TIP e gestão de casos, que dependem do cliente (ou prestador de cuidados) e dos conhecimentos, atitudes e comportamentos do prestador de cuidados de saúde. Embora os inquéritos às famílias possam obter informações sobre a procura de cuidados para tratamento da febre e o comparecimento em CPN, existem importantes limitações ao que estes inquéritos nos podem dizer acerca das interacções paciente-prestador; mais especificamente, não dizem nada acerca dos conhecimentos, crenças e atitudes do prestador de cuidados de saúde relativamente à prestação de serviços. As fontes de dados de unidades sanitárias que podem recolher indicadores de CMSC contra a malária incluem inquéritos em unidades sanitárias, tais como os inquéritos de avaliação da disponibilidade do serviço e do grau de preparação (ADSGP) e avaliação da prestação de serviços (APS), revisões de registos e SGIS.

Um inquérito na unidade sanitária é um termo abrangente para um conjunto de metodologias que podem incluir diferentes aspectos da prestação de serviços. Um inquérito/uma avaliação na unidade sanitária pode recorrer a um dos seguintes métodos de recolha de dados ou a uma combinação dos mesmos:

- Observação dos doentes
- Entrevistas aos doentes à saída
- Entrevistas ao prestador de cuidados

Os inquéritos nas unidades sanitárias também podem facultar dados valiosos sobre a disponibilidade de mercadorias e equipamentos necessários para a prestação de serviços de rotina, a formação e supervisão de prestadores de cuidados de saúde e os níveis de pessoal. É possível adicionar uma análise aprofundada do registo a um inquérito na unidade sanitária ou esta pode ser realizada de forma independente. As análises dos registos podem revelar informações importantes sobre a forma como cada doente é gerido numa unidade. Por exemplo, os registos de CPN podem fornecer detalhes sobre a administração de TIP a mulheres grávidas e sobre a distribuição de rotina das redes.

Os dados de rotina e os relatórios do SGIS são também potenciais fontes de dados normalmente acessíveis e facilmente disponíveis. Idealmente, os relatórios serão utilizados para complementar outras fontes de dados com base em unidades sanitárias para fins de investigação formativa, monitorização e mesmo avaliação. Outros tipos de dados de rotina podem incluir SGIL e relatórios de Formação de sensibilização e Supervisão de apoio que poderão ser úteis para acompanhar a disponibilidade de mercadorias e a prestação de TIP e de serviços de gestão de casos.

### Limitações

Os métodos para a realização de inquéritos em unidades sanitárias concebidos para avaliar os comportamentos do prestador de cuidados de saúde e os factores que influenciam esses comportamentos, como conhecimento, eficácia e atitudes, não são actualmente padronizados a nível global.

É difícil medir a adesão do prestador de cuidados às directrizes de gestão de casos de malária e de TIP devido ao enviesamento da observação durante a observação directa do tratamento e ao enviesamento da memória durante as entrevistas aos doentes à saída. As perguntas das entrevistas ao prestador concebidas para avaliar factores comportamentais em torno do conhecimento, da percepção do risco, da eficácia, das atitudes e das normas para prestadores de cuidados de saúde não foram validadas na mesma medida em que outras perguntas deste guia foram.

A avaliação da prestação de serviços é um tipo de inquérito na unidade sanitária. Por vezes, os serviços de combate à malária são incluídos como um módulo no inquérito, o que constitui uma oportunidade para abordar factores comportamentais relacionados com a prestação de serviços. No entanto, os inquéritos de avaliação da prestação de serviços são normalmente limitados a unidades sanitárias formais e podem não incluir farmácias e consultórios médicos individuais.

Devem ser tomadas precauções ao interpretar os resultados das entrevistas aos doentes à saída em inquéritos nas unidades sanitárias, uma vez que os inquiridos serão membros da comunidade com tendência, capacidade e oportunidade de procurar e aceder a serviços de saúde, pelo que podem não ser representativos da população.

Apesar de uma análise aprofundada do registo poder exigir menos recursos e logística do que um inquérito na unidade sanitária, só pode ser utilizada para conhecer os comportamentos do prestador de cuidados de saúde. Não pode ser utilizada para perceber factores relacionados que influenciam comportamentos, com a possível excepção da disponibilidade de mercadorias. Os registos podem não revelar correctamente de que forma é que um doente é gerido, dependendo das práticas de registo de dados numa determinada unidade. Além disso, os registos podem estar incompletos, ilegíveis ou ausentes, especialmente se não forem guardados cuidadosamente ou durante muitos anos. Os dados laboratoriais podem ser registados num registo laboratorial separado e pode ser difícil associá-los a registos de consultas externas.

Os dados do SGIS têm limitações semelhantes às das análises dos registos, uma vez que apenas disponibilizam dados agregados que podem ter uma qualidade incerta e que, provavelmente, serão mais difíceis de interpretar. Podem acumular-se outras discrepâncias, uma vez que os dados são registados e compilados em diferentes unidades e são comunicados a níveis superiores. Mais uma vez, os dados de rotina dos registos e dos relatórios do SGIS podem não fornecer provas definitivas dos comportamentos dos prestadores de cuidados de saúde por si só, mas podem ser utilizados para indicar problemas de gestão de casos, distribuição de MTILD nas unidades sanitárias e de administração de TIP e ser combinados com outras fontes de dados para uma visão mais completa das interacções entre doente e prestador de cuidados.

## Dados qualitativos

### Vantagens

Ao mesmo tempo que os indicadores apresentados neste guia são avaliados por dados quantitativos, os dados qualitativos – obtidos a partir de entrevistas com informadores-chave, grupos de reflexão e observações – também desempenham um papel importante. Os dados qualitativos facultam informações contextuais importantes para investigar “o quê”, “quando” e “como”. Muitas vezes, os dados recolhidos são estimulantes para os leitores, ajudam a explicar os resultados quantitativos e são a base da informação da futura investigação. Os indicadores deste guia podem ser adaptados como temas para perguntas e análises qualitativas. As perguntas devem ser abertas e elaboradas de forma cuidadosa de modo que os inquiridos não sejam levados a acreditar que se espera uma resposta específica. Os dados qualitativos são amplamente utilizados para a investigação formativa. No entanto, os relatórios de M&A essencialmente quantitativos também podem beneficiar de referências e conhecimentos facultados por métodos qualitativos.

### Limitações

Os métodos qualitativos recolhem dados de alguns indivíduos, pelo que os resultados não podem ser generalizados à população. Ao contrário dos dados quantitativos, não conseguem apresentar estimativas rigorosas em termos de frequência ou prevalência de várias perspectivas na população.



Além disso, a qualidade da investigação depende muito das competências dos investigadores, pelo que é fundamental uma selecção e formação cuidadosas dos responsáveis pela recolha de dados e dos analistas de dados.

## Relatórios de actividade

### Vantagens

Os relatórios de actividade disponibilizam informações fundamentais sobre a correcta implementação das actividades de CMSC, permitindo que os directores dos programas ajustem as actividades sempre que necessário. Estes relatórios oferecem informações sobre as formações e as actividades de mobilização da comunidade, monitorizando quantas actividades foram realizadas e quantas pessoas participaram. Deve ser criado um sistema para recolher regularmente estes formulários dos implementadores e para verificar se estão preenchidos correctamente. Os relatórios móveis, as visitas de supervisão e as reuniões para avaliação dos dados podem oferecer um suporte adicional a estes canais.

Um relatório de monitorização dos meios de comunicação social é um tipo de relatório de actividade criado por agências terceiras que monitorizam que materiais são emitidos pela rádio e pela televisão, em que horários e com que frequência. Tal permite que o programa negocie anúncios publicitários gratuitos ou emissões para compensar a transmissão insuficiente. Quando não estão disponíveis serviços de monitorização dos meios de comunicação social, é possível solicitar às estações os registos de transmissão. Os registos das estações podem ser verificados através de ouvintes baseados na comunidade que também ouvem e registam as datas e as horas das transmissões.

### Limitações

Os relatórios de actividade podem, por vezes, estar atrasados, incompletos ou ser de baixa qualidade. As expectativas relativamente à periodicidade devem ser comunicadas aos membros da equipa. A disponibilização de modelos de relatório padrão melhora a integralidade e a qualidade.

## Inquéritos globais

### Vantagens

Os inquéritos globais são inquéritos realizados regularmente em larga escala por empresas de marketing. As empresas cobram por cada pergunta acrescentada ao inquérito. Os inquéritos globais são, muitas vezes, utilizados para a monitorização dos públicos, de forma a avaliar a exposição a mensagens-chave e as atitudes ao longo do tempo. São realizados frequentemente (a cada trimestre ou semestre), as perguntas são económicas e permitem obter amostras a nível nacional ou regional.

### Limitações

Os inquéritos globais, muitas vezes, favorecem as áreas urbanas e os seus métodos de amostragem não são tão fortes como os dos inquéritos às famílias.

## Inquéritos por telemóvel

### Vantagens

Os inquéritos realizados através de telemóvel podem ter custos significativamente menores em comparação com os inquéritos às famílias. A recolha de dados e a análise são rápidas. É fácil testar os incentivos, assim como as diferentes formas de formulação ou a ordenação das perguntas.

### Limitações

A utilidade dos inquéritos por telemóvel depende, em larga escala, do acesso do público a um telemóvel, do tempo disponível e da predisposição para responder a um inquérito por telemóvel. Por exemplo, em 2017, foi realizado no Gana um inquérito por telemóvel a nível nacional que, apesar de ter conseguido alcançar os seus alvos de amostragem na população com uma faixa etária entre os 18 e os 30 anos, tanto nas áreas rurais como urbanas, não atingiu os alvos de amostragem nas mulheres grávidas e nos prestadores de cuidados de crianças com menos de cinco anos.

Apesar de rápidos e flexíveis, os inquéritos por telemóvel estão limitados no número de perguntas que podem ser feitas, em comparação com os inquéritos às famílias. A qualidade das respostas também pode ser afectada pelo facto de o entrevistador não estar presente para explicar perguntas que os inquirido não compreendam.

## Análises de conteúdos dos meios de comunicação social

### Vantagens

As análises de conteúdos dos meios de comunicação social são utilizadas para monitorizar o nível de discussão sobre um tópico. Por exemplo, um projecto de sensibilização para a malária pode analisar as notícias transmitidas pela televisão, pelos jornais e pela rádio para avaliar a frequência com que os políticos são apresentados como estando envolvidos em actividades relacionadas com a malária ou a fazer declarações de apoio ao financiamento contra a malária. Estas análises são relativamente económicas e não exigem trabalho de campo.

Do mesmo modo, os comentários no Facebook, no WhatsApp, no Twitter e noutras redes sociais podem ser quantificados e analisados quanto à frequência e ao número de utilizadores envolvidos. As análises das redes sociais podem avaliar uma ampla gama de tópicos, incluindo os temas de debate similares aos indicadores deste guia.

Uma vez que não exigem trabalho de campo, as análises de conteúdos são um dos métodos de investigação mais simples. São úteis para observar as tendências ao longo do tempo como parte da monitorização do público.

### Limitações

A qualidade e a utilidade das análises de conteúdos dos meios de comunicação social estão limitadas pela quantidade dos materiais disponíveis para analisar. As emergências ou os problemas altamente controversos têm uma maior probabilidade de gerar a cobertura nas redes sociais ou nas notícias, em comparação com os eventos normais. Como resultado, os investigadores podem não conseguir extrair tanta informação aprofundada ou variada sobre as motivações e as percepções dos públicos, pelo que pode ser útil complementar as análises dos conteúdos dos meios de comunicação social com outros métodos de recolha de dados, como as entrevistas, os grupos de reflexão e as observações.

## Género

### Género e CMSC contra a malária

O género refere-se aos papéis, comportamentos, actividades e atributos construídos socialmente que uma determinada sociedade considera adequados para os homens e as mulheres e para as relações entre homens e mulheres numa determinada sociedade. O género pode, portanto, contribuir para tornar as pessoas mais ou menos susceptíveis à infecção por malária, pode afectar os comportamentos de prevenção e de procura de cuidados e, provavelmente, contribuir para os

diferentes níveis de acesso às actividades de CMSC. Os factores comportamentais incluídos neste guia – conhecimento, percepção do risco, eficácia, atitudes e normas – são, frequentemente, influenciados pelo género.

O género deve ser considerado na concepção das actividades de CMSC para garantir que as intervenções e os programas têm o máximo impacto. As diferenças de género podem exigir que as mensagens e os materiais sejam adaptados de forma a atingir eficazmente tanto os homens como as mulheres.

## Recolha de dados sobre género

Os investigadores devem adicionar perguntas para aprofundar a sua compreensão sobre a contribuição das normas de género para a exposição, o conhecimento, as atitudes, as normas, as percepções do risco e da eficácia e os comportamentos relativamente a CMSC. Na fase da investigação formativa, esta recolha ajuda a identificar o público-alvo adequado e as mensagens adequadas para esse público. Nas fases posteriores da implementação para a monitorização e avaliação, as considerações de género ajudam a avaliar o progresso no seio do público-alvo.

### MTILD

Dependendo da ferramenta de recolha de dados utilizada, muitas vezes é incluído um calendário do agregado familiar no início dos inquéritos às famílias para perceber quais as pessoas que dormiram sob o MTILD. Este calendário fornece informações sobre o sexo e a idade de cada membro do agregado familiar. Embora o inquérito seja preenchido por um único inquirido, que normalmente é o chefe de família, são recolhidas informações sobre todos os membros do agregado familiar. Esta secção do questionário pode ser utilizada para determinar as diferenças de idade e de sexo na utilização de redes.

Algumas das perguntas do Anexo 3 podem ser adaptadas para explorar melhor o papel do género. Por exemplo, a pergunta 1201 – “Normalmente, em quantos agregados familiares da sua comunidade os membros dormem sob um MTILD?” – aborda as normas sociais e pode ser adaptada para se centrar nos homens e nas mulheres.

Pode ser utilizada uma abordagem similar com a pergunta 1307 – “No caso dos adultos que não dormiram sob a rede mosquiteira na noite passada, quais foram as razões para tal?”. Outras considerações em matéria de género podem ser: “Caso não existam MTILD para todas as crianças da casa, os MTILD devem ser facultados primeiro aos rapazes” ou “O homem da casa deve decidir quem recebe um MTILD ou o tratamento da malária.”

### Gestão de casos e malária na gravidez

Este guia inclui algumas perguntas que avaliam directamente o papel das normas de género na procura de cuidados e na CPN. Por exemplo, a pergunta 1105 é um enunciado de verdadeiro ou falso: “Uma mulher grávida precisa da autorização do marido ou de outro familiar para ir à CPN”. A pergunta 1321 questiona “No seu agregado familiar, quem toma, normalmente, as decisões relativas à compra de medicamentos quando o seu filho tem malária?” Se os homens controlarem as decisões relativas à CPN ou à procura de cuidados de saúde para uma criança doente, é necessário desenvolver mensagens destinadas aos homens.

As perguntas também podem ser adaptadas ou elaboradas para avaliar considerações adicionais em matéria de género, como, por exemplo, “Se o meu filho estiver doente com febre, tenho de consultar o meu marido/parceiro antes de levar a criança para realizar os testes e tratamentos” e “É mais importante os filhos receberem rapidamente os tratamentos para a malária do que as filhas, para que os primeiros possam continuar a frequentar a escola.”

## Desagregar os resultados por sexo

Os resultados relativos aos indicadores apresentados neste guia devem ser desagregados por sexo – e idade, sempre que possível – para que as eventuais diferenças de género entre rapazes e raparigas ou entre homens e mulheres possam ser apuradas. Por exemplo, a desagregação pode fornecer informações sobre diferentes atitudes e comportamentos na procura de tratamento para homens, mulheres e jovens ou diferenças de género na utilização de MTILD no âmbito do agregado familiar. Os dados qualitativos relativamente aos temas representados pelos indicadores também devem ser analisados por género.

# Parte 2: Indicadores de prioridade

## Fichas de referência do indicador

Os 17 indicadores de prioridade deste guia encontram-se organizados nas seguintes categorias: memória, conhecimento, auto-eficácia, risco, normas, atitudes e comportamentos visados. As fichas de referência do indicador descrevem a definição, o objectivo, a utilização, a interpretação, a desagregação, os pontos fortes e as limitações de cada indicador. São também apresentados indicadores opcionais adicionais, que podem ser apurados através de perguntas de inquérito ou de subanálises. Os métodos de medição encontram-se descritos no Anexo 3.

### Memória

Este indicador mede o alcance das actividades de CMSC. Pode ser adaptado para medir a percentagem de pessoas que ouvem uma mensagem específica e também pode ser modificado para identificar os canais através dos quais as pessoas recebem as mensagens.

#### 1. Percentagem de pessoas que se lembram de ter visto ou ouvido alguma mensagem sobre a malária nos últimos seis meses

- **Indicador adicional 1.1:** percentagem de pessoas que se lembram de ter visto ou ouvido mensagens específicas sobre a malária (comunicado por cada mensagem específica)
- **Indicador adicional 1.2:** percentagem de pessoas que se lembram de ter visto ou ouvido uma mensagem através do canal de comunicação "X" (comunicado por cada canal de comunicação específico)

### Objetivo

A exposição da população-alvo às actividades de CMSC é o principal efeito das CMSC. A exposição é o primeiro passo fundamental para aumentar o conhecimento sobre os produtos, as práticas ou os serviços que podem influenciar um indivíduo a adoptar ou a mudar um comportamento. A capacidade das populações-alvo para recordar as mensagens sobre a malária é um indicador do grau de alcance das actividades de CMSC no público-alvo. As perguntas do inquérito podem ainda questionar sobre a memória de mensagens específicas e dos canais através dos quais as comunicações foram recebidas. Este indicador é especialmente útil depois da realização de uma actividade de CMSC, para avaliar o alcance e a eficácia das mensagens. Os indicadores adicionais também disponibilizam informações sobre a eficácia dos diferentes canais de comunicação – e podem oferecer um valioso contributo para o planeamento da actividade de CMSC seguinte.

### Definição

Este indicador define-se como a percentagem de inquiridos que se lembram de alguma mensagem sobre a malária que tenham visto ou ouvido nos últimos seis meses. Os inquiridos são questionados sobre o tipo de mensagens que viram ou ouviram, assim como sobre as mensagens de campanhas específicas. Os indicadores adicionais oferecem uma maior precisão relativamente às mensagens específicas vistas ou ouvidas e ao canal de comunicação através do qual a mensagem foi transmitida.

### Numerador

Número de inquiridos que se lembram de ter visto ou ouvido alguma mensagem sobre a malária nos últimos seis meses

### Denominador

Número de pessoas inquiridas  
No caso dos indicadores adicionais, o denominador deve ser "Número de inquiridos que indicam ter visto ou ouvido uma mensagem sobre a malária nos últimos seis meses".

### Método de medição

Consulte o Anexo 3

### Desagregação

Este indicador pode ser desagregado por várias características para oferecer aos implementadores do programa uma ideia clara do alcance do respectivo programa. Por exemplo, os dados podem ser desagregados por idade, sexo, residência (rural/urbana), área geográfica (província/distrito ou endemicidade da malária), níveis de formação e quintis de riqueza.

### Utilização e interpretação dos dados

Este indicador oferece uma medida do alcance e penetração das comunicações gerais sobre a malária num público-alvo. Os indicadores adicionais oferecem informações sobre a força relativa de mensagens específicas para alcançar o público-alvo e sobre os meios mais eficazes através dos quais o público recebeu as mensagens. Os resultados deste indicador podem ser considerados em futuras actividades de CMSC, oferecendo informações sobre a força das mensagens e os canais de comunicação.

### Pontos fortes

- As respostas podem ser adaptadas às campanhas e às mensagens relevantes para o contexto local. Por exemplo, podem ser adicionadas escolhas como uma opção de resposta, caso tenham sido utilizadas como parte da intervenção.
- São necessárias apenas algumas perguntas para construir os indicadores
- As perguntas de "complete a frase" e/ou de "reconheça o logótipo" minimizam o enviesamento por desejabilidade social porque são mais específicas nas campanhas efectivas

### Limitações

- Os resultados podem estar sujeitos a enviesamento/confusão devido à utilização de sondagens, dado que o estilo das sondagens/pedidos pode não ser uniforme em todos os entrevistadores.
- Os resultados podem estar sujeitos a enviesamento de memória com um período retrospectivo de seis meses e não incluem as campanhas de comunicação implementadas antes do referido período sem agravar o risco de enviesamento.
- O indicador principal – memória de alguma mensagem sobre malária nos últimos seis meses – não oferece detalhes suficientes para moldar as decisões programáticas, por isso, são necessários indicadores adicionais para se obter informação mais significativa.

### Conhecimento

Os indicadores seguintes medem o conhecimento entre as populações-alvo. Estes indicadores podem ser avaliados separadamente ou podem ser combinados para criar um indicador composto.

## Objetivo

Estes indicadores identificam lacunas no conhecimento – relativamente às medidas preventivas, às causas, aos sintomas e ao tratamento da malária – na população. Os indicadores de conhecimento são importantes para identificar as fases da investigação formativa do ciclo, uma vez que ajudam a explicar o motivo pelo qual determinados comportamentos poderão não ser adoptados e podem orientar a concepção e o desenvolvimento de actividades de CMSC.

Um melhor conhecimento das causas, dos sintomas e do tratamento da malária e das respectivas medidas preventivas é um passo fundamental para a mudança comportamental, como, por exemplo, o aumento da utilização de mosquiteiros tratados com insecticida por parte dos prestadores de cuidados ou as práticas de procura de cuidados. Os membros da população-alvo que sabem como evitar contrair malária ao evitar as principais causas, que conseguem reconhecer os primeiros sinais de infecção e que sabem como tratar os casos, normalmente, têm maior probabilidade de adoptar comportamentos que os irão proteger. O tratamento imediato e eficaz é um elemento fundamental no controlo bem-sucedido da malária devido ao rápido início da doença e aos graves efeitos na saúde relacionados com a malária por *Plasmodium falciparum*, especialmente entre as crianças e em populações não imunes. Embora a utilização de ACT tenha aumentado em muitos países, noutros ainda é utilizada a cloroquina e outros tratamentos não ACT.

Os testes antes do tratamento são muito importantes, especialmente numa área em que já se encontrem implementadas actividades de CMSC consideráveis. Este indicador é especialmente relevante para os países e regiões nos quais a malária está a diminuir e em que os sintomas semelhantes aos da malária são mais difíceis de reconhecer.

## Definição

Estes indicadores são definidos pela percentagem de pessoas inquiridas que conhecem a causa, os principais sintomas e o tratamento da malária e as respectivas medidas preventivas. Os indicadores são detalhados por aspecto, com o numerador a avaliar os diversos componentes de prevenção e controlo, ao passo que o denominador continua a ser o número de pessoas inquiridas.

### 2. Percentagem de pessoas que apontam os mosquitos como a causa da malária

- Indicador adicional 2.1: percentagem de pessoas que apontam apenas os mosquitos como a causa da malária

#### Numerador

Número de inquiridos que apontam os mosquitos/as picadas de mosquito como a causa da malária

#### Denominador

Número de pessoas inquiridas

### 3. Percentagem de pessoas que sabem que o principal sintoma da malária é a febre

- Indicador adicional 3.1: percentagem de inquiridos que conhecem os sinais de perigo e os sintomas da malária grave

#### Numerador

Número de inquiridos que sabem que o principal sinal/sintoma da malária é a febre

## Denominador

Número de pessoas inquiridas

### 4. Percentagem de prestadores de cuidados que sabem que a única forma de diagnosticar com precisão a malária é através de um teste

#### Numerador

Número de prestadores de cuidados de saúde que indicam os testes de malária (TDR e/ou análise por microscópio) como a única forma de terem a certeza se uma criança tem malária

#### Denominador

Número de prestadores de cuidados de saúde inquiridos

#### Utilização e interpretação dos dados

Este indicador pode ser adaptado para avaliar o conhecimento correcto do diagnóstico da malária entre membros da comunidade ou entre prestadores de cuidados. Este indicador, tal como escrito, reconhece a primazia dos prestadores de cuidados no diagnóstico, mas também se sabe que a procura de medicamentos antimaláricos ou de testes por parte dos doentes também pode influenciar a prática de diagnóstico. Acredita-se que a sensibilização sobre as melhores práticas de diagnóstico actuais, em combinação com as percepções sobre a fiabilidade e a precisão dos testes de malária (eficácia da resposta), ajuda a prever o diagnóstico e a adesão.

