

RBM Partnership
To End Malaria



**Guia de Referência Indicador para
a Comunicação para a Mudança Social
e de Comportamentos contra a Malária:
Segunda edição**

Setembro de 2017

Copyright © 2017 Roll Back Malaria Partnership

o Roll Back Malaria Partnership (RBM) é a estrutura global para a ação coordenada contra a malária. Fundada em 1998 pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e o Banco Mundial e reforçada pela experiência, recursos e compromisso de mais de 500 organizações parceiras, o RBM é uma parceria público-privada que facilita a incubação de novas ideias, apoia abordagens inovadoras, promove o compromisso político ao mais alto nível e mantém a malária no topo da agenda global, possibilitando, harmonizando e ampliando iniciativas de sensibilização orientadas por parceiros. O RBM fornece orientação política e assegura apoio financeiro e técnico para os esforços de controlo nos países e controla o progresso em direção a metas universais.

As designações geográficas empregadas nesta publicação não representam ou implicam qualquer opinião ou julgamento por parte do RBM sobre o estatuto legal de qualquer país, território, cidade ou área, as suas autoridades governamentais ou estatais ou na delimitação das respetivas fronteiras. A menção a empresas específicas ou a produtos de determinados fabricantes não implica que sejam promovidos ou recomendados pelo RBM em detrimento de outros de natureza semelhante que não são mencionados ou representados. Este documento pode ser revisto, cotado, reproduzido e traduzido gratuitamente, parcial ou integralmente, desde que a fonte seja citada.

Os autores agradecem às organizações e fotógrafos que concederam permissão para que as suas fotos constem desta publicação. Os créditos fotográficos encontram-se no interior da contracapa. A permissão para reproduzir qualquer uma destas fotos só pode ser concedida pelos proprietários originais.

Em caso de perguntas e comentários, contacte: Angela Acosta (angela.acosta@jhu.edu), Jessica Butts (jbutts@cdc.gov) e Mariam Nabukenya Wamala (nabukem@yahoo.com).

Citação sugerida: Parceria RBM para Erradicar a Malária. 2017. *Guia de Referência Indicador para a Comunicação para a Mudança Social e de Comportamentos contra a Malária: Segunda edição*. Venier, Suíça: RBM

Agradecimentos

Este guia é um produto da colaboração concertada entre muitos parceiros para a comunicação para a mudança social e de comportamentos (CMSC). As contribuições para a primeira edição (fevereiro de 2014) incluíram 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 agradecidos a todos os indivíduos que contribuíram com os seus valiosos conselhos técnicos e comentários.

Ajudaram a garantir que este guia seja o reflexo do pensamento atual da comunidade. Representaram:

- Abt Associates
- American Refugee Committee International
- Chemonics
- Family Health International 360
- ICF International
- Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho
- Centro Johns Hopkins para Programas de Comunicação
- Malaria Consortium
- Malaria No More
- Manoff Group
- Population Services International
- Iniciativa do Presidente contra a Malária
- Society for Family Health
- Speak Up Africa
- Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine
- Fundação das Nações Unidas para a Infância
- Representantes do programa nacional de controlo da malária de vários países, incluindo o Burkina Faso, Madagáscar, Malawi, Nigéria, Serra Leoa e Zâmbia.

Este guia foi tornado possível graças ao apoio generoso do povo americano através da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e a Iniciativa do Presidente contra a Malária ao abrigo dos termos do Acordo Cooperativo entre a USAID/Johns Hopkins University N.º GHS-A-00-09-00014-00 (NetWorks Project), AID-OAA-A-14-00057 (VectorWorks Project) e AID-OAA-A-12-00058 (Health Communication Capacity Collaborative Project). O conteúdo é da responsabilidade dos autores e não reflete necessariamente as opiniões da USAID, do governo dos Estados Unidos ou da Johns Hopkins University.

Conteúdo

Agradecimentos.....	4
Conteúdo.....	5
Acrónimos.....	6
Introdução.....	7
Lista Resumida dos Indicadores de Prioridade.....	9
Parte 1: Orientação sobre Indicadores de Seleção e Monitorização.....	11
Quadro para Monitorização e Avaliação de Programas CMSC contra a Malária.....	11
Indicadores de Seleção e Monitorização.....	11
Fontes de Dados.....	14
Género.....	18
Parte 2: Indicadores de Prioridade.....	19
Folhas de Referência de Indicadores.....	19
Memória.....	19
Conhecimentos.....	20
Risco e Eficácia.....	21
Normas.....	24
Atitudes.....	24
Comportamentos.....	25
Resultados do Programa.....	27
Parte 3: Anexos.....	30
Anexo 1: Teorias sobre Comunicação e Mudança de Comportamentos.....	30
Anexo 2: Lista de Verificação para Comunicação sobre Avaliações da CMSC contra a Malária.....	35
Anexo 3: Perguntas do Inquérito e Métodos de Medição.....	36
Anexo 4: Casos Práticos para Selecionar e Adaptar Indicadores e Perguntas.....	54
Caso Prático 1: Selecionar indicadores com Base na Fase do Programa.....	54
Caso Prático 2: Adaptar Indicadores e Perguntas a Quimioprevenção Sazonal da Malária.....	55
Anexo 5: Referências.....	56

Acrónimos

ACT	Terapia combinada baseada em Artemisinina
AMM	Administração maciça de medicamentos
ANC	Cuidados pré-Natais
APS	Avaliação da Provisão de Serviço
CAP	Conhecimentos, atitudes e práticas
CCP	Centro Johns Hopkins para Programas de Comunicação
CMSC	Comunicação sobre mudança social e comportamental
GRMA	Grupo de Referência de Controlo e Avaliação
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde
IIM	Inquérito de Indicadores Múltiplos
IPTp	Tratamento preventivo intermitente da malária na gravidez
IRS	Pulverização residual interna
IST	Rastreio e tratamento intermitente
ITN	Rede tratada com Inseticida
LIM	Levantamento de Indicadores de Malária
M&E	controlo e avaliação
MAPP	Modelo de Processamento Paralelo Alargado
OMS	Organização Mundial de Saúde
QSM	Quimioprevenção sazonal da malária
RBM	Parceria Roll Back Malaria
SARA	Service Availability and Readiness Assessment
SIGL	sistema de informação de gestão de logística
SIGS	Sistema de informação de gestão de saúde
SP	Sulfadoxina-pirimetamina
SUA	Speak Up Africa
TDR	Teste de diagnóstico rápido
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional

Introdução

O financiamento da luta contra a malária sofreu um aumento exponencial nos últimos 15 anos e muitos países estão a ampliar as atividades de controlo de modo a cumprir os ambiciosos objetivos globais. A comunicação para a mudança social e de comportamentos (CMSC) tem constituído um componente importante das estratégias eficazes de controlo da malária. Apesar da sua importante função, contudo, um controlo e avaliação (M&E) robustos dos programas CMSC tem-se revelado um desafio. Uma das maiores barreiras é a falta de transparência relativamente a indicadores adequados.

Antecedentes

Em 2011, 15 organizações iniciaram o esforço de desenvolver indicadores padrão da CMSC contra a malária através da partilha das ferramentas de levantamento. Em 2012, um comité de especialistas agrupou os indicadores por temas e comparou-os com os indicadores da CMSC na **Base de Dados Online dos Indicadores de Planeamento Familiar e Saúde Reprodutiva**¹ e nos **Indicadores do Inquérito ao Agregado Familiar para Controlo da Malária**².

O Grupo de Trabalho de RBM da CMSC publicou a primeira edição do **Guia de Referência Indicador de Malária da CMSC** em 2014. Durante os três anos seguintes, o grupo de trabalho procurou ativamente obter comentários dos seus membros acerca do guia. Os membros debateram as alterações durante reuniões pessoais em Baltimore, Maryland, EUA e na reunião anual em Dacar, Senegal, em 2016. O comité de especialistas, que mais tarde se tornou na M&E Task Force, elaborou os rascunhos das duas edições do guia indicador.

O que Há de Novo na Segunda Edição

A segunda edição oferece:

- Um conjunto mais simples de indicadores de prioridade com menos ênfase em indicadores experimentais.
- Inclusão de profissionais de saúde como público-alvo.
- Consideração de fontes de dados para além dos inquéritos nacionais ao agregado familiar.
- Orientação adicional sobre como selecionar e dar prioridade a indicadores para finalidades diferentes, especificamente, conceção, implementação e avaliação programáticas.
- Orientação adicional e exemplos sobre utilização e interpretação de dados.
- Um esquema de utilização mais fácil: recursos-chave, como perguntas a inquéritos e teorias, encontram-se agora nos anexos.

Objetivos

Este guia proporciona ao pessoal do programa, a funcionários governamentais e doadores um conjunto de indicadores prioritários de rastreio dos resultados dos programas da CMSC contra a malária. O objetivo é:

- Compilar indicadores considerados úteis pelas partes interessadas.
- Definir estes indicadores para que possam ser utilizados de forma consistente.
- Facilitar a M&E da CMSC disponibilizando os indicadores e as perguntas dos inquéritos num local centralizado.
- Fornecer exemplos e sugestões para selecionar indicadores, personalizando-os para contextos locais e utilizando-os em diferentes fases de um ciclo do programa.

Público-alvo Pretendido

Este guia foi desenvolvido para vários grupos:

- Funcionários da CMSC e da M&E nos programas nacionais de controlo da malária.
- Gestores e pessoal de organizações responsáveis pela implementação das atividades da CMSC.
- Investigadores e pessoal da M&E com a tarefa de avaliar o progresso e os resultados dos programas da CMSC.
- Representantes de agências doadoras.

Como Utilizar o Guia

Os leitores podem utilizar o guia para:

- Selecionar indicadores para planos de M&E e propostas de financiamento.
- Recolher dados para informar o desenvolvimento de uma atividade da CMSC.
- Comunicar os objetivos de uma atividade da CMSC às partes interessadas.
- Monitorizar resultados intermédios para modificar programas de modo a obter um máximo de impacto e partilhar esses resultados.
- Recolher dados para avaliar os resultados do programa.
- Comparar resultados ao longo do tempo e nos diferentes programas.

Organização

O guia está organizado em três partes:

- **Parte 1** apresenta a Estrutura da M&E e fornece uma orientação abrangente sobre a seleção de indicadores e fontes de dados, bem como considerações de género.
- **Parte 2** fornece detalhes sobre cada um dos 17 indicadores prioritários. Os indicadores inscrevem-se em várias categorias: memória, conhecimentos, riscos e eficácia, normas, atitudes, comportamentos e resultados do programa. A folha de referência de cada indicador contém informações detalhadas sobre o objetivo, a definição (incluindo numerador e denominador), desagregação, utilização e interpretação de dados e as forças e limitações do indicador. À semelhança do guia de indicadores do inquérito ao agregado familiar do GRMA de RBM, este guia sugere indicadores adicionais relacionados com os indicadores prioritários que possam ter interesse para os programas. Os resultados sobre estes indicadores podem ser obtidos realizando sub-análises sobre os indicadores prioritários ou recolhendo dados adicionais.
- **Parte 3** consiste em anexos que incluem um debate sobre como os indicadores selecionados e as teorias de mudança de comportamento podem ser utilizados para compreender o funcionamento das atividades da CMSC, uma lista de verificação para avaliar a qualidade da atividade da CMSC contra a malária e os respetivos resultados, e perguntas do inquérito que podem ser utilizadas para medir os indicadores.

Limitações

Este guia não representa uma lista exaustiva de todos os indicadores da CMSC contra a malária. Em vez disso, recomenda os indicadores que podem ser mais úteis aos programas e sugere de que modo estes indicadores podem ser adaptados a intervenções específicas, tais como quimioprevenção sazonal da malária; públicos, como trabalhadores sazonais; e contextos epidemiológicos, como epidemias.

¹ Avaliação MEASURE 2017

² Grupo de Referência de Controlo e Avaliação RBM 2013

Existem outros indicadores que podem ser úteis na planificação ou avaliação de uma atividade da CMSC que não seja tratada diretamente neste guia. Especificamente, os autores deste guia reconhecem que os comportamentos dos profissionais de saúde, e os fatores que influenciam estes comportamentos, desempenham um papel fundamental na prevenção e no tratamento da malária. Ao mesmo tempo que este guia considera os profissionais de saúde o público-alvo para os quais é possível medir comportamentos e os fatores comportamentais, é necessária orientação adicional sobre as melhores abordagens para medir os comportamentos dos profissionais de saúde, nomeadamente no cumprimento das diretrizes nacionais para gestão e prevenção de casos de malária durante a gravidez. O desenvolvimento desta orientação para profissionais de saúde está fora do âmbito da atual versão deste documento. Os leitores podem pretender consultar os inquéritos aos serviços de saúde que tratam a malária (incluindo a Avaliação da Provisão de Serviço [APS], disponíveis no site do programa Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS), o Grupo de Trabalho de M&E da CMSC de RBM ou o GRMA de RBM para obter orientação adicional sobre este tópico.

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

- Satisfação com os serviços de saúde
- Disponibilidade de bens contra a malária, como medicamentos e testes e acesso a serviços
- Acesso a meios de comunicação e preferências
- Participação da comunidade, liderança, coesão social e autoeficácia coletiva

Uma vez que estas medidas podem ser importantes na compreensão dos comportamentos do público-alvo, aconselhamos os utilizadores a fazer a triangulação de dados de outras fontes tanto quanto possível.

Para comentários ou perguntas

Agradecemos os seus comentários sobre este documento. Os comentários dos utilizadores melhoraram este recurso para a comunidade da CMSC contra a malária. Envie reflexões e sugestões aos co-presidentes do grupo de trabalho de M&E: Angela Acosta (angela.acosta@jhu.edu), Jessie Butts (jbutts@cdc.gov) e Mariam Nabukenya Wamala (nabukem@yahoo.com).

Lista Resumida dos Indicadores de Prioridade

Este guia indicador contém 17 indicadores prioritários divididos nas seguintes categorias: memória, conhecimentos, riscos e eficácia, normas, atitudes, comportamento e resultados do programa. Alguns indicadores incluem sub-indicadores (denominados indicadores adicionais abaixo), que podem ser comprovados através de perguntas adicionais ou sub-análises.

Memória

1. Proporção de pessoas que se lembram de ter ouvido ou visto mensagens sobre a malária nos últimos seis meses

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

Fontes de dados

IDS, Levantamento de Indicadores de Malária (LIM), Inquérito de Indicadores Múltiplos (IIM); outros inquéritos comunitários; inquéritos aos serviços de saúde, caso sejam adaptados a prestadores

Utilizações

Avaliar o alcance das atividades gerais da CMSC ou de uma campanha específica

Conhecimentos

2. Proporção de pessoas que indica os mosquitos como sendo a causa da malária

- Indicador adicional 2.1. Proporção de pessoas que apenas indica os mosquitos como sendo a causa da malária

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

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

4. Proporção de profissionais de saúde que sabem que a única forma de diagnóstico rigorosa da malária é através de um teste (teste de diagnóstico rápido [TDR] ou análise microscópica)

5. Proporção de pessoas que conhecem o tratamento contra a malária

6. Proporção de pessoas que conhecem medidas comprovadas de prevenção da malária

- Indicador adicional 6.1. Proporção de pessoas com informações erradas sobre práticas de prevenção da malária eficazes

- Indicador adicional 6.2. Proporção de pessoas que sabem que o IPTp constitui uma forma de proteger uma mãe e o seu bebé contra a malária durante a gravidez
- Indicador adicional 6.3. Proporção de profissionais de saúde que conhecem as diretrizes nacionais para dosagem do IPTp (momento e frequência)

Fontes de dados

IDS, LIM, IIM; outros inquéritos comunitários para os indicadores 2, 3, 5 e 6; inquéritos aos serviços de saúde para o indicador 4 e outros indicadores adaptados a prestadores de cuidados de saúde

Utilizações

- Estudos formativos para informar a conceção de atividades da CMSC
 - Controlo e avaliação de públicos se os conhecimentos tiverem sido orientados especificamente para a intervenção
- Os indicadores nesta secção podem ser adaptados a públicos-alvo específicos, como mulheres grávidas, bem como a tipos de conhecimento mais específicos, como os conhecimentos dos profissionais de saúde sobre o calendário de dosagem do IPTp. A adaptação de indicadores poderá requerer diferentes abordagens de recolha de dados.

Risco e Eficácia

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

8. Proporção de pessoas que sentem que as consequências da malária são graves (gravidade perceptível)

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

10. Proporção de pessoas que estão confiantes na sua capacidade de executar um comportamento específico relacionado com a malária (auto-eficácia)

Fontes de dados

IDS, LIM, IIM (numa base país-a-país); outros inquéritos comunitários; discussões com grupos de reflexão ou outra pesquisa qualitativa; inquéritos aos serviços de saúde, caso sejam adaptados a prestadores

Utilizações

- Estudos formativos para informar a conceção de atividades da CMSC poderão também ajudar a identificar motivos para a não adoção de determinados comportamentos entre a população-alvo, tais como barreiras à utilização de redes ou razões para os profissionais de saúde não utilizarem TDRs
- Controlo e avaliação de públicos se o risco/eficácia tiverem sido orientados especificamente para a intervenção
- Os indicadores nesta secção podem ser adaptados a públicos-alvo específicos, como prestadores de cuidados, e devem ser adaptados a um produto, serviço ou comportamento.

Normas

11. Proporção de pessoas que acreditam que a maioria dos seus amigos e membros da comunidade praticam o comportamento atualmente

Fontes de dados

IDS, LIM, IIM (numa base país-a-país); outros inquéritos comunitários; discussões com grupos de reflexão ou outra pesquisa qualitativa

Utilizações

- Estudos formativos para informar a conceção de atividades da CMSC poderão também ajudar a identificar motivos para a não adoção de determinados comportamentos entre a população-alvo
- Controlo e avaliação de públicos se as normas/attitudes tiverem sido orientadas especificamente para a intervenção
- Este indicador pode ser adaptado a públicos-alvo específicos, como prestadores de saúde, e devem ser adaptados a um produto, serviço ou comportamento.

Atitudes

12. Proporção de pessoas com uma atitude favorável relativamente ao produto, serviço ou comportamento

Fontes de dados

IDS, LIM, IIM (numa base país-a-país); outros inquéritos comunitários; discussões com grupos de reflexão ou outra pesquisa qualitativa

Utilizações

- Estudos formativos para informar a conceção de atividades da CMSC poderão também ajudar a identificar motivos para a não adoção de determinados comportamentos entre a população-alvo
- Controlo e avaliação de públicos se as normas e atitudes tiverem sido orientadas especificamente para a intervenção

Este indicador pode ser adaptado a públicos-alvo específicos, como prestadores de saúde, e devem ser adaptados a um produto, serviço ou comportamento.

Comportamento

13. Proporção de pessoas que praticam o comportamento recomendado

Comportamentos benéficos

- Dormir debaixo de ITNs: Proporção da população que dormiu debaixo de uma ITN na noite anterior
- Indicador adicional 13.1. Rácio utilização-acesso de ITN. A proporção da população que utiliza redes, entre aquelas pessoas que têm acesso a uma no seu agregado familiar
- Participar de cuidados pré-natais (ANC) no início e durante a gravidez: Proporção de mulheres que participaram em, pelo menos, uma, duas e três consultas de ANC durante a última gravidez
- Procurar tratamento para a febre: Proporção de crianças com menos de cinco anos com febre nas últimas duas semanas para as quais foi procurado aconselhamento ou tratamento no dia do aparecimento da febre ou no seguinte

Fontes de dados

IDS, LIM, IIM; outros inquéritos à comunidade

Comportamentos do prestador de serviços

- Fornecer IPTp de acordo com diretrizes nacionais: Proporção de grávidas em ANC que receberam IPTp de acordo com as diretrizes nacionais
- Fornecer a gestão de casos de malária de acordo com as diretrizes nacionais (testes e tratamento)
- Proporção de casos de febre que recebem um teste de diagnóstico de malária
- Proporção de casos examinados tratados/não tratados de acordo com os resultados do teste

Fontes de dados

Inquérito aos serviços de saúde, revisão do registo da ANC

Nota: Os indicadores de proxy para estes comportamentos dos prestadores de serviços podem ser obtidos a partir de inquéritos aos agregados familiares, tais como IDS, LIM e IIM. Estes incluem:

- Proporção de mulheres que receberam três ou mais doses de IPTp no âmbito de ANC durante a última gravidez
- Proporção de crianças com menos de cinco anos com febre nas últimas duas semanas que fizeste o teste com picada no dedo ou calcanhar
- Proporção que recebe uma terapia de combinação baseada em artemisina (ACT) entre crianças com menos de cinco anos com febre nas últimas duas semanas que receberam medicamentos antimaláricos

Utilizações

- Estudos formativos para identificar o comportamento prioritário/problemático
- Avaliação para determinar se a atividade da CMSC contribuiu para uma mudança mensurável do comportamento

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

A medição dos comportamentos dos beneficiários e dos profissionais de saúde irá ajudar a determinar a que ponto a toma reduzida de IPTp, os testes e/ou as taxas de tratamento com ACT pode dever-se ao desempenho dos profissionais de saúde em comparação com o comportamento de procura de cuidados ou a disponibilidade de bens.

Resultados do Programa

1. Número de materiais produzidos
2. Número de pessoas alcançadas
3. Número de atividades da CMSC realizadas
4. Número de pessoas que receberam formação

Fontes de dados

Relatórios de atividade, como relatórios de monitorização dos meios de comunicação social, certificados de transmissão, relatórios de atividades de mobilização da comunidade, relatórios de formação, relatórios de TIC ou painéis

Utilizações

Informa os gestores sobre se as atividades estão a ser finalizadas de acordo com o plano. Estas informações sobre os relatórios de avaliação informam os leitores da escala e intensidade do programa, ajudando-os a aferir a qualidade da intervenção que está a ser avaliada. Comunicar sempre um objetivo, por exemplo, como um denominador, para fornecer o contexto

Parte 1: Orientação sobre Indicadores de Seleção e Monitorização

Quadro para Monitorização e Avaliação de Programas CMSC contra a Malária

Os quadros de monitorização e avaliação resumem o modo como os programas devem funcionar. São úteis para refletir sobre os objetivos programáticos e compreender se as atividades e estratégias planeadas são as mais adequadas.

O quadro na Figura 1 ilustra o modo como as atividades da CMSC influenciam a mudança de comportamentos. Mostra os caminhos através dos quais os resultados do programa influenciam efeitos a vários níveis e podem contribuir para impactos na saúde. Particularmente, o quadro fornece uma lista de indicadores para cada passo no processo. Este quadro mostra a que ponto uma CMSC eficaz requer que as mensagens atinjam o público-alvo, que estas mensagens influenciem o modo como as pessoas pensam acerca da malária, e, finalmente, adotam comportamentos que os irão proteger da malária. Utilizando a língua do quadro, concentramo-nos nos resultados das atividades da CMSC para realizar efeitos intermédios; estes por seu turno influenciam os efeitos dos comportamentos, que conduzem em última análise ao impacto na saúde, uma diminuição da carga da malária.

O quadro agrupa os indicadores por níveis de resultados:

- **Resultados do Programa.** Estes indicadores refletem o número de atividades da CMSC concluídas. Indicam se os resultados são suficientes para atingir e ter eco na população-alvo.
- **Efeitos Intermédios.** Os indicadores neste nível avaliam o efeito direto das atividades da CMSC nos públicos. Décadas de investigação sobre o VIH/SIDA, planeamento familiar e a malária mostraram que o conhecimento não é o único determinante de comportamentos. As perceções do risco, a eficácia da resposta, a auto-eficácia, as normas e atitudes são também associadas a um aumento da probabilidade de mudança de comportamento.³
- **Efeitos do Comportamento.** Ao longo do tempo, uma exposição aumentada a atividades da CMSC e alterações nos efeitos intermédios poderão conduzir a uma maior proporção da população que pratica os desejados comportamentos relacionados com a malária.
- **Impacto na Saúde.** As atividades da CMSC podem contribuir para uma redução da morbosidade e da mortalidade relacionadas com a malária atingindo as populações gerais e alvo e influenciando os seus conhecimentos, atitudes e comportamentos.

- É necessário um **Ambiente Propiciador** para suportar atividades da CMSC. Um ambiente propiciador é caracterizado por políticas que promovem comportamentos saudáveis relacionados com a malária, a disponibilidade de e o acesso a bens e uma infraestrutura sólida para prestação de serviços de saúde. Os programas devem avaliar se a adoção inferior de um comportamento se deve a fatores de atitude, acesso limitado a bens, problemas de prestação de serviços ou barreiras criadas por políticas. Ao mesmo tempo que este guia não fornece indicadores para todos estes problemas, os utilizadores interessados podem adaptar indicadores a partir da [Base de Dados Online dos Indicadores de Planeamento Familiar e Saúde Reprodutiva](#).

Indicadores de Seleção e Monitorização

Este guia fornece uma lista de indicadores da CMSC recomendados para programas de combate à malária que deverão ser considerados durante o planeamento das atividades de mudança de comportamentos.

Os autores não sugerem que os planeadores dos programas adotem automaticamente **todos** os indicadores; em vez disso, os planeadores de programas devem escolher os indicadores e as perguntas mais relevantes para as suas necessidades.

Nesta secção, apresentamos recomendações para a seleção de indicadores para necessidades de programas específicos, sugestões para adaptar indicadores para contextos ou comportamentos diferentes e sugestões para a seleção de perguntas para diferentes fontes de dados.

Selecionar Indicadores com Base nas Necessidades do Programa

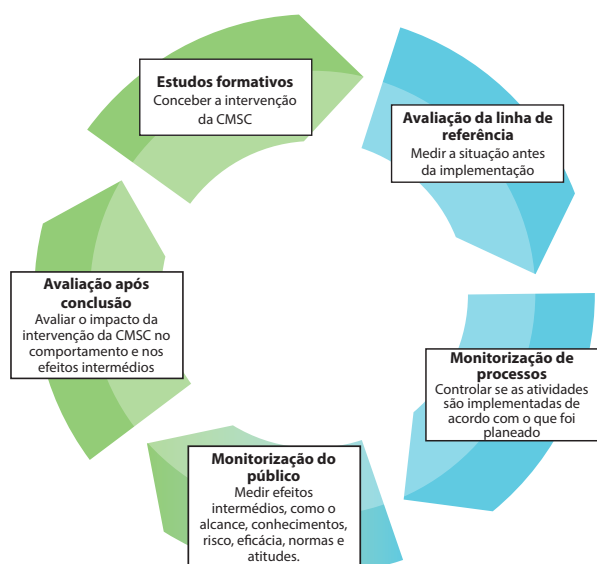
A Figura 2 identifica e resume cada uma das diferentes fases de M&E durante a vida de um programa. Determinados indicadores são mais relevantes em fases específicas.

