



Parceria
pelo fim da
malária

**Guia de Referência dos
Indicadores de Mudança
Social e Comportamental
contra a Malária**

Terceira edição
Agosto de 2024

Agradecimentos

Este guia é um produto da colaboração concertada de muitos parceiros de mudança social e comportamental contra a malária ao longo dos anos. Os editores da terceira edição são Angela Acosta e Michael Toso. Entre os editores anteriores contam-se Hannah Koenker, Jessica Butts e Janita Bhana.

É devido um grande apreço às pessoas que contribuíram com conteúdos valiosos e com o seu tempo para rever e fornecer feedback útil. Para a terceira edição, estas pessoas incluíram Shawn Kerry, Shelby Cash, Bridget Higginbotham, Caroline Kusi, April Monroe, Gabrielle Hunter, Kate Rodriguez e Andrew Tompsett. Entre os colaboradores das edições anteriores contam-se Martin Alilio, Marc Boulay, Debra Prosnitz, Hibist Astatke, Susan Zimicki, Joe Keating, Marcy Erskine, Sandrine Martine, Stella Babalola, Andrew Tompsett, Grace Awantang, Matthew Okoh, Anisa Saleh, Anna McCartney-Melstad, Naira Kalra e Farah Ndiaye. Eles e outros revisores representaram as seguintes organizações: Abt Associates, American Refugee Committee International, Chemonics, FHI 360, ICF International, Federação Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, Johns Hopkins Center for Communication Programs, Malaria Consortium, Malaria No More, Manoff Group, Population Services International, U.S. President's Malaria Initiative, Society for Family Health, Speak Up Africa, Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine, United Nations Children's Fund e programas nacionais de malária. Iniciativa do Presidente dos EUA contra a Malária, Society for Family Health, Speak Up Africa, Escola de Saúde Pública e Medicina Tropical da Universidade de Tulane, Fundo das Nações Unidas para a Infância e os programas nacionais contra a malária de vários países, incluindo Burkina Faso, Madagáscar, Malawi, Nigéria, Serra Leoa e Zâmbia.

A Breakthrough ACTION é financiada pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e pela Iniciativa do Presidente dos Estados Unidos contra a Malária, nos termos do Acordo de Cooperação n.º AID-OAA-A-17-00017.

Copyright ©2024 Parceria RBM para Acabar com a Malária

Sugestão de citação: Parceria RBM para Acabar com a Malária. (2024). *Guia de Referência dos Indicadores de Mudança Social e Comportamental contra a Malária: Terceira Edição*. RBM.

Índice

Agradecimentos	2
Índice	3
Abreviaturas	4
Introdução	5
O que é a mudança social e comportamental?	5
O que contém este guia?	5
Como utilizar o Guia de Referência de Indicadores	6
Como foi elaborado este guia	6
Quadro para a M&A dos programas de MSC contra a malária	7
Tipos de indicadores	7
Indicadores ilustrativos para a MSC contra a malária	8
Como e quando utilizar os indicadores	12
Perguntas mais frequentes	12
Exemplo de seleção e adaptação de indicadores de MSC contra a malária	15
Fontes de dados	19
Fontes de dados relacionadas com audiências comunitárias e de agregados familiares	20
Fontes de dados relacionadas com a prestação de serviços de saúde	25
Fontes de dados relacionadas com a implementação do programa	29
Anexo 1: Teorias da Mudança de Comportamento	32
Anexo 2. Fichas de referência de indicadores: orientação para a construção e interpretação de indicadores selecionados	38
Anexo 3: Perguntas, análise e métodos de apresentação do inquérito	55
Recursos e referências	95

Abreviaturas

ACS	Agente comunitário de saúde
ACT	Terapia combinada à base de Artemisina
ANC	Visitas pré-natais
CAP	Conhecimento, atitudes e práticas
CMSC	Comunicação para mudanças sociais e comportamentais
EPPM	Modelo alargado de processamento paralelo
HMIS	Sistema de Informação de Gestão de Saúde
ICM	Inquérito Sobre Comportamentos Contra a Malária
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde
IIM	Inquérito de Indicadores da Malária
IVR	Resposta de voz interativa
LMIS	Sistema de Informação de Gestão Logística
M&A	Monitorização e avaliação
MICS	Inquérito de Indicadores Múltiplos em Cluster
MSC	Mudança social e comportamental
MTI	Mosquiteiro tratado com inseticida
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIDOM	Pulverização intradomiciliária
RBM	Parceria RBM para Acabar com a Malária
SARA	Avaliação da Disponibilidade e prontidão do serviço
SMC	Quimioprevenção sazonal da malária
SMS	Serviço de mensagens curtas
SP	Sulfadoxina pirimetamina
SPA	Avaliação da prestação de serviços
TDR	Teste de Diagnóstico Rápido
TIP	Tratamento Preventivo Intermitente da malária na gravidez
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional

Introdução

O que é a mudança social e comportamental?

A mudança social e comportamental (MSC) é um processo sistemático e intencional para compreender e facilitar a mudança de comportamentos e os fatores que influenciam esses comportamentos. Estes fatores podem incluir a exposição a um programa de MSC, crenças ou atitudes pessoais, interações sociais, acesso físico ou uma experiência de serviço de saúde, entre outros. A MSC procura capacitar os indivíduos, as famílias e as comunidades para adotarem e manterem comportamentos de saúde positivos. Os programas de MSC baseiam-se em várias disciplinas e abordagens, como a psicologia social, a ciência da comunicação, a ciência comportamental, o design centrado no ser humano, o marketing e o engajamento da comunidade.

A comunicação para mudanças sociais e comportamentais (CMSC) é um subconjunto do universo dos programas de MSC. As atividades de MSC podem assumir várias formas, desde campanhas de comunicação multicanal, reembalagem de medicamentos contra a malária para melhorar as taxas de conclusão do tratamento, alteração do fluxo de trabalho de um estabelecimento para melhorar a adesão dos prestadores às diretrizes de gestão de casos, implementação de planos de ação comunitários, criação de circuitos de feedback entre as unidades e as comunidades, e muitas outras. No entanto, a CMSC refere-se especificamente à utilização de abordagens de comunicação (como diálogos comunitários, rádio e televisão) para mudar comportamentos.

O que contém este guia?

Este guia contém uma lista de indicadores recomendados para programas de MSC contra a malária. Esses indicadores foram cuidadosamente selecionados para fornecer uma estrutura abrangente e padronizada para medir o impacto dos programas de MSC. Embora os indicadores ofereçam um roteiro valioso para avaliar a eficácia do programa, é importante notar que se trata de recomendações, e não de requisitos. O Grupo de Trabalho de MSC da RBM reconhece a natureza diversa dos programas de MSC e que contextos específicos têm nuances que podem exigir a utilização de indicadores adicionais ou alternativos. Este guia destina-se a simplificar o processo de seleção e utilização de indicadores, a poupar tempo e recursos valiosos e a promover uma linguagem comum para comunicar os contributos dos programas de MSC. Estas recomendações foram concebidas para permitir que as organizações e os indivíduos adaptem as suas abordagens de medição às suas necessidades específicas, beneficiando simultaneamente de uma base comum de pontos de dados essenciais.

Para além dos indicadores, o guia contém respostas a perguntas frequentes sobre como selecionar e adaptar indicadores; potenciais fontes de dados; fichas de referência que descrevem a medição, interpretação, pontos fortes e limitações dos indicadores; e exemplos de perguntas para a recolha de dados.



Uma tia e a sua sobrinha fotografadas no exterior depois de receberem quimioprevenção sazonal da malária (SMC) na Guiné.

Crédito: USAID/RTI: StopPalu+

Como utilizar o Guia de Referência de Indicadores

Este guia fornece à equipa de MSC e de monitorização e avaliação (M&A), investigadores, pessoal do governo e doadores indicadores e fontes de dados para acompanhar os resultados dos programas de MSC para a malária. O seu objetivo é

- Compilar indicadores que as partes interessadas tenham considerado úteis.
- Definir estes indicadores para que possam ser utilizados de forma coerente.
- Identificar as fontes de dados relevantes.
- Facilitar a M&A da MSC, disponibilizando indicadores e perguntas de inquéritos num único local.
- Fornecer exemplos e sugestões para a escolha de indicadores, adaptando-os aos contextos locais e utilizando-os para monitorização e/ou avaliação.

Os leitores podem utilizar o guia para:

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

Este documento pode ser utilizado em conjunto com [Desenvolvimento de Planos de Monitorização e Avaliação para Programas de Mudança Social e Comportamental Contra a Malária: um Guia Passo a Passo](#), que oferece um modelo para desenvolver planos de M&A para MSC.

Embora este guia forneça informações sobre indicadores para acompanhar os resultados de programas de MSC, não abrange a totalidade das necessidades de dados de MSC contra a malária. Outros indicadores que podem ser úteis no planeamento ou avaliação de uma atividade de MSC não são diretamente abordados neste guia. Especificamente, os autores deste guia reconhecem que os comportamentos dos prestadores de serviços de saúde — e fatores que influenciam esses comportamentos — desempenham um papel crítico na prevenção e tratamento da malária. Este guia considera os prestadores de cuidados de saúde como um público-alvo para o qual os comportamentos e fatores comportamentais podem ser medidos, mas é necessário mais trabalho para desenvolver as melhores abordagens para medir os determinantes dos comportamentos dos prestadores de cuidados de saúde, incluindo os que influenciam a adesão às diretrizes nacionais para a gestão de casos e prevenção da malária na gravidez, notificação, gestão da cadeia de abastecimento, etc. A Parte 3 contém informações e exemplos de como selecionar e adaptar os indicadores obtidos aos fornecedores.

Como foi elaborado este guia

Em 2011, 15 organizações¹ iniciaram o esforço para desenvolver indicadores padrão de CMSC contra a malária, compartilhando as suas ferramentas de inquérito. Em 2012, um comité de especialistas agrupou os indicadores em construções/temas fornecidos pela teoria social e comportamental e comparou-os com os indicadores de CMSC na [Base de dados de indicadores online de planeamento familiar e saúde reprodutiva](#) e nos [Indicadores de inquéritos aos agregados familiares para o controlo da malária](#). Os indicadores foram selecionados com base em critérios como evidências, alinhamento com a teoria comportamental e utilidade para os programas de MSC contra a malária, e foram desenvolvidas orientações sobre as definições, medição e utilização dos indicadores. Na sequência de uma revisão do guia pelos membros do grupo de trabalho de MSC da RBM, a primeira edição foi lançada em 2014. A segunda edição consolidou os indicadores, eliminando a secção de indicadores experimentais, apresentou uma lista de indicadores prioritários, acrescentou indicadores de processo, forneceu orientações para a priorização e adaptação de indicadores e acrescentou um anexo sobre teoria. As evidências mostram que este conjunto parcimonioso de indicadores continua a ser eficaz para identificar fatores associados a comportamentos em relação à malária. Esta terceira edição reflete a evolução do campo da CMSC para a MSC, inclui uma lista abrangente de fontes de dados, fornece considerações sobre a mudança de comportamento do fornecedor e o impacto da MSC no ambiente favorável, inclui perguntas de inquérito atualizadas com base em testes de validação de escala de vários países e oferece orientação simplificada para priorizar e adaptar indicadores.

¹ Abt Associates, American Refugee Committee International, Chemonics, FHI 360, ICF International, Federação Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, Johns Hopkins Center for Communication Programs, Malaria Consortium, Malaria No More, Manoff Group, Population Services International, U.S. President's Malaria Initiative, Society for Family Health, Speak Up Africa, Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine, United Nations Children's Fund e programas nacionais de malária. Iniciativa do Presidente dos EUA contra a Malária, Society for Family Health, Speak Up Africa, Escola de Saúde Pública e Medicina Tropical da Universidade de Tulane, Fundo das Nações Unidas para a Infância e os programas nacionais contra a malária de vários países, incluindo Burkina Faso, Madagáscar, Malawi, Nigéria, Serra Leoa e Zâmbia.

Quadro para a M&A dos programas de MSC contra a malária

Tipos de indicadores

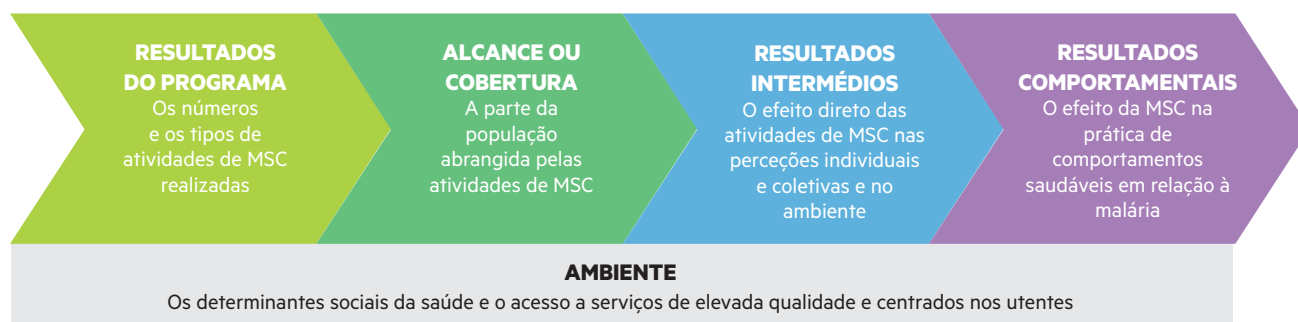
Esta secção resume os indicadores e mostra como estão ligados entre si. Os quadros de M&A ilustram como é suposto os programas funcionarem. São úteis para refletir sobre os objetivos programáticos e perceber se as atividades planeadas são as mais adequadas. Tal como referido anteriormente, os indicadores abaixo foram selecionados devido à sua base na teoria comportamental (ver Anexo 1 para exemplos). Recomenda-se vivamente que todas as atividades e os seus quadros de M&A também se baseiem na teoria comportamental, uma vez que estas teorias fornecem informações sobre as decisões, os motivos, os obstáculos e os facilitadores associados à mudança.

A Figura 1 resume os tipos de indicadores que os planos de M&A para a MSC contra a malária devem incluir.

O quadro agrupa os indicadores por níveis de resultados:

- **Resultados do programa.** Estes indicadores refletem o número e o tipo de atividades MSC concluídas. A documentação dos resultados pode ajudar a revelar se o número e os tipos de atividades realizadas foram adequados para atingir uma percentagem suficiente da população-alvo. Quando os dados de resultados do programa são acompanhados por descrições qualitativas do processo de conceção, abordagens utilizadas e medidas de garantia de qualidade implementadas, os programas de MSC podem demonstrar rigor na conceção e implementação (ver **boas práticas de divulgação**, no [Desenvolvimento de Planos de Monitorização e Avaliação para Programas de Mudança Social e Comportamental Contra a Malária: um Guia Passo a Passo](#)).
 - **Alcance ou cobertura.** O alcance e a cobertura representam a percentagem e o número, respetivamente, da população visada que recebeu, participou, beneficiou ou foi exposta às atividades do programa. O novo indicador desta terceira edição reflete o facto de a MSC envolver frequentemente grupos comunitários, instalações, prestadores e indivíduos na melhoria da utilização dos serviços.
 - **Resultados intermédios.** Os indicadores do nível intermédio avaliam o efeito direto das atividades
- de MSC em áreas que contribuem para a mudança de comportamento. Estes indicadores são mais frequentemente derivados da teoria comportamental. Podem incluir resultados a nível individual (p. ex., autoeficácia), coletivo (p. ex., dinâmica comunitária e normas sociais) e ambiental (p. ex., acesso a serviços equitativos). Décadas de investigação demonstraram que o conhecimento não é o único fator determinante do comportamento. A perceção do risco, a eficácia da resposta, a autoeficácia, as normas sociais, as atitudes, a capacidade da comunidade, a intenção e outros fatores psicossociais também estão associados a uma maior probabilidade de mudança de comportamento. Quanto mais fatores psicossociais a favor do comportamento estiverem presentes, maior será a probabilidade de o indivíduo mudar. A MSC também pode influenciar o ambiente favorável, apoiando grupos na mobilização de recursos e na mudança de políticas e processos organizacionais para aumentar o acesso aos serviços ou melhorar a qualidade dos mesmos. Por esta razão, as mudanças no ambiente favorável também podem ser consideradas resultados intermédios da MSC e devem ser incluídas se as atividades de MSC forem concebidas para as abordar.
- **Resultados comportamentais.** Ao longo do tempo, a exposição a atividades de MSC e mudanças nos resultados intermédios podem levar a uma maior percentagem da população a praticar os comportamentos desejados em relação à malária.
 - **Ambiente favorável.** É necessário um ambiente favorável para que a mudança de comportamento ocorra. A MSC pode motivar grupos e indivíduos a defenderem-se a si próprios e a fazerem o que puderem para criar um ambiente que apoie o comportamento desejado. No entanto, as políticas que promovem comportamentos saudáveis em relação à malária, a disponibilidade e o acesso a produtos de base e uma infraestrutura sólida para a prestação de serviços de saúde continuam a ser vitais para a adoção de comportamentos. Outro poderoso conjunto de fatores é o dos determinantes sociais da saúde. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, n.d.), estes determinantes são "as condições em

Figura 1: Tipos de indicadores para planos de monitorização e avaliação



que as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem, e o conjunto mais vasto de forças e sistemas que moldam as condições de vida quotidiana". Incluem o rendimento, a educação, a habitação e a segurança alimentar, a paz/conflito, a inclusão e a discriminação, entre outros. Alguns indicadores, como o rácio entre a utilização e o acesso a mosquiteiros e a proximidade das instalações de saúde, são normalmente medidos nas avaliações da MSC. Os programas de MSC também podem desagregar os dados por estatuto socioeconómico, idade, sexo e outros fatores, e usar dados qualitativos e localizados sobre o contexto para compreender melhor como melhorar a equidade dos serviços e abordar as barreiras para manter os comportamentos contra a malária entre grupos económica ou socialmente desfavorecidos.

Embora o impacto na saúde não esteja incluído neste quadro, é importante reconhecer que a MSC pode contribuir indiretamente para esse impacto. Os programas de MSC podem ajudar a reduzir a morbilidade e a mortalidade por malária através da sua influência nos comportamentos e no ambiente favorável. Contudo, qualquer atribuição ao impacto da MSC nas taxas de malária tem de ter em conta a disponibilidade de bens e serviços de qualidade, bem como o contexto epidemiológico e entomológico.

Indicadores ilustrativos para a MSC contra a malária

Esta secção apresenta indicadores ilustrativos para cada tipo descrito na Figura 1. As fichas de referência completas dos indicadores, que incluem definições, pontos fortes, limitações e interpretações para a maioria dos indicadores ilustrativos, são fornecidas no Anexo 2 do presente guia. São fornecidos pormenores semelhantes para os restantes indicadores nas notas de rodapé e na secção de Recursos. A página 19 contém um exemplo de como muitos destes indicadores podem ser adaptados aos fornecedores.

INDICADORES DE RESULTADOS DO PROGRAMA

Os indicadores de resultados do programa são utilizados para monitorização dos resultados. As fontes de dados são indicadas entre parênteses:

- Número de materiais ou abordagens de MSC desenvolvidos (relatórios de atividades).
- Número de atividades de MSC realizadas (relatórios de atividades).
- Número de pessoas formadas (registos de presença).
- Número de encaminhamentos efetuados, por tipo (formulários de encaminhamento).

INDICADORES DE ALCANCE E COBERTURA

Os indicadores de alcance são utilizados para a monitorização de processos, enquanto a cobertura reflete mais a monitorização de resultados, devido à presença de um denominador (a população-alvo global). As fontes de dados são indicadas entre parênteses:

- **Alcance:** número de pessoas/estabelecimentos/grupos comunitários que participam ou são abrangidos pelas atividades de MSC
- **Cobertura:** percentagem de pessoas que se lembram de ter ouvido ou visto qualquer mensagem sobre malária nos últimos seis meses (inquéritos, monitorização comunitária/scorecards/formulários).

RESULTADOS INTERMÉDIOS A NÍVEL INDIVIDUAL E COMUNITÁRIO

O objetivo e as utilizações dos indicadores de resultados intermédios incluem a investigação formativa, a monitorização dos resultados e a avaliação. Os indicadores baseiam-se nas seguintes fontes de dados: inquéritos, monitorização comunitária/scorecards, grupos de discussão e entrevistas aprofundadas.

CONHECIMENTO

- Percentagem de pessoas que só mencionam os mosquitos como causa da malária.
- Percentagem de pessoas que conhecem as medidas de prevenção recomendadas contra a malária.
- Percentagem de pessoas que sabem que o principal sintoma da malária é a febre.
- Percentagem de pessoas que sabem que a forma recomendada de diagnosticar a malária é através de um teste.
- Proporção de pessoas que conhecem o tratamento da malária.

PERCEÇÕES DE RISCO E EFICÁCIA

- **Suscetibilidade percebida:** percentagem de pessoas que consideram estar em risco de contrair malária.
- **Gravidade percebida:** percentagem de pessoas que consideram que as consequências da malária são graves.
- **Eficácia percebida da resposta:** percentagem de pessoas que acreditam que uma prática ou produto recomendado irá reduzir o seu risco.
- **Autoeficácia percebida:** percentagem de pessoas que estão confiantes na sua capacidade de executar um comportamento específico relacionado com a malária.

ATITUDES

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

NORMAS SOCIAIS

- **Normas descritivas:** percentagem de pessoas que acreditam que a maioria dos seus amigos e membros da comunidade pratica atualmente o comportamento.
- **Normas injuntivas:** percentagem de pessoas que acreditam que a maioria dos seus amigos e membros da comunidade aprovaria o comportamento.

INTENÇÃO

- Percentagem de pessoas que tencionam praticar o comportamento específico em relação à malária.

PONTUAÇÃO DA CAPACIDADE COMUNITÁRIA

- Percentagem de pessoas que referem pontuações mais elevadas de capacidade comunitária.

Nota: as pontuações da capacidade comunitária incluem múltiplos domínios, como a eficácia coletiva, a participação comunitária, a liderança, a gestão de conflitos e a coesão social (Underwood et al., 2013).

NORMAS DE GÉNERO

- Percentagem de pessoas que têm normas equitativas de género relacionadas com a malária
- Uma variação é chamada "percentagem de pessoas que têm normas equitativas de género relacionadas com o tratamento da malária"^{1,2} (monitorização/scorecards/formulários).

¹ As perguntas sobre normas equitativas de género relacionadas com a malária podem ser encontradas nos questionários para homens e mulheres do Inquérito sobre Comportamentos contra a Malária. Encontrará um link para as ferramentas na secção de Recursos deste guia, em "Inquéritos aos agregados familiares e ferramentas de recolha de dados".

² A Matchbox da Malária convida os utilizadores a identificar questões de equidade de género. Muitas vezes, isto é feito através de fontes qualitativas. Quer sejam quantificados ou deixados como indicadores qualitativos, os progressos nos fatores identificados podem ser acompanhados ao longo do tempo. Encontrará um link na secção de Recursos deste guia, em "Indicadores adicionais".

RESULTADOS COMPORTAMENTAIS

A lista ilustrativa abaixo apresenta indicadores comportamentais que são recolhidos regularmente por fontes de dados comuns. São utilizados para investigação formativa, monitorização de resultados e avaliação.

Percentagem de pessoas (tais como utentes, membros da comunidade ou do agregado familiar) que praticam o comportamento recomendado em relação à malária:

- Percentagem de encaminhamentos concluídos, por tipo de serviço.
- Percentagem de mulheres que realizaram pelo menos uma, duas ou três, e quatro ou mais visitas pré-natais durante a última gravidez.
- Percentagem de mulheres que realizaram visitas pré-natais no primeiro trimestre da sua última gravidez.
- **Rácio utilização/acesso a mosquiteiros tratados com inseticida (MTI):** o rácio de pessoas que utilizaram um mosquiteiro entre as que tiveram acesso a um no seu agregado familiar.
- **Utilização de rede na noite anterior:** percentagem da população que dormiu sob um MTI na noite anterior.
- **Utilização consistente:** percentagem da população que dormiu sob um MTI todas as noites na semana anterior.
- **Procura rápida de cuidados:** percentagem de crianças com menos de cinco anos que tiveram febre nas duas últimas semanas e para as quais se procurou aconselhamento ou tratamento no mesmo dia ou no dia seguinte ao início da febre.
- **Procura de cuidados adequados:** percentagem de crianças com menos de cinco anos que tiveram febre nas duas últimas semanas e para as quais se procurou aconselhamento ou tratamento junto de uma fonte adequada.
- Percentagem de crianças visadas que receberam quimioprevenção sazonal da malária (SMC), por ciclo.
- Percentagem de crianças a quem foram administradas as três doses diárias completas no último ciclo (ou que receberam todos os ciclos planeados).
- Percentagem de crianças elegíveis que receberam a vacina contra a malária, por dose.

Estes dados podem ser obtidos através de inquéritos aos agregados familiares, entrevistas de saída dos utentes, cartões de referência e avaliações pós-campanha.

Percentagem de prestadores que praticam o comportamento recomendado contra a malária.

Uma vez que os prestadores de serviços raramente são a unidade objeto dos estudos, os indicadores seguintes são frequentemente utilizados como substitutos do comportamento dos prestadores de serviços:

- Percentagem de mulheres grávidas em visitas pré-natais que receberam terapia preventiva intermitente da malária na gravidez (TIP) de acordo com as diretrizes nacionais.
- Percentagem de casos de febre que receberam um teste de diagnóstico da malária.
- Percentagem de casos testados tratados/não tratados de acordo com os resultados dos testes.
- Percentagem de utentes de visitas pré-natais ou cuidadores que reportaram um tratamento respeitoso ou uma experiência positiva por parte dos prestadores.

As fontes de dados sobre os indicadores de comportamento dos prestadores de serviços incluem estatísticas de serviços, tais como o sistema de informação de gestão da saúde (HMIS), dados administrativos (campanhas de MTI e SMC), registos de agentes comunitários de saúde (ACS) e registos de unidades sanitárias; inquéritos de Avaliação da Prestação de Serviços (SPA)/Avaliação da Disponibilidade e Prontidão dos Serviços (SARA)/estabelecimentos, revisões de registos, entrevistas de saída de utentes, observações de utentes e prestadores de serviços, etc. (a nova versão do inquérito SPA capta mais pormenores sobre cuidados respeitosos e satisfação dos utentes, bem como visitas de utentes mistério).

Uma nota sobre comportamentos adicionais:

a lista de comportamentos relacionados com a malária exemplificada pelos indicadores acima está longe de ser exaustiva. Os comportamentos dos prestadores de serviços e dos utentes/agregados familiares podem ser complexos e envolver várias etapas e subcomportamentos. Muitas fontes de dados, como o Inquérito sobre Comportamentos contra a Malária (ICM), avaliações pós-campanha, SPA/SARA/inquéritos a unidades sanitárias e supervisão de apoio também recolhem dados sobre subcomportamentos importantes, como taxas de suspensão de mosquiteiros, cuidados com os mosquiteiros, aconselhamento, realização correta de testes, entre outros. Os programas de MSC que desejem obter informações sobre comportamentos adicionais devem considerar a recolha dessas informações quando for viável e quando o comportamento for um objetivo comportamental prioritário do programa de MSC.

AMBIENTE FAVORÁVEL

Os seguintes indicadores podem ser monitorizados como resultados intermédios se o programa de MSC for concebido para os afetar. Estes indicadores são utilizados para a investigação formativa, a monitorização dos resultados e a avaliação, salvo indicação em contrário.

Fatores relacionados com o acesso do agregado familiar/utente. As fontes de dados incluem inquéritos, cartões de pontuação de monitorização da comunidade, grupos de discussão e entrevistas aprofundadas. No que respeita às campanhas de MTI e de SMC, são também utilizados dados administrativos.

- **Acesso a MTIs:** percentagem da população com acesso a uma rede mosquiteira tratada com inseticida no seu agregado familiar¹.
- **Acesso a SMC:** percentagem de agregados familiares com crianças elegíveis registadas².
- **Acesso geográfico aos serviços de combate à malária:**
 - Percentagem de agregados familiares próximos de uma unidade sanitária ou de um ACS (definido como <5 km, 30 minutos a pé ou 10 minutos de carro)³.
 - **Acesso financeiro, geográfico ou social:** proporção de inquiridos que citaram a distância/custo/permissão como razões para não procurarem tratamento para uma criança doente/tomar SP/ir às visitas pré-natais⁴.
- **Equidade (quantitativa):** índice de concentração absoluta⁵ indica o grau em que um indicador (como a utilização de serviços de malária) está concentrado entre subgrupos desfavorecidos ou favorecidos (pode-se desagregar por estatuto socioeconómico, educação, sexo, idade e outros subgrupos).
- **Equidade (qualitativa):** Ferramenta Matchbox da Malária⁶.

Fatores relacionados com a capacidade do sistema de saúde. As fontes de dados incluem inquéritos SPA/SARA/ estabelecimentos (que incluem entrevistas a prestadores de serviços, entrevistas de saída a utentes, observações, inventários de instalações, etc.). A supervisão de apoio, bem como o HMIS, os relatórios da cadeia de abastecimento e os formulários de requisição, também podem ser utilizados.

Dentro das instalações:

- **Carga de trabalho:** rácio entre utentes e prestadores de serviços num determinado período de tempo.

- **Formação:** percentagem de prestadores de serviços que receberam formação sobre um serviço específico de combate à malária.
- **Supervisão:** percentagem de prestadores que receberam supervisão sobre um serviço específico de malária num determinado período.

Cadeia de abastecimento:

- Número de dias em que o estabelecimento teve uma rutura de estoque de TDR, SP, terapia combinada à base de artemisinina (ACT), vacina ou MTIs num período específico, ou
- Se a instalação teve uma rutura de estoque de um produto específico para a malária num determinado período de tempo.

Entre estabelecimentos:

- Percentagem de estabelecimentos que prestam serviços de malária com artigos de rastreio no dia da avaliação.
- Nota: os itens de rastreio no SARA não incluem ACTs, mas incluem diretrizes, pessoal e formação; isto pode ser adaptado ao contexto.
- Percentagem de estabelecimentos que prestam serviços de cuidados curativos de saúde infantil e que dispõem de ACT.
- Densidade de estabelecimentos por 10.000 habitantes.
- **Densidade da força de trabalho no setor da saúde:** número de profissionais de saúde essenciais por 10.000 habitantes.

Outros (utilizados para o controlo e a avaliação dos resultados).

As fontes de dados incluem cartões de pontuação da comunidade, mapeamento de resultados e avaliação de mercado das contribuições (por exemplo, cartões de tarifas para tempo de antena).

- **Mobilização de recursos:** valor dos recursos financeiros e contribuições em espécie angariados em resultado das atividades de MSC.
- Descrição quantitativa ou qualitativa de outros resultados do ambiente favorável (por exemplo, mudanças políticas, mudanças na cultura ou processos organizacionais, formação de parcerias).

¹ Detalhes sobre a medição, considerações, limitações e interpretação deste indicador podem ser encontrados nos recursos fornecidos para o Inquérito de Indicadores da Malária listados na secção de Recursos em "Inquéritos a Agregados Familiares e Instrumentos de Recolha de Dados".

² Os pormenores sobre a definição operacional, a fonte de dados e as considerações relativas a este indicador podem ser encontrados na secção de Recursos, em "Indicadores adicionais".

³ O Inquérito sobre Comportamentos contra a Malária e alguns inquéritos a agregados familiares medem a distância objetiva dos agregados familiares a estabelecimentos usando coordenadas GPS.

⁴ As percepções subjetivas do acesso também podem ser avaliadas através de perguntas como "por que motivo(s) não chegou mais cedo à unidade sanitária" (ver q. 307 do Questionário ICM para mulheres)

⁵ Os pormenores sobre o cálculo, a definição, a interpretação e um exemplo do ICA podem ser encontrados no Health Equity Assessment Toolkit (Conjunto de ferramentas de avaliação da equidade na saúde), que se encontra na secção de Recursos, em "Indicadores adicionais".

⁶ O módulo 2 do kit de ferramentas Matchbox da Malária contém orientações sobre como recolher informações sobre a forma como os fatores de risco, os obstáculos ao acesso aos serviços e os estrangulamentos na prestação de serviços afetam a equidade na saúde no contexto da malária.

Como e quando utilizar os indicadores

Perguntas Mais Frequentes

Esta secção inclui perguntas frequentes sobre como e quando utilizar indicadores, como escolhê-los e como adaptá-los.



A que comportamentos ou públicos em relação à malária se adequam os indicadores?

Os indicadores podem ser utilizados para qualquer comportamento e público-alvo da malária. Este guia fornece exemplos relacionados com SMC, MTI, gestão de casos, visitas pré-natais e TIP para públicos como fornecedores e membros da comunidade. Com o tempo, à medida que novas tecnologias se tornam disponíveis e que fatores ambientais, evidências e epidemiologia da malária evoluem nos países, novos programas e comportamentos podem tornar-se relevantes e os públicos-alvo podem mudar. Este guia fornece sobretudo exemplos de atividades/comportamentos a nível comunitário, mas os indicadores foram concebidos para serem adaptáveis a qualquer comportamento e público em relação à malária.



A que tipo de atividades de M&A se destinam estes indicadores?

Os indicadores podem ser utilizados para investigação formativa, para monitorização ou para avaliações de base, intermédias e finais.

A investigação formativa é utilizada para informar a conceção de um programa de MSC e pode também ser utilizada para fornecer dados de base para avaliações. Os indicadores relevantes incluem os que medem os comportamentos dos agregados familiares e dos prestadores de serviços, bem como os que medem os potenciais influenciadores da mudança de comportamento, incluindo os conhecimentos, a perceção do risco e da gravidade, a autoeficácia, a eficácia da resposta, as normas e as atitudes. Idealmente, estes dados serão complementados por outros dados, como o acesso a serviços e bens, informações demográficas sobre a população-alvo, hábitos de comunicação social e dados qualitativos que possam fornecer informações mais aprofundadas sobre as razões pelas quais as pessoas se comportam ou sentem de uma determinada forma. A triangulação dos dados sobre os comportamentos com os dados sobre o acesso e a disponibilidade dos principais produtos ajudará a determinar se uma atividade de MSC terá provavelmente um impacto na mudança de comportamento ou se os esforços para melhorar outros aspetos do ambiente de prestação de serviços — tais como a gestão dos produtos ou a elaboração de relatórios — devem também fazer parte do programa mais vasto.

A monitorização do processo destina-se a garantir que o programa de MSC está a ser implementado conforme planeado. Embora importante, esta informação não é suficiente para verificar se o programa de MSC está a ter os resultados desejados. A monitorização do processo inclui indicadores de resultados do programa e de alcance/cobertura, tais como o

número de atividades de MSC realizadas, o número de materiais ou abordagens desenvolvidas, o número de pessoas formadas e o número de pessoas alcançadas.

A monitorização dos resultados leva a monitorização do processo um passo mais além e inclui o acompanhamento das mudanças nos resultados intermédios e comportamentais, tais como as perceções e comportamentos do público-alvo durante a implementação do programa de MSC. Os públicos-alvo podem incluir membros da comunidade e fornecedores. Muitos programas de MSC também procuram alterar o ambiente favorável (isto é, disponibilidade, acessibilidade, custo, facilidade de utilização e outros aspetos dos serviços contra a malária). Estes tipos de resultados intermédios também podem ser acompanhados (ver exemplos de indicadores acima). Quando a documentação mostra que os resultados intermédios e comportamentais mudam na direção desejada após o início de um programa de MSC, é provável que o programa de MSC tenha contribuído para a mudança. Quando apenas são documentadas as mudanças de comportamento e não estão disponíveis informações sobre as mudanças nos resultados intermédios, como os conhecimentos e as perceções, o contributo da MSC não é claro. Nestas situações, poder-se-ia argumentar que a melhoria do acesso, por si só, pode ter tido um papel mais importante na melhoria do desempenho de um comportamento. A monitorização dos resultados ajuda a documentar se as mudanças desejadas ocorreram, justifica a contribuição da MSC e informa sobre correções intermédias. A monitorização dos resultados envolve a utilização de indicadores para os resultados do programa, o alcance/cobertura e os resultados intermédios e comportamentais.

As avaliações destinam-se a determinar se o programa atingiu os seus objetivos e a fornecer informações para programas futuros. As avaliações requerem a seleção de uma conceção e métodos de investigação para produzir evidências que permitam atribuir as alterações de comportamento ao programa MSC, e podem incluir a comparação de dados relativos ao alcance ou cobertura e a indicadores de resultados intermédios e comportamentais. Os dados sobre a recordação podem ajudar a demonstrar que as mudanças medidas nos resultados comportamentais podem ser atribuídas às atividades de MSC. Os relatórios de avaliação e os manuscritos podem descrever os resultados dos programas de MSC, mas estes dados não são normalmente tidos em conta nas análises.

Os indicadores referem-se apenas aos inquéritos aos agregados familiares?

Os indicadores e as suas perguntas podem ser utilizados para muitos tipos de fontes de dados, incluindo inquéritos aos agregados familiares. A seleção das fontes de dados adequadas é orientada pelo seguinte:

O tipo de indicador: os indicadores de resultados do programa baseiam-se em dados diretamente gerados pelo programa, tais como relatórios de atividades, relatórios de formação, registos de emissões das estações e notas de entrega das gráficas. Os indicadores que não são gerados pelo programa necessitarão de dados recolhidos junto dos públicos-alvo, o que pode incluir inquéritos aos agregados familiares, inquéritos através de serviços de mensagens curtas (SMS) ou de resposta interativa de voz (IVR), omnibus, monitorização comunitária, grupos de discussão, etc.

O comportamento de quem é medido: quando o comportamento dos prestadores de cuidados de saúde está em causa, é provável que sejam necessárias entrevistas com os prestadores. Em geral, devem ser recolhidas informações sobre o ambiente do estabelecimento ou do local de trabalho (tais como, mas não só, a formação, a supervisão e a disponibilidade de produtos e fornecimentos) e sobre o encontro com o utente, uma vez que também podem ser fatores que influenciam o comportamento do prestador. Se os comportamentos do agregado familiar, como a adesão às visitas pré-natais, a procura de cuidados ou os comportamentos de utilização de redes, forem de interesse, as fontes de dados baseadas no agregado familiar ou na comunidade são mais relevantes.

Âmbito geográfico: o Inquérito de Indicadores da Malária (IIM) fornece um módulo padrão e opcional de MSC com um subconjunto dos indicadores e perguntas deste guia. Os indicadores são úteis para monitorizar as tendências das perceções e da exposição a mensagens de MSC ao longo de vários anos. Para uma atividade de MSC a nível nacional ou regional, acrescentar mais perguntas a um inquérito a nível nacional, como o Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) ou o IIM, pode ser ideal se o calendário se alinhar com a linha de base ou a linha final. Para programas implementados numa área geográfica mais pequena, é pouco provável que o IDS ou o IIM tenham poder estatístico suficiente para fornecer resultados a nível distrital. Neste caso, podem ser utilizados os dados recolhidos localmente.