### 5. Percentagem de pessoas que conhecem o tratamento da malária

#### Numerador

Número de inquiridos que sabem que o tratamento adequado da malária são as ACT<sup>5</sup>

#### Denominador

Número de pessoas inquiridas

### 6. Percentagem de pessoas que conhecem medidas preventivas comprovadas contra a malária

- Indicador adicional 6.1: percentagem de pessoas com ideias erradas sobre as práticas eficazes de prevenção da malária (subanálise do indicador 5)
- Indicador adicional 6.2: percentagem de pessoas que sabem que o TIP é uma forma de proteger a mãe e o bebé contra a malária durante a gravidez (subanálise do indicador 5)
- Indicador adicional 6.3: percentagem de prestadores de cuidados que conhecem as directrizes nacionais no que diz respeito à dosagem do TIP (horários e frequência)

#### Numerador

Número de inquiridos que sabem que as principais medidas preventivas contra a malária incluem a utilização de MTILD, a toma de medicação preventiva durante a gravidez, a toma de profilaxia sazonal ou a pulverização de insecticida em casa

#### Denominador

Número de pessoas inquiridas

#### Método de medição

Consulte o Anexo 3

<sup>5</sup> Dependendo do contexto do país

## Desagregação

Estes indicadores podem ser desagregados por diversas características para oferecer aos implementadores do programa uma ideia clara das lacunas de conhecimento da população e podem identificar as populações específicas que devem ser visadas. As categorias de desagregação podem incluir a idade, o sexo, a residência (rural/urbana), a área geográfica (provincia/distrito ou endemidade da malária), os níveis de formação e os quintis de riqueza.

## Utilização e interpretação dos dados

Este indicador faculta uma avaliação do conhecimento mais básico de membros seleccionados do público sobre a causa, os sintomas, o tratamento e a prevenção da malária. Com base nos componentes individuais dos indicadores, é possível criar um indicador composto para avaliar a percentagem de pessoas que conhecem a causa, os sintomas e o tratamento da malária ou as respectivas medidas preventivas.

Os resultados dos indicadores individuais ou de um indicador composto podem ser utilizados para o desenvolvimento e/ou a priorização de mensagens. Com base na desagregação rural/urbana, também é possível obter informações úteis com vista à selecção dos canais de comunicação, que podem ser diferentes conforme os contextos.

## Pontos fortes

- São necessárias relativamente poucas perguntas para avaliar cada indicador de conhecimento.
- Oferece dados formativos úteis para determinar as necessidades de conhecimento do público-alvo.

## Limitações

- O indicador está sujeito a enviesamento/confusão com a utilização de sondagens, dado que o estilo das sondagens/pedidos pode não ser uniforme em todos os entrevistadores.
- Dificuldades em associar os conhecimentos a actividades de CMSC específicas sem referenciar as mensagens efectivas.

## Risco e eficácia

Os seguintes indicadores avaliam o risco perceptível da malária, as consequências perceptíveis da malária, o efeito perceptível de determinados produtos e serviços na redução do risco e a autoconfiança perceptível no desenvolvimento de um comportamento específico relacionado com a malária. Esta categoria de indicador aborda os medos e a confiança da população.

O componente do medo tem duas partes: a gravidade e a susceptibilidade. A gravidade refere-se à importância atribuída pelas pessoas à ameaça (malária). A susceptibilidade refere-se à crença de que a doença ou a ameaça pode efectivamente acontecer-lhes.

O segundo componente do modelo é a eficácia ou confiança na capacidade de uma pessoa de controlar ou gerir a ameaça ou o risco perceptível. A eficácia é composta por três partes: eficácia da resposta, auto-eficácia e barreiras. A eficácia da resposta refere-se à percepção de que uma acção ou solução proposta irá efectivamente controlar a ameaça. No caso da malária, a crença de uma pessoa de que os MTILD servem como uma boa protecção contra a malária é um exemplo da eficácia da resposta. A auto-eficácia é a avaliação da autoconfiança de que uma pessoa pode tomar medidas para controlar a ameaça. A auto-eficácia pode referir-se à confiança de uma pessoa na utilização correcta e consistente de MTILD para prevenir a malária. A última parte da eficácia, as barreiras, refere-se às percepções dos factores que podem impedir alguém de pôr em prática o comportamento para reduzir a ameaça (consulte o Anexo 1 para obter mais detalhes).

Estes indicadores são a base dos apelos baseados no medo ou das mensagens que apresentam a malária como uma ameaça. Investigações mostraram que os indivíduos podem ter os conhecimentos, as competências, crenças positivas, atitudes e intenções no sentido de um comportamento específico, mas, ainda assim, evitam adoptar o comportamento recomendado. Assim, é necessário um estímulo para motivar as acções. Investigações demonstraram que a ameaça perceptível é um poderoso estímulo para a acção.<sup>6</sup>

No entanto, demasiadas mensagens baseadas no medo podem impedir as pessoas de agir. As pessoas podem resignar-se à fatalidade ou tentar gerir os seus medos de uma forma menos produtiva, por exemplo, através da negação. Os apelos baseados no medo podem ser equilibrados por mensagens que enfatizem a capacidade das pessoas de agir eficazmente. Os avaliadores podem esperar respostas comportamentais desejáveis quando as pessoas têm uma forte percepção do risco associada a fortes crenças de auto-eficácia no sentido da resposta recomendada. (Para obter mais informações, consulte o Anexo 1, Extended Parallel Processing Model.)

## 7. Percentagem de pessoas que entendem que estão em risco de contrair malária

## 8. Percentagem de pessoas que pensam que as consequências da malária são graves

### Objetivo

O objectivo destes indicadores é avaliar a percepção do risco de malária por parte do inquirido. O risco perceptível pode ser analisado e interpretado em linha com o comportamento e as futuras intenções do inquirido. A percepção do risco define-se como as crenças de uma pessoa sobre a probabilidade de sofrer as consequências negativas ou nocivas da malária. Esta definição é composta por duas dimensões distintas: (a) **susceptibilidade** a uma ameaça e (b) **gravidade** da ameaça. Douglas (1985) define o risco como a probabilidade de um evento específico ocorrer multiplicada pela magnitude das consequências associadas a tal evento.

As informações sobre a susceptibilidade e a gravidade perceptíveis podem ser úteis na concepção de actividades de CMSC, assim como durante as fases de monitorização e avaliação dos públicos, de modo a perceber se o grupo-alvo acredita enfrentar um risco elevado de contrair malária e que as consequências da malária são graves.

### Definição

O indicador 7 mede a susceptibilidade perceptível à ameaça da malária, enquanto o indicador 8 mede a gravidade perceptível da malária por parte dos inquiridos. A susceptibilidade e a gravidade são medidas por diversas perguntas. O resultado médio indica o risco e as consequências perceptíveis.

### Indicador 7

#### Numerador

Número de inquiridos que entendem que estão em risco de contrair malária (pessoas com uma pontuação média superior a zero)

#### Denominador

Número de pessoas inquiridas

### Indicador 8

#### Numerador

Número de inquiridos que entendem que as consequências da malária são graves (pessoas com uma pontuação média superior a zero)

<sup>6</sup> Witte 1992

## Denominador

Número de pessoas inquiridas

## Método de medição

Consulte o Anexo 3

## Desagregação

Estes indicadores podem ser desagregados por diversas características para fornecer informação aos implementadores do programa sobre a percepção do risco por parte da população e as percepções sobre a gravidade da malária. As categorias de desagregação podem incluir a idade, a residência (rural/urbana), a profissão, a área geográfica (província/distrito ou endemicidade da malária), os níveis de formação e os quintis de riqueza.

## Utilização e interpretação dos dados

A determinação das percepções de risco e eficácia pode fornecer informações importantes aos implementadores sobre os motivos pelos quais determinados comportamentos não são adoptados ou são parcialmente adoptados. Estas informações são recolhidas durante a investigação formativa para ajudar a destacar as áreas fundamentais sobre as quais as actividades de CMSC se devem centrar.

Os avaliadores podem esperar respostas comportamentais indesejáveis quando as pessoas têm uma forte percepção do risco, mas duvidam da sua capacidade para adoptar uma resposta recomendada, como obter SP junto da clínica durante uma CPN, e/ou quando duvidam de que a resposta recomendada seja eficaz para evitar a ameaça perceptível, como fortes rumores de que as PIDOM e/ou MTILD reduzem a fertilidade. Por esse motivo, os avaliadores devem medir as percepções de eficácia quando avaliam percepções de risco para que o pessoal do programa possa elaborar as melhores mensagens de CMSC para abordar o problema.

Estes indicadores devem ser interpretados juntamente com outros indicadores deste guia – nomeadamente, os indicadores 8 e 9, que medem percepções de eficácia e a confiança na capacidade pessoal de adoptar um comportamento relacionado com a malária, respectivamente.

## Pontos fortes

- As perguntas apresentadas estão relacionadas com indicadores de susceptibilidade e de gravidade
- A utilização de itens com codificação inversa irá reduzir o enviesamento ao impedir que os inquiridos se enquadrem num padrão de resposta

## Limitações

- A utilização de inversões pode colocar desafios durante a análise de dados. Os analistas devem explicar claramente quais as perguntas que devem ser invertidas e como é que os resultados devem ser interpretados.

## 9. Percentagem de pessoas que acreditam que a prática ou o produto recomendado irá reduzir o risco a que estão sujeitas

### Objetivo

Este indicador mede a eficácia da resposta – a crença de que uma intervenção ou solução irá controlar a ameaça. Para conseguir uma mudança do comportamento, as pessoas devem ser conscientes de que é necessário que a mudança ocorra e acreditar que irão beneficiar pessoalmente da adopção do comportamento. A eficácia da resposta combinada com a auto-eficácia (indicador 9) podem ser bons indicadores da mudança comportamental.

Durante a fase de investigação formativa, as medidas de eficácia da resposta ajudam os programas a perceber por que motivo as pessoas não adoptam determinados comportamentos. Se as pessoas não acreditarem que uma prática ou um produto irá reduzir o risco a que estão sujeitas, dificilmente os utilizarão de forma consistente. As informações sobre eficácia da resposta podem ser úteis na concepção de actividades de CMSC, assim como durante as fases de monitorização e avaliação dos públicos, para determinar se o grupo-alvo ficou convencido de que uma determinada prática ou produto irá reduzir o risco.

Neste guia, também estão incluídos outros indicadores, tais como ter uma atitude positiva em relação a um produto, uma vez que outros atributos de um produto, como a facilidade de utilização, podem influenciar a sua utilização.

## Definição

Este indicador define-se como a percentagem de população-alvo inquirida que acredita que a prática ou o produto recomendado irá reduzir o seu risco de sofrer efeitos adversos na saúde. “Prática” refere-se ao comportamento desejado que o programa está a tentar promover entre membros da população-alvo, como cumprir as instruções da equipa de PIDOM, dormir sob um MTILD ou comparecer em CPN. Os exemplos de “produtos” recomendados, que acompanham as práticas recomendadas, incluem SP para TIP durante a gravidez, ACT para o tratamento da malária ou MTILD.

## Numerador

Número de inquiridos que acreditam que um comportamento ou uma prática irão reduzir o seu risco de contrair malária

## Denominador

Número total de pessoas inquiridas

## Método de medição

Consulte o Anexo 3

## Desagregação

Este indicador pode ser desagregado por diversas características para oferecer informações sobre a percepção da população relativamente a determinados produtos e práticas. Pode ser útil desagregar a informação por uma série de categorias, incluindo idade, sexo, residência (rural/urbana), profissão, níveis de formação e quintis de riqueza.

## Utilização e interpretação dos dados

A separação de perguntas em componentes relacionados com PIDOM, utilização de MTILD, TIP, diagnóstico e tratamento permite que os investigadores calculem uma média global deste indicador e que conservem a capacidade de analisar índices específicos dos componentes. Estes índices específicos dos componentes podem oferecer mais detalhes do que um indicador composto, que pode ser mais útil para ajustar e aperfeiçoar intervenções programáticas.

Os resultados deste indicador oferecem informações detalhadas aos directores dos programas. Estas podem ser utilizadas para priorizar e desenvolver a actividade de CMSC. É possível priorizar intervenções com uma eficácia da resposta reduzida nas actividades de CMSC. Os prestadores de cuidados de saúde cientes destes resultados também podem dar mais ênfase a determinadas intervenções, dedicando mais tempo para explicar a sua necessidade e benefícios.

### Pontos fortes

- As perguntas apresentadas no anexo estão relacionadas com componentes que abrangem a prevenção (PIDOM, MTILD, TIP), o diagnóstico e o tratamento.
- A utilização de inversões irá reduzir o enviesamento ao impedir que os inquiridos se enquadrem num padrão de resposta.

### Limitações

- A utilização de inversões pode colocar desafios durante a análise de dados. Os analistas devem explicar claramente quais as perguntas que devem ser invertidas e como é que os resultados devem ser interpretados.

## 10. Percentagem de pessoas que confiam na sua capacidade de adoptar um determinado comportamento relativamente à malária

### Objetivo

A auto-eficácia define-se como a autoconfiança que um indivíduo tem para adoptar um comportamento específico. As crenças de auto-eficácia são diferentes das crenças sobre a eficácia da resposta de um tipo específico de prevenção ou tratamento. No entanto, estas crenças estão relacionadas, uma vez que a crença na eficácia da acção irá promover a adopção do comportamento.

As principais teorias e modelos de mudança comportamental reconhecem a importância da auto-eficácia perceptível na adopção e na prática contínua de um comportamento. Bandura (2004) observou que a crença na eficácia pessoal desempenha um papel essencial na mudança pessoal. Afirmou que a auto-eficácia é a base da acção e da motivação humana.

As medidas de auto-eficácia, como a eficácia da resposta acima mencionada, são importantes durante a fase de investigação formativa para perceber por que motivo é que as pessoas não adoptam determinados comportamentos. Se as pessoas não tiverem confiança na sua capacidade de adoptar um comportamento relacionado com a malária, dificilmente irão adoptar o comportamento. As informações sobre auto-eficácia podem ser úteis para conceber actividades de CMSC, assim como durante as fases de monitorização e avaliação dos públicos, para determinar se o grupo-alvo aumentou a sua confiança em termos de adopção de um comportamento relacionado com a malária.

### Definição

Este indicador mede a auto-eficácia perceptível, que é a convicção de que alguém consegue concretizar o comportamento necessário com sucesso. Este indicador mede a autoconfiança em diversos componentes, que estão descritos na tabela de métodos de medição no Anexo.

### Numerador

Número de inquiridos que indicam estar confiantes na sua capacidade de adoptar um determinado comportamento relativamente à malária.

### Denominador

Número total de pessoas inquiridas

### Método de medição

Consulte o Anexo 3

### Desagregação

Este indicador pode ser desagregado por diversas características para fornecer informação aos implementadores do programa sobre a confiança da população em termos de adopção de comportamentos relacionados com a malária. Pode ser útil desagregar a informação por uma série de categorias, incluindo idade, sexo, residência (rural/urbana), profissão, níveis de formação e quintis de riqueza.

### Utilização e interpretação dos dados

As perguntas sobre auto-eficácia perceptível devem ser precisas e referir-se a circunstâncias específicas. Por exemplo, a auto-eficácia perceptível em encontrar recursos para levar uma criança com febre à clínica pode depender do contexto específico. Por esse motivo, uma pergunta que não esteja devidamente contextualizada pode ser uma medida insatisfatória da auto-eficácia.

As informações relativas à auto-eficácia são fundamentais para o desenvolvimento de actividades de CMSC adequadas ao público e ao contexto. A desagregação deste indicador segundo o sexo, a idade, os quintis de riqueza ou a residência irá facultar mais informações aos directores dos programas sobre as mensagens adequadas para abordar problemas de auto-eficácia.

### Pontos fortes

- As perguntas apresentadas estão relacionadas com componentes que abrangem a prevenção (PIDOM, MTILD, TIP), o diagnóstico e o tratamento.
- O indicador pode ser avaliado como um composto de todos os componentes ou separadamente, ou seja, por componente.
- Os índices específicos dos componentes podem oferecer informações úteis sobre áreas nas quais as populações-alvo se sentem menos autoconfiantes. Estas informações podem ser úteis para fornecer dados para actividades de CMSC contra a malária.

### Limitações

- Pode ser difícil incluir diversas perguntas por componente num inquérito às famílias já estabelecido. Assim, os implementadores podem estar limitados em termos de número de perguntas que podem incluir para medir cada componente, o que afecta a validade, caso seja feita uma análise por componente.
- Existe um risco de enviesamento por desejabilidade social no que diz respeito à confiança, uma vez que o entrevistador não solicita uma demonstração da confiança. O inquirido pode ter tendência a indicar que tem confiança na sua capacidade de realizar a actividade para agradar o entrevistador.

### Normas

As normas sociais – crenças sobre comportamentos comuns e práticas esperadas num grupo – desempenham um papel importante nos comportamentos relacionados com a saúde pública. Há cada vez mais indícios de que podem ser relevantes para comportamentos relacionados com a malária, como a utilização de redes e a sua manutenção e reparação.<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Russell 2015; Scandurra 2014

## 11. Percentagem de pessoas que acreditam que a maioria dos seus amigos e membros da comunidade põe em prática o comportamento actualmente

### Objetivo

A Teoria da aprendizagem social afirma que as pessoas aprendem ao observar o que os outros fazem. As pessoas observam as consequências (benefício ou punição) das acções dos outros, avaliam a relevância e a importância que tais consequências teriam nas suas vidas e, depois, ensaiam o comportamento e tentam reproduzir a acção.

Uma vez que o comportamento individual é fortemente influenciado pelos pares e pela comunidade em geral, as campanhas dos meios de comunicação social são importantes para desafiar crenças e hábitos enraizados relativamente a determinadas práticas de saúde e para criar uma necessidade ou exigência de mudanças no comportamento ao nível da saúde. Os programas dos meios de comunicação social podem começar a alterar comportamentos caso os representem como socialmente inaceitáveis, modificando as normas.

Mesmo que ainda não tenha ocorrido uma verdadeira mudança comportamental, quando os implementadores do programa influenciam a percepção do público para que este acredite que está a ocorrer ou que já ocorreu uma mudança que, por sua vez, afecta a atitude relativamente à prática, tal cria o impulso e o ambiente motivador necessários para ter impacto na verdadeira mudança. Este indicador mede a capacidade de persuasão das estratégias de CMSC na influência da percepção de que os amigos, familiares e outros membros da comunidade estão a adoptar o comportamento recomendado e que a adesão a esse comportamento está a aumentar, a diminuir ou que se mantém.

### Definição

“Acreditar” define-se como aquilo que os inquiridos percebem, distinguem ou reconhecem como verdadeiro com base na experiência pessoal ou em provas circunstanciais.

“Comportamento” refere-se ao resultado desejado que o programa está a tentar alcançar entre os membros da população-alvo. Alguns exemplos são dormir sob um MTILD, utilizar medicamentos de primeira linha para tratar a malária ou comparecer precocemente em CPN.

### Numerador

Número de inquiridos que acreditam que os seus amigos e membros da comunidade estão a pôr em prática o comportamento recomendado.

### Denominador

Número total de pessoas inquiridas

### Método de medição

Consulte o Anexo 3

### Desagregação

Pode ser útil desagregar a informação por uma série de categorias, incluindo idade, sexo, residência (rural/urbana), profissão, níveis de formação e quintis de riqueza.

### Utilização e interpretação dos dados

Apesar de os profissionais de CMSC tomarem medidas para evitar rumores, por vezes as ideias erradas e a publicidade negativa desenvolvem-se e ganham terreno, influenciando claramente a percepção do público face a um determinado comportamento e, eventualmente,

exagerando-o. Os avaliadores devem estar preparados para lidar com este possível efeito e implementar uma forma de reverter as atitudes e a percepção do público de modo rápido e eficiente.

Os componentes sobre a utilização de MTILD, TIP e comportamento de procura de cuidados para crianças com febre devem ser interpretados como componentes autónomos.

Este indicador pode ser útil nas fases da investigação formativa do ciclo para determinar as opiniões de uma população sobre a popularidade de um determinado comportamento. Estas informações podem contribuir para o desenvolvimento de actividades de CMSC ao garantir que são direccionadas para a população em causa. Este indicador também pode ser útil nas fases de monitorização e avaliação do público e pode servir como um representante do sucesso de uma actividade de CMSC.

### Pontos fortes

- Os componentes deste indicador podem ser medidos individualmente e também podem ser compilados num resultado agregado para reflectir a percepção que as pessoas têm dos comportamentos relacionados com a saúde das pessoas nas comunidades.
- São necessárias relativamente poucas questões para avaliar este indicador.

### Limitações

- Este indicador baseia-se nas percepções pessoais e pode não reflectir a realidade das práticas da comunidade. Assim, os dados devem ser interpretados no contexto das perguntas feitas e devem ser triangulados com outras conclusões do inquérito que estejam relacionadas com a verdadeira utilização de MTILD, administração de TIP e comportamento de procura de cuidados.

### Atitudes

## 12. Percentagem de pessoas com uma atitude favorável em relação ao produto, prática ou serviço

As atitudes referem-se às opiniões das pessoas sobre um produto, prática ou serviço. As pessoas que têm uma visão favorável de um comportamento, como utilização de redes, ou de um produto de combate à malária, como MTILD, têm uma maior probabilidade de adoptar um comportamento.

### Objetivo

Muitas vezes, as acções das pessoas baseiam-se em crenças sobre se um comportamento terá efeitos positivos (ou desejáveis) ou negativos (ou indesejáveis). As actividades de CMSC abordam frequentemente os juízos de valor específicos que encorajam ou desencorajam um comportamento.<sup>8</sup>

As perguntas no Anexo oferecem orientação sobre como avaliar as atitudes relativamente a componentes relacionados com a malária. Não se espera que os implementadores adicionem todas estas questões a um inquérito existente. Em vez disso, devem escolher as perguntas mais relevantes com base naquilo que o país ou programa identificou como potenciais barreiras ou determinantes noutra investigação relacionada. As perguntas podem ser adaptadas ao contexto do país ou substituídas por perguntas mais adequadas.

Os implementadores com acesso a um especialista em estatísticas devem ponderar a construção de escalas que permitam desenvolver um índice preditivo.

<sup>8</sup> Fishbein e Ajzen 1975



Este indicador pode ser útil nas fases da investigação formativa do ciclo para determinar as atitudes de uma população relativamente a um produto, prática ou serviço. Estas informações contribuirão para o desenvolvimento de actividades de CMSC, garantindo que são direccionadas para a população em causa. Este indicador também pode ser útil durante as fases de monitorização e avaliação dos públicos, para determinar em que medida é que as atitudes de uma população mudaram.

### Definição

“Atitude favorável” define-se como a avaliação positiva por parte de uma pessoa de um comportamento ou conceito relacionado, como um produto específico ou fonte de serviço. A avaliação é expressa por declarações do inquirido que associam o comportamento a um valor considerado positivo pelo inquirido.

### Numerador

O número de inquiridos com uma pontuação média superior a zero relativamente a um produto, prática ou serviço

### Denominador

Número total de pessoas inquiridas

### Método de medição

Consulte o Anexo 3

### Desagregação

Este indicador pode ser desagregado por diversas características para fornecer informação aos implementadores do programa sobre a atitude da população relativamente a um produto, prática ou serviço. Pode ser útil desagregar a informação por uma série de categorias, incluindo idade, sexo, residência (rural/urbana), profissão, níveis de formação e quintis de riqueza.