Estudos formativos

Na fase inicial da conceção de uma atividade da CMSC, são necessários mais dados para análises exploratórias dos que os que serão necessários mais tarde para M&E de atividades de programas específicos. Os indicadores relevantes incluem os que medem os comportamentos além dos que medem os potenciais influenciadores da mudança de comportamento: conhecimentos, riscos e gravidade perceptíveis, auto-eficácia, eficácia da resposta, normas e atitudes. Caso sejam relevantes, os indicadores quer de beneficiários quer de prestadores de serviços devem ser tidos em conta nesta fase. Idealmente, estes indicadores serão complementados por outros dados, tais como o acesso a serviços e bens, informações demográficas sobre a população-alvo, hábitos associados a meios de comunicação e dados qualitativos que podem fornecer mais informações aprofundadas sobre o motivo de as pessoas se comportarem ou sentirem de uma certa forma. A triangulação de dados sobre comportamentos com dados sobre o acesso e a disponibilidade de bens essenciais irá ajudar a determinar se uma atividade da CMSC tem probabilidade de ter impacto na mudança de comportamento ou se os esforços melhoram outros aspetos do ambiente de prestação de serviços, tais como gestão de bens ou relatórios, devem também fazer parte do programa mais alargado.

³ 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; Boone 2014; Boulay 2014; Koenker 2013; Russell 2015; Cundill 2015; Strachan 2016; & Kilian 2016.

Figura 2. Necessidades de Monitorização e Avaliação Durante a Vida de um Programa



Os estudos formativos devem iniciar com fontes de dados existentes e poderão incluir grandes inquéritos a agregados familiares, tais como IDS, LIM e IIM; inquéritos comunitários mais pequenos; inquéritos a conhecimentos, atitudes e práticas (CAP); inquéritos aos serviços de saúde e até sistemas de informações de saúde de rotina (SISR), incluindo o sistema de informação de gestão de saúde (SIGS). Poderão ser necessárias atividades de recolha de dados formativos adicionais para colmatar as lacunas nos conhecimentos. Por exemplo, se a procura de cuidados de combate à febre for identificada como um comportamento “problemático”, mas as fontes de dados existentes não identificarem quais são as barreiras, poderá ser necessário um inquérito direcionado ao agregado familiar. Os dados qualitativos, incluindo discussões de grupos de reflexão e/ou entrevistas com informadores-chave, podem também ser úteis para complementar os dados quantitativos. Os dados sobre a disponibilidade de produtos e serviços poderão estar disponíveis em inquéritos a agregados familiares, inquéritos aos serviços de saúde, dados do programa e sistemas de informação de gestão logística (SIGL).

Avaliação de referência

Depois de reunir esta variedade de informações para estudos formativos, os programas podem desenvolver uma estratégia baseada naquilo que identificarem como os comportamentos prioritários/problemáticos; os determinantes comportamentais chave a adotar pelo programa, tais como os conhecimentos, o risco e a eficácia percebíveis, a auto-eficácia, a eficácia da resposta, normas e atitudes; e as abordagens de comunicação mais adequadas para alcançar o público a que se destinam. A estratégia resultante irá articular os objetivos comportamentais do programa da CMSC (o comportamento direcionado para a CMSC), os objetivos da comunicação (os fatores comportamentais identificados como influenciando a adoção de comportamentos), mensagens-chave, canais de comunicação e atividades. Os objetivos comportamentais e de comunicação informam em seguida a seleção dos indicadores de efeitos para avaliação. Os dados de referência podem já estar disponíveis para estudos formativos. Os indicadores de efeitos escolhidos nesta fase serão os mesmos que os que são utilizados para avaliação de linhas de fundo. Os dados na memória também devem ser recolhidos. A medição da memória no valor de referência pode ajudar a explicar por que razão as taxas de determinados comportamentos são baixas, que outras atividades da CMSC contra a malária estão a ser realizadas por outros parceiros em áreas vizinhas e qual o grau de rigor dos comportamentos auto-comunicados, em lugar de serem os desejados ou exagerados (preconceito de desejabilidade social).

As fontes de dados podem incluir (isoladamente ou em combinação): grandes inquéritos nacionais de agregados familiares, inquéritos comunitários mais pequenos, inquéritos aos serviços de saúde, entrevistas à saída e sistemas de informação de saúde potencialmente de rotina.

Monitorização de processos

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

As fontes de dados para monitorização de processos incluem geralmente relatórios de projeto ou de atividade, relatórios de supervisão e relatórios de monitorização dos meios de comunicação social. Os dados devem idealmente ser revistos e discutidos com toda a equipa da atividade da CMSC pelo menos a cada dois ou três meses de modo a abordar problemas e ajustar as atividades de forma atempada.

Apesar de úteis na gestão de programas os dados ao nível do resultado, não fornecem informações sobre o efeito das atividades da CMSC.

Monitorização de públicos

Uma vez que as avaliações ocorrem periodicamente, frequentemente a cada cinco anos, a monitorização de públicos pode ajudar os gestores a verificar se as mudanças desejadas estão a começar a acontecer na população-alvo. A monitorização de públicos, também conhecida como monitorização de efeitos, permite aos programas arranjar argumentos a favor da continuação do apoio às atividades da CMSC e fornece provas para ajustes e reprogramação, se necessário.

O indicador de monitorização de públicos mais importante é a memória que o público guarda das mensagens contra a malária. Os indicadores de monitorização de públicos adicionais devem incluir os comportamentos-alvo e os fatores comportamentais, conhecimentos, risco e gravidade percebíveis, auto-eficácia, eficácia da resposta, normas e atitudes. Estes são os mesmos indicadores medidos como valor de referência e de conclusão. Tal como acontece com os indicadores de monitorização de processos, os programas podem utilizar esta informação para efetuar ajustes intermédios nas atividades.

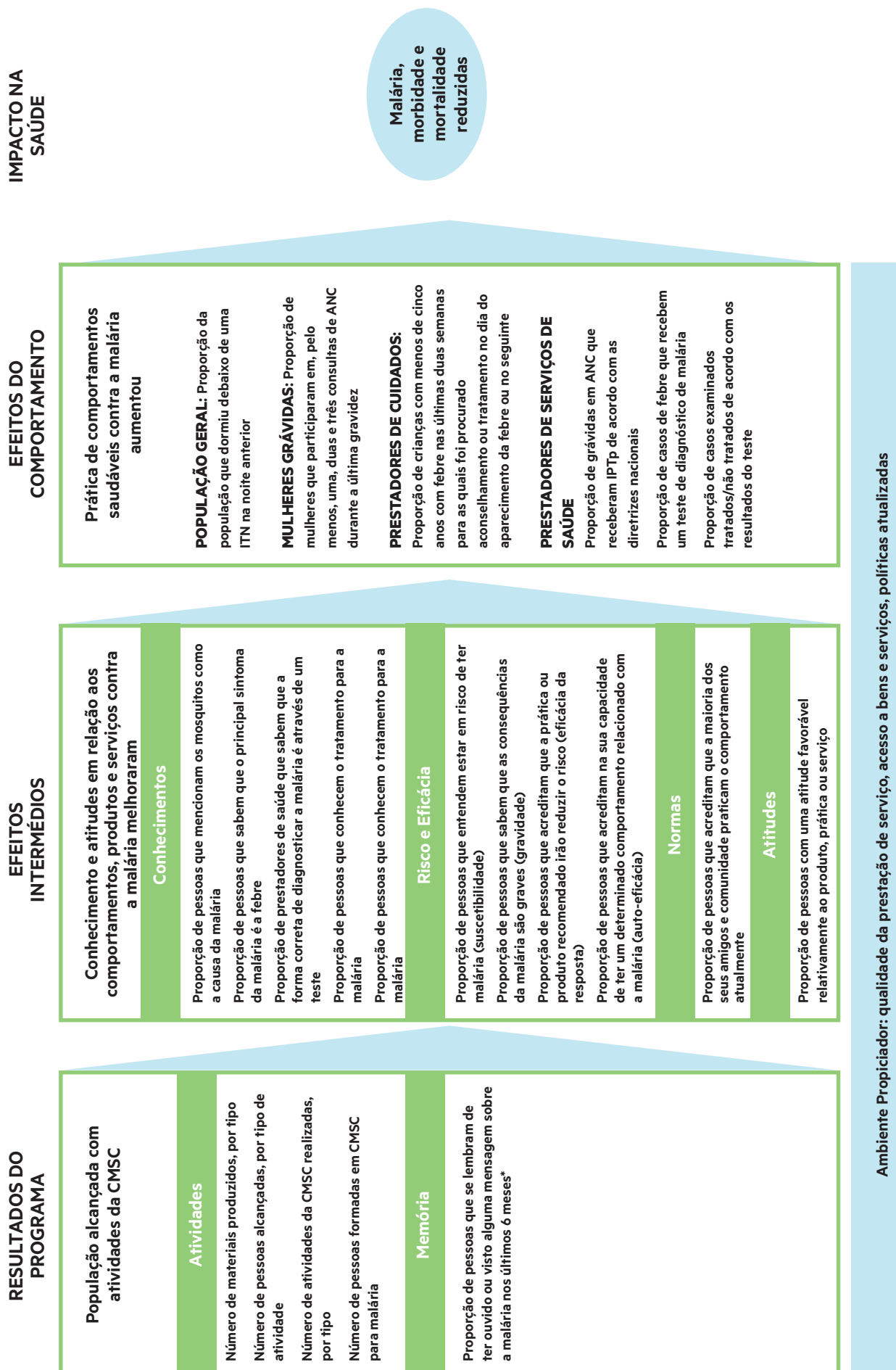
Os inquéritos rápidos, inquéritos gerais ou entrevistas à saída após, por exemplo, um evento ou uma visita a um serviço de saúde, podem fornecer dados para a monitorização de públicos. Caso estejam disponíveis suficientes recursos de dados, também é possível implementar um inquérito de avaliação intermédio.

Avaliação após conclusão

Os indicadores utilizados para o inquérito ao valor de referência e a monitorização de públicos, caso seja aplicável, devem ser utilizados para o inquérito após conclusão. Isto permite aos avaliadores estabelecer as mudanças de comportamento e os fatores comportamentais, conhecimentos, riscos e gravidade percebíveis, 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 medidas podem ter ocorrido em resposta a atividades da CMSC.

As principais fontes de dados para avaliação após conclusão devem ser consistentes com a recolha de dados do valor de referência e podem, novamente, incluir grandes inquéritos nacionais de agregados familiares, inquéritos comunitários mais pequenos, inquéritos aos serviços de saúde, entrevistas à saída e sistemas de informação de saúde de rotina. A recolha de dados qualitativos, tais como entrevistas e grupos de reflexão, irá fornecer um contexto interpretativo adicional aos resultados, incluindo o motivo pelo qual alguma coisa pode ou não funcionar, e irá ajudar a informar futuras intervenções.

Figura 1. Estrutura que Associa as Atividades da CMSC a Efeitos de Comportamentos e Impacto na Saúde



Caixa 1. Uma nota sobre a avaliação do impacto:

Embora os gestores do programa pretendam medir definitivamente o impacto das atividades da CMSC em comportamentos identificados, é difícil atribuir atividades da CMSC específicas a alterações de comportamento mensuráveis. As mudanças do comportamento poderão demorar tempo e os métodos requeridos para isolar quantitativamente os efeitos da CMSC na mudança de comportamentos requerem frequentemente um nível elevado de capacidade estatística além de recursos financeiros. Este facto não deve, contudo, desencorajar os programas. Em vez disso, devem garantir que os planos de M&E da CMSC incluem a memória e os efeitos intermédios, mudanças de conhecimentos, risco e gravidade perceptíveis, auto-eficácia, eficácia da resposta e atitudes, já que estes efeitos podem todos ser medidos, tanto como a monitorização de intervenção para calcular como é que as atividades da CMSC são recebidas e para ajustar programas de acordo com as necessidades, como para avaliar se os programas tinham o impacto pretendido na população-alvo.

Os dados de monitorização de processos e públicos devem ser disponibilizados aos avaliadores. Isto permite-lhes controlar a sequência de resultados e identificar as fraquezas e os pontos fortes do programa. Incluir um grupo de controlo ou de comparação adequado na estrutura da avaliação reforça ainda mais a evidência que a CMSC contribuiu para as alterações medidas.

Adaptar Indicadores

Apesar deste guia ajudar a facilitar a standardização e comparação de indicadores em todos os países, estes devem adaptar os indicadores ao seu contexto e necessidades específicos em vez de promover uma abordagem "universal".

Uma vez que a epidemiologia da malária sofre desvios de país para país, devido aos sucessos no controlo da malária e a fatores ambientais, entre outros, as atividades da CMSC terão de ser adaptadas a estes contextos variáveis. Novos comportamentos e intervenções tornar-se-ão relevantes, os públicos-alvo poderão mudar e outros fatores ambientais, tais como a percepção do risco, poderão ganhar importância. Os indicadores neste guia podem ser adaptados às seguintes intervenções:

- Quimioprevenção sazonal da malária (QSM)
- Utilização de larvicidas
- Rastreamento e tratamento intermitente (RTI)
- Administração maciça de medicamentos (AMM): toma e eficácia
- Resposta a surtos
- Detecção passiva e ativa de casos
- Outros comportamentos relacionados com ITN: dormir no exterior, manutenção e reparação de ITN e compra de ITN

Se estas intervenções forem pertinentes no contexto de malária de um país, os indicadores neste guia podem ser adaptados para medir a adoção de comportamentos relevantes além dos fatores ambientais relacionados, tais como a eficácia e as atitudes.

Do mesmo modo, muitos dos indicadores podem ser adaptados a outros públicos, tais como profissionais de saúde e populações móveis. As informações sobre os determinantes dos comportamentos dos prestadores podem ser obtidos adaptando os indicadores sobre risco, eficácia, normas e atitudes.

Compreender, por exemplo, a que ponto prestadores consideram a sulfadoxina-pirimetamina (SP) eficaz na prevenção da malária em mulheres grávidas, a apresentação de determinados sintomas é mais rigorosa que um TDR no diagnóstico da malária, ou de que modo a suscetibilidade e a gravidade da malária mudam quando uma área passa de transmissão elevada ou média para baixa podem ser úteis no desenvolvimento de atividades da CMSC direcionadas aos prestadores.

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

Para indicadores que tenham sido adaptados, os países devem documentar as definições de indicador e os métodos de medição revistos. Isto irá ajudar a garantir que os dados são recolhidos de forma consistente e os resultados interpretados corretamente, particularmente para comparações com outros países e programas.

Geralmente, é mais útil fazer o rastreio dos mesmos indicadores específicos localmente ao longo do tempo do que utilizar indicadores idênticos, mas difíceis de interpretar, em todos os países. Adaptar os indicadores pode também aumentar a responsabilidade e a capacidade locais na M&E da CMSC contra a malária.⁴

Consultar o Anexo 4 para obter casos práticos sobre a escolha e adaptação de indicadores e perguntas baseadas na fase de M&E e no tipo de intervenção.

Selecionar Perguntas e Indicadores para Fontes de Dados Específicos

Consultar a secção seguinte sobre Selecionar Fontes de Dados para obter orientação sobre a seleção de indicadores de IDS, LIM, IIM, inquéritos CAP e outras fontes de dados.

Fontes de Dados

Os dados utilizados para medir indicadores neste guia podem vir de várias fontes, como é indicado na Lista Resumida de Indicadores. Cada fonte de dados será **mais** ou **menos** relevante dependendo do comportamento do público interessado ou alvo, e cada uma tem 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 seleção de fontes adequadas é orientada por:

- 1. Quem ou o que está a ser medido:** Por exemplo, se os profissionais de saúde forem a população-alvo, será necessária a recolha de dados baseados nos serviços de saúde. Se os comportamentos relacionados com a utilização de redes forem o alvo, a recolha de dados baseada nos agregados familiares e na comunidade será mais relevante.
- 2. Âmbito geográfico:** Para uma atividade da CMSC a nível nacional ou regional, adicionar perguntas a um inquérito de nível nacional como o IDS ou LIM pode ser ideal se o timing for o correto para a referência/conclusão. Para intervenções concentradas numa área geográfica mais pequena, os inquéritos IDS ou LIM poderão não fornecer dados suficientes sobre a área-alvo para que os resultados tenham suficiente poder estatístico. Serão necessários dados mais concentrados localmente para serem utilizados.

⁴ Avaliação MEASURE 2017.

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

A triangulação de fontes de dados é ideal e **pode fornecer contexto valioso aos programas**. Por exemplo, os programas podem optar por rever resultados de inquéritos sobre indicadores da CMSC enquanto consultam dados de prestação de serviços LIM e relatórios de atividade do programa. Ao serem examinados em conjunto, os programas podem compreender melhor o contexto e os fatores que podem ter influenciado os resultados observados.

Inquéritos ao Agregado Familiar: IDS, LIM e IIMS.

Os módulos centrais do IDS e do LIM já medem a memória e os comportamentos. Existe uma pergunta para a memória de qualquer das mensagens da CMSC contra a malária, além de uma pergunta sobre o local onde o inquirido viu ou ouviu a mensagem. Existem também várias perguntas para medir comportamentos: utilização de redes, participação em ANC, IPTp, procura de cuidados, testes e tratamentos com ACTs. Estes indicadores/resultados devem ser utilizados para estudos formativos e avaliação sempre que estiverem disponíveis.

A capacidade para adicionar indicadores da CMSC e perguntas ao LIM e IDS varia entre países. Alguns países conseguem adicionar muitas perguntas, enquanto outros podem adicionar apenas uma ou duas, dependendo do número total de perguntas no inquérito e o envolvimento ou interesse na CMSC entre as partes interessadas. Se os países puderem adicionar apenas um ou duas perguntas sobre a CMSC ao IDS ou ao LIM, adicionar a pergunta 103, que mensagens contra a malária específicas ficaram, na memória da pessoa (utilização de redes, IPTp, ou testes), poderá ser a opção útil.

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

Cada indicador de efeitos intermédios (percepções de riscos, normas, atitudes e conhecimentos) requer muitas perguntas, tornando difícil aos países incluir estes indicadores nos inquéritos IDS e LIM. Embora tenhamos conduzido uma análise para verificar se o número de perguntas pode ser mais reduzido para esta edição do guia, as perguntas que vaticinavam uma mudança de comportamento eram diferentes entre países.

Assim, a escolha das perguntas para os indicadores de efeitos intermédios para IDS, LIM e IIMS deve ser feita numa base nacional utilizando as provas disponíveis, tais como inquéritos de CAP ou pesquisas qualitativas, nos determinantes de comportamentos mais prováveis e as perguntas de inquérito que constituem a melhor medida para esses determinantes nesse contexto. Encorajamos os programas e países a conduzir uma revisão da literatura antes de criar prioridades para perguntas adicionais para IDS, LIM e IIMS. A recolha de dados na lista restante/completa de perguntas de indicador de efeitos intermédios é normalmente mais exequível com um inquérito CAP.

Vantagens

Utilizar grandes inquéritos a agregados familiares baseados na população para captar indicadores da CMSC oferece aos países o benefício da utilização de um instrumento de inquérito robusto e standardizado que é representativo a nível nacional, e normalmente representativo na unidade administrativa subnacional seguinte, como uma região, estado ou distrito. Os inquéritos a agregados familiares fornecem dados valiosos sobre o estado da maior parte dos comportamentos e sobre o acesso a produtos e serviços, tais como ITNs e participação em ANC. São normalmente implementados a cada dois ou três anos pelo que o timing da recolha de dados é, na maior parte dos casos, previsível.

Limitações

Embora alguns dos indicadores neste guia sejam já o padrão nestes inquéritos, particularmente na memória e comportamentos básicos relacionados com a malária, muitos, como a perceção do risco e auto-eficácia, não o são. Adicionar perguntas a grandes inquéritos a agregados familiares baseados na população requer planificação e negociação antecipados, e os custos e a logística relacionados devem ser tidos em consideração, como uma amostra maior, formação especial dos entrevistadores e comprimento do questionário.

Os grandes inquéritos à escala nacional não podem normalmente fornecer as estimativas subnacionais necessárias para medir os efeitos de uma atividade da CMSC específica destinada a uma área geográfica limitada ou a uma população-alvo específica. Também estão limitados na sua capacidade de medir indicadores sobre a prestação de serviços de saúde (por exemplo, conhecimentos do profissional de saúde, atitudes e adesão a diretrizes) e de aceder a comportamentos e fatores comportamentais entre população com especial interesse, como grupos móveis.

Ao mesmo tempo que faz sentido tirar vantagem de atividades de recolha de dados planeada como um LIM, poderão não ser suficientemente flexíveis para satisfazer todas as necessidades de dados da CMSC. Uma revisão da literatura pode definir com clareza estas necessidades antes de defender a inclusão de perguntas da CMSC adicionais nestes tipos de inquéritos.

Inquéritos a Conhecimentos, Atitude e Práticas

Vantagens

Um inquérito de CAP a agregados familiares 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 respetivos parceiros e sogras), jovens, grupos minoritários ou uma população mais geral numa determinada região. Os inquéritos de CAP são normalmente concebidos para medir comportamentos e fatores comportamentais específicos para estudos formativos ou como parte da avaliação de um projeto. Na realidade, os dados recolhidos num inquérito de CAP implementados como estudo formativo podem também ser utilizados para recolha de dados de referência. Os inquéritos de CAP podem incluir perguntas para todos os indicadores de CMSC e mais. As perguntas devem abranger a memória e adoção de comportamentos, e para cada comportamento de interesse, devem ser incluídas para indicadores de efeitos intermédios.

Limitações

Não existe atualmente 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 na amostragem, desenvolvimento de questionários, implementação e análise. Os programas têm de prever estas necessidades e garantir a disponibilidade de capacidade recursos humanos relevante. Poderão também existir implicações de custos para a implementação de um inquérito a agregados familiares separado como um CAP. Contudo, 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 Serviços de Saúde

Vantagens

As atividades de recolha de dados baseados nos serviços de saúde têm um grande potencial para estudos formativos e avaliação da CMSC, particularmente para IPTp e gestão de casos, que dependem do cliente (ou prestador de cuidados) e conhecimentos, atitudes e comportamentos do profissional de saúde. Ao mesmo tempo que os inquéritos a agregados familiares podem captar a procura de cuidados contra a febre e a participação em ANC, existem importantes limitações ao que estes inquéritos nos podem dizer acerca das interações paciente-prestador; mais especificamente, não dizem nada acerca dos conhecimentos, crenças e atitudes do profissional de saúde relacionadas com a prestação de serviços. As fontes de dados dos serviços de saúde que podem captar indicadores da CMSC contra a malária incluem inquéritos sobre serviços de saúde, tais como os inquéritos de Service Available and Readiness (SARA) e Avaliação da Provisão de Serviço (SPA), revisões de registos e SIGS.

Um inquérito ao serviço de saúde é um termo abrangente para uma série de metodologias que podem captar diferentes aspetos da provisão de serviço. Um inquérito/avaliação ao serviço de saúde pode utilizar uma ou uma combinação dos seguintes métodos de recolha de dados:

- Observação de pacientes
- Entrevistas à saída dos pacientes
- Entrevistas ao prestador

Os inquéritos ao serviço de saúde podem fornecer dados valiosos sobre a disponibilidade de bens e equipamento necessários para a provisão de serviços de rotina, formação e supervisão de profissionais de saúde e níveis de contratação de pessoal.

Uma revisão aprofundada dos registos pode ser adicionada a um inquérito ao serviço de saúde ou conduzida independentemente. As revisões de registos podem revelar informações importantes sobre como os pacientes individuais são geridos num serviço: por exemplo, registos de ANC podem fornecer detalhes sobre a provisão de IPTp para mulheres grávidas e distribuição de redes de rotina.

Os dados de rotina e os relatórios de SIGS são potenciais fontes de dados adicionais normalmente acessíveis e facilmente disponíveis. Idealmente os relatórios serão utilizados para complementar outras fontes de dados baseadas nos serviços de saúde para estudos formativos, controlo e até avaliação. Outros tipos de dados de rotina podem incluir SIGL e relatórios de Formação de Proximidade e Supervisão de Apoio que poderão ser úteis no rastreio da disponibilidade de bens e na entrega de IPTp e serviços de gestão de casos.

Limitações

Os métodos dos inquéritos a serviços de saúde concebidos para avaliar comportamentos dos profissionais de saúde e os fatores que influenciam esses comportamentos, tais como os conhecimentos, eficácia e atitudes, não são atualmente standardizados a nível global.

A adesão do prestador à gestão de casos de malária e diretrizes de IPTp poderá ser difícil de medir devido ao preconceito de observação durante a observação direta do tratamento e do preconceito de memória durante as entrevistas à saída do paciente. As perguntas da entrevista ao prestador concebidas para avaliar os fatores comportamentais em torno dos conhecimentos, percepção de risco, eficácia, atitudes e normas para prestadores de serviços de saúde não foram validadas na medida que o foram outras perguntas incluídas neste guia.

A SPA é um tipo de inquérito aos serviços de saúde. Os serviços de combate à malária são por vezes incluídos como um módulo no inquérito, fornecendo uma oportunidade de abordar fatores comportamentais relacionados com a provisão de serviço. Contudo, os inquéritos da SPA são normalmente limitados a serviços de saúde formais e poderão não incluir farmácias e consultórios médicos individuais.

Deve ser tido especial cuidado ao interpretar os resultados das entrevistas à saída dos pacientes em inquéritos aos serviços de saúde uma vez que os inquiridos serão membros da comunidade com a tendência, capacidade e oportunidade para procurar e aceder a serviços de saúde e poderão não ser representativos da população.

Ao mesmo tempo que uma revisão aprofundada dos registos poderá requerer menos recursos e logística que um inquérito aos serviços de saúde, só pode ser utilizada para obter informações sobre os comportamentos dos prestadores de serviços de saúde; não pode ser utilizada para compreender fatores relacionados que influenciam comportamentos, com a possível exceção da disponibilidade de bens. Os registos poderão não revelar rigorosamente como um paciente é gerido, dependendo de práticas de registo de dados num determinado serviço. Adicionalmente, os registos podem estar incompletos, ilegíveis ou em falta, particularmente se os registos não forem guardados com cuidado ou por mais do que alguns anos. Os dados laboratoriais poderão ser registados num registo laboratorial separado e difícil de associar aos registos de pacientes externos.

Os dados de SIGS terão limitações semelhantes para revisões de registos, uma vez que apenas fornecem dados agregados que poderão ser de qualidade duvidosa e provavelmente de interpretação mais difícil. As discrepâncias adicionais poderão ser acumuladas como dados registados e compilados nos diferentes serviços e comunicados a níveis superiores. Mais uma vez, os dados de rotina dos registos e dos relatórios de SIGS poderão não fornecer em si provas definitivas dos comportamentos dos profissionais de saúde, mas podem ser utilizados para indicar a gestão de casos, a distribuição de ITN nos serviços de saúde e problemas de toma de IPTp e ser combinados com fontes de dados para um quadro mais completo das interações paciente-prestador.