Recursos disponíveis: quando os recursos para estudos autónomos são limitados, os programas devem considerar a adição de perguntas sobre MSC a outros inquéritos planeados, tais como inquéritos de monitorização da durabilidade, ciclo pós-SMC ou inquéritos de campanha pós-MTI, concentrando-se em abordagens de monitorização de resultados, tais como omnibus, entrevistas autoadministradas para prestadores alfabetizados, ou utilizando abordagens qualitativas, tais como grupos de discussão.

Disponibilidade de fontes de dados complementares: a triangulação de dados é o processo de examinar duas ou mais fontes de dados para obter uma melhor compreensão de uma situação. Quando já existem dados sobre comportamentos em relação à malária a partir de fontes de dados como o HMIS (para utilização de serviços e adesão a prestadores), os programas de MSC podem querer concentrar-se na utilização de abordagens de monitorização de resultados para seguir a exposição a atividades de MSC e mudanças de perceções.

Para mais informações, consulte a secção Fontes de dados.

Parece haver muitos indicadores. Como é que devemos escolher os que vamos utilizar?

A maioria dos indicadores (e conjuntos de indicadores) mostra apenas fatias selecionadas da realidade. Normalmente, são necessárias várias fatias para obter uma compreensão razoavelmente válida de uma situação. Tente incluir todos os tipos de indicadores de cada secção do quadro, especialmente os indicadores de resultados intermédios. A evidência mostra que o conhecimento, por si só, não é suficiente para mudar o comportamento. Quanto mais fatores (representados por indicadores de resultados intermédios) estiverem presentes a favor do comportamento, mais provável será a mudança de comportamento.

Os países e programas podem selecionar indicadores com base nos resultados de revisões da literatura, consultas a especialistas ou investigação formativa. A seleção de indicadores também será determinada pelos tipos de programas que um país está a implementar e se os dados estão a ser recolhidos para investigação formativa; monitorização; avaliação de base, intermédia ou final. Muitas vezes, porém, faltam dados específicos do contexto. Por conseguinte, a utilização de todos os indicadores de resultados intermédios é ainda mais importante. Verificou-se que, mesmo quando se utiliza o mesmo conjunto de indicadores e perguntas, os fatores que influenciam o comportamento tendem a variar consoante o contexto (Babalola et al., 2022; Olapeju et al., 2023). Ao lançar uma rede mais ampla — que seja guiada pela teoria comportamental, como os indicadores acima — permite que os programas de MSC sejam informados por dados de qualidade e não por suposições. Dada a complexidade da psicologia humana, os indicadores apresentados acima representam um conjunto amplo, mas parcimonioso, que pode ajudar a explicar o comportamento e orientar a programação da SBC.

É possível, no entanto, reduzir o número de perguntas utilizadas para medir cada indicador. Alguns indicadores, como as normas e a recordação, podem exigir apenas uma pergunta. Outros indicadores relacionados com o risco, a eficácia e as atitudes podem necessitar apenas de três perguntas. Os países e os programas podem escolher perguntas com base na análise de especialistas e/ou nos resultados das suas análises da literatura ou da investigação formativa.



Alguns dos indicadores deixam claramente margem para adaptação. Como é que os posso adaptar ao meu programa?

De seguida, explica-se como cada tipo de indicador pode ser adaptado. São também apresentados exemplos mais adiante.

Indicadores de resultados do programa: os indicadores podem ser mantidos como estão, e os resultados devem ser desagregados pelos tipos específicos de atividades que o programa planeia implementar. Por exemplo, um programa pode decidir categorizar e medir os resultados dos meios de comunicação de massa (como spots de rádio ou episódios de TV) de forma diferente dos resultados da comunicação interpessoal (número de flipcharts produzidos, número de diálogos em pequenos grupos conduzidos, etc.).

Alcance/cobertura: as perguntas do inquérito são fornecidas para ajudar os programas a medir os indicadores. Alguns indicadores de alcance/cobertura permitem que o programa convide os inquiridos a recordar as mensagens, o slogan ou o logótipo específicos.

Resultados intermédios: a maioria destes indicadores deve ser adaptada à população de interesse (por exemplo, percentagem de cuidadores de crianças com menos de cinco anos, percentagem de prestadores, percentagem de ACS). Cada comportamento deve ter o seu próprio conjunto de indicadores de resultados intermédios.

- Selecione apenas os indicadores de conhecimento relacionados com o(s) comportamento(s) de interesse. Por exemplo, um programa de MSC destinado a aumentar a utilização de mosquiteiros não precisa de indicadores sobre conhecimentos de tratamento da malária.
- Os indicadores de risco (suscetibilidade percebida e gravidade percebida) não precisam de ser adaptados. Podem ser utilizados para qualquer comportamento tal como estão e não precisam de ser repetidos para comportamentos adicionais.
- Os indicadores de autoeficácia, eficácia de resposta, atitudes e normas utilizam expressões genéricas como "prática ou produto". Estes podem ser simplesmente reformulados como o comportamento específico (por exemplo, "utilização de mosquiteiros" ou "teste da malária" se for esse o comportamento desejado). Cada comportamento de interesse deve ter o seu próprio conjunto de indicadores de autoeficácia, eficácia de resposta, atitudes e normas.

Resultados comportamentais: selecione apenas os indicadores relacionados com o comportamento ou comportamentos de interesse.

Documentar as definições dos indicadores e os métodos de medição utilizados por um programa de MSC é uma boa prática, especialmente se tiverem sido feitas quaisquer adições ou adaptações às fornecidas neste guia. Esta prática ajudará a garantir que os dados são recolhidos de forma consistente e que os resultados são corretamente interpretados, particularmente para comparações com outros países, outros programas de MSC ou ao longo do tempo.



Como podemos desenvolver e adaptar indicadores para os prestadores?

Existem poucas medidas validadas dos comportamentos dos prestadores de serviços e dos fatores que os influenciam, particularmente no que diz respeito à malária, embora estejam em curso vários esforços nesta área. Os indicadores ilustrativos acima referidos, incluindo os indicadores de resultados intermédios, podem ser utilizados e adaptados aos prestadores de serviços. Para além disso, os programas são encorajados a desenvolver os seus próprios métodos de medição e perguntas.

Ao adaptar e selecionar as origens dos indicadores, é importante utilizar indicadores para cada componente do quadro acima, incluindo o processo, o alcance, os resultados intermédios, os resultados comportamentais e o ambiente favorável. Esta abordagem facilita uma compreensão holística do contexto e da eficácia de um programa. Uma armadilha comum é quando os avaliadores deixam de fora os indicadores de resultados intermédios. No entanto, resultados intermédios, como normas entre os prestadores (Cotterill et al. 2013), confiança nos TDR (Burchett et al., 2017) e confiança na capacidade de praticar um comportamento, como estimar a idade gestacional para avaliar a elegibilidade para TIP (Malpass et al., 2023), têm sido frequentemente implicados em estudos qualitativos como sendo determinantes importantes do comportamento dos prestadores. Os programas de MSC devem conduzir pesquisas formativas, olhar para a teoria comportamental e rever a literatura para identificar potenciais fatores a medir. A familiaridade com a prestação de serviços contra a malária aumentará as hipóteses de desenvolver métodos e perguntas de medição precisos e úteis.

Deve-se ter cuidado para evitar confundir indicadores, reconhecendo a distinção, por exemplo, entre o conhecimento de um prestador de serviços sobre as diretrizes nacionais de gestão de casos (conhecimento) e a sua crença na exatidão dos testes de malária (eficácia da resposta). A compreensão das diferenças, orientada pela teoria comportamental, pode resultar numa programação de MSC mais robusta e com maior impacto.

Por exemplo, estes fatores, que foram derivados da investigação qualitativa e da teoria comportamental, podem ser adaptados aos indicadores de resultados intermédios abaixo:

- **Conhecimentos:** proporção de profissionais que conseguem citar critérios de elegibilidade e esquemas de dosagem para TIP.
- **Conhecimentos:** proporção de profissionais que conseguem citar os passos para avaliar a idade gestacional de uma mulher grávida.
- **Autoeficácia:** proporção de profissionais que se sentem confiantes na sua capacidade de avaliar a idade gestacional de uma mulher grávida.
- **Normas sociais:** percentagem de profissionais que acreditam que a maioria dos seus colegas atualmente fornece ACTs apenas a utentes com malária confirmada por testes.
- **Eficácia da resposta:** percentagem de profissionais que acreditam que os TDR com resultados negativos são exatos.

Note-se que estes tipos de fatores também são descritos na lista de indicadores fornecida acima, embora a redação tenha sido adaptada aos prestadores e às etapas específicas da prestação de serviços contra a malária (em vez de um comportamento geral, como "adesão às diretrizes").²

Devemos utilizar os mesmos indicadores ano após ano?

A utilização dos mesmos indicadores de MSC ao longo do tempo pode ajudar os países e os programas de MSC a identificar áreas onde são necessários esforços sustentados e a identificar tendências ao longo do tempo. Por exemplo, os níveis de conhecimento sobre a procura rápida e adequada de cuidados podem aumentar rapidamente, mas a percentagem da população com atitudes favoráveis em relação ao comportamento pode estagnar, apontando para uma potencial direção para esforços futuros. Além disso, pode ser importante compreender como as percepções mudam à medida que os contextos da malária mudam. Por exemplo, pode ser útil monitorizar as percepções de risco e o seu impacto em comportamentos como a utilização de MTI ou a gestão de casos, à medida que a transmissão diminui. Do mesmo modo, a monitorização das percepções da eficácia da SP ou ACT entre os prestadores e/ou utentes pode ser útil à medida que surgem estirpes resistentes aos medicamentos. Por fim, como já foi dito, podem ser necessários novos indicadores para refletir novos programas contra a malária ou novos comportamentos, e os indicadores do guia podem ser adaptados aos mesmos.

Exemplo de seleção e adaptação de indicadores de MSC contra a malária

Esta secção fornece um exemplo de como um programa de MSC pode selecionar e adaptar os indicadores recomendados neste guia. Os indicadores foram selecionados com base no seguinte critério:

- **Relevância:** os indicadores estão alinhados com os objetivos e atividades do programa de MSC, conforme articulado na sua teoria de mudança e na estratégia do programa de MSC. O indicador de resultados comportamentais (rácio de utilização-acesso a MTI) foi preferido em relação a outros indicadores de utilização de mosquiteiros porque serve como uma medida mais exata da área específica em que os programas de MSC podem exercer maior influência.
- **Viabilidade:** o programa de MSC pode aceder a fontes de dados para medir indicadores relacionados com o alcance/ cobertura (omnibus) e o comportamento (IIM).
- **O alinhamento do programa de MSC com os inquéritos aos agregados familiares existentes:** neste caso, o IIM foi estatisticamente alimentado para ter resultados generalizáveis a nível regional, e o programa MSC cobriu toda a região.
- **Integralidade:** todos os indicadores prioritários foram usados para mostrar a conexão entre os esforços do programa de MSC e os resultados.

Note-se que os indicadores recomendados neste guia podem ser utilizados tanto para atividades de comunicação como de não comunicação. Neste caso, o programa MSC utiliza o envolvimento da comunidade, os meios de comunicação social e incentivos específicos para aumentar as taxas de utilização da rede.



Mãe e filho debaixo de uma rede mosquiteira no Quênia.

Crédito: USAID

² O passo seguinte é desenvolver perguntas relacionadas com estes indicadores. O desenvolvimento de novos itens de questionário é um trabalho meticuloso, e um questionário mal construído pode impedir uma interpretação significativa. Para uma análise passo a passo das melhores práticas no desenvolvimento de questionários para investigação social e comportamental, consultar Boateng et al. (2018). Em suma, é útil uma forte compreensão de cada aspeto teórico a medir, bem como consultas às partes interessadas e aos prestadores, recolha de dados e capacidade para realizar testes estatísticos de fiabilidade e validade.

O exemplo aqui apresentado engloba indicadores para um programa de MSC concebido para aumentar a utilização da rede.

Indicadores enumerados no Guia de Referência de Indicadores de MSC da RBM	Indicadores utilizados pelo programa MSC	Justificação da seleção e/ou adaptação
Resultado do programa		
<ul style="list-style-type: none"> Número de materiais produzidos, por tipo. Número de atividades de MSC realizadas, por tipo. Número de pessoas formadas em MSC contra a malária . Número de encaminhamentos efetuados, por tipo de serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> Número de materiais produzidos, por tipo. Número de atividades de MSC realizadas, por tipo. Número de pessoas formadas em MSC para utilização da rede. 	<ul style="list-style-type: none"> O programa MSC reviu a linguagem genérica para a tornar específica para as redes. O programa MSC não escolheu o indicador de encaminhamento porque não implementou o encaminhamento. O programa MSC escolheu os outros três indicadores porque proporcionavam formas viáveis de comunicar os seus esforços. Para produzir estes dados, planeavam utilizar relatórios de atividade e de formação.
Alcance e cobertura		
<ul style="list-style-type: none"> Número de pessoas/ estabelecimentos/ grupos comunitários que participam ou são abrangidos pelas atividades de MSC, por tipo de participante e atividade. Percentagem de pessoas que se lembram de ouvir ou ver qualquer mensagem de malária nos últimos seis meses. Percentagem de encaminhamentos concluídos, por tipo de serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> Número de pessoas/ estabelecimentos/grupos comunitários que participam ou são abrangidos pelas atividades de MSC, por tipo de participante e atividade. Percentagem de pessoas que se lembram de ouvir ou ver uma mensagem sobre a utilização de mosquiteiros nos últimos seis meses. 	<ul style="list-style-type: none"> O programa MSC reviu a linguagem genérica para a tornar específica para as redes. O programa MSC não escolheu o indicador de encaminhamento porque não implementou o encaminhamento. O primeiro indicador era viável e adequado, porque podiam contar o número de indivíduos, estabelecimentos e grupos comunitários com os quais se tinham envolvido propositadamente e que tinham participado no envolvimento da comunidade e no programa de incentivos específicos utilizando relatórios de atividades. O segundo indicador era viável porque estava disponível um inquérito omnibus nas suas áreas de cobertura. Além disso, consideraram que seria útil acompanhar o número de pessoas do seu público-alvo que estavam a alcançar, para poderem identificar as áreas que necessitavam de mais atividade de MSC. Isto permitiria ao programa afetar estrategicamente os recursos e concentrar os programas onde fossem mais necessários.

Indicadores enumerados no Guia de Referência de Indicadores de MSC da RBM	Indicadores utilizados pelo programa MSC	Justificação da seleção e/ou adaptação
<p>Resultados intermédios: o programa MSC escolheu vários indicadores de resultados intermédios para além do conhecimento, para se alinhar com a teoria da mudança do programa. Pretendiam utilizar um inquérito omnibus para acompanhar estes resultados.</p>		
<p>Conhecimentos relacionados com a prevenção: proporção de pessoas que só mencionam os mosquitos como causa da malária.</p>	<p>Proporção de pessoas que só mencionam os mosquitos como causa da malária.</p>	<p>Estudos anteriores no país mostraram que o conhecimento dos mosquiteiros como método de prevenção da malária é universal (97%). No entanto, embora quase todas as pessoas acreditem corretamente que os mosquitos causam a malária, muitas acreditam que as mangas verdes e os ambientes sujos também causam a malária. Quando as pessoas têm crenças incorretas sobre as causas da malária, podem ter menos probabilidades de praticar consistentemente a utilização de mosquiteiros. O programa MSC trabalhou para corrigir estas ideias erradas e quis medir se a redução desejada estava a ocorrer.</p> <p>O programa MSC não selecionou quaisquer indicadores relacionados com a gestão de casos, uma vez que o seu mandato apenas abrangia os MTI.</p>
<p>Suscetibilidade percebida: percentagem de pessoas que consideram estar em risco de contrair malária.</p> <p>Gravidade percebida: percentagem de pessoas que consideram que as consequências da malária são graves.</p>	<p>Suscetibilidade percebida: percentagem de pessoas que consideram estar em risco de contrair malária.</p> <p>Gravidade percebida: percentagem de pessoas que consideram que as consequências da malária são graves.</p>	<p>Conforme aconselhado no Guia de Referência de Indicadores, o programa MSC manteve os dois indicadores como estão (não os alterou) porque estão alinhados com a teoria de mudança do programa.</p> <p>De acordo com várias teorias comportamentais, como o modelo de crenças sobre a saúde (e outras listadas no Guia de Referência de Indicadores), é mais provável que os indivíduos tomem medidas preventivas se acreditarem que são suscetíveis a uma ameaça à saúde (suscetibilidade percebida) e se perceberem que as consequências da ameaça são graves (gravidade percebida).</p>
<p>Eficácia percebida da resposta: percentagem de pessoas que acreditam que uma prática ou produto recomendado irá reduzir o seu risco.</p> <p>Autoeficácia percebida: percentagem de pessoas que estão confiantes na sua capacidade de executar um comportamento específico relacionado com a malária.</p>	<p>Eficácia percebida da resposta: percentagem de pessoas que acreditam que uma prática ou produto recomendado irá reduzir o seu risco.</p> <p>Autoeficácia percebida: percentagem de pessoas que estão confiantes na sua capacidade de utilizar um mosquiteiro todas as noites.</p>	<p>Ambos os indicadores foram mantidos porque estão alinhados com a teoria de mudança do programa MSC, que reconhece a importância das crenças dos indivíduos na eficácia dos programas e da sua confiança em realizar cada comportamento de interesse.</p> <p>O programa MSC reviu a linguagem genérica para a tornar específica para as redes.</p>
<p>Normas descritivas: percentagem de pessoas que acreditam que a maioria dos seus amigos e membros da comunidade pratica atualmente o comportamento.</p> <p>Normas injuntivas: percentagem de pessoas que acreditam que a maioria dos seus amigos e membros da comunidade aprovaria o comportamento.</p>	<p>Normas descritivas: percentagem de pessoas que acreditam que a maioria dos seus amigos e membros da comunidade utiliza mosquiteiros todas as noites.</p> <p>Normas injuntivas: percentagem de pessoas que acreditam que a maioria dos seus amigos e membros da comunidade aprovaria o uso de mosquiteiros.</p>	<p>Ambos os indicadores foram mantidos porque estão alinhados com a teoria de mudança do programa de MSC, que postula que influenciar as perceções do que é comumente praticado (normas descritivas) e promover a aprovação das redes sociais (normas injuntivas) são fundamentais para aumentar as taxas de utilização do mosquiteiro.</p> <p>O programa MSC reviu a linguagem genérica para a tornar específica para as redes.</p>

Indicadores enumerados no Guia de Referência de Indicadores de MSC da RBM	Indicadores utilizados pelo programa MSC	Justificação da seleção e/ou adaptação
<p>Atitudes: percentagem de pessoas com uma atitude favorável em relação ao produto, prática ou serviço.</p>	<p>Percentagem de pessoas com uma atitude favorável à utilização da rede.</p>	<p>O indicador foi mantido porque está alinhado com a teoria de mudança do programa MSC, que afirma que a promoção de uma atitude favorável em relação à utilização de redes é um determinante crucial da mudança de comportamento.</p> <p>O programa MSC reviu a linguagem genérica para a tornar específica para as redes.</p>
<p>Resultados comportamentais</p>		
<p>Proporção de pessoas que praticam o comportamento recomendado (especificamente o rácio entre a utilização e o acesso aos MTI).</p>	<p>Rácio entre a utilização e o acesso a MTI.</p>	<p>A utilização das redes pode aumentar simplesmente quando as pessoas têm mais redes, mesmo sem a MSC. O rácio entre a utilização e o acesso aos MTI ajuda os programas de MSC a avaliar o subconjunto de inquiridos que não utilizaram um mosquiteiro mesmo quando poderiam ter tido a oportunidade de o fazer. Assim, o rácio entre a utilização e o acesso aos MTI serve como uma medida mais precisa da área específica onde os programas de MSC podem exercer maior influência.</p> <p>O indicador "% de pessoas que usaram mosquiteiros na noite anterior" é mais adequado para estratégias nacionais de controlo da malária, porque é uma medida simples da utilização geral de mosquiteiros na população, que é o objetivo final do Programa Nacional da Malária. São necessárias métricas complementares relacionadas com a utilização e a posse ou o acesso a redes para identificar a forma de aumentar os resultados neste indicador.</p> <p>O programa MSC não planeava implementar um inquérito autónomo, mas pretendia utilizar o IIM para medir o rácio utilização/acesso aos MTI. Este IIM foi estatisticamente alimentado para obter resultados generalizáveis a nível regional e foi apropriado para este programa MSC cujas atividades abrangeram toda a região. Este não teria sido o caso dos programas MSC que apenas abrangem distritos selecionados. Nessas situações, um inquérito centrado no agregado familiar, na comunidade ou no utente nas áreas abrangidas pode ser o ideal. Embora o módulo IIM CMSC possa fornecer dados para a maioria dos indicadores de resultados intermédios, não inclui indicadores para normas injuntivas e ocorre com uma frequência demasiado baixa para permitir que este programa MSC ajuste as suas atividades.</p>

Fontes de dados

Esta secção fornece pormenores sobre fontes de dados que podem ser usadas para desenvolver, adaptar e informar sobre programas de MSC contra a malária.

Nota: as ligações para fontes nomeadas e ferramentas de recolha de dados estão incluídas na secção Recursos no final deste guia.

As fontes de dados descritas estão relacionadas com comunidades/agregados familiares, fornecedores e programas de MSC. Embora esta lista seja extensa, a MSC e a malária são domínios dinâmicos, com o aparecimento frequente de novas fontes. O conjunto de fontes de dados utilizado por um programa deve ser selecionado com base na sua capacidade de contribuir com informações sobre todos os tipos de indicadores de MSC discutidos acima (resultados do programa, alcance e cobertura, resultados intermédios e resultados comportamentais), bem como na viabilidade. Embora a maioria dos programas de MSC continue a recolher novos dados através de atividades de monitorização e/ou investigação, muitos considerarão útil e rentável aproveitar as fontes de dados existentes.

Muitos locais albergam agora uma grande quantidade de dados sobre serviços de malária, produtos, percepções do público-alvo e outros aspetos do contexto programático, epidemiológico e entomológico. **Triangulação de dados** é o processo de examinar duas ou mais fontes de dados para compreender melhor uma situação. Na fase de investigação formativa, a triangulação de dados pode conduzir a conhecimentos mais ricos sobre o comportamento humano e o contexto que o influencia. Durante a monitorização, a triangulação de dados pode ajudar os gestores de programas a interpretar as tendências observadas e a mitigar potenciais riscos. Finalmente, durante a fase de avaliação, a comparação das tendências observadas nos dados do programa

com as de outras fontes de dados pode ajudar os gestores e avaliadores do programa a validar as suas conclusões.

Por exemplo, os dados de inquéritos aos agregados familiares, inquéritos às unidades sanitárias e estudos de monitorização da durabilidade podem ser triangulados com dados qualitativos de grupos de discussão, entrevistas a informadores chave, consultas a peritos técnicos e análises de conteúdo dos meios de comunicação social (escuta social) para obter uma visão mais aprofundada das razões subjacentes às percepções e comportamentos comunicados e informar o desenvolvimento de programas de MSC. Outro exemplo de triangulação é a utilização de dados do HMIS para monitorizar a utilização de serviços, a qualidade da prestação de serviços e a disponibilidade de produtos, bem como a utilização de dados do programa de MSC para acompanhar as atividades de MSC, o alcance do público e os encaminhamentos. Os programas de MSC podem utilizar esta informação para acompanhar o seu impacto na aceitação de serviços e identificar fatores relacionados com as unidades que ameaçam a eficácia do programa.

Cada instância de recolha e utilização de dados, e as instâncias de triangulação de dados, em particular, têm o potencial de colaboração com outras partes interessadas da malária e do sistema de saúde. Os dados e relatórios existentes podem ser utilizados tal como estão, podem ser realizadas análises secundárias e, quando prudente, podem ser acrescentadas perguntas selecionadas à avaliação planeada e às atividades de recolha de dados de rotina para preencher lacunas na compreensão dos programas de MSC sobre o comportamento dos agregados familiares e dos fornecedores. Finalmente, o planeamento conjunto de programas, o compartilhamento de dados e a análise de dados podem melhorar o alinhamento e a complementaridade entre os esforços de controlo da malária e os programas de MSC.



MSC para utilização de MTI em Madagáscar."

Crédito: Iniciativa do Presidente dos E.U.A. contra a Malária



Fontes de dados relacionadas com audiências comunitárias e de agregados familiares

As seguintes fontes de dados fornecem informações sobre o público comunitário e de agregados familiares.

Os dados quantitativos e qualitativos são complementares e, sempre que possível, devem ser recolhidos os dois tipos de dados.

Dados quantitativos englobam medições numéricas de comportamentos, conhecimentos, perceções e normas numa determinada população.

- Os inquéritos de rotina aos agregados familiares incluem o IIM, IDS, Inquérito de Indicadores Múltiplos em Cluster (MICS) e ICM.
- Os inquéritos sobre conhecimentos, atitudes e práticas (CAP) são adaptados a populações específicas (por exemplo, grupos móveis, líderes de opinião) e a questões de investigação específicas.
- Os inquéritos Omnibus são frequentemente propostos por empresas de estudos de mercado e ocorrem de forma contínua (por exemplo, trimestralmente). Vários clientes, incluindo entidades com e sem fins lucrativos, compartilham o custo do inquérito e podem contribuir com um número limitado de perguntas.
- Os inquéritos de interceção são questionários curtos e estruturados concebidos para recolher informações e feedback de forma rápida e imediata dos membros do público-alvo durante interações ou eventos importantes. Podem ser autoadministrados (por exemplo, um inquirido preenche um formulário em formato móvel, web ou em papel), ou podem ser administrados por um entrevistador.
- Os inquéritos telefónicos são questionários curtos, normalmente administrados por texto ou mensagens de voz pré-gravadas, mas também podem ser administrados por um entrevistador.

Utilizações: os cinco tipos podem ser utilizados para investigação formativa, monitorização de resultados e avaliação.

Os inquéritos de interceção são também utilizados para pré-testes e constituem um método subutilizado para recolher dados sobre resultados intermédios e comportamentais.

Dados qualitativos fornecem detalhes ricos sobre as opiniões, experiências e práticas de uma população que são obtidas através de

- Entrevistas semiestruturadas com representantes dos públicos-alvo e das partes interessadas.
- Debates em grupos de reflexão com públicos-alvo e partes interessadas.
- Observações das interações do público-alvo com serviços ou produtos contra a malária.
- Análise de conteúdos da Web, rádio, televisão, redes sociais ou imprensa escrita e/ou engajamento do público.
- A auscultação da comunidade implica a recolha de informações junto de membros de confiança da comunidade, como líderes locais ou agentes comunitários de saúde, para recolher as suas observações ou feedback.

Utilizações: os quatro tipos podem ser utilizados para investigação formativa, pré-teste, monitorização de resultados e avaliação. Abordagens como **escuta da comunidade** e **mapeamento de resultados** com grupos de partes interessadas são semelhantes a grupos de discussão que podem ser utilizados para monitorizar os resultados de forma prospetiva. Também são utilizadas entrevistas semiestruturadas, grupos de discussão e observações para o pré-teste.

Dados quantitativos

Inquéritos de rotina aos agregados familiares

O IIM, o IDS, o MICS e o ICM incluem perguntas que medem os comportamentos — utilização de redes, realização das visitas pré-natais, TIP, procura de cuidados, testes e tratamento com ACTs. Estes resultados devem ser utilizados para a investigação formativa ou para as avaliações de base, sempre que estejam disponíveis. Os inquéritos aos agregados familiares são limitados na sua capacidade de medir indicadores sobre a prestação de serviços de saúde (por exemplo, conhecimentos, atitudes e adesão às orientações por parte dos prestadores de serviços de saúde) e de avaliar os comportamentos e fatores comportamentais entre públicos de especial interesse, como as populações móveis ou migrantes. Os inquéritos transversais aos agregados familiares, em particular, não foram concebidos para estabelecer relações causais, mas apenas associações potenciais. Mesmo quando são observadas alterações ao longo do tempo, devem ser utilizados métodos estatísticos sólidos para identificar os fatores associados a essas alterações.

Inquérito de Indicadores da Malária

Vantagens: o IIM é efetuado de três em três ou de cinco em cinco anos e, como tal, os programas nacionais contra a malária esperam poder contar com a continuidade do IIM como fonte de dados. Também fornece dados históricos para observar tendências. Desde 2019, o IIM inclui um [módulo opcional de CMSC](#) que é administrado apenas a mulheres. As 14 perguntas do módulo medem a exposição à MSC e a fatores psicossociais, tais como conhecimentos, perceções de risco e eficácia, normas e atitudes. As tabelas de resultados do módulo podem oferecer orientações valiosas para concentrar os esforços de MSC, tais como quais as populações que devem ser alvo de atividades de MSC, e como enquadrar as mensagens de MSC e selecionar diferentes canais. Se forem efetuados no prazo de seis meses após uma campanha de MSC, os resultados do módulo MSC do IIM também podem ser usados para explorar a recordação da população geral de mensagens relevantes de MSC e, quando combinados com uma análise secundária, para medir a influência da campanha nos conhecimentos, atitudes e práticas relativos

à malária. Os dados do módulo de MSC de várias rondas do IIM podem ser usados para compreender tendências a nível nacional em perceções relacionadas com a malária ao longo do tempo.

Limitações: devido ao número limitado de perguntas, o módulo, por si só, raramente será suficiente para desenvolver um programa de MSC a partir do zero. A interpretação dos resultados também deve ser feita com cautela. Por exemplo, devido a limitações de recursos ou baixa penetração dos meios de comunicação, muitas atividades de SBC são implementadas apenas em comunidades ou distritos específicos, enquanto o IIM é frequentemente concebido para produzir resultados precisos na cobertura do programa apenas a nível nacional ou regional. Embora as tendências positivas a nível nacional ou regional possam sugerir que os esforços de MSC a nível distrital e subdistrital estão a fazer a diferença, quaisquer melhorias observadas parecerão, na melhor das hipóteses, incrementais. As avaliações direcionadas realizadas em áreas reais do programa darão uma imagem mais precisa sobre se ocorreu alguma alteração e qual o grau de impacto atingido, bem como de quais as abordagens específicas que funcionaram melhor do que outras. No entanto, a realização de avaliações dirigidas exigirá recursos adicionais e pode não ser viável para muitos programas.

Inquéritos Demográficos e de Saúde

Vantagens: o IDS também é realizado de três em três ou de cinco em cinco anos e, como tal, os programas nacionais de malária esperam poder contar com a continuidade deste inquérito como fonte de dados. Também fornece dados históricos para observar tendências. O IDS abrange várias áreas da saúde e inclui entrevistas com homens e mulheres. O IDS já tem duas perguntas padrão concebidas para medir a exposição a um programa de CMSC.

Limitações: embora alguns países possam querer utilizar o [módulo CMSC](#) no IDS para captar as perceções dos homens, os custos podem dificultar essa utilização (o IDS é mais longo do que o IIM). Além disso, o MIS contém uma riqueza de outros indicadores relacionados com os programas antimalária que fornecem um contexto útil para os dados recolhidos pelo módulo CMSC. Embora a inclusão rotineira do módulo de CMSC no IIM seja recomendada, a decisão de adicioná-lo ao IDS dependerá do âmbito, duração e custos dos inquéritos planeados, numa base caso a caso e através de discussões com o Ministério da Saúde, o Programa IDS e outras partes interessadas.

Inquéritos de Indicadores Múltiplos em Cluster

Vantagens: o MICS é um inquérito aos agregados familiares concebido e implementado pela UNICEF. Os MICS mais recentes incluem 130 indicadores que avaliam a saúde das crianças, das mulheres e dos homens nas áreas da saúde, da educação e da proteção da criança. Todos os MICS se baseiam em amostras representativas, selecionadas através de amostras probabilísticas e aleatórias. Embora a maioria dos MICS não recolha biomarcadores como a parasitemia da malária, alguns fazem-no a pedido dos governos. Os MICS realizados em países onde a malária é endémica incluem três módulos de malária: MTIs no questionário para agregados familiares, TIP no questionário para mulheres e procura de cuidados e tratamento no questionário para crianças com menos de cinco anos. Para além de perguntas específicas sobre malária, os MICS contêm perguntas sobre as visitas pré-natais no questionário das mulheres.

Limitações: embora muitos MICS sejam representativos a nível nacional, alguns abrangem apenas grupos populacionais específicos num país ou apenas determinadas áreas geográficas. Os MICS são frequentemente repetidos, mas não com a mesma frequência que os IIM ou IDS na maioria dos países.

Inquérito Sobre Comportamentos Contra a Malária

Vantagens: o ICM é um inquérito transversal com questionários estruturados administrados a uma amostra aleatória de mulheres e homens em idade reprodutiva e chefes de família. À semelhança do IIM, o ICM é colocado em campo na estação das chuvas ou pouco depois. É efetivamente um inquérito CAP; fornece informações ricas sobre múltiplos determinantes do comportamento, incluindo todos os enumerados neste guia, para além de outros, como as perceções dos profissionais de saúde. As perguntas do IIM e do ICM são fundamentadas na teoria e baseadas em dados de inquéritos de vários países. Em contrapartida, muitos inquéritos CAP não são normalizados e podem basear-se em perguntas e ferramentas de inquérito não validadas, o que dificulta a interpretação e a utilização dos dados. Enquanto o ICM complementa o IIM e também recolhe dados sobre os comportamentos de resultado da malária, o objetivo principal e o valor acrescentado do ICM é a compreensão dos fatores psicossociais associados aos comportamentos de resultado que estão a ser medidos.

Uma das principais vantagens do ICM é a utilização de regressões logísticas — análises que medem a força de uma associação entre determinantes e comportamentos, ao mesmo tempo que controlam fatores de confusão como o estatuto socioeconómico. Este nível de rigor na análise de dados permite aos planeadores de programas identificar com confiança quais os determinantes que um programa de MSC deve tentar influenciar.

Limitações: para gerir os custos, o ICM é alimentado para reportar apenas a nível zonal ou nacional, o que significa que as diferenças a nível provincial ou distrital não são apresentadas. Tal como os outros inquéritos aos agregados familiares, este questionário é longo. As recomendações indicam que deve ser colocado em campo aproximadamente de cinco em cinco anos, o que pode ou não ser adequado ao calendário dos programas da MSC.

Inquéritos de conhecimento, atitude e prática

Vantagens: um inquérito CAP baseado na comunidade ou no agregado familiar oferece grande flexibilidade e controlo sobre as perguntas que são feitas e a quem são dirigidas. Por exemplo, os inquéritos CAP permitem aos programas entrevistar cuidadores, mulheres grávidas (e os seus parceiros e sogras), jovens, grupos minoritários ou uma população mais geral numa determinada região. Os inquéritos CAP são normalmente concebidos para medir comportamentos e fatores comportamentais específicos para investigação formativa ou como parte da avaliação de um projeto. Aliás, os dados recolhidos a partir de um inquérito CAP implementado como investigação formativa também podem ser utilizados para a recolha de dados de base. Quando implementados de forma padronizada ao longo de dois ou mais períodos de tempo, os dados CAP podem ser utilizados para monitorizar os resultados. Os inquéritos CAP podem incluir perguntas sobre todos os indicadores de MSC e outros. As perguntas devem abranger a recordação e a adoção de comportamentos e, para cada comportamento de interesse, devem ser incluídas perguntas sobre indicadores de resultados intermédios.

Limitações: como o tópico e o público-alvo dos inquéritos CAP podem variar muito, cada inquérito CAP requer alguém com experiência em amostragem, desenvolvimento de questionários, implementação e análise. Os programas devem antecipar estas necessidades e assegurar a disponibilidade de recursos humanos relevantes. Além disso, a realização de um inquérito separado aos agregados familiares, como um CAP, tem implicações em termos de custos.

Inquéritos Omnibus

Vantagens: os inquéritos Omnibus são inquéritos de grande dimensão realizados regularmente por empresas de marketing. As empresas cobram por cada pergunta acrescentada ao inquérito. Os inquéritos Omnibus são frequentemente utilizados para monitorizar as audiências, a fim de acompanhar a exposição a mensagens e atitudes chave ao longo do tempo. Como ocorrem frequentemente (trimestral ou semestralmente), as perguntas são pouco dispendiosas e é possível obter amostras a nível nacional ou regional, estes inquéritos são um meio rentável de monitorização de resultados intermédios.

Limitações: os inquéritos Omnibus são frequentemente tendenciosos a favor das zonas urbanas e os seus métodos de amostragem não são tão robustos como os inquéritos aos agregados familiares. O nível de supervisão e controlo que os programas MSC podem ter sobre a recolha de dados também é limitado, uma vez que o trabalho é subcontratado a empresas de estudos de mercado que têm de gerir os interesses de múltiplos clientes que contribuem com perguntas para os omnibus.

Inquéritos de interceção

Vantagens: os inquéritos de interceção são questionários curtos e estruturados concebidos para recolher informações e feedback de forma rápida e imediata dos membros do público-alvo durante interações ou eventos importantes. Podem ser autoadministrados (por exemplo, um inquirido preenche um formulário móvel, na Web ou em papel, ou liga para um número para fazer um inquérito por SMS ou IVR), ou podem ser administrados por um entrevistador.

Os inquéritos por interceção podem fornecer informações em tempo real ou quase em tempo real. Por exemplo, imediatamente após a prestação de um serviço, um ACS pode pedir a um utente que telefone para um número para responder a um inquérito. O inquérito pode incluir perguntas sobre a perceção do risco de malária, bem como perguntas sobre a experiência do utente com os serviços dos ACS.

Os inquéritos intercetados autoadministrados podem ser uma opção para audiências alfabetizadas. Durante as atividades recorrentes (por exemplo, mensais, trimestrais ou semestrais), o pessoal das unidades sanitárias, os decisores políticos, o pessoal das agências colaboradoras ou os jornalistas, por exemplo, podem ser convidados a preencher formulários anónimos online para captar as mudanças nos resultados intermédios ao longo do tempo. Podem ser disponibilizadas versões em papel se a ligação à Internet não for fiável. Outra variação envolve um entrevistador que lê as perguntas em voz alta a um grupo de inquiridos, que preenchem os seus próprios formulários individualmente, online ou em papel. Este formato reduz o risco de as perguntas serem mal interpretadas, ao mesmo tempo que permite aos entrevistadores recolher dados de várias pessoas ao mesmo tempo.