### Utilização e interpretação dos dados

A separação de perguntas em componentes relacionados com TIP, MTILD, diagnóstico, tratamento e PIDOM permite que os investigadores calculem uma média global deste indicador, assim como índices específicos dos componentes. Estes índices específicos dos componentes podem oferecer informações úteis sobre as atitudes relativamente a práticas e produtos que são importantes para os directores dos programas enquanto elaboram ou aperfeiçoam as suas intervenções.

As informações sobre atitudes relativamente a um produto, prática ou serviço são fundamentais para o desenvolvimento de actividades de CMSC que são relevantes e específicas. A desagregação deste indicador segundo o sexo, a idade, os quintis de riqueza ou a residência irá facultar mais informações aos directores dos programas sobre o direccionamento adequado para um público para abordar atitudes desfavoráveis relativamente a determinados produtos, práticas e serviços.

### Pontos fortes

- Este indicador e as perguntas correspondentes permitem que os países recolham e analisem dados para determinar se surgem conclusões úteis.
- As perguntas são gerais e podem ser adaptadas ao contexto do país.
- Os países podem fazer perguntas relacionadas com todos ou alguns dos componentes indicados na descrição deste indicador.

### Limitações

- As atitudes representam juízos de valor e são difíceis de avaliar de forma padronizada.
- As perguntas do Anexo terão de ser submetidas a uma validação para cada contexto para garantir que conseguem obter as informações necessárias.

### Comportamentos

#### 13. Percentagem de pessoas que põem em prática o comportamento recomendado

##### Objetivo

Estes são os indicadores de prioridade para avaliar os comportamentos de prevenção e controlo da malária. As actividades de CMSC pretendem influenciar actividades como a utilização de MTILD, especialmente para crianças com menos de cinco anos e para mulheres grávidas, o tratamento atempado da malária, especialmente para crianças com menos de cinco anos com febre, o comparecimento em CPN e a realização de TIP durante a gravidez. Os comportamentos do prestador incluem a gestão adequada de casos com testes e ACT, assim como a administração de TIP.

##### Definição

Entre as pessoas inquiridas na população-alvo, o indicador define-se como a percentagem de inquiridos que põem em prática o comportamento recomendado. “População-alvo” define-se como a população a que o programa se destina. “Comportamento” refere-se ao resultado desejado que o programa está a tentar alcançar entre os membros da população-alvo.

##### Comportamentos dos beneficiários

###### Dormir sob MTILD

#### Percentagem da população que dormiu sob um MTILD<sup>9</sup> na noite anterior (membros do agregado familiar)

Fontes dos dados: IDS, IIM, MICS, outros inquéritos comunitários. Consulte o documento do GRMA 2013 para obter informação detalhada sobre a avaliação deste indicador, incluindo os numeradores e denominadores.

#### Indicador adicional 13.1. Rácio de acesso-utilização de MTILD: a percentagem da população que utiliza redes entre as pessoas que têm acesso a uma no seio do seu agregado familiar

Este indicador controla o acesso às redes. Apresenta uma estimativa da percentagem da população que utiliza redes entre as pessoas que têm acesso a uma no seio do seu agregado familiar. Este indicador dá informações sobre a verdadeira lacuna comportamental, uma vez que tem em consideração o número insuficiente de redes no agregado familiar. O ITN Access and Use Report, 2017<sup>10</sup> apresenta um resumo do rácio de acesso-utilização entre países e em cada país.

<sup>9</sup> Os inquéritos IDS padrão de 2017 utilizam o termo MTILD para se referir a todas as redes tratadas. Não são recolhidos dados sobre redes que são mergulhadas em insecticida depois do fabrico, uma vez que os conjuntos de novo tratamento com insecticida deixaram de ser distribuídos e promovidos.

<sup>10</sup> Koenker e Ricotta 2017

O “Acesso a MTILD” baseia-se no número de MTILD no agregado familiar e no número de membros do agregado familiar. Numa amostra significativa, mede a percentagem de pessoas que deviam ter acesso a um MTILD. Não pode ser calculado individualmente. “Utilização” é a percentagem da população que dormiu sob um MTILD na noite antes do inquérito.

Nos casos em que o rácio de acesso-utilização for elevado, considere a hipótese de mudar para a medição da manutenção da utilização de MTILD, ou seja, utilização de MTILD “quase todas as noites”, “todas as noites”, “tanto na estação das chuvas como na estação seca” e “todo o ano” ou durante cada mês do ano.

### Malária na gravidez

#### **Comparecer a CPN no início e ao longo da gravidez: percentagem de mulheres que compareceram a pelo menos uma, duas e três CPN durante a última gravidez**

Fontes dos dados: IDS, IIM, MICS, outros inquéritos comunitários

### Gestão de casos

#### **Percentagem de crianças menores de cinco anos que tiveram febre nas últimas duas semanas e para as quais foi solicitado aconselhamento ou tratamento no mesmo dia ou no dia seguinte ao início da febre**

Alguns programas também podem avaliar se foram procurados cuidados numa fonte aprovada, como um profissional de saúde comunitário ou uma unidade sanitária.

Fontes dos dados: IDS, IIM, MICS, outros inquéritos comunitários. Consulte o documento do GRMA 2013 para obter informação detalhada sobre a avaliação deste indicador, incluindo os numeradores e denominadores.

### Prestadores de cuidados de saúde

O TIP e a gestão de casos implicam acções das mulheres grávidas e dos prestadores de cuidados. Os comportamentos do prestador podem ser avaliados directamente através de avaliações em unidades sanitárias (observações e entrevistas) e relatórios SGIS. Devido à falta de indicadores padrão para avaliações de unidades sanitárias e SGIS, também são utilizados frequentemente indicadores alternativos de inquéritos às famílias. Estes indicadores alternativos são enumerados a seguir.

### Malária na gravidez

#### **Percentagem de mulheres grávidas em CPN que receberam TIP de acordo com as directrizes nacionais**

Fontes dos dados: inquérito na unidade sanitária, revisão dos registos de CPN

Se disponíveis, os dados observacionais constituem uma forma precisa de avaliar se as mulheres grávidas receberam TIP e aconselhamento sobre a prevenção da malária durante a gravidez. Quando não estão disponíveis dados observacionais, é possível obter uma avaliação alternativa da administração de TIP no IIM ou IDS, que utiliza entrevistas a mulheres que estiveram grávidas nos últimos dois anos (não prestadores de cuidados de saúde).

O indicador que se segue pode ser utilizado como alternativo:

#### **A percentagem de mulheres que receberam três ou mais doses de TIP11 no âmbito das CPN durante a última gravidez**

Fontes dos dados: IDS, IIM, MICS, outros inquéritos comunitários. Consulte o documento do GRMA 2013 para obter informação detalhada sobre a avaliação deste indicador, incluindo os numeradores e denominadores.

### Gestão de casos

#### **Providenciar a gestão de casos de malária de acordo com as directrizes nacionais**

#### **Percentagem de casos de febre nos quais foi realizado um teste de diagnóstico de malária (ou percentagem de casos de malária confirmados através de diagnóstico)<sup>2</sup>**

#### **Percentagem de casos testados tratados/não tratados de acordo com os resultados do teste (ou percentagem de casos positivos confirmados que receberam ACT)<sup>2</sup>**

Fontes dos dados: inquérito em unidades sanitárias, revisão de registos, SGIS

Se disponíveis, os dados observacionais fornecem um elevado rigor para avaliar se foi efectuado um teste às crianças com febre e se os casos de malária confirmados foram tratados com ACT. Quando não estão disponíveis dados observacionais, o IIM ou IDS podem ser utilizados para avaliar os indicadores alternativos. Estas fontes utilizam entrevistas a prestadores de cuidados de crianças menores de 5 anos (não prestadores de cuidados de saúde).

Os indicadores que se seguem podem ser utilizados como alternativos:

#### **Percentagem de crianças menores de cinco anos que tiveram febre nas últimas duas semanas e às quais foi feito o teste de picada do dedo ou calcanhar**

#### **Percentagem de crianças que receberam ACT entre crianças menores de cinco anos que tiveram febre nas últimas duas semanas e às quais foram administrados medicamentos antimaláricos**

Fontes dos dados: IDS, IIM, MICS, outros inquéritos comunitários. Consulte o documento do GRMA 2013 para obter informação detalhada sobre a avaliação deste indicador, incluindo os numeradores e denominadores.

### Pulverização intra-domiciliária

Não são incluídos indicadores comportamentais de PIDOM, já que não é necessário determinar as PIDOM durante as avaliações de CMSC. Tal deve-se ao facto de as PIDOM estarem cada vez mais fora do controlo dos indivíduos e dos agregados familiares e mais nas mãos dos governos ou financiadores, devido ao aumento dos custos do insecticida, e de as actividades de PIDOM estarem condicionadas pelo consentimento dos líderes da comunidade. Como tal, não são incluídos indicadores comportamentais de nível individual aqui nem nos inquéritos IDS e IIM. No entanto, as PIDOM são mencionadas no anexo das perguntas dos inquéritos, pois continuam a ser uma intervenção importante. Estas perguntas podem ser de particular interesse para quem deseja compreender melhor os motivos da reduzida percentagem de agregados familiares que recusam as PIDOM.

<sup>11</sup> Uma vez que as políticas de TIP podem variar de país para país, este indicador pode ser modificado para reflectir o contexto do país.

## Método de medição

Consulte o Anexo 3

## Desagregação

Estes indicadores podem ser desagregados por diversas características para fornecer informação aos implementadores do programa sobre a prática dos comportamentos-alvo por parte da população. Pode ser útil desagregar a informação por uma série de categorias, incluindo idade, sexo, residência (rural/urbana), endemicidade da malária, profissão, níveis de formação e quintis de riqueza.

## Utilização e interpretação dos dados

A mudança de comportamento é um processo demorado e podem ser necessários vários anos de implementação de programas até que ocorram mudanças efectivas. Embora as respostas possam ser trianguladas com estatísticas de serviços (relativamente à procura de tratamento e TIP) e observação (tal como a colocação de MTILD), as respostas dos beneficiários estão sujeitas às comunicações individuais. As respostas podem ser influenciadas por tendências de resposta (quando os inquiridos estão familiarizados com o comportamento e respondem da forma “correcta” em vez de responder de acordo com as suas acções reais).

Estes indicadores são úteis em duas fases principais do ciclo de monitorização do programa: na fase de investigação formativa e na fase de monitorização e avaliação dos públicos. Na primeira fase, estes indicadores podem evidenciar uma área prioritária ou comportamento problemático. Taxas reduzidas revelam que a população não está a adoptar medidas adequadas de prevenção e tratamento. Esta conclusão é essencial para a concepção de uma actividade de CMSC. Na última fase, estes indicadores fornecem informação sobre a eficácia de campanhas de CMSC e avaliam qual foi o grau de mudança de comportamento.

## Pontos fortes

- As perguntas para a avaliação destes indicadores são versáteis. Podem ser adicionadas a qualquer inquérito de grande escala e representatividade a nível nacional ou a inquéritos mais pequenos, com representatividade de uma área subnacional como uma região, um distrito ou área de um projecto.

## Limitações

Comportamentos dos beneficiários

- MTILD
  - Alguns MTILD do agregado familiar podem estar demasiado danificados para serem utilizados, fornecendo assim uma estimativa exagerada para o denominador.
  - O uso dos MTILD pode variar consoante a estação.
- Malária na gravidez
  - Nem todas as mulheres poderão saber que estão grávidas. Outras podem não querer comunicar que estão grávidas, especialmente se a visita para o inquérito tiver sido realizada no início da gravidez. Por este motivo, é difícil reunir dados sobre todas as mulheres grávidas da amostra.
  - As mulheres podem não se lembrar do nome do medicamento que tomaram durante a gravidez para a prevenção da malária. No momento da publicação, foi discutida uma nova concepção do IDS e IIM para que não fosse perguntado às mulheres o nome do medicamento que tomaram e que a fonte da dose fosse removida.

- Procura de cuidados
  - Este indicador não explica o motivo pelo qual não foi procurado aconselhamento ou tratamento no caso de algumas crianças.
  - Apesar de ainda ser importante procurar cuidados nas primeiras 24 a 48 horas para prevenir um caso grave de malária, encontrar uma forma consistente de avaliar esta informação continua a ser um desafio.

Comportamentos do prestador

- Indicadores alternativos de TIP e gestão de casos – Estes indicadores não recolhem dados do público-alvo (prestadores), mas de mulheres e prestadores de cuidados que são os beneficiários dos comportamentos dos prestadores. Os inquéritos em unidades sanitárias são uma forma mais adequada de avaliar os comportamentos dos prestadores.
- Percentagem de crianças menores de cinco anos que tiveram febre nas últimas duas semanas e que foram sujeitas ao teste de picada do dedo ou calcanhar – O teste de picada no dedo ou calcanhar pode não ter sido utilizado para diagnosticar a malária. Por exemplo, este teste pode ser utilizado também para diagnosticar anemia ou febre tifóide. Não é perguntado ao inquirido se o teste de picada no dedo ou calcanhar foi realizado para diagnosticar a malária porque este pode não saber que doença foi testada.
- Tratamento de acordo com os resultados do teste – Esta é uma medida para avaliar a observância de resultados do teste da malária. Não são explorados os motivos para a não observância de resultados negativos do teste ou para a prescrição excessiva de ACT.
- Percentagem de crianças que receberam ACT entre crianças menores de cinco anos que tiveram febre nas últimas duas semanas e às quais foram administrados medicamentos antimaláricos – Este indicador é restrito a crianças às quais foram administrados antimaláricos. Não existe informação sobre se deveriam ter sido administrados os antimaláricos à criança de acordo com as recomendações. É unicamente avaliado se foram administrados os antimaláricos adequados.

## Resultados do programa

Os indicadores de processos reflectem os passos necessários para implementar uma actividade com êxito. O relatório deve especificar a cobertura geográfica da intervenção e informação sobre a população visada, incluindo a idade e sexo, caso pertinente.

## 14. Número de materiais produzidos

### Objetivo

Os programas contra a malária criam mensagens e produzem materiais para promover as mudanças sociais e comportamentais. As mensagens e materiais produzidos são o primeiro passo para influenciar a mudança de comportamentos. Este indicador de processos destina-se a recolher informação sobre a criação dessas mensagens e/ou materiais.

### Definição

Cada nova actividade de CMSC, tal como um anúncio, um vídeo ou um livro educativo conta como uma mensagem “criada”. Os materiais devem demonstrar e fornecer informação sobre a prevenção da malária e estratégias de tratamento.

### Numerador

Número de materiais produzidos ou mensagens criadas

### Denominador

Nenhum

### Método de medição

Este indicador é avaliado através de registos de projecto. Os registos devem mostrar quantos materiais foram produzidos ou quantas mensagens foram criadas. Também pode ser útil a verificação relativamente ao orçamento para impressão, por exemplo.

### Desagregação

Este indicador pode ser desagregado por tipo de materiais produzidos, tais como cartazes, anúncios de rádio ou outdoors; tipo de mensagem criada, como prevenção ou tratamento precoce da malária; ou público-alvo.

### Utilização e interpretação dos dados

Este indicador permite medir os resultados produzidos. A transmissão das mensagens depende do timing de produção. Um atraso na produção de mensagens e materiais pode ter um grande impacto no sucesso de uma actividade de CMSC.

### Pontos fortes

- Este indicador é relativamente fácil de avaliar.
- Este indicador pode ser verificado em relação ao orçamento nos casos em que os materiais têm de ser impressos ou desenvolvidos digitalmente.

### Limitações

- O indicador não mostra se os materiais e mensagens eram claros e de boa qualidade ou se chegaram aos públicos-alvo.
- Este indicador não fornece informação sobre se os materiais e/ou as mensagens foram produzidos atempadamente.
- Este indicador não fornece informação sobre se os materiais e/ou as mensagens foram transmitidos.

## 15. Número de pessoas alcançadas

### Objetivo

Este indicador mede o volume de pessoas que participa nas actividades do programa ou que utiliza os serviços do programa. A formulação exacta do indicador varia consoante o tipo de programa e as actividades.

O pessoal pode compilar dados sobre o número e as características das pessoas que frequentam as actividades de comunicação interpessoal. Conseguir uma contagem exacta pode revelar-se difícil em grandes reuniões comunitárias, por isso, o pessoal deve calcular o número de participantes dividindo visualmente o público em várias secções (de aproximadamente 25 a 35 pessoas), contar quantas pessoas se encontram nessa secção e multiplicar o resultado pelo número de "secções" que parecem existir no público.

Para calcular o alcance de programas nos meios de comunicação social, as agências de monitorização de meios de comunicação social podem utilizar medidores de audiências de televisão, diários de meios de comunicação de agregados familiares seleccionados e inquéritos por painel para calcular o número de pessoas que assistiram a uma emissão.

Para além do número e percentagem de pessoas cobertas ou alcançadas pelo programa na população visada, os directores devem apurar se o programa chega a subgrupos-chave. Por exemplo, algumas actividades de CMSC destinam-se a pessoal de unidades sanitárias. Os directores devem assegurar que o programa está a chegar aos subgrupos de interesse.

### Definição

Este indicador mede o número de pessoas que receberam serviços do programa, que participaram em actividades de mobilização da comunidade ou que foram expostas a mensagens sobre o programa em meios de comunicação social.

### Numerador

Número de pessoas servidas por ou expostas ao programa

### Denominador

Nenhum

### Método de medição

Este indicador é avaliado através de estatísticas sobre os serviços do programa ou dados comparáveis que indicam o número e as características das pessoas servidas pelo programa. Também é possível utilizar respostas às perguntas do inquérito sobre a exposição a ou participação em actividades do programa. Os directores devem compilar as estatísticas separadamente para cada tipo de actividade principal.

### Desagregação

Os directores devem subdividir este indicador pelo número total exposto pelo tipo de actividade, como uma actividade comunitária, um programa escolar ou serviços clínicos. Os participantes também podem ser classificados por características relevantes, tais como: idade, sexo, estado civil, raça/etnia, situação socioeconómica e residência.

### Utilização e interpretação dos dados

Este indicador fornece informação sobre se as actividades de CMSC estão a alcançar um grande número de pessoas.

### Pontos fortes

- Este indicador pode ser triangulado com o indicador 1 – Percentagem de pessoas que se lembram de ter visto ou ouvido alguma mensagem sobre a malária nos últimos seis meses – e indicadores associados adicionais.

### Limitações

- Este indicador não fornece informação sobre a eficácia de cada canal na mudança de comportamentos.
- Pode ser muito difícil obter uma contagem exacta do número de participantes em grandes reuniões de mobilização comunitária, por isso, os registos do programa deverão basear-se nas melhores estimativas possíveis.
- A duplicação da contagem é inevitável em eventos com alto nível de participação que ocorram na mesma comunidade ou mesmo em comunidades vizinhas.
- Este indicador não avalia o envolvimento dos membros da comunidade, se o público-alvo foi alcançado, ou se os objectivos da reunião ou do evento foram atingidos.
- As agências de monitorização de meios de comunicação social com capacidade de monitorização de audiências utilizam tecnologia sofisticada e uma elevada capacidade técnica. Por esse motivo, estas agências podem não ser facilmente acessíveis ou ser proibitivamente dispendiosas.

## 16. Número de actividades de CMSC realizadas

### Objetivo

Este indicador mede o número de actividades de CMSC realizadas. Fornece informação sobre se as actividades estão a ser realizadas de acordo com os planos de trabalho. Este indicador também fornece informação sobre a frequência dos principais tipos de actividades de CMSC, tais como consultas ao domicílio, demonstrações comunitárias e transmissões televisivas ou radiofónicas.

### Definição

Este indicador mede o número de actividades realizadas. As actividades de CMSC podem incluir consultas ao domicílio, demonstrações comunitárias ou transmissões televisivas ou radiofónicas.

### Numerador

Número de actividades de CMSC realizadas  
Este indicador pode ser facilmente adaptado para representar as actividades reais utilizadas. Algumas das possíveis adaptações incluem “Número de diálogos comunitários” e “Número de vezes que as mensagens foram transmitidas no rádio ou televisão no período considerado [como, por exemplo, três meses].” Quando os avaliadores dos programas têm informação sobre o número de vezes que uma mensagem foi transmitida, podem triangular esta informação com dados das estações de rádio e televisão sobre a cobertura geográfica aproximada das suas transmissões e os dados do censo para calcular uma estimativa aproximada do número de pessoas abrangidas pelas transmissões.

### Denominador

Nenhum

### Método de medição

Este indicador pode ser avaliado através de registos do programa que tomam nota do número de actividades realizadas. Os directores podem pretender também recolher dados sobre as características do público, como idade, sexo e localização, para fornecer mais informações contextuais a este indicador.

### Desagregação

Este indicador deve ser desagregado pelo tipo de actividade de CMSC. O tipo de actividade irá depender da concepção do programa, mas pode incluir consultas ao domicílio, sessões de informação, demonstrações comunitárias e transmissões televisivas ou radiofónicas.

### Utilização e interpretação dos dados

Este indicador permite determinar a implementação de uma actividade de CMSC ao indicar a frequência de diversas actividades realizadas. Este indicador pode ser utilizado para assegurar que uma actividade de CMSC está bem encaminhada, de acordo com os planos de trabalho da actividade. Se as actividades de CMSC não estiverem a ser realizadas de acordo com o plano, é pouco provável que ocorra a mudança de comportamento esperada.

### Pontos fortes

- Avaliar o número de actividades de CMSC realizadas pode fornecer uma indicação sobre o progresso do programa.
- O indicador deve ser desagregado por actividade de CMSC, fornecendo aos directores informação detalhada sobre actividades de implementação.

### Limitações

- Embora o indicador determine o número de actividades realizadas, não fornece informação sobre a qualidade das actividades.

- Este indicador não pode fornecer informação sobre se as actividades ocorreram atempadamente.

## 17. Número de pessoas que receberam formação em CMSC relativamente à malária

### Objetivo

Este indicador serve como medida de avaliação de programas de formação de CMSC. Os directores podem utilizá-lo para determinar se um programa está a cumprir os respectivos objectivos de formação e/ou para controlar o progresso de um ano para o outro. Quando agregado, também representa o potencial de recursos humanos das pessoas que poderiam ajudar a realizar actividades de CMSC contra a malária.

### Definição

Este indicador de nível de resultados calcula o número de pessoas que concluíram um curso de formação em CMSC contra a malária. Um indivíduo apenas deve ser contabilizado depois de ter concluído a formação. Os indivíduos que estejam a meio de um curso de formação deverão ser contabilizados no período de relatório seguinte. Os indivíduos que estejam a frequentar mais de um curso de formação de educação pelos pares durante um período de relatório deverão ser contabilizados apenas uma vez.

### Numerador

Número de pessoas que concluíram um curso de formação em CMSC contra a malária

### Denominador

Nenhum

### Método de medição

O número de pessoas formadas baseia-se na lista final dos nomes dos participantes, para uma potencial verificação da participação e do tópico da formação. As fontes de dados para este indicador incluem folhas de presença na formação, relatórios da formação e relatórios de programa.

### Desagregação

Os dados podem ser desagregados por idade, sexo e residência em zona urbana/rural. Se a CMSC visar e/ou estiver associada à desigualdade, classifique os formandos por áreas servidas (pobre/não pobre) e desagregue os dados por área servida.

### Utilização e interpretação dos dados

Este indicador permite uma avaliação dos recursos humanos disponíveis com formação em CMSC contra a malária. O número de pessoas formadas fornece uma indicação da capacidade do programa de realizar as actividades de CMSC pretendidas.

### Limitações

- Este indicador não recolhe informação sobre o número de participantes que se envolveram activamente na CMSC contra a malária. Um passo adicional seria medir a percentagem de pessoas que receberam formação em CMSC contra a malária e que estiveram activas durante um período considerado.
- Este indicador não fornece informação sobre os conhecimentos adquiridos ou a qualidade da formação.