Dados Qualitativos

Vantagens

Ao mesmo tempo que os indicadores apresentados neste guia são medidos através de dados quantitativos, dados qualitativos, obtidos em entrevistas com informadores-chave, grupos de reflexão e observações, também desempenham um papel importante. Os dados qualitativos fornecem informações contextuais ricas que investigam o quê, quando e como. Os dados recolhidos são frequentemente persuasivos para os leitores, ajudam a explicar os resultados quantitativos e informam futuras pesquisas.

Os indicadores neste guia podem ser adaptados como temas para perguntas e análise qualitativas. As perguntas devem ser abertas e elaboradas cuidadosamente de modo a que os inquiridos não sejam levados a pensar que é esperada uma resposta específica. Os dados qualitativos são fortemente utilizados para estudos formativos; contudo, os relatórios de M&E essencialmente quantitativos podem também beneficiar de referências e conhecimentos fornecidos por métodos qualitativos.

Limitações

Os métodos qualitativos recolhem dados de alguns indivíduos de modo a que as conclusões não possam ser generalizadas à população. Ao contrário do que acontece com os dados quantitativos, não conseguem fornecer estimativas rigorosas da frequência ou prevalência de várias perspetivas na população. Além disso, a qualidade da pesquisa depende fortemente das capacidades dos investigadores, pelo que é vital uma seleção e formação cuidadosas dos responsáveis pela recolha de dados e dos analistas de dados.

Relatórios de Atividade

Vantagens

Os relatórios de atividade fornecem informações essenciais sobre em que medida as atividades da CMSC foram corretamente implementadas, permitindo aos gestores de programas ajustar atividades de acordo com as necessidades. Estes relatórios fornecem informações sobre formações e atividades de mobilização de comunidades, o rastreio da quantidade de atividades foram realizadas e qual o número de participantes. Deve ser criado um sistema para recolha destes formulários de forma regular junto de implementadores e verificar se estão corretamente preenchidos. Os relatórios móveis, as visitas de supervisão e as reuniões para revisão de dados podem suportar adicionalmente estes canais.

Um relatório de monitorização de meios de comunicação é um tipo de relatório de atividade criado por agências de terceiros que controlam que materiais de rádio ou TV estão a ser transmitidos, em que momento e com que frequência. Isto permite ao programa negociar “compensações” ou difusões para compensar por transmissões incompletas. Quando não estão disponíveis serviços de monitorização dos meios de comunicação, os registos de transmissão podem ser pedidos junto das estações. Os registos das estações podem ser verificados tendo ouvintes baseados na comunidade que também ouvem e registam as datas e as horas das transmissões.

Limitações

Os relatórios de atividades podem por vezes estar atrasados, incompletos ou de má qualidade. As expectativas em torno da pontualidade devem ser comunicadas aos membros da equipa. Fornecer modelos de relatórios padrão melhora o rigor e a qualidade.

Inquéritos Gerais

Vantagens

Os inquéritos gerais são inquéritos regulares em larga escala realizados por empresas de marketing. As empresas cobram por cada pergunta adicionada ao inquérito. Os inquéritos gerais são frequentemente utilizados para monitorização de públicos para efeitos de rastreio da exposição a mensagens e atitudes-chave ao longo do tempo. Ocorrem frequentemente (trimestral ou semestralmente), as perguntas são pouco dispendiosas e podem ser obtidas amostras de nível nacional ou regional.

Limitações

Os inquéritos gerais são frequentemente orientados para áreas urbanas e os métodos de amostragem não são tão sólidos como os dos inquéritos aos agregados familiares.

Inquéritos por Telemóvel

Vantagens

Os inquéritos realizados por telemóvel podem custar significativamente menos que os inquéritos a agregados familiares. A recolha e análise dos dados é rápida. É fácil testar incentivos além de diferentes formas de elaborar ou ordenar as perguntas.

Limitações

A utilidade de inquéritos por telemóvel depende em grande medida do acesso do público a um telemóvel e o tempo disponível e inclinação para responder a um inquérito por telemóvel. Por exemplo, embora um inquérito por telemóvel a nível nacional realizado no Gana em 2017 tenha conseguido chegar aos objetivos de amostragem entre os indivíduos entre os 18 e os 30 anos e tenha tido um bom alcance tanto em áreas urbanas como rurais, os objetivos de amostragem não foram atingidos para mulheres grávidas e prestadores de cuidados a 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 um inquérito a um agregado familiar. A qualidade das respostas pode também ser afetada por não estar presente um entrevistador para explicar as perguntas que o inquirido não compreendeu.

Análises a Conteúdos em Meios de Comunicação

Vantagens

As análises de conteúdos em meios de comunicação são utilizados para controlar o nível de discussão em torno de um tópico. Por exemplo, um projeto de sensibilização e defesa contra a malária poderá analisar as notícias transmitidas pela TV, os jornais ou a rádio para determinar a frequência com que os políticos são apresentados empenhados em atividades relacionadas com a malária ou a fazer declarações de apoio sobre o financiamento do combate à malária. Estas análises são relativamente baratas e não requerem trabalho de campo.

Do mesmo modo, os comentários no Facebook, WhatsApp, Twitter e outras redes sociais podem ser quantificados e analisados para verificar a frequência e o número de utilizadores envolvidos. A análise das redes sociais pode examinar uma variedade de tópicos, incluindo os temas de discussão semelhantes aos indicadores neste guia.

Uma vez que não requer trabalho de campo, a análise de conteúdos é um dos métodos de pesquisa mais fáceis. É útil na observação de tendências ao longo do tempo como parte da monitorização de públicos.

Limitações

A qualidade e utilidade da análise de meios de comunicação estão limitadas pela quantidade de materiais disponíveis para análise. Existe maior probabilidade de as emergências ou questões altamente controversas gerarem uma cobertura noticiosa ou através das redes sociais, em comparação com os eventos normais. Em resultado disso, os investigadores poderão não conseguir extrair tanta informação aprofundada ou detalhada sobre as motivações e as perceções dos públicos, pelo que poderá ser útil complementar a análise aos conteúdos dos meios de comunicação com outros métodos de recolha de dados, tais como entrevistas, grupos de reflexão e observações.

Género

Género e CMSC contra a Malária

O género faz referência a papéis, comportamentos, atividades e atributos idealizados socialmente que uma determinada sociedade considera adequada a homens e mulheres, e as relações entre homens e mulheres numa determinada sociedade. O género pode, por isso, contribuir para tornar as pessoas mais ou menos suscetíveis à infeção por malária, pode afetar a prevenção e os comportamentos de procura de serviços de saúde e contribuir provavelmente para níveis diferentes de acesso a atividades da CMSC. Os fatores comportamentais incluídos neste guia, conhecimentos, perceção de risco, eficácia, atitudes e normas, são frequentemente influenciados pelo género.

O género deve ser tido em conta na conceção de atividades da CMSC para garantir que as intervenções e os programas têm o máximo de impacto. As diferenças de género podem requerer a personalização de mensagens e materiais para garantir que alcançarão efetivamente tanto homens como mulheres.

Recolha de Dados por Género

Os investigadores devem adicionar perguntas para expandir a sua compreensão da contribuição de normas de género à exposição a CMSC, conhecimentos, atitudes, normas, perceções de risco e eficácia e comportamentos. Na fase dos estudos formativos isto ajuda a identificar o público-alvo adequado e as mensagens adequadas para esse público. Nas fases posteriores da implementação para monitorização e avaliação, as considerações sobre o género ajudam a medir a evolução entre o público-alvo.

ITNs

Dependendo da ferramenta de recolha de dados utilizada, um calendário do agregado familiar é frequentemente incluído no início dos inquéritos ao agregado familiar para captar quem dormiu debaixo de uma ITN, 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, normalmente o chefe do agregado familiar, são preenchidas as informações sobre todos os membros do agregado familiar. Esta secção do questionário pode ser utilizada para determinar as diferenças de utilização de redes consoante a idade e o sexo.

Algumas das perguntas do Anexo 3 podem ser adaptadas para explorar ainda mais o papel do género. Por exemplo, a pergunta 1201, "Geralmente, em quantos agregados familiares da sua comunidade os membros dormem debaixo de uma ITN?", observa as normas sociais e pode ser adaptada para se concentrar nos homens e nas mulheres.

Uma abordagem semelhante pode ser utilizada com a pergunta 1307, "No caso dos adultos que não dormiram debaixo de uma rede mosquiteira ontem à noite, quais foram os motivos para este comportamento?". Outras considerações sobre o género podem incluir: "Se a casa não dispõe de ITNs suficientes para cada criança, os rapazes devem ser os primeiros a receber ITNs" ou "O homem da casa deve decidir quem recebe uma ITN ou o tratamento contra a malária".

Gestão de casos e malária durante a gravidez

Este guia inclui alguns perguntas que medem diretamente o papel das normas de género em torno da procura de cuidados e dos ANC. Por exemplo, a pergunta 1105 é uma afirmação de verdadeiro ou falso:

"Uma mulher grávida necessita de autorização do marido ou de outro membro da família para recorrer aos ANC", e a 1321 pergunta "No seu agregado familiar, quem é que toma normalmente as decisões quanto à compra de medicamentos quando o seu filho tem malária"? Se os homens controlam as decisões relacionadas com os ANC ou a procura de cuidados de saúde para uma criança doente, devem ser desenvolvidas mensagens orientadas para os homens.

As perguntas também podem ser adaptadas ou criadas para medir considerações de género adicionais, tais como "Se o meu filho tiver febre, devo consultar o meu marido/parceiro antes de levar a criança para fazer testes ou receber tratamento" e "É mais importante que os filhos recebam tratamento contra a malária do que as filhas para que eles (filhos) possam continuar a ir à escola".

Desagregar Resultados por Género

Os resultados relativos aos indicadores apresentados neste guia devem ser desagregados por género, e idade quando possível, para que possam ser determinadas quaisquer diferenças de género entre rapazes e raparigas ou mulheres e homens. Por exemplo, a desagregação pode fornecer informações sobre atitudes e comportamentos de procura de tratamento diferentes para homens e mulheres e jovens e diferenças de género na utilização de ITN no âmbito do agregado familiar.

Os dados qualitativos relacionados com os temas representados pelos indicadores devem também ser analisados por género.

Parte 2: Indicadores de Prioridade

Folhas de Referência de Indicadores

Os 17 indicadores prioritários neste guia estão organizados pelas seguintes categorias: memória, conhecimentos, auto-eficácia, risco, normas, atitudes, comportamentos específicos. As folhas de referência dos indicadores descrevem a definição, o objetivo, a utilização, a interpretação, a desagregação, os pontos fortes e as limitações de cada indicador. Os indicadores opcionais adicionais são também fornecidos e podem ser determinados através de perguntas do inquérito ou sub-análises. Os métodos de medição são descritos no Anexo 3.

Memória

Este indicador mede o alcance das atividades da CMSC. Pode ser adaptado para medir a quantidade de pessoas que ouviu uma mensagem específica e pode também ser modificada para identificar os canais através dos quais as pessoas recebem as mensagens.

1. Proporção de pessoas que se lembram de ter ouvido ou visto uma mensagem sobre a malária nos últimos seis meses

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

Objetivo

A exposição da população-alvo a atividades da CMSC é o principal efeito da CMSC. A exposição é o primeiro passo essencial para aumentar o conhecimento dos produtos, práticas ou serviços que podem influenciar um indivíduo a adotar ou mudar um comportamento. A capacidade das populações-alvo para se lembrar de mensagens sobre a malária é um indicador do grau de penetração das atividades da CMSC no público-alvo. As perguntas do inquérito podem em seguida inquirir sobre a memória de mensagens específicas e os canais através dos quais as comunicações foram recebidas. Este indicador é particularmente útil após ter ocorrido uma atividade da CMSC para medir o alcance e a eficácia das mensagens. Os indicadores adicionais também fornecem informações sobre a eficácia de diferentes canais de comunicação e podem fornecer um contributo valioso para o planeamento da próxima atividade da CMSC.

Definição

Este indicador é definido como a quantidade de inquiridos que se lembram de qualquer mensagem sobre a malária que tenham visto ou ouvido nos últimos seis meses. Os inquiridos são interrogados quanto ao tipo de mensagens que viram ou ouviram, além de o serem quanto a mensagens específicas da campanha. Os indicadores adicionais fornecem maior precisão, relativamente às mensagens específicas vistas ou ouvidas e o canal de comunicação através do qual a mensagem é transmitida.

Numerador

Número de inquiridos que se lembram de ter ouvido ou visto uma mensagem sobre a malária durante os últimos seis meses

Denominador

Número de inquiridos do inquérito

Para os indicadores adicionais, o denominador deveria ser "Número de inquiridos que indicaram terem ouvido ou visto uma mensagem sobre a malária nos últimos seis meses".

Método de medição

Consultar o Anexo 3

Desagregação

Este indicador pode ser desagregado por várias características para fornecer aos implementadores do programa uma ideia clara do alcance do respetivo programa. Os dados podem ser desagregados por, por exemplo, idade, género, residência (rural/urbana), área geográfica (província/distrito ou endemicidade da malária), níveis de educação e quintis de saúde.

Utilização e interpretação de dados

Este indicador fornece uma medição do alcance e da penetração das comunicações gerais sobre a malária num público-alvo. Os indicadores adicionais fornecem informações sobre os pontos fortes relativos de mensagens específicas ao atingir o público-alvo e os meios mais eficazes através dos quais o público recebeu as mensagens. Os resultados deste indicador podem informar futuras atividades da CMSC, fornecendo informações sobre a força das mensagens e dos canais de comunicação.

Pontos fortes

- As respostas podem ser personalizadas de acordo com as campanhas e as mensagens relevantes para o contexto local. Por exemplo, as escolas podem ser adicionais como opção de resposta caso tenham sido utilizadas como parte da intervenção.
- São necessárias apenas algumas perguntas para construir indicadores
- As perguntas do tipo "complete a frase" e/ou "reconheça o logótipo" mitigam o preconceito de deseabilidade social porque são mais específicas de campanhas reais

Limitações

- Os resultados poderão estar sujeitos a preconceito/confusão devido à utilização de sondagens, já que os estilos de sondagem/indicação poderão ser uniformes entre os entrevistadores.
- Os resultados poderão estar sujeitos ao preconceito de memória com um período retrospectivo de seis meses, não conseguindo captar as campanhas de comunicação implementadas antes do período dos últimos seis meses sem correr o risco de estar sujeito a mais preconceitos.
- O principal indicador, memória de qualquer mensagem sobre a malária nos últimos seis meses, não fornece detalhes suficientes para informar decisões programáticas, sendo assim necessários indicadores adicionais para obter informações mais significativas.

Conhecimentos

Os seguintes indicadores medem os conhecimentos no âmbito das populações-alvo. Estes indicadores podem ser medidos separadamente ou ser combinados para criar um indicador composto.

Objetivo

Estes indicadores identificam lacunas nos conhecimentos, que envolvem as medidas preventivas, causas, sintomas e tratamento da malária, na população. Os indicadores de conhecimentos são importantes para identificar nas fases de estudos formativos do ciclo, uma vez que ajudam a fornecer explicações sobre as razões pelas quais determinados comportamentos não podem ser adotados e podem guiar na conceção e desenvolvimento de atividades da CMSC.

Um melhor conhecimento das causas, sintomas, tratamento e medidas preventivas da malária constitui um passo fundamental na direção da mudança de comportamentos, tais como aumentar a utilização de redes tratadas com inseticida pelos prestadores de cuidados ou práticas de procura de cuidados. Os membros da população-alvo que sabem como prevenir a malária evitando as causas principais, podem reconhecer os primeiros sinais de infeção, e sabem como tratar os casos, têm maior probabilidade de adotar os comportamentos que os irão proteger.

O tratamento rápido e eficaz é um elemento-chave no sucesso no controlo da malária devido ao aparecimento rápido da doença e aos efeitos graves na saúde relacionados com a malária por *Plasmodium falciparum*, especialmente entre as crianças e populações não imunes. Apesar do aumento da utilização de ACTs em muitos países, noutros a cloroquina e outras terapias não-ACT ainda são utilizadas noutros.

Os testes antes do tratamento são muito importantes, especialmente numa área em que já existam atividades da CMSC substanciais. Este indicador é particularmente relevante para países e regiões em que a malária está a diminuir e os sintomas semelhantes aos da malária são mais difíceis de reconhecer.

Definição

Estes indicadores são definidos pela quantidade de pessoas objeto do inquérito que conhecem a causa, principal sintoma, tratamento e medidas preventivas da malária. Os indicadores são divididos por aspeto com o numerador que mede os vários componentes de prevenção e controlo, enquanto o denominador continua a ser o número de pessoas objeto do inquérito.

2. Proporção de pessoas que indica os mosquitos como sendo a causa da malária

- Indicador adicional 2.1: Proporção de pessoas que apenas indica os mosquitos como sendo a causa da malária

Numerador

Número de inquiridos que indica a picada de mosquitos/mosquito como sendo a causa da malária

Denominador

Número de inquiridos do inquérito

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

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

Numerador

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

Denominador

Número de inquiridos do inquérito

4. Proporção de profissionais de saúde que sabem que a única forma de diagnóstico rigorosa da malária é através de um teste

Numerador

Número de profissionais de saúde que citam os testes de malária (TDR e/ou análise microscópica) como sendo a única forma de ter a certeza que uma criança tem malária

Denominador

Número de profissionais de saúde objeto do inquérito

Utilização e interpretação de dados

Este indicador pode ser adaptado para medir o conhecimento correto do diagnóstico de malária entre membros da comunidade e profissionais de saúde. Este indicador tal como é escrito reconhece a prioridade dos prestadores de cuidados no diagnóstico, mas também se sabe que a procura dos pacientes de medicamentos anti-malária ou testes podem também influenciar a prática de diagnóstico. Teoriza-se que o conhecimento acerca das melhores práticas de diagnóstico atuais, combinada com as perceções sobre a fiabilidade e rigor dos testes de malária (resposta eficaz) ajuda a prever o diagnóstico e a adesão.

5. Proporção de pessoas que conhecem o tratamento contra a malária

Numerador

Número de inquiridos que sabem que o tratamento adequado para a malária são as ACTs⁵

Denominador

Número de inquiridos do inquérito

6. Proporção de pessoas que conhecem medidas comprovadas de prevenção da malária

- Indicador Adicional 6.1: Proporção de pessoas com informações erradas sobre práticas de prevenção da malária eficazes (sub-análise do indicador 5)
- Indicador adicional 6.2: Proporção de pessoas que sabem que o IPTp constitui uma forma de proteger uma mãe e o seu bebé contra a malária durante a gravidez (sub-análise do indicador 5)
- Indicador adicional 6.3: Proporção de profissionais de saúde que conhecem as diretrizes nacionais para dosagem do IPTp (momento e frequência)

Numerador

Número de inquiridos que sabem que as principais medidas preventivas para a malária incluem a utilização de ITNs, a toma de medicação preventiva durante a gravidez, a profilaxia sazonal ou a pulverização das casas com inseticida

⁵ Dependendo do contexto do país

Denominador

Número de inquiridos do inquérito

Método de medição

Consultar o Anexo 3

Desagregação

Estes indicadores podem ser desagregados por várias características para fornecer aos implementadores do programa uma ideia clara das lacunas no conhecimento entre a população e podem identificar as populações específicas que devem ser abordadas. As categorias de desagregação podem incluir a idade, género, residência (rural/urbana), área geográfica (província/distrito ou endemicidade da malária), níveis de educação e quintis de saúde.

Utilização e interpretação de dados

Este indicador fornece uma medida dos conhecimentos mais básicos de membros selecionados do público sobre a causa, sintomas, tratamento e prevenção da malária. Com base nos componentes individuais dos indicadores, pode ser construído um indicador composto para medir a quantidade de pessoas que conhecem a causa de, sintomas de, tratamento para ou medidas preventivas da malária.

Os resultados dos indicadores individuais ou de um indicador composto podem ser utilizados para desenvolvimento e/ou priorização das mensagens. Com base na desagregação rural/urbana, também é possível obter informações úteis relativamente à seleção de canais de comunicação, que poderá ser diferente dependendo das definições.

Pontos fortes

- São necessárias relativamente poucas perguntas para medir cada indicador de conhecimentos.
- Fornece dados formativos úteis para determinar as necessidades de conhecimentos do público-alvo.

Limitações

- O indicador está sujeito a preconceito/confusão com a utilização de sondagens, já que os estilos de sondagem/ indicação poderão ser uniformes entre os entrevistadores.
- Conhecimentos difíceis de associar a quaisquer atividades da CMSC sem referência a mensagens reais.

Risco e Eficácia

Os seguintes indicadores medem o risco perceptível de malária, as consequências perceptíveis da malária, o efeito perceptível de determinados produtos e serviços na redução do risco e a auto-confiança perceptível na condução de um comportamento específico relacionado com a malária. Esta categoria de indicador dirige-se aos medos e confiança da população.

O componente medo tem duas partes: gravidade e suscetibilidade. A gravidade refere-se à importância que as pessoas atribuem à ameaça (malária). A suscetibilidade refere-se à crença que a doença ou a ameaça possam realmente atingi-los.

O segundo componente do modelo é a eficácia, ou confiança, da capacidade individual para controlar ou gerir a ameaça ou o risco perceptíveis. A eficácia é composta por três partes: eficácia da resposta, auto-eficácia e barreiras. A eficácia da resposta refere-se a uma

percepção que uma ação ou solução proposta irá realmente controlar a ameaça. No caso da malária, a crença de uma pessoa que as ITNs constituem uma boa proteção contra a malária é um exemplo de eficácia da resposta. A auto-eficácia é uma medida de auto-confiança que uma pessoa pode executar uma ação para controlar a ameaça. A auto-eficácia pode referir-se à confiança de uma pessoa em utilizar corretamente uma ITN para prevenir a malária. A última parte da eficácia, barreiras, refere-se a percepções de fatores que poderão impedir alguém de praticar o comportamento para reduzir a ameaça (Consultar o Anexo 1 para obter mais detalhes).

Estes indicadores são a base dos apelos baseados no medo, ou as mensagens que estabelecem a malária como uma ameaça. A pesquisa mostrou que os indivíduos podem ter os conhecimentos, capacidades, crenças positivas, atitudes e intenções direcionados para um comportamento específico, e mesmo assim evitam adotar o comportamento recomendado. Deste modo, é necessário um estímulo para motivar a ação. A pesquisa mostrou que a ameaça perceptível é um poderoso estímulo para a ação.⁶

Contudo, demasiadas mensagens baseadas no medo podem paralisar as pessoas e impedi-las de agir. Podem recorrer ao fatalismo ou tentar gerir o seu medo de formas menos produtivas, tais como a negação. Os apelos ao medo podem ser equilibrados por mensagens que enfatizam a capacidade das pessoas para executar uma ação eficaz. Os avaliadores podem esperar respostas comportamentais desejáveis quando as pessoas têm fortes percepções de risco com crenças fortes de auto-eficácia relativamente à resposta recomendada. (Para mais informações, consultar o Anexo 1, Modelo Alargado de Processamento Paralelo.)

7. Proporção de pessoas que entendem que estão em risco de contrair malária

8. Proporção de pessoas que sentem que as consequências da malária são graves

Objetivo

O objetivo destes indicadores é medir o risco perceptível de malária do inquirido. O risco perceptível pode ser analisado e interpretado em linha com o comportamento e futuras intenções do inquirido. A percepção do risco é definida como sendo as crenças de uma pessoa quanto à probabilidade de ter consequências negativas ou prejudiciais da malária. Esta definição compreende duas dimensões distintas: (a) **suscetibilidade** a uma ameaça e (b) **gravidade** dessa ameaça. Douglas (1985) define o risco como a probabilidade de um evento específico ocorrer multiplicado pela magnitude das consequências associadas a esse evento.

As informações acerca da suscetibilidade e gravidade perceptíveis podem ser úteis durante a conceção de atividades da CMSC, bem como durante as fases de monitorização e avaliação do público, de modo a identificar se o grupo-alvo acredita que está em grande risco de contrair malária e que as consequências da malária são graves.

Definição

O Indicador 7 mede a suscetibilidade perceptível à ameaça da malária, enquanto o Indicador 8 mede a gravidade perceptível da malária dos inquiridos. A suscetibilidade e a gravidade são medidas por uma série de perguntas, com o resultado médio indicando o risco e as consequências perceptíveis.

⁶ Witte 1992

Indicador 7

Numerador

Número de inquiridos que têm a percepção de ter risco elevado de contrair malária (pessoas com um resultado médio maior que zero)

Denominador

Número de inquiridos do inquérito

Indicador 8

Numerador

Número de inquiridos que têm a percepção que as consequências da malária são graves (pessoas com um resultado médio maior que zero)

Denominador

Número de inquiridos do inquérito

Método de medição

Consultar o Anexo 3

Desagregação

Estes indicadores podem ser desagregados por várias características para indicar aos implementadores do programa informações sobre a percepção de risco da população e as percepções sobre a gravidade da malária. As categorias de desagregação podem incluir a idade, residência (rural/urbana), profissão, área geográfica (província/distrito ou endemicidade da malária), níveis de educação e quintis de saúde.

Utilização e interpretação de dados

Determinar as percepções de risco e eficácia pode fornecer informações importantes aos implementadores relativamente aos motivos pelos quais determinados comportamentos não estão a ser adotados ou são adotados parcialmente. Estas informações são recolhidas durante os estudos formativos para ajudar a evidenciar áreas-chave em que serão concentradas atividades da CMSC.

Os avaliadores podem esperar respostas comportamentais indesejáveis quando as pessoas têm fortes percepções de risco mas duvidam da sua capacidade para adotar uma resposta recomendada, como obter SP junto da clínica durante uma consulta de ANC e/ou duvidam que a resposta recomendada será eficaz para evitar a ameaça perceptível, como rumores insistentes de que o IRS e/ou as ITN reduzem a fertilidade. Por conseguinte, os avaliadores devem medir as percepções de eficácia quando avaliam as percepções de risco, de modo a que o pessoal do programa possa idear as melhores mensagens da CMSC para abordar o problema.

Estes indicadores devem ser interpretados em conjunção com outros indicadores neste guia, em particular, os indicadores 8 e 9, que medem as percepções de eficácia e confiança na capacidade pessoal de executar um comportamento relacionado com a malária respetivamente.

Pontos fortes

- As perguntas fornecidas estão relacionadas com indicadores tanto de suscetibilidade como de gravidade
- A utilização de itens codificados invertidos irá reduzir o preconceito impedindo os inquiridos de recorrer a um padrão de resposta

Limitações

- A utilização de inversões poderá colocar desafios durante a análise de dados. Os analistas devem saber claramente que perguntas deverão ser invertidas e de que modo os resultados devem ser interpretados.