Limitações: uma limitação significativa é o potencial de enviesamento da amostragem, uma vez que apenas são incluídos os indivíduos presentes no local do inquérito, o que pode não representar a população em geral. Também é possível um enviesamento de conveniência social, em que a proximidade com o pessoal que representa o programa MSC pode levar os inquiridos a dar respostas que consideram "boas" ou desejadas, em detrimento da honestidade. Por último, as taxas de resultados intermédios ou comportamentais observadas logo após uma atividade de MSC podem ser mais elevadas do que as observadas vários dias, semanas ou meses após a exposição.

Inquéritos telefónicos

Vantagens: os inquéritos telefónicos podem permitir uma recolha de dados eficiente, porque podem marcar milhares de números ao mesmo tempo, uma vantagem em relação à recolha de dados presencial. As perguntas IVR utilizam faixas de áudio pré-gravadas em vez de perguntas baseadas em SMS ou texto, o que é útil para populações com baixas taxas de literacia.

Limitações: em comparação com os inquéritos aos agregados familiares, os inquéritos telefónicos são limitados no número de perguntas que podem ser feitas. As taxas de resposta podem ser inferiores às de outros métodos de inquérito e é mais provável que os inquiridos desliguem ou se recusem a participar. A qualidade das respostas também pode ser afetada pelo facto de um entrevistador não estar disponível para explicar as perguntas que o inquirido não compreendeu. Tal como acontece com os registos de chamadas ou a análise de SMS (abaixo), os inquiridos dos inquéritos telefónicos podem não ser representativos da população-alvo, uma vez que a sua utilização depende do acesso ao telefone e à rede. Em muitos países onde os programas de MSC contra a malária são implementados, isto pode significar que as cuidadoras de crianças com menos de cinco anos, idosos, pessoas das zonas rurais e mulheres grávidas estão sub-representadas.

Dados qualitativos

Embora os indicadores apresentados neste guia sejam medidos através de dados quantitativos, os dados qualitativos — obtidos através de entrevistas com informadores chave, grupos de discussão, estudos de caso e observações — também desempenham um papel importante. Os dados qualitativos descrevem o contexto (quem, o quê, onde e como), permitem uma exploração aprofundada de ideias e indicadores, ajudam a explicar os resultados quantitativos e informam a investigação futura. No entanto, os dados e conclusões qualitativos nem sempre podem ser generalizados à população. Além disso, a qualidade da investigação depende em grande medida das competências dos investigadores, pelo que a seleção e a formação cuidadosas dos coletores de dados, dos facilitadores e dos analistas de dados são vitais.

Os indicadores deste guia podem ser adaptados como temas para perguntas e análises qualitativas. As perguntas devem ser abertas e redigidas com cuidado para não induzirem os inquiridos a pensar que se espera uma resposta específica. Durante a análise, os resultados podem ser organizados por temas com base nos indicadores. E, finalmente, durante o relatório, os resultados podem ser apresentados seguindo a progressão dos resultados no quadro (realizações, resultados intermédios, comportamento e ambiente favorável; Figura 1).

Entrevistas semiestruturadas

Vantagens: entrevistas semiestruturadas com representantes de públicos-alvo e partes interessadas permitem uma exploração aprofundada das perspectivas, experiências e comportamentos individuais relacionados com a prevenção e tratamento da malária. Os entrevistadores podem sondar informações pormenorizadas, obtendo informações sobre as nuances das crenças, atitudes e práticas da população-alvo. Além disso, estas entrevistas proporcionam oportunidades para o estabelecimento de relações, permitindo que os participantes se sintam à vontade para compartilhar abertamente as suas opiniões e experiências.

Limitações: uma das limitações das entrevistas semiestruturadas é a possibilidade de enviesamento do entrevistador, em que as crenças ou preconceitos pessoais do entrevistador podem influenciar a direção da conversa ou a interpretação das respostas. Além disso, a realização de entrevistas pode consumir muito tempo e recursos, especialmente quando o objetivo é obter uma amostra representativa de diversas origens. Por último, a interpretação e a análise dos dados qualitativos das entrevistas podem ser subjetivas, exigindo uma análise cuidadosa do contexto e das perspectivas tanto do entrevistador como do entrevistado.

Debates em grupos de foco

Vantagens: as discussões em grupo com públicos-alvo e partes interessadas são úteis para explorar diversas perspectivas. Permitem a interação entre os participantes, promovendo a discussão e o debate que podem revelar normas, atitudes e influências culturais compartilhadas. Além disso, os grupos de foco podem revelar experiências coletivas e dinâmicas sociais que podem não surgir em entrevistas individuais.

Limitações: uma limitação das discussões de grupos de foco é a possibilidade de o pensamento de grupo ou as personalidades dominantes influenciarem a conversa, levando a pontos de vista tendenciosos ou limitados. Algumas pessoas podem sentir-se pouco à vontade para expressar opiniões divergentes num ambiente de grupo. Finalmente, a análise dos dados dos grupos de foco requer uma atenção cuidadosa à dinâmica da interação do grupo.

Observações

Vantagens: os métodos de observação fornecem informações diretas sobre a forma como os públicos-alvo se envolvem com os serviços ou produtos contra a malária em contextos reais. Ao observar comportamentos, interações e contextos ambientais, os investigadores podem descobrir padrões, barreiras e facilitadores da prevenção e tratamento da malária. Exemplos da utilização de observações para a MSC contra a malária incluem a compreensão dos padrões de utilização de redes pelas pessoas durante a noite, interações entre utente e provedor, e prestação de serviços contra a malária.

Limitações: uma limitação dos dados observacionais é o potencial de enviesamento do observador, em que as interpretações do investigador podem ser influenciadas pelos seus próprios pressupostos, antecedentes e perspectiva. O efeito Hawthorne, que ocorre quando as pessoas mudam o seu comportamento quando sabem que estão a ser observadas, também pode entrar

em jogo. Além disso, os estudos observacionais podem não captar toda a gama de fatores que influenciam o comportamento, uma vez que se centram principalmente no que é observável e não nas motivações ou crenças subjacentes. As observações também requerem um planeamento cuidadoso para garantir uma recolha de dados precisa. As ferramentas podem ter de ser desenvolvidas e testadas iterativamente, à medida que os investigadores adquirem uma melhor compreensão do contexto e dos comportamentos que estão a ser observados.

Análise de conteúdo

Vantagens: a análise de conteúdo dos meios de comunicação e do envolvimento do público (também conhecida como escuta social) envolve a análise sistemática do conteúdo textual, visual ou áudio em vários canais de comunicação para compreender as perceções, atitudes e comportamentos do público relacionados com a malária. A escuta social é uma variação que se centra especificamente na análise das redes sociais. Este método fornece uma abordagem estruturada para examinar o conteúdo dos meios de comunicação social e as interações do público, permitindo a identificação de temas, tendências e narrativas predominantes nas fontes dos meios de comunicação social, frequentemente à medida que os acontecimentos se desenrolam. Tal como acontece com os outros métodos qualitativos acima referidos, pode ser útil para identificar lacunas ou equívocos na compreensão do público e é por vezes utilizado para monitorizar rumores. Os serviços de terceiros estão frequentemente disponíveis para fornecer estes dados também de forma quantitativa; podem criar alertas em tempo real para palavras-chave ou combinações de palavras para monitorizar o alcance e as reações dos utilizadores (monitorização dos resultados).

Limitações: este método depende da profundidade dos pormenores fornecidos pelos fornecedores de conteúdos ou pelas audiências, a fim de compreender as nuances e o contexto em torno dos temas identificados. O meio de comunicação específico pode não ser a fonte de informação mais representativa, uma vez que apenas um subconjunto do público-alvo o pode utilizar e apenas um subconjunto mais pequeno pode interagir com o conteúdo em profundidade. Por último, mas não menos importante, a análise de conteúdos pode não captar as reações ou o envolvimento do público para além do próprio conteúdo, limitando as informações sobre as perceções e os comportamentos do público.

Escuta da comunidade

Vantagens: A auscultação comunitária envolve a recolha de informações diretamente dos membros da comunidade através de interações pessoais (através da realização de reuniões ou grupos de discussão com amostras representativas da comunidade) ou de informadores-chave de confiança, tais como líderes locais e agentes comunitários de saúde. Tem sido utilizado para monitorizar rumores durante as campanhas de distribuição de MTI. Pode pedir-se aos informadores-chave que comuniquem os boatos através do WhatsApp, SMS ou de um formulário online. Em alternativa, podem comunicá-los a uma pessoa designada que pode registar o boato e ligá-los a um recurso com informações precisas. A auscultação da comunidade pode ser rápida e consome menos recursos do que os estudos de investigação convencionais. Promove a colaboração e a responsabilidade

partilhada na resolução dos desafios de saúde pública e reforça a capacidade das partes interessadas da comunidade para combater a desinformação.

Limitações: A auscultação da comunidade pode ser propensa a enviesamentos, uma vez que os informadores podem relatar seletivamente rumores com base nas suas próprias percepções ou relações dentro da comunidade. Para reduzir o enviesamento, recomenda-se geralmente combinar fontes no terreno (auscultação da comunidade) com a monitorização de fontes em linha ou dos meios de comunicação social (auscultação social), bem como consultar vários informadores-chave desse local.

Monitorização liderada pela comunidade

Vantagens: A monitorização liderada pela comunidade refere-se a abordagens em que os utilizadores dos serviços ou as comunidades afectadas concebem e realizam a recolha e análise de dados de rotina. Esta abordagem informa frequentemente os esforços de sensibilização, promove debates entre pares sobre questões de saúde e fomenta a apropriação comunitária no desenvolvimento, implementação e monitorização de soluções. Uma variação comum da monitorização liderada pela comunidade

é a “monitorização baseada na comunidade”, em que os trabalhadores comunitários da saúde, os prestadores de serviços e outros representantes próximos da comunidade recolhem dados e partilham os resultados com a comunidade. Ferramentas como os cartões de pontuação da comunidade são frequentemente utilizadas para facilitar este processo e fornecer informações acionáveis.

Limitações: Os grupos comunitários podem ter os seus próprios objectivos que podem não estar perfeitamente alinhados com o programa de MSC e podem ser necessários compromissos. Por último, a motivação e a capacidade de executar planos de ação variam de acordo com o grupo comunitário; será importante uma seleção e formação cuidadosas, bem como a introdução gradual de planos de ação cada vez mais complexos. A monitorização baseada na comunidade corre o risco de ser tendenciosa se os membros da comunidade se sentirem pressionados a comunicar resultados favoráveis ou se os desequilíbrios de poder locais influenciarem a comunicação. Também pode ser intensivo em recursos, exigindo investimentos contínuos em formação, ferramentas e supervisão, o que pode dificultar a sustentabilidade.



Um agente comunitário de saúde utiliza o seu smartphone com a aplicação CommCare durante a gestão de um caso de malária em Vatondry, Madagáscar (2017). A adição de perguntas de monitorização de resultados comportamentais ou intermédios a ferramentas digitais de ACS como esta pode simplificar a recolha e análise de dados de inquéritos breves de interceção.

Credit: Samy Rakotonina/MSH



Fontes de dados relacionadas com a prestação de serviços de saúde

Embora os inquéritos aos agregados familiares possam captar a procura de cuidados com a febre e a realização de visitas pré-natais, existem limitações importantes ao que estes inquéritos nos podem dizer.

Mais especificamente, não revelam nada sobre os conhecimentos, crenças e atitudes do prestador de cuidados de saúde relacionados com a prestação de serviços e indicam pouco sobre a interação entre o paciente e o prestador. Seguem-se as fontes primárias de dados relacionados com a prestação de serviços de saúde. Uma vez que a prestação de serviços, incluindo o comportamento do prestador, é afetada por fatores a vários níveis — utente, prestador, local de trabalho/unidade e sistema de saúde — a recolha ou triangulação de dados de várias fontes é uma boa prática.

Dados do estabelecimento para compreender a qualidade da prestação de serviços e o ambiente dos serviços:

- Dados HMIS, tais como relatórios mensais de serviços prestados e utentes atendidos.
- Revisão dos documentos e registos das instalações, tais como registos ambulatoriais, de visitas pré-natais, de imunização, de MTI e de laboratório; relatórios da cadeia de abastecimento e formulários de requisição; cartões de controlo de inventário, registos de ACS; e cartões/fichas de utentes.
- Inventário do equipamento, do pessoal e do material dos estabelecimentos

Utilizações: investigação formativa, monitorização de resultados e avaliação.

Dados dos utentes para compreender o comportamento dos utentes, os fatores determinantes do comportamento dos utentes e as perceções dos utentes sobre os serviços:

- Inquéritos aos agregados familiares e inquéritos CAP — ver Fontes de dados relacionadas com audiências comunitárias e de agregados familiares — dados quantitativos, acima.
- Os formulários de encaminhamento podem ser utilizados para monitorizar o número de pessoas que foram encaminhadas para os serviços e quantas delas procuraram o serviço.
- As visitas de utentes mistério envolvem coletores de dados formados que se fazem passar por utentes como forma de avaliar a qualidade do serviço.
- As observações das interações entre o prestador e o utente ou o ambiente de prestação de serviços fornecem uma documentação estruturada do que foi visto e ouvido.
- As entrevistas de saída com os utentes permitem recolher as reações dos utentes após a conclusão ou saída do serviço.
- Os formulários ou discussões de feedback dos utentes permitem recolher as opiniões, sugestões ou queixas dos utentes para melhorar o serviço.

Utilizações: todos estes métodos podem ser utilizados para investigação formativa, monitorização de resultados e avaliação. Os três últimos são frequentemente utilizados para testar previamente materiais e abordagens de MSC.

Dados sobre os prestadores de cuidados de saúde: para compreender o comportamento, as perceções e as características dos prestadores.

- Os inquéritos permitem recolher dados sobre as características, as perceções e o comportamento dos prestadores de serviços.
- As entrevistas semiestruturadas fornecem pormenores ricos sobre as opiniões, experiências e práticas dos indivíduos.
- As discussões de grupos de foco são conversas em pequenos grupos para identificar pontos em comum e diferentes perspetivas
- Observações sobre interações entre o prestador e o utente ou outras atividades do prestador (por exemplo, preenchimento de relatórios) — ver **Fontes de dados relacionadas com audiências comunitárias e de agregados familiares — dados qualitativos**, acima.
- Os registos das instalações e os relatórios do HMIS documentam o comportamento dos prestadores, embora a nível das unidades e não dos prestadores individuais.

Utilizações: todos estes métodos podem ser utilizados para investigação formativa, monitorização de resultados e avaliação. Os três últimos são frequentemente utilizados para testar previamente materiais e abordagens de MSC.

As abordagens de recolha de dados, tais como **inquéritos às unidades sanitárias, supervisão de apoio e as abordagens de auditoria e feedback**, utilizam uma combinação destas fontes (frequentemente inventários das unidades, revisões de registos, observações, entrevistas aos prestadores de serviços e entrevistas de saída aos utentes) para o fazer. Muitos países têm as suas próprias versões de inquéritos a unidades sanitárias; existem também inquéritos normalizados, como o SPA e o SARA.

Os inquéritos aos estabelecimentos e a supervisão de apoio tendem a centrar-se na recolha de dados sobre os serviços prestados; a qualidade da prestação de serviços; a disponibilidade de pessoal, bens e equipamento; e as ações de formação e supervisão recebidas. Raramente exploram os conhecimentos, as perceções e a dinâmica social do local de trabalho dos prestadores, que podem afetar a prestação de serviços. No entanto, as perguntas relacionadas com estes tópicos podem ser acrescentadas aos questionários das entrevistas aos prestadores de serviços, como se descreve mais pormenorizadamente a seguir. A [Ferramenta de avaliação da prestação de serviços contra a malária](#) combina entrevistas com prestadores de serviços, revisões de registos/documentos das instalações e observações das instalações para obter uma compreensão holística da prestação de serviços ao nível dos prestadores e das unidades. Esta abordagem qualitativa pode ser utilizada para complementar os inquéritos aos estabelecimentos e a supervisão de apoio, que tendem a utilizar medidas quantitativas.

Reuniões de melhoria da qualidade e outros debates em grupo entre os prestadores podem ser utilizados como grupos de foco para compreender os processos, as normas e a experiência coletiva dos prestadores. Estas abordagens também podem ser consideradas uma abordagem de método misto, uma vez que incluem frequentemente uma análise dos dados das unidades para acompanhar as tendências da qualidade do serviço. Os dados de supervisão de apoio podem fornecer informações pormenorizadas sobre etapas específicas da prestação de serviços que não são captadas no HMIS, e as ferramentas digitalizadas podem tornar os dados rapidamente acionáveis. No entanto, a melhoria da qualidade e a supervisão de apoio são efetuadas num número limitado de unidades, são realizadas com pouca frequência e visam estabelecimentos com baixo desempenho. Por esta razão, os dados da supervisão de apoio e dos programas de melhoria da qualidade podem não ser representativos de todos os estabelecimentos; no entanto, são úteis quando a instalação está a participar num programa de MSC ou de mudança de comportamento do prestador. Por último, mas não menos importante, as atividades de supervisão e de melhoria da qualidade são frequentemente conduzidas por supervisores e não por uma entidade independente; os supervisores podem estar inclinados a demonstrar melhorias no desempenho das unidades e os prestadores podem modificar as suas ações devido à presença de um supervisor. Além disso, os prestadores de serviços podem hesitar em comunicar deficiências ou desafios se recearem consequências negativas ou se a relação supervisor/prestador de serviços não for aberta e de confiança. Para minimizar estes riscos, os programas devem garantir que as atividades de supervisão e de melhoria da qualidade são conduzidas de forma solidária e não punitiva, com ênfase na colaboração, aprendizagem e melhoria contínua.

As abordagens de auditoria e feedback combinam muitos dos elementos acima referidos. Constituem uma fonte de dados, bem como um tipo de intervenção destinado a melhorar a prestação de serviços. São recolhidos dados dos registos dos estabelecimentos, observações e entrevistas com clientes e prestadores de cuidados de saúde, que são posteriormente

comparados com critérios de referência ou melhores práticas estabelecidos. As abordagens de auditoria e de feedback são habitualmente utilizadas em programas de saúde para identificar lacunas, reforçar boas práticas e motivar os prestadores de cuidados de saúde ou os membros da comunidade a tomar medidas corretivas. A informação obtida é normalmente apresentada em relatórios, quadros de bordo ou painéis de controlo e pode ser partilhada durante reuniões, ações de formação ou sessões individuais de avaliação. A supervisão de apoio e as reuniões de melhoria da qualidade são tipos de audit-and-feedback.

Dados dos estabelecimentos

Sistema de Informação de Gestão de Saúde

Vantagens: as unidades sanitárias recolhem habitualmente dados do HMIS para comunicar os serviços prestados, o peso das doenças e a disponibilidade de produtos. Muitos países dispõem de sistemas existentes de recolha de dados de HMIS e de sistemas de informação de gestão logística (LMIS), o que torna a obtenção desses dados menos dispendiosa. Os dados podem ser úteis para acompanhar a utilização dos serviços, como o TIP, os testes, o tratamento e o fornecimento de vacinas e de MTI a nível das unidades ou da comunidade. Alguns países têm indicadores para o número ou percentagem de pacientes que recebem aconselhamento sobre planeamento familiar ou HIV ou o número de sessões de educação sanitária sobre um determinado tópico; podem ser adotados indicadores semelhantes para a malária. Estes indicadores do HMIS podem ser utilizados como indicadores do comportamento dos fornecedores e da utilização dos serviços por parte dos utentes.

Limitações: os conjuntos de dados do HMIS podem estar incompletos ou incorretos. Também pode haver desafios para atribuir melhorias na prestação de serviços aos programas de MSC. Por exemplo, muitos utentes podem vir de comunidades vizinhas e não apenas daquelas servidas por um programa MSC. Além disso, as variações nos casos de malária podem dever-se a muitas coisas, como a sazonalidade e a presença de outros programas de malária. Por último, os dados do HMIS normalmente não contêm informações sobre resultados intermédios, como alterações nas perceções.

Revisão dos documentos e registos dos estabelecimentos

Vantagens: os formulários ou registos de dados primários das unidades sanitárias — tais como registos ambulatoriais, de visitas pré-natais, de imunização, de MTIs e de laboratórios; formulários de relatórios e requisições da cadeia de abastecimento; cartões de controlo de inventário; registos de ACS; e cartões/fichas de utentes — são supostamente a fonte de dados para os relatórios de resumo mensais do HMIS. Em locais onde os relatórios do HMIS são deficientes, a utilização desta fonte de dados pode conduzir a estimativas mais exatas da prestação de serviços, que servem frequentemente de medidas para o comportamento dos prestadores e para a aceitação dos serviços pelos utentes. A comparação de dados de várias fontes dentro de um estabelecimento pode levar a uma melhor compreensão dos procedimentos e práticas do mesmo, incluindo os que são normalmente registados no HMIS e outros, tais como relatórios, gestão da cadeia de abastecimento, etc.

Limitações: a análise dos formulários ou registos de dados

das unidades primárias consome muito tempo, principalmente porque são, na sua maioria, em papel. Além disso, podem estar incompletos ou ter sido preenchidos de forma incoerente. O que é relatado num local pode não estar de acordo com o que é relatado noutra, levando a mais perguntas e discussões com o pessoal da unidade.

Inventário do equipamento, do pessoal e do material das unidades

Vantagens: os inventários do equipamento, do pessoal e dos materiais das unidades fornecem informações valiosas sobre a disponibilidade de recursos nos estabelecimentos. Os inquéritos aos estabelecimentos de saúde, incluindo o SPA e o SARA, utilizam inventários para identificar lacunas em termos de medicamentos essenciais, equipamento, consumíveis, pessoal e instrumentos de apoio clínico, tais como diretrizes ou auxiliares de trabalho.

Limitações: esta informação tende a ser transversal e não é útil para compreender as causas das ruturas de stock; indica apenas que existem ruturas de stock.

Dados dos utentes

Inquéritos aos agregados familiares e inquéritos CAP

Consulte a secção **Fontes de dados relacionadas com audiências comunitárias e de agregados familiares** para obter descrições dos inquéritos aos agregados familiares e dos inquéritos CAP.

Formulários de encaminhamento

Vantagens: os formulários de encaminhamento ajudam a monitorizar a eficácia dos sistemas de encaminhamento, registando quantas pessoas foram encaminhadas para os serviços e quantas delas procuraram o serviço. Os formulários podem ser utilizados para obter dados valiosos sobre quais as fontes de encaminhamento que são eficazes. A conclusão documentada de um encaminhamento de um programa MSC é uma forma poderosa de demonstrar que o programa pode ter contribuído para a utilização do serviço.

Limitações: os formulários de encaminhamento podem apresentar documentação incompleta ou imprecisa, uma vez que nem todos os encaminhamentos ou ações de acompanhamento podem ser registados. Além disso, podem não captar as razões pelas quais os indivíduos não procuraram os serviços referidos, limitando a capacidade de abordar eficazmente os obstáculos ao acesso. No entanto, o pessoal da comunidade pode utilizar os dados de encaminhamento para monitorizar os utentes encaminhados, prestar apoio adicional àqueles que não conseguiram obter o serviço e recolher dados sobre os motivos da não conclusão.

Visitas de utentes mistério

Vantagens: as visitas de utentes mistério envolvem coletores de dados formados que se fazem passar por utentes como forma de avaliar a qualidade do serviço. As visitas de utentes mistério

fornecem informações em primeira mão sobre a qualidade do serviço, simulando experiências reais dos utentes. Os coletores de dados formados atuam como utentes para avaliar vários aspetos da prestação de serviços, incluindo o comportamento do pessoal, a limpeza das instalações e a adesão às diretrizes clínicas. Este método ajuda a identificar lacunas na prestação de serviços e áreas a melhorar.

Limitações: os utentes mistério que representam utentes reais e cuidadores de crianças com menos de cinco anos podem ter dificuldade em descrever ou imitar os sintomas. É necessária uma formação significativa. Por esta razão, as visitas de utentes mistério podem ser mais apropriadas para serviços preventivos de rotina, como o TIP ou o fornecimento de vacinas contra a malária, e menos apropriadas para o tratamento da malária. Este método pode não captar toda a gama de fatores que contribuem para a qualidade do serviço, incluindo a disponibilidade de recursos ou as perceções dos prestadores.

Observações das interações utente-prestador de serviço

Vantagens: as observações das interações entre o prestador e o utente implicam a documentação estruturada por um terceiro (observador) do que foi visto e ouvido durante os encontros clínicos. Este método fornece dados objetivos sobre padrões de comunicação, práticas clínicas e cuidados centrados no paciente.

Limitações: os dados observacionais podem ser influenciados pela presença dos observadores, alterando potencialmente o comportamento do prestador de serviços ou as respostas dos pacientes. Além disso, este método pode não captar aspetos subjetivos dos cuidados, como as perceções ou emoções dos pacientes ou dos prestadores de cuidados.

Entrevistas à saída dos utentes

Vantagens: as entrevistas à saída do utente recolhem o feedback dos utentes após a conclusão ou saída do serviço, oferecendo informações valiosas sobre as suas experiências, níveis de satisfação e sugestões de melhoria. Este método dá aos utentes a oportunidade de exprimirem diretamente as suas opiniões e preocupações, ajudando a identificar áreas de melhoria da qualidade e reforçando os cuidados centrados no paciente.

Limitações: as entrevistas à saída dos utentes podem sofrer de enviesamento de resposta se os utentes se sentirem pressionados a dar feedback positivo ou hesitarem em expressar experiências negativas. Além disso, os utentes podem nem sempre estar dispostos ou disponíveis para participar nas entrevistas, o que conduz a potenciais enviesamentos de seleção. Por último, os utentes com a inclinação, a capacidade e a oportunidade de procurar e aceder aos serviços de saúde podem não ser representativos da população em geral.

(Ver também **Inquéritos de Interceção** e **Formulários ou discussões de feedback dos utentes**.)

Formulários ou discussões de feedback dos utentes

Vantagens: os formulários ou discussões de feedback dos utentes recolhem as suas opiniões, sugestões ou reclamações. Podem servir de mecanismo de responsabilização e contribuir para a melhoria dos serviços. Os formulários em papel podem ser

de fácil acesso para os utentes, uma vez que estão normalmente localizados no ponto de serviço. Os inquéritos online ou por telemóvel chegam a utentes que podem não estar em condições de dar feedback pessoalmente. As discussões individuais ou em grupo, frente a frente, proporcionam uma abordagem mais interativa e personalizada, permitindo uma exploração mais profunda das experiências e preocupações dos utentes.

Limitações: os utentes podem não estar cientes da existência de métodos de feedback, e os que estão cientes podem hesitar em dar feedback negativo, especialmente se temerem repercussões ou se perceberem que o seu feedback não levará a uma mudança significativa. Os formulários em papel podem ser mal compreendidos e outros tipos de feedback podem exigir recursos como tempo e conectividade de rede, que podem não ser viáveis para muitos utentes.

Dados dos prestadores de cuidados de saúde

Entrevistas de inquérito aos prestadores de cuidados de saúde

Vantagens: nos últimos anos, tem havido um reconhecimento crescente de que as perceções, a experiência vivida e as características dos prestadores podem moldar a forma como prestam os cuidados. Muitos inquéritos às unidades sanitárias e visitas de supervisão de apoio tendem a incluir entrevistas com os prestadores, a quem são feitas perguntas sobre o seu conhecimento das diretrizes, o acesso às diretrizes, a formação e a supervisão. Podem ser acrescentadas a estas entrevistas perguntas relacionadas com normas, atitudes, perceções de risco e eficácia e outros fatores. Atualmente, estão a ser realizados trabalhos para desenvolver e validar este tipo de perguntas.³

Para além de acrescentar perguntas às entrevistas aos prestadores dos inquéritos planeados às unidades sanitárias e às visitas de supervisão de apoio, os programas podem utilizar os inquéritos de interceção para recolher dados dos prestadores durante as atividades de mudança de comportamento dos prestadores.

Limitações: os inquéritos aos prestadores de cuidados podem sofrer de enviesamento de resposta, em que os inquiridos podem dar respostas que consideram esperadas ou socialmente desejáveis. Além disso, estes inquéritos baseiam-se em dados autodeclarados, que podem diferir da prática real. Por último, pode ser difícil relacionar o efeito ou as contribuições de cada prestador de serviços com os dados do estabelecimento. Frequentemente, os registos e outras fontes de dados dos estabelecimentos não indicam quais os prestadores que consultaram cada paciente e quais os serviços que prestaram. Nessas situações, os dados de vários prestadores precisam de ser agrupados e os resultados precisam de ser interpretados nessa perspetiva — por exemplo, "As unidades com pontuações de grupo baixas para normas tinham taxas mais baixas de testes de malária".

Outras fontes

Entrevistas semiestruturadas com prestadores de cuidados de saúde. Ver [entrevistas semiestruturadas \(pág. 24\)](#). Ver também a Ferramenta de avaliação da prestação de serviços contra a malária [\(pág. 25\)](#).

Discussões em grupos de foco com prestadores de cuidados de saúde. Ver [discussões em grupos de foco \(pág. 24\)](#).

Observações nas unidades sanitárias. Ver [observações \(pág. 32\)](#). Ver também [observações das interações utente-prestador de serviço \(pág. 26\)](#) e a Ferramenta de avaliação da prestação de serviços contra a malária [\(pág. 25\)](#).



Um produtor de rádio entrevista membros da comunidade para um programa sobre a malária.

³ Para mais informações, contactar a Equipa de Mudança Social e Comportamental da Iniciativa Presidencial dos EUA contra a Malária.



Fontes de dados relacionadas com a implementação do programa

As seguintes fontes de dados podem ser geradas diretamente por atividades autónomas de MSC ou atividades contra a malária com componentes de MSC.

Dados do programa MSC

- Os formulários e relatórios de atividades incluem resumos das atividades realizadas, materiais desenvolvidos e o número de participantes.
- As listas de presenças indicam os participantes em ações de formação, reuniões e outros encontros. Quando os registos de presenças não são viáveis, as estimativas são comunicadas nos relatórios de atividades ou nos relatórios de formação.
- Os relatórios de monitorização dos meios de comunicação social registam o número de vezes que um material é transmitido nos meios de comunicação social, quando é transmitido e quem o transmite. Quando disponíveis, os dados de audiências estimam a percentagem de audiências de televisão ou rádio que sintonizaram uma emissão.
- Os formulários de supervisão incluem frequentemente listas de controlo para monitorizar a qualidade do trabalho realizado pelos implementadores. Os dados sobre a frequência e a cobertura das atividades de supervisão podem dar uma ideia da qualidade da programação de MSC.
- Os registos de chamadas e a análise de SMS permitem recolher o número de chamadas, os temas e o tipo de pessoas que ligam para as linhas diretas. Do mesmo modo, a análise de SMS regista o número de mensagens SMS enviadas, entregues, abertas e respondidas.
- Dados analíticos das redes sociais/escuta social: ver **análise de conteúdo**, acima.
- Os formulários de encaminhamento ajudam a monitorizar quantas pessoas foram encaminhadas para os serviços e quantas delas procuraram o serviço.

Utilizações: estas fontes podem ser utilizadas para monitorizar os resultados e o alcance/cobertura.

Outras fontes de dados de MSC frequentemente aninhadas noutros programas contra a malária

- Os dados de registo fornecem uma contagem da população elegível para uma atividade que funciona efetivamente como um recenseamento. Pode incluir dados sobre o número de homens, mulheres, mulheres grávidas e crianças que podem ser utilizados como denominador para os objetivos do programa de MSC.
- Os registos ou folhas de registo das unidades sanitárias são utilizados pelo pessoal para acompanhar a distribuição e os contactos interpessoais com os agregados familiares. Os registos dos ACS podem conter dados sobre as características de um utente, características de um episódio de doença, tipos de serviços prestados, aconselhamento prestado, encaminhamentos, etc.
- Os inquéritos pós-campanha são inquéritos aos agregados familiares utilizados para medir a cobertura de uma atividade comunitária, como a SMC ou a distribuição de MTI. Os inquéritos podem incluir perguntas sobre conhecimentos, atitudes e práticas, bem como sobre a exposição à MSC.
- Os inquéritos de controlo da durabilidade dos MTI têm por vezes perguntas para medir as atitudes e práticas relacionadas com a utilização e os cuidados a ter com os mosquiteiros. Para mais informações, consultar [LLIN Durability Monitoring](#).

Ver também **Fontes de dados relacionadas com a prestação de serviços de saúde**.

Utilizações: estas fontes podem ser utilizadas para monitorizar os resultados e o alcance/cobertura. Quando são incluídas perguntas sobre o comportamento e as perceções do agregado familiar ou do utente, estas fontes também podem ser utilizadas para a investigação formativa e para monitorizar os resultados intermédios e comportamentais.

Dados da atividade

Relatórios de atividade

Vantagens: os relatórios de atividade fornecem informações cruciais sobre o número de atividades de MSC que estão a ser implementadas, permitindo aos gestores do programa ajustar as atividades quando necessário. Estes relatórios fornecem dados importantes sobre os resultados do programa e a cobertura/alcance, tais como informações sobre o número de atividades realizadas e o número de pessoas que participaram. Podem ser acrescentados campos qualitativos para fornecer nuances, por exemplo, através de citações e histórias de impacto ou desafios.

Limitações: a natureza autorrelatada dos relatórios de atividade pode introduzir imprecisões. Deve ser criado um sistema para recolher regularmente estes formulários junto dos responsáveis pela execução e verificar se estão corretamente preenchidos. Os formulários digitais de comunicação em tempo real e as reuniões de análise de dados podem melhorar a velocidade e a qualidade dos dados.

Registos de presenças

Vantagens: os registos de presenças proporcionam uma forma sistemática de acompanhar a participação em atividades de MSC, como formações e reuniões. Quando os próprios participantes preenchem os registos, estes servem como meio de validação dos números de participantes indicados nos relatórios de atividades. O preenchimento das listas de presenças é considerado uma atividade de rotina e não representa um encargo para os participantes. Os registos também podem fornecer informações qualitativas úteis sobre os participantes, os grupos ou organizações que representam e o papel que desempenham nessas organizações. Esta informação pode ser utilizada para avaliar se as audiências prioritárias e as partes interessadas foram alcançadas pela atividade.

Limitações: os registos de presenças não esclarecem o nível de envolvimento dos participantes ou se cada participante permaneceu durante toda a duração da atividade.

Relatórios de acompanhamento dos meios de comunicação social

Vantagens: os relatórios de monitorização dos meios de comunicação social são um tipo de relatório de atividade criado por agências externas que registam quais os materiais de rádio ou televisão que estão a ser transmitidos, a que horas e com que frequência. Este acompanhamento permite que o programa negocie "make goods" ou difusões para compensar a subtransmissão. Quando os serviços de monitorização dos meios de comunicação social não estão disponíveis, podem ser solicitados registos de transmissão às estações. Os registos das estações podem ser verificados pedindo aos ouvintes da comunidade que ouçam e registem as datas e horas das emissões.

Limitações: os relatórios de monitorização dos meios de comunicação social não captam a profundidade do engajamento ou da compreensão do público, nem a percentagem do público-alvo que foi engajada. Na maioria dos contextos onde os programas de MSC contra a malária funcionam, não fornecem informações sobre a percentagem de espectadores/ouvintes alcançados pelas atividades dos meios de comunicação. A melhor forma de o fazer é através de inquéritos aos agregados familiares, omnibus ou inquéritos a públicos-alvo.

Formulários de supervisão

Vantagens: os relatórios de supervisão fornecem informações sobre a frequência e o número de atividades supervisionadas, e as tendências na qualidade da implementação podem ser acompanhadas ao longo do tempo. O próprio processo de supervisão é frequentemente utilizado para recolher e verificar relatórios de atividade. Algumas atividades de supervisão também incluem verificações cruzadas (ou "verificações a posteriori"), em que os supervisores visitam os agregados familiares para verificar se as atividades de MSC foram realizadas conforme relatado.

Limitações: os dados de supervisão não são uma fonte definitiva de dados sobre alcance/cobertura ou resultados intermédios, embora possam ser utilizados para verificar alguns dos dados comunicados através de outras fontes, como relatórios de atividades e formulários de referência. Os dados de supervisão são normalmente comunicados pelo próprio; não garantem que a

supervisão tenha sido bem feita ou que as questões identificadas tenham sido corretamente tratadas.

Registos de chamadas e análise de SMS

Vantagens: os programas MSC utilizam por vezes SMS, linhas diretas ou números gratuitos para ligar os utentes a serviços e informações. Os registos de chamadas contêm informações sobre as chamadas telefónicas efetuadas para uma linha direta. Estes registos fornecem normalmente dados quantitativos sobre o número de chamadas recebidas, a duração de cada chamada, o número de chamadas terminadas prematuramente, o número de chamadas concluídas e os temas discutidos. Os registos de chamadas também podem incluir informações demográficas sobre os autores das chamadas (por exemplo, idade, sexo e localização), perceções dos autores das chamadas e satisfação com o serviço da linha direta, especialmente quando a linha direta utiliza meios automatizados, como inquéritos móveis ou de resposta interativa por voz, para recolher estas informações. Os registos de chamadas e a análise de SMS, que podem ser acedidos em tempo real, tornam mais fácil testar incentivos à participação na linha direta.

Limitações: os utilizadores da linha direta podem não ser representativos do público-alvo global, uma vez que a utilização da linha direta pode depender de quem tem acesso aos telefones e às redes telefónicas. Além disso, os registos de chamadas podem não captar as razões pelas quais as chamadas são terminadas prematuramente ou fornecer informações pormenorizadas sobre as experiências ou os resultados do autor da chamada para além das métricas básicas.

Ver também **Análise de conteúdos** (que inclui a escuta social para monitorizar as redes sociais) acima.

Formulários de encaminhamento

Vantagens: os implementadores baseados na comunidade (como os ACS, "mães modelo" ou líderes religiosos e tradicionais) podem emitir cartões de encaminhamento para utentes selecionados, como mulheres grávidas ou indivíduos com febre. Do ponto de vista da MSC, os cartões de encaminhamento podem servir como um estímulo tangível à ação. Os utentes podem então levar o cartão para as instalações e o programa MSC pode recolher os cartões periodicamente. Desta forma, os programas MSC podem monitorizar quantos encaminhamentos são feitos e quantos são concluídos. Os programas de MSC podem analisar os dados de encaminhamento e dos estabelecimentos de saúde para documentar a sua contribuição para as taxas de utilização dos serviços.