## Parte 3: Anexos

### Anexo 1: Teorias da mudança comportamental e de comunicação

Os indicadores deste guia baseiam-se em investigação e teorias anteriores sobre os determinantes da mudança comportamental relativamente à malária, planeamento familiar, HIV e outras áreas da saúde. Os dados mostram que melhorar o conhecimento, por si só, não é suficiente para aumentar a adopção dos comportamentos pretendidos. Outros factores, tais como as atitudes do público e as características do comportamento pretendido também devem ser tidos em consideração.

A palavra “teoria” é utilizada de forma diferente na linguagem corrente e na linguagem científica. Enquanto a utilização vernácula da palavra “teoria” implica especulação, as ciências sociais e as teorias científicas, como as que são discutidas nesta secção, por outro lado, fazem referência a “uma explicação de um aspecto do mundo natural que foi fundamentada através da repetição de experiências.”<sup>12</sup>

As teorias ajudam-nos a localizar em que ponto se encontra o público no processo da mudança comportamental e de que forma irá alcançar a mudança pretendida. As teorias fornecem informação sobre as decisões, motivos, barreiras e factores facilitadores associados à mudança.

Nesta secção podem ser encontradas seis teorias sobre mudança e comunicação habitualmente utilizadas. Embora as teorias partilhem alguns elementos semelhantes, cada uma destaca conceitos e processos ligeiramente diferentes. Neste anexo, apresentamos uma visão geral de cada teoria e da forma como os respectivos conceitos se reflectem no guia de indicadores. Esta informação foi adaptada da Online Training Series on Evidence-Based Malaria Social & Behavior Change Communication<sup>13</sup> e de uma série de manuais de investigação sobre CMSC<sup>14</sup>.

#### Extended Parallel Processing Model

Os indicadores 6 a 9 medem os conceitos da percepção do risco, a auto-eficácia e a eficácia da resposta, que foram associados a comportamentos preventivos.<sup>15</sup> Estes conceitos baseiam-se no Extended Parallel Processing Model (EPPM), também conhecido como Quadro sobre atitudes de percepção de risco.<sup>16</sup> O EPPM descreve a forma como a razão e a emoção interagem durante a tomada de decisões individuais.

O modelo tem dois componentes: **medo ou ameaça** (emoção) e **eficácia** (razão). O medo tem duas partes, a gravidade e a susceptibilidade, enquanto a eficácia, ou confiança na própria capacidade de controlar ou gerir a ameaça ou risco perceptível, é composta por três partes: eficácia da resposta, auto-eficácia e barreiras.

#### Medo ou ameaça

- A **susceptibilidade** refere-se à crença de que a doença ou a ameaça pode efectivamente acontecer-lhes. O indicador 7, percentagem de pessoas que entendem que estão em risco de contrair malária, mede a susceptibilidade.

- A gravidade refere-se à importância atribuída pelas pessoas à ameaça (malária). Tal reflecte-se no indicador 8, percentagem de pessoas que pensam que as consequências da malária são graves.

#### Eficácia

- A **eficácia da resposta** refere-se à percepção de que uma acção ou solução proposta irá efectivamente controlar a ameaça. No caso da malária, a crença de uma pessoa de que os MTILD servem como uma boa protecção contra a malária é um exemplo da eficácia da resposta. O indicador 9, percentagem de pessoas que acreditam que a prática ou o produto recomendado irá reduzir o risco a que estão sujeitas, mede a eficácia da resposta.
- A auto-eficácia é a avaliação da autoconfiança de que uma pessoa pode tomar medidas para controlar a ameaça. A auto-eficácia pode referir-se à confiança de uma pessoa na utilização correcta e consistente de MTILD para prevenir a malária. O indicador 10, percentagem de pessoas que confiam na sua capacidade de adoptar um determinado comportamento relativamente à malária, mede a auto-eficácia.
- A última parte da eficácia, as barreiras, refere-se às percepções dos factores que podem impedir alguém de pôr em prática o comportamento. Investigações mostraram que os indivíduos podem ter os conhecimentos, as competências, crenças positivas, as atitudes e as intenções no sentido de um comportamento específico, mas, ainda assim, continuam a não adoptar o comportamento recomendado. É necessário um estímulo para motivar as acções.

#### Reunir todos os elementos

Os avaliadores podem esperar respostas comportamentais desejáveis quando as pessoas têm uma forte percepção do risco/da ameaça associada a fortes crenças de eficácia no sentido da resposta recomendada (Figura 1, caixa superior esquerda). Quando as pessoas sentem um medo significativo, mas não acreditam que possam agir ou que as suas acções sejam eficazes, terão maior probabilidade de negar a importância do problema, de agir defensivamente ou de o evitar (caixa superior direita). Se a ameaça for entendida como não sendo grave mas estiverem disponíveis medidas fáceis e eficazes, os indivíduos poderão sentir-se ligeiramente motivados para agir (caixa inferior esquerda). Se a ameaça não for grave e não existirem acções exequíveis ou eficazes, é muito provável que os indivíduos não façam nada para resolver o problema.

Por exemplo, as pessoas podem achar que é fácil utilizar MTILD mas não sentir muito medo relativamente ao risco de contrair malária durante a estação seca (caixa inferior esquerda). Poderão ser concebidas actividades de CMSC para aumentar a percepção de que os membros da comunidade continuam susceptíveis à malária durante a estação seca e que as suas consequências ainda podem ser graves (caixa superior esquerda). Utilizando os indicadores disponibilizados, os avaliadores podem determinar em que medida estes programas afectaram as percepções de risco e eficácia e se estes conceitos foram determinantes para a utilização de MTILD durante todo o ano.

<sup>12</sup> Ghose, Tia. “Just a Theory: 7 Misused Science Words,” Scientific American, April 2013. <https://www.scientificamerican.com/article/just-a-theory-7-misused-science-words/>

<sup>13</sup> VectorWorks 2015.

<sup>14</sup> Health Communication Capacity Collaborative 2014.

<sup>15</sup> Boulay et al. 2014.

<sup>16</sup> Rimal and Real 2008.

**Figura 1. Extended Parallel Processing Model**

	<b>Alta eficácia (capaz de responder eficazmente)</b>	<b>Baixa eficácia (incapaz de responder eficazmente)</b>
<b>Ameaça de alto nível (vulnerável a danos graves)</b>	<b>Elevada motivação para tomar uma medida de protecção</b>	<b>Negação, atitude defensiva, atitude de evitação</b>
<b>Ameaça de baixo nível (invulnerável, ameaça insignificante)</b>	<b>Baixa motivação, poderá haver alguma medida de protecção</b>	<b>Sem resposta</b>

**A EFICÁCIA DETERMINA A REACÇÃO**

### Teoria da aprendizagem social

A teoria da aprendizagem social, também conhecida como teoria cognitiva social, destaca a importância do estabelecimento de modelos e da auto-eficácia. De acordo com esta teoria, as pessoas aprendem por:

1. Observação do que as outras pessoas fazem
2. Observação do que acontece a essas pessoas como resultado das suas escolhas comportamentais
3. Avaliação da relevância e da importância dessas consequências para a sua própria vida
4. Tentativa de reproduzir a acção

A auto-eficácia é uma parte importante desta teoria. Segundo Bandura, “a auto-eficácia perceptível afecta todas as fases da mudança pessoal. Determina se as pessoas chegam a considerar mudar de comportamento, se conseguem a motivação para tal... e de que forma mantiveram as mudanças.”<sup>17</sup> Os modelos a seguir devem, por isso, ser direccionados para desenvolver as competências das pessoas e a sua crença de que são capazes de pôr essas competências em prática.

O primeiro passo, a observação do que as outras pessoas fazem, reflecte-se no indicador 11, percentagem de pessoas que acreditam que a maioria dos seus amigos e membros da comunidade põe em prática o comportamento actualmente. Mesmo que ainda não tenha ocorrido uma verdadeira mudança comportamental, a CMSC pode aumentar a percepção do público de que está a ocorrer ou que já ocorreu uma mudança, criando o impulso e o ambiente motivador necessários para uma mudança efectiva. Este indicador mede a capacidade das estratégias de CMSC de convencer o público visado de que os seus amigos, familiares e membros da comunidade estão a adoptar o comportamento recomendado e que a adesão a esse comportamento está a aumentar, a diminuir ou que se mantém.

O segundo passo, a observação do que está a acontecer a essas pessoas como resultado das suas escolhas comportamentais, é a base dos indicadores 7 e 8: percentagem de pessoas que pensam que as consequências da malária são graves e percentagem de pessoas que acreditam que a prática ou o produto recomendado irá reduzir o risco a que estão sujeitas, respectivamente. Os indivíduos avaliam o impacto que estes comportamentos tiveram noutras pessoas, se são recompensados ou punidos social, material ou fisicamente, ao mesmo tempo que reflectem sobre a relevância e importância destas consequências nas suas vidas (passo 3). O indicador 6, percentagem de pessoas que entendem que estão em risco de contrair malária, é uma indicação do passo 3.

O indicador 9, percentagem de pessoas que confiam na sua capacidade de pôr em prática um determinado comportamento relativamente à malária, pode ser utilizado para monitorizar as mudanças na auto-eficácia como resultado da exposição a uma campanha e em que medida a auto-eficácia contribuiu para a mudança comportamental pretendida.

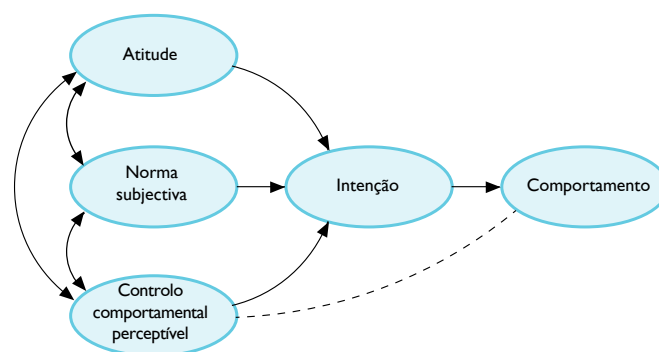
### Reunir todos os elementos

As campanhas nos meios de comunicação social baseadas na teoria da aprendizagem social utilizam personagens com que as pessoas se identifiquem, personagens como os públicos-alvo, para exemplificar os problemas de saúde e desenvolver competências de vida. Tal torna-se mais evidente em séries dramáticas de longa duração com mensagens sobre planeamento familiar ou um filme dramático que aborde a malária na gravidez. A teoria da aprendizagem social também tem sido utilizada em intervenções individuais ou em pequenos grupos nas quais os participantes têm a oportunidade de observar os seus pares e nas quais é apoiada a prática do comportamento, tal como o uso de preservativo ou a comunicação entre parceiros.

### Teoria do comportamento planeado

Segundo a teoria do comportamento planeado, as pessoas baseiam as suas intenções em três aspectos: se pensam que o comportamento é bom ou mau, aquilo que pensam que se espera que façam e até que ponto podem adoptar o comportamento. Esta secção é retirada de um manual de investigação de CMSC sobre a Teoria do comportamento planeado.<sup>18</sup>

**Figura 2. Teoria do comportamento planeado**



- **Atitude** – Crenças de que o comportamento é bom ou mau dependendo de se os seus efeitos são positivos ou negativos. O conceito reflecte-se no indicador 10, percentagem de pessoas com uma atitude favorável em relação ao produto, prática ou serviço e no indicador 8, percentagem de pessoas que acreditam que a prática ou o produto recomendado irá reduzir o risco a que estão sujeitas.
- **Normas subjectivas** – Pressão social perceptível e crenças sobre o que os seus pares esperam que façam e se serão apoiados ou ridicularizados. Este conceito reflecte-se no indicador 11, percentagem de pessoas que acreditam que a maioria dos seus amigos e membros da comunidade põe em prática o comportamento actualmente.
- **Controlo comportamental perceptível** – As crenças sobre se possuem os conhecimentos, as ferramentas e a capacidade suficientes para assumir os comportamentos reflectem-se no indicador 9, percentagem de pessoas que confiam na sua capacidade de adoptar um determinado comportamento relativamente à malária.

<sup>17</sup> Bryant and Zillman, 2008.

<sup>18</sup> Health Communication Capacity Collaborative 2014.

- Intenção** – Segundo esta teoria, quanto mais forte for a intenção de uma pessoa de pôr em prática um comportamento saudável, mais provável é que a pessoa assuma efectivamente esse comportamento. **No entanto**, é importante relembrar que muitos factores externos e barreiras podem impedir que um indivíduo assuma um comportamento, mesmo que tenha intenção de o fazer. A intenção é mais forte quando as atitudes, as normas subjectivas e o controlo comportamental perceptível favorecem o comportamento.

### Reunir todos os elementos

Uma campanha na Tanzânia procurou aumentar a percepção de que os MTILD são a abordagem socialmente aceite para evitar a malária, reforçar a confiança das pessoas na sua capacidade de utilizar MTILD todas as noites e melhorar a atitude fatalista de que a malária é uma presença inevitável e constante na vida das pessoas.

A avaliação inicial do programa demonstrou que a exposição às actividades melhorou a auto-eficácia necessária para tomar medidas para prevenir a malária. Aproximadamente 77% das pessoas expostas ao programa colocaram todas as crianças sob MTILD na noite anterior por oposição aos 34,6% relativos às pessoas que não foram expostas ao programa. A exposição à campanha aumentou significativamente a percepção de que os MTILD são eficazes para travar a malária e a crença de que os MTILD são úteis e fáceis de utilizar.

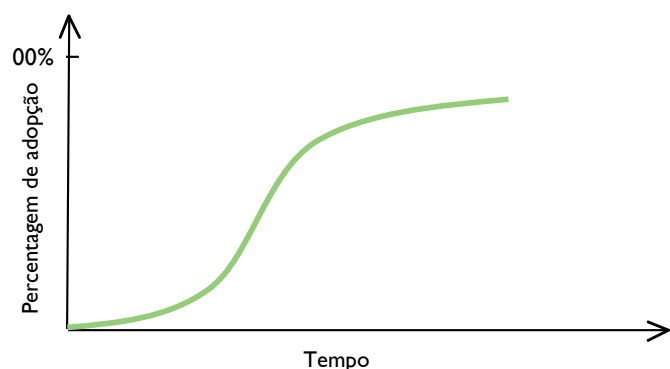
As normas sociais e a crença na capacidade de uma pessoa de utilizar MTILD de forma eficaz também foram significativamente associadas à propriedade de MTILD. Assim, as pessoas expostas às actividades da campanha mudaram as suas atitudes e tornaram-se mais propensas a agir de acordo com a sua intenção de ter e de utilizar um MTILD.

### Difusão de inovações

Esta teoria descreve diversos factores que influenciam a rapidez com que uma ideia ou um comportamento é adoptado. A difusão depende das características da inovação, dos canais de comunicação, do período de tempo e do sistema social. Esta secção foi adaptada a partir de um manual de investigação de CMSC sobre a Teoria de difusão de inovações.<sup>19</sup>

A Figura 3 representa a curva em S da difusão. Ilustra o modo como as pessoas começam por adoptar lentamente novos comportamentos, mas, à medida que o comportamento se torna mais conhecido e aceite, mais pessoas começam a praticá-lo mais rapidamente. O comportamento acaba por se tornar cada vez mais frequente, havendo menos pessoas novas a adoptá-lo.

**Figura 3. Curva em S da difusão**



Algumas inovações, como os telemóveis, rapidamente se tornaram populares, enquanto outras exigiam mais explicações e prática antes da sua adopção. A comunicação eficaz pode ajudar uma inovação a tornar-se mais popular, o que torna a curva mais acentuada. Do mesmo modo, as características de uma inovação ou de um comportamento ao nível da saúde irão influenciar a rapidez com que pode ser adoptada. A Tabela 1 descreve as principais características de uma inovação, assim como o seu significado em termos de implementação do programa. Quanto mais as pessoas se vão familiarizando com uma inovação, maior é a probabilidade de a adoptarem.

**Tabela 1. Características das inovações e das intervenções de comunicação relacionadas**

Característica	Pergunta	Explicação
Complexidade	Quão simples?	É possível responder a estas perguntas em publicidade social e em debates na comunidade/rádio
Compatibilidade	Funciona para mim?	
Possibilidade de observação	Posso vê-lo?	Mesmo que uma pessoa nunca tenha visto algo, ouvir um amigo ou um líder da comunidade falar positivamente sobre isso pode encorajá-la a utilizá-lo.
Possibilidade de experimentação	Posso experimentá-lo?	Uma pessoa pode nunca ter a oportunidade de experimentar algo, mas ver alguém a passar por essa experiência na televisão ou numa peça de teatro da comunidade pode ter um efeito semelhante

### Reunir todos os elementos

Os implementadores podem acompanhar o progresso das suas intervenções criando gráficos como a curva em S à medida que os dados sobre o alcance do programa são avaliados. Idealmente, os implementadores do programa procuram tornar o gráfico mais estreito e alto, alcançando mais pessoas, rapidamente. As abordagens da Difusão de inovações funcionam melhor quando são aplicadas a problemas que podem ser influenciados por membros proeminentes da sociedade ou difundidos por métodos tradicionais de comunicação. O indicador 13, percentagem de pessoas que incentivaram amigos ou familiares a adoptar a prática específica, pode ajudar a identificar líderes de opinião que podem ter tido influência sobre o comportamento das pessoas no que diz respeito às intervenções relativas à malária.

### O modelo da crença na saúde

Este modelo revela a importância das crenças sobre riscos, benefícios, barreiras e auto-eficácia na mudança comportamental. De acordo com este modelo, se os indivíduos se considerarem susceptíveis à malária, acreditarem que a malária poderá ter consequências graves, acreditarem que a utilização de MTILD, TIP, testes e tratamento seriam benéficos para reduzir a sua susceptibilidade à malária ou para diminuir a sua gravidade e acreditarem que os benefícios do comportamento se sobrepõem às barreiras, provavelmente tomarão medidas para reduzir os riscos a que estão sujeitos. O modelo também defende que é necessário um estímulo para desencadear a acção preventiva. O modelo distingue-se dos outros pelo facto de não indicar explicitamente qual o papel da emoção (como medo, conforme o EPPM).

<sup>19</sup> Health Communication Capacity Collaborative 2014.



## Reunir todos os elementos

As descrições destes conceitos e das suas relações com os indicadores estão definidas acima. Um exemplo de um estímulo à acção pode ser “se o seu filho tiver febre, dirija-se imediatamente a um centro de saúde”. Os implementadores que utilizam o Modelo da crença na saúde devem avaliar a relação entre estes conceitos e o comportamento desejado e ainda o papel da memória do estímulo à acção específico apresentado na campanha.

## O modelo de ideação

Ideação é um modelo para compreender de que forma é que as novas formas de pensar ou os comportamentos são difundidos entre indivíduos e grupos através da comunicação e da interacção social. O modelo tem um carácter transversal e inclui muitos dos conceitos que podem ser encontrados nos modelos previamente mencionados. A ideação deve ser utilizada quando os planeadores pretendem identificar os factores psicológicos que prevêm o comportamento ou tentam atribuir a causa da mudança do comportamento a actividades de CMSC. Ao criar um índice de ideação combinado, os investigadores podem mostrar que os indivíduos com mais factores ideacionais têm maior probabilidade de adoptar um determinado comportamento. A probabilidade de uma pessoa adoptar e manter um novo comportamento é muito mais elevada quando:

- Tiver adquirido conhecimentos suficientes sobre o mesmo
- Tiver desenvolvido uma atitude positiva em relação a ele
- Pensar que os outros apoiam e põem em prática esse comportamento
- Tiver falado com outras pessoas sobre ele
- Se sentir bem ao fazê-lo
- Também é possível identificar quais destes factores são os indicadores mais fortes do comportamento, dando orientações sobre aquilo que as estratégias de CMSC devem destacar.

O modelo inclui três categorias principais de factores ideacionais: cognitivos, emocionais e sociais. Os factores cognitivos abordam crenças, valores e atitudes de um indivíduo (como percepções do risco), assim como a forma como um indivíduo entende o que os outros pensam que deve ser feito (normas subjectivas), o que o indivíduo pensa que os outros efectivamente fazem (normas sociais) e o que o indivíduo pensa sobre si mesmo (auto-imagem). Os factores emocionais incluem aquilo que um indivíduo sente a respeito do novo comportamento (positivo ou negativo), assim como o nível de confiança na sua capacidade de adoptar o comportamento (auto-eficácia). Os factores sociais consistem em interacções interpessoais (como apoio ou pressão dos amigos) que convencem alguém a comportar-se de determinada forma, assim como o efeito sobre o comportamento de um indivíduo de tentar persuadir outras pessoas a adoptar esse comportamento (sensibilização pessoal). A Figura 5 sugere que a comunicação pode afectar simultaneamente todos os factores ideacionais.<sup>20</sup>

<sup>20</sup> Health Communication Capacity Collaborative 2015.

Figura 4. O modelo da crença na saúde<sup>21</sup>

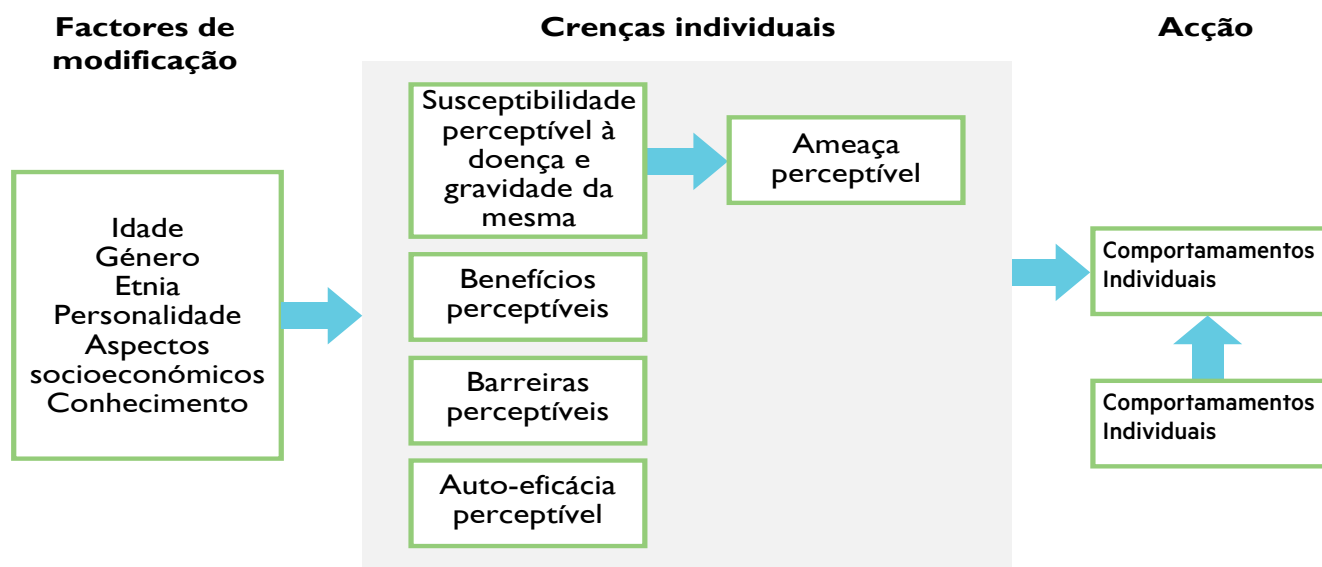
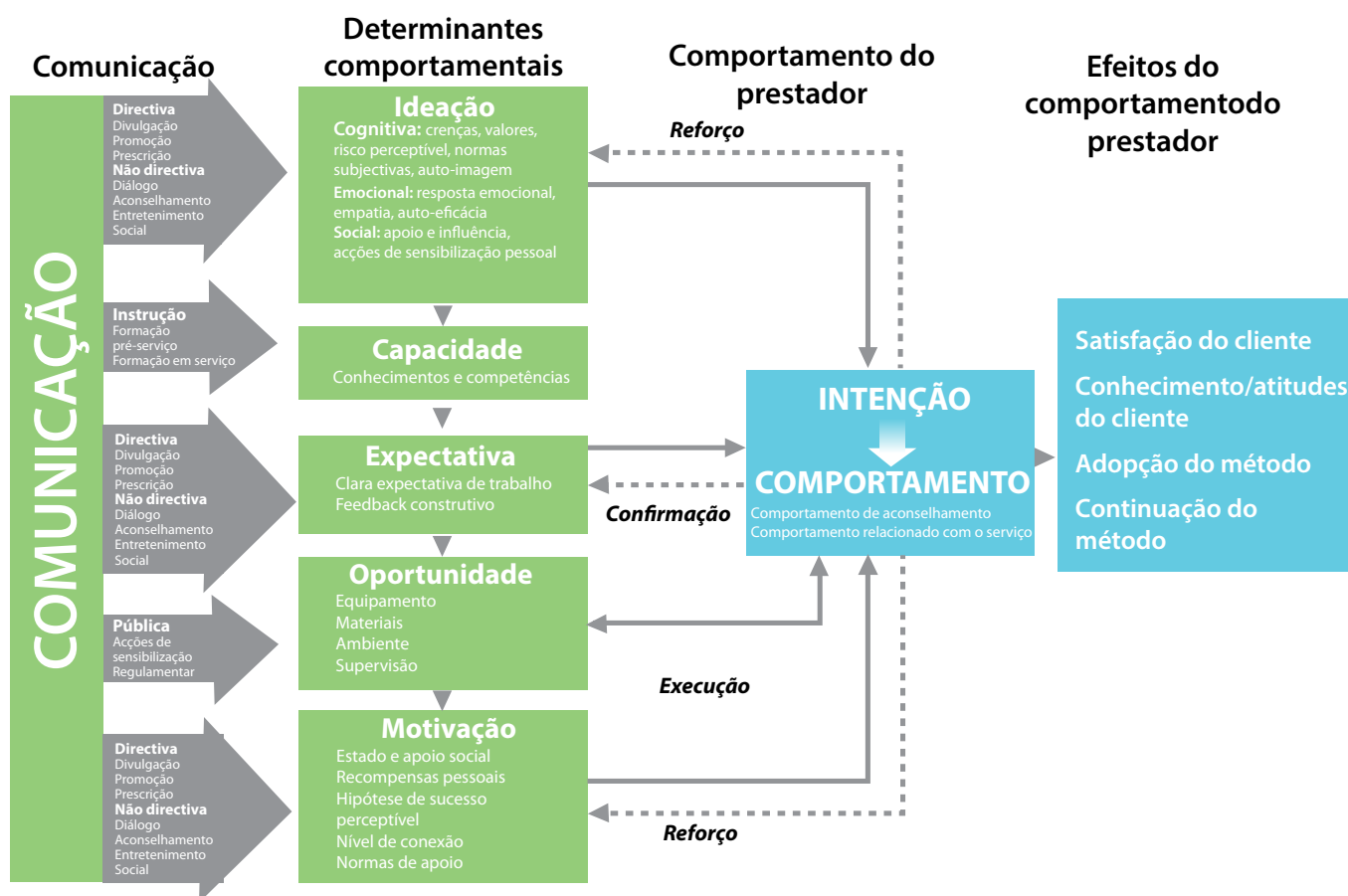


Figura 5. O modelo de ideação



<sup>21</sup> Glanz et al. 2008.