9. Proporção de pessoas que acreditam que a prática ou o produto recomendado irá reduzir o risco

Objetivo

Este indicador mede a eficácia da resposta: a crença de que uma intervenção ou solução irá controlar a ameaça. Antes que possa ocorrer uma mudança de comportamento, as pessoas devem primeiro estar bem informadas sobre a mudança que deve ocorrer e ter a crença que serão beneficiadas pessoalmente pela adoção do comportamento. A eficácia da resposta combinada com a auto-eficácia (indicador 9) pode dar uma previsão da mudança de comportamento.

Durante a fase do estudo formativo, as medidas de eficácia da resposta ajudam os programas a compreender por que motivo as pessoas não adotam determinados comportamentos. Se as pessoas não acreditam que uma prática ou produto irá reduzir o risco, ser pouco provável que o utilizem de forma consistente. As informações acerca da eficácia da resposta podem ser úteis na conceção de atividades da CMSC, bem como durante as fases de monitorização e avaliação do público, para determinar se o grupo-alvo foi convencido que uma determinada prática ou produto irá reduzir o risco.

Outros indicadores, como ter uma atitude positiva relativamente a um produto, são também incluídos neste guia já que outros atributos de um produto, como a facilidade de utilização, podem influenciar a utilização.

Definição

Este indicador é definido como sendo a proporção da população-alvo objeto de inquérito que acreditam que a prática ou produto recomendado irá reduzir o risco pessoal de efeitos de saúde adversos. “Prática” refere-se ao comportamento desejado que o programa está a tentar promover entre membros da população-alvo, como respeitando as instruções da equipa de pulverização de IRS, dormir debaixo de uma ITN ou participar em ANC. Os exemplos de “produtos” recomendados, que acompanham as práticas recomendadas, incluem SP para IPTp durante a gravidez, ACTs para tratar a malária ou ITNs.

Numerador

Número de inquiridos que acreditam que um comportamento ou prática irá reduzir o risco de malária

Denominador

Número total de inquiridos do inquérito

Método de medição

Consultar o Anexo 3

Desagregação

Este indicador pode ser desagregado por várias características para fornecer informações sobre as percepções da população acerca de determinados produtos e práticas. Poderá ser útil para desagregar as informações por uma série de categorias, incluindo a idade, género, residência (rural/urbana), profissão, níveis de educação e quintis de saúde.

Utilização e interpretação de dados

A separação das perguntas em componentes relacionados com IRS, utilização de ITN, IPTp, diagnóstico e tratamento permite aos investigadores calcular uma média global para este indicador, ao mesmo tempo que mantém a capacidade de analisar métricas específicas de componentes. Estas métricas específicas dos componentes podem fornecer mais detalhes que um indicador composto, que pode ser mais útil para ajustar e aperfeiçoar as intervenções programáticas.

Os resultados deste indicador fornecem informações detalhadas a gestores de programas que podem ser utilizados para desenvolvimento e priorização de atividades da CMSC. As intervenções com uma baixa eficácia da resposta podem ser priorizadas em atividades da CMSC. Os profissionais de saúde conscientes destes resultados podem também colocar maior ênfase em determinadas intervenções, gastando mais tempo a explicar a necessidade e os benefícios.

Pontos fortes

- As perguntas fornecidas no anexo estão relacionadas com componentes que cobrem a prevenção (IRS, ITNs, IPTp), diagnóstico e tratamento.
- A utilização de inversões irá reduzir o preconceito impedindo os inquiridos de recorrer a um padrão de resposta.

Limitações

- A utilização de inversões poderá colocar desafios durante a análise de dados. Os analistas devem saber claramente que perguntas deverão ser invertidas e de que modo os resultados devem ser interpretados.

10. Proporção de pessoas que estão confiantes na sua capacidade de executar um comportamento específico relacionado com a malária

Objetivo

A auto-eficácia é definida como a auto-confiança de um indivíduo para executar um comportamento específico. As crenças da auto-eficácia são diferentes das crenças acerca da eficácia da resposta de um tipo particular de prevenção ou tratamento. Contudo, estas crenças estão relacionadas, uma vez que a crença na eficácia da ação irá encorajar a adoção do comportamento.

As teorias e os modelos da mudança de comportamentos-chave reconhecem a importância da auto-eficácia percebível na adoção e prática sustentada de um comportamento. Bandura (2004) notou que a crença na eficácia pessoal desempenha um papel central na mudança pessoal. Defendeu que a auto-eficácia é o alicerce da motivação e da ação humanas.

As medidas de auto-eficácia, como a eficácia da resposta acima, são importantes durante a fase do estudo formativo, para compreender por que motivo as pessoas não adotam determinados comportamentos. Se as pessoas não estiverem confiantes na sua capacidade de executar um comportamento específico relacionado com a malária, será pouco provável que adotem o comportamento. As informações acerca de auto-eficácia da resposta podem ser úteis na conceção de atividades da CMSC, bem como durante as fases de monitorização e avaliação do público, para determinar se a confiança do grupo-alvo na execução de um comportamento relacionado com a malária aumenta.

Definição

Este indicador mede a autor-eficácia percebível, que é a crença que uma pessoa pode alcançar o comportamento requerido com êxito. Este indicador mede a auto-confiança em vários componentes, delineados no quadro de métodos de medição no Anexo.

Numerador

Número de inquiridos que indicam estar confiantes na sua capacidade de executar um comportamento específico relacionado com a malária

Denominador

Número total de inquiridos do inquérito

Método de medição

Consultar o Anexo 3

Desagregação

Este indicador pode ser desagregado por várias características para fornecer aos implementadores do programa informações sobre a confiança da população na execução de comportamentos relacionados com a malária. Poderá ser útil para desagregar as informações por uma série de categorias, incluindo a idade, género, residência (rural/urbana), profissão, níveis de educação e quintis de saúde.

Utilização e interpretação de dados

As perguntas sobre a auto-eficácia devem ser rigorosas e fazer referência a circunstâncias específicas. Por exemplo, a auto-eficácia percebível na localização de recursos para levar uma criança com febre à clínica pode depender do contexto particular. Por conseguinte, uma pergunta que não é específica do contexto pode ser uma medida deficiente de auto-eficácia.

As informações relacionadas com a auto-eficácia são essenciais para o desenvolvimento de atividades da CMSC adequadas ao público e contexto. A desagregação deste indicador de acordo com o género, idade, quintis de saúde ou residência irá fornecer informações adicionais aos gestores de programas sobre as mensagens adequadas à abordagem de problemas de auto-eficácia.

Pontos fortes

- As perguntas fornecidas estão relacionadas com componentes que cobrem a prevenção (IRS, ITNs, IPTp), diagnóstico e tratamento.
- O indicador pode ser medido como um composto de todos os componentes ou, separadamente, por componente.
- As métricas específicas dos componentes podem fornecer informações úteis sobre áreas em que as populações-alvo se sentem mais auto-confiantes; esta informação pode ser útil para informar as atividades da CMSC contra a malária.

Limitações

- Poderá ser difícil incluir várias perguntas por componente num inquérito a agregado familiares estabelecido. Assim, os implementadores podem estar sujeitos a limites no número de perguntas que podem incluir para medir cada componente, afetando assim a validade caso a análise seja feita por componente.
- Existe um risco de preconceito de desejabilidade social relativa à confiança, já que o enumerador não pede prova de confiança. O inquirido pode ficar tentado a indicar que está confiante na sua capacidade de executar a atividade para agradar ao enumerador.

Normas

As normas sociais, crenças em torno de comportamentos comuns e práticas esperadas num grupo, desempenham um papel significativo em comportamentos relacionados com a saúde pública. Existem provas crescentes de que possam ser relevantes para comportamentos relacionados com a malária, como a utilização de redes e manutenção e reparação de redes.⁷

11. Proporção de pessoas que acreditam que a maioria dos seus amigos e membros da comunidade praticam o comportamento atualmente

Objetivo

A Teoria da Aprendizagem Social afirma que as pessoas aprendem pela observação das ações de outros. As pessoas observam as consequências (benefícios ou punição) das ações de outros, avaliam a relevância e a importância dessas consequências para as suas próprias vidas, e, em seguida, ensaiam o comportamento e tentam reproduzir a ação eles próprios.

Uma vez que o comportamento individual é fortemente influenciado pelos pares e pela comunidade em geral, as campanhas nos meios de comunicação social são importantes para desafiar crenças e hábitos profundos 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 os comportamentos se retratarem esses comportamentos como socialmente inaceitáveis, modificando assim as normas.

Mesmo que ainda não tenha ocorrido uma verdadeira mudança de comportamentos, quando os implementadores do programa influenciam a perceção do público para acreditar que está a ocorrer ou já ocorreu uma mudança, que afeta, por sua vez, a atitude relativamente à prática, cria o impulso e o ambiente de apoio necessários para ter impacto na mudança real. Este indicador mede o poder de persuasão das estratégias da CMSC na influência da perceção que os seus amigos, família e outros membros da comunidade estão a adotar o comportamento recomendado e que a adesão a esse comportamento está a aumentar, diminuir ou a manter-se igual.

Definição

“Convicção” é definido como sendo o que os inquiridos compreendem, distinguem ou reconhecem ser verdade com base sobretudo na experiência pessoal ou em provas anedóticas.

“Comportamento” refere-se ao resultado desejado que o programa está a tentar alcançar entre os membros da população-alvo. Os exemplos incluem dormir debaixo de uma ITN, utilizar medicamentos de primeira linha para tratamento da malária ou uma visita precoce aos ANC.

Numerador

Número de inquiridos que acreditam que os seus amigos e membros da comunidade praticam o comportamento recomendado

Denominador

Número total de inquiridos do inquérito

Método de medição

Consultar o Anexo 3

Desagregação

Poderá ser útil para desagregar as informações por uma série de categorias, incluindo a idade, género, residência (rural/urbana), profissão, níveis de educação e quintis de saúde.

Utilização e interpretação de dados

Apesar dos esforços dos profissionais da CMSC para evitar boatos, por vezes, conceitos errados e publicidade negativa desenvolvem-se e ganham força, influenciando acentuadamente a perceção do público de um comportamento específico e possivelmente exagerando-a. Os avaliadores devem estar preparados para enfrentar este possível efeito e implementar rápida e eficazmente uma forma de inverter a perceção e as atitudes do público.

Os componentes sobre utilização de ITN, IPTp e comportamentos de procura de serviços para crianças com febre devem ser interpretados como componentes autónomos.

Este indicador pode ser útil nas fases de estudos formativos do ciclo, para determinar as visões da população sobre a popularidade de um determinado comportamento. Estas informações podem resultar no desenvolvimento de atividades da CMSC, garantindo que são direcionadas para a população em causa. Este indicador pode também ser útil nas fases de monitorização e avaliação de públicos e podem servir como uma representação do sucesso das atividades de uma CMSC.

Pontos fortes

- Os componentes neste indicador podem ser medidos individualmente e podem também ser compilados numa pontuação agregada para refletir a perceção que as pessoas têm dos comportamentos de saúde nas comunidades.
- São necessárias relativamente poucas perguntas para medir este indicador.

Limitações

- Este indicador está baseado nas perceções pessoais e poderá não refletir a realidade das práticas da comunidade. Assim, os dados devem ser interpretados no contexto das perguntas que são feitas e devem ser triangulados com outras conclusões do inquérito que estão relacionadas com a utilização real de ITN, a toma de IPTp e o comportamento de procura de serviços de saúde.

Atitudes

12. Proporção de pessoas com uma atitude favorável relativamente ao produto, prática ou serviço

As atitudes referem-se às opiniões que as pessoas sobre um produto, prática ou serviço. As pessoas que visualizam um comportamento, como a utilização de redes, ou um bem contra a malária, como ITNs, favoravelmente irão com maior probabilidade adotar um comportamento.

Objetivo

As ações das pessoas são frequentemente baseadas em crenças sobre se um comportamento irá conduzir a efeitos positivos (ou desejáveis) ou negativos (ou indesejáveis). As atividades da CMSC abordam frequentemente os juízos de valor específicos que encorajam ou desencorajavam um comportamento.⁸

⁷ Russell 2015; Scandurra 2014

⁸ Fishbein e Ajzen 1975

As perguntas no Anexo fornecem orientação sobre como calibrar as atitudes para componentes relacionados com a malária. Não é expectável que os implementadores adicionem estas perguntas a um inquérito existente; em vez disso, devem escolher as perguntas mais relevantes com base no que o país ou o programa identificou como potenciais barreiras ou determinantes noutra pesquisa relacionada. As perguntas podem ser adaptadas ao contexto do país ou substituídas com perguntas mais adequadas.

Os implementadores que tenham acesso a um estatístico devem considerar construir escalas para que possa ser desenvolvido um índice previsional.

Este indicador pode ser útil nas fases de estudos formativos do ciclo para determinar as atitudes da população relativamente a produto, prática ou serviço. Estas informações irão resultar no desenvolvimento de atividades da CMSC, garantindo que são direcionadas para a população em causa. Este indicador pode também ser útil nas fases de monitorização e avaliação de públicos, para avaliar a extensão da mudança das atitudes da população.

Definição

“Atitude favorável” é definida como uma avaliação positiva de uma pessoa de um comportamento ou idealização relacionados, como um produto ou fonte de serviço específicos. A avaliação é expressa por declarações do inquirido que relacionam o comportamento com um valor positivo defendido pelo inquirido.

Numerador

O número de inquiridos com um resultado médio maior que zero para um produto, prática ou serviço

Denominador

Número total de inquiridos do inquérito

Método de medição

Consultar o Anexo 3

Desagregação

Este indicador pode ser desagregado por várias características para fornecer aos implementadores do programa informações sobre a atitude da população relativamente ao produto, prática ou serviço. Poderá ser útil para desagregar as informações por uma série de categorias, incluindo a idade, género, residência (rural/urbana), profissão, níveis de educação e quintis de saúde.

Utilização e interpretação de dados

A separação das perguntas em componentes relacionados com IPTp, ITNs, diagnóstico, tratamento e IRS permite aos investigadores calcular uma média global para este indicador, além de métricas específicas de componentes. Estas métricas específicas dos componentes podem fornecer informações úteis sobre as atitudes relativamente a práticas e produtos, que são importantes para os gestores de programas na conceção ou aperfeiçoamento das respetivas intervenções. As informações relacionadas com as atitudes relativamente a um produto, prática ou serviço são essenciais para o desenvolvimento de atividades da CMSC relevantes e direcionadas. A desagregação deste indicador de acordo com o género, idade, quintis de saúde ou residência irá fornecer informações adicionais aos gestores de programas sobre o direcionamento para um público adequado para abordar atitudes desfavoráveis relativamente a determinados produtos, práticas e serviços.

Pontos fortes

- Este indicador e perguntas correspondentes permitem aos países recolher e analisar dados para determinar se emergem conclusões úteis.
- As perguntas são gerais e podem ser adaptadas ao contexto do país.
- Os países podem fazer perguntas relativas a todos ou a alguns dos componentes delineados na descrição deste indicador.

Limitações

- As atitudes representam juízos de valor e são difíceis de medir de uma forma estandardizada.
- As perguntas no Anexo terão ser submetidas a validação para cada contexto para garantir que captam as informações requeridas.

Comportamentos

13. Proporção de pessoas que praticam o comportamento recomendado

Objetivo

Estes são os indicadores prioritários para medir os comportamentos de prevenção e controlo da malária. As atividades da CMSC pretendem influenciar atividades como a utilização de ITN, especialmente para crianças abaixo dos cinco anos e mulheres grávidas; o tratamento atempado da malária, especialmente para crianças abaixo dos cinco anos com febre; participar em ANC e conclusão de IPTp durante a gravidez. Os comportamentos dos prestadores incluem gestão de casos adequada com testes e ACTs além da administração de IPTp.

Definição

Entre os da população-alvo objeto do inquérito, o indicador é definido como sendo a proporção de inquiridos que praticam o comportamento recomendado. “População-alvo” é definida 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 benéficos

Dormir debaixo de ITNs

Proporção da população que dormiu debaixo de uma ITN⁹ na noite anterior (membros do agregado familiar)

Fontes de dados: IDS, LIM, IIM; outros inquéritos à comunidade. Consultar o documento do GRMA 2013 para obter informações detalhadas sobre a medição deste indicador, incluindo os numeradores e os denominadores.

Indicador adicional 13.1. Rácio utilização-acesso de ITN: A proporção da população que utiliza redes, entre aquelas pessoas que têm acesso a uma no seu agregado familiar

⁹ Os inquéritos IDS padrão de 2017 utilizam o termo ITN para referir todas redes tratadas. Não estão a ser recolhidos sobre as redes que são mergulhadas em inseticida após o fabrico uma vez que já não há distribuição ou promoção de conjuntos de retratamento com inseticida.

Este indicador controla o acesso a redes. Apresenta uma estimativa da proporção da população que utiliza redes, entre aquelas pessoas que têm acesso a uma no seu agregado familiar. Este indicador fornece informações sobre a verdadeira discrepância comportamental porque explica o número insuficiente de redes no agregado familiar. O ITN Access and Use Report, 2017¹⁰ fornece um resumo do rácio utilização-acesso entre países e no interior de cada país.

“Acesso a ITN” baseia-se no número de ITNs existentes no agregado familiar e no número de membros do agregado familiar. Numa amostra significativa, mede a proporção de pessoas que devem ter acesso a uma ITN. Não pode ser calculado numa base individual. “Utilização” é a proporção da população que dormiu debaixo de uma ITN na noite anterior ao inquérito.

Quando o rácio utilização-acesso é elevado, considere trocar para a medição da manutenção da utilização de ITN: ou seja, utilização de ITN “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

Participar de cuidados pré-natais (ANC) no início e durante a gravidez: Proporção de mulheres que participaram em, pelo menos, uma, duas e três consultas de ANC durante a última gravidez

Fontes de dados: IDS, LIM, IIM; outros inquéritos à comunidade

Gestão de casos

Proporção de crianças com menos de cinco anos com febre nas últimas duas semanas para as quais foi procurado aconselhamento ou tratamento no dia do aparecimento da febre ou no seguinte

Alguns programas poderão também medir se foram procurados cuidados numa fonte aprovada, como um profissional de saúde ou um serviço de saúde da comunidade.

Fontes de dados: IDS, LIM, IIM; outros inquéritos à comunidade. Consultar o documento do GRMA 2013 para obter informações detalhadas sobre a medição deste indicador, incluindo os numeradores e os denominadores.

Profissionais de Saúde

O IPTp e a gestão de casos envolvem a ação quer das mulheres grávidas quer dos profissionais de saúde. Os comportamentos dos profissionais podem ser medidos diretamente através da avaliação dos serviços de saúde (observações e entrevistas) e relatórios de SIGS. Devido à falta de indicadores padrão para avaliações de serviços de saúde e SIGS, os indicadores alternativos dos inquéritos aos agregados familiares também são frequentemente utilizados. Estes indicadores alternativos estão incluídos abaixo.

Malária na Gravidez

Quantidade de grávidas em ANC que receberam IPTp de acordo com as diretrizes nacionais

Fontes de dados: Inquérito aos serviços de saúde, revisão do registo da ANC

Caso esteja disponível, os dados observacionais fornecem uma forma rigorosa de avaliar se as mulheres grávidas receberam IPTp e aconselhamento sobre a prevenção da malária na gravidez. Quando não estão disponíveis dados observacionais, uma medida alternativa

da toma de IPTp pode ser encontrada no LIM ou no IDS, que utiliza entrevistas com mulheres que estiveram grávidas nos últimos dois anos (não com profissionais de saúde).

O seguinte indicador pode ser utilizado como uma alternativa:

Proporção de mulheres que receberam três ou mais doses de IPTp¹¹ no âmbito de ANC durante a última gravidez

Fontes de dados: IDS, LIM, IIM; outros inquéritos à comunidade. Consultar o documento do GRMA 2013 para obter informações detalhadas sobre a medição deste indicador, incluindo os numeradores e os denominadores.

Gestão de Casos

Fornecer a gestão de casos de malária de acordo com as diretrizes nacionais

Proporção de casos de febre que recebem um teste de diagnóstico de malária (ou proporção de casos de malária diagnosticados)²

Proporção de casos testados tratados/não tratados de acordo com os resultados do teste (ou proporção de casos positivos confirmados que receberam ACT)²

Fontes de dados: Inquérito aos serviços de saúde, revisão do registo, HMIS

Caso estejam disponíveis, os dados observacionais fornecem um elevado rigor para avaliar se as crianças com febre foram testadas e se os casos de malária confirmados foram tratados com ACTs. Quando não estão disponíveis dados observacionais, o LIM e o IDS podem ser utilizados para medir indicadores alternativos. Estas fontes utilizam entrevistas com prestadores de cuidados de crianças com idade inferior a 5 anos (não com profissionais de saúde).

Os seguintes indicadores podem ser utilizados como alternativas:

Proporção de crianças com menos de cinco anos com febre nas últimas duas semanas que fizeste o teste com picada no dedo ou calcanhar

Proporção que recebe uma ACT entre crianças com menos de cinco anos com febre nas últimas duas semanas que receberam medicamentos antimaláricos

Fontes de dados: IDS, LIM, IIM; outros inquéritos à comunidade. Consultar o documento do GRMA 2013 para obter informações detalhadas sobre a medição deste indicador, incluindo os numeradores e os denominadores.

Pulverização Residual Interna

Não são incluídos indicadores comportamentais para IRS, já que o IRS não necessita de ser medido durante as avaliações da CMSC. Isto deve-se ao facto de o IRS estar cada vez mais fora do controlo dos indivíduos e dos agregados familiares e mais nas mãos dos governos ou dos doadores, devido ao aumento dos custos dos inseticidas e as atividades de IRS são contingentes do consentimento dos dirigentes da comunidade. Assim, não são incluídos indicadores comportamentais a nível individual aqui ou nos inquéritos IDS e LIM. Contudo, o IRS é mencionado no anexo das perguntas do inquérito, já que ainda se trata de uma intervenção importante. Estas questões podem ser de especial interesse para aqueles que pretendem compreender melhor as razões da reduzida proporção de agregados familiares que recusam o IRS.

¹⁰ Koenker e Ricotta 2017

¹¹ Tendo em conta as diferenças de políticas de IPTp entre países, este indicador pode ser modificado para refletir o contexto do país.

Método de medição

Consultar o Anexo 3

Desagregação

Estes indicadores podem ser desagregados por várias características para fornecer aos implementadores do programa informações sobre a prática das populações de comportamentos direcionados. Poderá ser útil para desagregar as informações por uma série de categorias, incluindo a idade, género, residência (rural/urbana), endemicidade da malária, profissão, níveis de educação e quintis de saúde.

Utilização e interpretação de dados

A mudança de comportamentos é um processo de longo prazo e pode demorar vários anos da implementação do programa antes que ocorram mudanças reais. Apesar de ser possível triangular as respostas com estatísticas de serviços (para procura de tratamento e IPTp) e observação (como a colocação de ITNs), as respostas dos beneficiários estão sujeitas a auto-relatórios individuais. As respostas poderão ser influenciadas pelo preconceito de resposta (quando os inquiridos conhecem o comportamento e respondem da forma "correta" em vez de responder de acordo com as suas verdadeiras ações).

Estes indicadores são úteis nas duas principais fases do ciclo de monitorização do programa: na fase do estudo formativo e na fase de monitorização e avaliação de públicos. Na primeira fase, estes indicadores podem evidenciar uma área prioritária ou um comportamento problemático. As taxas baixas mostram que a população não está a adotar medidas preventivas e de tratamento adequadas. Esta conclusão é crítica na conceção de uma atividade da CMSC. Na segunda fase, estes indicadores oferecem informações sobre a eficácia das campanhas da CMSC e avaliam em que medida o comportamento foi alterado.

Pontos fortes

- As perguntas para a medição destes indicadores são versáteis. Podem ser adicionados a quaisquer inquéritos de larga escala com representatividade nacional ou inquéritos mais pequenos representativos de uma área subnacional, como uma região, distrito ou área de projeto.

Limitações

Comportamentos benéficos

- ITNs
 - Algumas ITNs no agregado familiar podem estar demasiado danificadas para serem utilizadas, fornecendo por isso uma estimativa exagerada para o denominador.
 - A utilização de ITN pode variar por estação.
- Malária na Gravidez
 - Nem todas as mulheres poderão saber que estão grávidas. Outras poderão não pretender comunicar se estão grávidas, especialmente se a visita do inquérito ocorreu durante o início da gravidez. Por esta razão, é difícil recolher dados sobre todas as mulheres grávidas da amostra.
 - As mulheres poderão não recordar o nome do medicamento que tomaram durante a gravidez para prevenção da malária. No momento da publicação, foi discutida uma nova estrutura do LIM e do IDS para que não fosse perguntado às mulheres o nome do medicamento que tomaram e que a fonte da dose seria removida.

- Procura de cuidados
 - Este indicador não explica porque é que não foi procurado aconselhamento ou tratamento para algumas crianças.
 - Apesar de ainda ser importante procurar cuidados no prazo de 24 a 48 horas para prevenir a malária grave, encontrar uma forma consistente de o medir continua a representar um desafio.

Comportamentos do prestador de serviços

- Indicadores alternativos para IPTp e gestão de casos — Estes indicadores não recolhem dados junto do público-alvo (prestadores), mas junto de mulheres e profissionais de saúde que são os beneficiários dos comportamentos dos profissionais de saúde. Os inquéritos aos serviços de saúde constituem a melhor maneira de medir os comportamentos dos profissionais de saúde.
- Proporção de crianças com menos de cinco anos com febre nas últimas duas semanas que foram sujeitas ao teste por picada no dedo ou calcanhar - Um teste por picada no dedo ou calcanhar não foi utilizado para diagnosticar a malária. Por exemplo, pode também ser utilizado para diagnosticar anemia ou febre tifoide. Não será perguntado ao inquirido se foi utilizado o teste de picada no dedo ou calcanhar para diagnosticar a malária porque poderão não saber que doença foi testada.
- Tratamento de acordo com os resultados do teste — Esta é uma medida de adesão aos resultados do teste da malária. Não são explorados os motivos para a não-adesão aos resultados negativos do teste ou prescrição excessiva de ACTs.
- Proporção que recebe uma ACT entre crianças com menos de cinco anos com febre nas últimas duas semanas que receberam medicamentos antimaláricos — Este indicador está limitado a crianças que receberam medicamentos antimaláricos. Não existem informações sobre se a criança deveria ter recebido o medicamento antimalárico segundo as recomendações. Mede simplesmente se foram administrados os medicamentos antimaláricos adequados.

Resultados do Programa

Os indicadores do processo refletem os passos necessários para implementar uma atividade com êxito. O relatório deve especificar a cobertura geográfica da intervenção e as informações sobre a população-alvo, incluindo a idade e o género, caso seja adequado.

14. Número de materiais produzidos

Objetivo

Os programas contra a malária criam mensagens e produzem materiais para promover 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 captar a criação dessas mensagens e/ou materiais.

Definição

Cada nova atividade da CMSC, como um anúncio, vídeo ou livro educativo, conta como uma mensagem "criada". Os materiais devem demonstrar e fornecer informações sobre as estratégias de prevenção e tratamento da malária.