Limitações: os utentes podem nem sempre apresentar cartões de encaminhamento e o pessoal das instalações pode não recolher ou armazenar os cartões de forma consistente, o que leva a que o número real de encaminhamentos concluídos seja subestimado. Os sistemas manuais de rastreio, que exigem a deslocação a um estabelecimento de saúde para recolher os cartões de encaminhamento, podem introduzir erros ou atrasos na recolha de dados, dificultando a análise atempada das tendências de encaminhamento. Os dados de referência, por si só, podem não fornecer informações sobre as razões por detrás de referências incompletas ou sobre a qualidade dos serviços recebidos; estas informações terão de ser recolhidas através de interações com agentes de referência, utentes e prestadores.

Outras fontes de dados de MSC frequentemente aninhadas noutros programas contra a malária

Dados de registo

Vantagens: antes da distribuição em massa de produtos ou serviços contra a malária (MTI, SMC, pulverização intradomiciliar [PIDOM], campanhas de vacinação, etc.), os programas contra a malária visitam frequentemente os agregados familiares para quantificar a população elegível e inscrevê-la no programa. Os dados de registo podem incluir dados sobre o número de homens, mulheres, mulheres grávidas e crianças em comunidades específicas, o que constitui uma informação valiosa para o planeamento de programas de MSC ao nível da comunidade. Estes números podem também servir de população-alvo para as atividades MSC. O processo de registo tem normalmente uma componente de MSC em que os agregados familiares contactados podem receber informações sobre o valor do programa da malária e como ter acesso a ele, por isso os dados de registo podem ser usados como um substituto temporário para o alcance ou cobertura de atividades de MSC realizadas durante a fase de registo, a verificar mais tarde (se possível) por inquéritos.

Limitações: alguns grupos ou agregados familiares podem estar sub-representados nos dados de registo, particularmente se não forem visitados pelas equipas de registo ou se existirem outras barreiras à participação no processo de registo (por exemplo, estar fora de casa devido ao trabalho na altura da visita da equipa de registo).

Registos de distribuição, tais como registos em papel ou digitais ou folhas de registo

Vantagens: o processo de emissão de produtos e serviços contra a malária (como mosquiteiros) é geralmente acompanhado de documentação em registos ou folhas de registo. Os registos de distribuição podem servir de indicador da utilização dos serviços pelos utentes, um tipo de resultado comportamental (por exemplo, 80% dos agregados familiares registados obtiveram uma rede). As atividades de MSC, como o aconselhamento, devem frequentemente acompanhar a emissão ou distribuição e, assim, os registos de distribuição podem servir de indicador temporário para medir o *potencial* número de utentes aconselhados sobre comportamentos saudáveis contra a malária. Esta informação, que pode ser encontrada nos relatórios de campanha e nos registos das unidades sanitárias, pode ser verificada através de entrevistas de saída, inquéritos de interceção e inquéritos aos agregados familiares.

Limitações: os registos de distribuição não garantem que um utente tenha sido aconselhado, nem fornecem informações sobre a qualidade do aconselhamento realizado ou quais as atividades de MSC (ou outros fatores) que impulsionaram a utilização do serviço.

Inquéritos pós-campanha

Vantagens: os inquéritos pós-campanha são inquéritos aos agregados familiares utilizados para medir a cobertura dos programas contra a malária. Podem incluir perguntas sobre conhecimentos, atitudes e práticas, bem como sobre a exposição à MSC. Para poupar dinheiro, muitas distribuições em massa de MTI aproveitam os inquéritos planeados, como o IIM, o IDS e o MICS, para atingir estes objetivos. O ICM pode também captar dados sobre o alcance da PIDOM e da SMC, embora não tenha capacidade para obter dados representativos sobre os resultados da cobertura. Alguns programas também optam por implementar inquéritos autónomos ou avaliações rápidas para complementar os inquéritos planeados, de modo a permitir adaptações rápidas e atempadas às atividades do programa. Por exemplo, a monitorização do processo final das campanhas de MTI ou de imunização é utilizada para identificar agregados familiares ou comunidades com baixas taxas de cobertura e utilização que podem ter de ser alvo de atividades adicionais de MSC nos meses imediatamente a seguir à distribuição das redes.

Limitações: o momento dos inquéritos de rotina aos agregados familiares pode ser demasiado distante da conclusão do programa para informar adaptações rápidas do mesmo. Também pode ser difícil acrescentar perguntas específicas ao programa de interesse. Um inquérito autónomo pode ser mais oportuno e adaptado ao programa, mas também representa um custo adicional. Alguns inquéritos utilizam uma abordagem de amostragem de garantia de qualidade de lote para identificar se um objetivo de cobertura foi atingido numa comunidade ou agrupamento específico. Pode ser menos dispendioso e pode fornecer dados a níveis úteis do ponto de vista programático, mas não resulta numa estimativa exata. Por exemplo, só pode indicar se a comunidade ou o agrupamento teve ou não pelo menos 70% de cobertura.

Inquéritos de controlo da durabilidade

Vantagens: os inquéritos de monitorização da durabilidade são uma série de inquéritos realizados após a distribuição dos MTI durante um período de três anos para avaliar o grau de resistência do inseticida e da integridade física dos mosquiteiros ao longo do tempo. Esta informação é utilizada para compreender a qualidade do produto e orientar as decisões relacionadas com a aquisição e distribuição de MTI ou abordagens de substituição. Os inquéritos de monitorização da durabilidade contêm, por vezes, perguntas para medir atitudes e práticas relacionadas com a utilização e os cuidados a ter com as redes, sobretudo na fase inicial.

Limitações: em comparação com os inquéritos aos agregados familiares, os inquéritos de monitorização da durabilidade têm amostras de pequena dimensão e são implementados em muito menos áreas de um país. As perguntas também se limitam à utilização e aos cuidados com a rede. Por estas razões, os inquéritos de controlo da durabilidade podem não ser totalmente representativos do público-alvo; no entanto, podem fornecer informações úteis sobre a utilização da rede e as práticas de cuidados e seus determinantes.

Anexo 1: Teorias da Mudança de Comportamento

Os indicadores deste guia baseiam-se em pesquisas e teorias anteriores sobre os determinantes da mudança de comportamento para a malária, planeamento familiar, HIV e outras áreas da saúde. Como tal, é altamente recomendável que todos os programas de MSC sejam fundamentados na teoria comportamental ou num modelo ou estrutura específica baseada na teoria. **Os dados mostram que melhorar os conhecimentos, por si só, não é suficiente para aumentar a adoção dos comportamentos desejados.** Outros fatores, como as atitudes da audiência e as características do comportamento desejado, também devem ser considerados.

A palavra "teoria" é utilizada de forma diferente na linguagem quotidiana e na ciência. Embora o uso vernacular da palavra implique especulação, as teorias científicas e das ciências sociais — como as abordadas nesta secção — referem-se a "uma explicação de algum aspeto do mundo natural que foi comprovada através de experiências repetidas" (Ghose, 2013).

As teorias ajudam-nos a identificar o ponto em que a audiência se encontra no processo de mudança de comportamento e a forma como chegará à mudança desejada. As teorias fornecem informações sobre as decisões, os motivos, os obstáculos e os fatores facilitadores associados à mudança.

Esta secção descreve várias teorias de mudança de comportamento e de comunicação habitualmente utilizadas. Embora as teorias compartilhem alguns elementos semelhantes, cada uma delas dá ênfase a conceitos e processos ligeiramente diferentes. Neste anexo, apresentamos uma visão geral de cada teoria e a forma como os seus conceitos se refletem no guia de indicadores.

Modelo alargado de processamento paralelo

Os indicadores de risco e de eficácia deste guia baseiam-se no modelo de processamento paralelo alargado (EPPM) — também conhecido como quadro de atitude de percepção de risco. O EPPM descreve como a razão e a emoção interagem durante a tomada de decisão individual.

O modelo tem duas componentes: **medo ou ameaça** (emoção) e **eficácia** (razão). O medo tem duas partes: a gravidade e a suscetibilidade. A eficácia — ou a confiança na capacidade de controlar ou gerir a ameaça ou o risco percebido — é composta por três partes: eficácia da resposta, autoeficácia e barreiras.

Medo ou ameaça

Suscetibilidade percebida refere-se à crença de que a doença ou ameaça pode realmente acontecer a uma pessoa.

Gravidade percebida refere-se à gravidade que as pessoas acreditam ter a ameaça (malária).

Eficácia

Eficácia da resposta refere-se à percepção de que uma ação ou solução proposta irá efetivamente controlar a ameaça. No caso da malária, a convicção de uma pessoa de que os MTI são uma boa proteção contra a malária é um exemplo de eficácia da resposta.

Autoeficácia é uma medida da autoconfiança de que uma pessoa pode realizar uma ação para controlar a ameaça.

Juntar as peças

Os avaliadores podem esperar respostas comportamentais desejáveis quando as pessoas têm fortes percepções de risco/ameaça, juntamente com fortes crenças de eficácia em relação à resposta recomendada (Figura 1-1, caixa superior esquerda). Quando as pessoas sentem um medo significativo, mas têm pouca convicção de que podem agir ou de que as suas ações serão eficazes, é mais provável que neguem a importância da questão, ajam na defensiva ou a evitem (caixa superior direita). Se a ameaça não for considerada grave, mas as medidas disponíveis forem fáceis e eficazes, os indivíduos podem sentir-se ligeiramente motivados para agir (caixa inferior esquerda). Se a ameaça não for grave e não existirem ações viáveis ou eficazes que os indivíduos possam tomar, é provável que não façam nada a esse respeito.

Por exemplo, as pessoas podem achar que a utilização de MTI é fácil, mas têm pouco medo do risco de infeção por malária durante a estação seca (caixa inferior esquerda). As atividades de MSC podem ser concebidas para aumentar a percepção de que os membros da comunidade continuam suscetíveis à malária durante a estação seca e que as suas consequências ainda podem ser graves (caixa superior esquerda). Utilizando os indicadores fornecidos, os avaliadores podem medir até que ponto estes programas afetaram as percepções de risco e eficácia, e se estes elementos foram determinantes para a utilização de MTI durante todo o ano.

Figura 1-1: Modelo alargado de processamento paralelo

	Elevada eficácia (capaz de responder eficazmente)	Baixa eficácia (incapaz de responder eficazmente)
Ameaça elevada (Vulnerável a danos graves)	Altamente motivado para tomar medidas de proteção	Negação, postura defensiva, evasiva
Ameaça reduzida (Invulnerável, Ameaça trivial)	Baixa motivação, pode haver alguma ação de proteção	Sem resposta

A EFICÁCIA DETERMINA A REAÇÃO

Teoria social cognitiva

A teoria social cognitiva, também conhecida como teoria da aprendizagem social, realça a importância da modelação e da autoeficácia. De acordo com esta teoria, as pessoas aprendem através de

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

A autoeficácia é uma parte importante desta teoria. De acordo com Bandura (2004), "a percepção da autoeficácia afeta todas as fases da mudança pessoal. Determina se as pessoas consideram sequer mudar o comportamento, se conseguem obter a motivação... e até que ponto mantiveram as mudanças". A modelação de papéis deve, portanto, ser orientada para o desenvolvimento das competências das pessoas e para a sua convicção de que são capazes de as exercer.

O primeiro passo, observar o que as outras pessoas fazem, reflete-se no indicador de normas (proporção de pessoas que acreditam que a maioria dos seus amigos e membros da comunidade praticam atualmente o comportamento). Mesmo que ainda não tenha ocorrido uma mudança real de comportamento, a MSC pode aumentar a percepção do público de que a mudança está a ocorrer ou ocorreu, criando o impulso necessário e um ambiente propício à mudança real. Este indicador mede a capacidade das estratégias de MSC para persuadir o público-alvo de que os seus amigos, familiares e outros membros da comunidade estão a adotar o comportamento recomendado e que a adesão a esse comportamento está a aumentar, a diminuir ou a manter-se inalterada.

A segunda etapa, observar o que acontece a essas pessoas como resultado das suas escolhas de comportamento, é a base dos indicadores de gravidade percebida (proporção de pessoas que acham que as consequências da malária são graves) e eficácia percebida da resposta (proporção de pessoas que acham que a prática ou produto recomendado reduz o seu risco), respetivamente. Os indivíduos avaliam o impacto que estes comportamentos tiveram nos outros — quer sejam recompensados ou punidos socialmente, materialmente ou fisicamente — à medida que refletem sobre a relevância e a importância destas consequências nas suas próprias vidas (passo 3). O indicador de suscetibilidade percebida (a proporção de pessoas que sentem que estão em risco de contrair malária) é uma indicação do passo 3.

O indicador de autoeficácia (a proporção de pessoas que estão confiantes na sua capacidade de realizar um comportamento específico relacionado com a malária) pode ser usado para seguir as mudanças na autoeficácia como resultado da exposição a uma campanha e avaliar até que ponto a autoeficácia contribuiu para a mudança de comportamento desejada.

Juntar as peças

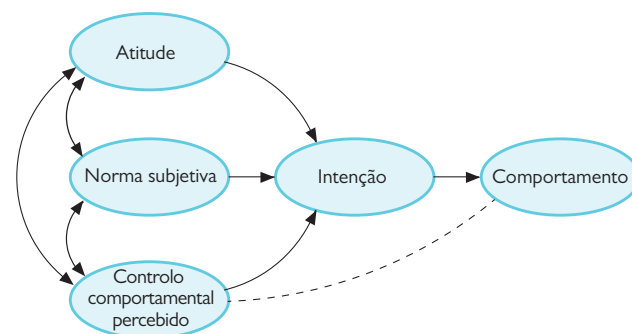
Os programas de MSC baseados na teoria da aprendizagem social usam figuras com que as pessoas se identifiquem — figuras como o público-alvo — para modelar as questões de saúde e desenvolver competências para a vida. Os exemplos

da malária incluem a utilização de mães-modelo ou mães líderes e aldeias sem malária. A teoria da aprendizagem social também tem sido utilizada em atividades individuais ou de pequenos grupos, nas quais os participantes têm a oportunidade de observar os seus pares e de os apoiar na prática do comportamento.

Teoria do comportamento planeado

De acordo com a teoria do comportamento planeado, as pessoas baseiam as suas intenções em três coisas: se pensam que o comportamento é mau ou bom, o que pensam que se espera que façam e até que ponto podem realizar o comportamento.

Figura 1-2: Teoria do comportamento planeado



Atitude — crenças de que o comportamento é bom ou mau com base no facto de os seus resultados serem positivos ou negativos. Este conceito reflete-se nos indicadores de atitudes e de percepção da eficácia da resposta (proporção de pessoas que acreditam que a prática ou o produto recomendado reduzirá o seu risco).

Normas subjetivas — pressão social percebida e crenças sobre o que os pares de um indivíduo esperam que ele faça e se será apoiado ou ridicularizado. A primeira parte deste conceito está refletida no indicador de normas (proporção de pessoas que acreditam que a maioria dos seus amigos e membros da comunidade praticam atualmente o comportamento).

Controlo comportamental percebido — as crenças sobre se um indivíduo tem os conhecimentos, as ferramentas e a capacidade necessários para realizar os comportamentos refletem-se no indicador de autoeficácia.

Intenção — de acordo com esta teoria, quanto mais forte for a intenção de uma pessoa de praticar um comportamento saudável, maior será a probabilidade de a pessoa adotar efetivamente esse comportamento. No entanto, é importante lembrar que muitos fatores externos e barreiras podem impedir um indivíduo de realizar um comportamento, apesar de ter a intenção de o fazer. A intenção é mais forte quando as atitudes, as normas subjetivas e o controlo comportamental percebido favorecem o comportamento.

Juntar as peças

A campanha Malaria Haikubaliki (a malária é inaceitável) na Tanzânia procurou aumentar a percepção de que os MTI são a abordagem socialmente aceite para evitar a malária, promover

Quadro 1-1: Características das inovações e atividades de comunicação conexas

Característica	Pergunta	Explicação
Complexidade	É simples de fazer?	Estas perguntas podem ser respondidas em todas as formas de media e de comunicação.
Compatibilidade	Funciona para mim?	
Observabilidade	Posso vê-lo?	Mesmo que uma pessoa nunca tenha visto algo, o facto de ouvir um amigo ou um líder da comunidade falar positivamente sobre o mesmo pode incentivá-la a utilizá-lo.
Testabilidade	Posso experimentar?	Uma pessoa pode nunca ter a possibilidade de experimentar algo, mas ver outra pessoa a passar pela experiência na televisão ou numa dramatização comunitária pode ter um efeito semelhante.

a confiança das pessoas na sua capacidade de usar os MTI todas as noites e melhorar a atitude fatalista de que a malária é uma presença inevitável e constante na vida das pessoas (Communication Initiative, 2011).

A avaliação inicial do programa demonstrou que a exposição às atividades melhorou a autoeficácia necessária para tomar medidas de prevenção da malária. Cerca de 77% das pessoas expostas ao programa colocaram todos os seus filhos sob MTI na noite anterior, em comparação com 34,6% das pessoas não expostas ao programa. A exposição à campanha aumentou significativamente a perceção de que os MTI são eficazes para travar a malária e a convicção de que os MTI são úteis e fáceis de utilizar.

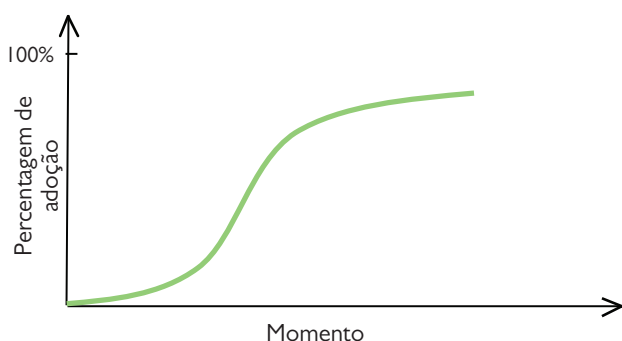
As normas sociais e a crença na capacidade de utilizar os MTI de forma eficaz também foram significativamente associadas à posse de MTI. Assim, as pessoas expostas às atividades da campanha mudaram as suas atitudes e tiveram mais probabilidades de pôr em prática a sua intenção de usar um MTI.

Difusão de inovações

A teoria da difusão das inovações descreve vários fatores que influenciam a rapidez com que uma ideia ou um comportamento é adotado. A difusão depende das características da inovação, dos canais de comunicação, do período de tempo e do sistema social.

A Figura 1-3 representa a curva S de difusão. Ilustra como as pessoas são inicialmente lentas a adotar novos comportamentos, mas à medida que o comportamento se torna mais conhecido e aceite, mais pessoas começam rapidamente a praticá-lo. Eventualmente, o comportamento torna-se comum, com menos novos adotantes.

Figura 1-3: Curva S de difusão



Algumas inovações, como os telemóveis, tornam-se rapidamente populares, enquanto outras requerem mais explicação e prática antes de serem adotadas. Uma comunicação eficaz pode ajudar uma inovação a tornar-se mais popular, tornando a curva mais acentuada. Do mesmo modo, as características de uma inovação ou de um comportamento de saúde influenciarão a rapidez com que pode ser adotado. A Tabela 1-1 descreve as principais características de uma inovação, bem como o que elas significam para a implementação do programa. À medida que as pessoas se familiarizam com uma inovação, é mais provável que a adotem.

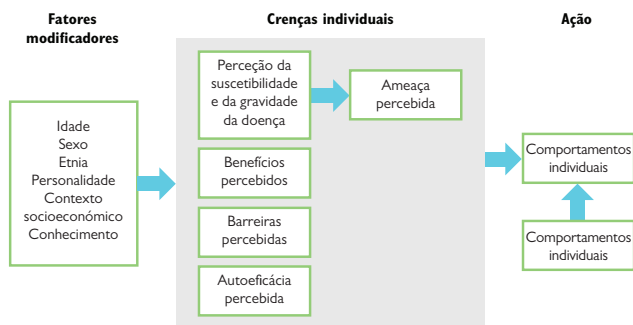
Juntar as peças

Os programas de MSC podem usar o modelo de difusão de inovações para desenvolver mensagens e abordagens. Os indicadores para autoeficácia e atitude são semelhantes às características de complexidade e compatibilidade. Podem ser criadas abordagens de MSC que criem condições para a possibilidade de observação e experimentação. Um exemplo é a utilização de demonstrações para encorajar a suspensão da rede quando se dorme ao ar livre. Estas atividades ajudaram os membros da comunidade a compreender como os materiais domésticos comuns podem ser utilizados para pendurar uma rede ao ar livre, e os membros da comunidade tiveram oportunidade de praticar.

O modelo de crenças de saúde

Este modelo ilustra a importância das crenças sobre os riscos, benefícios, barreiras e autoeficácia na mudança de comportamento. De acordo com este modelo, é provável que os indivíduos tomem medidas para reduzir os seus riscos se se considerarem suscetíveis à malária; se acreditarem que a malária pode ter consequências potencialmente graves; se acreditarem que a utilização de MTI, TIP, testes e tratamento seriam benéficos para reduzir a sua suscetibilidade à malária ou para aliviar a sua gravidade; e se acreditarem que os benefícios do comportamento ultrapassam as barreiras. O modelo também defende que é necessário um estímulo à ação para desencadear uma ação preventiva (Glanz et al., 2008). O modelo difere dos outros pelo facto de não indicar explicitamente o papel das emoções (como o medo, no caso do EPPM).

Figura 1-4: O modelo de crenças de saúde (Glanz et al., 2008)



deve ser utilizada quando os planeadores pretendem identificar os fatores psicológicos que preveem o comportamento ou tentar atribuir causalmente a mudança de comportamento às atividades de MSC. Ao criar um índice ideacional combinado, os investigadores podem mostrar que os indivíduos que têm mais fatores ideacionais têm mais probabilidades de adotar um determinado comportamento. A probabilidade de alguém adotar e manter um novo comportamento é muito maior quando esse indivíduo

- Adquiriu conhecimentos suficientes sobre o assunto.
- Desenvolveu uma atitude positiva em relação a ele.
- Pensa que os outros o apoiam e praticam.
- Falou com outras pessoas sobre o assunto.
- Se sente bem ao praticá-lo.

Juntar as peças

O modelo de crenças de saúde pode ser usado para orientar os programas de MSC para avaliar e abordar intencionalmente as percepções acima listadas que influenciam o comportamento. Um exemplo de um estímulo à ação pode ser "Se o seu filho/filha tiver febre, dirija-se imediatamente a um centro de saúde". Os responsáveis pela implementação que utilizam o modelo de crenças de saúde devem avaliar o papel da recordação do estímulo específico à ação dado na campanha.

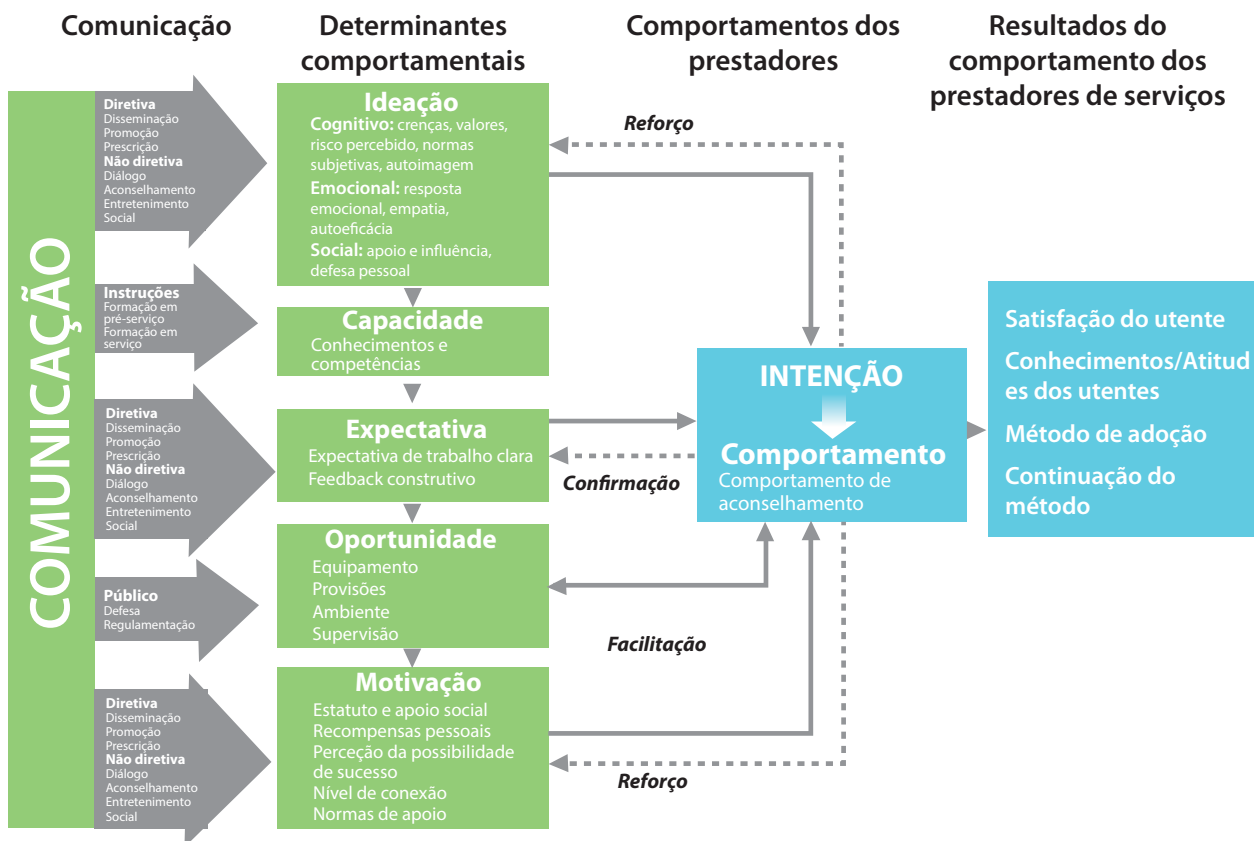
Juntar as peças

A Figura 1-5 sugere que a MSC pode afetar todos os fatores ideacionais simultaneamente. As análises estatísticas permitem identificar quais destes fatores são os mais fortes preditores de comportamento, fornecendo orientações sobre o que as estratégias de MSC devem enfatizar. Embora o gráfico mostre a influência da comunicação, as abordagens não comunicacionais também podem fazer o mesmo. Por exemplo, um programa de visitas pré-natais em grupo cria um ambiente de apoio para que as mulheres grávidas realizem as suas visitas pré-natais, influenciando as suas percepções de normas sociais, conhecimentos, autoeficácia e risco.

O modelo de ideação

A ideação é um modelo para compreender a forma como novas formas de pensar, ou comportamentos, se difundem entre indivíduos e grupos através da comunicação e da interação social. O modelo é transversal e incorpora muitos dos conceitos encontrados nos modelos anteriormente mencionados. A ideação

Figura 1-5. O modelo de ideação



Economia comportamental

A economia comportamental, também conhecida como ciência comportamental, é o estudo das decisões e ações humanas (Figura 1-7). Embora reconheça muitos dos fatores comportamentais identificados nas outras teorias comportamentais acima enumeradas, a economia comportamental é única por desvendar a forma como o contexto e a psicologia humana podem ter um efeito surpreendentemente poderoso no nosso comportamento. De acordo com a economia comportamental, os cérebros humanos utilizam atalhos para os ajudar a processar a informação e a tomar decisões devido a restrições de tempo e energia. Estes atalhos são designados por heurísticas ou enviesamentos cognitivos. Embora possam poupar tempo e energia, podem não ajudar as pessoas a tomar decisões ótimas (ou racionais). Até à data, foram identificados mais de 200 enviesamentos cognitivos. Os conhecimentos da economia comportamental permitem-nos prever e ter em conta estes efeitos no comportamento ao conceber produtos, programas e políticas.

A teoria do processo dual, também conhecida popularmente como pensamento dos Sistemas 1 e 2, descreve dois tipos de formas como o cérebro humano processa a informação (Figura 1-7). O Sistema 1 é rápido, intuitivo e emocional, enquanto o Sistema 2 é mais lento, deliberado e esforçado. Os seres humanos utilizam ambos em certa medida na maioria das decisões, embora o pensamento do Sistema 1 seja dominante devido à quantidade de tempo e esforço que seria necessário se o Sistema 2 controlasse todas as ações. Ambos são também propensos a enviesamentos cognitivos, embora os seres humanos possam utilizar o

pensamento do Sistema 2 para (a) abrandar e tentar, consciente e esforçadamente, identificar os enviesamentos que influenciam o seu comportamento, ou (b) escolher uma "regra de ouro" para navegar numa situação (por exemplo, procurar uma cruz verde quando se procura uma unidade sanitária numa rua movimentada).

Juntar as peças

A investigação formativa mostrou que os prestadores de serviços prescrevem ACT em vez de pedirem testes ou acompanharem os resultados dos testes quando se sentem desafiados por restrições de tempo e carga de trabalho. Pedir ou administrar um teste e esperar pelos resultados acrescenta passos e tempo extra à interação entre o prestador e o utente, tempo que os prestadores podem não ter. Uma [abordagem de economia comportamental](#) (Haqqi et al. 2022) inclui a simplificação dos processos de prestação de serviços contra a malária, de modo a que os pacientes com um historial de febre sejam testados antes de se encontrarem com o prestador de cuidados de saúde que os prescreve. O profissional que prescreve o medicamento recebe então os resultados dos testes da malária imediatamente após o primeiro contacto com o doente e pode prescrever em conformidade. Para além de reduzir a carga de trabalho dos prestadores de serviços, o programa inclui discussões de grupo de prestadores de serviços para abordar os preconceitos comuns sobre os testes da malária e reforçar as normas e expectativas entre os prestadores de serviços nas unidades. Os resultados intermédios relevantes incluem a autoeficácia, as normas, os conhecimentos e a eficácia da resposta e, no caso dos resultados comportamentais, os testes e o tratamento do prestador.

Figura 1-6: A economia comportamental reconhece as influências estruturais, sociais e cognitivas no comportamento humano

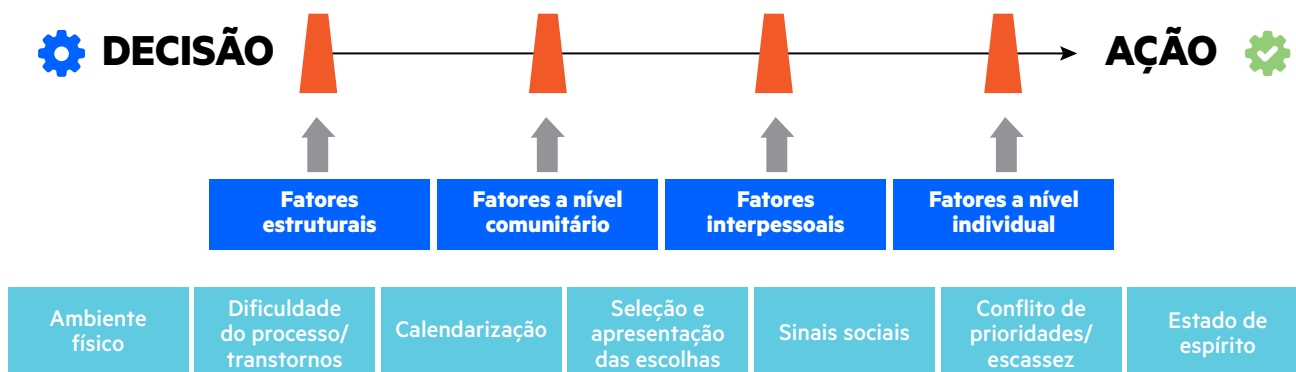
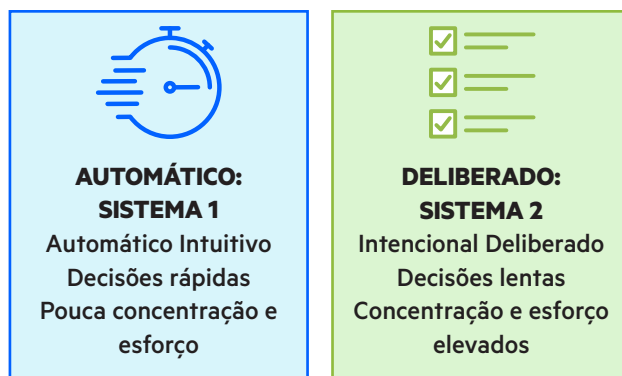


Figura 1-7: Pensamento dos sistemas 1 e 2

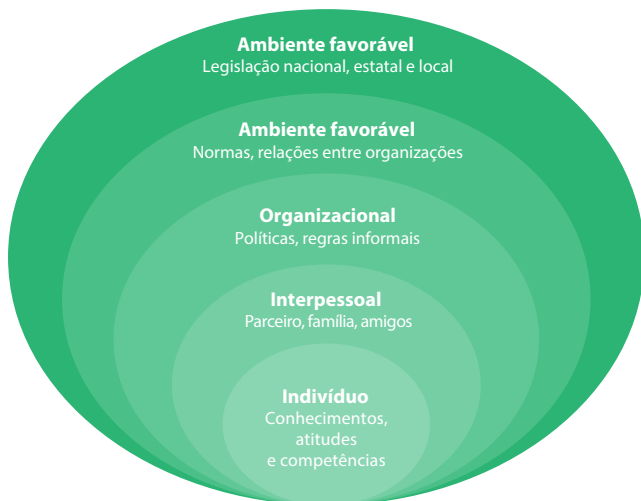


Modelo socioecológico

No modelo socioecológico, a mudança de comportamento é considerada no contexto de vários níveis, incluindo o nível individual; o nível interpessoal, ou relações com parceiros, famílias, utentes e amigos; o nível organizacional; o nível comunitário; e o ambiente favorável.

Nos últimos anos, este modelo ganhou mais atenção pela sua relevância para os comportamentos dos prestadores de serviços, uma vez que o contexto do local de trabalho pode ter um efeito pronunciado na prestação de serviços.

Figura 1-8: Quadro socioecológico para a MSC; adaptado de McLeroy et al. (1988)



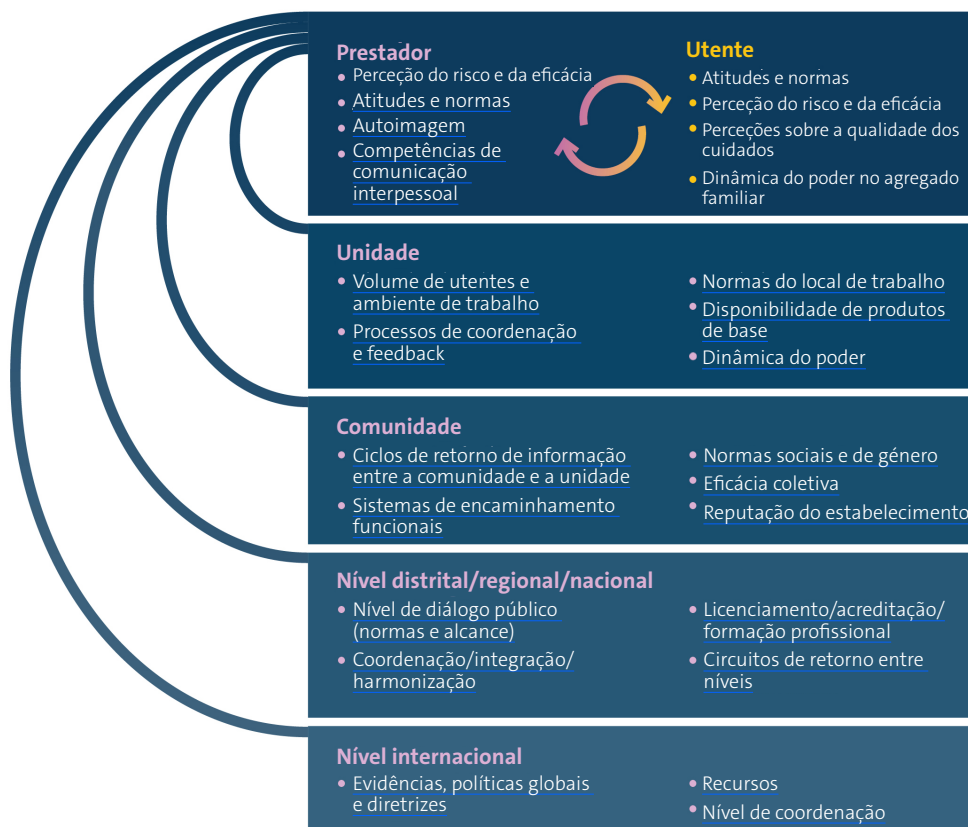
Juntar as peças

A maior parte dos indicadores de resultados intermédios apresentados neste guia ocorrem sobretudo ao nível individual e interpessoal/comunitário. Os conhecimentos, as perceções do risco e da eficácia e as atitudes tendem a refletir fatores a nível individual, enquanto as normas se referem a perceções relacionadas com o nível interpessoal ou comunitário.

Os indicadores de alcance ou cobertura refletem o nível da comunidade, avaliando até que ponto os programas de MSC penetraram e envolveram a população-alvo numa área geográfica específica. Tal como acima referido, os indicadores relacionados com o ambiente favorável exigem principalmente a triangulação de várias fontes de dados. Nos últimos anos, foram enviados esforços para avaliar os fatores que influenciam o comportamento dos prestadores de serviços utilizando uma perspetiva socioecológica; estes incluem inquéritos às unidades sanitárias que incluem uma combinação de fontes como entrevistas a utentes, entrevistas a prestadores de serviços e auditorias às unidades sanitárias, bem como ferramentas qualitativas que examinam o ambiente das unidades de saúde, a dinâmica do local de trabalho e as perceções dos prestadores de serviços.

Os programas de MSC que usam uma abordagem socioecológica normalmente tentam melhorar as atitudes individuais/ do prestador e as interações entre o prestador e o utente (por exemplo, através de aconselhamento e comunicação interpessoal), mudar as normas sociais e fortalecer as relações entre as comunidades e os estabelecimentos. Também procuram alterar os processos e normas dos estabelecimentos que impedem a adesão dos prestadores às diretrizes e/ou o acesso dos utentes aos cuidados.

Figura 1-9: Um ecossistema de serviços contra a malária, de "A Blueprint for Applying Behavioral Insights to Malaria Service Delivery" (Breakthrough ACTION e Impact Malaria, 2020). Outra variação, o Ecossistema de Comportamento do Prestador de Serviços, encontra-se na secção de Recursos.