## Anexo 2: Lista de verificação para a apresentação de relatórios sobre avaliações de CMSC contra a malária

A lista de verificação solicita aos autores que descrevam a intervenção de CMSC, que apresentem uma justificação para a estratégia, a escolha de efeitos da CMSC e os métodos para criar comparações e que debatam os efeitos, o mecanismo casual e a generalização dos resultados. O seu objectivo é melhorar a transparência, aumentar a eficiência durante o processo de publicação e identificar quais as abordagens de CMSC que funcionam melhor nos diferentes contextos.

✓	<b>DOMÍNIO 1: ELABORAÇÃO DA INTERVENÇÃO</b> <b>De que forma a intervenção foi concebida e uma descrição da intervenção</b>
	1. Qual o problema comportamental que a intervenção de CMC pretendia abordar?
	2. Que conclusões da investigação formativa foram a base da intervenção?
	3. Que teorias foram utilizadas para desenvolver a intervenção ou a análise? *
	4. Os públicos-alvo são descritos de forma a ajudar os leitores a compreender o contexto comportamental?
	5. As mensagens, os materiais e as actividades são descritos no que diz respeito à teoria do programa e ao público-alvo? (Útil: uma ligação para materiais, recursos e pesquisa do programa)
	6. As mensagens e os materiais foram testados junto dos públicos-alvo antes da implementação? De que forma? **
	7. Havia uma descrição da duração, frequência e quantidade de actividades de CMC? * Quais as qualificações das pessoas que efectuaram a intervenção? *Havia um mecanismo de monitorização para verificar o alcance ou a transmissão do conteúdo?
	8. De que forma é que a exposição à intervenção variou? Verificou-se uma variação substancial no alcance dos meios de comunicação social e dos parceiros da comunidade? *
	9. Se possível: os custos foram descritos? **Alguns recursos ou estruturas existentes foram impulsionados pela intervenção?
	<b>DOMÍNIO 2: CONCEPÇÃO DO ESTUDO</b> <b>Seleção de efeitos e método de comparação</b>
	10. De que forma é que as unidades foram atribuídas a grupos de estudo? Caso tal não tenha sido feito aleatoriamente, quais as medidas tomadas para minimizar o risco de predisposições na selecção? *
	11. Caso estejam disponíveis informações de referência: existe uma comparação entre as características de referência e as características sociodemográficas e os efeitos para cada grupo de estudo? Que métodos estatísticos foram utilizados para controlar as diferenças iniciais? *
	12. Caso tenha existido um grupo de comparação, existe uma descrição do grupo? Que mensagens, materiais e actividades é que este grupo recebeu? Que esforços foram feitos para impedir a contaminação? *
	13. Os autores utilizaram os indicadores de efeitos recomendados pelo guia de indicadores de CMC contra a malária da RBM (exposição à intervenção de CMC, mudanças nos comportamentos associados à malária, efeitos intermédios, como conhecimento, normas, atitudes, risco e eficácia)? Qual foi a amplitude do efeito e os intervalos de confiança?
	14. Os efeitos seleccionados eram teoricamente plausíveis tendo em conta a concepção da intervenção? **
	15. Quanto tempo depois da intervenção de CMC foram recolhidos os dados?
	<b>DOMÍNIO 3: DISCUSSÃO</b> <b>Interpretação dos resultados, incluindo os pontos fortes, as limitações ou os pontos fracos do estudo</b>
	16. Os múltiplos critérios para a atribuição causal foram avaliados?
	17. Existe uma discussão sobre o mecanismo ou a via causal? *
	18. Em que medida é que as conclusões são consistentes com a investigação anterior?
	19. Foram dadas explicações alternativas? * Tal pode incluir problemas como acesso, presença de outros programas no ambiente de intervenção, variáveis psicossociais ou acontecimentos contextuais.
	20. Quais os factores que promoveram ou impediram a implementação da intervenção? *
	21. Existe uma discussão sobre em que medida é possível generalizar os resultados do estudo? * Houve uma discussão sobre a relação custo-eficácia, escalabilidade e/ou sustentabilidade? **
	22. Quais as implicações para a investigação futura, para campanhas de CMC e para a política?

\* Adaptado a partir do TREND \*\* Adaptado a partir dos comentários no TREND

## Anexo 3: Perguntas de inquérito e métodos de medição

### Concepção do inquérito

#### Tamanho da amostragem

Para inquéritos mais pequenos, os implementadores devem garantir um tamanho da amostragem adequado para ter um controlo suficiente sobre a análise de dados desagregados para populações-alvo específicas, tais como mulheres grávidas, caso sejam direccionados para a subpopulação. É necessário um tamanho da amostragem suficientemente grande para fazer interpretações significativas dos dados e, para esse efeito, a incorporação destas perguntas em inquéritos existentes deve ser debatida nas fases iniciais do planeamento para que sejam atribuídos os recursos adequados a essa actividade.

### Adaptar/personalizar perguntas

#### Públicos-alvo

Geralmente, estes indicadores representam a medição de indivíduos e não de agregados familiares. Mesmo que sejam feitas perguntas como parte do questionário ao agregado familiar, as respostas apenas representam o indivíduo que as dá e não outros membros do agregado familiar. Se o público alvo for um subsegmento da população em geral, como mulheres grávidas ou crianças com menos de cinco anos, as perguntas do inquérito devem ser feitas a esta ou sobre esta subpopulação específica. Por exemplo, “A criança com menos de cinco anos dormiu sob um MTILD na noite passada?”

Caso o grupo-alvo previsto seja o dos prestadores de cuidados de saúde, os dados terão de ser recolhidos através de um inquérito na unidade sanitária em vez de um inquérito às famílias. As perguntas presentes neste anexo apenas foram testadas junto de agregados familiares e não de prestadores de cuidados de saúde. Podem ser necessárias informações adicionais sobre o ambiente de trabalho e as normas profissionais para compreender melhor as motivações do prestador.

As ferramentas de recolha de dados devem ser concebidas ou alteradas para garantir que os padrões de omissão correctos estão implementados para que não sejam feitas perguntas que não se aplicam a essas pessoas.

#### Primeira pessoa ou terceira pessoa

Os implementadores devem decidir antecipadamente, com base no contexto, se os entrevistadores (pessoal responsável pela recolha de dados) deve formular as perguntas na primeira ou na terceira pessoa. O questionário deve ser adaptado em conformidade.

#### Contexto local

Por norma, as ferramentas de recolha de dados devem ser adaptadas ao contexto do país. Tal inclui os nomes dos medicamentos contra a malária e de outros medicamentos, estruturas sanitárias e actividades de CMSC.

### Enviesamento por deseabilidade social

O enviesamento por deseabilidade social pode ser uma limitação à recolha de dados, caso os inquiridos acreditem que os entrevistadores gostariam de ouvir determinadas respostas. Para reduzir ou eliminar o potencial enviesamento por deseabilidade social, o questionário pode incluir algumas perguntas para avaliar a deseabilidade social. A Escala de deseabilidade social de Marlowe-Crowne<sup>22</sup> ou versões abreviadas da escala, como a descrita por Reynolds<sup>23</sup>, são úteis para avaliar se os inquiridos estão a responder de forma sincera ou se estão a apresentar respostas incorrectas para gerir as percepções que o entrevistador tem dos mesmos.

A Escala de deseabilidade social pode ser adaptada a contextos específicos do país. Os analistas de dados podem comparar o Resultado da deseabilidade social e uma variável-chave de interesse, como a utilização de MTILD ou o comportamento de procura de cuidados correcto. Depois, os analistas podem controlar a deseabilidade social elevada em análises multivariadas.

### Análise, utilização e interpretação dos dados

#### Criar grupos de controlo

As avaliações devem classificar os indivíduos como expostos ou não expostos a intervenções de CMSC. Depois, estes grupos devem ser comparados, controlando eventuais factores de confusão. No *Guide to Developing M&E Plans for Malaria BCC Activities*<sup>24</sup>, é possível encontrar mais detalhes sobre métodos analíticos, como comparação de resultados tendenciais para criar grupos de controlo estatisticamente compatíveis, e análises de intervenção, o que permite que os investigadores testem em que medida é possível localizar mudanças específicas no conhecimento e nas atitudes e associá-las à mudança comportamental.

#### Escalas de Likert

As perguntas do tipo de escala de Likert têm normalmente pontuações em que “discordo totalmente” é codificado como -2 e “concordo totalmente” é codificado como +2. As perguntas que necessitam de uma inversão (INV) devem ser codificadas de forma inversa. Nestas circunstâncias, “discordo totalmente” é codificado como +2, “discordo” é codificado como +1, “concordo” é codificado como -1 e “concordo totalmente” é codificado como -2. Depois, as pontuações médias relativas a cada escala são criadas para cada inquirido.

<sup>22</sup> Crowne 1960.

<sup>23</sup> Reynolds 1982.

<sup>24</sup> RBM 2014.

“Não sabe/não tem a certeza” não é oferecido como opção, mas se o inquirido tiver dúvidas em relação a uma resposta, esta opção pode ser utilizada. No entanto, os entrevistadores devem receber instruções para não mencionar esta opção e para apenas seleccionar caso o inquirido não queira responder.

Os analistas de dados também podem comunicar qual a percentagem de pessoas que concordam com a declaração, juntando as categorias “concordo totalmente” e “concordo” numa só medida.

### **Análise de respostas “Não sabe”**

A opção “não sabe” não é apresentada aos inquiridos — os entrevistadores podem utilizá-la na rara eventualidade de um inquirido não conseguir incluir a sua resposta numa das outras categorias. Para os analistas, a opção “não sabe” pode ser registada como ausente quando as perguntas forem analisadas individualmente ou codificada como 0 (ou com o valor no meio do intervalo) quando uma pontuação está a ser criada de modo que o número dos valores permaneça inalterado. Em alternativa, as respostas “não sabe” podem ser excluídas antes de criar a pontuação.

### **Interpretação**

Os analistas de dados devem certificar-se de que estão a tirar conclusões válidas dos dados. Tais conclusões dependem da metodologia de amostragem e da abordagem analítica adoptada. O enviesamento pode influenciar os resultados obtidos. Devem ser feitos todos os esforços para controlar os factores de enviesamento e de confusão.

### **Triangular fontes de dados**

Conforme indicado acima, estes indicadores devem ser interpretados tendo em consideração outras informações. Isoladamente, os indicadores nem sempre conseguem dar respostas às perguntas “porquê?” e “e então?” Ao triangular os dados destes indicadores com outras fontes, os investigadores conseguem dar contexto sobre assuntos como o acesso a bens e serviços ou informações sobre a formação de pessoal em unidades sanitárias. Estas informações ajudam a apresentar explicações e uma narrativa global para os resultados observados.

### **Desagregação**

O tamanho geral da amostragem também irá afectar as conclusões que podem ser retiradas dos dados. Se os directores dos programas desagregarem os dados em demasiadas categorias, o número de observações em cada categoria pode ser demasiado reduzido e os intervalos de confiança correspondentes serão amplos.

### **Apresentação de resultados**

No que se refere às perguntas que não utilizem uma escala de Likert, é possível analisar e apresentar os dados em tabelas semelhantes às utilizadas nos relatórios de IDS ou de IIM. É apresentado um exemplo na Tabela 1 abaixo.

Em alternativa, para cada pergunta na ferramenta de recolha de dados, um simples gráfico de barras pode representar o resultado para cada pergunta.

Uma terceira alternativa é realizar uma análise completa dos factores e construir os elementos para diversos conceitos, como auto-eficácia ou susceptibilidade, descritos neste documento. Consulte o Anexo 3 para obter detalhes.

**Tabela 1: exemplo de tabela para análise e apresentação de dados**

Porcentagem de pessoas que se lembram de ter visto ou ouvido alguma mensagem sobre a malária nos últimos 6 meses				
Características contextuais	Mulheres		Homens	
	Memória de mensagens sobre a malária	Número	Memória de mensagens sobre a malária	Número
<b>Idade</b>				
15-24				
15-19				
20-24				
25-29				
30-39				
40-49				
<b>Residência</b>				
Área urbana				
Área rural				
<b>Endemicidade da malária</b>				
Epidemia em zonas de montanha				
Epidemia na região dos lagos				
Sazonal, zonas semiáridas				
<b>Distrital</b>				
A				
B				
C				
<b>Educação</b>				
Sem qualquer educação				
Ensino primário				
Ensino primário concluído				
Secundário				
Mais do que secundário				
Outras características relevantes				

## Memória

### 1. Percentagem de pessoas que se lembram de ter visto ou ouvido alguma mensagem sobre a malária nos últimos seis meses

- Indicador adicional 1.1: percentagem de pessoas que se lembram de ter visto ou ouvido mensagens específicas sobre a malária (comunicado por cada mensagem específica)
- Indicador adicional 1.2: percentagem de pessoas que se lembram de ter visto ou ouvido uma mensagem através do canal de comunicação "X" (comunicado por cada canal de comunicação específico)

As perguntas necessárias para calcular estes indicadores fazem parte do módulo padrão do questionário ao agregado familiar para o IIM. Estes dados também podem ser recolhidos em inquéritos subnacionais mais pequenos, particularmente nas áreas a que se destinavam as actividades de CMSC.

O numerador é obtido ao perguntar ao inquirido<sup>25</sup> se viu ou ouviu alguma mensagem sobre a malária nos últimos seis meses. Nos casos em que o inquérito é realizado mais de seis meses após a campanha de CMSC, é possível ajustar o período em conformidade. No entanto, os implementadores devem ter em atenção que um período alargado entre a campanha de CMSC e o inquérito provavelmente irá introduzir mais enviesamento da memória na medição. Nos casos em que a campanha de CMSC tiver ocorrido dentro de um período inferior a seis meses, é possível alterar a pergunta do inquérito em conformidade.

Os numeradores relativos aos indicadores adicionais são obtidos ao fazer perguntas de acompanhamento aos inquiridos que responderam afirmativamente que viram ou ouviram uma mensagem sobre a malária no período especificado. A primeira pergunta de acompanhamento é sobre quais as mensagens específicas que o inquirido viu ou ouviu e a segunda é sobre onde viu ou ouviu a mensagem. Para reduzir ou eliminar eventuais tendências de resposta, o entrevistador do inquérito deve evitar perguntar: "Ouviu/viu a mensagem X?" (sim/não).

Em alternativa, dependendo do conteúdo da campanha de comunicação, o inquérito pode pedir ao inquirido para completar um slogan ou jingle associado à campanha. Este método funciona bem na rádio, na televisão ou até em eventos da comunidade. Para campanhas mais visuais que utilizam outdoors, cartazes ou outros materiais impressos, o entrevistador pode pedir aos inquiridos que identifiquem um logótipo ou imagem familiar associados a uma campanha. O inquérito pode incluir perguntas sobre todas as mensagens específicas aplicáveis. Idealmente, as respostas serão espontâneas, mas o entrevistador pode perguntar simplesmente "Há alguma coisa que queira acrescentar?" para garantir que o inquirido analisou plenamente a pergunta.

O denominador para todos os indicadores é o número total de pessoas inquiridas. Um denominador alternativo para os indicadores adicionais pode ser o "Número de inquiridos que se lembram de ter visto ou ouvido alguma mensagem sobre a malária", caso os investigadores pretendam saber qual a mensagem ou o canal que teve maior repercussão junto da população-alvo que se lembra de ter ouvido ou visto alguma mensagem.

É possível incluir perguntas adicionais na ferramenta de medição para oferecer mais detalhes e informações contextuais, tais como:

- Acesso à rádio/televisão e a frequência de utilização – O acesso à rádio e à televisão estão incluídos no IDS e IIM, mas apenas o Questionário às mulheres do IIM inclui perguntas sobre a frequência de utilização da rádio e da televisão. Também devem ser consideradas perguntas sobre a utilização e o acesso a telemóveis.
- Compreender uma mensagem ou jingle específico, como se a mensagem é sobre a utilização de MTILD, a procura de tratamento imediato para a febre ou a identificação de sinais de perigo da malária – esta pergunta deve ser feita de forma aberta e espontânea.

O inquérito também pode incluir um canal de comunicação que não foi utilizado na actividade de CMSC para avaliar o grau de enviesamento por desejabilidade social inerente nas respostas. O enviesamento por desejabilidade social ocorre quando o inquirido tenta dar a resposta socialmente correcta ou que sente que irá agradar o entrevistador em vez de dar uma resposta sincera. Esta verificação é particularmente útil num ambiente com relativamente poucos canais de comunicação.

Nota: estas questões são apresentadas apenas para referência. Na medida do possível, as perguntas e as opções de resposta devem ser adaptadas ao contexto do país no que diz respeito às principais mensagens e slogans recentes ou em curso.

<sup>25</sup> Neste documento, "inquiridos" refere-se às pessoas seleccionadas para participar no inquérito. Os inquiridos serão seleccionados com base na metodologia de amostragem do inquérito e devem representar a população-alvo do programa de luta contra a malária. "População-alvo" refere-se às entidades gerais (indivíduos ou grupos sociais) a quem se destina a intervenção ou a população de interesse.

Pergunta n.º	Pergunta	Respostas	Código
101	Nos últimos seis meses, viu ou ouviu alguma mensagem sobre a malária?	SIM NÃO	1 2
102	Onde ouviu ou viu as mensagens ou informações?  Noutro lugar?	CLÍNICA/HOSPITAL PÚBLICO PROFISSIONAL DE SAÚDE COMUNITÁRIO AMIGOS/FAMÍLIA LOCAL DE TRABALHO GRUPOS DE TEATRO EDUCADORES DE PARES CARTAZES/OUTDOORS TELEVISÃO RÁDIO JORNAL ESCOLA OUTRO (ESPECIFICAR): NÃO SABE	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 88 99
103	Quais as mensagens sobre a malária que ouviu ou viu?  Há alguma coisa que queira acrescentar?	A MALÁRIA É PERIGOSA A MALÁRIA PODE MATAR OS MOSQUITOS PROPAGAM A MALÁRIA É IMPORTANTE DORMIR SOB UM MTILD QUEM DEVE DORMIR SOB UM MTILD PROCURAR TRATAMENTO PARA A FEBRE PROCURAR IMEDIATAMENTE TRATAMENTO PARA A FEBRE (DENTRO DE 24 HORAS) IMPORTÂNCIA DA PULVERIZAÇÃO DA CASA NÃO REBOCAR AS PAREDES DEPOIS DA PULVERIZAÇÃO ACTIVIDADES DE SANEAMENTO AMBIENTAL NEM TODAS AS FEBRES SÃO SINTOMA DE MALÁRIA UTILIZAR UM TESTE ANTES DE FAZER O TRATAMENTO CONTRA A MALÁRIA ADMINISTRAR TRATAMENTO CONTRA A MALÁRIA APENAS NOS CASOS CONFIRMADOS COM BASE NOS RESULTADOS DO TESTE OUTRO (ESPECIFICAR): NÃO SABE	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 88 99
104	Consegue completar a seguinte frase: "Proteja-se debaixo do MTILD todos..."?  [Resposta do inquirido: "... os dias ou todas as noites"]	SIM NÃO NÃO SABE	1 2 99
105	Onde ouviu ou viu esta frase?	RÁDIO TELEVISÃO CARTAZ EVENTO DA COMUNIDADE PRESTADOR DE CUIDADOS DE SAÚDE AMIGO/VIZINHO/MEMBRO DA FAMÍLIA OUTRO (ESPECIFICAR): NÃO SABE	1 2 3 4 5 6 88 99
106	Reconhece algum destes logótipos/imagens?  [O entrevistador mostra três imagens, incluindo o logótipo que foi utilizado na actividade de CMSC. As outras duas imagens são inventadas]	SIM NÃO	1 2



Pergunta n.º	Pergunta	Respostas	Código
107	Onde ouviu ou viu esta imagem?	RÁDIO	1
		TELEVISÃO	2
		CARTAZ	3
		EVENTO DA COMUNIDADE	4
		PRESTADOR DE CUIDADOS DE SAÚDE	5
		AMIGO/VIZINHO/MEMBRO DA FAMÍLIA	6
		ESCOLA	7
		OUTRO (ESPECIFICAR):	88
		NÃO SABE	99

## Conhecimento

### 2. Percentagem de pessoas que apontam os mosquitos como a causa da malária

- Indicador adicional 2.1: percentagem de pessoas que apontam apenas os mosquitos como a causa da malária

### 3. Percentagem de pessoas que sabem que o principal sintoma da malária é a febre

- Indicador adicional 3.1: percentagem de inquiridos que conhecem os sinais de perigo e os sintomas da malária grave

### 4. Percentagem de prestadores de cuidados que sabem que a única forma de diagnosticar correctamente a malária é através de um teste de malária (TDR ou análise por microscópio)

### 5. Percentagem de pessoas que conhecem o tratamento da malária

### 6. Percentagem de pessoas que conhecem medidas preventivas contra a malária

- Indicador adicional 6.1: percentagem de pessoas com ideias erradas sobre as práticas de prevenção eficaz da malária
- Indicador adicional 6.2: percentagem de pessoas que sabem que o TIP é uma forma de proteger a mãe e o bebé contra a malária durante a gravidez (subanálise do Indicador 5)
- Indicador adicional 6.3: percentagem de prestadores de cuidados que conhecem as directrizes nacionais no que diz respeito à dosagem do TIP (horários e frequência) (pergunta do inquérito não apresentada)

O numerador para estes indicadores é obtido ao fazer diversas perguntas aos inquiridos sobre as causas, os sinais/sintomas, o tratamento e as medidas preventivas contra a malária.