Numerador

Número de materiais produzidos ou de mensagens criadas

Denominador

Nenhum

Método de medição

Este indicador é medido através dos registos de projeto. Os registos devem mostrar quantos materiais ou quantas mensagens foram produzidos. Também poderá ser útil a verificação relativamente ao orçamento para impressão, por exemplo.

Desagregação

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

Utilização e interpretação de dados

Este indicador fornece uma medida dos resultados produzidos. A disseminação das mensagens depende do timing de produção. A produção adiada de mensagens e materiais pode ter um grande impacto sobre o êxito de uma atividade da CMSC.

Pontos fortes

- Este indicador é relativamente fácil de medir.
- Este indicador pode ser verificado em relação com o orçamento nos casos em que os materiais devem ser impressos ou desenvolvidos digitalmente.

Limitações

- O indicador não mostra se os materiais e as mensagens eram claras e de alta qualidade ou se alcançaram os públicos-alvo.
- Este indicador não fornece informações sobre se os materiais e/ou as mensagens foram produzidos atempadamente.
- Este indicador não fornece informações sobre se as mensagens ou os materiais foram disseminados.

15. Número de pessoas alcançadas

Objetivo

Este indicador mede o volume de pessoas que participam em atividades do programa ou utilizam serviços do programa. A formulação exata do indicador varia consoante o tipo de programa e as atividades.

O pessoal pode compilar dados sobre o número e as características das pessoas que participam em atividades de comunicação interpessoal. A obtenção de uma contagem rigorosa pode revelar-se difícil em grandes reuniões comunitárias, pelo que o pessoal deve calcular o número de participantes dividindo visualmente o público em secções separadas (com cerca de 25 a 35 pessoas), contar quantas pessoas estão nessa secção, em seguida multiplicar esse número pelo número de "secções" que parecem existir no público.

Para calcular o alcance dos programas nos meios de comunicação social, as agências de monitorização de meios de comunicação social podem utilizar audímetros, diários de meios de comunicação de agregados familiares selecionados e inquéritos por painel para calcular o número de pessoas que assistiram a uma transmissão.

Além do número e percentagem de pessoas servidas ou alcançadas pelo programa entre a população pretendida, os gestores devem avaliar se o programa alcança subgrupos-chave. Por exemplo, algumas atividades da CMSC destinam-se ao pessoal dos serviços de saúde. Os gestores devem garantir que o programa está a alcançar os subgrupos interessados.

Definição

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

Numerador

Número de pessoas servidas ou expostas ao programa

Denominador

Nenhum

Método de medição

Este indicador é medido utilizando estatísticas sobre o serviço 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 atividades do programa. Os gestores devem compilar estatísticas separadas para cada tipo de atividade principal.

Desagregação

Os gestores devem subdividir este indicador pelo número total exposto pelo tipo de atividade, como uma atividade comunitária, um programa escolar ou serviços clínicos. Os participantes podem também ser classificados por características relevantes como: idade, género, estado civil, raça/etnia, estatuto socio-económico e residência.

Utilização e interpretação de dados

Este indicador fornece informações sobre se as atividades da CMSC estão a alcançar um grande número de pessoas.

Pontos fortes

- Este indicador pode ser triangulado com o indicador 1, proporção de pessoas que se lembram de ouvir ou ver uma mensagem sobre a malária nos últimos seis meses, e indicadores relacionados adicionais.

Limitações

- Este indicador não fornece informações sobre a eficácia de cada canal na mudança do comportamento.
- Poderá ser muito difícil obter uma contagem rigorosa do número de participantes em grandes reuniões de mobilização comunitária, pelo que os registos do programa devem confiar nas melhores estimativas.
- É inevitável a duplicação da contagem em eventos muito participados que ocorrem na mesma ou mesmo em comunidade próximas.
- Este indicador não mede o envolvimento dos membros da comunidade, se o público-alvo foi alcançado ou a que ponto os objetivos da reunião ou evento foram atingidos.
- As agências de monitorização dos meios de comunicação social com a capacidade para monitorizar as audiências utilizam tecnologia sofisticada e uma elevada capacidade técnica. Por este motivo, estas agências poderão não ser facilmente acessíveis ou ser proibitivamente dispendiosas.

16. Número de atividades da CMSC realizadas

Objetivo

Este indicador mede o número de atividades da CMSC executadas. Fornece informações sobre se as atividades estão a ser executadas de acordo com os planos de trabalho. Este indicador também fornece informações sobre a frequência dos principais tipos de atividades da CMSC, como consultas ao domicílio, demonstrações comunitárias e transmissões televisivas ou radiofônicas.

Definição

Este indicador mede o número de atividades executadas. As atividades da CMSC podem incluir consultas ao domicílio, demonstrações comunitárias ou transmissões televisivas ou radiofônicas.

Numerador

Número de atividades da CMSC realizadas
Este indicador pode ser facilmente adaptado ao estado as atividades reais utilizadas. As adaptações potenciais incluem o “Número de diálogos comunitários” e o “Número de vezes que as mensagens foram transmitidas na rádio ou na televisão no período de referência [como, por exemplo, três meses]”. Quando os avaliadores dos programas têm informações sobre o número de vezes que uma mensagem foi transmitida, podem triangular estas informações 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 medido através de registos do programa que tomam nota do número de atividades executadas. Os gestores podem pretender também reunir dados sobre as características do público, como a idade, género e localização, para fornecer mais informações contextuais a este indicador.

Desagregação

Este indicador deve ser desagregado pelo tipo de atividade da CMSC. O tipo de atividade irá depender da conceção do programa, mas poderá incluir consultas ao domicílio, sessões de informação, demonstrações comunitárias e transmissões televisivas ou radiofônicas.

Utilização e interpretação de dados

Este indicador fornece uma medição da implementação de uma atividade da CMSC, indicando a frequência de várias atividades que são executadas. Este indicador pode ser utilizado para garantir que uma atividade da CMSC está no caminho certo segundo os planos de trabalho da atividade. Se as atividades da CMSC não estiverem a ser executadas segundo o plano, é pouco provável que ocorra a mudança de comportamentos esperada.

Pontos fortes

- A medição do número de atividades da CMSC executadas pode fornecer uma indicação sobre o progresso do programa.
- Este indicador deve ser desagregado por atividade da CMSC, fornecendo aos gestores informações detalhadas sobre as atividades de implementação.

Limitações

- Ao mesmo tempo que o indicador mede o número de atividades executadas, não fornece informações sobre a qualidade das atividades.
- Este indicador não pode fornecer informações sobre se as atividades ocorreram atempadamente.

17. Número de pessoas que receberam formação na CMSC sobre a malária

Objetivo

Este indicador serve como uma medida dos programas de formação da CMSC. Os gestores podem utilizá-lo para determinar se um programa cumpre os respetivos objetivos da 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 atividades da CMSC contra a malária.

Definição

Este indicador do nível de resultado mede o número de pessoas que concluíram um curso de formação na CMSC contra a malária. Um indivíduo deve apenas ser contabilizado depois de ter concluído a formação. Os indivíduos que estão a meio de um curso de formação devem ser contabilizados no período de relatório seguinte. Os indivíduos que participam em mais que um curso de formação de educação de pares durante um período de relatório devem ser contabilizados apenas uma vez.

Numerador

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

Denominador

Nenhum

Método de medição

O número de pessoas formadas é baseado na lista final de nomes de participantes, para 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, género e residência urbana/rural. Se a CMSC estiver a visar e/ou associar à iniquidade, classifique os formandos por áreas servidas (pobre/não pobre) e desagregue os dados por área servida.

Utilização e interpretação de dados

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

Limitações

- O indicador não capta o número de participantes que se envolvem ativamente na CMSC contra a malária. Um passo adicional será medir a percentagem de pessoas formadas em CMSC contra a malária e que estão ativas durante um período de referência.
- Este indicador não fornece informações sobre os conhecimentos adquiridos ou a qualidade da formação.

Parte 3: Anexos

Anexo 1: Teorias sobre Comunicação e Mudança de Comportamentos

Os indicadores neste guia são baseados em pesquisas e teorias anteriores acerca dos determinantes da mudança de comportamento relativamente a malária, planeamento familiar, VIH e outras áreas da saúde. Os dados mostram que melhorar o conhecimento por si só não é suficiente para aumentar a adoção dos comportamentos pretendidos. Outros fatores, como atitudes e características do público do comportamento pretendido, também devem ser tidos em conta.

A palavra “teoria” é utilizada de modo diferente na linguagem corrente ou na linguagem científica. Enquanto a utilização vernácula da palavra “teoria” implica especulação, as ciências sociais e teorias científicas, como as que são discutidas nesta secção, fazem referência, em vez disso, a “uma explicação de algum aspeto do mundo natural que foi fundamentada através da repetição de experiências.”¹²

As teorias ajudam-nos a mapear os locais onde está em curso a mudança de comportamento do público e como irão alcançar a mudança pretendida. As teorias fornecem informações sobre as decisões, motivos, barreiras e facilitadores associados à mudança.

Nesta secção encontramos seis teorias de mudança comportamental e comunicação normalmente utilizadas. Ao mesmo tempo que as teorias partilham alguns elementos semelhantes, cada uma delas sublinha ligeiramente idealizações e processos diferentes. Neste anexo, fornecemos uma descrição-geral de cada teoria e de como as respetivas idealizações são refletidas no guia indicador. Estas informações foram adaptadas a partir da Online Training Series on Evidence-Based Malaria Social & Behavior Change Communication¹³ e de uma série de manuais de pesquisa sobre a CMSC¹⁴.

Modelo de Processamento Paralelo Alargado

Os indicadores 6 a 9 medem as idealizações da percepção do risco, a auto-eficácia e a eficácia da resposta, que foram associadas a comportamentos preventivos.¹⁵ Estas idealizações baseiam-se no Modelo de Processamento Paralelo Alargado (MAPP), também conhecido como o Quadro sobre Atitudes de Percepção de Risco.¹⁶ O MAPP descreve de que modo 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 suscetibilidade, e a eficácia, ou confiança na capacidade de uma pessoa de controlar ou gerir a ameaça ou o risco perceptível, é composta por três partes: eficácia da resposta, auto-eficácia e barreiras.

Medo ou Ameaça

- **Suscetibilidade** refere-se à crença que a doença ou a ameaça possam realmente atingi-los. O indicador 7, proporção de pessoas com a percepção que estão em risco de contrair malária, mede a suscetibilidade.
- A gravidade refere-se à importância que as pessoas atribuem à ameaça (malária). Isto é refletido no indicador 8, a proporção de pessoas que sentem que as consequências da malária são graves.

Eficácia

- A **eficácia da resposta** refere-se a uma percepção que uma ação ou solução proposta irá realmente controlar a ameaça. No caso da malária, a crença de uma pessoa que as ITNs constituem uma boa proteção contra a malária é um exemplo de eficácia da resposta. O indicador 9, proporção de pessoas que acreditam que a prática ou o produto recomendado irá reduzir o risco, mede a eficácia da resposta.
- A auto-eficácia é uma medida de auto-confiança que uma pessoa pode executar uma ação para controlar a ameaça. A auto-eficácia pode referir-se à confiança de uma pessoa em utilizar correta e consistentemente ITNs para prevenir a malária. O indicador 10, proporção de pessoas que estão confiantes na sua capacidade de executar um comportamento específico relacionado com a malária, mede a auto-eficácia.
- A última parte da eficácia, barreiras, refere-se a percepções de fatores que poderão impedir alguém de praticar o comportamento. A pesquisa mostrou que os indivíduos podem ter os conhecimentos, capacidades, crenças positivas, atitudes e intenções direcionados para um comportamento específico, e mesmo assim não adotam o comportamento recomendado. É necessário um estímulo para motivar a ação.

Conjugar todos os dados

Os avaliadores podem esperar respostas comportamentais desejáveis quando as pessoas têm fortes percepções de risco/ameaça associadas a crenças fortes de eficácia relativamente à resposta recomendada (Figura 1, caixa superior esquerda). Quando as pessoas sentem um medo significativo, mas não acreditam que podem agir ou que as suas ações 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 perceptível como não sendo grave mas que estão disponíveis medidas fáceis e eficazes, os indivíduos poderão ser ligeiramente motivados para agir (caixa inferior esquerda). Se a ameaça não for grave e não existirem ações realizáveis ou eficazes, é muito provável que os indivíduos não façam nada para resolver o problema.

Por exemplo, as pessoas podem sentir que a utilização de ITNs é fácil mas não receiam tanto o risco de infeção por malária durante a estação seca (caixa inferior esquerda). As atividades da CMSC poderão ser concebidas para aumentar a percepção de que os membros da comunidade continuam suscetíveis à malária durante a estação seca e que as consequências podem ainda ser graves (caixa superior esquerda). Utilizando os indicadores fornecidos, os avaliadores podem medir em que medida estes programas afetaram as percepções de risco e eficácia e se estas idealizações foram determinantes na utilização de ITN durante todo o ano.

¹² 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/>

¹³ VectorWorks 2015.

¹⁴ Health Communication Capacity Collaborative 2014.

¹⁵ Boulay et al. 2014.

¹⁶ Rimal e Real 2008.

Figura 1. Modelo de Processamento Paralelo Alargado

	Eficácia Elevada (Capaz de responder com eficácia)	Eficácia Reduzida (Incapaz de responder com eficácia)
Ameaça Elevada (Vulnerável a Danos Graves)	Altamente motivado para tomar uma ação de proteção	Denial, defensiveness, avoidance
Ameaça Reduzida (Invulnerável, Ameaça Trivial)	Motivação reduzida, talvez alguma ação de proteção	Ausência de resposta

A EFICÁCIA DETERMINA A REAÇÃO

Teoria de Aprendizagem Social

A Teoria de Aprendizagem Social, também conhecida como Teoria Social Cognitiva, enfatiza a importância do estabelecimento de modelos e da auto-eficácia. De acordo com esta teoria, as pessoas aprendem por:

1. Observação do que outros fazem
2. Observação do que acontece a essas pessoas como resultados das suas opções comportamentais
3. Avaliação da relevância e da importância destas consequências para sua própria vida
4. Tentativa de reproduzir a ação

A auto-eficácia é uma parte importante desta teoria. Segundo Bandura, “a auto-eficácia perceptível afeta cada fase da mudança pessoal. Determina se as pessoas chegam mesmo a considerar mudar de comportamento, se podem atrair a motivação...e de que modo mantiveram as alterações.”¹⁷ Os modelos positivos devem por isso ser direcionados para construir as capacidades das pessoas e a sua crença de que são capazes de exercitar essas capacidades.

O primeiro passo, observar o que os outros fazem, está refletido no indicador 11, proporção de pessoas que acreditam que a maioria dos seus amigos e membros comunidade aplica tal comportamento atualmente. Mesmo que ainda não tenha ocorrido uma verdadeira mudança de comportamentos, a CMSC pode aumentar a percepção do público de que está a ocorrer ou já ocorreu uma mudança, criando o impulso e o ambiente de apoio necessários para ter impacto para uma mudança real. Este indicador mede a capacidade das estratégias da CMSC para persuadir o público-alvo de que os seus amigos, família e outros membros da comunidade estão a adotar o comportamento recomendado e que a adesão a esse comportamento está a aumentar, diminuir ou a manter-se igual.

O segundo passo, observação do que acontece a essas pessoas como resultados das suas opções comportamentais, é a base dos indicadores 7 e 8: proporção de pessoas que sentem que as consequências da malária são graves e proporção de pessoas que acreditam que a prática ou produto recomendados reduzem o risco, respetivamente. Os indivíduos avaliam o impacto destes comportamentos noutras pessoas, se são recompensados ou punidos social, material ou fisicamente, uma vez que refletem na relevância e importância destas consequências nas suas vidas (passo 3). O indicador 6, proporção de pessoas que acreditam estar em risco de contrair malária, é uma indicação do passo 3.

O indicador 9, proporção de pessoas que confiam na própria capacidade para adotar um comportamento relacionado com a malária específico, pode ser utilizado para controlar as mudanças na auto-eficácia como resultado da exposição a uma campanha, e em que medida a auto-eficácia contribuiu para a mudança de comportamento pretendida.

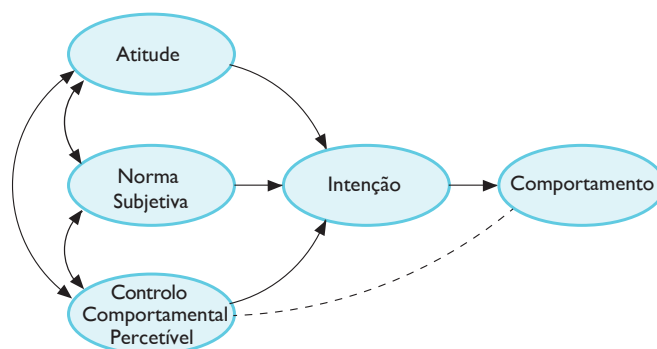
Conjugar todos os dados

As campanhas nos meios de comunicação social baseadas na teoria da aprendizagem social utilizam figuras com quem as pessoas se identificam, figuras como os públicos-alvo, para apresentar os problemas de saúde e construir competências de vida. Isto torna-se mais evidente em séries dramáticas de longa duração com mensagens sobre planeamento familiar ou um filme dramático que trata da malária na gravidez. A teoria da aprendizagem social também tem sido utilizada em intervenções individuais ou em pequenos grupos em que os participantes têm a oportunidade de observar os seus pares e em que é fornecido aconselhamento para a prática do comportamento, como a utilização de preservativo ou a comunicação entre parceiros.

Teoria de Comportamento Planeado

Segundo a Teoria do Comportamento Planeado, as pessoas baseiam as suas intenções em três coisas: se pensam que o comportamento é mau ou bom, aquilo que pensam que se espera que façam e em que medida podem adotar o comportamento. Esta secção é inspirada num manual de pesquisa da CMSC sobre a Teoria do Comportamento Planeado.¹⁸

Figura 2. Teoria de Comportamento Planeado



- **Atitude**— crenças que o comportamento é bom ou mau dependendo dos efeitos do mesmo serem positivos ou negativos. Esta idealização está refletida no indicador 10, a proporção de pessoas com um comportamento favorável relativamente ao produto, prática ou serviço, e o indicador 8, a proporção de pessoas que acreditam que a prática ou produto recomendados irá reduzir os seus riscos.
- **Normas subjetivas**— pressão social e crenças perceptíveis sobre o que os pares esperam que eles façam e se serão apoiados ou ridicularizados. Esta idealização está refletida no indicador 11, proporção de pessoas que acreditam que a maioria dos seus amigos e membros comunidade aplica tal comportamento atualmente.
- **Controlo comportamental perceptível**— crenças sobre se têm os conhecimentos, as ferramentas e a capacidade necessários para adotar os comportamentos estão refletidas no indicador 9, proporção de pessoas que confiam na própria capacidade para adotar um comportamento relacionado com a malária específico.
- **Intenção**— Segundo esta teoria, quanto mais forte for a intenção de uma pessoa de praticar um comportamento saudável, maior será a probabilidade dessa pessoa adotar realmente esse comportamento. Contudo, é importante lembrar que muitos fatores e barreiras externos podem impedir um indivíduo de adotar um comportamento, mesmo quando têm uma intenção de o fazer. A intenção é mais forte quando as atitudes, as normas subjetivas e o controlo comportamental perceptível favorecem o comportamento.

¹⁷ Bryant e Zillman, 2008.

¹⁸ Health Communication Capacity Collaborative 2014.

Conjugar todos os dados

Uma campanha na Tanzânia procurou aumentar as percepções que as ITNs são a abordagem socialmente aceite de evitar a malária, apoiar a confiança das pessoas na sua capacidade para utilizar ITNs todas as noites e melhorar a atitude fatalista de que a malária é uma presença inevitável e constante nas vidas das pessoas.

A avaliação inicial do programa demonstrou que a exposição às atividades melhorou a auto-eficácia necessária para tomar ações para prevenir a malária. Perto de 77% dos que foram expostos ao programa protegeram os filhos com ITNs na noite anterior, contra 34,6% dos que não foram expostos ao programa. A exposição à campanha aumentou significativamente a percepção que as ITNs são eficazes no combate à malária e a crença que as ITNs são úteis e fáceis de utilizar.

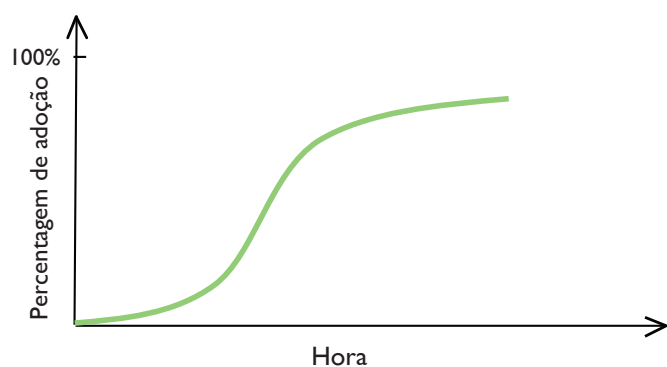
As normas sociais e a crença nas capacidade de uma pessoa utilizar ITNs de forma eficaz forma igualmente significativamente associadas à propriedade de ITNs. Deste modo, as pessoas expostas às atividades da campanha mudaram as suas atitudes e passaram a ter maior probabilidade de agir na intenção de ter e de utilizar uma ITN.

Difusão de inovações

Esta teoria descreve vários fatores que influenciam a rapidez com que uma ideia ou comportamento são adotados. A difusão depende das características da inovação, canais de comunicação, período de tempo e do sistema social. Esta secção foi adaptada a partir de um manual de pesquisa da CMSC sobre a Teoria da Difusão de Inovações.¹⁹

A Figura 3 representa a curva em S da difusão. Ilustra o modo como as pessoas começam por adotar lentamente novos comportamentos, mas à medida que o comportamento se torna mais conhecido e aceite, mais rapidamente as pessoas começam a praticá-lo. O comportamento acaba por se tornar comum com menos novos adotantes.

Figura 3. Curva em S da Difusão



Algumas inovações, como os telemóveis, rapidamente se tornam populares, enquanto para outras a sua adoção implica mais explicações e prática. Uma comunicação eficaz pode ajudar uma inovação a tornar-se popular, tornando a curva mais acentuada. Do mesmo modo, as características de uma inovação ou de um comportamento de saúde irão influenciar a rapidez com que são adotadas. A Tabela 1 descreve as principais características de uma inovação, bem como o que significam para a implementação do programa. À medida que as pessoas se vão familiarizando com uma inovação, maior será a probabilidade de a adotarem.

Tabela 1. Características das Inovações e Intervenções de Comunicação Relacionadas

Caraterística	Pergunta	Explicação
Complexidade	Grau de simplicidade?	Estas perguntas podem ser respondidas em anúncios sociais e em discussões comunitárias/radiofónicas
Compatibilidade	Funciona para mim?	
Observabilidade	Posso vê-lo?	Mesmo que uma pessoa nunca tenha visto algo, ouvir um amigo ou um líder comunitário falar positivamente disso pode encorajá-la a utilizá-lo.
Possibilidade de experimentação	Posso experimentá-lo?	Uma pessoa pode nunca ter possibilidade de experimentar algo, mas ver alguém fazê-lo na TV ou numa peça comunitária pode ter um efeito semelhante

Conjugar todos os dados

Os implementadores podem controlar o progresso das suas intervenções criando gráficos como a curva em S ao avaliar os dados sobre o alcance do programa. Idealmente, os implementadores do programa procuram tornar o gráfico mais estreito e alto, alcançado mais gente, rapidamente. As abordagens da Difusão de Inovações são mais eficazes quando são aplicadas a problemas que podem ser influenciados por membros proeminentes da sociedade ou difundidos por métodos de comunicação tradicionais. O indicador 13, proporção de pessoas que encorajaram os amigos ou familiares a adotar uma prática específica, pode ajudar a identificar líderes de opinião que podem ter influenciado o comportamento das pessoas relativamente às intervenções contra a malária.

O Modelo de Crenças de Saúde

Este modelo ilustra a importância das crenças sobre os riscos, benefícios, barreiras e auto-eficácia na mudança de comportamento. Segundo este modelo, se os indivíduos se considerarem vulneráveis à malária; acreditarem que a malária teria consequências potencialmente graves; acreditarem que a utilização de ITNs, o IPTp, os testes e o tratamento são benéficos na redução da sua vulnerabilidade à malária ou na diminuição da sua gravidade; e acreditarem que os benefícios do comportamento se sobrepõem às barreiras, existe a probabilidade que ajam para reduzir os seus riscos. O modelo também defende que é necessário um estímulo para lançar a ação de prevenção. O modelo difere dos outros pelo facto de não declarar explicitamente o papel da emoção (como o medo, como no MAPP).

¹⁹ Health Communication Capacity Collaborative 2014.

Conjugar todos os dados

As descrições destas idealizações e as suas relações com os indicadores são disponíveis acima. Um exemplo de um estímulo pode ser “se o seu filho tem febre, dirija-se imediatamente a um centro de saúde”. Os implementadores que utilizam o Modelo de Crenças de Saúde devem avaliar a relação entre estas idealizações e o comportamento desejado, além de avaliar o papel da memória do estímulo específico dado na campanha.

O Modelo de Ideação

A ideação é um modelo para compreender qual o grau de difusão de novos modos de pensar, ou comportamentos, entre indivíduos e grupos através da comunicação e da interação social. O modelo é transversal e incorpora muitos dos conceitos encontrados nos modelos mencionados anteriormente. A ideação deve ser utilizada quando os planificadores pretendem identificar os fatores psicológicos que preveem o comportamento ou tentam atribuir a causa da mudança de comportamento a atividades da CMSC. Através da criação de um índice combinado de ideação, os investigadores podem mostrar que os indivíduos com mais fatores ideacionais têm maior probabilidade de adotar um determinado comportamento. A probabilidade de alguém adotar e manter um novo comportamento é muito mais elevada quando:

- Tiver adquirido conhecimentos suficientes sobre ele
- Tiver desenvolvido uma atitude positiva relativamente a ele
- Pensar que outros o apoiam e praticam
- Tiver falado com outros sobre ele
- Sentir que o que faz está correto
- Também é possível identificar quais destes fatores são os mais fortes previsores de comportamento, fornecendo orientação sobre que estratégias da CMSC devem ser enfatizadas.

O modelo inclui três categorias principais de fatores de ideação: cognitivo, emocional e social. Os fatores cognitivos dirigem-se às crenças, valores e atitudes de um indivíduo (como as perceções de risco), além do modo como um indivíduo encara o que os outros pensam que deve ser feito (normas subjetivas), o que o indivíduo pensa que os outros estão realmente a fazer (normas sociais) e a forma como o indivíduo pensa sobre si mesmo (auto-imagem). Os fatores emocionais incluem o que um indivíduo sente a respeito do novo comportamento (positivo ou negativo) além do grau de confiança de uma pessoa na sua capacidade para a execução do comportamento (auto-eficácia). Os fatores sociais consistem nas interações interpessoais (como o apoio ou a pressão dos amigos) que convencem alguém a assumir um determinado comportamento, além do efeito no comportamento de um indivíduo de tentar persuadir outros a adotar o mesmo comportamento (defesa pessoal). A Figura 5 sugere que a comunicação pode afetar todos os fatores ideacionais simultaneamente.²⁰

²⁰ Health Communication Capacity Collaborative 2015.