Anexo 2. Fichas de referência de indicadores: orientação para a construção e interpretação de indicadores selecionados

Os indicadores deste anexo estão organizados pelas seguintes categorias: resultados do programa, alcance/cobertura, resultados intermédios e resultados comportamentais. Esta secção contém fichas de referência de indicadores que descrevem a fundamentação, a definição, o numerador, o denominador, a medição, a utilização e a interpretação, a desagregação, os pontos fortes e as limitações de vários indicadores. São igualmente fornecidos indicadores facultativos adicionais, que podem ser obtidos através de perguntas do inquérito ou de subanálises. As perguntas do inquérito e outras considerações relativas à medição são descritas no Anexo 3. Consulte as páginas 8-11 e a secção de Recursos para obter informações adicionais sobre quaisquer indicadores não enumerados no presente anexo.



Indicadores de resultados do programa

Os indicadores de resultados do programa refletem o número e o tipo de atividades de MSC concluídas. A sua documentação pode ajudar a revelar se as quantidades e os tipos de atividades realizadas foram suficientes para atingir a população-alvo.

Número de materiais ou abordagens desenvolvidos

Fundamentação. Os materiais de MSC produzidos são o primeiro passo para influenciar a mudança de comportamento. Os materiais relacionados com a comunicação podem incluir anúncios na rádio, cartazes ou material de aconselhamento. Podem ser utilizadas abordagens de comunicação e de não comunicação. Exemplos de abordagens não comunicativas incluem alterações nos processos ou na colocação (ver **Economia comportamental**, no Anexo 1). Mesmo os programas de MSC que não têm um foco de comunicação podem implicar a criação de materiais para testar abordagens, orientar o pessoal ou incentivar os utilizadores (por exemplo, protótipos, sinais, gráficos de feedback e formações). Este indicador de resultados do programa destina-se a registar a criação dessas mensagens e/ou materiais.

Definição. Cada nova atividade da MSC, como um anúncio de rádio, um protótipo ou uma formação, conta como um tipo de material ou abordagem. Os materiais e abordagens devem incluir informações sobre a prevenção e o tratamento da malária.

Numerador. Número de materiais ou abordagens desenvolvidos, por tipo.

Denominador. Nenhum.

Método de medição. Este indicador é medido através dos registos do projeto, tais como relatórios de atividade ou faturas e notas de entrega dos fornecedores. Os registos devem indicar o número de materiais produzidos.

Desagregação. Este indicador pode ser desagregado por tipo de materiais produzidos, tais como cartazes, anúncios de rádio ou painéis publicitários. Em alternativa, pode ser desagregado por tema (como prevenção da malária ou tratamento precoce) ou público-alvo.

Utilização e interpretação dos dados. Este indicador fornece uma forma quantificável de medir o esforço, especificamente, o número de materiais ou abordagens desenvolvidos; no entanto, não é o mesmo que a disseminação. A produção atrasada ou

insuficiente de materiais pode ter um grande impacto no êxito de uma atividade de MSC. A comparação deste indicador com os objetivos intermédios pode ajudar os gestores a perceber se isso constitui um risco.

Pontos fortes. Este indicador é fácil de medir.

Limitações. O indicador não mostra se os materiais e as mensagens eram de boa qualidade.

Número de atividades de MSC realizadas

Fundamentação. Este indicador fornece informações sobre se as atividades de MSC estão a ser implementadas conforme planeado.

Definição. Este indicador mede o número de atividades realizadas. Exemplos de atividades de MSC incluem visitas ao domicílio, demonstrações comunitárias ou emissões de televisão ou rádio.

Numerador. Número de atividades de MSC realizadas. Nota: este indicador pode ser facilmente adaptado para indicar as atividades efetivamente utilizadas. As possíveis adaptações incluem "Número de diálogos comunitários" e "Número de vezes que as mensagens foram transmitidas na rádio ou na televisão em [período, por exemplo, três meses]".

Denominador. Nenhum.

Método de medição. Este indicador pode ser medido através de registos do programa que anotam o número de atividades realizadas. Os programas de MSC também podem querer reunir dados sobre as características dos participantes do programa — como idade, sexo e localização — para fornecer mais informações contextuais a este indicador.

Desagregação. Este indicador deve ser desagregado por tipo de atividade de MSC.

Utilização e interpretação dos dados. Este indicador fornece uma medida da implementação de uma atividade de cooperação setorial, indicando o número de várias atividades realizadas

num determinado período de referência. Este indicador pode ser utilizado para garantir que uma atividade de MSC está no bom caminho, de acordo com os planos de trabalho da atividade. Se as atividades de MSC não estiverem a decorrer de acordo com o planeado, é pouco provável que se verifique a mudança de comportamento esperada.

No caso dos meios de comunicação social, quando os avaliadores de programas dispõem de informações sobre o número de vezes que uma mensagem ou material foi transmitido, podem triangular essas informações com dados das estações de rádio e televisão sobre a cobertura geográfica aproximada das suas emissões, bem como com dados de recenseamento para calcular uma estimativa aproximada do número de pessoas alcançadas pelas emissões.

Pontos fortes. A medição do número de atividades de MSC realizadas pode dar uma indicação do progresso do programa. Este indicador deve ser desagregado por atividade de MSC, fornecendo aos gestores informações detalhadas sobre as atividades de implementação.

Limitações. Embora o indicador meça o número de atividades realizadas, não fornece qualquer informação sobre a qualidade das atividades. Além disso, este indicador não fornece informações sobre se as atividades foram realizadas a tempo.

Número de pessoas formadas em MSC contra a malária

Fundamentação. Este indicador serve para medir os resultados da formação de MSC. Os gestores podem utilizá-lo para determinar se um programa está a cumprir os seus objetivos de formação e/ou para acompanhar os progressos de um ano para o outro. Quando agregado, também representa o potencial de recursos humanos das pessoas que poderiam ajudar a realizar atividades de MSC contra a malária.

Definição. Este indicador ao nível dos resultados mede o número de pessoas que concluíram um curso de formação em MSC contra a malária. Um indivíduo só deve ser contabilizado depois de ter concluído a formação. Os indivíduos que se encontram a meio de um curso de formação devem ser contabilizados no período de referência seguinte. As pessoas que participam em mais do que uma formação ministrada pelo programa MSC durante um período de referência devem ser contabilizadas apenas uma vez.

Numerador. Número de pessoas que concluíram uma formação em MSC contra a malária.

Denominador. Nenhum.

Método de medição. O número de pessoas formadas baseia-se na lista final de nomes dos participantes, para eventual verificação da presença e do tema da formação. As fontes de dados para este indicador incluem folhas de registo de formação, relatórios de formação e relatórios de programas.

Desagregação. Os dados podem ser desagregados por tipo de formação, idade, sexo e áreas geográficas.

Utilização e interpretação dos dados. Este indicador fornece uma medida dos recursos humanos disponíveis com formação em MSC contra a malária. O número de pessoas formadas dá uma indicação da capacidade do programa para levar a cabo as atividades de MSC pretendidas.

Pontos fortes. Sendo uma contagem simples, este indicador é fácil e pouco dispendioso para os programas.

Limitações. Este indicador não capta o número de participantes que se envolvem ativamente na MSC contra a malária. Um outro passo seria medir a percentagem de pessoas que receberam formação em MSC contra a malária e que estão ativas durante um determinado período. Este indicador não fornece informações sobre os conhecimentos adquiridos ou a qualidade da formação.

Número de encaminhamentos efetuados, por tipo de serviço

Fundamentação. Este indicador documenta os esforços do programa de MSC para ligar os públicos-alvo aos serviços de combate à malária.

Definição. Esta é a contagem quantitativa de encaminhamentos iniciados pelo programa de MSC, categorizados por tipo de serviço (por exemplo, visitas pré-natais, gestão de casos, vacina e, em alguns casos, SMC).

Numerador. Número de encaminhamentos feitos pelo programa MSC, categorizados pelos tipos de serviços recomendados.

Denominador. Nenhum.

Método de medição. Os encaminhamentos são medidos sistematicamente através do registo e da contagem do número de encaminhamentos efetuados para cada tipo de serviço. Isto pode incluir a manutenção de registos de encaminhamento, bases de dados ou sistemas digitais para acompanhar os detalhes de cada encaminhamento. O indicador é obtido através do cálculo do número total de encaminhamentos em todas as categorias e por categoria.

Desagregação. Os dados para este indicador podem ser desagregados com base no tipo de serviço de malária, fatores demográficos ou tipo de utente, localização geográfica e períodos de tempo.

Utilização e interpretação dos dados. Os dados podem ser utilizados para avaliar o alcance do programa e identificar tendências nos padrões de encaminhamento. Por exemplo, podem ser identificados os momentos, as populações e os serviços que registam o maior e o menor número de encaminhamentos.

Pontos fortes. Como uma simples contagem, o indicador é uma forma relativamente viável de demonstrar os esforços dos programas de MSC para ligar as pessoas aos serviços.

Limitações. Este indicador não mede a qualidade do processo de encaminhamento nem avalia se os indivíduos acederam com êxito aos serviços recomendados. Sendo uma medida autodeclarada, pode também estar sujeita a enviesamentos; as fontes de dados primárias (por exemplo, partes retidas de guias de encaminhamento) e secundárias (por exemplo, registos e fichas) devem ser comparadas para validar os dados.



Indicadores de alcance ou cobertura

Os indicadores de alcance e cobertura significam o volume de pessoas que tiveram contacto direto ou indireto com o programa MSC. Esses indicadores são recomendados porque os programas de MSC geralmente visam atingir uma massa crítica da população-alvo para afetar a mudança.

Número de pessoas/estabelecimentos/grupos comunitários que participam ou são abrangidos pelas atividades de MSC

Fundamentação. Este indicador mede o volume de pessoas, estabelecimentos ou grupos comunitários que participam das atividades do programa MSC ou usam os serviços do programa.

Definição. Este indicador mede o número de pessoas, fornecedores, estabelecimentos ou grupos comunitários que receberam serviços do programa, participaram em atividades de mobilização da comunidade ou foram expostos às transmissões dos meios de comunicação social do programa.

O termo "pessoas" pode referir-se à população em geral ou a públicos-alvo como as mulheres grávidas, os jovens entre os 19 e os 25 anos, cuidadores de crianças com menos de cinco anos ou os prestadores de serviços.

As "atividades MSC" incluem atividades de comunicação e não comunicação. Por exemplo, os estabelecimentos e os prestadores de serviços participantes podem realizar palestras sobre saúde, efetuar remodelações nas instalações, instituir alterações de procedimentos ou introduzir processos de garantia de qualidade.

Numerador. Número de pessoas que participaram numa atividade do programa.

Denominador. Nenhum.

Método de medição. Este indicador é medido utilizando dados do programa ou dados comparáveis que indiquem o número e as características das pessoas, grupos comunitários ou instalações servidas pelo programa. Podem também ser utilizadas as respostas às perguntas do inquérito sobre a exposição ou participação nas atividades do programa. Os gestores devem compilar estatísticas separadamente para cada tipo de atividade principal.

O pessoal pode compilar dados sobre o número e as características das pessoas que participam em atividades de comunicação interpessoal. Obter uma contagem exata pode ser difícil em grandes reuniões comunitárias, pelo que o pessoal deve estimar o número de participantes dividindo visualmente a audiência em secções separadas (de cerca de 25 a 35 pessoas), contar quantas pessoas estão nessa secção e, em seguida, multiplicar esse número pelo número de "secções" que parecem estar na audiência.

Para estimar o alcance dos programas dos meios de comunicação social, as agências de monitorização podem utilizar medidores de TV e inquéritos de painel para estimar o número de pessoas que ouviram uma emissão.

As ferramentas de análise das redes sociais podem fornecer estes dados. É preciso ter cuidado para não confundir "impressões" com "alcance" ou "engajamento". O alcance refere-se ao número

de visualizadores únicos, que é o indicador descrito neste documento; enquanto que o número de impressões se refere ao número de vezes que uma publicação nas redes sociais foi vista, e o engajamento refere-se a interações como gostar ou comentar uma publicação. Algumas pessoas visualizam uma publicação ou interagem com ela várias vezes e, por este motivo, o número de visualizadores únicos (ou alcance) será menor do que as impressões e o engajamento.

Desagregação. Os gestores devem subdividir este indicador pelo número total de expostos por tipo de atividade, como uma atividade comunitária, um programa escolar ou serviços clínicos. Outra forma de desagregar os dados é por tipo de participante (por exemplo, tipo de instalação, tipo de grupo). Os participantes individuais também podem ser classificados por características como a idade, o sexo, o estado civil, o tipo de público-alvo (por exemplo, mulheres grávidas, cuidadores de crianças com menos de cinco anos, prestadores de serviços) e a localização geográfica da atividade.

Utilização e interpretação dos dados. Este indicador pode ser utilizado de várias formas. Em primeiro lugar, permite saber se as atividades de MSC estão a atingir um grande número de pessoas, o que pode ser útil quando se defende ou contabiliza recursos para a MSC. Em segundo lugar, os gestores do programa de MSC devem verificar se o programa atinge os números pretendidos e, em especial, os subgrupos principais. Por exemplo, se as atuais atividades de MSC não estão a conseguir engajar ou alcançar o número pretendido de cuidadores de crianças com menos de cinco anos, poderão ser necessárias abordagens diferentes. Por último, este indicador pode ser triangulado com o indicador "número de atividades de MSC realizadas" e com os dados relativos aos custos para verificar se o alcance médio de cada atividade é o esperado e quais as atividades que parecem compensar o custo.

Pontos fortes. Este indicador é relativamente fácil de fornecer para atividades de comunicação interpessoal de menor escala e estatísticas de serviços.

Limitações. Este indicador não fornece informações sobre a eficácia de cada canal na mudança de comportamento. Não mede o engajamento dos membros da comunidade, se o público-alvo foi atingido ou se os objetivos da reunião ou evento foram alcançados.

Pode ser muito difícil obter uma contagem exata do número de participantes em grandes reuniões de mobilização da comunidade; por isso, os registos do programa devem basear-se nas melhores estimativas. A dupla contagem é inevitável em eventos muito concorridos que ocorram na mesma comunidade ou mesmo em comunidades próximas.

As agências de monitorização dos meios de comunicação social com capacidade para monitorizar as audiências utilizam tecnologia sofisticada e elevada capacidade técnica. Por este motivo, estas agências podem ser proibitivamente caras ou podem não ser capazes de oferecer medições de audiência para estações de rádio ou TV comunitárias.

Proporção de pessoas que se lembram de ouvir ou ver qualquer mensagem sobre malária nos últimos seis meses

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

Finalidade. A exposição da população-alvo às atividades de MSC é o principal resultado da MSC. A exposição é o primeiro passo fundamental para aumentar o conhecimento dos produtos, práticas ou serviços que podem influenciar um indivíduo a adotar ou alterar um comportamento. A capacidade das populações-alvo para recordar mensagens sobre a malária é um indicador da penetração das atividades de MSC no público-alvo. Os inquiridos podem então ser questionados sobre a recordação de mensagens específicas e os canais através dos quais as comunicações foram recebidas.

Este indicador é particularmente útil após a realização de uma atividade de MSC para medir o alcance e a eficácia das mensagens. Os indicadores facultativos adicionais também fornecem informações sobre a eficácia dos diferentes canais de comunicação e podem dar um contributo valioso para o planeamento da próxima atividade MSC.

Definição. Este indicador é definido como a percentagem de inquiridos que se lembram de qualquer mensagem sobre malária que tenham visto ou ouvido nos últimos seis meses. Os inquiridos são questionados sobre o tipo de mensagens que viram ou ouviram, bem como sobre mensagens de campanha específicas. Os indicadores opcionais adicionais permitem uma maior precisão no que respeita às mensagens específicas vistas ou ouvidas e ao canal de comunicação através do qual a mensagem foi transmitida.

Numerador. Número de inquiridos que se lembram de ouvir ou ver qualquer mensagem sobre malária nos últimos seis meses.

Denominador. Número de inquiridos. Para os indicadores opcionais adicionais, o denominador deve ser "Número de inquiridos que declaram ter ouvido ou visto uma mensagem sobre malária nos últimos seis meses".

Método de medição. Ver as perguntas do inquérito no Anexo 3. Estas perguntas podem ser utilizadas para inquéritos aos agregados familiares, bem como para outros tipos de inquéritos e fontes de dados (por exemplo, IVR, SMS). Quando utilizados no âmbito da investigação qualitativa, os resultados podem permanecer quantificados (por exemplo, "7 em cada 10 participantes no grupo de foco ouviram X") e os inquiridos podem ainda ser convidados a partilhar as suas recordações sobre os temas ou mensagens que ouviram e através de que meios.

Desagregação. Este indicador pode ser desagregado por várias características para dar aos responsáveis pela implementação do programa uma ideia clara do alcance do seu programa. Os dados podem ser desagregados, por exemplo, por idade, sexo, residência (rural/urbana), área geográfica (província/distrito ou endemidade da malária), níveis de educação e quintis de riqueza.

Utilização e interpretação dos dados. Este indicador fornece uma medida do alcance e da penetração dos programas da MSC num público-alvo. Os indicadores facultativos adicionais fornecem informações sobre a força relativa de mensagens específicas para atingir o público-alvo e os meios mais eficazes através dos quais o público recebeu as mensagens. Os resultados deste indicador podem indicar em que medida e em que áreas as futuras atividades MSC devem ser intensificadas.

Pontos fortes. As respostas podem ser adaptadas às campanhas e mensagens relevantes para o contexto local. Por exemplo, as escolas podem ser adicionadas como opção de resposta se tiverem sido utilizadas como parte do programa MSC.

São necessárias apenas algumas perguntas para construir indicadores

As perguntas do tipo "complete a frase" e/ou "reconheça o logótipo" atenuam o enviesamento da desejabilidade social porque são mais específicas das campanhas reais

Limitações. Os resultados podem estar sujeitos a enviesamento/confusão devido à utilização de sondagem, uma vez que os estilos de sondagem/indução podem não ser uniformes entre os entrevistadores.

Os resultados podem estar sujeitos a um viés de memória com um período de retrospectiva de seis meses e não captariam as campanhas de comunicação implementadas antes do último período de seis meses sem correr o risco de um viés adicional.

O indicador primário — recordação de qualquer mensagem sobre malária nos últimos seis meses — não fornece pormenores suficientes para informar decisões programáticas, pelo que são necessários indicadores adicionais para obter informações mais significativas.

Percentagem de encaminhamentos concluídos, por tipo de serviço

Finalidade. Avaliar a eficácia dos sistemas de encaminhamento. Este indicador fornece informações sobre a medida em que as pessoas procuram os serviços recomendados.

Definição. A percentagem de indivíduos que foram encaminhados com sucesso para serviços específicos, conforme recomendado pelo programa MSC.

Desagregação. Os dados podem ser desagregados por tipo de serviço (por exemplo, visitas pré-natais, gestão de casos, vacinação) ou pelo prestador de serviços ou membro da equipa que os encaminha.

Numerador. O número de encaminhamentos efetuados, por tipo de serviço.

Denominador. O número de encaminhamentos efetuados, por tipo de serviço.

Método de medição. O numerador é normalmente obtido através de partes retidas das guias de encaminhamento mantidas pelo pessoal do programa MSC e é resumido nos relatórios de atividade. Os utentes são convidados a levar a outra parte da guia de encaminhamento a um estabelecimento participante. O denominador é normalmente obtido através da recolha de

guias de encaminhamento dos estabelecimentos participantes, sendo depois resumido em relatórios de atividade. Quando são utilizadas referências digitais, estas estão normalmente ligadas a um identificador, como o número de telefone de um utente, e a informação sobre a taxa de conclusão é fornecida pela base de dados.

Utilização e interpretação dos dados. Uma percentagem elevada indica um processo de encaminhamento bem-sucedido, o que sugere que os indivíduos estão a aceder e a concluir os serviços encaminhados. Uma percentagem baixa pode indicar a existência de barreiras ou desafios no percurso de encaminhamento que necessitam de atenção. Os programas de MSC podem usar este indicador para aperfeiçoar estratégias, abordar barreiras e melhorar o impacto geral dos seus encaminhamentos.

Quando desagregado por tipo de serviço/tipo de paciente, o programa MSC pode ter uma melhor noção de quais os serviços e/ou grupos que devem ser alvo de um acompanhamento adicional.

O acompanhamento das taxas de conclusão de encaminhamentos ao longo do tempo também pode ser útil para compreender variações sazonais, desafios emergentes ou melhorias no desempenho do sistema de encaminhamento.

As alterações nas taxas de conclusão podem ser uma função do denominador (número de encaminhamentos efetuados). A diminuição do número de encaminhamentos pode aumentar a taxa de conclusão e o aumento do número de encaminhamentos pode ter o resultado oposto. É aconselhável comparar também as tendências do número de encaminhamentos efetuados.

Pontos fortes. Quando combinado com os dados dos estabelecimentos sobre as tendências da prestação de serviços ao longo do tempo, este indicador ajuda a demonstrar o impacto que um programa de MSC pode ter na adoção de serviços.

Limitações. Este indicador não apresenta as razões para a não conclusão dos encaminhamentos. O numerador depende do facto de os prestadores de serviços recolherem informações



Indicadores de resultados intermédios

Os indicadores de resultados intermédios ajudam os programas de MSC a acompanhar as mudanças nas percepções. Ajudam os programas de MSC a compreender como as pessoas pensam e se sentem em relação ao comportamento, produto ou serviço contra a malária. São precursores fundamentais da mudança de comportamento. Quando as percepções favorecem os comportamentos em relação à malária, mas os comportamentos em relação à malária não se alteram, outros fatores, como o acesso, podem ser os principais impedimentos à adoção de comportamentos. Os indicadores prioritários recomendados incluem vários tipos de indicadores de resultados intermédios: conhecimento, percepção da gravidade, percepção da suscetibilidade, percepção da autoeficácia e percepção da eficácia da resposta.

de encaminhamento dos utentes. Por esta razão, o indicador é suscetível de subestimação quando os prestadores não recolhem e armazenam dados de referência dos utentes, ou quando os utentes obtêm o serviço de um prestador não pertencente à rede.

Conhecimento

Os indicadores desta secção identificam lacunas de conhecimento relacionadas com a prevenção e tratamento da malária na população. É particularmente importante identificar as lacunas de conhecimento nas fases de investigação formativa do ciclo, uma vez que ajudam a explicar por que razão determinados comportamentos podem não ser adotados, e podem orientar a conceção e o desenvolvimento de programas de MSC. Estes indicadores podem ser medidos separadamente ou podem ser combinados para criar um indicador composto.

Percentagem de pessoas que mencionam os mosquitos como causa da malária

- **Indicador facultativo adicional:** percentagem de pessoas que só mencionam os mosquitos como causa da malária.
- **Fundamentação.** Este indicador ajuda um programa de MSC a avaliar as lacunas de conhecimento relacionadas com as causas da malária na população-alvo. Os indicadores opcionais adicionais ajudam especificamente a identificar qual a percentagem da população que nomeia apenas os mosquitos como causa da malária e qual a percentagem que acredita que outros fatores (como as mangas verdes), para além dos mosquitos ou em vez

deles, causam a malária. Os membros da população-alvo que sabem o que causa a malária, e especialmente os que não têm ideias erradas sobre as causas da malária, têm geralmente mais probabilidades de adotar medidas preventivas adequadas.

Definição. A proporção de pessoas inquiridas que conhecem a causa da malária.

Numerador. Número de inquiridos que referem os mosquitos/picadas de mosquito como a causa da malária.

Denominador. Número de inquiridos.

Método de medição. Ver as perguntas do inquérito no Anexo 3. Estas perguntas podem ser utilizadas para inquéritos aos agregados familiares, bem como para outros tipos de inquéritos e fontes de dados (por exemplo, IVR, SMS). Para a investigação qualitativa, a utilização deste indicador pode parecer uma discussão sobre o que as pessoas na sua comunidade acreditam que causa a malária, como a doença se desenvolve, quais podem ser as medidas preventivas adequadas e se essas percepções mudaram desde o início do programa de MSC.

Desagregação. Estes indicadores podem ser desagregados por várias características como idade, sexo, residência (rural/urbana), área geográfica (província/distrito ou endemidade da malária), níveis de educação e quintis de riqueza.

Utilização e interpretação dos dados. A recolha de dados sobre este indicador ao longo de vários períodos de tempo pode ajudar a avaliar as mudanças nos conhecimentos da comunidade. Uma proporção elevada de pessoas que nomeiam corretamente os

mosquitos (especialmente apenas os mosquitos) como a causa da malária sugere que uma parte significativa da população compreende a ligação entre os mosquitos e a transmissão da malária. A informação desagregada pode ajudar os programas de MSC a identificar as bolsas específicas das populações onde este conhecimento não está generalizado e quem deve ser visado. Quando os níveis deste tipo de conhecimento são elevados, mas subsistem lacunas comportamentais, deve prestar-se atenção a outros indicadores de resultados. No entanto, os programas de MSC devem procurar manter níveis elevados deste tipo de conhecimento, uma vez que podem surgir ideias erradas. Quando acompanhadas ao longo do tempo, estas informações podem ser usadas para verificar se o conhecimento da população sobre as causas da malária melhorou.

Pontos fortes. Este indicador fornece dados formativos úteis para determinar as necessidades de conhecimento do público-alvo. Além disso, são necessárias poucas perguntas para medir cada indicador de conhecimento.

Limitações. O indicador está sujeito a enviesamento/confusão com a utilização de sondagens, uma vez que os estilos de sondagem podem não ser uniformes entre os entrevistadores. Também é difícil associar o conhecimento a atividades específicas da MSC sem fazer referência a mensagens reais. Embora o conhecimento por si só possa não ser suficiente para mudar o comportamento, é um antecedente importante do comportamento e de muitos dos outros fatores comportamentais descritos neste documento.

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

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

Fundamentação. Este indicador tem por objetivo determinar se as pessoas estão informadas sobre um dos sintomas mais comuns e reconhecíveis da malária, que é a febre. O reconhecimento do principal sintoma da malária, juntamente com o conhecimento das medidas de tratamento recomendadas, pode aumentar a probabilidade de tomar medidas imediatas, como procurar cuidados médicos, fazer testes de diagnóstico e iniciar o tratamento adequado.

Definição. A proporção de pessoas inquiridas que conhecem o principal sintoma da malária.

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

Denominador. Número de inquiridos.

Método de medição. Ver as perguntas do inquérito no Anexo 3. Estas perguntas podem ser utilizadas para inquéritos aos agregados familiares, bem como para outros tipos de inquéritos e fontes de dados (por exemplo, IVR, SMS). Na investigação qualitativa, a utilização deste indicador pode parecer uma discussão sobre o que as pessoas na sua comunidade acreditam serem os principais sinais e sintomas da malária, e até que ponto essas percepções mudaram desde o início do programa de MSC.

Desagregação. Estes indicadores podem ser desagregados por várias características como idade, sexo, residência (rural/urbana),

área geográfica (provincia/distrito ou endemicidade da malária), níveis de educação e quintis de riqueza.

Utilização e interpretação dos dados. Os dados deste indicador podem ser usados para conceber programas de MSC que se concentrem na sensibilização para o sintoma primário da malária. A informação desagregada pode ajudar os programas de MSC a identificar as populações específicas a visar. Se forem registadas ao longo do tempo, estas informações podem ser usadas para avaliar se o conhecimento da população sobre a febre como sintoma de malária melhorou.

Pontos fortes. Este indicador fornece dados formativos úteis para determinar as necessidades de conhecimento do público-alvo. Além disso, são necessárias poucas perguntas para medir cada indicador de conhecimento.

Limitações. O indicador está sujeito a enviesamento/confusão com a utilização de sondagens, uma vez que os estilos de sondagem podem não ser uniformes entre os entrevistadores. Também é difícil associar o conhecimento a atividades específicas da MSC sem fazer referência a mensagens reais.

Percentagem de pessoas que sabem que a forma recomendada de diagnosticar a malária é através de um teste

Fundamentação. Este indicador mede a percentagem de pessoas que sabem que o método recomendado para o diagnóstico da malária, de acordo com as diretrizes nacionais, é através de testes. A consciencialização do método de diagnóstico recomendado é importante para melhorar a procura de cuidados rápidos e apropriados, o tratamento de casos suspeitos de malária e a vigilância. É útil para medir tanto entre os prestadores de serviços como entre os cuidadores/utentes.

Definição. A percentagem de inquiridos que sabem que os testes são a forma recomendada para diagnosticar a malária com precisão.

Numerador. Número de inquiridos que citam os testes da malária (TDR e/ou microscopia) como a única forma de ter a certeza de que uma criança tem malária

Denominador. Número de inquiridos.

Método de medição. Entrevistas aos agregados familiares, entrevistas aos prestadores (como parte de um inquérito às unidades sanitárias) ou discussões de grupo com os prestadores são algumas das formas de medir este indicador. Podem ser feitas perguntas como "De acordo com as diretrizes nacionais, como é que a malária deve ser diagnosticada?" Quando utilizado na investigação qualitativa, o conhecimento sobre o diagnóstico da malária pode parecer uma discussão sobre a forma como as pessoas ou os prestadores de serviços nas suas unidades sabem quando alguém tem malária.

Desagregação. Este indicador pode ser desagregado por várias características, como idade, sexo, residência (rural/urbana), área geográfica (provincia/distrito ou endemicidade do paludismo), tipo de prestador e tipo de estabelecimento.

Utilização e interpretação dos dados. Os dados deste indicador podem servir de base a programas de formação e de garantia de qualidade para os prestadores de cuidados de saúde. Se a

proporção for baixa, podem ser organizadas sessões de formação específicas para garantir que os prestadores de serviços estão conscientes do papel fundamental dos testes no diagnóstico da malária. Do mesmo modo, os dados deste indicador podem informar as atividades de MSC entre a população em geral e entre os cuidadores de crianças com menos de cinco anos. As pessoas que não dispõem desta informação podem ter menos probabilidades de procurar cuidados junto de um prestador de cuidados adequado, mais probabilidades de se automedicarem e de adiarem a procura de cuidados.

Quando monitorizadas ao longo do tempo, estas informações podem ser usadas para avaliar se os conhecimentos dos fornecedores e das populações sobre o diagnóstico da malária melhoraram.

Este indicador pode ser adaptado para medir o conhecimento correto do diagnóstico da malária entre membros da comunidade ou cuidadores. Tal como está redigido, este indicador reconhece a primazia dos prestadores de serviços no diagnóstico, mas também reconhece que a procura de antimaláricos ou testes por parte dos doentes pode influenciar a prática de diagnóstico. Teoriza-se que o conhecimento das melhores práticas de diagnóstico atuais, combinado com as percepções sobre a fiabilidade e a precisão dos testes da malária (eficácia da resposta), ajuda a prever o diagnóstico e a adesão.

Pontos fortes. Este indicador fornece dados formativos úteis para determinar as necessidades de conhecimento do público-alvo. Além disso, são necessárias poucas perguntas para medir cada indicador de conhecimento.

Limitações. O indicador está sujeito a enviesamento/confusão com a utilização de sondagens, uma vez que os estilos de sondagem podem não ser uniformes entre os entrevistadores. Também é difícil associar o conhecimento a atividades específicas da MSC sem fazer referência a mensagens reais.

Este indicador parece semelhante à eficácia da resposta, na medida em que diz respeito às percepções do inquirido sobre a eficácia dos testes de malária. No entanto, não testa a força dessa crença, nem examina especificamente as crenças dos prestadores de serviços sobre a exatidão da microscopia e dos TDR em condições de campo.

Percentagem de pessoas que conhecem o tratamento da malária

Fundamentação. Este indicador ajuda os programas de MSC a determinar a percentagem de indivíduos (potenciais requerentes de cuidados) que estão informados sobre o tratamento adequado para a malária. Isto pode ser útil em contextos em que estão disponíveis e são frequentemente utilizados vários tipos de medicamentos — recomendados e não recomendados.

Definição. A proporção de pessoas inquiridas que conhecem o tratamento apropriado da malária.

Numerador. Número de inquiridos que sabem que o tratamento adequado para a malária são as ACT (consoante o contexto do país).

Denominador. Número de inquiridos.

Método de medição. Ver as perguntas do inquérito no Anexo 3. Estas perguntas podem ser utilizadas para inquéritos aos

agregados familiares, bem como para outros tipos de inquéritos e fontes de dados (por exemplo, IVR, SMS). Quando utilizado na investigação qualitativa, o conhecimento sobre o tratamento adequado pode parecer uma discussão sobre o que as pessoas na sua comunidade acreditam ser o tratamento adequado para a malária, e se essas percepções mudaram desde o início do programa de MSC.

Desagregação. Estes indicadores podem ser desagregados por várias características como idade, sexo, residência (rural/urbana), área geográfica (província/distrito ou endemicidade da malária), níveis de educação e quintis de riqueza.

Utilização e interpretação dos dados. Os dados deste indicador podem servir de base para a conceção e orientação dos programas de MSC. Se a proporção for baixa, podem ser desenvolvidas atividades adaptadas para melhorar os conhecimentos sobre as opções de tratamento da malária. Quando monitorizadas ao longo do tempo, estas informações podem ser usadas para avaliar se o conhecimento da população sobre o tratamento adequado da malária melhorou.

Pontos fortes. Este indicador fornece dados formativos úteis para determinar as necessidades de conhecimento do público-alvo. Além disso, são necessárias poucas perguntas para medir cada indicador de conhecimento.

Limitações. O indicador está sujeito a enviesamento/confusão com a utilização de sondagens, uma vez que os estilos de sondagem podem não ser uniformes entre os entrevistadores. Também é difícil associar o conhecimento a atividades específicas da MSC sem fazer referência a mensagens reais.

Percentagem de pessoas que conhecem medidas de prevenção recomendadas contra a malária

Indicador facultativo adicional: percentagem de pessoas com ideias erradas sobre práticas eficazes de prevenção da malária (subanálise).

Indicador facultativo adicional: percentagem de pessoas que sabem que o TIP é uma forma de proteger a mãe e o bebé da malária durante a gravidez (subanálise).

Indicador facultativo adicional: percentagem de pessoas que conhecem as diretrizes relativas ao calendário e frequência de visitas pré-natais/TIP

Fundamentação. Este indicador descreve a proporção de indivíduos (por exemplo, mulheres ou chefes de família) que estão informados sobre as medidas recomendadas para prevenir a malária. Os programas de MSC usam esta informação para identificar lacunas de conhecimento e subpopulações específicas para os programas de MSC se dirigirem com mensagens sobre prevenção da malária.

Definição. A proporção de pessoas inquiridas que conhecem as medidas preventivas recomendadas para a malária.

Numerador. Número de inquiridos que sabem que as principais medidas de prevenção da malária incluem a utilização de MTI, a toma de medicação preventiva durante a gravidez, a profilaxia sazonal ou a pulverização da casa com inseticida. Esta lista de atividades pode variar consoante o país ou o contexto do programa.

Denominador. Número de inquiridos.

Método de medição. Ver as perguntas do inquérito no Anexo 3. Estas perguntas podem ser utilizadas para inquéritos aos agregados familiares, bem como para outros tipos de inquéritos e fontes de dados (por exemplo, IVR, SMS). Quando usado em investigação qualitativa, o conhecimento sobre medidas preventivas pode parecer uma discussão sobre o que as pessoas na sua comunidade acreditam ser as medidas preventivas recomendadas para a malária, e se essas percepções mudaram desde que o programa de MSC começou.

Os indicadores opcionais adicionais refletem subanálises que podem ser realizadas para explorar lacunas específicas no conhecimento da prevenção, como o TIP, ou a medida em que existem ideias erradas sobre medidas não recomendadas, como as espirais. A análise teria de ser adaptada ao conjunto específico de métodos de prevenção recomendados para o contexto.

Desagregação. As categorias de desagregação podem incluir idade, sexo, residência (rural/urbana), área geográfica (provincia/distrito ou endemidade da malária), níveis de educação e quintis de riqueza.

Utilização e interpretação dos dados. Os dados deste indicador podem servir de base para a conceção e orientação dos programas de MSC. Se a sensibilização para as medidas recomendadas for baixa ou se existirem ideias erradas generalizadas sobre os tipos de medidas recomendadas, podem ser desenvolvidas atividades adaptadas para melhorar os conhecimentos da população. Do mesmo modo, podem também ser identificados e visados subgrupos específicos da população com essas lacunas de conhecimento. Quando acompanhadas ao longo do tempo, estas informações podem ser usadas para avaliar se o conhecimento da população sobre as medidas preventivas recomendadas contra a malária melhorou.

Pontos fortes. Este indicador fornece dados formativos úteis para determinar as necessidades de conhecimento do público-alvo. Além disso, são necessárias poucas perguntas para medir cada indicador de conhecimento.

Limitações. O indicador está sujeito a enviesamento/confusão com a utilização de sondagens, uma vez que os estilos de sondagem podem não ser uniformes entre os entrevistadores. Também é difícil associar o conhecimento a atividades específicas da MSC sem fazer referência a mensagens reais.

Risco e eficácia

Esta categoria de indicador aborda os receios e a confiança de uma população. Estes indicadores são a base para apelos baseados no medo, ou mensagens que apresentam a malária como uma ameaça. A investigação demonstrou que os indivíduos podem ter conhecimentos, competências, crenças positivas, atitudes e intenções relativamente a um comportamento específico, mas mesmo assim podem evitar adotar o comportamento recomendado. Assim, é necessário um estímulo para motivar a ação. A investigação demonstrou que a percepção de uma ameaça é um poderoso estímulo à ação (Witte, 1992).

No entanto, o excesso de mensagens baseadas no medo pode paralisar as pessoas, impedindo-as de agir. Podem recorrer ao fatalismo ou tentar gerir o seu medo de formas menos produtivas,

como a negação. Os apelos ao medo podem ser contrabalançados por mensagens que realcem a capacidade das pessoas para tomarem medidas eficazes (perceção da autoeficácia) e a percepção de que a ação será eficaz na redução do risco (perceção da eficácia da resposta). Os avaliadores podem esperar respostas comportamentais desejáveis quando as pessoas têm fortes percepções de risco associadas a fortes crenças de autoeficácia em relação à resposta recomendada. (Para mais informações, ver **Modelo alargado de processamento paralelo** no Anexo 1).

Percentagem de pessoas que se sentem em risco de contrair malária (suscetibilidade percebida)

Fundamentação. Este indicador descreve a percentagem da população-alvo que acredita estar em risco de contrair malária. De acordo com o EPPM (Modelo alargado de processamento paralelo), a percepção do risco desempenha um papel importante no comportamento. Quando as pessoas têm a percepção de que elas próprias ou os seus entes queridos estão em risco e que irão sofrer graves repercussões, é mais provável que adotem o comportamento desejado, desde que esse comportamento seja viável e considerado eficaz.

Definição. A proporção de pessoas que consideram estar em risco de contrair malária.

Numerador. O número de pessoas que consideram estar em risco de contrair malária.

Denominador. Número de inquiridos.