No caso do indicador 2, “causa da malária”, faz-se uma pergunta ao inquirido sobre as causas da malária e o entrevistador assinala as respostas indicadas. As opções no questionário devem incluir mosquitos ou picadas de mosquito. Outras opções devem ser mal-entendidos comuns específicos do contexto sobre a causa da malária. O inquirido é contabilizado no numerador se mencionar mosquitos ou picadas de mosquito como causa da malária.

No que diz respeito ao indicador adicional 2.1, uma análise recente mostrou que, nalgumas áreas, os inquiridos que acreditam que os mosquitos são a única causa da malária podem ter maior probabilidade de dormir sob MTILD. No caso do indicador adicional 2.1, os inquiridos são contabilizados no numerador se indicarem **apenas** os mosquitos como a causa da malária e não indicarem quaisquer causas da malária incorrectas. Os implementadores podem considerar o indicador adicional 2.1, caso este seja útil para o programa.

Pergunta n.º	Pergunta	Respostas	Código
201	Na sua opinião, qual é a causa da malária?	PICADAS DE MOSQUITO	1
		COMER CANA-DE-AÇÚCAR QUE NÃO ESTÁ MADURA	2
	Mais alguma coisa?	COMER ALIMENTOS FRIOS	3
		COMER OUTROS ALIMENTOS SUJOS	4
	REGISTE TODAS AS RESPOSTAS INDICADAS	BEBER ÁGUA CONTAMINADA	5
		FICAR ENCHARCADO PELA CHUVA	6
		TEMPO FRIO OU INSTÁVEL	7
		BRUXARIA	8
		OUTRO (ESPECIFICAR):	88
NÃO SABE	99		

No caso do indicador 3, “sintomas da malária”, é solicitado ao inquirido que indique os principais sinais ou sintomas da malária. As respostas devem ser espontâneas/instintivas para minimizar o enviesamento, mas o entrevistador deve sondar os inquiridos para garantir que têm a oportunidade de dar várias respostas. Um exemplo típico seria “Existem outros sinais de malária?” Para ser contabilizado no numerador, o inquirido deve identificar a febre nas suas respostas.

O numerador para o indicador adicional 3.1 poderia ser obtido ao solicitar ao inquirido que indique os sinais de perigo da malária. Os inquiridos só devem ser contabilizados se conseguirem indicar pelo menos um aspecto clínico com base nas orientações da Organização Mundial da Saúde: alterações do estado de consciência, prostração/fraqueza extrema, convulsões, dificuldade respiratória, colapso/choque circulatório, insuficiência renal aguda, icterícia clínica e sangramento anormal. As respostas devem ser espontâneas/instintivas para minimizar o enviesamento, mas o entrevistador deve sondar os inquiridos para garantir que têm a oportunidade de dar várias respostas.

Pergunta n.º	Pergunta	Respostas	Código
301	Como sabe se alguém no seu agregado familiar tem malária?	SINTOMAS	1
		EXAME POR PARTE DE UM PRESTADOR DE CUIDADOS DE SAÚDE	2
		ANÁLISE AO SANGUE (TDR OU ANÁLISE POR MICROSCÓPIO)	3
		OUTRO	88
	REGISTE TODAS AS RESPOSTAS INDICADAS	NÃO SABE	99
302	Que sinais ou sintomas o fariam pensar que uma pessoa tem malária?	FEBRE	1
		SENSAÇÃO DE FRIO	2
	Mais alguma coisa?	DOR DE CABEÇA	3
		NÁUSEAS E VÓMITOS	4
	REGISTE TODAS AS RESPOSTAS INDICADAS	DIARREIA	5
		TONTURAS	6
		PERDA DE APETITE	7
		DORES NO CORPO OU NAS ARTICULAÇÕES	8
		OLHOS MORTIÇOS	9
		PALMAS DAS MÃOS SALGADAS	10
		SENSAÇÃO DE FRAQUEZA	11
		RECUSA EM COMER OU BEBER	12
		OUTRO (ESPECIFICAR):	88
NÃO SABE	99		
303	Quais são os principais sinais de perigo da malária?	CRISE DE EPILEPSIA/CONVULSÕES	1
		DESMAIO	2
		QUALQUER TIPO DE FEBRE	3
	Mais alguma coisa?	FEBRE ALTA	4
		RIGIDEZ DO PESCOÇO	5
	REGISTE TODAS AS RESPOSTAS INDICADAS	SENSAÇÃO DE FRAQUEZA	6
		INACTIVIDADE	7
		ARREPIOS/CALAFRIOS	8
		INCAPACIDADE DE COMER	9
		VÓMITOS	10
		CHORO CONSTANTE	11
		AGITAÇÃO	12
		DIARREIA	13
OUTRO (ESPECIFICAR):		88	
NÃO SABE		99	

O numerador para o indicador 4 seria o número de prestadores de cuidados de saúde que indicam os testes de malária (TDR e/ou análise por microscópio) como a única forma de terem a certeza de que uma criança tem malária. O denominador seriam todos os prestadores de cuidados de saúde inquiridos. A fonte dos dados seria um inquérito na unidade sanitária. Este indicador é semelhante à eficácia da resposta na medida em que aborda as percepções do inquirido sobre a eficácia dos testes de malária. No entanto, não testa a intensidade dessa crença, nem examina especificamente as crenças dos prestadores de cuidados sobre a precisão da análise por microscópio e dos TDR em condições de campo. Ao recorrer ao quadro, os investigadores acreditam que o conhecimento em termos de diagnóstico do prestador de cuidados e a sua crença na eficácia dos testes de malária (eficácia da resposta) influenciam o comportamento em termos de diagnóstico e prescrição.

Pergunta n.º	Pergunta	Respostas	Código
401 PRESTADORES	O que o faz ter a certeza de que uma criança tem malária?	ANÁLISE POR MICROSCÓPIO OU TESTE DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO	1
		FEBRE E OUTROS SINAIS E SINTOMAS DA MALÁRIA	2
		PARECER CLÍNICO	3
		OUTRO (ESPECIFICAR):	88
	ASSINALE TODAS AS RESPOSTAS INDICADAS. NÃO INCITE	NÃO SABE	99

No caso do indicador 5, “tratamento da malária”, é solicitado ao inquirido que indique a medicação mais eficaz utilizada para tratar a malária. As respostas devem ser espontâneas/instintivas para minimizar o enviesamento. O inquirido só tem de dar uma resposta. O inquirido é contabilizado no numerador se indicar as ACT como o tratamento mais eficaz, mas é necessário aplicar o contexto específico do país a esta medida de avaliação. Por exemplo, um nome local de ACT é considerado uma resposta aceitável. Os países nos quais uma percentagem substancial de infecções são provocadas por *Plasmodium vivax* devem considerar a cloroquina ou as ACT como respostas aceitáveis.

Pergunta n.º	Pergunta	Respostas	Código
501	Qual é a medicação mais eficaz utilizada para tratar a malária?	SP/FANSIDAR	1
		COLORQUINA	2
		QUININA	3
		NOVO MEDICAMENTO CONTRA A MALÁRIA/ACT	4
	REGISTE TODAS AS RESPOSTAS INDICADAS	ASPIRINA, PANADOL, PARACETAMOL	5
		OUTRO (ESPECIFICAR):	88
		NÃO SABE	99

No caso do indicador 6, “prevenção da malária”, é solicitado ao inquirido que indique uma ou mais medidas preventivas contra a malária. As opções do questionário devem incluir as medidas preventivas relevantes implementadas na comunidade, que podem contemplar a utilização de MTILD, a toma de medicação preventiva durante a gravidez, a toma de profilaxia sazonal ou a pulverização de insecticida em casa. Se alguma dessas medidas preventivas não estiver implementada na comunidade-alvo, como a profilaxia sazonal, não deve ser incluída como opção. Outras opções devem incluir falsas medidas preventivas contra a malária, tais como cortar a relva, manter as áreas ao redor da casa limpas e evitar beber água contaminada.

O inquirido só é contabilizado no numerador caso indique pelo menos uma das intervenções preventivas relevantes e nenhum comportamento incorrecto.

O indicador 6.1 é o inverso do indicador 6. Os inquiridos são contabilizados no numerador caso indiquem qualquer um dos comportamentos incorrectos. No caso do indicador 6.2, o numerador é o número de inquiridos que seleccionaram “tomar medicação preventiva” na pergunta 601 e o denominador é o número de inquiridos da amostra.

Pergunta n.º	Pergunta	Respostas	Código
601	Como é que alguém se pode proteger contra a malária?	DORMIR SOB UMA REDE MOSQUITEIRA	1
		DORMIR SOB UMA REDE MOSQUITEIRA TRATADA	
	Mais alguma coisa?	COM INSECTICIDA	2
		UTILIZAR REPELENTE DE MOSQUITOS	3
	REGISTE TODAS AS RESPOSTAS INDICADAS	EVITAR PICADAS DE MOSQUITO	4
		TOMAR MEDICAÇÃO PREVENTIVA DURANTE A GRAVIDEZ	5
		PULVERIZAR A CASA COM INSECTICIDA	6
		UTILIZAR REPELENTE DE MOSQUITOS EM ESPIRAL	7
		CORTAR A RELVA AO REDOR DA CASA	8
		COBRIR AS POÇAS (ÁGUA ESTAGNADA)	9
		MANTER AS ÁREAS AO REDOR DA CASA LIMPAS	10
		QUEIMAR FOLHAS	11
		NÃO BEBER ÁGUA CONTAMINADA	12
		NÃO COMER ALIMENTOS ESTRAGADOS	13
		COLOCAR MOSQUITEIROS NAS JANELAS	14
NÃO FICAR ENCHARCADO PELA CHUVA		15	
OUTRO (ESPECIFICAR):		88	
NÃO SABE	99		

No caso do indicador 6.3, “conhecimentos do prestador de cuidados das directrizes nacionais”, o numerador é o número de prestadores de cuidados que responderam correctamente às perguntas 601, 602 e 603 e o denominador é o número total de prestadores de cuidados. A fonte dos dados seria um inquérito aos prestadores (como os que são realizados durante uma avaliação na unidade sanitária).

Pergunta n.º	Pergunta	Respostas	Código
601 PRESTADOR	Qual é o nome do medicamento administrado a mulheres grávidas para impedir que contraiam malária?	FANSIDAR	1
		COLORQUINA	2
		METAKELFIN	3
		MEFLOQUINA	4
	POSSIBILIDADE DE MÚLTIPLAS RESPOSTAS. FAÇA UM CÍRCULO AO REDOR DE TODAS AS RESPOSTAS.	ARTEMÉTER/LUMEFANTRINA	5
		QUININA	6
	SONDE UMA VEZ: MAIS ALGUMA COISA?	COARTEM	7
		MEDICAMENTOS À BASE DE PLANTAS	8
		OUTRO	88
	NÃO SABE	99	

Pergunta n.º	Pergunta	Respostas	Código
602 PRESTADOR	Quando é que uma mulher grávida deve começar a tomar medicamentos para impedir que contraia malária?	ASSIM QUE SOUBER QUE ESTÁ GRÁVIDA	1
		QUANDO O BEBÉ SE MEXER PELA PRIMEIRA VEZ	2
		NA SUA PRIMEIRA CONSULTA PRÉ-NATAL	3
		NO INÍCIO DO 4.º MÊS OU DO 2.º TRIMESTRE	4
		A QUALQUER MOMENTO DURANTE A GRAVIDEZ	5
		OUTRO (ESPECIFICAR)	88
	NÃO SABE	99	
603 PRESTADOR	Quantas doses de comprimidos antimaláricos é que uma mulher grávida deve tomar durante uma gravidez para impedir que contraia malária?	UMA	1
		DUAS	2
		TRÊS	3
		MAIS DE TRÊS	4
		NÃO SABE	99

Apesar de não ser disponibilizado qualquer indicador para medir o conhecimento do prestador de cuidados sobre directrizes de procura de cuidados, a pergunta que se segue pode ser útil para os programas:

Pergunta n.º	Pergunta	Respostas	Código
	Quando é que uma mãe deve levar um filho a uma unidade sanitária em caso de febre?  Nota: nos casos aplicáveis, “unidade sanitária” pode ser substituído por “unidade sanitária ou profissional de saúde comunitário” Nota relativa ao género: considere substituir “mãe” por “progenitor”	NO MESMO DIA	1
		NO DIA SEGUINTE	2
		DOIS DIAS DEPOIS DO APARECIMENTO DA FEBRE	3
		TRÊS OU MAIS DIAS DEPOIS DO APARECIMENTO DA FEBRE	4
		OUTRO	88
		NÃO SABE	99

A identificação dos inquiridos pelo seu papel no agregado familiar, como mãe, pai, sogra/avó da criança, etc., e a classificação dos resultados nesses moldes seria útil para avaliar o nível de conhecimento entre os prestadores de cuidados e outros públicos que influenciam as decisões relacionadas com a procura de cuidados.

## Risco e eficácia

### 7. Percentagem de pessoas que entendem que estão em risco de contrair malária

### 8. Percentagem de pessoas que pensam que as consequências da malária são graves

As perguntas que se seguem podem ser adaptadas ou ignoradas se a intervenção se concentrar numa subpopulação diferente, tal como em mulheres grávidas, ou se não se concentrar numa subpopulação, como no caso de uma intervenção destinada a todos os membros de um agregado familiar.

Para calcular o **indicador de susceptibilidade**, o indicador 7, é calculada uma pontuação média para as perguntas 701 a 706 para cada indivíduo. As escalas de Likert são convertidas de forma que “discordo totalmente” é codificado como +2, “discordo em parte” é codificado como +1, “concordo em parte” é codificado como -1 e “concordo totalmente” é -2. As respostas às perguntas invertidas (assinaladas como “INV”) devem ser codificadas ao contrário. “Não sabe/não tem a certeza” não é oferecido como opção, mas se o inquirido tiver dúvidas em relação a uma resposta, esta opção pode ser utilizada. De qualquer das formas, os entrevistadores devem receber formação no sentido de encorajar os inquiridos a escolher uma das outras categorias. Tenha em consideração que as perguntas devem ser invertidas.

Os indivíduos com uma pontuação média negativa de menos de zero são classificados como tendo uma “percepção de risco baixa” e os indivíduos com uma pontuação média positiva de mais de zero são classificados como tendo uma “percepção de risco alta”. A percentagem total de indivíduos que entendem que estão em risco de contrair malária pode, assim, ser facilmente obtida.

Para calcular o **indicador de gravidade** (indicador 8), é calculada uma pontuação média para as perguntas 801 a 806 para cada indivíduo (a pergunta 804 e 805 são invertidas). Os indivíduos com uma pontuação média positiva superior a zero são classificados como tendo uma “percepção de gravidade alta” e os indivíduos com uma pontuação média negativa inferior a zero são classificados como tendo uma “percepção de gravidade baixa”. A percentagem total de indivíduos que entendem que a malária é grave pode, então, ser calculada.

		DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO EM PARTE	CONCORDO EM PARTE	CONCORDO TOTALMENTE	NÃO SABE/ NÃO TEM A CERTEZA
<b>SUSCEPTIBILIDADE</b>						
701 (Inv)	Durante a estação das chuvas, preocupa-se quase todos os dias com a possibilidade de alguém da sua família contrair malária	1	2	3	4	99
702	As pessoas desta comunidade só contraem malária durante a estação das chuvas	1	2	3	4	99
703	As pessoas só contraem malária quando há muitos mosquitos	1	2	3	4	99
704 (Inv)	Quase todos os anos, alguém nesta comunidade contrai um caso grave de malária	1	2	3	4	99
705	Não se lembra da última vez que alguém que conhece adoeceu com malária	1	2	3	4	99
706 (Inv)	Quando o seu filho tem febre, receia quase sempre que possa ser malária	1	2	3	4	99
<b>GRAVIDADE</b>						
801	A malária não o preocupa porque pode ser facilmente tratada	1	2	3	4	99
802	Os seus filhos são tão saudáveis que conseguiriam recuperar de um caso de malária	1	2	3	4	99
803	Só as crianças fracas podem morrer de malária	1	2	3	4	99
804 Inv	Conhece pessoas que ficaram gravemente doentes com malária	1	2	3	4	99
805 (Inv)	Qualquer caso de malária pode ser potencialmente mortal	1	2	3	4	99
806	Quando alguém que conhece contrai malária, normalmente acha que vão recuperar totalmente após alguns dias	1	2	3	4	99

## 9. Percentagem de pessoas que acreditam que a prática ou o produto recomendado irá reduzir o risco a que estão sujeitas

Para calcular a percentagem de pessoas que acreditam que uma prática ou produto recomendado irá reduzir o risco de contrair malária (**eficácia da resposta**), é calculada uma pontuação média. Para este indicador, as escalas de Likert são convertidas de modo que “discordo totalmente” é codificado como -2, “concordo totalmente” é codificado como +2 e as respostas às perguntas invertidas (“INV”) são codificadas de forma inversa. “Não sabe/não tem a certeza” não é oferecido como opção, mas se o inquirido tiver dúvidas em relação a uma resposta, esta opção pode ser utilizada. De qualquer das formas, os entrevistadores devem receber formação no sentido de encorajar os inquiridos a escolher uma das outras categorias.

Uma pontuação média superior a zero para as perguntas sobre as PIDOM representa alguém que considera que as PIDOM protegem contra a malária. Do mesmo modo, uma pontuação média superior a zero para as perguntas sobre MTILD significa que um inquirido considera que os MTILD o protegem contra a malária e uma pontuação média superior a zero para as perguntas sobre TIP indica uma crença de que a terapia preventiva durante a gravidez é eficaz. Uma pontuação média superior a zero para as perguntas sobre o diagnóstico indica que o inquirido acredita na eficácia do diagnóstico. Por último, uma pontuação média superior a zero para as perguntas sobre o tratamento representa alguém que vê as ACT ou outro tratamento relevante como eficaz para tratar a malária.

	PERGUNTAS SOBRE A EFICÁCIA DA RESPOSTA	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO EM PARTE	CONCORDO EM PARTE	CONCORDO TOTALMENTE	NÃO SABE/NÃO TEM A CERTEZA
<b>PULVERIZAÇÃO INTRA-DOMICILIÁRIA (PIDOM)</b>						
901	Acredito que há menos mosquitos desde que as nossas casas foram pulverizadas com PIDOM	1	2	3	4	99
902 (Inv)	Muitas vezes, o líquido utilizado para pulverizar as paredes é demasiado diluído para matar muitos mosquitos	1	2	3	4	99
903	As pessoas que vivem em casas que foram pulverizadas têm menor probabilidade de contrair malária	1	2	3	4	99
<b>UTILIZAÇÃO DE MTILD</b>						
904 (Inv)	A probabilidade de eu contrair malária é a mesma quer durma ou não sob um MTILD	1	2	3	4	99
905 (Inv)	Muitas pessoas que dormem sob um MTILD contraem malária na mesma	1	2	3	4	99
906	Acredito que a minha família fica doente com menor frequência desde que dormimos sob MTILD	1	2	3	4	99
<b>TRATAMENTO INTERMITENTE PREVENTIVO NA GRAVIDEZ (TIP)</b>						
907	O medicamento administrado a mulheres grávidas para prevenir a malária é eficaz para manter a mãe saudável	1	2	3	4	99
908 (Inv)	As mulheres grávidas ainda estão em risco de contrair malária mesmo que tomem o medicamento destinado a evitar que contraiam a doença	1	2	3	4	99
909	O medicamentos administrado a mulheres grávidas para prevenir a malária é eficaz para manter o bebé saudável quando nascer	1	2	3	4	99
<b>DIAGNÓSTICO</b>						
910 (Inv)	O prestador de cuidados de saúde é melhor do que o teste para diagnosticar a malária, por isso confio no prestador para saber se a febre é causada pela malária	1	2	3	4	99
911 (Inv)	Mesmo que o teste da malária seja negativo, pretendo procurar tratamento contra a malária junto de um prestador de cuidados de saúde porque não acredito no resultado	1	2	3	4	99
912	Os testes de malária são a única forma de saber se alguém tem efectivamente malária ou não.	1	2	3	4	99
<b>TRATAMENTO</b>						
913	As ACT funcionam com rapidez no tratamento da malária	1	2	3	4	99
914	Depois de tomar todo o medicamento contra a malária, doença estará completamente curada	1	2	3	4	99
915 (Inv)	Todos os medicamentos contra a malária são igualmente eficazes no tratamento da malária	1	2	3	4	99

\* Ajustar de acordo com o contexto do país

## 10. Percentagem de pessoas que confiam na sua capacidade de adoptar um determinado comportamento relativamente à malária

As escalas de Likert são convertidas de forma que “certamente poderia” é codificado como +2 e “certamente não poderia” é codificado como -2. “Não sabe/não tem a certeza” não é oferecido como opção, mas se o inquirido tiver dúvidas em relação a uma resposta, esta opção pode ser utilizada. De qualquer das formas, os entrevistadores devem receber formação no sentido de encorajar os inquiridos a escolher uma das outras categorias. Para os diversos componentes do indicador no seu todo, uma pontuação média superior a zero representa uma percepção elevada da auto-eficácia, enquanto uma pontuação média de menos de zero representa uma percepção elevada da auto-eficácia.

Vou fazer-lhe perguntas sobre uma série de medidas que poderia tomar e gostaria que me dissesse o seu grau de confiança em que consegue tomar essa medida com êxito. Para cada medida, diga-me se acha que certamente poderia, provavelmente poderia, provavelmente não poderia ou certamente não poderia tomar cada uma das medidas com êxito. ENTREVISTADOR: NÃO LEIA A RESPOSTA “NÃO SABE/NÃO TEM A CERTEZA” E UTILIZE-A APENAS SE O INQUIRIDO NÃO CONSEGUIR INDICAR OUTRA RESPOSTA.

		CERTAMENTE NÃO PODERIA	PROVAVELMENTE NÃO PODERIA	PROVAVELMENTE PODERIA	CERTAMENTE PODERIA	NÃO SABE/ NÃO TEM A CERTEZA
<b>PROTEÇÃO PESSOAL E DA FAMÍLIA</b>						
1001	Proteger-se facilmente contra a malária	1	2	3	4	99
1002	Proteger facilmente os seus filhos contra a malária	1	2	3	4	99
1003	Cuidar facilmente de membros da família se estes contraírem malária	1	2	3	4	99
<b>UTILIZAÇÃO DE MTILD</b>						
1004	Obter MTILD suficientes para cobrir todos os espaços para dormir existentes no seu agregado familiar	1	2	3	4	99
1005	Dormir sob um MTILD durante toda a noite quando há muitos mosquitos	1	2	3	4	99
1006	Dormir sob um MTILD durante toda a noite quando há poucos mosquitos	1	2	3	4	99
<b>PROCURAR UM DIAGNÓSTICO</b>						
1007	Saber se a febre é um sinal de malária ou de outra coisa	1	2	3	4	99
1008	Saber se uma criança tem um caso típico ou grave de malária	1	2	3	4	99
1009	Saber se tem de ir imediatamente para a clínica ou não quando o seu filho está doente	1	2	3	4	99
1010	Pedir um teste de diagnóstico na clínica quando pensa que o seu filho pode ter malária	1	2	3	4	99
1011	Conseguir o dinheiro para levar a criança à clínica quando existe suspeita de malária	1	2	3	4	99
1012	Recorrer a alguém em que confia para lhe dizer se o seu filho tem malária	1	2	3	4	99
<b>PROCURAR TRATAMENTO</b>						
1013	Receber o tratamento adequado para o seu filho se este tiver malária	1	2	3	4	99
1014	Certificar-se de que o seu filho toma a dose completa do medicamento que lhe foi receitado	1	2	3	4	99
1015	Conseguir recursos para viajar com o seu filho para a clínica em 24 horas se estiver muito doente	1	2	3	4	99
<b>PROCURAR TERAPIA PREVENTIVA</b>						
1016	Ir a uma consulta de CPN assim que pensar que pode estar grávida	1	2	3	4	99
1017	Ir a pelo menos quatro* CPN na clínica	1	2	3	4	99
1018	Tomar a SP em cada uma das CPN	1	2	3	4	99
<b>PULVERIZAÇÃO INTRA-DOMICILIÁRIA</b>						
1019	Retirar todos os móveis da sua casa para a preparar para a pulverização	1	2	3	4	99
1020	Não voltar a estucar ou a pintar as paredes depois da pulverização durante 6 meses/um ano**	1	2	3	4	99
1021	Continuar a utilizar o seu MTILD depois de a casa ter sido pulverizada	1	2	3	4	99

\*dependendo da política nacional

\*\*irá depender do insecticida utilizado

## Atitudes

### 11. Percentagem de pessoas com uma atitude favorável em relação ao produto, prática ou serviço

Os entrevistadores avaliam a atitude perguntando aos inquiridos até que ponto concordam ou discordam com estas afirmações, normalmente segundo as opções da escala de quatro pontos (tipo Likert).