Figura 4. O Modelo de Crenças de Saúde²¹

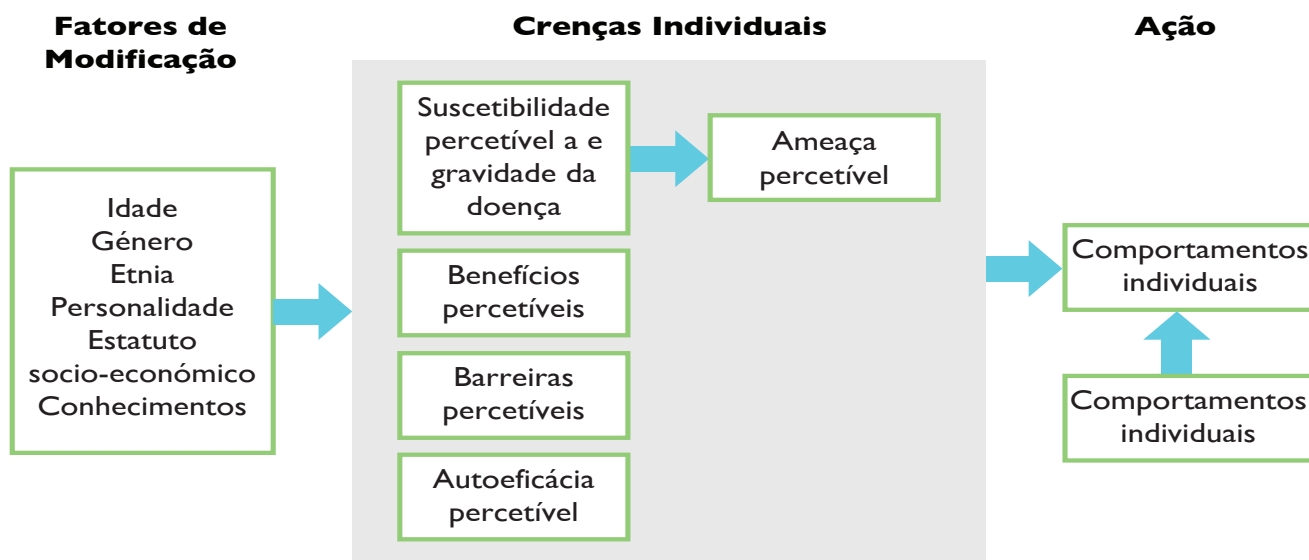
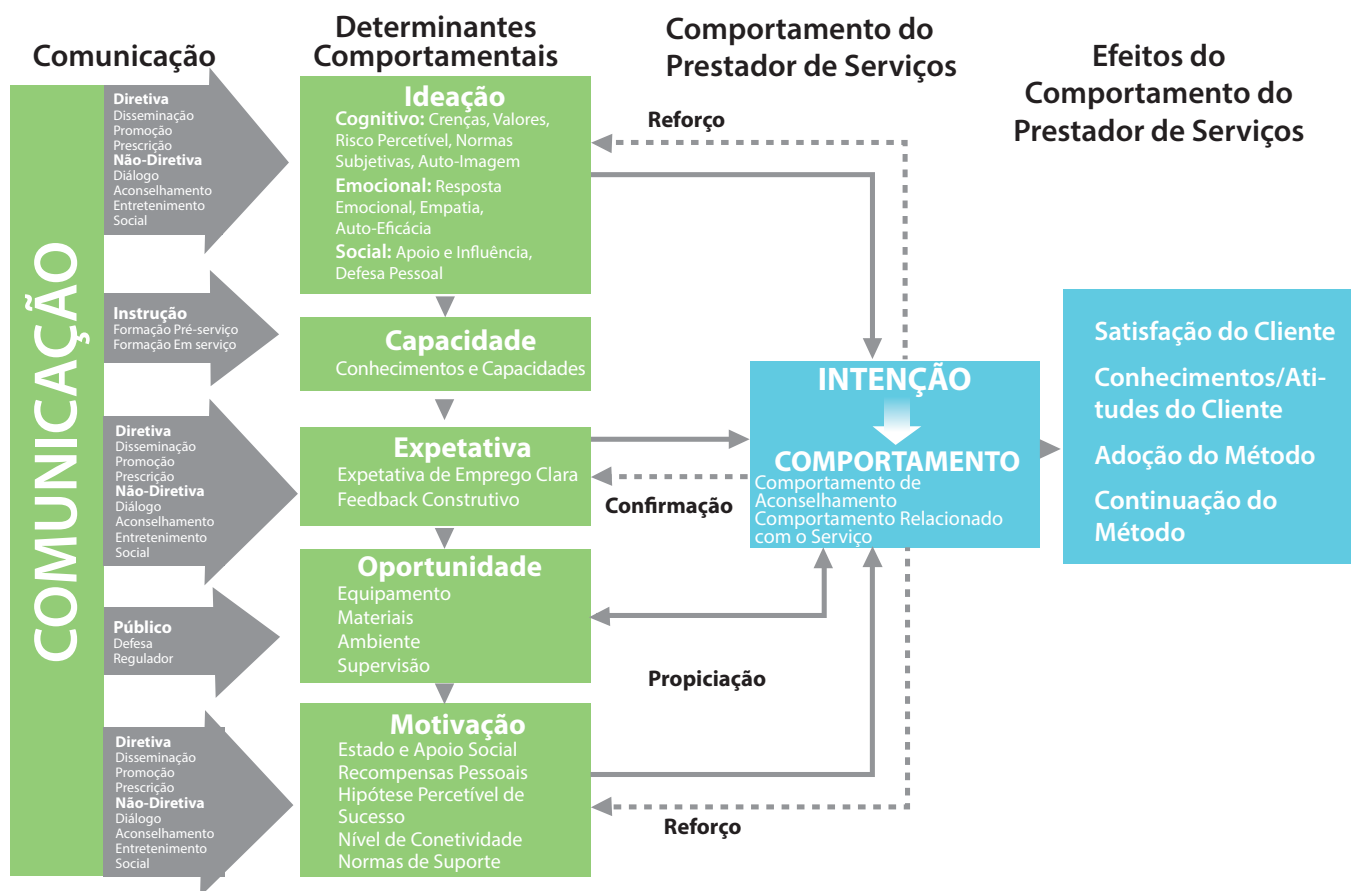


Figura 5. O Modelo de Ideação



²¹ Glanz et al. 2008.

Anexo 2: Lista de Verificação para Comunicação sobre Avaliações da CMSC contra a Malária

A lista de verificação pede aos escritores que descrevam a intervenção da CMSC; que forneçam a filosofia-chave da estratégia, a escolha de efeitos da CMSC e os métodos para criar comparações e que discutam os efeitos, mecanismos informais e a generalização dos resultados. Visa melhorar a transparência, aumentar a eficiência durante o processo de publicação e identificar que abordagens da CMSC funcionam melhor em diferentes contextos.

√	DOMÍNIO 1: ESTRUTURA DA INTERVENÇÃO Modo como a intervenção foi concebida e uma descrição da intervenção
	1. Qual o problema comportamental que a intervenção de BCC pretende abordar?
	2. Que resultados dos estudos formativos informaram a intervenção?
	3. Que teorias foram utilizadas para desenvolver a intervenção ou a análise? *
	4. Os públicos-alvo são descritos de uma forma que ajuda os leitores a compreender o contexto comportamental?
	5. As mensagens, materiais e atividades são descritas em termos da teoria do programa e do público-alvo? (Útil: Uma ligação a materiais, recursos e pesquisa a partir do programa)
	6. As mensagens e os materiais foram testados junto dos públicos-alvo antes da implementação? Como? **
	7. Havia uma descrição da duração, frequência e quantidade das atividades da BCC? * Quais eram as qualificações das pessoas que efetuaram a intervenção? *Existia um mecanismo de monitorização para verificar o alcance ou a entrega do conteúdo?
	8. De que forma variou a exposição à intervenção? Ocorreu uma variação substancial no alcance dos meios de comunicação social e dos parceiros da comunidade? *
	9. Se possível: Os custos foram descritos? **Alguma das estruturas ou recursos existentes foram aproveitados pela intervenção?
	DOMÍNIO 2: CONCEÇÃO DO ESTUDO Seleção de efeitos e método de comparação
	10. Como é que foram atribuídas unidades a um grupo de estudo? Se as unidades não tiverem sido selecionadas aleatoriamente, que medidas foram tomadas para minimizar o risco de preconceito de seleção? *
	11. Se estiverem disponíveis informações de referência: Existe uma comparação das características da referência com as características sociodemográficas e 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 atividades foram recebidas por este grupo? Que esforços foram feitos para impedir a contaminação? *
	13. Os autores utilizaram os indicadores de efeito recomendados do manual de indicadores de BCC contra a malária de RBM (exposição à intervenção da BCC, mudanças nos comportamentos contra a malária, efeitos intermédios como os conhecimentos, normas, atitudes, risco e eficácia)? Quais foram os efeitos e os intervalos de confiança?
	14. Os efeitos selecionados eram plausíveis em teoria dada a estrutura da intervenção? **
	15. Os dados foram recolhidos quanto tempo depois da intervenção da BCC?
	DOMÍNIO 3: DISCUSSÃO Interpretação dos resultados, inclui os fatores relacionados com os pontos-fortes, as limitações ou a fraquezas do estudo
	16. Foram avaliados os critérios múltiplos para atribuição causal?
	17. Existe uma discussão sobre o mecanismo ou o percurso causal? *
	18. Em que medida as conclusões são consistentes com a pesquisa anterior?
	19. Foram dadas explicações alternativas? * Isto pode incluir problemas como o acesso, a presença de outros programas no ambiente da intervenção, variáveis psicológicas ou eventos contextuais.
	20. Que fatores facilitaram ou dificultaram a implementação da intervenção? *
	21. Existe alguma discussão sobre em que medida é possível generalizar os resultados do estudo? * Ocorreu uma discussão sobre a relação custo-eficácia, escalabilidade e/ou sustentabilidade? **
	22. Quais são as implicações para pesquisas futuras, campanhas e políticas de BCC?

* Adaptado a partir do TREND ** Adaptado a partir de comentários do TREND

Anexo 3: Perguntas do Inquérito e Métodos de Medição

Estrutura do Inquérito

Amostra

Para inquéritos mais pequenos, os implementadores devem garantir uma amostra adequada para alimentar a análise de dados desagregada para populações-alvo específicas, como mulheres grávidas, se o alvo for a sub-população. Uma amostra suficientemente grande é necessária para fazer interpretações significativas a partir dos dados, e para esse fim, a incorporação destas perguntas em inquéritos existentes deve ser discutida nas fases iniciais do planeamento de modo a atribuir recursos adequados a essa atividade.

Adaptar/Personalizar Perguntas

Públicos-alvo

Em geral, estes indicadores representam a medição de indivíduos, não de agregados familiares. Mesmo que sejam feitas perguntas como parte do questionário ao agregado familiar, as respostas representam apenas o indivíduo que as fornece, nenhum dos outros membros do agregado familiar. Se o público-alvo for um subsegmento da população geral, como as mulheres grávidas ou crianças com menos de cinco anos de idade, as perguntas do inquérito devem ser feitas a ou sobre esta sub-população específica, por exemplo, "A criança com menos de cinco anos dormiu debaixo de uma ITN ontem à noite?"

Se o grupo-alvo for constituído por profissionais de saúde, terão de ser recolhidos dados através de um inquérito a serviços de saúde e não de um inquérito a agregados familiares. As perguntas neste anexo apenas foram testadas junto de agregados familiares e não com profissionais de saúde. Poderão ser necessárias informações adicionais acerca do ambiente de trabalho e das normas profissionais para compreender melhor as motivações do prestador.

As ferramentas de recolha de dados devem ser concebidas ou modificadas para garantir que os padrões de omissão corretos foram implementados para que não sejam feitas perguntas que não se aplicam às pessoas.

"Eu" vs. "você"

Os implementadores devem decidir antecipadamente, com base no contexto, se os enumeradores (pessoal de recolha de dados) utilizam "Eu" ou "você" ao formular as perguntas. O questionário deve ser adaptado em conformidade.

Contexto local

As ferramentas de recolha de dados devem ser geralmente adaptadas ao contexto do país. Isto inclui os nomes dos medicamentos contra a malária entre outros, as estruturas de saúde e as atividades da CMSC.

Preconceito de Desejabilidade Social

O preconceito de desejabilidade social pode representar uma limitação à recolha de dados se os inquiridos acreditarem que os enumeradores pretendem ouvir determinadas respostas. Para reduzir ou eliminar um potencial preconceito de desejabilidade social, o questionário poderia incluir algumas perguntas para avaliar a desejabilidade social. A Crowne and Marlow Social Desirability Scale²² ou versões abreviadas da escala, como a descrita por Reynolds,²³ são úteis a avaliar se os inquiridos respondem com veracidade ou estão a prestar falsas declarações a propósito deles próprios de modo a gerir as percepções que os enumeradores têm deles.

A Escala de Desejabilidade Social pode ser adaptada aos contextos específicos dos países. Os analistas de dados comparam o Resultado de Desejabilidade Social e uma variável-chave de interesse, como a utilização de ITN ou comportamento de procura de serviços de saúde correto. Os analistas podem depois controlar a desejabilidade social elevada em análises multivariadas.

Análise, Utilização e Interpretação de Dados

Criar grupos de controlo

As avaliações devem categorizar os indivíduos como expostos ou não expostos a intervenções da CMSC. Estes grupos devem depois ser comparados, controlando potenciais fatores de confusão. Detalhes adicionais sobre métodos analíticos como "propensity score matching", para criar grupos de controlo com correspondência estatística, e a análise de mediação, que permite aos investigadores testar em que medida as alterações específicas nos conhecimentos e nas atitudes podem ser mapeadas e associadas a mudança de comportamentos, podem ser encontrados no Guia para Desenvolvimento de Planos de M&E para Atividades da BCC contra a Malária.²⁴

Escalas de Likert

As perguntas do tipo escala de Likert têm normalmente pontuações em que "discordo totalmente" é codificado como -2 e "concordo totalmente" é codificado como +2. As perguntas que requerem uma inversão (INV) devem ter um código invertido. Nestes casos, "discordo totalmente" é codificado como +2, "discordo" é codificado como +1, "concordo" é codificado como -1 e "concordo totalmente" é codificado como -2.

As pontuações médias para cada escala são, em seguida, geradas para cada momento.

²² Crowne 1960.

²³ Reynolds 1982.

²⁴ RBM 2014.

“Não sabe/Não tem a certeza” não é oferecido como uma opção mas se o inquirido tiver dúvidas em relação a uma resposta, é possível utilizar esta opção. Os enumeradores devem ser treinados, no entanto, a não mencionar isto como uma opção, e a seleccioná-la apenas se os inquiridos não pretenderem responder.

Os analistas de dados podem também comunicar a percentagem de pessoas que concordam com a afirmação reduzindo as categorias “concordo totalmente” e “concordo” numa única medida.

Análises das respostas “Não Sei”

A opção “não sei” não é apresentada aos inquiridos—os enumeradores podem utilizá-la na rara eventualidade de um inquirido não conseguir categorizar a própria resposta numa das outras categorias. Para a análise, a resposta “não sei” pode ser recodificada como em falta quando as perguntas são analisadas individualmente ou codificada como 0 (ou o valor no segmento médio) quando uma pontuação está a ser construída de modo a que o número de valores continue o mesmo. Em alternativa, as respostas “não sei” podem ser ignoradas antes de construir uma pontuação.

Interpretação

Os analistas de dados devem ter a certeza que estão a tirar conclusões válidas a partir dos dados. Estas conclusões dependem da metodologia de amostragem e da abordagem analítica escolhida. O preconceito pode desempenhar um papel nos resultados obtidos. Devem ser feitos todos os esforços para controlar os fatores de preconceito e confusão.

Triangular Fontes de Dados

Conforme mencionado antes, estes indicadores devem ser interpretados tendo em consideração outras informações. Apresentados isoladamente, os indicadores poderão nem sempre conseguir fornecer respostas às perguntas “porquê?” e “e então?”. Ao triangular os dados a partir destes indicadores com outras fontes, os investigadores conseguem fornecer contexto sobre as questões, como o acesso a bens e serviços ou informações sobre a formação de pessoal em serviços de saúde. Estas informações ajudam a fornecer uma narrativa completa e explicações para os resultados apresentados.

Desagregação

A amostra geral irá também afetar as conclusões que podem ser tiradas a partir dos dados. Se os gestores do programa desagregarem os dados em demasiadas categorias, o número de observações em cada categoria poderá ser demasiado pequeno e os intervalos de confiança correspondentes serão amplos.

Apresentação de resultados

Para as perguntas que não utilizam uma Escala de Likert, os dados podem ser analisados e apresentados em tabelas semelhantes às apresentadas nos relatórios de IDS ou LIM. Um exemplo é fornecido 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 fatores e construir as idealizações para vários conceitos, como a auto-eficácia ou suscetibilidade, descritos neste documento. Consultar o Anexo 3 para obter detalhes.

Tabela 1: Exemplo de tabela para análise e apresentação de dados

Quantidade de pessoas que se lembram de ter ouvido ou visto 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
Idade				
15-24				
15-19				
20-24				
25-29				
30-39				
40-49				
Residência				
Urbana				
Rural				
Endemicidade da Malária				
Epidemia em Áreas de Montanha				
Epidemia na Região dos Lagos				
Estação Semi-Árida				
Distrito				
A				
B				
C				
Educação				
Sem educação				
Educação primária				
Primária concluída				
Secundário				
Mais que o secundário				
Outras características relevantes				

Memória

1. Quantidade de pessoas que se lembram de ter ouvido ou visto uma mensagem sobre a malária nos últimos seis meses

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

As perguntas requeridas para calcular estes indicadores fazem agora parte do módulo padrão do questionário ao agregado familiar para o LIM. Estes dados poderiam também ser recolhidos nos inquéritos subnacionais mais pequenos, particularmente em áreas em que as atividades da CMSC foram orientadas.

O numerador é obtido perguntando ao inquirido²⁵ se viram ou ouviram quaisquer mensagens sobre a malária nos últimos seis meses. Nos casos em que o inquérito estiver a ser realizado mais de seis meses após a campanha da CMSC, o horizonte temporal pode ser ajustado em conformidade. Os implementadores devem tomar nota, contudo, que um horizonte cronológico alargado entre a campanha da CMSC e o inquérito irá provavelmente introduzir mais preconceitos de memória na medição. Nos casos em que a campanha da CMSC ocorreu num horizonte temporal inferior a seis meses, a pergunta do inquérito pode ser alterada em conformidade.

Os numeradores para os indicadores adicionais são obtidos fazendo perguntas de seguimento aos inquiridos que responderam afirmativamente que viram ou ouviram uma mensagem sobre a malária no período de tempo especificado. A primeira pergunta de seguimento é sobre que mensagens específicas o inquirido viu ou ouviu e a segunda pergunta é sobre se a mensagem foi vista ou ouvida. Para reduzir ou eliminar potenciais preconceitos de resposta, o enumerador do inquérito deve evitar perguntar: "Ouviu/viu a mensagem X?" (Sim/Não).

Em alternativa, dependendo do conteúdo da campanha de comunicação, o inquérito pode perguntar ao inquirido que complete um slogan ou jingle associados à campanha. Este método funciona bem na rádio, televisão ou até em eventos da comunidade. Para campanhas mais visuais que utilizam outdoors, cartazes ou outros materiais impressos, o enumerador pode perguntar aos inquiridos para identificar um logótipo ou uma imagem familiar associada a uma campanha. O inquérito pode incluir perguntas sobre o máximo de mensagens específicas aplicáveis. Idealmente, as respostas serão espontâneas mas o enumerador poderá perguntar simplesmente, "Quer acrescentar alguma coisa?", para garantir que o inquirido pensou completamente na pergunta.

O denominador para todos os indicadores é o número total de inquiridos do inquérito. Um denominador alternativo para os indicadores adicionais poderá ser o "Número de inquiridos que se lembram de ter ouvido ou visto uma mensagem sobre a malária", se os investigadores pretenderem saber que mensagem ou canal teve mais eco entre a população-alvo que se lembra de ouvir ou ver qualquer mensagem.

Podem ser incluídas perguntas adicionais na ferramenta de medição para fornecer mais detalhes e informações contextuais, tais como:

- Acesso a rádio/televisão e frequência de utilização — O acesso à rádio e à televisão está incluído no LIM e no IDS, mas apenas o Questionário às Mulheres do IDS inclui perguntas sobre a frequência da utilização da rádio e da televisão. Devem também ser tidas em conta perguntas sobre a utilização de e o acesso a telemóveis.
- A compreensão de uma mensagem ou jingle específicos, como nos casos em que a mensagem é sobre a utilização de ITNs, a procura de tratamento imediato para a febre ou o reconhecimento dos sinais de perigo da malária, esta pergunta deve ser feita de uma forma aberta e espontânea.

O inquérito poderá também incluir um canal de comunicação que não é utilizado na atividade da CMSC para determinar o grau do preconceito de desejabilidade social inerente nas respostas. O preconceito de desejabilidade social ocorre quando o inquirido tenta dar a resposta socialmente correta ou que sente irá agradar ao entrevistador, em vez de dar uma resposta verdadeira. Esta verificação é particularmente útil num ambiente com relativamente poucos canais de comunicação.

Nota: Estas perguntas são fornecidas apenas para referência. Tanto quanto possível, as perguntas e as opções de resposta devem ser adaptadas ao contexto do país no que diz respeito a mensagens e slogans chave recentes e em curso.

²⁵ Neste documento, o termo "inquiridos" refere-se às pessoas selecionadas para participar no inquérito. Os inquiridos serão selecionados com base na metodologia de amostragem do inquérito e devem ser representativos da população-alvo do programa contra a malária. O termo "população-alvo" refere-se às entidades globais (indivíduos ou grupos sociais) às quais 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 é que ouviu ou viu as mensagens ou a informação? Em mais algum sítio?	CLÍNICA/HOSPITAL GOVERNAMENTAL AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE AMIGOS/FAMILIARES LOCAL DE TRABALHO GRUPOS DE TEATRO EDUCADORES DE PARES CARTAZ/OUTDOORS TELEVISÃO RÁDIO JORNAL ESCOLA OUTRO (ESPECIFICAR): NÃO SABE	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 88 99
103	Que mensagens sobre a malária ouviu ou viu? Quer acrescentar alguma coisa?	A MALÁRIA É PERIGOSA A MALÁRIA PODE MATAR OS MOSQUITOS ESPALHAM A MALÁRIA É IMPORTANTE DORMIR DEBAIXO DE UMA ITN QUEM DEVE DORMIR DEBAIXO DE UMA ITN PROCURAR TRATAMENTO PARA A FEBRE PROCURAR TRATAMENTO PARA A FEBRE IMEDIATAMENTE (NO PRAZO DE 24 HORAS) IMPORTÂNCIA DE PULVERIZAR A CASA NÃO ESTUCAR AS PAREDES APÓS A PULVERIZAÇÃO ATIVIDADES DE SANEAMENTO AMBIENTAL NEM TODAS AS FEBRES SÃO PROVOCADAS PELA MALÁRIA UTILIZE UM TESTE ANTES DE TOMAR TRATAMENTO CONTRA A MALÁRIA ADMINISTRE TRATAMENTO CONTRA A MALÁRIA APENAS PARA 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	Complete a seguinte frase: “Deite-se debaixo da ITN todos...”? [Resposta do inquirido: “... os dias todas as noites”]	SIM NÃO NÃO SABE	1 2 99
105	Onde é que ouviu ou viu esta expressão?	RÁDIO TELEVISÃO CARTAZ EVENTO COMUNITÁRIO PROFISSIONAL 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 atividade da CMSC; os outros dois são inventados]	SIM NÃO	1 2
107	Onde é que ouviu ou viu esta imagem?	RÁDIO TELEVISÃO CARTAZ EVENTO COMUNITÁRIO PROFISSIONAL DE SAÚDE AMIGO/VIZINHO/MEMBRO DA FAMÍLIA ESCOLA OUTRO (ESPECIFICAR): NÃO SABE	1 2 3 4 5 6 7 88 99

Conhecimentos

2. Proporção de pessoas que indica os mosquitos como sendo a causa da malária

- Indicador adicional 2.1: Proporção de pessoas que apenas indica os mosquitos como sendo a causa da malária

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

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

4. Proporção de profissionais de saúde que sabem que a única forma de diagnóstico rigorosa da malária é através de um teste da malária (TDR ou análise microscópica)

5. Proporção de pessoas que conhecem o tratamento contra a malária

6. Proporção de pessoas que conhecem medidas de prevenção da malária

- Indicador Adicional 6.1: Proporção de pessoas com informações erradas sobre práticas de prevenção da malária eficazes
- Indicador adicional 6.2: Proporção de pessoas que sabem que o IPTp constitui uma forma de proteger uma mãe e o seu bebé contra a malária durante a gravidez (sub-análise do Indicador 5)
- Indicador adicional 6.3: Proporção de profissionais de saúde que conhecem as diretrizes nacionais para dosagem do IPTp (momento e frequência) (pergunta de inquérito não fornecida)

O numerador destes indicadores é obtido fazendo aos inquiridos uma série de perguntas sobre as causas, sinais/sintomas, tratamento e medidas preventivas da malária.

Para o indicador 2, "causa da malária", é feita ao inquirido a pergunta sobre as causas da malária e o enumerador marca as respostas mencionadas. As opções no questionário devem incluir os 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 sendo a causa da malária.

Relativamente ao indicador adicional 2.1, a análise recente mostrou que em determinadas áreas, os inquiridos que acreditam que apenas os mosquitos causam a malária poderão ter uma maior probabilidade de dormir debaixo de ITNs. Para o indicador adicional 2.1, os inquiridos são contabilizados no numerador se indicarem **apenas** os mosquitos como a causa da malária e não indicam causas da malária incorretas. Os implementadores podem medir o indicador adicional 2.1 se for considerado útil para o programa.