Método de medição. A suscetibilidade percebida é medida através de várias perguntas. É calculada uma pontuação média para cada inquirido e considera-se que os inquiridos com uma pontuação média superior a zero têm uma percepção de suscetibilidade. Em seguida, o número de inquiridos com suscetibilidade percebida é comparado com o número total de inquiridos para obter o indicador. Para mais pormenores, consultar as perguntas do inquérito e as instruções de pontuação fornecidas no Anexo 3. Estas perguntas podem ser utilizadas para inquéritos aos agregados familiares, bem como para outros tipos de inquéritos e fontes de dados (por exemplo, IVR, SMS).

Quando utilizada em investigação qualitativa, a compreensão da suscetibilidade percebida numa população pode parecer uma discussão sobre a probabilidade de os participantes sentirem que eles e as suas famílias contrairão malária, que fatores aumentam ou diminuem o risco de contrair malária e se essas percepções mudaram desde o início do programa de MSC.

Desagregação. As categorias de desagregação podem incluir idade, sexo, residência (rural/urbana), área geográfica (provincia/distrito ou endemidade da malária), níveis de educação e quintis de riqueza.

Utilização e interpretação dos dados. Os resultados deste indicador devem ser examinados em conjunto com os indicadores de percepção da gravidade, eficácia da resposta e autoeficácia. Esta informação é recolhida durante a investigação formativa para ajudar a destacar as áreas chave em que se devem centrar os programas de MSC. Os avaliadores podem esperar respostas comportamentais indesejáveis quando as pessoas têm fortes percepções de risco, mas duvidam da sua capacidade de dar uma resposta recomendada, como obter sulfadoxina-pirimetamina

(SP) na clínica durante uma visita pré-natal, e/ou duvidam que a resposta recomendada funcione para evitar a ameaça percebida, como os fortes rumores de que a PIDOM ou os MTIs reduzem a fertilidade. Por conseguinte, as atividades de M&A devem medir as percepções de eficácia quando avaliam as percepções de risco, para que os programas de MSC possam conceber as melhores formas de abordar a questão.

A suscetibilidade percebida pode mudar devido a variações sazonais na transmissão da malária. O módulo de MSC do IIM e o ICM são normalmente utilizados durante ou logo após a estação das chuvas para avaliar a forma como os indivíduos percebem a sua suscetibilidade (e documentam o seu comportamento) quando o risco real é mais elevado. Algumas perguntas descrevem a variação sazonal potencial, perguntando sobre o risco percebido de contrair malária durante cada estação. Esta informação é depois utilizada para informar as mensagens de MSC em diferentes alturas do ano, especialmente para promover comportamentos de prevenção durante todo o ano.

A informação sobre a suscetibilidade percebida também pode ser usada durante a M&A para verificar se a população-alvo foi convencida de que está em risco de contrair malária.

Pontos fortes. Tal como a inteligência, a suscetibilidade percebida é uma construção latente, um fenómeno que não pode ser diretamente observado ou medido, mas que se presume existir com base em comportamentos ou respostas observáveis. Este indicador utiliza várias perguntas, designadas por escala, para medir diferentes aspetos desta percepção.

As escalas são normalmente utilizadas para medir uma percepção que pode ter várias dimensões e, por conseguinte, não pode ser medida através de uma única pergunta. As escalas são amplamente utilizadas na investigação em psicologia social e comportamento de saúde porque conduzem a resultados de investigação mais precisos (Boateng et al., 2018). Algumas das perguntas fornecidas utilizam itens com código invertido; a sua inclusão reduz o enviesamento ao evitar que os inquiridos se enquadrem num padrão de resposta.

Limitações. Inserir várias perguntas sobre a percepção de suscetibilidade em inquéritos ou atividades de recolha de dados que não tenham a MSC como foco principal (como um inquérito pós-distribuição de MTI) pode ser um desafio por razões como a duração e o custo. A utilização de escalas pode não ser muito familiar para os intervenientes e analistas de dados, pelo que podem necessitar de alguma orientação para se sentirem confortáveis com esta abordagem. Do mesmo modo, a utilização de itens com códigos invertidos pode colocar desafios durante a análise dos dados. Os planos de análise devem ser claros quanto às perguntas que devem ser objeto de codificação inversa e à forma como os resultados devem ser interpretados.

Outra limitação é o facto de os participantes em inquéritos ou entrevistas poderem dar respostas que consideram socialmente desejáveis, o que pode levar a uma sobrevalorização da gravidade percebida.

Percentagem de pessoas que consideram que as consequências da malária são graves (gravidade percebida)

Fundamentação. O objetivo deste indicador é descobrir que

proporção da população-alvo acredita que as consequências da malária são graves. De acordo com o EPPM, a percepção da gravidade é crucial para galvanizar a ação. Quando as pessoas têm a percepção de que a ameaça é elevada e que elas ou os seus entes queridos estão em risco, é mais provável que adotem o comportamento, desde que este seja exequível e considerado eficaz.

Definição. A proporção de pessoas que consideram que as consequências da malária são graves.

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

Denominador. Número de inquiridos.

Método de medição. A gravidade percebida é medida através de várias perguntas. É calculada uma pontuação média para cada inquirido, e os inquiridos com uma pontuação média superior a zero são considerados como tendo percepção da gravidade. Em seguida, o número de inquiridos com percepção de gravidade é comparado com o número total de inquiridos para obter o indicador. Para mais pormenores, consultar as perguntas do inquérito e as instruções de pontuação fornecidas no Anexo 3. Estas perguntas podem ser utilizadas para inquéritos aos agregados familiares, bem como para outros tipos de inquéritos e fontes de dados (por exemplo, IVR, SMS).

Quando utilizada em investigação qualitativa, a compreensão da gravidade percebida numa população pode parecer uma discussão sobre o que os inquiridos pensam que acontece às pessoas com malária, a gravidade com que descrevem essas consequências e se essas percepções mudaram desde o início do programa MSC.

Desagregação. As categorias de desagregação podem incluir idade, sexo, residência (rural/urbana), área geográfica (provincia/distrito ou endemicidade da malária), níveis de educação e quintis de riqueza.

Utilização e interpretação dos dados. Os resultados deste indicador devem ser examinados em conjunto com os indicadores de percepção de suscetibilidade, eficácia de resposta e autoeficácia. Esta informação é recolhida durante a investigação formativa para ajudar a destacar as áreas chave em que se devem centrar os programas de MSC. Os avaliadores podem esperar respostas comportamentais indesejáveis quando as pessoas têm fortes percepções de risco, mas duvidam da sua capacidade de dar uma resposta recomendada, como obter SP na clínica durante uma visita pré-natal, e/ou duvidam que a resposta recomendada funcione para evitar a ameaça percebida, como os fortes rumores de que a PIDOM ou os MTI reduzem a fertilidade. Por conseguinte, as atividades de M&A devem medir as percepções de eficácia quando avaliam as percepções de risco, para que os programas de MSC possam conceber as melhores formas de abordar a questão.

A informação sobre a percepção da gravidade também pode ser usada durante a M&A para verificar se a população-alvo foi convencida de que a malária pode ter consequências graves.

Pontos fortes. Tal como a suscetibilidade percebida, a gravidade percebida é uma construção latente, um fenómeno que não pode ser diretamente observado ou medido, mas que se presume existir com base em comportamentos ou respostas observáveis. Este indicador utiliza várias perguntas, designadas por escala, para medir diferentes aspetos desta percepção.

As escalas são normalmente utilizadas para medir uma percepção que pode ter várias dimensões e, por conseguinte, não pode ser medida através de uma única pergunta. As escalas são amplamente utilizadas na investigação em psicologia social e comportamento de saúde porque conduzem a resultados de investigação mais precisos (Boateng et al., 2018). Algumas das perguntas fornecidas utilizam itens com código invertido; a sua inclusão reduz o enviesamento ao evitar que os inquiridos se enquadrem num padrão de resposta.

Limitações. A inserção de várias perguntas sobre a percepção da gravidade em inquéritos ou atividades de recolha de dados que não tenham a MSC como foco principal (como um inquérito pós-distribuição de MTI) pode ser um desafio por razões como a duração e o custo. A utilização de escalas pode não ser muito familiar para os intervenientes e analistas de dados, pelo que podem necessitar de alguma orientação para se sentirem confortáveis com esta abordagem. Do mesmo modo, a utilização de itens com códigos invertidos pode colocar desafios durante a análise dos dados. Os planos de análise devem ser claros quanto às perguntas que devem ser objeto de codificação inversa e à forma como os resultados devem ser interpretados.

Outra limitação é o facto de os participantes em inquéritos ou entrevistas poderem dar respostas que consideram socialmente desejáveis, o que pode levar a uma sobrevalorização da gravidade percebida.

Percentagem de pessoas que acreditam que uma prática ou produto recomendado irá reduzir o seu risco (eficácia percebida da resposta)

Fundamentação. Este indicador mede a eficácia da resposta — a convicção de que uma atividade ou solução irá controlar a ameaça. Antes que a mudança de comportamento possa ocorrer, as pessoas devem primeiro estar informadas sobre a mudança que precisa de acontecer e acreditar que beneficiarão pessoalmente com a adoção do comportamento.

Definição. Este indicador é definido como a proporção da população-alvo inquirida que acredita que a prática ou produto recomendado irá reduzir o seu risco pessoal de resultados adversos para a saúde.

Os indicadores de autoeficácia, eficácia de resposta, normas e atitudes utilizam expressões genéricas como "comportamento/prática ou produto". Estas frases devem ser revistas para corresponder ao comportamento de interesse.

A "prática" refere-se ao comportamento desejado que o programa está a tentar promover entre os membros da população-alvo, como dormir sob um MTI ou realizar as visitas pré-natais. Exemplos de "produtos" recomendados — que acompanham as práticas recomendadas — incluem SP para TIP durante a gravidez, ACTs para tratar a malária, TDR ou MTIs.

Numerador. Número de inquiridos que acreditam que um comportamento ou prática reduzirá o seu risco de contrair malária.

Denominador. Número total de inquiridos.

Método de medição. As perguntas sobre autoeficácia, eficácia de resposta, atitudes e normas utilizam expressões genéricas como "prática ou produto". Estas frases devem ser revistas para corresponder ao comportamento de interesse. Cada

comportamento de interesse deve ter o seu próprio conjunto de perguntas de eficácia de resposta e, conseqüentemente, a sua própria pontuação de eficácia de resposta. Quando é avaliado mais do que um comportamento, pode ser calculada uma pontuação global de autoeficácia.

A percepção da eficácia da resposta é medida através de várias perguntas. É calculada uma pontuação média para cada inquirido, e os inquiridos com uma pontuação média superior a zero são considerados como tendo percepção da eficácia da resposta. Em seguida, o número de inquiridos com eficácia de resposta percebida é comparado com o número total de inquiridos para obter o indicador. Para mais pormenores, consultar as perguntas do inquérito e as instruções de pontuação fornecidas no Anexo 3. Estas perguntas podem ser utilizadas para inquéritos aos agregados familiares, bem como para outros tipos de inquéritos e fontes de dados (por exemplo, IVR, SMS).

Quando utilizada em investigação qualitativa, a compreensão da eficácia de resposta percebida numa população pode parecer uma discussão sobre o que os inquiridos pensam de programas específicos de malária, até que ponto pensam que são eficazes e se essas percepções mudaram desde que o programa de MSC começou.

Desagregação. Este indicador pode ser desagregado por várias características para fornecer informações sobre as percepções da população sobre determinados produtos e práticas. Pode ser útil desagregar a informação por várias categorias, incluindo idade, sexo, residência (rural/urbana), profissão, níveis de educação e quintis de riquezas.

Utilização e interpretação dos dados. Os resultados deste indicador fornecem informações que podem ser utilizadas para o desenvolvimento de programas de MSC. Se as pessoas não acreditarem que uma prática ou um produto reduzirá o seu risco, é pouco provável que o utilizem de forma consistente. Os comportamentos contra a malária com baixa eficácia de resposta percebida podem ser priorizados nos programas de MSC. A informação sobre a percepção da eficácia da resposta também pode ser utilizada durante a M&A para verificar se a população-alvo foi convencida de que uma determinada prática ou produto reduzirá o seu risco.

Os dados sobre a eficácia da resposta que são específicos de um comportamento são mais úteis para informar os programas de MSC do que uma pontuação global para todos os comportamentos. Um resultado global de eficácia de resposta seria útil principalmente para seguir as tendências das percepções gerais sobre a malária ao longo do tempo; ao passo que os dados de eficácia de resposta específicos de um comportamento são mais facilmente traduzidos em mensagens e abordagens.

Pontos fortes. Tal como a suscetibilidade percebida, a eficácia da resposta percebida é uma construção latente, um fenómeno que não pode ser diretamente observado ou medido, mas que se presume existir com base em comportamentos ou respostas observáveis. Este indicador utiliza várias perguntas, designadas por escala, para medir diferentes aspetos desta percepção.

As escalas são normalmente utilizadas para medir uma percepção que pode ter várias dimensões e, por conseguinte, não pode ser medida através de uma única pergunta. As escalas são amplamente utilizadas na investigação em psicologia social e comportamento de saúde porque conduzem a resultados de

investigação mais precisos (Boateng et al., 2018). Algumas das perguntas fornecidas utilizam itens com código invertido; a sua inclusão reduz o enviesamento ao evitar que os inquiridos se enquadrem num padrão de resposta.

Limitações. A inserção de várias perguntas sobre a eficácia da resposta em inquéritos ou atividades de recolha de dados que não tenham a MSC como foco principal (como um inquérito pós-distribuição de MTI) pode ser um desafio por razões como a duração e o custo. A utilização de escalas pode não ser muito familiar para os intervenientes e analistas de dados, pelo que podem necessitar de alguma orientação para se sentirem confortáveis com esta abordagem. Do mesmo modo, a utilização de itens com códigos invertidos pode colocar desafios durante a análise dos dados. Os planos de análise devem ser claros quanto às perguntas que devem ser objeto de codificação inversa e à forma como os resultados devem ser interpretados.

Outra limitação é o facto de os participantes em inquéritos ou entrevistas poderem dar respostas que consideram socialmente desejáveis, o que pode levar a uma sobrevalorização da eficácia da resposta percebida.

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

Fundamentação. O objetivo deste indicador é medir que proporção da população sente que tem capacidade para praticar um determinado comportamento em relação à malária. De acordo com várias teorias de mudança de comportamento, incluindo a teoria social cognitiva, quando as pessoas não estão confiantes na sua capacidade de realizar um comportamento relacionado com a malária, é pouco provável que adotem esse comportamento.

Definição. Este indicador mede a percentagem da população que sente que pode realizar o comportamento com sucesso. A perceção da autoeficácia é diferente da perceção da eficácia da resposta (acima). No entanto, estas crenças estão relacionadas, uma vez que a crença na eficácia da ação também encorajará a adoção do comportamento.

Os indicadores de autoeficácia, eficácia de resposta, normas e atitudes utilizam expressões genéricas como "comportamento/prática ou produto". Estas frases devem ser revistas para corresponder ao comportamento de interesse. O "comportamento" refere-se ao resultado desejado que o programa está a tentar alcançar entre os membros da população-alvo. Exemplos de comportamento incluem dormir sob um MTI, administrar doses de SMC a crianças elegíveis ou iniciar visitas pré-natais no primeiro trimestre.

Numerador. Número de inquiridos que afirmam estar confiantes na sua capacidade de realizar um comportamento específico relacionado com a malária.

Denominador. Número total de inquiridos.

Método de medição. As perguntas sobre autoeficácia, eficácia de resposta, atitudes e normas utilizam expressões genéricas como "comportamento/prática ou produto". Estas frases devem ser revistas para corresponder ao comportamento de interesse. Cada comportamento de interesse deve ter o seu próprio conjunto de perguntas de autoeficácia e, conseqüentemente, a sua própria

pontuação de autoeficácia. Quando é avaliado mais do que um comportamento, pode ser calculada uma pontuação global de autoeficácia.

A autoeficácia percebida é medida através de várias perguntas. É calculada uma pontuação média para cada inquirido, e os inquiridos com uma pontuação média superior a zero são considerados como tendo perceção de autoeficácia. Em seguida, o número de inquiridos com perceção de autoeficácia é comparado com o número total de inquiridos para obter o indicador. Para mais pormenores, consultar as perguntas do inquérito e as instruções de pontuação fornecidas no Anexo 3. Estas perguntas podem ser utilizadas para inquéritos aos agregados familiares, bem como para outros tipos de inquéritos e fontes de dados (por exemplo, IVR, SMS).

Quando utilizada na investigação qualitativa, a compreensão da autoeficácia percebida pode parecer uma discussão sobre como as pessoas se sentem em relação à sua capacidade de completar certos comportamentos contra a malária, os fatores que facilitam ou impedem a sua capacidade de o fazer, e se essas perceções mudaram desde o início do programa de MSC.

Desagregação. Este indicador pode ser desagregado por várias características para fornecer aos responsáveis pela implementação do programa informações sobre a confiança da população em adotar comportamentos relacionados com a malária. Pode ser útil desagregar a informação por várias categorias, incluindo idade, sexo, residência (rural/urbana), profissão, níveis de educação e quintis de riqueza.

Utilização e interpretação dos dados. As informações sobre a autoeficácia podem ser úteis para conceber programas de MSC (investigação formativa), bem como durante as fases de M&A do público, para verificar se o grupo-alvo aumentou a sua confiança na execução de um comportamento relacionado com a malária. Os dados sobre a autoeficácia que são específicos de um comportamento são mais úteis para informar os programas de MSC do que uma pontuação global de autoeficácia para todos os comportamentos. Uma pontuação global de autoeficácia seria útil principalmente para acompanhar as tendências das perceções gerais sobre a malária ao longo do tempo; enquanto que os dados de autoeficácia específicos de um comportamento são mais facilmente traduzidos em mensagens e abordagens. Os programas de MSC que visam aumentar a perceção de autoeficácia fazem-no centrando-se nas competências das pessoas e na sua convicção de que são capazes de as exercer.

Pontos fortes. Tal como acontece com os outros indicadores de risco e de eficácia, a perceção de autoeficácia é uma construção latente, um fenómeno que não pode ser diretamente observado ou medido, mas que se presume existir com base em comportamentos ou respostas observáveis. Este indicador utiliza várias perguntas, designadas por escala, para medir diferentes aspetos desta perceção.

As escalas são normalmente utilizadas para medir uma perceção que pode ter várias dimensões e, por conseguinte, não pode ser medida através de uma única pergunta. As escalas são amplamente utilizadas na investigação em psicologia social e comportamento de saúde porque conduzem a resultados de investigação mais precisos (Boateng et al., 2018). Algumas das perguntas fornecidas utilizam itens com código invertido; a sua inclusão reduz o enviesamento ao evitar que os inquiridos se enquadrem num padrão de resposta.

Limitações. A inserção de várias questões de autoeficácia em inquéritos ou atividades de recolha de dados que não tenham a MSC como foco principal (como um inquérito pós-distribuição de MTI) pode ser um desafio por razões como a duração e o custo. A utilização de escalas pode não ser muito familiar para os intervenientes e analistas de dados, pelo que podem necessitar de alguma orientação para se sentirem confortáveis com esta abordagem. Do mesmo modo, a utilização de itens com códigos invertidos pode colocar desafios durante a análise dos dados. Os planos de análise devem ser claros quanto às perguntas que devem ser objeto de codificação inversa e à forma como os resultados devem ser interpretados.

Outra limitação é o facto de os participantes em inquéritos ou entrevistas poderem dar respostas que consideram socialmente desejáveis, o que pode levar a uma sobrevalorização da percepção de autoeficácia.

Normas

As normas sociais — crenças sobre comportamentos comuns e práticas esperadas num grupo — desempenham um papel significativo nos comportamentos de saúde pública. A teoria da aprendizagem social afirma que as pessoas aprendem observando o que os outros fazem. As pessoas observam as consequências (benefício ou punição) das ações dos 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.

Normas descritivas: percentagem de pessoas que acreditam que a maioria dos seus amigos e membros da comunidade praticam atualmente o comportamento

Normas injuntivas: percentagem de pessoas que acreditam que a maioria dos seus amigos e membros da comunidade aprovariam o comportamento

Fundamentação. Evidências crescentes mostram que as normas são relevantes para os comportamentos relacionados com a malária, como a utilização de mosquiteiros, cuidados e reparação de mosquiteiros, adesão ao prestador de cuidados, procura de cuidados e TIP (Davlant, et al., 2019; Awantang et al., 2018; Do et al., 2018; Olapeju et al., 2020; Phok et al., 2022; Scandurra, 2014;).

Definição. *Normas descritivas* são percepções de quão prevalente ou comum é um comportamento no ambiente imediato ou na comunidade. *Normas coercivas* são a percepção de que se espera que uma pessoa siga uma determinada norma e que os outros a sigam numa determinada situação, independentemente da forma como normalmente age. As normas coercivas ajudam um indivíduo a determinar o que é um comportamento social aceitável ou inaceitável.

"Acreditar" é definido como aquilo que os inquiridos entendem, discernem ou reconhecem como verdadeiro com base, em grande medida, na experiência pessoal ou em evidências quotidianas.

Os indicadores de autoeficácia, eficácia de resposta, normas e atitudes utilizam expressões genéricas como "comportamento/prática ou produto". Estas frases devem ser revistas para corresponder ao comportamento de interesse.

O "comportamento" refere-se ao resultado desejado que o programa está a tentar alcançar entre os membros da população-alvo. Exemplos de comportamento incluem dormir sob um MTI, administrar doses de SMC a crianças elegíveis ou iniciar visitas pré-natais no primeiro trimestre.

Numerador. *Norma descritiva* é o número de inquiridos que acreditam que os seus amigos e membros da comunidade estão a praticar o comportamento recomendado. *Norma injuntiva* é o número de inquiridos que acreditam que a maioria dos seus amigos e membros da comunidade aprovariam o comportamento

Denominador. O número total de inquiridos.

Métodos de medição. Cada indicador é medido através de uma pergunta. Cada comportamento de interesse deve ter a sua própria pergunta normativa.

Para mais pormenores, consultar as perguntas do inquérito e as instruções de pontuação fornecidas no Anexo 3. Estas perguntas podem ser utilizadas para inquéritos aos agregados familiares, bem como para outros tipos de inquéritos e fontes de dados (por exemplo, IVR, SMS).

Quando utilizada na investigação qualitativa, a compreensão das normas pode assemelhar-se a uma discussão sobre que comportamentos ou ações são considerados generalizados ou raros no contexto dos inquiridos, que comportamentos são considerados aceitáveis ou inaceitáveis, se essas percepções mudaram desde o início do programa de MSC, quem é considerado influente no seu contexto e como se manifesta a pressão para se conformarem.

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

Utilização e interpretação dos dados. Estes indicadores podem ser úteis para investigação formativa e M&A. Quando as normas são reduzidas, os programas de MSC devem enquadrar o comportamento em relação à malária como socialmente desejável e comum para criar o impulso necessário e o ambiente favorável à mudança. Os programas de MSC podem influenciar comportamentos se retratarem certos comportamentos como socialmente inaceitáveis ou socialmente desejáveis. Quando as normas forem elevadas, pode-se afirmar que os programas de MSC estão a gerar com sucesso uma massa crítica que eventualmente levará a uma mudança de comportamento. A monitorização pode mostrar se o comportamento é percebido como cada vez mais ou menos comum ou aceitável, e as avaliações podem indicar se a MSC desempenhou um papel na mudança das normas.

Tal como com os outros fatores comportamentais, isto não significa que as mensagens/abordagens de normas sociais devam parar; pelo contrário, algumas abordagens de normas sociais devem ser continuadas, mas a ênfase deve mudar para outros fatores comportamentais. Se a aceitação do comportamento for superior às normas percebidas, pode valer a pena informar as pessoas de que a sua percepção da norma está em desacordo com a prática real.

Pontos fortes. É necessária apenas uma pergunta por comportamento para medir cada indicador de normas.

Limitações. Este indicador baseia-se em percepções pessoais e pode não refletir a realidade das práticas comunitárias. Como tal, os dados devem ser interpretados no contexto das questões colocadas e devem ser triangulados com outros resultados relacionados com a utilização efetiva dos MTI, a adoção do TIP e o comportamento de procura de cuidados de saúde. Outra limitação é o facto de os participantes em inquéritos ou entrevistas poderem dar respostas que consideram socialmente desejáveis, o que pode levar a uma sobrevalorização das normas sociais.

Atitudes

Por mais que os profissionais de MSC tomem medidas para evitar rumores, por vezes surgem ideias erradas e publicidade negativa que ganham força, influenciando fortemente a percepção do público sobre um determinado comportamento e possivelmente exagerando-o. Os avaliadores devem estar preparados para lidar com este possível resultado e implementar rápida e eficazmente uma forma de inverter a percepção e as atitudes do público.

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

Fundamentação. As ações das pessoas baseiam-se frequentemente em crenças sobre se um comportamento conduzirá a resultados ou experiências positivas (ou desejáveis) ou negativas (ou indesejáveis). Este indicador ajuda os programas de MSC a avaliar a percentagem da população-alvo que vê com bons olhos um comportamento, produto ou serviço contra a malária. De acordo com várias teorias de mudança de comportamento, em particular a teoria do comportamento planeado (Anexo 1), as pessoas que veem um comportamento ou produto de forma favorável, como a utilização de redes ou MTI, têm maior probabilidade de adotar um comportamento (Fishbein & Ajzen, 1975).

Definição. A "atitude favorável" é definida como a avaliação positiva de um comportamento, produto ou serviço por parte de uma pessoa. A atitude é diferente da eficácia da resposta percebida; a eficácia da resposta percebida tem a ver com o facto de o comportamento ser eficaz para reduzir o risco de contrair malária. No entanto, as atitudes referem-se a outros atributos, como a atratividade, o conforto, o prazer, etc.

Numerador. O número de inquiridos com uma pontuação média de atitude superior a zero para um produto, prática ou serviço.

Denominador. Número total de inquiridos.

Método de medição. As perguntas sobre autoeficácia, eficácia de resposta, atitudes e normas utilizam expressões genéricas como "comportamento/prática ou produto". Estas frases devem ser revistas para corresponder ao comportamento de interesse.

As atitudes favoráveis são medidas através de várias perguntas. Cada comportamento de interesse deve ter o seu próprio conjunto de questões atitudinais e, consequentemente, a sua própria pontuação de atitudes. Quando é avaliado mais do que um comportamento, pode ser calculada uma pontuação global da atitude.

É calculada uma pontuação média de atitudes para cada inquirido, e os inquiridos com uma pontuação média superior

a zero são considerados como tendo atitudes favoráveis. Em seguida, o número de inquiridos com atitudes favoráveis é comparado com o número total de inquiridos para obter o indicador. Para mais pormenores, consultar as perguntas do inquérito e as instruções de pontuação fornecidas no Anexo 3. Estas perguntas podem ser utilizadas para inquéritos aos agregados familiares, bem como para outros tipos de inquéritos e fontes de dados (por exemplo, IVR, SMS).

Quando utilizada em investigação qualitativa, a compreensão das atitudes pode parecer uma discussão sobre os aspetos dos comportamentos, produtos ou serviços contra a malária que atraem ou não atraem as pessoas, as razões para isso, e se essas percepções mudaram desde o início do programa de MSC.

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

Utilização e interpretação de dados. As informações sobre atitudes podem ser úteis para conceber programas de MSC (investigação formativa), bem como durante as fases de M&A do público para verificar se o grupo alvo desenvolveu atitudes mais positivas em relação a um comportamento, produto ou serviço contra a malária. Os dados de atitude que são específicos de um comportamento são mais úteis para informar os programas de MSC do que uma pontuação global de atitude para todos os comportamentos. Uma pontuação global seria útil principalmente para seguir as tendências das percepções gerais sobre a malária ao longo do tempo; ao passo que os dados de atitudes específicas de um comportamento são mais facilmente traduzidos em mensagens e abordagens. Quando a percentagem de inquiridos com atitudes favoráveis é baixa, os programas de MSC podem realçar os atributos positivos (isto é, atração, conforto, prazer, etc.) de comportamentos, produtos ou serviços contra a malária para melhorar este indicador. A desagregação dos resultados também ajudará a direcionar os recursos da MSC para as populações com mais possibilidades de melhoria.

Pontos fortes. Este indicador pode ser flexível. As perguntas fornecidas são de carácter geral e podem ser adaptadas ao contexto do país. Os países podem optar por utilizar apenas as perguntas que lhes pareçam pertinentes.

Tal como acontece com os indicadores de risco e de eficácia, ter atitudes favoráveis é um conceito latente, um fenómeno que não pode ser diretamente observado ou medido, mas que se presume existir com base em comportamentos ou respostas observáveis. Este indicador utiliza várias perguntas, designadas por escala, para medir diferentes aspetos desta percepção. As escalas são normalmente utilizadas para medir uma percepção que pode ter várias dimensões e, por conseguinte, não pode ser medida através de uma única pergunta. As escalas são amplamente utilizadas na investigação em psicologia social e comportamento de saúde porque conduzem a resultados de investigação mais precisos (Boateng et al., 2018). Algumas das perguntas fornecidas utilizam itens com código invertido; a sua inclusão reduz o enviesamento ao evitar que os inquiridos se enquadrem num padrão de resposta.

Limitações. A inserção de várias questões de atitude em inquéritos ou atividades de recolha de dados que não tenham a MSC como foco principal (como um inquérito pós-distribuição de MTI) pode ser um desafio por razões como a duração e o custo. A utilização de escalas pode não ser muito familiar para os

intervenientes e analistas de dados, pelo que podem necessitar de alguma orientação para se sentirem confortáveis com esta abordagem. Do mesmo modo, a utilização de itens com códigos invertidos pode colocar desafios durante a análise dos dados. Os planos de análise devem ser claros quanto às perguntas que devem ser objeto de codificação inversa e à forma como os resultados devem ser interpretados.

Outra limitação é o facto de os participantes em inquéritos ou entrevistas poderem dar respostas que consideram socialmente desejáveis, o que pode levar a uma sobrevalorização da percepção de autoeficácia.

Intenção

A intenção reflete a prontidão ou a vontade de um indivíduo de se envolver num determinado comportamento e é frequentemente um forte indicador de ações futuras. No entanto, a intenção, por si só, não garante a mudança de comportamento, uma vez que podem intervir barreiras externas ou prioridades concorrentes. A compreensão da intenção fornece aos programas de MSC informações valiosas sobre se as pessoas estão motivadas para agir e onde pode ser necessário apoio adicional para colmatar a lacuna entre a intenção e a ação.

Percentagem de pessoas que tencionam praticar o comportamento específico em relação à malária

Fundamentação. De acordo com as teorias comportamentais, como a Teoria do Comportamento Planeado, a intenção é o fator determinante mais próximo da possibilidade de um indivíduo se engajar num determinado comportamento. Este indicador capta a prontidão ou a motivação para agir e pressupõe que aqueles que estão motivados para agir terão maior probabilidade de implementar o comportamento em questão.

Definição. Este indicador mede a proporção de pessoas que expressam desejo, vontade, motivação ou empenho em adotar um comportamento específico relacionado com a malária no futuro.

Numerador. Número de pessoas que dizem ter intenção de praticar o comportamento especificado em relação à malária.

Denominador. Número total de pessoas inquiridas que são elegíveis para praticar o comportamento (por exemplo: as que tiveram uma criança com febre nas últimas 2 semanas, as que vivem em áreas onde são realizadas PIDOM ou SMC).

Método de medição. Os inquiridos são questionados sobre a sua intenção de realizar o comportamento especificado dentro de um prazo relevante (por exemplo, realizar as visitas pré-natais durante a sua próxima gravidez). Mais pormenores sobre subcomportamentos relacionados (como as visitas pré-natais precoces) podem ser pedidos de uma forma mais aberta para minimizar o enviesamento (exemplo: em que mês iria à sua primeira consulta?).

Desagregação. Pode ser útil desagregar a informação por categorias como idade, sexo, residência (rural/urbana), endemicidade da malária, profissão, níveis de educação e quintis de riqueza.

Utilização e interpretação dos dados. A informação sobre intenção pode ser útil para conceber programas de MSC (investigação formativa), assim como durante a monitorização de resultados para verificar se uma maior proporção da população-alvo tenciona praticar o comportamento recomendado contra a malária. A teoria comportamental sugere que, quando a percentagem da população que tenciona praticar o comportamento é baixa, a abordagem de fatores como o conhecimento, a percepção do risco, a eficácia, as atitudes e as normas pode aumentar a intenção. Quando a percentagem da população que tenciona praticar o comportamento é elevada, mas a adesão ao comportamento é baixa, as barreiras externas, tais como o acesso limitado aos recursos, os desafios da prestação de serviços ou as prioridades concorrentes, podem estar a impedir as pessoas de agirem de acordo com as suas intenções. Esta discrepância pode servir de base a mudanças programáticas, como a melhoria do acesso aos serviços, a redução dos custos ou a resolução de obstáculos sistémicos.

Pontos fortes. Este indicador baseia-se numa teoria comportamental bem estabelecida e é útil para informar atividades de MSC orientadas para vários comportamentos relacionados com a malária.

Limitações. Existe frequentemente uma diferença entre o número de pessoas que tencionam praticar um comportamento e as que o fazem (a lacuna entre intenção e ação). Este indicador, por si só, não explica a causa da lacuna. É útil dispor de dados sobre os outros indicadores deste guia, bem como de informações sobre as condições estruturais, a presença de sinais ambientais e outros fatores para identificar aqueles que podem impedir ou facilitar a tradução da intenção em ação. Por último, mas não menos importante, o enviesamento da desejabilidade social pode levar os inquiridos a sobredeclarar as suas intenções.



Crédito: Jennifer Somtore, PMI Zâmbia

Mulheres numa clínica pré-natal numa unidade sanitária na Zâmbia reúnem-se para um debate sobre a prevenção da malária na gravidez.



Indicadores de comportamento

Percentagem de pessoas que praticam o comportamento recomendado

Fundamentação. Os programas de MSC, assim como outras áreas técnicas (por exemplo, controlo de vetores, gestão de casos), contribuem conjuntamente e têm um objetivo comum de alcançar e manter níveis elevados de comportamentos saudáveis contra a malária entre a população, porque estes comportamentos podem reduzir a doença e salvar vidas.

Definição. O indicador "percentagem de pessoas que praticam o comportamento recomendado" é um conceito genérico que reflete o facto de que o comportamento deve ser captado no quadro de M&A do programa de MSC. Devem ser utilizados indicadores comportamentais específicos. Na página 12 são apresentados exemplos de comportamentos do agregado familiar e do prestador de serviços.

Notas sobre o indicador de utilização/acesso a redes. Este indicador mede a utilização de redes apenas entre as pessoas que têm acesso a redes. Fornece a estimativa da proporção da população que utilizou redes na noite anterior ao inquérito, entre as pessoas que têm acesso a uma rede no seu agregado familiar. Este indicador fornece informações sobre a verdadeira diferença de comportamento, uma vez que tem em conta o número de redes no agregado familiar. O site do [Relatório de acesso e utilização de MTI](#) mostra o rácio utilização/acesso entre países e dentro de cada país.

O "acesso aos MTI" baseia-se no número de MTI no agregado familiar e no número de membros do agregado familiar. Numa amostra grande, mede a proporção de pessoas que deveriam ter acesso a um MTI. Não pode ser calculado numa base individual. "Utilização" é a proporção da população que dormiu sob um MTI na noite anterior ao inquérito.

Quando o rácio utilização/acesso é elevado, considere perguntas adicionais para medir a consistência da utilização dos MTI (por exemplo, "na maioria das noites", "todas as noites", "durante a estação das chuvas e a estação seca", "durante todo o ano" ou durante cada mês do ano), ou triângule os dados de utilização dos mosquiteiros com os dados da precipitação e outras informações sazonais para compreender se existe uma variação sazonal na utilização dos mosquiteiros.

Indicadores de comportamento para a quimioprevenção sazonal da malária: as diretrizes para a administração de SMC variam de país para país, e ainda não há consistência nos comportamentos medidos. Por exemplo, em alguns locais, a primeira dose tem de ser administrada através de uma terapia diretamente observada; noutras locais, não é necessária uma terapia diretamente observada. Os indicadores de comportamento de amostra para SMC incluem a percentagem de crianças que tomaram a primeira dose de SMC, para cada ciclo de SMC (inquérito pós-ciclo ou pós-campanha). Outros comportamentos de interesse podem incluir a percentagem de crianças que receberam todas as doses de SMC durante um determinado ciclo. Outros indicadores podem ser encontrados no [kit de ferramentas de M&A da SMC Alliance](#).

Indicadores comportamentais para a vacinação contra a malária: exemplos de potenciais indicadores de resultados comportamentais incluem a percentagem de crianças elegíveis que recebem a primeira dose da vacina contra a malária, a percentagem de crianças elegíveis que completam a série de quatro doses da vacina contra a malária e a percentagem de crianças que recebem a vacina, por dose, etc. ([Promover a demanda da vacinação contra a malária um guia de planeamento](#)).

Método de medição

Os dados sobre os comportamentos dos agregados familiares são normalmente recolhidos através de ICM, IDS, IIM, MICS e outros inquéritos comunitários. Ver a secção Recursos (em **Inquéritos aos agregados familiares e instrumentos de recolha de dados**) para informações pormenorizadas sobre a medição destes indicadores, incluindo as perguntas, os numeradores e os denominadores. Os dados sobre os comportamentos dos prestadores de serviços são recolhidos através de avaliações das unidades sanitárias, estatísticas dos serviços e supervisão de apoio.

Os dados sobre a prevalência de comportamentos em relação à malária são geralmente recolhidos de forma quantitativa porque são objetivos-chave articulados em planos estratégicos nacionais contra a malária. Os números resultantes podem ser utilizados para monitorizar o progresso em direção aos objetivos. Para aqueles que desejam medir os comportamentos do agregado familiar utilizando métodos qualitativos, essas abordagens podem ser mais adequadas para populações-alvo mais pequenas (por exemplo, para realizar a automonitorização a nível individual, comunitário ou familiar), embora as ferramentas quantitativas de automonitorização também funcionem bem a estes níveis.

Desagregação

Estes indicadores podem ser desagregados por várias características para fornecer aos responsáveis pela implementação do programa informações sobre a prática de comportamentos específicos por parte das populações. Pode ser útil desagregar a informação por várias categorias, incluindo idade, sexo, residência (rural/urbana), endemicidade da malária, profissão, níveis de educação e quintis de riqueza. Para os prestadores de serviços, exemplos de categorias para desagregação incluem o quadro, o tipo de estabelecimento e a localização geográfica.