Todas as afirmações devem corresponder aos mesmo comportamento, produto ou problema. Os inquiridos exprimem os seus valores em termos do efeito esperado do comportamento, benefício ou dano esperado ou atributos positivos e negativos do comportamento ou produto.

Para calcular a atitude de um inquirido, é calculada uma pontuação média para as perguntas desta secção para esse inquirido. As escalas de Likert são convertidas de modo que “discordo totalmente” é codificado como -2 e “concordo totalmente” é codificado como +2. As perguntas invertidas são codificadas de forma inversa. “Não sabe/não tem a certeza” não é oferecido como opção, mas se o inquirido tiver dúvidas em relação a uma resposta, esta opção pode ser utilizada. No entanto, os entrevistadores devem receber instruções para não mencionar esta opção e para apenas a seleccionar caso o inquirido não queira responder. Qualquer resposta de “não sabe” não é incluída no cálculo da média.

Uma pontuação média inferior a zero seria classificada como uma atitude desfavorável face ao produto, prática ou serviço e uma pontuação média superior a zero seria classificada como uma atitude favorável em relação ao produto, prática ou serviço.

		DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO EM PARTE	CONCORDO EM PARTE	CONCORDO TOTALMENTE	NÃO SABE/ NÃO TEM A CERTEZA
<b>TRATAMENTO INTERMITENTE PREVENTIVO (TIP)</b>						
1101	Assim que uma mulher pensa que pode estar grávida, deve consultar um prestador de cuidados de saúde o antes possível	1	2	3	4	98
1102 (Inv)	Muitas vezes, as mulheres grávidas sentem-se enjoadas quando tomam medicamentos com o estômago vazio	1	2	3	4	99
1103 (Inv)	Mesmo que uma mulher pense que pode estar grávida, deve aguardar alguns meses para ter a certeza antes de consultar um prestador de cuidados de saúde	1	2	3	4	99
1104	Os prestadores de cuidados de saúde só darão um medicamento a uma mulher grávida se tiverem a certeza de que não é prejudicial para ela nem para o bebé	1	2	3	4	99
1105 (Inv)	Uma mulher grávida precisa da autorização do marido ou de outro familiar para ir a uma CPN	1	2	3	4	99
1106	Uma mulher grávida deve tomar várias doses do medicamento (SP) para se proteger da malária durante a gravidez	1	2	3	4	99
1107 (Inv)	Uma mulher grávida não corre um risco maior de contrair malária do que qualquer outro membro da comunidade	1	2	3	4	99
<b>MTILD</b>						
1108 (Inv)	Os MTILD mais caros são mais eficazes do que os MTILD mais baratos ou gratuitos	1	2	3	4	99
1109 (Inv)	Os MTILD apenas evitam as picadas de mosquitos quando utilizados com certos tipos de camas	1	2	3	4	99
1110 (Inv)	Em poucos meses, um MTILD fica com demasiados buracos para impedir a passagem de mosquitos	1	2	3	4	99
1111 (Inv)	O insecticida dos MTILD pode ser perigoso para as pessoas que dormem sob o mesmo	1	2	3	4	99
1112 (Inv)	É difícil dormir bem sob um MTILD quando está calor	1	2	3	4	99
1113	Dormir sob um MTILD é uma boa forma de conseguir privacidade numa casa onde vivem muitas pessoas	1	2	3	4	99
1114 (Inv)	Não dormiria sob um MTILD se não gostasse da cor do mesmo	1	2	3	4	99
1115	É mais fácil ter uma boa noite de sono quando dorme sob um MTILD	1	2	3	4	99
1116	Um MTILD é utilizado sobretudo para evitar a malária	1	2	3	4	99



		DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO EM PARTE	CONCORDO EM PARTE	CONCORDO TOTALMENTE	NÃO SABE/ NÃO TEM A CERTEZA
1117 (Inv)	Um MTILD é utilizado sobretudo para evitar ser picado por parasitas durante o sono	1	2	3	4	99
1118	É bom que as pessoas utilizem MTILD	1	2	3	4	99
1119	As mulheres grávidas devem dormir sob um MTILD todas as noites	1	2	3	4	99
1120	As crianças com menos de cinco anos devem dormir sob um MTILD todas as noites	1	2	3	4	99
1121 (Inv)	Só é necessário utilizar um MTILD durante as estações das chuvas	1	2	3	4	99
1122 (Inv)	Quando dorme sob um MTILD sente-se a sufocar	1	2	3	4	99
<b>DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO</b>						
1123	O prestador de cuidados de saúde é sempre a melhor pessoa para consultar quando pensa que o seu filho/ alguém da sua família pode ter malária	1	2	3	4	99
1124 (Inv)	É fácil saber se uma febre é ou não um caso de malária	1	2	3	4	99
1125	Uma pessoa só deve tomar medicação contra a malária se um prestador de cuidados de saúde confirmar que a febre é malária	1	2	3	4	99
1126 (Inv)	Mesmo que o teste seja negativo, alguns pais continuam a pensar que o seu filho tem malária	1	2	3	4	99
1127 (Inv)	Se o primeiro prestador de cuidados de saúde que consultar disser que a febre não se deve à malária, dirigir-se-á a um segundo prestador para obter o medicamento contra a malária	1	2	3	4	99
1128 (Inv)	As pessoas não precisam de fazer um teste para saber se têm malária	1	2	3	4	99
1129	O melhor local para procurar tratamento contra a malária/ACT para crianças com menos de cinco anos é uma unidade sanitária pública*	1	2	3	4	99
1130	O melhor local para procurar tratamento contra a febre para crianças com menos de cinco anos é uma clínica privada	1	2	3	4	99
1131	O melhor local para procurar tratamento contra a febre para crianças com menos de cinco anos é uma ONG ou instituição missionária	1	2	3	4	99
1132 (Inv)	Quando obtém o medicamento para tratamento da malária, guarda algum para outra pessoa da família que possa precisar	1	2	3	4	99
1133	Confia que os medicamentos que recebe irão curar a malária	1	2	3	4	99
1134	Os prestadores de cuidados de saúde têm muitos conhecimentos para tratar a febre em crianças menores de cinco anos	1	2	3	4	99
1135	Pensa que a medicina moderna é mais eficaz do que a medicina tradicional	1	2	3	4	99
1136 (Inv)	Não está muito satisfeito com os cuidados que recebeu no local onde procurou tratamento	1	2	3	4	99
<b>PULVERIZAÇÃO INTRA-DOMICILIÁRIA</b>						
1137	Não é perigoso para alguém tocar as paredes algumas horas depois de estas terem sido pulverizadas	1	2	3	4	99
1138	Quando as paredes de uma casa são pulverizadas, o odor do spray pode durar muitos dias.	1	2	3	4	99

		DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO EM PARTE	CONCORDO EM PARTE	CONCORDO TOTALMENTE	NÃO SABE/NÃO TEM A CERTEZA
1139	A maioria das famílias tem facilidade para tirar os seus bens das casas para que as paredes possam ser pulverizadas	1	2	3	4	99
1140 (Inv)	Muitas pessoas desenvolvem erupções cutâneas depois de as paredes das suas casas terem sido pulverizadas	1	2	3	4	99
1141 (Inv)	Muitas vezes, o líquido utilizado para pulverizar as paredes é demasiado diluído para matar muitos mosquitos	1	2	3	4	99
1142 (Inv)	A maioria das famílias ficaria preocupada se tivesse de deixar os seus bens fora de casa enquanto as paredes estão a ser pulverizadas	1	2	3	4	99
1143 (Inv)	Pode ser embaraçoso deixar todos os bens fora de casa, onde podem ser vistos por outras pessoas da comunidade	1	2	3	4	99
1144	Pulverizar as paredes interiores de uma casa para matar os mosquitos não provoca quaisquer problemas de saúde para as pessoas que vivem nela	1	2	3	4	99
1145	O governo não iria pulverizar as paredes interiores de uma casa se não fosse um método eficaz para prevenir a malária	1	2	3	4	99

\* No caso de contextos em que está a ser implementada a gestão integrada de casos comunitários, deve ser incluída a seguinte opção: "O melhor local para procurar tratamento contra a febre para crianças com menos de cinco anos é junto de um profissional de saúde da comunidade".

## Normas

### 12. Percentagem de pessoas que acreditam que a maioria dos seus amigos e membros da comunidade põe em prática o comportamento actualmente

Este indicador é calculado como a percentagem de inquiridos que pensam que "pelo menos metade" ou mais (códigos 1, 2 e 3) da sua comunidade põem em prática o comportamento em questão. Os códigos 1, 2 e 3 estão agrupados numa única categoria ("pelo menos metade"). Os códigos 4 e 5 estão agrupados noutra categoria ("menos de metade"). "Não sabe/não tem a certeza" não é oferecido como opção, mas se o inquirido tiver dúvidas em relação a uma resposta, esta opção pode ser utilizada. De qualquer das formas, os entrevistadores devem receber formação no sentido de encorajar os inquiridos a escolher uma das outras categorias.

Pergunta n.º	Pergunta	Respostas	Código
1201	De modo geral, em quantos agregados familiares da sua comunidade as pessoas dormem sob um MTILD	TODOS OS AGREGADOS FAMILIARES	1
		A MAIORIA DOS AGREGADOS FAMILIARES	2
		MAIS DE METADE	3
		MENOS DE METADE	4
		QUASE NENHUM AGREGADO FAMILIAR	5
		NÃO SABE	99
1202	De modo geral, a quantas mulheres da sua comunidade são realizados pelo menos 4 exames médicos gerais* por um prestador de cuidados de saúde quando estão grávidas	TODAS AS MULHERES	1
		A MAIORIA DAS MULHERES	2
		MAIS DE METADE DAS MULHERES	3
		MENOS DE METADE DAS MULHERES	4
		QUASE NENHUMA MULHER	5
		NÃO SABE	99
1203	De modo geral, quantas crianças na sua comunidade se dirigem a um prestador de cuidados de saúde no mesmo dia em que desenvolvem febre	TODAS AS CRIANÇAS	1
		A MAIORIA DAS CRIANÇAS	2
		MAIS DE METADE DAS CRIANÇAS	3
		MENOS DE METADE DAS CRIANÇAS	4
		QUASE NENHUMA CRIANÇA	5
		NÃO SABE	99

\* A adaptar com base na política de TIP do país

## Comportamentos

### 13. Percentagem de pessoas que põem em prática o comportamento recomendado

As informações detalhadas e as perguntas do inquérito sobre a medição dos indicadores comportamentais, incluindo os numeradores e denominadores, estão disponíveis nos **Indicadores do inquérito às famílias para controlo da malária** do GRMA.<sup>26</sup>

- Percentagem da população que dormiu sob um MTILD na noite anterior
- (Indicador adicional 13.1) Rácio de acesso-utilização: o numerador é a “percentagem da população que dormiu sob um MTILD na noite anterior”. O denominador é a “percentagem da população com acesso a um MTILD dentro do seu agregado familiar”.
- A percentagem de mulheres que receberam três ou mais doses de TIP<sup>27</sup> no âmbito das CPN durante a última gravidez
- Percentagem de crianças menores de cinco anos que tiveram febre nas últimas duas semanas e para as quais foi solicitado aconselhamento ou tratamento no mesmo dia ou no dia seguinte ao início da febre
- Percentagem de crianças menores de cinco anos que tiveram febre nas últimas duas semanas e às quais foi feito o teste de picada do dedo ou calcanhar
- Percentagem de crianças que receberam ACT entre crianças menores de cinco anos que tiveram febre nas últimas duas semanas e às quais foram administrados medicamentos antimaláricos

Algumas perguntas do IIM, IDS e outros inquéritos de CAP são apresentadas a seguir para referência. As perguntas que não estão incluídas nos inquéritos IDS ou IIM actuais mas que podem ser tidas em consideração para CAP ou outros inquéritos comunitários, estão assinaladas com um asterisco. Quando os países adaptam as ferramentas do inquérito, as perguntas devem, tanto quanto possível, reflectir as recomendações e mensagens-chave a nível nacional.

Os indicadores de efeitos comportamentais ideais para gestão de casos e TIP têm um componente de beneficiário e de prestador. Para a gestão de casos, o beneficiário deve procurar tratamento para a febre e o prestador deve cumprir as directrizes nacionais relativamente aos testes e tratamento no posto de atendimento. Para o TIP, as mulheres grávidas devem comparecer às CPN no início e ao longo da gravidez e o prestador das CPN deve disponibilizar o TIP conforme indicado pelas directrizes nacionais. Alguns indicadores adicionais avaliam o comportamento do prestador de cuidados de saúde mais directamente, mas as definições ainda não foram padronizadas:

- Percentagem de mulheres grávidas em CPN que receberam TIP de acordo com as directrizes nacionais
- Percentagem de casos de febre nos quais foi realizado um teste de diagnóstico de malária ou percentagem de casos de malária confirmados através de diagnóstico
- Percentagem de casos testados/tratados/não tratados de acordo com os resultados do teste ou percentagem de casos positivos confirmados que receberam ACT

A medição destas práticas pode ser complexa. Actualmente não existem métodos padronizados e existe uma variação significativa nas fontes de dados, como SGIS e inquéritos em unidades sanitárias, e nas definições dos indicadores entre países. De momento, sugerimos que os programas/avaliadores utilizem indicadores alternativos com base em medições de inquéritos às famílias padronizados e aprovados, IDS, IIM, MICS, outros inquéritos comunitários, definidos acima.

Por último, para o indicador “Percentagem de mulheres grávidas que compareceram a, pelo menos, uma, duas ou três CPN segundo as directrizes nacionais”, a informação para o cálculo deste indicador está disponível no **Guide to DHS Statistics**.<sup>28</sup>

Pergunta n.º	Pergunta	Respostas	Código
<b>Utilização de MTILD</b>			
1301	Peça ao inquirido para lhe mostrar todas as redes que existem no agregado familiar <sup>1</sup>  Relativamente às perguntas seguintes, uma resposta por cada rede	PARA CADA REDE: OBSERVADA NÃO OBSERVADA	1 2
1302	Há quantos meses o seu agregado familiar adquiriu a rede mosquiteira?	PARA CADA REDE _ _ MESES _ _ ANOS NÃO TEM A CERTEZA	1 2 99

<sup>26</sup> GRMA 2013

<sup>27</sup> A orientação da RBM 2013 baseia-se na mais recente orientação da OMS sobre TIP. Uma vez que as políticas de TIP podem variar de país para país, este indicador pode ser modificado para reflectir o contexto do país.

<sup>28</sup> MEASURE DHS, 2006

Pergunta n.º	Pergunta	Respostas	Código
1303	Observe ou pergunte qual a marca/o tipo de rede mosquiteira.  Se a marca for desconhecida e não conseguir observar a rede, mostre fotografias de tipos/marcas de rede típicos ao inquirido	PARA CADA REDE REDE MOSQUITEIRA TRATADA COM INSECTICIDA DE LONGA DURAÇÃO - MARCA A - MARCA B - OUTRA MARCA/MARCA DESCONHECIDA (Para as opções acima, passe para a pergunta 606)  OUTRA MARCA MARCA DESCONHECIDA	1 2 3  4 5
1304	Alguém dormiu sob esta rede mosquiteira na noite passada?	SIM NÃO NÃO TEM A CERTEZA	1 2 99
1305	Quem dormiu sob esta rede mosquiteira na noite passada?  REGISTE O NOME DA PESSOA E O NÚMERO DO CALENDÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR.	NOME  NÚMERO DE LINHA	
1306	No caso das <b>crianças</b> que não dormiram sob a rede mosquiteira na noite passada, quais foram as razões para tal?	MUITO CALOR MUITO FRIO A CRIANÇA CHORA A CRIANÇA TEM MEDO NÃO HÁ MTLID SUFICIENTES A REDE NÃO ESTAVA PENDURADA UTILIZADA POR ADULTOS A REDE NÃO É UTILIZADA EM VIAGEM A REDE NÃO ESTÁ EM BOAS CONDIÇÕES A REDE É MÁ PARA A SAÚDE DAS CRIANÇAS A REDE TEM DEMASIADOS BURACOS OUTRO (ESPECIFICAR):	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 88
1307*	No caso dos <b>adultos</b> que não dormiram sob a rede mosquiteira na noite passada, quais foram as razões para tal?	MUITO CALOR MUITO FRIO A REDE NÃO ESTAVA PENDURADA A REDE NÃO É UTILIZADA EM VIAGEM A REDE NÃO ESTÁ EM BOAS CONDIÇÕES A REDE TEM DEMASIADOS BURACOS OUTRO (ESPECIFICAR):	1 2 3 4 5 6 88
<b>Pulverização intra-domiciliária</b>			
1308*	Em algum momento dos últimos 12 meses veio alguém a sua casa para pulverizar as paredes interiores contra os mosquitos? <sup>2</sup>	SIM NÃO NÃO SABE	1 2 99
<b>Gravidez e tratamento intermitente preventivo</b>			
1309	Quando esteve grávida do/a (NOME), consultou alguém para ter acesso a consultas pré-natais durante esta gravidez?	SIM NÃO	1 2
1310	Quantas vezes teve acesso a consultas pré-natais durante esta gravidez?	NÚMERO DE VEZES  NÃO SABE	  99
1311	Durante esta gravidez, tomou SP/Fansidar para evitar contrair malária?	SIM NÃO NÃO SABE	1 2 99
1312	Quantas vezes tomou (SP/Fansidar) durante esta gravidez?	__ __ VEZES	
1313	Obteve SP/Fansidar numa consulta pré-natal, noutra consulta numa unidade sanitária ou a partir de outra fonte?  SE EXISTIR MAIS DO QUE UMA FONTE, REGISTE A MAIOR FONTE NA LISTA.	CONSULTA PRÉ-NATAL OUTRA CONSULTA NA UNIDADE OUTRA FONTE	1 2 3

Pergunta n.º	Pergunta	Respostas	Código
<b>Febre nas crianças</b>			
1314	O/A (NOME) esteve doente com febre nalgum momento nas duas últimas semanas?	SIM NÃO NÃO SABE	1 2 99
1315	Procurou aconselhamento ou tratamento para a doença junto de qualquer fonte?	SIM NÃO	1 2
1316	Onde procurou aconselhamento ou tratamento  Noutro lugar?  SONDAR PARA IDENTIFICAR CADA TIPO DE FONTE  SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR SE SE TRATA DO SECTOR PÚBLICO OU PRIVADO, ESCREVA O NOME DO LOCAL	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL PÚBLICO CENTRO DE SAÚDE PÚBLICO POSTO DE SAÚDE PÚBLICO CLÍNICA MÓVEL TRABALHADOR NO TERRENO OUTRO SECTOR PÚBLICO (ESPECIFICAR):  <b>CENTRO MÉDICO PRIVADO</b> CLÍNICA/HOSPITAL PRIVADO FARMÁCIA MÉDICO PRIVADO CLÍNICA MÓVEL TRABALHADOR NO TERRENO OUTRO SERVIÇO MÉDICO PRIVADO (ESPECIFICAR):  <b>OUTRA FONTE</b> LOJA MÉDICO DE MEDICINA TRADICIONAL MERCADO OUTRO (ESPECIFICAR):	1 2 3 4 5 6  7 8 9 10 11 12  13 14 15 88
1317*	A análise por microscópio estava disponível no local onde procurou aconselhamento ou tratamento?	PARA CADA LOCAL ONDE O INQUIRIDO PROCUROU ACONSELHAMENTO OU TRATAMENTO SIM NÃO NÃO SABE	1 2 99
1318*	Estavam disponíveis TDR no local onde procurou aconselhamento ou tratamento?	PARA CADA LOCAL ONDE O INQUIRIDO PROCUROU ACONSELHAMENTO OU TRATAMENTO SIM NÃO NÃO SABE	1 2 99
1319	Quantos dias depois do aparecimento da febre é que procurou tratamento pela primeira vez para o/a (NOME)?	NO MESMO DIA NO DIA SEGUINTE DOIS DIAS DEPOIS DO APARECIMENTO DA FEBRE TRÊS OU MAIS DIAS DEPOIS DO APARECIMENTO DA FEBRE NÃO SABE	1 2 3 4 99
1320*	Caso não tenha sido realizado um teste: Por que motivo não realizou um teste ao/à (NOME)?	O CENTRO DE SAÚDE FICA MUITO LONGE NÃO CONFIO NO TESTE DE MALÁRIA NÃO EXISTIAM TESTES DE MALÁRIA NO CENTRO DE SAÚDE NÃO GOSTO DO PESSOAL DO CENTRO DE SAÚDE NÃO TENHO DINHEIRO PARA O TESTE O TESTE NÃO FOI OFERECIDO PELO PRESTADOR NÃO TINHA TEMPO PARA ESTAR À ESPERA PARA FAZER O TESTE OUTRO (ESPECIFICAR): NÃO SABE	1 2 3 4 5 6 7 88 99
1321*	No seu agregado familiar, quem é que normalmente decide comprar medicamentos quando o seu filho tem malária: o(a) senhor(a), o(a) seu(sua) cônjuge, os dois ou outra pessoa?	INQUIRIDO CÔNJUGE DECISÃO CONJUNTA OUTRA PESSOA (ESPECIFICAR) NÃO SABE	1 2 3 88 99

Notas: a lista de membros do agregado familiar pode ser utilizada para recolher dados para os indicadores que medem a utilização de MTILD. A lista de membros do agregado familiar é aplicável a todos os membros do agregado familiar, mulheres grávidas e crianças menores de cinco anos. Normalmente, a presença de um MTILD é verificada no momento da entrevista.

## Anexo 4: Estudos de casos para escolher e adaptar indicadores e perguntas

### Estudo de caso 1: Selecionar indicadores com base na fase do programa

**Problema comportamental:** uma análise de dados recentes do IDS no país X concluiu que a utilização de MTILD entre as pessoas que têm acesso a uma rede é a mais baixa do país, especialmente numa província.

**Fase de investigação formativa:** a equipa realizou uma análise da situação, fazendo a triangulação do inquérito IDS, do grupo de reflexão e dos dados do inquérito de CAP. Os membros da equipa utilizaram todos os indicadores deste guia, incluindo, entre outros, o rácio de acesso-utilização, as atitudes relativamente às redes, particularmente em relação aos benefícios e as desvantagens de utilizar uma rede, a susceptibilidade perceptível, as normas sociais e a auto-eficácia relativa à utilização de uma rede ao longo do ano. Os debates do grupo de reflexão realizados na província revelaram que as pessoas não davam muita importância à utilização de redes, especialmente na estação seca. Acreditavam que, por não haver muitos mosquitos, a malária não constituía um problema. Muitas pessoas não acreditavam que os seus vizinhos utilizassem MTILD de forma consistente.