Pergunta N.º	Pergunta	Respostas	Código
201	Qual pensa que é a causa da malária?	PICADAS DE MOSQUITO	1
	Mais alguma?	COMER CANA DE AÇÚCAR NÃO MADURA	2
		COMER ALIMENTOS FRIOS	3
		COMER ALIMENTOS SUJOS	4
	REGISTE TODAS AS INDICADAS	BEBER ÁGUA SUJA	5
		APANHAR CHUVA	6
		TEMPO FRIO OU INSTÁVEL	7
		BRUXARIA	8
		OUTRO (ESPECIFICAR):	88
	NÃO SABE	99	

Para o indicador 3, "sintomas da malária", é pedido ao inquirido que indique os principais sinais ou sintomas da malária. As respostas devem ser espontâneas de modo a minimizar o preconceito, mas o entrevistador deve insistir com os inquiridos para garantir que têm a oportunidade de fornecer múltiplas respostas. Uma insistência típica seria, "Existem outros sinais da malária?" Para ser contabilizado no numerador, o inquirido deve identificar a febre entre as respostas.

O numerador do indicador adicional 3.1, seria obtido perguntando ao inquirido que indique sinais de perigo de malária. Os inquiridos devem apenas ser contabilizados se conseguirem indicar pelo menos uma característica clínica baseada nas diretrizes da Organização Mundial de Saúde: perturbações da consciência, prostração/fraqueza extrema, convulsões, dificuldades respiratórias, colapso/choque circulatório, lesão renal aguda, icterícia clínica e sangramento anormal. As respostas devem ser espontâneas de modo a minimizar o preconceito, mas o entrevistador deve insistir com os inquiridos para garantir que têm a oportunidade de fornecer múltiplas respostas.

Pergunta N.º	Pergunta	Respostas	Código
301	Como é que sabe se você ou alguém no seu agregado familiar tem malária?	SINTOMAS EXAME POR PROFISSIONAL DE SAÚDE ANÁLISE SANGUÍNEA (TDR OU ANÁLISE MICROSCÓPICA)	1 2 3
	REGISTE TODAS AS INDICADAS	OUTROS NÃO SABE	88 99
302	Que sinais ou sintomas o levariam a pensar que uma pessoa tem malária?	FEBRE SENSAÇÃO DE FRIO DOR DE CABEÇA	1 2 3
	Mais alguma? REGISTE TODAS AS INDICADAS	NÁUSEA E VÔMITO DIARREIA TONTURAS PERDA DE APETITE DORES NO CORPO OU NAS ARTICULAÇÕES DESCOLORAÇÃO DOS OLHOS PALMAS DAS MÃOS SALGADAS SENSAÇÃO DE FRAQUEZA RECUSA EM COMER OU BEBER OUTRO (ESPECIFICAR): NÃO SABE	4 5 6 7 8 9 10 11 12 88 99
303	Quais são os principais sinais de perigo de malária?	CRISE EPILÉTICA/CONVULSÕES DESMAIO	1 2
	Mais alguma? REGISTE TODAS AS INDICADAS	QUALQUER FEBRE FEBRE ALTA RIGIDEZ NO PESCOÇO SENSAÇÃO DE FRAQUEZA INATIVIDADE ARREPIOS INCAPACIDADE DE COMER VÔMITO CHORAR O TEMPO TODO AGITAÇÃO DIARREIA OUTRO (ESPECIFICAR): NÃO SABE	3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 88 99

O numerador para o indicador 4 seria o número de profissionais de saúde que citam os testes de malária (TDR e/ou análise microscópica) como sendo a única forma de ter a certeza que uma criança tem malária. O denominador seria todos os profissionais de saúde sujeitos ao inquérito. A fonte de dados seria o inquérito a um serviço de saúde. Este indicador é semelhante à eficácia da resposta no sentido em que toca nas percepções do inquirido sobre a eficácia dos testes de malária. Contudo, não testa a força dessa crença, nem examina especificamente as crenças dos prestadores de saúde relativas ao rigor da análise microscópica e dos TDRs em condições de campo. Ao aplicar o quadro, os investigadores acreditam os conhecimentos de diagnóstico e a crença na eficácia dos testes de malária (eficácia da resposta) de um profissional de saúde influenciam o diagnóstico e a prescrição de comportamentos.

Pergunta N.º	Pergunta	Respostas	Código
401 PROFISSIONAIS DE SAÚDE	O que é que o/a faz ter a certeza que uma criança tem malária?	ANÁLISE MICROSCÓPICA OU TESTE DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO FEBRE E OUTROS SINAIS E SINTOMAS DA MALÁRIA	1 2
	VERIFIQUE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS. NÃO INCITE	AVALIAÇÃO CLÍNICA OUTRO (ESPECIFICAR): NÃO SABE	3 88 99

Para o indicador 5, "tratamento da malária", é pedido ao inquirido que indique a medicação mais eficaz utilizada para tratar a malária. As respostas devem ser espontâneas para minimizar o preconceito. O inquirido apenas tem de dar uma resposta. O inquirido é contabilizado no numerador se indicarem as ACTs como o tratamento mais eficaz, mas deve ser aplicado o contexto específico do país a esta medida. Por exemplo, um nome local da ACT constitui uma resposta aceitável. Os países em que uma proporção substancial das infeções é causada pelo *Plasmodium vivax* devem considerar a cloroquina ou as ACTs aceitáveis.

Pergunta N.º	Pergunta	Respostas	Código
501	Qual é a medicação mais eficaz utilizada no tratamento da malária?	SP/FANSIDAR	1
		CLOROQUINA	2
	QUININA	3	
	NOVO MEDICAMENTO CONTRA A MALÁRIA/ACT	4	
	ASPIRINA, PANADOL, PARACETAMOL	5	
	OUTRO (ESPECIFICAR):	88	
REGISTE TODAS AS INDICADAS	NÃO SABE	99	

Para o indicador 6, "prevenção malária", é pedido ao inquirido que indique uma ou mais medidas preventivas da malária. As opções no questionário devem incluir as medidas preventivas relevantes implementadas na comunidade; estas poderão incluir a utilização de ITNs, a toma de medicação preventiva durante a gravidez, a profilaxia sazonal ou a pulverização da casa com inseticida. Se alguma destas medidas preventivas não for implementada na comunidade-alvo, como a profilaxia sazonal, não deve ser incluída como uma opção. Outras opções devem incluir falsas medidas preventivas para a malária, incluindo cortar a relva, manter limpas as áreas circundantes da casa e evitar beber água suja.

O inquirido só é contabilizado no numerador se indicarem pelo menos uma das intervenções preventivas relevantes e nenhum dos comportamentos incorretos.

O indicador 6.1 é o contrário do indicador 6. Os inquiridos são contabilizados no numerador se indicarem qualquer um dos comportamentos incorretos.

Para o indicador 6.2, o numerador é o número de inquiridos que selecionar "tomar medicação preventiva" para a 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 DEBAIXO DE UMA REDE MOSQUITEIRA	1
		DORMIR DEBAIXO DE UMA REDE MOSQUITEIRA TRATADA COM INSETICIDA	2
	Mais alguma?	UTILIZAR REPELENTE DE MOSQUITOS	3
		EVITAR PICADAS DE MOSQUITO	4
	REGISTE TODAS AS INDICADAS	TOMAR MEDICAÇÃO PREVENTIVA DURANTE A GRAVIDEZ	5
		PULVERIZAR A CASA COM INSETICIDA	6
		UTILIZAR ESPIRAIS ANTI-MOSQUITO	7
		CORTAR A RELVA EM TORNO DA CASA	8
		ENCHER AS POÇAS (ÁGUA ESTAGNADA)	9
		MANTER LIMPAS AS ÁREAS CIRCUNDANTES DA CASA	10
		QUEIMAR FOLHAS	11
		NÃO BEBER ÁGUA SUJA	12
		NÃO COMER ALIMENTOS ESTRAGADOS	13
		COLOCAR REDES MOSQUITEIRAS NAS JANELAS	14
		NÃO APANHAR CHUVA	15
OUTRO (ESPECIFICAR):		88	
NÃO SABE		99	

Para o indicador 6.3, "conhecimentos dos profissionais de saúde das diretrizes nacionais", o numerador é o número de profissionais de saúde que responderam corretamente às perguntas 601, 602 e 603 e o denominador é o número total de profissionais de saúde. A fonte de dados seria um inquérito a profissionais de saúde (como os que foram realizados durante uma avaliação de serviços de saúde).

Pergunta N.º	Pergunta	Respostas	Código
601 PROFISSIONAL DE SAÚDE	Qual é o nome do medicamento que é administrado a mulheres grávidas para impedir que contraiam malária?	FANSIDAR	1
		CLOROQUINA	2
	METAQUELFINA	3	
	MEFLOQUINA	4	
	MÚLTIPLAS RESPOSTAS POSSÍVEIS.	ARTEMÉTER/LUMEFANTRINA	5
		QUININA	6
	FAZER UM CÍRCULO À VOLTA DE TODAS AS RESPOSTAS.	COARTEM	7
		REMÉDIOS À BASE DE PLANTAS	8
	INSISTIR UMA VEZ: MAIS ALGUMA COISA?	OUTROS	88
		NÃO SABE	99

Pergunta N.º	Pergunta	Respostas	Código
602 PROFISSIONAL DE SAÚDE	Quando é que uma mulher grávida deve começar a tomar medicamentos para impedir que contraia malária?	ASSIM QUE FICA A SABER QUE ESTÁ GRÁVIDA	1
		QUANDO O BEBÉ SE COMEÇA A MEXER	2
		NA PRIMEIRA CONSULTA DE CUIDADOS PRÉ-NATAIS	3
		INÍCIO DO QUARTO MÊS OU DO SEGUNDO TRIMESTRE	4
		EM QUALQUER ALTURA DURANTE A GRAVIDEZ	5
		OUTRO (ESPECIFICAR)	88
	NÃO SABE	99	
603 PROFISSIONAL DE SAÚDE	Quantas doses de comprimidos anti-malária deve tomar uma mulher grávida durante uma gravidez para impedir que contraia a malária?	UMA	1
		DUAS	2
		TRÊS	3
		MAIS QUE TRÊS	4
		NÃO SABE	99

Apesar de não ser dado nenhum indicador para medir os conhecimentos do profissional de saúde sobre diretrizes de procura de cuidados, a seguinte pergunta pode ainda ser útil para os programas:

Pergunta N.º	Pergunta	Respostas	Código
	Quando é que uma mãe deve levar um filho a um serviço de saúde em caso de febre? Nota: sempre que for aplicável, “serviço de saúde” pode ser substituído por “serviço de saúde ou profissional de saúde comunitário” Nota sobre o género: considere a substituição de “mãe” por “progenitor”	MESMO DIA	1
		DIA SEGUINTE	2
		DOIS DIAS APÓS O APARECIMENTO DA FEBRE	3
		TRÊS OU MAIS DIAS APÓS O APARECIMENTO DA FEBRE	4
		OUTROS	88
		NÃO SABE	99

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

Risco e Eficácia

7. Proporção de pessoas que entendem que estão em risco de contrair malária

8. Proporção de pessoas que sentem que as consequências da malária são graves

As seguintes perguntas podem ser adaptadas ou ignoradas se a intervenção se concentrar numa sub-população diferente, como as mulheres grávidas, ou não se concentrar numa sub-população, como no caso de uma intervenção destinada a todos os membros do agregado familiar.

Para calcular o **indicador de suscetibilidade**, indicador 7, é calculada uma pontuação média para as perguntas 701 a 706 para cada indivíduo. As Escalas de Likert são convertidas de modo a 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 codificado como -2. As respostas às perguntas invertidas (marcadas como “INV”) devem ser codificadas ao contrário. “Não sabe/Não tem a certeza” não é oferecido como uma opção mas se o inquirido tiver dúvidas em relação a uma resposta, é possível utilizar esta opção. Os enumeradores devem receber formação, contudo, para encorajar os inquiridos a escolher uma resposta no âmbito de uma das outras categorias. Note que as perguntas devem ser invertidas.

Os indivíduos com uma pontuação média negativa de menos de zero são categorizados como tendo um “risco perceptível baixo” e os que tiverem uma pontuação média positiva maior que zero são categorizados como tendo um “risco perceptível elevado”. A proporção total de indivíduos em risco de contrair malária pode assim ser obtido facilmente.

Para calcular o **indicador de gravidade** (indicador 8), é calculada uma pontuação média para as perguntas 801 a 806 para cada indivíduo (as perguntas 804 e 805 são invertidas). Os indivíduos com uma pontuação média positiva maior que zero são categorizados como tendo uma “gravidade perceptível elevada” e os que tiverem uma pontuação média negativa menor que zero são categorizados como tendo uma “gravidade baixa”. A proporção total de indivíduos com perceção que a malária é grave pode assim ser calculada.

		DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO EM PARTE	CONCORDO EM PARTE	CONCORDO TOTALMENTE	NÃO SABE / NÃO TENHO A CERTEZA
SUSCETIBILIDADE						
701 (Inv)	Durante a estação das chuvas, preocupa-se quase todos os dias que alguém na sua família contraia a 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 existem 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 uma febre, fica quase sempre preocupado que possa ser malária	1	2	3	4	99
GRAVIDADE						
801	A malária não o preocupa porque pode ser tratada facilmente	1	2	3	4	99
802	Os seus filhos são tão saudáveis que conseguiram 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)	Cada caso de malária pode potencialmente provocar a morte	1	2	3	4	99
806	Quando alguém que conhece contrai malária, espera normalmente que recuperem totalmente ao fim de alguns dias	1	2	3	4	99

9. Proporção de pessoas que acreditam que a prática ou o produto recomendado irá reduzir o risco

Para calcular a proporção de pessoas que acreditam que uma prática ou o produto recomendado irá reduzir o risco de malária (**eficácia da resposta**), é calculada uma pontuação média. Para este indicador, as Escalas de Likert são convertidas de modo a que “discordo totalmente” é codificado como -2 e “concordo totalmente” é codificado como +2 e as respostas às perguntas invertidas (“INV”) têm um código invertido. “Não sabe/não tenho a certeza” não é oferecido como uma opção, mas se o inquirido tiver dúvidas em relação a uma resposta, é possível utilizar esta opção. Os enumeradores devem receber formação, contudo, para encorajar os inquiridos a escolher uma resposta no âmbito de uma das outras categorias.

Uma pontuação média maior que zero para as perguntas de IRS representa alguém que tem a perceção que o IRS protege contra a malária. Do mesmo modo, uma pontuação média maior que zero para as perguntas sobre ITN significa que um inquirido sente que as ITNs o protegem da malária, e uma pontuação média maior que zero para as perguntas sobre IPTp indica uma crença que a terapia preventiva durante a gravidez é eficaz. Uma pontuação média maior que zero para as perguntas sobre diagnóstico indica que o inquirido acredita na eficácia do diagnóstico. Por último, uma pontuação média maior que zero para as perguntas sobre o tratamento representa alguém que tem a perceção que as ACTs ou outro tratamento relevant como eficaz no tratamento da malária.

	PERGUNTAS SOBRE A EFICÁCIA DA RESPOSTA	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO EM PARTE	CONCORDO EM PARTE	CONCORDO TOTALMENTE	NÃO SABE / NÃO TENHO A CERTEZA
PULVERIZAÇÃO RESIDUAL INTERNA (PRI)						
901	Acredito que há menos mosquitos porque as nossas casas foram pulverizadas com PRI	1	2	3	4	99
902 (Inv)	O líquido utilizado para pulverizar as paredes é muitas vezes demasiado diluído para matar muitos mosquitos	1	2	3	4	99
903	As pessoas que vivem em casas que foram pulverizadas têm menos probabilidade de contrair malária	1	2	3	4	99
UTILIZAÇÃO DE ITN						
904 (Inv)	As probabilidades de eu contrair malária são as mesmas quer eu durma debaixo de uma ITN ou não	1	2	3	4	99
905 (Inv)	Muitas pessoas que dormem debaixo de uma ITN também contraem malária	1	2	3	4	99
906	Acredito que a minha família adoece com menos frequência desde que começámos a dormir debaixo de ITNs	1	2	3	4	99
TRATAMENTO PREVENTIVO INTERMITENTE NA GRAVIDEZ (IPTp)						
907	O medicamento administrado a mulheres grávidas para impedir que contraíam malária funciona bem para manter a mãe saudável	1	2	3	4	99
908 (Inv)	As mulheres grávidas ainda estão em risco de contrair malária mesmo quando tomam o medicamento que deve impedir que contraíam malária	1	2	3	4	99
909	O medicamento administrado a mulheres grávidas para impedir que contraíam malária funciona bem para manter o bebé saudável depois do nascimento	1	2	3	4	99
DIAGNÓSTICO						
910 (Inv)	O profissional de saúde é melhor que o teste no diagnóstico da malária, pelo que confio no prestador para me dizer se a febre é causada pela malária	1	2	3	4	99
911 (Inv)	Mesmo que o resultado do teste da malária seja negativo, gostaria ainda assim de procurar tratamento contra a malária junto de um profissional de saúde porque não acredito no resultado	1	2	3	4	99
912	Os testes da malária são a única forma de saber se alguém tem realmente malária ou não.	1	2	3	4	99
TRATAMENTO						
913	ACTs* funcionam rapidamente para tratar a malária	1	2	3	4	99
914	Quando todo o ciclo do medicamento contra a malária tiver sido tomado, a doença estará totalmente 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. Proporção de pessoas que estão confiantes na sua capacidade de executar um comportamento específico relacionado com a malária

As Escalas de Likert Scales são convertidas de modo a que “definitivamente poderia” seja codificado como +2 e “definitivamente não poderia” seja codificado como -2. “Não sabe/não tenho a certeza” não é oferecido como uma opção, mas se o inquirido tiver dúvidas em relação a uma resposta, é possível utilizar esta opção. Os enumeradores devem receber formação, contudo, para encorajar os inquiridos a escolher uma resposta no âmbito de uma das outras categorias.

Para os vários componentes do indicador como um todo, uma pontuação média maior que zero representa uma auto-eficácia percebível elevada enquanto uma pontuação média menor que zero representa uma auto-eficácia percebível baixa

Vou fazer-lhe perguntas sobre uma série de ações que pode executar, e gostaria que me dissesse o seu grau de confiança em que consegue executar essa ação com sucesso. Para cada ação, diga-me se pensa que definitivamente poderia, provavelmente poderia, provavelmente não poderia ou definitivamente não poderia executar cada ação com sucesso. ENTREVISTADOR: NÃO LEIA A RESPOSTA “NÃO SABE” / “NÃO TEM A CERTEZA” E UTILIZE APENAS SE O INQUIRIDO NÃO CONSEGUIR FORNECER OUTRA RESPOSTA.

		DEFINITIVAMENTE NÃO PODERIA	PROVAVELMENTE NÃO PODERIA	PROVAVELMENTE PODERIA	DEFINITIVAMENTE PODERIA	NÃO SABE / NÃO TENHO A CERTEZA
PROTEÇÃO PESSOAL E DA FAMÍLIA						
1001	Proteja-se facilmente contra a malária	1	2	3	4	99
1002	Proteja os seus filhos facilmente contra a malária	1	2	3	4	99
1003	Cuide facilmente dos membros da família caso contraíam a malária	1	2	3	4	99
UTILIZAÇÃO DE ITN						
1004	Obtenha ITNs suficientes para cobrir todos os espaços para dormir existentes no agregado familiar	1	2	3	4	99
1005	Durma debaixo de uma ITN durante toda a noite quando há muitos mosquitos	1	2	3	4	99
1006	Durma debaixo de uma ITN durante toda a noite quando há poucos mosquitos	1	2	3	4	99
PROCURAR UM DIAGNÓSTICO						
1007	Saiba se a febre é um sinal de malária ou de outra coisa	1	2	3	4	99
1008	Saiba se uma criança tem um caso típico ou grave de malária	1	2	3	4	99
1009	Saiba se tem de ir imediatamente para a clínica ou não quando o/a seu/sua filho/filha está doente	1	2	3	4	99
1010	Peça um teste de diagnóstico na clínica quando pensa que o/a seu/sua filho/filha pode ter malária	1	2	3	4	99
1011	Consiga dinheiro para levar a criança à clínica perante uma suspeita de malária	1	2	3	4	99
1012	Encontre alguém em quem confia para lhe dizer se o/a seu/sua filho/filha tem malária	1	2	3	4	99
PROCURAR TRATAMENTO						
1013	Receba o tratamento adequado para o/a seu/sua filho/filha quando tem malária	1	2	3	4	99
1014	Certifique-se que o/a seu/sua filho/filha toma a dose completa do medicamento que lhe foi prescrito	1	2	3	4	99
1015	Consiga recursos para viajar com o/a seu/sua filho/filha até à clínica no prazo de 24 horas quando está muito doente	1	2	3	4	99
PROCURAR TERAPIA PREVENTIVA						
1016	Dirija-se à consulta de ANC assim que pensar que pode estar grávida	1	2	3	4	99
1017	Vá a pelo menos quatro* consultas de ANC na clínica	1	2	3	4	99
1018	Tome a SP em cada uma das suas consultas de ANC	1	2	3	4	99
PULVERIZAÇÃO RESIDUAL INTERNA						
1019	Retire todos móveis da sua casa para a preparar para a pulverização	1	2	3	4	99
1020	Não volte a estucar ou a pintar as paredes depois da pulverização, durante 6 meses/um ano**	1	2	3	4	99
1021	Continue a utilizar a ITN após a pulverização da casa	1	2	3	4	99

*dependendo da política nacional

** irá depender do inseticida utilizado

Atitudes

11. Proporção de pessoas com uma atitude favorável relativamente ao produto, prática ou serviço

Os enumeradores medem a atitude perguntando aos inquiridos a que ponto concordam ou discordam com estas afirmações, normalmente em termos da escala de quatro pontos (tipo Likert).

As afirmações devem todas corresponder ao 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 uma atitude de um inquirido, é calculada uma pontuação média para as perguntas nesta secção para esse inquirido. As Escalas de Likert são convertidas de modo a que “discordo totalmente” é codificado como -2 e “concordo totalmente” é codificado como +2. As perguntas invertidas tem código invertido. “Não sabe/não tenho a certeza” não é oferecido como uma opção, mas se o inquirido tiver dúvidas em relação a uma resposta, é possível utilizar esta opção. Os enumeradores devem ser treinados, no entanto, a não mencionar isto como uma opção, e a seleccioná-la apenas se os inquiridos não pretenderem responder. Qualquer resposta “não sei” não está incluída no cálculo da média.

Uma pontuação média menor que zero seria categorizada como tendo uma atitude desfavorável face ao produto, prática ou serviço e tendo uma pontuação média maior que zero seria categorizada como tendo uma atitude favorável face ao produto, prática ou serviço.

		DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO EM PARTE	CONCORDO EM PARTE	CONCORDO TOTAL- MENTE	NÃO SABE / NÃO TENHO A CERTEZA
TRATAMENTO PREVENTIVO INTERMITENTE (IPTp)						
1101	Assim que pensar que está grávida, uma mulher deve consultar um profissional de saúde o mais cedo possível	1	2	3	4	98
1102 (Inv)	As mulheres grávidas sentem-se frequentemente enjoadas quando tomam o medicamento com o estômago vazio	1	2	3	4	99
1103 (Inv)	Mesmo que uma mulher pense que está grávida, deve esperar alguns meses para ter a certeza antes de consultar um profissional de saúde	1	2	3	4	99
1104	Os profissionais de saúde só darão o medicamento a uma mulher grávida se tiverem a certeza que não é prejudicial para ela ou para o bebé	1	2	3	4	99
1105 (Inv)	Uma mulher grávida precisa de autorização do marido ou de outro familiar para ir à consulta de ANC	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 maior risco de malária que qualquer outro membro da comunidade	1	2	3	4	99
ITNs						
1108 (Inv)	As ITNs mais caras são mais eficazes que a ITNs mais baratas ou gratuitas	1	2	3	4	99
1109 (Inv)	As ITNs só impedem as picadas dos mosquitos quando são utilizadas com determinados tipos de cama	1	2	3	4	99
1110 (Inv)	Em poucos meses uma ITN fica com demasiados buracos para parar os mosquitos	1	2	3	4	99
1111 (Inv)	O inseticida nas ITNs pode ser perigoso para as pessoas que as usam para dormir	1	2	3	4	99
1112 (Inv)	É difícil dormir bem debaixo de uma ITN quando está calor	1	2	3	4	99
1113	Dormir debaixo de uma ITN é uma boa maneira de obter privacidade numa casa cheia de gente	1	2	3	4	99
1114 (Inv)	Não dormiria debaixo de uma ITN se não gostasse da cor	1	2	3	4	99
1115	É mais fácil ter uma boa noite de sono quando dorme debaixo de uma ITN	1	2	3	4	99
1116	Uma ITN é sobretudo utilizada para evitar a malária	1	2	3	4	99

		DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO EM PARTE	CONCORDO EM PARTE	CONCORDO TOTALMENTE	NÃO SABE / NÃO TENHO A CERTEZA
1117 (Inv)	Utiliza uma ITN sobretudo para evitar parasitas que podem picá-lo quando dorme	1	2	3	4	99
1118	É bom que as pessoas utilizem ITNs	1	2	3	4	99
1119	As mulheres grávidas devem dormir debaixo de uma ITN todas as noites	1	2	3	4	99
1120	As crianças com menos de cinco anos devem dormir debaixo de uma ITN todas as noites	1	2	3	4	99
1121 (Inv)	Só é necessário utilizar uma ITN durante as estações das chuvas	1	2	3	4	99
1122 (Inv)	Dormir debaixo de uma ITN fá-lo/a sentir como se estivesse a sufocar	1	2	3	4	99
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO						
1123	O profissional de saúde é sempre a melhor pessoa para falar quando pensa que o/a seu/sua filho/filha/algum membro da sua família pode ter malária	1	2	3	4	99
1124 (Inv)	É fácil dizer se uma febre é ou não malária	1	2	3	4	99
1125	Uma pessoa apenas deve tomar o medicamento contra a malária se um profissional de saúde confirmar que a febre é malária	1	2	3	4	99
1126 (Inv)	Mesmo que um teste seja negativo, alguns pais ainda pensam que o/a seu/sua filho/filha tem malária	1	2	3	4	99
1127 (Inv)	Dirige-se a um segundo profissional de saúde para obter o medicamento contra a malária se o primeiro profissional de saúde afirmar que a febre não se deve à malária	1	2	3	4	99
1128 (Inv)	As pessoas não precisam de fazer um teste para saberem que têm malária	1	2	3	4	99
1129	O melhor local para procurar tratamento contra a malária/ ACTs para crianças com menos de cinco anos é um serviço público de saúde*	1	2	3	4	99
1130	O melhor local para procurar tratamento contra a febre em crianças com menos de cinco anos é uma clinica privada	1	2	3	4	99
1131	O melhor local para procurar tratamento contra a febre em crianças com menos de cinco anos é no serviço de uma ONG ou missão	1	2	3	4	99
1132 (Inv)	Quando recebe o medicamento para tratar a malária, poupa algum medicamento 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	Para tratar a febre em crianças com menos de cinco anos, os profissionais de saúde têm muitos conhecimentos	1	2	3	4	99
1135	Pensa que a medicina moderna funciona melhor 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
PULVERIZAÇÃO RESIDUAL INTERNA						
1137	Não é perigoso tocar nas paredes algumas horas depois de as paredes terem sido pulverizadas	1	2	3	4	99
1138	Depois de pulverizar as paredes de uma casa, o cheiro da pulverização pode permanecer por muitos dias.	1	2	3	4	99
1139	A maioria das famílias têm facilidade em colocar os seus bens no exterior da casa para que as paredes possam ser pulverizadas	1	2	3	4	99

		DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO EM PARTE	CONCORDO EM PARTE	CONCORDO TOTALMENTE	NÃO SABE / NÃO TENHO A CERTEZA
1140 (Inv)	Muitas pessoas desenvolvem alergias na pele depois de pulverizar as paredes interiores das suas casas	1	2	3	4	99
1141 (Inv)	O líquido utilizado para pulverizar as paredes é muitas vezes demasiado diluído para matar muitos mosquitos	1	2	3	4	99
1142 (Inv)	A maioria das famílias ficaria preocupada em deixar todos os seus bens no exterior da casa enquanto as paredes estão a ser pulverizadas	1	2	3	4	99
1143 (Inv)	Pode ser embaraçoso deixar todos os seus bens no exterior da casa onde as outras pessoas podem olhar para eles	1	2	3	4	99
1144	Pulverizar as paredes interiores de uma casa para matar mosquitos não causa quaisquer problemas de saúde às pessoas que nela vivem	1	2	3	4	99
1145	O governo não pulverizaria as paredes interiores de uma casa se não fosse uma forma eficaz de prevenir a malária	1	2	3	4	99

* Para contextos em que está a ser implementada a gestão integrada de casos comunitários, as seguintes devem ser incluídas como uma opção: "O melhor local para procurar tratamento contra a febre em crianças com menos de cinco anos é junto de um profissional de saúde da comunidade".