Utilização e interpretação dos dados

Estes indicadores são úteis em duas fases principais do ciclo de monitorização do programa: na fase de investigação formativa e na fase de M&A do público. No primeiro caso, estes indicadores podem destacar uma área prioritária ou um comportamento problemático. As baixas taxas mostram que o público-alvo não está a adotar medidas de prevenção e tratamento adequadas. Esta constatação é fundamental para a conceção de uma atividade de MSC. Na última fase, estes indicadores fornecem informações sobre a eficácia das campanhas de MSC e avaliam

em que medida se registou uma mudança de comportamento. No entanto, a mudança de comportamento é um processo moroso, e podem ser necessários vários anos de implementação do programa antes que ocorram mudanças significativas. Por esta razão, é importante utilizar igualmente os indicadores de resultados intermédios.

É ideal triangular as fontes de dados para, pelo menos, compreender a diferença entre o comportamento e o acesso. Por exemplo, a percentagem de pessoas que utilizaram um mosquiteiro deve ser comparada com a percentagem de pessoas com acesso a mosquiteiros (rácio entre a utilização e o acesso aos MTI). Do mesmo modo, para a malária na gravidez, pode examinar-se a diferença entre a utilização do serviço (comportamento da utente) e a receção do serviço (comportamento do prestador). O número de mulheres que receberam TIP1 ou TIP3 pode ser comparado com o número de mulheres que vieram às visitas pré-natais (ANC1) ou que tiveram pelo menos quatro visitas pré-natais, respetivamente. Estas comparações permitem que os gestores de programas tenham uma ideia de até que ponto as questões relacionadas com os prestadores de cuidados de saúde ou com as unidades sanitárias podem impedir a receção universal de TIP entre as mulheres que comparecem às visitas pré-natais.

Pontos fortes

As perguntas para a medição destes indicadores são versáteis. Podem ser adicionadas a quaisquer grandes inquéritos representativos a nível nacional, ou a inquéritos mais pequenos que sejam representativos de uma área subnacional, como uma região, um distrito ou uma área de projeto. Foram utilizados em vários inquéritos aos agregados familiares e, por esta razão, são geralmente bem aceites e é possível fazer comparações ao longo do tempo.

Limitações

Comportamentos do agregado familiar

As respostas dos agregados familiares estão sujeitas a autodeclaração individual. As respostas podem ser influenciadas por preconceitos de conveniência social (quando os inquiridos estão familiarizados com o comportamento e respondem da forma "correta" em vez de responderem de acordo com as suas verdadeiras ações). Nalguns casos, este enviesamento pode ser atenuado pela observação (por exemplo, suspensão dos MTI).

MTI. Alguns MTI do agregado familiar podem estar demasiado danificados para serem utilizados, o que resulta numa sobrestimativa do denominador. A utilização de MTI pode variar consoante a estação do ano, pelo que o momento da atividade de recolha de dados pode influenciar este resultado.

Malária na gravidez. Nem todas as mulheres podem saber que estão grávidas. Outras podem não querer comunicar se estiverem grávidas, especialmente se a visita de inquérito ocorrer durante o início da gravidez. Por este motivo, é difícil recolher dados sobre todas as mulheres grávidas da amostra. As mulheres podem não se lembrar do nome dos medicamentos que tomaram durante a gravidez para a prevenção da malária.

Procura de cuidados. Este indicador não explica por que razão não se procurou aconselhamento ou tratamento para algumas crianças. Embora a procura de cuidados dentro de 24 a 48 horas continue a ser importante para prevenir a malária grave, encontrar uma forma consistente de medir este facto tem sido um desafio.

Testagem. Este indicador não distingue quem foi responsável pelo resultado. Não é claro se foi porque um prestador de serviços ofereceu um teste de malária e/ou o antimalárico adequado, ou se um utente os pediu, aceitou ou rejeitou. Embora a conclusão de todas as doses seja um objetivo comum da MSC, o comportamento em si raramente é medido devido a desafios com a recordação e o viés de desejabilidade social e o acesso oportuno aos inquiridos elegíveis.

SMC. Estes indicadores não captam informações sobre as razões pelas quais algumas crianças visadas não receberam SMC.

Vacina contra a malária. O indicador não capta as razões pelas quais algumas crianças elegíveis não receberam a vacina contra a malária. Também não fornece informações sobre se as crianças elegíveis receberam a vacina de acordo com o esquema de dosagem recomendado.

Comportamentos dos prestadores

Indicadores de substituição para malária na gravidez e gestão de casos.

Estes indicadores não recolhem dados do público-alvo (prestadores de serviços), mas sim das mulheres e dos cuidadores que são os beneficiários dos comportamentos dos prestadores de serviços. Os inquéritos às unidades sanitárias são a melhor forma de medir os comportamentos dos prestadores de serviços.

- **Receção do TIP.** Este indicador não distingue quem foi responsável pelo resultado. Não é claro se foi porque um fornecedor o ofereceu, ou se um utente o solicitou, aceitou ou rejeitou. Nem sempre se sabe se uma unidade dispunha dos suprimentos necessários para fornecer SP.
- **Percentagem de crianças com menos de cinco anos de idade com febre nas duas últimas semanas que foram submetidas a uma picada no dedo ou no calcanhar.** Pode não ter sido utilizada uma picada no dedo ou no calcanhar para diagnosticar a malária. Por exemplo, pode ser utilizada para diagnosticar a anemia ou a febre tifoide. Não se pergunta ao inquirido se a picada no dedo ou no calcanhar foi utilizada para diagnosticar a malária porque pode não saber que doença foi testada.
- **Tratamento de acordo com os resultados dos testes.** Esta é uma medida de adesão aos resultados dos testes da malária. As razões para a não adesão aos resultados negativos dos testes, ou para a prescrição excessiva de ACT, não são exploradas.
- **Percentagem de crianças com menos de cinco anos com febre nas duas últimas semanas que receberam qualquer medicamento antimalárico e que receberam um ACT.** Este indicador limita-se às crianças que receberam antimaláricos. Não há informações sobre se a criança recebeu o antimalárico correto de acordo com as diretrizes nacionais. Mede simplesmente se foi administrado algum ACT.



Ambiente favorável

Os dados sobre o acesso geográfico são frequentemente captados através de inquéritos aos agregados familiares com indicadores como a percentagem da população que vive num raio de cinco quilómetros de uma unidade sanitária (por exemplo, IDS, IIM, ICM). O ICM também inclui perguntas que procuram saber porque é que um inquirido não procurou determinados serviços num determinado período de tempo ou de todo (por exemplo, visitas pré-natais precoces, gestão de casos), e as opções de resposta incluem fatores estruturais como a distância e o custo. No entanto, a informação sobre os custos específicos, as competências interpessoais dos prestadores de serviços e as considerações culturais seriam mais bem obtidas junto dos membros da comunidade (por exemplo, através de entrevistas à saída dos utentes, investigação qualitativa) e, em certa medida (quando incluídas nos instrumentos), da supervisão de apoio.

Uma forma de examinar a equidade é desagregar e analisar os dados por riqueza, idade, sexo, educação, língua e outros fatores contextualmente relevantes para explorar a relação entre o estatuto socioeconómico e a utilização dos serviços contra a malária. Quando existem dados quantitativos ou qualitativos sobre os resultados intermédios, podem ser elaborados perfis para descrever os obstáculos e os fatores que favorecem os grupos menos privilegiados (a [ferramenta Malaria Matchbox](#) fornece mais recursos sobre como fazer uma análise de equidade para a malária).

Por último, os dados relativos à disponibilidade de produtos e à qualidade da prestação de serviços podem ser obtidos através de inquéritos às unidades sanitárias, HMIS, LMIS, supervisão de apoio e dados administrativos das campanhas. A informação sobre as políticas de combate à malária e a qualidade da sua implementação pode ser encontrada nas análises dos programas de combate à malária e nas análises intercalares.

Anexo 3: Perguntas, análise e métodos de apresentação do inquérito

Para mais informações sobre a forma de utilizar os indicadores no contexto da investigação qualitativa, consulte a ficha de referência de cada indicador.



Considerações para a conceção, análise e apresentação dos resultados do inquérito

Dimensão da amostra

No caso de inquéritos de menor dimensão, os responsáveis pela implementação devem assegurar uma dimensão de amostra adequada para proporcionar relevância suficiente para a análise de dados desagregados para populações-alvo específicas, como as mulheres grávidas, se essa subpopulação for visada. É necessária uma dimensão de amostra suficientemente grande para extrair interpretações significativas dos dados e, para esse efeito, a incorporação destas perguntas nos inquéritos existentes deve ser discutida nas primeiras fases do planeamento, de modo a que sejam atribuídos recursos adequados a essa atividade.

Adaptação/ajustamento das perguntas

Públicos-alvo

Em geral, estes indicadores representam a medição de indivíduos, e não de agregados familiares. Mesmo que as perguntas sejam feitas como parte do questionário do agregado familiar, as respostas representam apenas o indivíduo que as fornece — não qualquer um dos outros membros do agregado familiar. Se o público-alvo for um subsegmento da população em geral, como mulheres grávidas ou crianças com menos de cinco anos de idade, as perguntas do inquérito devem ser feitas a essa subpopulação específica ou sobre ela; por exemplo, "A criança com menos de cinco anos de idade dormiu sob um MTI na noite passada?"

Se o grupo-alvo pretendido for o dos prestadores de cuidados de saúde, os dados terão de ser recolhidos através de um questionário aos prestadores. As perguntas deste anexo foram testadas apenas com os agregados familiares e não com os prestadores de cuidados de saúde. Estão em curso trabalhos para desenvolver as perguntas dos prestadores.

Os instrumentos de recolha de dados devem ser concebidos ou modificados de modo a garantir que as lógicas condicionais corretas sejam aplicadas para que não sejam feitas às pessoas perguntas que não lhes dizem respeito.

"Eu" versus "você"

Os responsáveis pela implementação devem decidir antecipadamente, com base no contexto, se os enumeradores (pessoal de recolha de dados) usam "eu" ou "você" ao formularem as perguntas. O questionário deve ser adaptado em conformidade; por exemplo, "Durante a estação das chuvas **eu/você** preocupo-me/preocupa-se quase todos os dias que alguém da **minha/sua** família apanhe malária."

Contexto local

Os instrumentos de recolha de dados devem ser adaptados, em geral, ao contexto do país. Isto inclui os nomes de medicamentos contra a malária e outros medicamentos, estruturas de saúde e atividades de MSC.

Viés de conveniência social

Viés de conveniência social pode ser uma limitação à qualidade dos dados se os inquiridos acreditarem que os enumeradores desejam ouvir determinadas respostas. Uma forma de saber se o enviesamento de desejabilidade social está presente após a recolha de dados é rever a distribuição das respostas a uma determinada pergunta. Se as respostas estiverem muito inclinadas para uma direção, a pergunta deve ser revista para ver se foi formulada de uma forma dirigida. No entanto, os primeiros passos para evitar o enviesamento por conveniência social consistem em manter as perguntas tão neutras quanto possível e em utilizar entrevistadores qualificados que conduzam as entrevistas de forma imparcial.

Análise, utilização e interpretação de dados

Escalas de Likert

As perguntas do tipo escala de Likert são normalmente pontuadas de modo a que "discordo totalmente" seja codificado como -2 e "concordo totalmente" seja codificado como +2. As perguntas que requerem uma inversão (Inv) devem ser codificadas de forma inversa. 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 de cada escala são então geradas para cada inquirido.

Embora as perguntas fornecidas utilizem uma escala de 5 pontos, os países e programas podem optar por utilizar um leque mais alargado de opções de resposta, como uma escala de 10 pontos. Um leque mais amplo de opções de resposta permite uma compreensão mais abrangente das perspetivas dos inquiridos, reduzindo simultaneamente a possibilidade de uma distribuição enviesada das respostas, o que pode limitar o poder analítico e a precisão dos resultados. Por exemplo, pode ser utilizada uma escala de Likert de 10 pontos com uma pergunta do género: "Vou ler-lhe uma série de afirmações e gostaria que me dissesse um número entre 1 e 10 que indique até que ponto concorda com a afirmação." Durante a análise, o ponto médio da escala é recodificado como "Não sei". Tal como acima,

é gerada uma pontuação média para cada escala para cada inquirido, e os inquiridos com uma pontuação superior à média são considerados como tendo autoeficácia/eficácia de resposta/ atitudes positivas, etc.

A opção "Não sabe/não tem a certeza" não é oferecida, mas se o inquirido tiver dúvidas quanto a uma resposta, esta opção pode ser utilizada. No entanto, os inquiridores devem ser treinados para não mencionarem esta opção e só a selecionarem se o inquirido não quiser responder.

Os analistas de dados também podem comunicar a percentagem de pessoas que concordam com a afirmação, agrupando as categorias "concordo totalmente" e "concordo" numa única medida.

Análise das respostas "não sabe"

A opção "não sabe" não é apresentada aos inquiridos — os inquiridores podem utilizá-la no caso raro de um inquirido não conseguir classificar a sua resposta numa das outras categorias. Durante a análise, as respostas "não sei" podem ser recodificadas como a mediana da distribuição (significando neutralidade) quando uma pontuação está a ser construída, de modo a que o número de valores permaneça o mesmo. Em alternativa, as respostas "não sabe" podem ser eliminadas ou recodificadas como omissas antes de se construir uma pontuação.

Desagregação dos resultados

Os resultados dos indicadores apresentados neste guia devem ser desagregados por sexo — e por idade, quando possível — para que se possam verificar quaisquer diferenças entre rapazes e raparigas ou mulheres e homens. Outros tipos comuns de desagregação incluem fases da vida (adolescentes, mulheres grávidas, cuidadores de crianças com menos de cinco anos, mulheres em idade reprodutiva), urbanidade, localização geográfica, educação e estatuto socioeconómico.

Criar um grupo de controlo

As avaliações devem classificar os indivíduos como expostos ou não expostos aos programas de MSC. Estes grupos devem então ser comparados, controlando os potenciais fatores de confusão. Os métodos analíticos podem incluir a correspondência da pontuação de propensão para criar grupos de controlo estatisticamente equiparados e a análise de mediação, que permite aos investigadores testar até que ponto as mudanças específicas nos conhecimentos e atitudes podem ser mapeadas e associadas à mudança de comportamento. Mais informações podem ser consultadas no [Módulo 5](#) do curso eletrónico chamado "Evidence-Based Malaria Social and Behavior Change Communication: From Theory to Program Implementation".

Interpretação

Os analistas de dados devem certificar-se de que estão a tirar conclusões válidas dos dados. Tais conclusões dependem da metodologia de amostragem e da abordagem analítica adotada. Os resultados obtidos podem ser influenciados por preconceitos. Devem ser envidados todos os esforços para controlar os enviesamentos e os fatores de confusão.



Crédito: Breakthrough ACTION - Nigéria

Um prestador de cuidados de saúde preenche a sua secção do cartão de encaminhamento de um programa MSC. O cartão de encaminhamento é utilizado para controlar a percentagem de utentes referenciados que obtêm o serviço.

Triangulação de fontes de dados

Como já foi referido, estes indicadores devem ser interpretados tendo em conta outras informações. Por si só, os indicadores podem nem sempre ser capazes de responder às perguntas "porquê?" e "e depois?". Ao triangular os dados destes indicadores com outras fontes, os investigadores podem contextualizar questões como o acesso a produtos e serviços ou informações sobre a formação do pessoal das unidades sanitárias. Esta informação ajuda a fornecer uma narrativa abrangente e explicações para os resultados observados.

Desagregação

A dimensão global da amostra também afetará as conclusões que podem ser retiradas dos dados. Se os gestores de programas desagregarem os dados por demasiadas categorias, o número de observações em cada categoria pode ser demasiado pequeno e os intervalos de confiança correspondentes serão amplos.

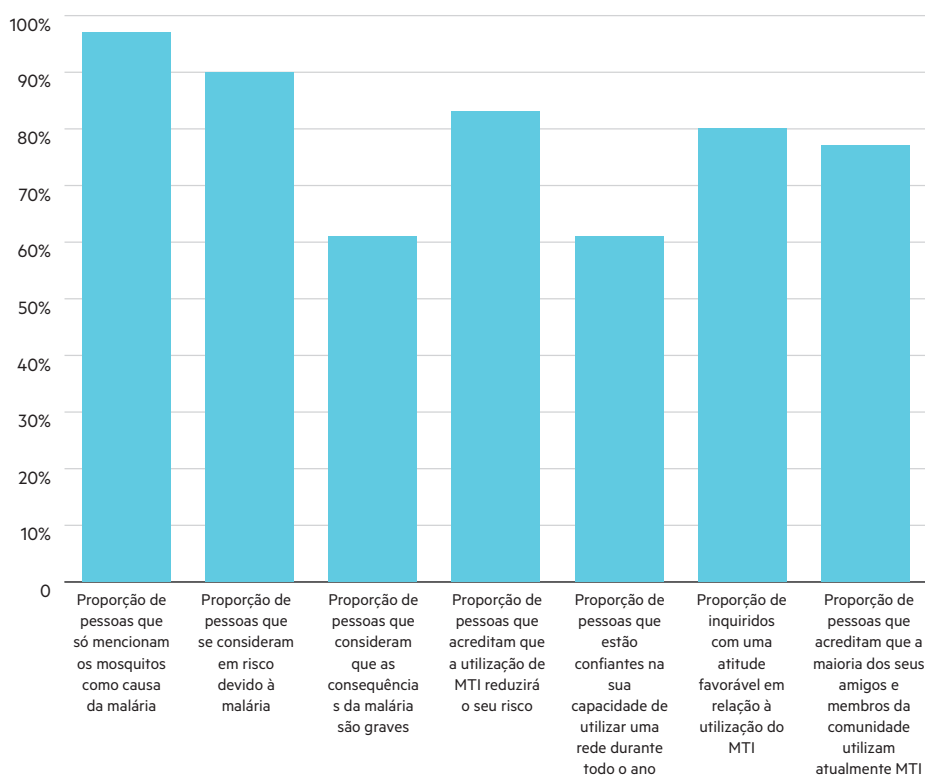
Apresentação de quantidades e percentagens

Os indicadores deste guia produzem estatísticas básicas que podem ser facilmente resumidas em tabelas ou gráficos simples. Os dados de cada indicador podem ser analisados e apresentados em quadros semelhantes aos dos relatórios IDS ou IIM (ver abaixo). Em alternativa, um simples gráfico de barras pode representar o resultado de cada indicador ou pergunta.

A estrutura do gráfico e do quadro dependerá do objetivo da análise. Uma tabela detalhada como a que se segue é útil para identificar as subpopulações a visar, enquanto um gráfico que compara todos os indicadores de resultados intermédios é útil para identificar quais as mensagens a que um programa de MSC deve dar prioridade.

Proporção de pessoas que se lembram de ouvir ou ver qualquer mensagem sobre a malária nos últimos seis meses				
Caraterística de fundo	Mulheres		Homens	
	Recordam as mensagens sobre a malária	Número	Recordam as 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 nas Terras Altas				
Epidemia no lago				
Semiárido sazonal				
Distrito				
A				
B				
C				
Educação				
Sem educação				
Ensino primário				
Primário completo				
Secundário				
Mais do que secundário				
Outras caraterísticas relevantes				

O gráfico abaixo mostra, por exemplo, que a sensibilização para o facto de os mosquitos serem a causa da malária é universal, e que 9 em cada 10 indivíduos acreditam que estão em risco de contrair malária. No entanto, há uma margem substancial para melhorar os níveis de outros indicadores, nomeadamente a perceção da gravidade e a perceção da autoeficácia. Apenas 6 em cada 10 pessoas acreditam que a malária pode ser grave e, da mesma forma, apenas 6 em cada 10 acreditam que podem usar uma rede durante todo o ano.



Exemplos de perguntas do inquérito



Exposição

Proporção de pessoas que se lembram de ouvir ou ver qualquer mensagem sobre malária nos últimos seis meses

Indicador facultativo adicional: percentagem de pessoas que se lembram de ter ouvido ou visto mensagens específicas sobre a malária (comunicada por cada mensagem específica)

Indicador facultativo adicional: percentagem de pessoas que se recordam de ter ouvido ou visto uma mensagem através do canal de comunicação "X" (comunicada por cada canal de comunicação específico)

As perguntas necessárias para o cálculo destes indicadores fazem parte dos questionários normalizados do IIM e do ICM. Estes dados também poderiam ser recolhidos em inquéritos subnacionais de menor dimensão, particularmente em áreas visadas pelas atividades de MSC.

O numerador é obtido perguntando ao inquirido⁴ se viu ou ouviu alguma mensagem sobre malária nos últimos seis meses. Nos casos em que o inquérito é realizado mais de seis meses após o programa MSC, o prazo pode ser ajustado em conformidade. No entanto, os responsáveis pela implementação devem ter em conta que um período de tempo alargado entre o programa de MSC e o inquérito irá provavelmente introduzir um maior enviesamento de memória na medição. Nos casos em que o programa de MSC tenha decorrido num período 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 tinham visto ou ouvido uma mensagem sobre malária no período de tempo especificado. A primeira pergunta de seguimento questiona quais as mensagens específicas que o inquirido viu ou ouviu, e a segunda pergunta onde é que a mensagem foi vista ou ouvida. Para reduzir ou eliminar potenciais enviesamentos 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 pedir ao inquirido que complete uma frase de efeito ou um jingle associado à campanha. Este método funciona bem na rádio, na televisão ou mesmo em eventos comunitários. Para campanhas mais visuais que utilizem painéis, cartazes ou outros materiais impressos, o enumerador pode pedir aos inquiridos que identifiquem um logótipo ou imagem familiar associado a uma campanha. O inquérito pode incluir perguntas sobre tantas mensagens específicas quantas as aplicáveis. Idealmente, as respostas não serão sugeridas, mas o recenseador pode fazer uma simples sondagem — "Há mais alguma coisa?" — para garantir que o inquirido considerou plenamente a pergunta.

O denominador para todos os indicadores é o número total de inquiridos. Um denominador alternativo para os indicadores adicionais poderia ser o "Número de inquiridos que se lembram de ter ouvido ou visto qualquer mensagem sobre a malária", se os investigadores quiserem saber qual a mensagem ou canal que mais ressoou na população-alvo que se lembra de ter ouvido ou visto qualquer mensagem.

Podem ser incluídas perguntas adicionais no instrumento de medição para fornecer mais pormenores e informações contextuais, tais como:

Acesso a rádio/televisão e frequência de utilização: o acesso à rádio e à televisão está incluído no ICM, IIM e IDS, mas apenas os Questionários às Mulheres do ICM e do IDS incluem perguntas sobre a frequência de utilização da rádio e da televisão. Estas duas fontes também incluem perguntas sobre a utilização e o acesso ao telemóvel.

Compreensão de uma mensagem ou jingle específico, por exemplo, se a mensagem é sobre a utilização de MTIs, procurar tratamento imediato para a febre ou reconhecer sinais de perigo de malária: Esta pergunta deve ser feita de forma aberta e sem ser sugestões.

O inquérito pode também incluir um canal de comunicação não utilizado no programa MSC para avaliar a extensão do enviesamento da conveniência social inerente às respostas. O enviesamento de conveniência social ocorre quando o inquirido tenta dar a resposta socialmente correta ou uma resposta que considere que vai agradar ao entrevistador, em vez de uma resposta verdadeira. Esta verificação é particularmente útil num ambiente com relativamente poucos canais de comunicação.

Nota: estas perguntas são fornecidas apenas para referência. Na medida do possível, as perguntas e as opções de resposta devem ser adaptadas ao contexto do país no que respeita a mensagens chave e slogans recentes ou em curso.

⁴ No presente documento, "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 da malária. A "população-alvo" refere-se às entidades globais (indivíduos ou grupos sociais) a quem o programa ou atividade se destina, ou à 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 0
102	Onde é que ouviu ou viu as mensagens ou informações? Mais algum sítio?	CLÍNICA/HOSPITAL PÚBLICO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE AMIGOS/FAMÍLIA LOCAL DE TRABALHO GRUPOS DRAMÁTICOS EDUCADORES CARTAZES/PAINÉIS TELEVISÃO RÁDIO JORNAL ESCOLA MESQUITA LÍDERES COMUNITÁRIOS SMS/CHAT/EMAIL REDES SOCIAIS LÍDERES POLÍTICOS OUTROS (ESPECIFICAR): NÃO SABE	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 88 99

Pergunta N.º	Pergunta	Respostas	Código
103	Que mensagens sobre a malária ouviu ou viu? Mais alguma coisa?	DORMIR SOB UMA REDE MOSQUITEIRA TRATADA	1
		TODAS AS PESSOAS DEVEM DORMIR DEBAIXO DE UMA REDE MOSQUITEIRA TRATADA TODAS AS NOITES	2
		AS MULHERES GRÁVIDAS DEVEM EFETUAR VÁRIAS VISITAS PRÉ-NATAIS	3
		AS MULHERES GRÁVIDAS DEVEM TOMAR MEDICAMENTOS PARA EVITAR QUE APANHEM MALÁRIA	4
		QUALQUER PESSOA COM FEBRE DEVE DIRIGIR-SE A UMA UNIDADE SANITÁRIA PARA EFETUAR TESTES E TRATAMENTO	5
		AS CRIANÇAS COM FEBRE DEVEM SER LEVADAS SEM DEMORA PARA UMA UNIDADE SANITÁRIA	6
		O TESTE DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO AJUDA A SABER SE UMA FEBRE É CAUSADA PELA MALÁRIA	7
		TRATAMENTO GRATUITO COM ACT	8
		GARANTIR QUE AS CRIANÇAS RECEBEM OS MEDICAMENTOS QUE PREVINEM A MALÁRIA DURANTE A ESTAÇÃO DAS CHUVAS	9
		IR A UMA UNIDADE SANITÁRIA SE ESTIVER AUSENTE DURANTE A VISITA DE UM AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE PARA OBTER O MEDICAMENTO QUE PREVINE A MALÁRIA NAS CRIANÇAS DURANTE A ESTAÇÃO DAS CHUVAS	10
		DORMIR DEBAIXO DE UMA REDE TODAS AS NOITES PARA EVITAR OS MOSQUITOS	11
		COMO INSTALAR REDES MOSQUITEIRAS SOBRE A CAMA	12
		COMO LAVAR UMA REDE DE CAMA	13
		COMO DORMIR DEBAIXO DE UMA REDE DE CAMA	14
		ONDE OBTER MOSQUITEIROS GRATUITOS	15
		AS CRIANÇAS COM MENOS DE 5 ANOS DEVEM DORMIR DEBAIXO DE UM MOSQUITEIRO PARA EVITAR AS PICADAS DE MOSQUITO	16
		LIMPAR AS IMEDIAÇÕES	17
OUTROS (ESPECIFICAR):	88		
NÃO SABE	99		
104	Consegue completar a seguinte frase: [Inserir as primeiras palavras do slogan da MSC contra a malária específico do país]"	SIM	1
		NÃO	0
		NÃO SABE	99

Pergunta N.º	Pergunta	Respostas	Código
105	Onde é que ouviu ou viu esta frase?	CLÍNICA/HOSPITAL PÚBLICO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE AMIGOS/FAMÍLIA LOCAL DE TRABALHO GRUPOS/EVENTOS DE TEATRO COMUNITÁRIOS EDUCADORES CARTAZES/PAINÉIS TELEVISÃO RÁDIO JORNAL MESQUITA/IGREJA LÍDERES COMUNITÁRIOS REDES SOCIAIS SMS/CHAT/EMAIL INTERNET OUTROS (ESPECIFICAR): NÃO SABE	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 88 99
106	Quais destes logótipos/imagens reconhece? [O entrevistador mostra três imagens, incluindo o logótipo que foi utilizado na atividade de MSC; as outras duas são inventadas].	APENAS O LOGÓTIPO DA CAMPANHA LOGÓTIPO DA CAMPANHA E OUTRO APENAS OUTROS LOGÓTIPOS NÃO RECONHECEU NENHUM LOGÓTIPO	1 2 3 4
107	Onde é que viu esta imagem?	CLÍNICA/HOSPITAL PÚBLICO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE AMIGOS/FAMÍLIA LOCAL DE TRABALHO GRUPOS/EVENTOS DE TEATRO COMUNITÁRIOS EDUCADORES CARTAZES/PAINÉIS TELEVISÃO RÁDIO JORNAL MESQUITA/IGREJA LÍDERES COMUNITÁRIOS REDES SOCIAIS SMS/CHAT/EMAIL INTERNET OUTROS (ESPECIFICAR): NÃO SABE	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 88 99



Conhecimento

Percentagem de pessoas que mencionam os mosquitos como causa da malária

Indicador facultativo adicional: percentagem de pessoas que só mencionam os mosquitos como causa da malária

Para este indicador, "conhecimento da causa da malária", o inquirido é questionado sobre as causas da malária e o enumerador assinala as respostas mencionadas. As opções do questionário devem incluir mosquitos ou picadas de mosquitos. Outras opções devem ser equívocos comuns sobre a causa da malária específicos do contexto. O inquirido é contabilizado no numerador se mencionar mosquitos ou picadas de mosquitos como a causa da malária.

No que diz respeito ao indicador facultativo adicional, algumas análises mostraram que, nalgumas zonas, os inquiridos que acreditam que só os mosquitos causam malária podem ter mais probabilidades de dormir com mosquiteiros tratados com inseticida. Para este indicador, os inquiridos são contabilizados no numerador se citarem *apenas* mosquitos como causa da malária, e não citarem quaisquer causas incorretas de malária. Os responsáveis pela implementação podem medir indicadores adicionais se tal for considerado útil para o programa.

Pergunta N.º	Pergunta	Respostas	Código
201	Qual é, na sua opinião, a causa da malária?	PICADAS DE MOSQUITO	1
		COMER COMIDA SUJA	2
	Mais alguma coisa?	COMER FRUTA NÃO MADURA	3
		ESTAR MAL NUTRIDO	4
	REGISTAR TODA AS MENCIONADAS	NÃO TER UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	5
		BEBER ÁGUA SUJA	6
		AMBIENTE SUJO	7
		BEBER CERVEJA	8
		FICAR ENCHARCADO DE CHUVA	9
		TEMPO FRIO OU VARIÁVEL	10
		BRUXARIA	11
		NASCIMENTO DOS DENTES	12
		INDIGESTÃO	13
		SOL	14
		COMER ÓLEO	15
		TRABALHO PESADO	16
OUTROS (ESPECIFICAR):	88		
NÃO SABE	99		

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

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

Para o indicador "conhecimento dos sintomas da malária", pede-se ao inquirido que indique os principais sinais ou sintomas da malária. As respostas devem ser espontâneas para minimizar o enviesamento, mas o entrevistador deve sondar os inquiridos para garantir que têm a oportunidade de dar várias respostas. Uma sondagem típica seria: "Há mais alguma coisa que seja um sinal de malária?" Para ser contabilizado no numerador, o inquirido deve identificar a febre entre as suas respostas.

O numerador para o indicador facultativo adicional seria obtido pedindo ao inquirido que indicasse sinais de perigo de malária. Os inquiridos só devem ser contabilizados se forem capazes de nomear pelo menos uma característica clínica com base nas diretrizes da OMS: perturbação da consciência, prostração/fraqueza extrema, convulsões, dificuldade respiratória, colapso circulatório/choque, lesão renal aguda, icterícia clínica e hemorragia anormal. As respostas devem ser espontâneas para minimizar o enviesamento, mas o entrevistador deve sondar os inquiridos para garantir que têm a oportunidade de dar várias respostas.

Pergunta N.º	Pergunta	Respostas	Código
301	Que sinais ou sintomas o/a levariam a pensar que uma pessoa tem malária? Mais alguma coisa? REGISTAR TODA AS MENCIONADAS	FEBRE	1
		SENTIR FRIO	2
		DOR DE CABEÇA	3
		NÁUSEAS E VÔMITOS	4
		DIARREIA	5
		TONTURAS	6
		PERDA DE APETITE	7
		DORES NO CORPO OU NAS ARTICULAÇÕES	8
		OLHOS PÁLIDOS	9
		PALMAS DAS MÃOS SALGADAS	10
		SENSAÇÃO DE FRAQUEZA	11
		RECUSA DE COMER OU BEBER	12
		OUTROS (ESPECIFICAR):	88
		NÃO SABE	99
302	Quais são os principais sinais de perigo da malária? Mais alguma coisa? REGISTAR TODA AS MENCIONADAS	CONVULSÕES	1
		DESMAIO	2
		QUALQUER FEBRE	3
		FEBRE ALTA	4
		PESCOÇO RÍGIDO	5
		SENSAÇÃO DE FRAQUEZA	6
		PROSTRAÇÃO	7
		ARREPIOS/TREMORES	8
		NÃO CONSEGUIR COMER	9
		VÔMITOS	10
		CHORAR A TODA A HORA	11
		INQUIETAÇÃO	12
		DIARREIA	13
		OUTROS (ESPECIFICAR):	88
NÃO SABE	99		

Percentagem de pessoas que sabem que a forma correta de diagnosticar a malária é através de um teste (TDR ou microscopia)

A pergunta seguinte pode ser usada para avaliar os conhecimentos da população em geral ou dos prestadores de cuidados sobre as diretrizes de diagnóstico da malária. Pode ser adaptada aos prestadores de serviços, substituindo "pais" por "prestadores de serviços" numa avaliação de uma unidade sanitária ou noutro questionário dirigido aos prestadores de serviços.

Respostas como "Levar a criança a um profissional de saúde" podem indicar que estão conscientes da importância do diagnóstico profissional, mas não confirmam que sabem que o teste é recomendado. Outras respostas potenciais podem incluir "ver os sintomas da criança" ou "exame físico", e pode ser útil ver a distribuição destas respostas entre os prestadores de cuidados de saúde. No entanto, apenas os que selecionaram "Colher sangue para fazer o teste da malária" cumprem os critérios do indicador.

As respostas devem ser espontâneas para minimizar o enviesamento, mas o entrevistador deve sondar os inquiridos (por exemplo, "Mais alguma coisa?") para garantir que têm a oportunidade de dar várias respostas.

Pergunta N.º	Pergunta	Respostas	Código
401	O que é que os pais devem fazer para saber com certeza se uma criança tem malária?	LEVAR A CRIANÇA A UM PROFISSIONAL DE SAÚDE	1
	Mais alguma coisa?	COLHER SANGUE PARA FAZER O TESTE DA MALÁRIA	2
	MÚLTIPLAS RESPOSTAS POSSÍVEIS	OUTROS (ESPECIFICAR)	88
		NÃO SABE	99

Percentagem de pessoas que conhecem o tratamento da malária

Para este indicador, "conhecimento do tratamento da malária", pede-se ao inquirido que indique o medicamento mais eficaz utilizado para tratar a malária. As respostas devem ser espontâneas para minimizar o enviesamento. Só é exigida uma resposta ao inquirido. O inquirido é contabilizado no numerador se citar ACTs como o tratamento mais eficaz, mas o contexto específico do país deve ser aplicado a esta medida. Por exemplo, um nome local para ACT é uma resposta aceitável.

Pergunta N.º	Pergunta	Respostas	Código
501	Qual é o medicamento mais eficaz utilizado para tratar a malária? REGISTAR TODA AS MENCIONADAS	SP/FANSIDAR	1
		CLOROQUINA	2
		QUININO	3
		NOVO MEDICAMENTO CONTRA A MALÁRIA/ACT	4
		ASPIRINA, PANADOL, PARACETAMOL	5
		ERVAS OU MEDICAMENTOS TRADICIONAIS	6
		OUTROS (ESPECIFICAR):	88
		NÃO SABE	99

Percentagem de pessoas que conhecem as medidas de prevenção comprovadas contra a malária

Indicador facultativo adicional: percentagem de pessoas com ideias erradas sobre práticas eficazes de prevenção da malária

Indicador facultativo adicional: percentagem de pessoas que sabem que o TIP é uma forma de proteger a mãe e o bebé da malária durante a gravidez (subanálise)

Indicador facultativo adicional: percentagem de prestadores de serviços que conhecem as diretrizes nacionais para a dosagem de TIP (momento e frequência)

Para o indicador "conhecimento das medidas preventivas", pede-se ao inquirido que indique uma ou mais medidas preventivas contra a malária. As opções do questionário devem incluir as medidas preventivas relevantes implementadas na comunidade; estas podem incluir a utilização de MTI, 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 opção. Outras opções devem incluir falsas medidas preventivas contra a malária, incluindo cortar relva, manter os arredores da casa limpos e evitar beber água suja. O inquirido só é contabilizado no numerador se nomear pelo menos uma das intervenções preventivas relevantes e nenhum dos comportamentos incorretos.

O indicador facultativo adicional (pessoas com ideias erradas) é o inverso do conhecimento das medidas preventivas. Os inquiridos são incluídos no numerador se citarem algum dos comportamentos incorretos.

Para o indicador facultativo adicional "conhecimento do TIP", o numerador é o número de inquiridos que selecionaram "tomar medicação preventiva" na pergunta 601, e o denominador é o número de inquiridos na amostra.

Pergunta N.º	Pergunta	Respostas	Código
601	Como é que uma pessoa se pode proteger contra a malária? Mais alguma coisa? REGISTAR TODA AS MENCIONADAS	DORMIR DEBAIXO DE REDES MOSQUITEIRAS	1
		DORMIR DEBAIXO DE UM MOSQUITEIRO	
		TRATADO COM INSETICIDA	2
		USAR REPELENTE DE MOSQUITOS	3
		EVITAR PICADAS DE MOSQUITO	4
		TOMAR MEDICAÇÃO PREVENTIVA DURANTE A GRAVIDEZ	5
		PULVERIZAR A CASA COM INSETICIDA	6
		USAR ESPIRAIS ANTIMOSQUITOS	7
		CORTAR A RELVA À VOLTA DA CASA	8
		ENCHER POÇAS (ÁGUA ESTAGNADA)	9
		MANTER OS ARREDORES DA CASA LIMPOS	10
		QUEIMAR FOLHAS	11
		NÃO BEBER ÁGUA SUJA	12
		NÃO COMER ALIMENTOS MAUS	13
		COLOCAR MOSQUITEIROS NAS JANELAS	14
		NÃO FICAR ENCHARCADO COM A CHUVA	15
		OUTROS (ESPECIFICAR):	88
NÃO SABE	99		

Indicador facultativo adicional: percentagem de pessoas que conhecem as diretrizes relativas ao calendário e frequência de visitas pré-natais/TIP

Para medir a sensibilização de uma população como a das mulheres em idade reprodutiva, seriam feitas as perguntas 601, 602 e 603 e seria calculado o número de mulheres que responderam corretamente a cada pergunta. Em alternativa, o número de mulheres que responderam corretamente a TODAS as três perguntas também poderia ser utilizado para avaliar a percentagem de mulheres com conhecimentos abrangentes.