Um inquérito de CAP confirmou que as pessoas consideravam que a malária não era uma ameaça na estação seca, quando há poucos mosquitos, e que acreditam que os vizinhos não utilizavam MTILD de forma consistente. Além disso, consideravam que as redes mosquiteiras para camas provocavam desconforto durante a noite.

**Fase de concepção da estratégia:** durante a fase de concepção, a equipa identificou objectivos **específicos** para a sua campanha e desenvolveram um plano de M&A **correspondente**.

Estratégia de CMSC	Indicadores do plano de M&A
Objectivo comportamental: <b>aumentar a utilização das redes disponíveis</b> de 60% para 75% durante os dois anos que restam do projecto	<b>Rácio de acesso-utilização</b>
Objectivo de comunicação: <b>aumentar o risco perceptível da malária</b> durante o ano inteiro, incluindo na estação seca	Susceptibilidade perceptível

**Monitorização de resultados:** devido ao arranque lento do projecto, a equipa decidiu reforçar as peças de teatro da comunidade para atingir os objectivos ao nível do número de peças de teatro. Os relatórios de actividade incidiram sobre os seguintes indicadores:

- Número de actividades de CMSC (peças de teatro) realizadas
- Número de pessoas alcançadas

**Monitorização dos públicos:** o programa solicitou a uma agência de pesquisa de mercado que adicionasse algumas perguntas ao seu inquérito global trimestral. Adicionaram dois indicadores:

- Percentagem de pessoas que se lembram de ter visto ou ouvido alguma mensagem sobre a malária nos últimos seis meses
- Percentagem de pessoas que entendem que estão em risco de contrair malária

Nos seis meses que se seguiram, a percentagem de pessoas que se lembraram de uma mensagem relacionada com a utilização de redes aumentou de 55% para 82%. As taxas de susceptibilidade perceptível também aumentaram de 64% para 78%. Incentivado por estes resultados, o financiador prolongou o financiamento da campanha por mais um ano.

**Avaliação:** uma avaliação, inquérito de CAP transversal com representatividade provincial, recolheu dados dois anos após o início da campanha. O rácio de acesso-utilização aumentou para 0,75 e a utilização de redes foi associada à exposição à campanha. Do mesmo modo, a probabilidade de as pessoas expostas à campanha se sentirem susceptíveis à malária era maior, pelo que a probabilidade de utilizarem uma rede também era maior. Outros indicadores medidos no final incluíram:

- Percentagem de pessoas que se lembram de ter visto ou ouvido alguma mensagem sobre a malária nos últimos seis meses
- Percentagem de pessoas que se lembram do slogan da campanha
- Percentagem de pessoas que entendem que estão em risco de contrair malária
- Percentagem da população que utiliza redes entre as pessoas que têm acesso a uma no seio do seu agregado familiar

O sucesso da campanha foi atribuído a diversos factores:

- A equipa manteve uma mente aberta e examinou os resultados a partir de um grande número de potenciais indicadores/factores motivacionais antes de optar por mudar um determinante principal.
- O foco da campanha num factor, susceptibilidade perceptível, manteve a mensagem clara, consistente e memorável.
- A utilização de relatórios de actividade e o pagamento de apenas duas perguntas no inquérito global permitiram que a campanha monitorizasse o sucesso do alcance do público.

- A utilização dos resultados do inquérito global para demonstrar as mudanças na susceptibilidade perceptível justificou o alargamento da campanha por mais 12 meses, o que consolidou ainda mais a possibilidade de a campanha atingir o seu objectivo.

## Estudo de caso 2: Adaptar indicadores e perguntas à quimioprevenção sazonal da malária

A quimioprevenção sazonal da malária é a administração de até quatro doses mensais de SP e de amodiaquina em crianças dos três aos 39 meses durante a estação de elevada transmissão de malária. A Organização Mundial da Saúde apoia a QSM desde 2012. A QSM pode prevenir até 75% dos casos de malária sem complicações e graves. É eficaz nas áreas onde a época da malária dura quatro meses ou menos ou onde a resistência à SP é baixa, como a região do Sahel.

A Speak Up Africa (SUA) é uma ONG internacional com sede em Dacar, Senegal, e Nova Iorque, EUA. As actividades de CMSC da SUA procuraram: a) sensibilizar os agregados familiares quanto às visitas de voluntários de saúde comunitária que administram a primeira dose, b) relembrar aos prestadores de cuidados que deviam administrar a segunda, terceira e quarta doses em casa e c) aconselhar os prestadores de cuidados sobre o que fazer caso ocorram efeitos secundários.

Em 2015, um ano após a implementação, a SUA pretendia medir os níveis de conhecimento, atitudes e práticas da população-alvo relacionadas com a malária para servir de base para futuros programas. Os investigadores adaptaram diversos indicadores e perguntas do **Guia de referência dos indicadores de CMSC da RBM** para servir de base para a recolha de dados qualitativa e quantitativa. O estudo reuniu dados sobre os indicadores destacados abaixo. Foram utilizadas as mesmas ferramentas de recolha de dados na Gâmbia, na Guiné, no Níger e no Mali.

Categoria	Indicadores utilizados nas ferramentas de recolha de dados (os indicadores específicos de QSM estão a negrito)
Memória	1. Percentagem de pessoas que se lembram de mensagens sobre <b>QSM</b>
Conhecimento	2. Percentagem de pessoas que apontam os mosquitos como a causa da malária
	3. Percentagem de pessoas que sabem que o principal sintoma da malária é a febre
	4. Percentagem de pessoas que conhecem o tratamento da malária
	5. Percentagem de pessoas que conhecem medidas preventivas contra a malária
	6. Percentagem de pessoas que conhecem a <b>QSM</b> (perguntas feitas sobre o seu objectivo, população-alvo e duração do tratamento)
Risco e eficácia	7. Percentagem de pessoas que entendem que estão em risco de contrair malária
	8. Percentagem de pessoas que pensam que as consequências da malária são graves
	9. Percentagem de pessoas que acreditam que a prática ou o produto recomendado irá reduzir o risco a que estão sujeitas ( <b>QSM</b> , MTILD, TIP)
Normas	10. Percentagem de pessoas que acreditam que a maioria dos seus amigos e membros da comunidade põe em prática a QSM actualmente
Atitudes	11. Percentagem de pessoas com uma atitude favorável em relação ao produto, prática ou serviço ( <b>QSM</b> , MTILD, TIP)
Comportamento	<b>10.</b> Percentagem de pessoas que põem em prática o comportamento recomendado:
	• Percentagem da população que dormiu sob um MTILD na noite anterior
	• Percentagem de crianças com menos de cinco anos que tiveram febre nas últimas duas semanas e para as quais foi procurado aconselhamento ou tratamento
	• Percentagem de pessoas que <b>realizaram o tratamento de QSM</b>

O estudo encontrou um bom nível de conhecimento relativo à malária e às boas práticas, tais como a utilização de redes mosquiteiras para camas. Além disso, o conhecimento sobre a QSM era profundo, tal como a aceitação de intervenções de QSM e a cobertura da mesma. Para obter mais informações, contacte Fara Ndiaye através de [fara.ndiaye@speakupfrica.org](mailto:fara.ndiaye@speakupfrica.org).

## Anexo 5: Referências

Este documento foi obtido a partir de diversos inquéritos implementados em diferentes países por diferentes parceiros. Os documentos consultados incluem:

### Questionários de inquérito

Inquéritos padrão baseados na população

1. MEASURE Evaluation. Inquéritos demográficos e de saúde. ([www.dhsprogram.com](http://www.dhsprogram.com))
2. Rutstein SO, Rojas G. Guide to DHS Statistics. Calverton, MD: ORC Macro, 2003; MEASURE DHSp, 2003. ([http://dhsprogram.com/pubs/pdf/DHSG1/Guide\\_to\\_DHS\\_Statistics\\_29Oct2012\\_DHSG1.pdf](http://dhsprogram.com/pubs/pdf/DHSG1/Guide_to_DHS_Statistics_29Oct2012_DHSG1.pdf))
3. Parceria Roll Back Malaria. Inquérito de indicadores da malária. ([www.malariasurveys.org](http://www.malariasurveys.org))
4. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Inquérito de indicadores múltiplos. ([mics.unicef.org](http://mics.unicef.org))

Inquéritos específicos do programa

1. Cruz Vermelha Liberiana. Questionário de inquérito base para a prevenção da malária do programa comunitário de gestão de catástrofes/saúde.
5. PSI Madagascar. Questionário de Madagascar: Avaliação pós-campanha da fase I e II da campanha de distribuição gratuita em massa de MTILD de cobertura universal.
6. MENTOR Initiative. Retenção, utilização, condição, preferência de redes e questionário de inquérito de IEC.
7. Population Services International. Inquérito TRaC.
8. Centro Johns Hopkins para Programas de Comunicação e Consórcio para a Malária. Avaliação pós-campanha do Senegal 2009-2010.
9. Programa Nacional de Controlo da Malária na Serra Leoa e Cruz Vermelha Canadiana. Avaliação de nove meses da campanha integrada contra o sarampo-malária na Serra Leoa.
10. Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados. Inquérito sobre cobertura e durabilidade de redes.
11. Centro Johns Hopkins para Programas de Comunicação. Inquéritos de CMSC na Nigéria, no Mali, em Madagascar e na Libéria.

### Documentos de recurso

1. Parceria Roll Back Malaria (RBM). 2013. Indicadores do inquérito às famílias para o controlo da malária. Genebra: RBM. <http://www.malariasurveys.org/documents/Household%20Survey%20Indicators%20for%20Malaria%20Control.pdf>
12. MEASURE Evaluation. Base de dados de indicadores online de planeamento familiar e de saúde reprodutiva. [https://www.measureevaluation.org/prh/rh\\_indicators](https://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators)
13. Análise de dados do tipo/escala de Likert

- a. Universidade de St Andrews. Analyzing Likert Scale/html?id+5667c06264e9b23c618b457c&asset-Key+AS%3A304636539139074%401449640034699
- b. Sullivan, G. M., e Artino Jr, A. R. 2013. Analyzing and interpreting data from Likert-type scales. *Journal OF Graduate Medical Education*, 5: 541-542.
14. Escala de desejabilidade social de Marlowe-Crowne
  - a. Versões completas: Crowne D.P., e D. Marlowe. 1960. A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology* 24(4): 349.
  - b. Versões resumidas: Reynolds W.M. 1982. Development of reliable and valid short forms of the Marlowe–Crowne Social Desirability Scale. *Journal of Clinical Psychology* 38(1): 119-125.
15. Family Health International (FHI). 2004. **Module 6: Monitoring and Evaluating Behavior Change Communication Programs. Monitoring HIV/AIDS Programs: A Facilitator's Training Guide.** Arlington, VA: FHI 360. [https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/Monitoring%20HIV-AIDS%20Programs%20\(Facilitator\)%20-%20Module%206.pdf](https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/Monitoring%20HIV-AIDS%20Programs%20(Facilitator)%20-%20Module%206.pdf)
16. Figueroa M.E., D.L. Kincaid, M. Rani, e G. Lewis. 2002. **Communication for Social Change: An Integrated Model for Measuring the Process and Its Outcomes.** Baltimore: Centro Johns Hopkins para Programas de Comunicação. [www.communicationforsocialchange.org/pdf/socialchange.pdf](http://www.communicationforsocialchange.org/pdf/socialchange.pdf)
17. Martin K. 2014. HC3 Research Primers Aid in SBCC Program Design. Baltimore: Centro Johns Hopkins para Programas de Comunicação. <https://healthcommcapacity.org/hc3-research-primers-aid-in-sbcc-program-design/>
18. Parceria Roll Back Malaria (RBM). 2015. **Lista de verificação para a apresentação de relatórios sobre avaliações de comunicações contra a malária.** Genebra: RBM. <http://www.thehealthcompass.org/sbcc-tools/checklist-reporting-malaria-communication-evaluations>
19. Koenker H., e A. Kilian. 2014. Recalculating the net use gap: a multi-country comparison of ITN use versus ITN access. *PLoS ONE* 9(5): e97496.
20. Koenker H., e E. Ricotta. 2016. **Insecticide-Treated Nets (ITN) Access and Use Report.** Baltimore: Centro Johns Hopkins para Programas de Comunicação, VectorWorks. [www.vector-works.org/resources/itn-access-and-use/](http://www.vector-works.org/resources/itn-access-and-use/)
21. VectorWorks, NetWorks. 2015. **Online Training Series on Evidence-Based Malaria Social & Behavior Change Communication (SBCC).** Baltimore: Centro Johns Hopkins para Programas de Comunicação. Obtido a partir do site: <http://www.vector-works.org/resources/online-training-on-evidence-based-malaria-social-and-behavior-change-communication-sbcc/>
22. Parceria Roll Back Malaria (RBM). 2014. **Guide to Developing M&E Plans for Malaria BCC Activities.** Genebra: RBM. Obtido a partir do site: <https://www.k4health.org/toolkits/networks-country-resources/guide-developing-me-plans-malaria-bcc-activities>



## Recursos específicos de teorias comportamentais

O prólogo deste manual apresenta uma visão geral de várias teorias de comunicação sobre saúde:

- de Fossard E. 1996. **How to Write a Radio Serial Drama for Social Development: A Script Writer's Manual**. Baltimore: Centro Johns Hopkins para Programas de Comunicação. <http://www.thehealthcompass.org/sbcc-tools/how-write-radio-serial-drama-social-development-script-writers-manual>

Estes conjuntos de ferramentas contêm diversas perspectivas sobre a teoria de comunicação sobre saúde:

- Knowledge for Health. Toolkits: Communication Theory Readings. **Tanzania ACE Mentoring Programme**. Baltimore: Centro Johns Hopkins para Programas de Comunicação. Obtido a partir do site: <https://www.k4health.org/toolkits/tanzania-ace/communication-theory-readings>
- Knowledge for Health. Toolkits: Communication theories and models. **Uganda Family Planning Communication Toolkit**. Baltimore: Centro Johns Hopkins para Programas de Comunicação. Obtido a partir do site: <http://www.k4health.org/toolkits/uganda-fpcommunication/communication-theories-and-models-0>
- VectorWorks, NetWorks. 2015. **Online Training Series on Evidence-Based Malaria Social & Behavior Change Communication (SBCC)**. Baltimore: Centro Johns Hopkins para Programas de Comunicação. Obtido a partir do site: <http://www.vector-works.org/resources/online-training-on-evidence-based-malaria-social-and-behavior-change-communication-sbcc/>

Extended Parallel Processing:

- Cho H., e K. Witte. 2005. Managing fear in public health campaigns: a theory-based formative evaluation process. **Health Promotion Practice** 6: 482-490.
- Douglas M. 1986. **Risk Acceptability According to the Social Sciences**. Nova Iorque: Russell Sage Foundation.
- Rimal R.N., e K. Real. 2003. Perceived risk and efficacy beliefs as motivators of change. **Human Communication Research** 29: 370-399.
- Witte K. 1992. Putting the fear back into fear appeals: the extended parallel process model. **Communication Monographs** 59(4): 329-349.

Teoria da aprendizagem social:

- Bandura A. 2004. Health promotion by social cognitive means. **Health Education Behavior** 31(2): 143-164.

Teoria do comportamento planejado:

- Ajzen I. Theory of planned behavior. Obtido a partir do site: <http://people.umass.edu/ajzen/tpb.html>
- Health Communication Capacity Collaborative (HC3). 2014. **Teoria do comportamento planejado: An HC3 Research Primer**. Baltimore: Centro Johns Hopkins para Programas de Comunicação. Obtido a partir do site: <https://healthcommcapacity.org/hc3resources/theory-of-planned-behavior-an-hc3-research-primer/>
- Fishbein M., e I. Ajzen. 1975. **Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research**. Reading, MA: Addison-Wesley.

Teoria da difusão de inovações:

- Knowledge for Health. Toolkits: Reading 6A: Chapter 1, "The miracle of Oryu Li" & Chapter 2, "The convergence model of communication and network analysis" from **Communication Networks: Toward a New Paradigm for**

Research. **Tanzania ACE Mentoring Programme**. Baltimore: Centro Johns Hopkins para Programas de Comunicação. Obtido a partir do site: <https://www.k4health.org/toolkits/tanzania-ace/reading-6a-chapter-1-%E2%80%9Cmiracle-oryu-li%E2%80%9D-chapter-2-%E2%80%9Cconvergence-model>

- Health Communication Capacity Collaborative (HC3). 2014. **Difusão de inovações: An HC3 Research Primer**. Baltimore: Centro Johns Hopkins para Programas de Comunicação. Obtido a partir do site: <https://healthcommcapacity.org/hc3resources/diffusion-of-innovations-an-hc3-research-primer/>

Modelo da crença na saúde

- Janz N., e M. Becker. 1984. The Health Belief Model: A Decade Later. **Health Behavior and Education**, 1, 1-47. Obtido a partir do site: <http://heb.sagepub.com/content/11/1/1.short>
- Glanz K., B. Rimer, e K. Viswanath. 2008. **Health Behavior and Health Education**. São Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Modelo de ideação
- Health Communication Capacity Collaborative (HC3). 2015. **Ideation: An HC3 Research Primer**. Baltimore: Centro Johns Hopkins para Programas de Comunicação. Obtido a partir do site: <http://www.healthcommcapacity.org/wp-content/uploads/2015/02/Ideation.pdf>
- Krenn S., L. Cobb, S. Babalola, M. Odeku e B. Kusemiju. 2014. Using behavior change communication to lead a comprehensive family planning program: the Nigerian Urban Reproductive Health Initiative. **Global Health: Science and Practice** 2(4): 427-443.

## Documentos citados

- Alaii J.A., W.A. Hawley, M.S. Kolczak, F.O. ter Kuile, J.E. Gimnig, J.M. Vulule, A. Odhacha, A.J. Oloo, B.L. Nahlen, e P.A. Phillips-Howard. 2003. Factors affecting use of permethrin-treated bed nets during a randomized controlled trial in western Kenya. **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene** 68(suppl 4): 137-141.
- Atkinson J., A. Bobogare, L. Fitzgerald, L. Boaz, B. Appleyard, H. Toaliu, e A. Vallely. 2009. A qualitative study on the acceptability and preference of three types of long-lasting insecticide-treated bed nets in Solomon Islands: implications for malaria elimination. **Malaria Journal** 8: 119.
- Bauch J.A., J.J. Gu, M. Msellem, A. Mårtensson, A.S. Ali, R. Gosling, e K.A. Baltzell. 2013. Perception of malaria risk in a setting of reduced malaria transmission: a qualitative study in Zanzibar. **Malaria Journal** 12: 75.
- Baume C.A., R. Reithinger, e S. Woldehanna. 2009. Factors associated with use and non-use of mosquito nets owned in Oromia and Amhara regional states, Ethiopia. **Malaria Journal** 8: 264.
- Beer N., A.S. Ali, H. Eskilsson, A. Jansson, F.M. Abdul-Kadir, G. Rotllant-Estelrich, A.K. Abass, F. Wabwire-Mangen, A. Björkman, e K. Källander. 2012. A qualitative study on caretakers' perceived need of bed-nets after reduced malaria transmission in Zanzibar, Tanzania. **BMC Public Health** 12: 606.
- Boulay M., M. Lynch, e H. Koenker. 2014. Comparing two approaches for estimating the causal effect of behaviour-change communication messages promoting insecticide-treated bed nets: an analysis of the 2010 Zambia malaria indicator survey. **Malaria Journal** 13: 342.
- Bowen H.L. 2013. Impact of a mass media campaign on bed net use in Cameroon. **Malaria Journal** 12: 36.
- Cundill B., H. Mbakilwa, C.I.R. Chandler, G. Mtove, F. Mtei, A. Willetts, E. Foster, F. Muro, R. Mwinyishehe, R. Mandike, R. Olomi, C.J.M. Whitty, e H. Reyburn. 2015. Prescriber and patient-oriented behavioural interventions to improve use of malaria rapid diagnostic tests in Tanzania: facility-based cluster randomised trial. **BMC Medicine** 13(1): 118.

- Gies S., S.O. Coulibaly, C. Ky, F.T. Ouattara, B.J. Brabin, e U. D'Alessandro. 2009. Community-based promotional campaign to improve uptake of intermittent preventive antimalarial treatment in pregnancy in Burkina Faso. **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene** 80(3): 460-469.
- Hill J., J. Hoyt, A.M. van Eijk, L. D'Mello-Guyett, F.O. Ter Kuile, R. Steketee, H. Smith, e J. Webster. 2013. Factors affecting the delivery, access, and use of interventions to prevent malaria in pregnancy in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. **PLoS Medicine** 10(7): e1001488.
- Kaufman M.R., D. Rweyemamu, H. Koenker, e J. Macha. 2012. "My children and I will no longer suffer from malaria": a qualitative study of the acceptance and rejection of indoor residual spraying to prevent malaria in Tanzania. **Malaria Journal** 11: 220.
- Keating J., P. Hutchinson, J.M. Miller, A. Bennett, D.A. Larsen, B. Hamainza, C. Changufu, N. Shiliya, e T.P. Eisele. 2012. A quasi-experimental evaluation of an interpersonal communication intervention to increase insecticide-treated net use among children in Zambia. **Malaria Journal** 11: 313.
- Kilian A., H. Lawford, C.N. Ujuju, T.A. Abeku, E. Nwokolo, F. Okoh, e E. Baba. 2016. The impact of behaviour change communication on the use of insecticide treated nets: a secondary analysis of ten post-campaign surveys from Nigeria. **Malaria Journal** 15: 422.
- Koenker H., A. Kilian, G. Hunter, A. Acosta, L. Scandurra, B. Fagbemi, E.O. Onyefunafoa, M. Fotheringham, e M. Lynch. 2015. Impact of a behaviour change intervention on long-lasting insecticidal net care and repair behaviour and net condition in Nasarawa State, Nigeria. **Malaria Journal** 14: 18.
- Lover A.A., B.A. Sutton, A.J. Asy, e A. Wilder-Smith. 2011. An exploratory study of treated-bed nets in Timor-Leste: patterns of intended and alternative usage. **Malaria Journal** 10: 199.
- Panter-Brick C., S.E. Clarke, H. Lomas, M. Pinder, e S.W. Lindsay. 2006. Culturally compelling strategies for behaviour change: a social ecology model and case study in malaria prevention. **Social Science & Medicine** 62(11): 2810-2825.
- Pulford J., I. Mueller, P.M. Siba, e M.W. Hetzel. 2012. Malaria case management in Papua New Guinea prior to the introduction of a revised treatment protocol. **Malaria Journal** 11: 157.
- Russell C.L., A. Sallau, E. Emukah, P.M. Graves, G.S. Noland, J.M. Ngondi, M. Ozaki, L. Nwankwo, E. Miri, D.A. McFarland, F.O. Richards, e A.E. Patterson. 2015. Determinants of bed net use in Southeast Nigeria following mass distribution of LLINs: implications for social behavior change interventions. **PLoS ONE** 10(10): e0139447.
- Scandurra L., A. Acosta, H. Koenker, D.M. Kibuuka, e S. Harvey. 2014. "It is about how the net looks": a qualitative study of perceptions and practices related to mosquito net care and repair in two districts in eastern Uganda. **Malaria Journal** 13: 504.
- Strachan C.E., A. Nuwa, D. Muhangi, A.P. Okui, M.E. Helinski, e J.K. Tibenderana. 2016. What drives the consistent use of long-lasting insecticidal nets over time? A multi-method qualitative study in mid-western Uganda. **Malaria Journal** 15: 44.
- Wijesinghe R.S., J.M. Atkinson, A. Bobogare, L. Wini, e M. Whittaker. 2011. Exploring provider and community responses to the new malaria diagnostic and treatment regime in Solomon Islands. **Malaria Journal** 10: 3.

Contracapa: Logótipos

---