Normas

12. Proporção de pessoas que acreditam que a maioria dos seus amigos e membros da comunidade praticam o comportamento atualmente

Este indicador é calculado como a proporção de inquiridos que pensam que "pelo menos metade" ou mais (códigos 1, 2 e 3) da sua comunidade praticam 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 tenho a certeza" não é oferecido como uma opção, mas se o inquirido tiver dúvidas em relação a uma resposta, é possível utilizar esta opção. Os enumeradores devem receber formação, contudo, para encorajar os inquiridos a escolher uma resposta no âmbito de uma das outras categorias.

Pergunta N.º	Pergunta	Respostas	Código
1201	Geralmente, em quantos agregados familiares na sua comunidade as pessoas dormem debaixo de uma ITN	TODOS OS AGREGADOS FAMILIARES A MAIORIA DOS AGREGADOS FAMILIARES MAIS DE METADE MENOS DE METADE QUASE NENHUM AGREGADO FAMILIAR NÃO SABE	1 2 3 4 5 99
1202	Geralmente, quantas mulheres na sua comunidade recebem pelo menos 4 exames médicos completos* junto de um profissional de saúde quando estão grávidas	TODAS AS MULHERES A MAIORIA DAS MULHERES MAIS DE METADE DAS MULHERES MENOS DE METADE DAS MULHERES QUASE NENHUMA MULHER NÃO SABE	1 2 3 4 5 99
1203	Geralmente, quantas crianças na sua comunidade vão a uma consulta com um profissional de saúde no mesmo dia em que desenvolvem uma febre	TODAS AS CRIANÇAS A MAIORIA DAS CRIANÇAS MAIS DE METADE DAS CRIANÇAS MENOS DE METADE DAS CRIANÇAS QUASE NENHUMA CRIANÇA NÃO SABE	1 2 3 4 5 99

* A adaptar com base na política de IPTp do país

Comportamentos

13. Proporção de pessoas que praticam o comportamento recomendado

As perguntas detalhadas e as perguntas do inquérito sobre a medição da maioria dos indicadores comportamentais, incluindo os numeradores e denominadores, estão disponíveis nos **Indicadores do Inquérito ao Agregado Familiar para Controlo da Malária** do GRMA.²⁶

- Proporção da população que dormiu debaixo de uma ITN na noite anterior
- (Indicador adicional 13.1) Rácio utilização-acesso: o numerador é a “proporção da população que dormiu debaixo de uma ITN na noite anterior”. O denominador é a “proporção da população com acesso a uma ITN no respetivo agregado familiar”.
- Proporção de mulheres que receberam três ou mais doses de IPTp²⁷ no âmbito de ANC durante a última gravidez
- Proporção de crianças com menos de cinco anos com febre nas últimas duas semanas para as quais foi procurado aconselhamento ou tratamento no dia do aparecimento da febre ou no seguinte
- Proporção de crianças com menos de cinco anos com febre nas últimas duas semanas que fizeste o teste com picada no dedo ou calcanhar
- Proporção que recebe uma ACT entre crianças com menos de cinco anos com febre nas últimas duas semanas que receberam medicamentos antimaláricos

Algumas perguntas do LIM, IDS e outros inquéritos de CAP são fornecidos abaixo para referência. As perguntas que não estejam incluídas nos inquéritos IDS ou LIM, mas que possam ser consideradas para CAPs ou outros inquéritos comunitários, são assinaladas com uma estrela. Quando os países adaptam as ferramentas do inquérito, as perguntas devem, tanto quanto possível, refletir as recomendações nacionais e as mensagens-chave.

Os indicadores dos efeitos comportamentais ideais para gestão de casos e IPTp têm tanto um componente de beneficiário e de prestador de cuidados. Para a gestão de casos, o beneficiário deve procurar tratamento contra a febre e o prestador de cuidados deve seguir as diretrizes nacionais para testes e tratamento no posto de atendimento. Para o IPTp, as mulheres grávidas devem participar nos ANC desde cedo e durante toda a gravidez e o prestador de ANC deve fornecer IPTp de acordo com as diretrizes nacionais. Alguns indicadores adicionais medem o comportamento do profissional de saúde mais diretamente, mas as definições ainda não foram standardizadas:

- Quantidade de grávidas em ANC que receberam IPTp de acordo com as diretrizes nacionais
- Proporção de casos de febre que recebem um teste de diagnóstico de malária, ou proporção de casos de malária diagnosticados
- Proporção de casos testados tratados/não tratados de acordo com os resultados do teste, ou proporção de casos positivos confirmados que receberam ACT

A medição destas práticas pode ser complexa. Não existem atualmente métodos padrão e existe uma significativa variação das fontes de dados, como SIGS e inquéritos a serviços de saúde, e definições de indicadores em todos os países. Por agora, sugerimos que os programas/avaliadores utilizem indicadores alternativos baseados em medições de inquérito aos agregados familiares standardizadas e validadas, IDS, LIM, IIM e outros inquéritos comunitários, definidos acima.

Por último, para o indicador “Proporção de mulheres grávidas que estiveram presentes em pelo menos uma, duas ou três consultas de ANC de acordo com as diretrizes nacionais”, as informações sobre o cálculo deste indicador estão disponíveis no **Guide to DHS Statistics**.²⁸

Pergunta N.º	Pergunta	Respostas	Código
Utilização de ITN			
1301	Peça ao inquirido que lhe mostre todas as redes existentes no agregado familiar ¹ Para as seguintes perguntas, resposta para 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
1303	Observe ou pergunte qual a marca/tipo de rede mosquiteira. Se a marca for desconhecida e não for possível observar a rede, mostre imagens de tipos/marcas de redes típicas ao inquirido	PARA CADA REDE REDE TRATADA COM INSETICIDA DE LONGA DURAÇÃO - MARCA A - MARCA B - OUTRA/MARCA DESCONHECIDA (Para as opções acima, passe para a pergunta 606) OUTRA MARCA MARCA DESCONHECIDA	1 2 3 4 5

²⁶ GRMA 2013

²⁷ orientação da RBM 2013 baseia-se nas mais recente orientação da OMS sobre IPTp. Tendo em conta as diferenças de políticas de IPTp entre países, este indicador pode ser modificado para refletir o contexto do país.

²⁸ MEASURE DHS, 2006

Pergunta N.º	Pergunta	Respostas	Código
1304	Alguém dormiu debaixo desta rede mosquiteira na noite passada?	SIM NÃO NÃO TEM A CERTEZA	1 2 99
1305	Quem dormiu debaixo desta rede mosquiteira na noite passada? REGISTE O NOME DA PESSOA E O NÚMERO A PARTIR DO CALENDÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR.	NOME NÚMERO DA LINHA	
1306	No caso das crianças que não dormiram debaixo de uma rede mosquiteira ontem à noite, quais foram os motivos para este comportamento?	DEMASIADO CALOR DEMASIADO FRIO A CRIANÇA CHORA A CRIANÇA TEM FRIO NÃO HÁ ITNs SUFICIENTES A REDE NÃO ESTAVA PENDURADA UTILIZADA POR ADULTOS REDE NÃO UTILIZADA EM VIAGEM A REDE NÃO ESTAVA 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 adultos que não dormiram debaixo de uma rede mosquiteira ontem à noite, quais foram os motivos para este comportamento?	DEMASIADO CALOR DEMASIADO FRIO A REDE NÃO ESTAVA PENDURADA REDE NÃO UTILIZADA EM VIAGEM A REDE NÃO ESTAVA EM BOAS CONDIÇÕES A REDE TEM DEMASIADOS BURACOS OUTRO (ESPECIFICAR):	1 2 3 4 5 6 88
Pulverização Residual Interna			
1308*	Em qualquer altura dos últimos 12 meses, entrou alguém em sua casa para pulverizar as paredes interiores contra os mosquitos? ²	SIM NÃO NÃO SABE	1 2 99
Gravidez e Terapia Preventiva Intermitente			
1309	Quando esteve grávida de (NOME), consultou alguém para receber cuidados pré-natais para esta gravidez?	SIM NÃO	1 2
1310	Quantas vezes recebeu cuidados pré-natais durante a 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 a gravidez?	_ _ VEZES	
1313	Recebeu a SP/Fansidar durante alguma consulta de cuidados pré-natais, durante outra consulta a um serviço de saúde ou de outra fonte? SE EXISTIR MAIS QUE UMA FONTE, REGISTE A FONTE MAIS ELEVADA NA LISTA.	CONSULTA PRÉ-NATAL CONSULTA NOUTRO SERVIÇO OUTRA FONTE	1 2 3
Febre nas Crianças			
1314	O/A (NOME) esteve doente com febre em qualquer altura nas últimas duas semanas?	SIM NÃO NÃO SABE	1 2 99
1315	Procurou aconselhamento ou tratamento para a doença junto de qualquer fonte?	SIM NÃO	1 2

Pergunta N.º	Pergunta	Respostas	Código
1316	<p>Onde procurou aconselhamento ou tratamento</p> <p>Em mais algum sítio?</p> <p>INSISTA PARA IDENTIFICAR CADA TIPO DE FONTE</p> <p>SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR SE É DO SETOR PÚBLICO OU PRIVADO, ESCREVA O NOME DO LOCAL</p>	<p>SETOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL PÚBLICO</p> <p>CENTRO DE SAÚDE PÚBLICO</p> <p>POSTO DE SAÚDE PÚBLICO</p> <p>CLÍNICA MÓVEL</p> <p>ASSISTENTE DE CAMPO</p> <p>OUTRO DO SETOR PÚBLICO (ESPECIFICAR):</p> <p>CENTRO MÉDICO PRIVADO</p> <p>CLÍNICA/HOSPITAL PRIVADO</p> <p>FARMÁCIA</p> <p>MÉDICO PRIVADO</p> <p>CLÍNICA MÓVEL</p> <p>ASSISTENTE DE CAMPO</p> <p>OUTRO SERVIÇO DE SAÚDE PVD (ESPECIFICAR):</p> <p>OUTRA FONTE</p> <p>LOJA</p> <p>PROFISSIONAIS DE MEDICINA TRADICIONAL</p> <p>MERCADO</p> <p>OUTRO (ESPECIFICAR):</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10</p> <p>11</p> <p>12</p> <p>13</p> <p>14</p> <p>15</p> <p>88</p>
1317*	A análise microscópica estava disponível no local onde procurou aconselhamento ou tratamento?	<p>PARA CADA LOCAL ONDE O INQUIRIDO PROCUROU ACONSELHAMENTO OU TRATAMENTO</p> <p>SIM</p> <p>NÃO</p> <p>NÃO SABE</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>99</p>
1318*	Os TDRs estavam disponíveis no local onde procurou aconselhamento ou tratamento?	<p>PARA CADA LOCAL ONDE O INQUIRIDO PROCUROU ACONSELHAMENTO OU TRATAMENTO</p> <p>SIM</p> <p>NÃO</p> <p>NÃO SABE</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>99</p>
1319	Quantos dias após o aparecimento da febre procurou o primeiro tratamento para (NOME)?	<p>MESMO DIA</p> <p>DIA SEGUINTE</p> <p>DOIS DIAS APÓS O APARECIMENTO DA FEBRE</p> <p>TRÊS OU MAIS DIAS APÓS O APARECIMENTO DA FEBRE</p> <p>NÃO SABE</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>99</p>
1320*	<p>Se não foi efetuado um teste:</p> <p>Porque não foi efetuado um teste para (NOME)?</p>	<p>CENTRO DE SAÚDE DEMASIADO LONGE</p> <p>NÃO CONFIO NO TESTE DA MALÁRIA</p> <p>NÃO ESTAVAM DISPONÍVEIS TESTES DE MALÁRIA NO CENTRO DE SAÚDE</p> <p>NÃO GOSTO DO PESSOAL DO CENTRO DE SAÚDE</p> <p>SEM DINHEIRO PARA O TESTE</p> <p>TESTE NÃO OFERECIDO PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE</p> <p>NÃO TIVE TEMPO PARA ESPERAR PARA FAZER O TESTE</p> <p>OUTRO (ESPECIFICAR):</p> <p>NÃO SABE</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>88</p> <p>99</p>
1321*	No seu agregado familiar, quem é que toma normalmente as decisões quanto à compra de medicamentos quando o seu filho tem malária: você, o seu cônjuge, você e o seu cônjuge ou outra pessoa?	<p>INQUIRIDO</p> <p>CÔNJUGE</p> <p>DECISÃO CONJUNTA</p> <p>OUTRA PESSOA (ESPECIFICAR)</p> <p>NÃO SABE</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>88</p> <p>99</p>

Notas: A lista de redes do agregado familiar pode ser utilizado para recolher dados para indicadores que medem a utilização de ITNs. A lista do agregado familiar é aplicável a todos os membros do agregado familiar, mulheres grávidas e crianças com menos de cinco anos. A presença de uma ITN é normalmente verificada na altura da entrevista.

Anexo 4: Casos Práticos para Selecionar e Adaptar Indicadores e Perguntas

Caso Prático 1: Selecionar indicadores com Base na Fase do Programa

Problema comportamental: Uma análise de dados de IDS recentes no país X concluiu que a utilização de ITNs entre os que têm acesso a uma rede é a mais baixa do país, particularmente numa província.

Fase do estudo formativo: A equipa realizou uma análise da situação, triangulando o inquérito IDS, grupo de reflexão e dados do inquérito CAP. Os membros da equipa utilizaram todos os indicadores neste guia, incluindo, mas não se limitando ao rácio utilização-acesso; atitudes relativamente a redes, particularmente nos benefícios e desvantagens de utilizar uma rede; suscetibilidade perceptível; normas sociais e auto-eficácia para utilizar uma rede ao longo do ano.

As discussões do grupo de reflexão que decorreram na província revelaram que as pessoas não dão muita importância à utilização de redes, particularmente na estação seca. Acreditavam que por não haver muitos mosquitos, a malária não era um problema. Muitas pessoas não acreditavam que os vizinhos utilizam ITNs de forma consistente.

Um inquérito de CAP confirmou que as pessoas sentem que a malária não é uma ameaça durante a estação seca, quando há menos mosquitos, e essas pessoas acreditavam que os vizinhos não utilizavam ITNs de forma consistente. Além disso, as redes para cama eram vistas como causa de desconforto durante a noite.

Fase de conceção da estratégia: Durante a fase de conceção, a equipa identificou objetivos **específicos** para a sua campanha e desenvolveu um plano de M&E **correspondente**.

Estratégia da CMSC	Indicadores do Plano de M&E
Objetivo comportamental: Aumentar a utilização de redes disponíveis de 60% para 75% durante os restantes dois anos do projeto	Rácio utilização-acesso
Objetivo da comunicação: Aumentar o risco perceptível de malária , ao longo de todo o ano, incluindo na estação seca	Suscetibilidade perceptível

Monitorização de resultados: Devido ao arranque lento do projeto, a equipa decidiu aumentar a frequência das peças comunitárias para cumprir o objetivo do número de peças. Relatórios de atividade focados nos seguintes indicadores:

- Número de atividades da CMSC (peças) realizadas
- Número de pessoas alcançadas

Monitorização de públicos: O programa pediu a uma agência de pesquisa de mercado para adicionar algumas perguntas ao inquérito geral trimestral. Adicionaram dois indicadores:

- Quantidade de pessoas que se lembram de ter ouvido ou visto mensagens sobre a malária nos últimos seis meses
- Proporção de pessoas que entendem que estão em risco de contrair malária

Nos próximos seis meses, a proporção de pessoas que se lembram de uma mensagem sobre a utilização de redes aumentou de 55% para 82%. As taxas de suscetibilidade perceptível também aumentou de 64% para 78%. Encorajado por este dado, o doador alargou 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 utilização-acesso subiu para 0,75 e a utilização de redes foi associada à exposição à campanha. Do mesmo modo, as pessoas expostas à campanha tiveram maior probabilidade de ficar suscetíveis à malária e, por isso, maior probabilidade de utilizar uma rede. Outros indicadores medidos na conclusão incluíam:

- Quantidade de pessoas que se lembram de ter ouvido ou visto mensagens sobre a malária nos últimos seis meses
- Proporção de pessoas que se lembram do slogan da campanha
- Proporção de pessoas que entendem que estão em risco de contrair malária
- Proporção da população que utiliza redes, entre aquelas pessoas que têm acesso a uma no seu agregado familiar

O êxito da campanha foi atribuído a vários fatores:

- A equipa manteve uma mente aberta e examinou os resultados a partir de um número mais alargado de potenciais fatores/indicadores motivacionais antes de optar por alterar um determinante principal.
- O foco da campanha num fator, suscetibilidade perceptível, manteve a mensagem clara, consistente e memorável.
- A utilização de relatórios de atividade e o pagamento de apenas duas perguntas no inquérito geral permitiu à campanha monitorizar o grau de alcance do público.
- A sua utilização dos resultados gerais para demonstrar as alterações na suscetibilidade perceptível apoiou o alargamento da campanha por mais 12 meses, cimentando ainda mais as hipóteses da campanha de atingir o seu objetivo.

Caso Prático 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 amodiaquina a crianças com idades entre os três e os 39 meses durante a estação de transmissão elevada de malária. A Organização Mundial de Saúde apoia a QSM desde 2012. A QSM pode prevenir até 75% de casos de malária sem complicações e graves. É eficaz em áreas em que a estação da malária dura quatro meses ou menos ou em que a resistência à SP é baixa, como o Sahel.

Speak Up Africa (SUA) é uma ONG internacional com sede em Dacar, Senegal e Nova Iorque, EUA. As atividades da CMSC da SUA visaram: a) sensibilizar os agregados familiares sobre as consultas de voluntários de saúde comunitária, que administram a primeira dose; b) lembrar os cuidadores que devem administrar a segunda, terceira e quarta doses em casa e c) aconselhar os cuidadores sobre o que fazer nos casos em que ocorram efeitos secundários.

Em 2015, após um ano de implementação, a SUA visou medir os níveis dos conhecimentos sobre a malária, atitudes e práticas da população-alvo para informar futuros programas. Os investigadores adaptaram vários indicadores e perguntas a partir do **Guia de Referência Indicador de Malária da CMSC** para informar a recolha de dados quantitativos e qualitativos. O estudo recolheu dados nos indicadores evidenciados abaixo. Foram utilizadas as mesmas ferramentas de recolha de dados na Gâmbia, Guiné, Níger e Mali.

Categoria	Indicadores Utilizados nas Ferramentas de Recolha de Dados (os indicadores específicos de QSM estão a negrito)
Memória	1. Proporção de pessoas que se lembram das mensagens acerca de QSM
Conhecimentos	2. Proporção de pessoas que indica os mosquitos como sendo a causa da malária
	3. Proporção de pessoas que sabem que o principal sintoma da malária é a febre
	4. Proporção de pessoas que conhecem o tratamento contra a malária
	5. Proporção de pessoas que conhecem medidas de prevenção da malária
	6. Proporção de pessoas que conhecem a QSM (perguntas sobre o seu objetivo, população-alvo e duração do tratamento)
Risco e eficácia	7. Proporção de pessoas que entendem que estão em risco de contrair malária
	8. Proporção de pessoas que sentem que as consequências da malária são graves
	9. Proporção de pessoas que acreditam que a prática ou o produto recomendado irá reduzir o risco (QSM , ITNs, IPTp)
Normas	10. Proporção de pessoas que acreditam que a maioria dos seus amigos e membros da comunidade praticam a QSM
Atitudes	11. Proporção de pessoas com uma atitude favorável relativamente ao produto, prática ou serviço (QSM , ITNs, IPTp)
Comportamento	10. Proporção de pessoas que praticam o comportamento recomendado:
	• Proporção da população que dormiu debaixo de uma ITN na noite passada
	• Proporção de crianças com menos de cinco anos com febre nas últimas duas semanas para quem foi procurado aconselhamento ou tratamento
	• Proporção de pessoas que concluíram o tratamento por QSM

O estudo encontrou um bom nível de conhecimentos relativamente à malária e boas práticas, como a utilização de redes mosquiteiras. Além disso, os conhecimentos acerca da QSM eram sólidos, tal como a aceitação das intervenções de QSM e cobertura da QSM. Para mais informações, contacte Fara Ndiaye através de fara.ndiaye@speakupafrika.org.

Anexo 5: Referências

Este documento é tirado de uma série de inquéritos implementados em diferentes países por diferentes parceiros. Os documentos consultados incluem:

Questionários de Inquéritos

Inquéritos padrão baseados na população

1. Avaliação MEASURE. Inquéritos Demográficos e de Saúde. (www.dhsprogram.com)
2. Rutstein SO, Rojas G. Guide to DHS Statistics. Calverton, MD: ORC Macro, 2003; MEASURE DHS, 2003. (http://dhsprogram.com/pubs/pdf/DHSG1/Guide_to_DHS_Statistics_29Oct2012_DHSG1.pdf)
3. Parceria Roll Back Malaria. Levantamento de Indicadores de Malária. (www.malariasurveys.org)
4. Fundação das Nações Unidas para a Infância. Inquérito de Indicadores Múltiplos. (mics.unicef.org)

Inquéritos específicos de programas

1. Cruz Vermelha Liberiana. Community Based Health/Disaster Management Program Malaria Prevention Baseline Survey Questionnaire.
5. PSI Madagascar. Madagascar Questionnaire: Post-Campaign Evaluation of Phase I and II of the Universal Coverage Free Mass LLIN Distribution Campaign.
6. Iniciativa MENTOR. Retenção, utilização, condição, preferência de redes e questionário do inquérito de IEC.
7. Population Services International. TRaC Survey.
8. Centro Johns Hopkins para Programas de Comunicação e Consórcio de 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 da CMSC sobre a Malária na Nigéria, Madagascar e Libéria.

Documentos de Recursos

1. Parceria Roll Back Malaria (RBM). 2013. Indicadores do Inquérito ao Agregado Familiar para Controlo da Malária. Genebra: RBM. <http://www.malariasurveys.org/documents/Household%20Survey%20Indicators%20for%20Malaria%20Control.pdf>
12. Avaliação MEASURE. Base de Dados Online dos Indicadores de Planeamento Familiar e Saúde Reprodutiva. https://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators

13. Análise de Dados Tipo Escala de Likert
 - a. St. Andrews University. 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. Crowne and Marlow Social Desirability Scale
 - 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 abreviadas: 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: Johns Hopkins Center for Communication Programs. www.communicationforsocialchange.org/pdf/socialchange.pdf
17. Martin K. 2014. HC3 Research Primers Aid in SBCC Program Design. Baltimore: Johns Hopkins Center for Communication Programs. <https://healthcommcapacity.org/hc3-research-primers-aid-in-sbcc-program-design/>
18. Parceria Roll Back Malaria (RBM). 2015. **Lista de Verificação para Comunicação sobre Avaliações 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: Johns Hopkins Center for Communication Programs, VectorWorks. 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 no 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. Guia para Desenvolvimento de Planos de M&E para Atividades da BCC contra a Malária. Genebra: RBM. Obtido no 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 fornece uma descrição-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: Johns Hopkins Center for Communication Programs. <http://www.thehealthcompass.org/sbcc-tools/how-write-radio-serial-drama-social-development-script-writers-manual>

Estes conjuntos de ferramentas contêm várias leituras da teoria de comunicação sobre saúde:

- Knowledge for Health. Conjuntos de Ferramentas: Communication Theory Readings. **Tanzania ACE Mentoring Programme**. Baltimore: Centro Johns Hopkins para Programas de Comunicação. Obtido no site: <https://www.k4health.org/toolkits/tanzania-ace/communication-theory-readings>
- Knowledge for Health. Conjuntos de Ferramentas: Communication theories and models. **Uganda Family Planning Communication Toolkit**. Baltimore: Centro Johns Hopkins para Programas de Comunicação. Obtido no 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 no site: <http://www.vector-works.org/resources/online-training-on-evidence-based-malaria-social-and-behavior-change-communication-sbcc/>

Modelo de Processamento Paralelo Alargado:

- 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**. New York: 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 de Aprendizagem Social:

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

Teoria de Comportamento Planeado:

- Ajzen I. Theory of planned behavior. Obtido no site: <http://people.umass.edu/ajzen/tpb.html>
- Health Communication Capacity Collaborative (HC3). 2014. **Teoria de Comportamento Planeado: An HC3 Research Primer**. Baltimore: Centro Johns Hopkins para Programas de Comunicação. Obtido no 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. Conjuntos de Ferramentas: 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 no site: <https://www.k4health.org/toolkits/tanzania-ace/reading-6a-chapter-1-%E2%80%9C-miracle-oryu-li%E2%80%9D-chapter-2-%E2%80%9C-convergence-model>

- Health Communication Capacity Collaborative (HC3). 2014. **Difusão de Inovações: An HC3 Research Primer**. Baltimore: Centro Johns Hopkins para Programas de Comunicação. Obtido no site: <https://healthcommcapacity.org/hc3resources/diffusion-of-innovations-an-hc3-research-primer/>

Modelo de Crenças de Saúde

- Janz N. e M. Becker. 1984. The Health Belief Model: A Decade Later. **Health Behavior and Education**, 1, 1-47. Obtido no site: <http://heb.sagepub.com/content/11/1/1.short>
- Glanz K., B. Rimer e K. Viswanath. 2008. **Health Behavior and Health Education**. San 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 no 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.

Trabalhos 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. Onyefunfoa, 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