Pode ser desenvolvida uma variação para os prestadores de cuidados utilizando as perguntas 604, 605 e 606. A fonte de dados seria um inquérito aos prestadores de serviços (como os realizados durante uma avaliação das unidades sanitárias).

Pergunta N.º	Pergunta	Respostas	Código
601 MULHERES	Quando é que uma mulher grávida deve ir aos cuidados pré-natais pela primeira vez?	ASSIM QUE SOUBER QUE ESTÁ GRÁVIDA	1
		QUANDO O BEBÉ COMEÇAR A MEXER-SE	2
		NO PRIMEIRO TRIMESTRE	3
		INÍCIO DO 4º MÊS OU 2º TRIMESTRE	4
		EM QUALQUER ALTURA DA GRAVIDEZ	5
		OUTROS (ESPECIFICAR)	88
		NÃO SABE	99
602 MULHERES	Quantas vezes é que uma mulher deve ir a uma visita pré-natal durante uma gravidez?	NÚMERO DE VEZES	--- ---
		NÃO SABE	99
603 MULHERES	Quantas vezes durante a gravidez é que uma mulher deve tomar medicamentos para não apanhar malária?	NÚMERO DE VEZES	--- ---
		NÃO SABE	99
604 PRESTADOR	Qual é o nome do medicamento que é dado às mulheres grávidas para evitar que apanhem malária? SÃO POSSÍVEIS MÚLTIPLAS RESPOSTAS. FAÇA UM CÍRCULO À VOLTA DE TODAS AS RESPOSTAS. SONDE UMA VEZ: MAIS ALGUMA COISA?	FANSIDAR	1
		CLOROQUINA	2
		METAKELFIN	3
		MEFLOQUINA	4
		ARTEMÉTER/LUMEFANTRINA	5
		QUININO	6
		COARTEM	7
		REMÉDIOS À BASE DE PLANTAS	8
		OUTRO	88
		NÃO SABE	99
605 PRESTADOR	Quando é que uma mulher grávida deve começar a tomar medicamentos para não apanhar malária?	ASSIM QUE SOUBER QUE ESTÁ GRÁVIDA	1
		QUANDO O BEBÉ SE MEXE PELA PRIMEIRA VEZ	2
		NA SUA PRIMEIRA VISITA PRÉ-NATAL	3
		INÍCIO DO 4º MÊS OU 2º TRIMESTRE	4
		EM QUALQUER ALTURA DA GRAVIDEZ	5
		OUTROS (ESPECIFICAR)	88
		NÃO SABE	99

606 PRESTA- DOR	Quantas doses de comprimidos antimaláricos deve uma mulher grávida tomar durante a gravidez para evitar contrair malária?	UM	1
		DOIS	2
		TRÊS	3
		MAIS DE TRÊS	4
		NÃO SABE	99



Risco e eficácia

Percentagem de pessoas que consideram estar em risco de contrair malária

Para calcular a **suscetibilidade percebida**, 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" seja codificado como +2, "discordo um pouco" seja codificado como +1, "concordo um pouco" seja codificado como -1 e "concordo totalmente" seja -2. As respostas às perguntas inversas (marcadas com "Inv") devem ser codificadas em sentido inverso. A opção "Não sabe/não tem a certeza" não é oferecida, mas se o inquirido tiver dúvidas quanto a uma resposta, esta opção pode ser utilizada. No entanto, os inquiridos devem ser treinados para encorajar os inquiridos a escolher uma resposta dentro de uma das outras categorias. Note-se que as perguntas devem ser invertidas.

Os indivíduos com uma pontuação média negativa inferior a zero são classificados como tendo "baixo risco percebido", e aqueles com uma pontuação média positiva superior a zero são classificados como tendo "alto risco percebido". A proporção total de indivíduos que consideram estar em risco de contrair malária pode então ser facilmente obtida.

Percentagem de pessoas que consideram que as consequências da malária são graves

Para calcular a **gravidade percebida**, calcula-se 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 superior a zero são classificados como tendo uma "percepção de gravidade elevada" e os indivíduos com uma pontuação média negativa inferior a zero são classificados como tendo uma "percepção de gravidade reduzida". A proporção total de indivíduos que consideraram a malária como grave pode então ser calculada.

		DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO UM POUCO	CONCORDO UM POUCO	CONCORDO PLENAMENTE	NÃO SABE / NÃO TEM A CERTEZA
SUSCETIBILIDADE						
701	Quase todos os anos, alguém nesta comunidade apanha um caso grave de malária.	1	2	3	4	99
702	Quando o seu filho/filha tem febre, quase sempre se preocupa com a possibilidade de poder ser malária.	1	2	3	4	99
703	Durante a estação das chuvas, preocupa-se quase todos os dias com a possibilidade de alguém da sua família apanhar malária.	1	2	3	4	99
704	Todos os meses, alguém no seu agregado familiar fica doente com malária.	1	2	3	4	99
GRAVIDADE						
801	Mesmo uma pessoa saudável pode ficar muito doente devido à malária.	1	2	3	4	99
802	Apanhar malária pode deixá-lo(a) muito doente.	1	2	3	4	99
803	Se contrair malária, pode afetar a sua capacidade de trabalhar ou de cuidar da sua família	1	2	3	4	99

		DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO UM POUCO	CONCORDO UM POUCO	CONCORDO PLENAMENTE	NÃO SABE / NÃO TEM A CERTEZA
804	Mesmo uma pessoa saudável pode ficar muito doente com a malária	1	2	3	4	99
805	Se não for tratada rapidamente, a malária nas crianças pode levar à morte.	1	2	3	4	99

Percentagem de pessoas que acreditam que uma prática ou produto recomendado irá reduzir o seu risco

Para calcular a **eficácia da resposta**, é calculada uma pontuação média. Para este indicador, as escalas de Likert são convertidas de forma a que "discordo totalmente" seja codificado como -2 e "concordo totalmente" seja codificado como +2, e as respostas às perguntas inversas (Inv) são codificadas de forma inversa. A opção "Não sabe/não tem a certeza" não é oferecida, mas se o inquirido tiver dúvidas quanto a uma resposta, esta opção pode ser utilizada. No entanto, os inquiridores devem ser treinados para encorajar os inquiridos a escolher uma resposta dentro de uma das outras categorias.

Uma pontuação média superior a zero para as perguntas sobre a PIDOM representa alguém que considera que a pulverização protege contra a malária. Da mesma forma, uma pontuação média superior a zero para as perguntas sobre MTI significa que o inquirido acha que os MTI o protegem da malária, e uma pontuação média superior a zero para as perguntas sobre TIP indica a convicção de que a terapia preventiva durante a gravidez é eficaz. Uma pontuação média superior a zero para as questões de diagnóstico indica que o inquirido acredita na eficácia dos diagnósticos. Por último, uma pontuação média superior a zero para as perguntas sobre tratamento representa alguém que considera que os ACT ou outro tratamento relevante são eficazes no tratamento da malária.

	QUESTÕES DE EFICÁCIA DA RESPOSTA	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO UM POUCO	CONCORDO UM POUCO	CONCORDO PLENAMENTE	NÃO SABE / NÃO TEM A CERTEZA
PULVERIZAÇÃO INTRADOMICILIÁRIA (PIDOM)						
901	Pulverizar as paredes interiores de uma casa é uma forma eficaz de prevenir a malária	1	2	3	4	99
902	As pessoas que vivem em casas que foram pulverizadas têm menos probabilidades de apanhar malária	1	2	3	4	99
UTILIZAÇÃO DE MTI						
904	As redes mosquiteiras protegem-me quer durma numa esteira ou numa cama	1	2	3	4	99
905 (Inv)	As probabilidades de contrair malária são as mesmas quer se durma ou não debaixo de uma rede mosquiteira	1	2	3	4	99
906	Dormir debaixo de uma rede mosquiteira todas as noites é a melhor forma de evitar apanhar malária	1	2	3	4	99
907	As redes mosquiteiras funcionam bem para evitar as picadas de mosquito	1	2	3	4	99
CUIDADOS PRÉ-NATAIS						
908	Consultar os profissionais de saúde (médico, enfermeiro) durante os dois primeiros meses de gravidez é uma boa forma de verificar se o bebé e a mãe são saudáveis	1	2	3	4	99

	QUESTÕES DE EFICÁCIA DA RESPOSTA	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO UM POUCO	CONCORDO UM POUCO	CONCORDO PLENAMENTE	NÃO SABE / NÃO TEM A CERTEZA
909	É indiferente a data em que uma mulher grávida vai às visitas pré-natais pela primeira vez	1	2	3	4	99
TRATAMENTO PREVENTIVO INTERMITENTE NA GRAVIDEZ (TIP)						
910	O medicamento para prevenir a malária durante a gravidez funciona bem para manter a mãe saudável.	1	2	3	4	99
911 (Inv)	Tomar o medicamento para prevenir a malária durante a gravidez não irá melhorar a saúde do bebê.	1	2	3	4	99
912 (Inv)	As probabilidades de contrair malária durante a gravidez são as mesmas, quer a mulher grávida tome ou não o medicamento para prevenir a malária.	1	2	3	4	99
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO						
913 (Inv)	Os pais podem diagnosticar a malária através dos sintomas dos seus filhos tão bem como através de uma análise ao sangue para detetar a malária	1	2	3	4	99
914 (Inv)	Os medicamentos contra a malária que se compram no mercado são tão bons como os que são distribuídos nas unidades sanitárias	1	2	3	4	99
915 (Inv)	Uma pessoa deve continuar a tomar medicamentos contra a malária mesmo que o resultado do teste da malária diga que a febre não se deve à malária	1	2	3	4	99
QUIMIOPREVENÇÃO SAZONAL DA MALÁRIA						
916	O medicamento SMC faz um bom trabalho ao manter as crianças a salvo da malária.	1	2	3	4	99
917 (Inv)	O medicamento SMC não funcionará bem se o meu filho/filha não tomar todas as doses.	1	2	3	4	99

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

As escalas de Likert são convertidas de modo a que "definitivamente poderia" seja codificado como +2 e "definitivamente não poderia" seja codificado como -2. A opção "Não sabe/não tem a certeza" não é oferecida, mas se o inquirido tiver dúvidas quanto a uma resposta, esta opção pode ser utilizada. No entanto, os inquiridores devem ser treinados para encorajar os inquiridos a escolher uma resposta dentro de uma das outras categorias.

Para os vários componentes do indicador como um todo, uma pontuação média superior a zero representa uma perceção de autoeficácia elevada, enquanto uma pontuação média inferior a zero representa uma perceção de autoeficácia reduzida.

Vou perguntar-lhe sobre uma série de ações que poderia realizar e gostaria que me dissesse até que ponto está confiante de que poderia realmente realizar essa ação com sucesso. Para cada ação, diga-me se acha que poderia, provavelmente poderia, provavelmente não poderia ou definitivamente não poderia realizar cada ação com sucesso. ENTREVISTADOR: NÃO LEIA A RESPOSTA "NÃO SABE" / "NÃO TEM A CERTEZA" E UTILIZE-A APENAS SE O INQUIRIDO NÃO FOR CAPAZ DE DAR OUTRA RESPOSTA.

		DEFINITIVAMENTE NÃO PODERIA	PROVAVELMENTE NÃO PODERIA	PROVAVELMENTE PODERIA	DEFINITIVAMENTE PODERIA	NÃO SABE / NÃO TEM A CERTEZA
UTILIZAÇÃO DE MTI						
1001	Dormir debaixo de uma rede mosquiteira toda a noite durante a estação das chuvas	1	2	3	4	99
1002	Dormir debaixo de uma rede mosquiteira toda a noite durante a estação seca	1	2	3	4	99
1003	Dormir debaixo de uma rede mosquiteira todas as noites do ano	1	2	3	4	99
PROCURAR DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO						
1004	Arranjar dinheiro para levar a criança rapidamente a uma unidade sanitária quando ela tem febre	1	2	3	4	99
1005	Se precisar de permissão, peça autorização ao seu marido ou a outro membro da família para levar o seu filho/filha à unidade sanitária/ao prestador de cuidados de saúde (médico, enfermeiro) quando o seu filho/filha tiver febre	1	2	3	4	99
1006	Levar o seu filho/filha ao centro de saúde no mesmo dia ou no dia seguinte em que ele tiver febre	1	2	3	4	99
1007	Pedir uma análise ao sangue numa unidade sanitária quando pensa que o seu filho/filha pode ter malária	1	2	3	4	99
1008	Arranjar dinheiro para pagar o medicamento que o profissional de saúde (médico, enfermeiro) recomenda para tratar a malária	1	2	3	4	99

		DEFINITIVA- MENTE NÃO PODERIA	PROVAVEL- MENTE NÃO PODERIA	PROVAVEL- MENTE PODERIA	DEFINITIVA- MENTE PODERIA	NÃO SABE / NÃO TEM A CERTEZA
TRATAMENTO PREVENTIVO INTERMITENTE NA GRAVIDEZ (TIP)						
1009	Ir às visitas pré-natais assim que pensar que pode estar grávida	1	2	3	4	99
1010	Convencer o seu cônjuge a acompanhá-la nas visitas pré-natais	1	2	3	4	99
1011	Procurar cuidados pré-natais mesmo que o seu líder religioso não concorde	1	2	3	4	99
1012	Pedir o medicamento para prevenir a malária durante a gravidez quando for às visitas pré-natais	1	2	3	4	99
1013	Tomar o medicamento para prevenir a malária durante a gravidez se o profissional de saúde (médico, enfermeiro) lho oferecer	1	2	3	4	99
1014	Fazer perguntas ao profissional de saúde (médico, enfermeiro) sobre quaisquer questões que possa ter sobre o medicamento para prevenir a malária	1	2	3	4	99
PULVERIZAÇÃO INTRADOMICILIÁRIA						
1015	Retirar todos os móveis da minha casa para preparar a casa para a pulverização	1	2	3	4	99
1016	Dormir em minha casa na noite em que é pulverizada	1	2	3	4	99
1017	Não rebocar ou voltar a pintar as paredes após a pulverização, durante 6 meses/um ano**	1	2	3	4	99
QUIMIOPREVENÇÃO SAZONAL DA MALÁRIA						
1018	Dar ao seu filho/filha todos os comprimidos de SMC que o distribuidor lhe deixou.	1	2	3	4	99

* dependendo da política nacional

** dependerá do inseticida utilizado



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

Os inquiridores medem a atitude perguntando-lhes até que ponto concordam ou discordam com estas afirmações, normalmente em termos de uma escala de quatro pontos (tipo Likert).

As afirmações devem corresponder todas ao mesmo comportamento, produto ou questão. Os inquiridos expressam os seus valores em termos do resultado esperado do comportamento, benefício ou dano esperado, ou atributos positivos e negativos do comportamento ou produto.

Para calcular a atitude de um inquirido, é calculada uma pontuação média para as perguntas desta secção. As escalas de Likert são convertidas de modo a que "discordo totalmente" seja codificado como -2 e "concordo totalmente" seja codificado como +2. As perguntas invertidas são codificadas de forma inversa. A opção "Não sabe/não tem a certeza" não é oferecida, mas se o inquirido tiver dúvidas quanto a uma resposta, esta opção pode ser utilizada. No entanto, os inquiridores devem ser treinados para não mencionarem esta opção e só a selecionarem se o inquirido não quiser responder. Qualquer resposta do tipo "não sabe" não é incluída no cálculo da média.

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

		DISCORDO TOTAL-MENTE	DISCORDO UM POUCO	CONCORDO UM POUCO	CONCORDO PLENA-MENTE	NÃO SABE / NÃO TEM A CERTEZA
TRATAMENTO PREVENTIVO INTERMITENTE NA GRAVIDEZ (TIP)						
1101 (Inv)	Uma mulher que já deu à luz anteriormente não precisa de consultar um profissional de saúde (médico, enfermeiro) assim que pensa que pode estar grávida	1	2	3	4	98
1102 (Inv)	Se uma mulher grávida se sentir saudável, não precisa de consultar um profissional de saúde (médico, enfermeiro)	1	2	3	4	99
1103	O medicamento administrado a mulheres grávidas para prevenir a malária durante a gravidez é seguro para elas e para os seus bebés	1	2	3	4	99
1104	Os benefícios de tomar o medicamento para prevenir a malária durante a gravidez valem qualquer desconforto que o medicamento possa causar.	1	2	3	4	99
MTI						
1108 (Inv)	Não é fácil dormir debaixo de uma rede mosquiteira porque todas as noites é preciso desdobrá-la e cobrir o espaço de dormir	1	2	3	4	99
1109 (Inv)	Não gosta de dormir debaixo de uma rede mosquiteira quando o tempo está demasiado quente	1	2	3	4	99
1110 (Inv)	Dormir debaixo de uma rede é um inconveniente para um casal que quer ter filhos	1	2	3	4	99

		DISCORDO TOTAL-MENTE	DISCORDO UM POUCO	CONCORDO UM POUCO	CONCORDO PLENA-MENTE	NÃO SABE / NÃO TEM A CERTEZA
1111 (Inv)	O cheiro do inseticida torna desconfortável dormir debaixo de uma rede mosquiteira	1	2	3	4	99
1112	As redes mosquiteiras tratadas com inseticida não representam um risco para a sua saúde	1	2	3	4	99
1113 (Inv)	As redes mosquiteiras mais caras são mais eficazes do que as redes mosquiteiras mais baratas ou gratuitas	1	2	3	4	99
1114	É mais fácil ter uma boa noite de sono quando se dorme debaixo de uma rede mosquiteira	1	2	3	4	99
1115	As redes mosquiteiras são geralmente fáceis de utilizar para dormir	1	2	3	4	99
1116	Utilizaria uma rede para dormir, independentemente do seu formato	1	2	3	4	99
1117	Usaria uma rede mosquiteira para dormir, independentemente da sua cor	1	2	3	4	99
1118 (Inv)	As redes mosquiteiras tratadas atraem percevejos e outros insetos	1	2	3	4	99
1119	Dormiria debaixo de uma rede mosquiteira, independentemente do material de que é feita	1	2	3	4	99
PROCURA DE CUIDADOS E ADESÃO AO TRATAMENTO						
1120	Quando se pensa que o seu filho/filha pode ter malária, a única fonte fiável de cuidados é um profissional de saúde ou um agente comunitário de saúde	1	2	3	4	99
1121 (Inv)	Prefere que o seu filho/filha receba o medicamento para tratar a malária por injeção em vez de o engolir em comprimidos	1	2	3	4	99
1122 (Inv)	Quando o seu filho/filha tem febre, é melhor começar por lhe dar qualquer medicamento para a malária que tenha em casa.	1	2	3	4	99
1123 (Inv)	Quando o seu filho/filha tem febre, prefere ir primeiro a um sítio para comprar medicamentos antes de o/a levar a um profissional de saúde (médico, enfermeiro)	1	2	3	4	99
1124 (Inv)	Quando o seu filho/filha tem febre, prefere esperar um dia para ver se melhora antes de ir a uma unidade sanitária ou a um agente comunitário de saúde	1	2	3	4	99

		DISCORDO TOTAL-MENTE	DISCORDO UM POUCO	CONCORDO UM POUCO	CONCORDO PLENAMENTE	NÃO SABE / NÃO TEM A CERTEZA
1125 (Inv)	Depois de os sintomas da malária terem desaparecido, não é necessário continuar a tomar o resto das doses do medicamento contra a malária.	1	2	3	4	99
1126	É necessário tomar todos os comprimidos antimaláricos prescritos para garantir uma recuperação completa da malária.	1	2	3	4	99
PULVERIZAÇÃO INTRADOMICILIÁRIA						
1127 (Inv)	Muitas pessoas desenvolvem problemas de pele (erupção cutânea, comichão) depois de as paredes das suas casas serem pulverizadas com inseticida.	1	2	3	4	99
1128	Depois de pulverizar as paredes interiores de uma casa com inseticida, uma pessoa pode tocar nas paredes com segurança depois de o spray ter secado.	1	2	3	4	99
1129 (Inv)	As pessoas têm problemas com insetos/percevejos depois de as paredes serem pulverizadas.	1	2	3	4	99
1130 (Inv)	É incomodativo deixar os seus pertences no exterior da sua casa enquanto as suas paredes estão a ser pintadas.	1	2	3	4	99
1131	Pulverizar as paredes interiores de uma casa para matar os mosquitos não causa quaisquer problemas de saúde às pessoas que vivem na casa.	1	2	3	4	99
1132 (Inv)	Não é necessário dormir debaixo de uma rede mosquiteira depois de a sua casa ter sido pulverizada.	1	2	3	4	99
QUIMIOPREVENÇÃO SAZONAL DA MALÁRIA						
1133	Os líderes da sua comunidade apoiam a distribuição do medicamento que previne a malária nas crianças durante a estação das chuvas.	1	2	3	4	99
1134	Quando as crianças tomam SMC, já não é necessário dormir sob MTIs para prevenir a malária.	1	2	3	4	99
1135	Os pais da sua comunidade sentem-se obrigados a aceitar o medicamento que previne a malária nas crianças durante a estação das chuvas que é oferecido pelos agentes comunitários de saúde.	1	2	3	4	99
1136	As crianças saudáveis continuam a precisar de tomar o medicamento para prevenir a malária nas crianças durante a estação das chuvas.	1	2	3	4	99

		DISCORDO TOTAL-MENTE	DISCORDO UM POUCO	CONCORDO UM POUCO	CONCORDO PLENA-MENTE	NÃO SABE / NÃO TEM A CERTEZA
1137	O medicamento dado para prevenir a malária durante a estação das chuvas pode fazer com que a criança fique doente.	1	2	3	4	99
1138	Os distribuidores do medicamento que previne a malária nas crianças durante a estação das chuvas obrigam os pais a pagar o medicamento.	1	2	3	4	99
1139	É importante dar ao seu filho/filha todas as doses do medicamento que previne a malária durante a estação das chuvas deixadas pelos distribuidores.	1	2	3	4	99

* Para os contextos em que a gestão integrada de casos na comunidade está a ser implementada, o seguinte também deve ser incluído como opção: "O melhor sítio para procurar tratamento para a febre em crianças com menos de cinco anos de idade é junto de um agente comunitário de saúde."



Normas

Normas descritivas: percentagem de pessoas que acreditam que a maioria dos seus amigos e membros da comunidade praticam atualmente o comportamento

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 pratica o comportamento em questão. Os códigos 1, 2 e 3 são agrupados numa única categoria ("pelo menos metade"). Os códigos 4 e 5 são agrupados numa outra categoria ("menos de metade"). A opção "Não sabe/não tem a certeza" não é oferecida, mas se o inquirido tiver dúvidas quanto a uma resposta, esta opção pode ser utilizada. No entanto, os inquiridores devem ser treinados para encorajar os inquiridos a escolher uma resposta dentro de uma das outras categorias.

Pergunta N.º	Pergunta	Respostas	Código
1201	De um modo geral, entre as pessoas da sua comunidade que têm redes mosquiteiras, quantas dormem debaixo delas todas as noites?	TODAS AS PESSOAS A MAIORIA DAS PESSOAS MAIS DE METADE MENOS DE METADE NINGUÉM NÃO SABE	1 2 3 4 5 99
1202	Em geral, quantas mulheres da sua comunidade vão às visitas pré-natais pelo menos quatro vezes* quando estão grávidas?	TODAS AS MULHERES A MAIORIA DAS MULHERES MAIS DE METADE DAS MULHERES MENOS DE METADE DAS MULHERES NINGUÉM NÃO SABE	1 2 3 4 5 99
1203	Em geral, quantas mulheres da sua comunidade tomam medicamentos para prevenir a malária quando estão grávidas?	TODAS AS MULHERES A MAIORIA DAS MULHERES MAIS DE METADE DAS MULHERES MENOS DE METADE DAS MULHERES NINGUÉM NÃO SABE	1 2 3 4 5 99
1204	De um modo geral, quantas mulheres da sua comunidade vão às visitas pré-natais nos primeiros 3 meses de gravidez?	TODAS AS MULHERES A MAIORIA DAS MULHERES MAIS DE METADE DAS MULHERES MENOS DE METADE DAS MULHERES NINGUÉM NÃO SABE	1 2 3 4 5 99
1205	Geralmente, quantas pessoas da sua comunidade levam os seus filhos a um prestador de cuidados de saúde no mesmo dia ou no dia seguinte a terem febre?	TODAS AS PESSOAS A MAIORIA DAS PESSOAS MAIS DE METADE MENOS DE METADE NINGUÉM NÃO SABE	1 2 3 4 5 99

Pergunta N.º	Pergunta	Respostas	Código
1206	Em geral, quantas crianças da sua comunidade com febre são levadas a uma unidade sanitária para serem testadas para a malária?	TODAS AS CRIANÇAS	1
		A MAIORIA DAS CRIANÇAS	2
		MAIS DE METADE DAS CRIANÇAS	3
		MENOS DE METADE DAS CRIANÇAS	4
		NINGUÉM	5
		NÃO SABE	99
1207	Em geral, quantas pessoas na sua comunidade dão aos seus filhos todas as doses do medicamento deixado pelo distribuidor?	TODAS AS PESSOAS	1
		A MAIORIA DAS PESSOAS	2
		MAIS DE METADE	3
		MENOS DE METADE	4
		NINGUÉM	5
		NÃO SABE	99
1208	Quantas famílias, em geral, na sua comunidade dão o medicamento a outras crianças do agregado familiar com mais de 5 anos?	TODAS AS PESSOAS	1
		A MAIORIA DAS PESSOAS	2
		MAIS DE METADE	3
		MENOS DE METADE	4
		NINGUÉM	5
		NÃO SABE	99

* Deve ser adaptado com base na política nacional de TIP

Normas injuntivas: percentagem de pessoas que acreditam que a maioria dos seus amigos e membros da comunidade aprovariam o comportamento

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 pratica o comportamento em questão. Os códigos 1, 2 e 3 são agrupados numa única categoria ("pelo menos metade"). Os códigos 4 e 5 são agrupados numa outra categoria ("menos de metade"). A opção "Não sabe/não tem a certeza" não é oferecida, mas se o inquirido tiver dúvidas quanto a uma resposta, esta opção pode ser utilizada. No entanto, os inquiridores devem ser treinados para encorajar os inquiridos a escolher uma resposta dentro de uma das outras categorias.

Pergunta N.º	Pergunta	Respostas	Código
1301	De um modo geral, entre todas as pessoas da sua comunidade, quantas pessoas o/a criticariam se soubessem que dorme debaixo de uma rede mosquiteira todas as noites?	TODAS AS PESSOAS	1
		A MAIORIA DAS PESSOAS	2
		MAIS DE METADE	3
		MENOS DE METADE	4
		NINGUÉM	5
		NÃO SABE	99
1302	De um modo geral, entre todas as pessoas da sua comunidade, quantas pessoas a criticariam se soubessem que vai às visitas pré-natais quatro ou mais vezes quando está grávida?	TODAS AS MULHERES	1
		A MAIORIA DAS MULHERES	2
		MAIS DE METADE DAS MULHERES	3
		MENOS DE METADE DAS MULHERES	4
		NINGUÉM	5
		NÃO SABE	99
1303	De um modo geral, entre todas as pessoas da sua comunidade, quantas pessoas a criticariam se soubessem que toma um medicamento para prevenir a malária quando está grávida?	TODAS AS MULHERES	1
		A MAIORIA DAS MULHERES	2
		MAIS DE METADE DAS MULHERES	3
		MENOS DE METADE DAS MULHERES	4
		NINGUÉM	5
		NÃO SABE	99
1304	De um modo geral, entre todas as pessoas da sua comunidade, quantas pessoas a criticariam se soubessem que foi às visitas pré-natais nos primeiros 3 meses de gravidez?	TODAS AS MULHERES	1
		A MAIORIA DAS MULHERES	2
		MAIS DE METADE DAS MULHERES	3
		MENOS DE METADE DAS MULHERES	4
		NINGUÉM	5
		NÃO SABE	99
1305	De um modo geral, entre todas as pessoas da sua comunidade, quantas pessoas o/a criticariam se soubessem que leva os seus filhos a um profissional de saúde no mesmo dia ou no dia a seguir a terem febre?	TODAS AS MULHERES	1
		A MAIORIA DAS MULHERES	2
		MAIS DE METADE DAS MULHERES	3
		MENOS DE METADE DAS MULHERES	4
		NINGUÉM	5
		NÃO SABE	99



Percentagem de pessoas que tencionam praticar o comportamento específico em relação à malária.

Este indicador é calculado como a proporção de inquiridos que tencionam praticar um comportamento específico em relação à malária. Os comportamentos múltiplos não são combinados porque a intenção de agir de uma pessoa pode ser diferente para cada comportamento.

Pergunta N.º	Pergunta	Respostas	Código
VISITAS PRÉ-NATAIS E TRATAMENTO PREVENTIVO INTERMITENTE (TIP)			
1401	Tenciona ter mais filhos?	NÃO SIM NÃO SABE	0 1 99
1402	Se engravidasse durante os próximos dois anos, quantas vezes acha que iria à unidade sanitária para visitas pré-natais?	NÚMERO DE VEZES NÃO SABE	--- 99
1403	Em que mês da sua gravidez iria à sua primeira visita pré-natal?	MÊS DE GRAVIDEZ NÃO SABE	--- 99
1404	Se ficar grávida nos próximos dois anos, acha que tomaria o medicamento (SP/Fansidar/Maloxine/3 comprimidos) para prevenir a malária durante a gravidez?	NÃO SIM NÃO SABE	0 1 99
PROCURA DE CUIDADOS E TRATAMENTO			
1405	Imagine que um dos seus filhos com menos de cinco anos tem febre hoje. Quanto tempo depois de se aperceber da febre iria procurar aconselhamento ou tratamento para o seu filho/filha?	HOJE AMANHÃ DEPOIS DE AMANHÃ OU MAIS TARDE NÃO PROCURARIA DE TODO ACONSELHAMENTO OU TRATAMENTO NÃO SABE	1 2 3 4 99

Pergunta N.º	Pergunta	Respostas	Código
1406	Onde é que levaria primeiro a criança para procurar aconselhamento ou tratamento?	<p>SETOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL PÚBLICO 1</p> <p>CENTRO DE SAÚDE PÚBLICO 2</p> <p>POSTO DE SAÚDE PÚBLICO 3</p> <p>CLÍNICA MÓVEL 4</p> <p>TRABALHADOR NO CAMPO 5</p> <p>OUTRO SETOR PÚBLICO (ESPECIFICAR): 6</p> <p>CENTRO MÉDICO PRIVADO</p> <p>HOSPITAL/CLÍNICA PRV 7</p> <p>FARMÁCIA 8</p> <p>MÉDICO PRV 9</p> <p>CLÍNICA MÓVEL 10</p> <p>TRABALHADOR NO CAMPO 11</p> <p>OUTROS SERVIÇOS MÉDICOS PRV (ESPECIFICAR): 12</p> <p>OUTROS LOCAIS</p> <p>LOJA 13</p> <p>CURANDEIRO TRADICIONAL 14</p> <p>MERCADO 15</p> <p>OUTROS (ESPECIFICAR): 88</p> <p>NÃO SABE 99</p>	
QUIMIOPREVENÇÃO SAZONAL DA MALÁRIA			
1407	Está a planejar que os seus filhos tomem o medicamento para prevenir a malária durante a próxima estação das chuvas?	<p>NÃO 0</p> <p>SIM 1</p> <p>NENHUMA CRIANÇA TERÁ MENOS DE CINCO ANOS DE IDADE NA PRÓXIMA ESTAÇÃO DAS CHUVAS 3</p> <p>NÃO SABE 99</p>	
PULVERIZAÇÃO INTRADOMICILIÁRIA			
1408	Tem conhecimento de programas que pulverizam as paredes dentro de uma casa para matar os mosquitos que causam a malária?	<p>NÃO 0</p> <p>SIM 1</p> <p>NÃO SABE 9</p>	
1409	Se este programa chegasse à sua comunidade, estaria disposto(a) a permitir que pulverizassem as paredes interiores da sua casa?	<p>NÃO 0</p> <p>SIM 1</p> <p>NÃO SABE 9</p>	

Pergunta N.º	Pergunta	Respostas	Código
1410	O programa que pulveriza as paredes dentro de uma casa ajuda a proteger as famílias da malária, pulverizando as paredes com inseticidas. Se este programa chegasse à sua comunidade, estaria disposto(a) a permitir que pulverizassem as paredes interiores da sua casa?	NÃO SIM NÃO SABE	0 1 9



Comportamentos

Porcentagem de pessoas que praticam o comportamento recomendado

Informações pormenorizadas e perguntas de inquérito sobre a medição da maioria dos indicadores comportamentais do agregado familiar, incluindo numeradores e denominadores, estão disponíveis em [Household Survey Indicators for Malaria Control](#) ou no [Guide to DHS Statistics](#).

Algumas perguntas dos inquéritos IIM, IDS, ICM e CAP são fornecidas abaixo para referência. As perguntas que não constam do atual IDS ou IIM, mas que podem ser consideradas para outros inquéritos, estão assinaladas com uma estrela. Quando os países adaptam os instrumentos de inquérito, as perguntas devem, tanto quanto possível, refletir as recomendações e as mensagens-chave nacionais.

Os indicadores de resultados comportamentais ideais para a gestão de casos e o TIP têm uma componente de agregado familiar e de prestador de serviços. No entanto, não existem atualmente métodos normalizados e há uma variação significativa nas fontes de dados, como os inquéritos de HMIS e às unidades sanitárias, e nas definições dos indicadores nos vários países. De momento, sugerimos que os programas/avaliadores usem indicadores substitutos baseados em medidas padronizadas e validadas de inquéritos aos agregados familiares — ICM, IDS, IIM, MICS e outros inquéritos comunitários — fornecidos acima.

Pergunta N.º	Pergunta	Respostas	Código
UTILIZAÇÃO DE MTI			
1501	Peça ao inquirido para lhe mostrar todas as redes existentes no agregado familiar. ⁵ Nas seguintes perguntas, responda para cada rede.	PARA CADA REDE:	
		OBSERVADO	1
		NÃO OBSERVADO	2
1502	Há quantos meses é que o seu agregado familiar recebeu a rede mosquiteira?	PARA CADA REDE	
		_ _ MESES	1
		_ _ ANOS	2
		NÃO TEM A CERTEZA	99
1503	Observe ou pergunte a marca/tipo de rede mosquiteira. Se a marca for desconhecida e não for possível observar a rede, mostre ao inquirido imagens de tipos/marcas de redes típicas.	PARA CADA REDE	
		REDE TRATADA COM INSETICIDA DE LONGA DURAÇÃO	
		• MARCA A	1
		• MARCA B	2
		• OUTRO/NÃO SABE A MARCA	3
	(Para as opções acima, passar à pergunta 606)		
	OUTRA MARCA	4	
	NÃO CONHECE A MARCA	5	
1504	Alguém dormiu debaixo desta rede mosquiteira ontem à noite?	SIM	1
		NÃO	2
		NÃO TEM A CERTEZA	99

⁵* As perguntas com estrela não estão nos atuais questionários IIM ou IDS standard/principal. São incluídas aqui para consideração em outros inquéritos comunitários.

Pergunta N.º	Pergunta	Respostas	Código
1505	Quem é que dormiu debaixo desta rede mosquiteira ontem à noite? REGISTAR O NOME DA PESSOA E O NÚMERO DO QUADRO DO AGREGADO FAMILIAR.	NOME NÚMERO DE LINHA	
1506	Para as crianças que não dormiram debaixo da rede mosquiteira na noite passada, quais foram as razões para não dormirem debaixo da rede mosquiteira?	MUITO QUENTE DEMASIADO FRIO A CRIANÇA CHORA CRIANÇA COM MEDO NÃO HÁ MTI SUFICIENTES REDE NÃO PENDURADA USADA POR ADULTOS REDE NÃO UTILIZADA EM VIAGEM A REDE NÃO ESTÁ EM BOM ESTADO A REDE É MÁ PARA A SAÚDE DAS CRIANÇAS A REDE TEM DEMASIADOS BURACOS OUTROS (ESPECIFICAR):	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 88
1507*	Para os adultos que não dormiram debaixo da rede mosquiteira na noite passada, quais foram as razões para não dormirem debaixo da rede mosquiteira?	MUITO QUENTE DEMASIADO FRIO REDE NÃO PENDURADA REDE NÃO UTILIZADA EM VIAGEM A REDE NÃO ESTÁ EM BOM ESTADO A REDE TEM DEMASIADOS BURACOS OUTROS (ESPECIFICAR):	1 2 3 4 5 6 88
PULVERIZAÇÃO INTRADOMICILIÁRIA			
1508*	Em algum momento dos últimos 12 meses, alguém entrou na sua habitação para pulverizar as paredes interiores contra os mosquitos? ⁶	SIM NÃO NÃO SABE	1 0 99
VISITAS PRÉ-NATAIS E TRATAMENTO PREVENTIVO INTERMITENTE (TIP)			
1509	Quando estava grávida de (NOME), realizou alguma visita pré-natal nessa gravidez?	SIM NÃO	1 0 (FIM)

⁶ O período de 12 meses para a medição da PIDOM poderá estar sujeita a um enviesamento de memória.

Pergunta N.º	Pergunta	Respostas	Código
1510	Por que motivo(s) NÃO foi a consultas durante a gravidez? MÚLTIPLAS RESPOSTAS POSSÍVEIS ASSINALAR TODAS AS RESPOSTAS SONDAR UMA VEZ: Mais alguém?	NÃO TINHA TEMPO	1
		UNIDADE SANITÁRIA DEMASIADO LONGE	2
		SEM DINHEIRO PARA O TRANSPORTE ATÉ AO ESTABELECIMENTO	3
		SEM DINHEIRO PARA VISITAS PRÉ-NATAIS	4
		NÃO ACHOU QUE FOSSE NECESSÁRIO	5
		O CÔNJUGE NÃO DEU AUTORIZAÇÃO	6
		OUTRO MEMBRO DA FAMÍLIA NÃO DEU AUTORIZAÇÃO	7
		NINGUÉM PARA A ACOMPANHAR	8
		NÃO SE SENTIA DOENTE	9
		NÃO FOI A SUA PRIMEIRA GRAVIDEZ	10
OUTROS (ESPECIFICAR)	88		
NÃO SABE	99		
1511	Quantas vezes recebeu cuidados pré-natais durante esta gravidez?	NÚMERO DE VEZES NÃO SABE	-- -- 99
1512	Em que mês da sua gravidez foi à visita pré-natal pela primeira vez?	MÊS DE GRAVIDEZ NÃO SABE	-- -- 99
1513	Por que motivo(s) não foi mais cedo na sua gravidez? MÚLTIPLAS RESPOSTAS POSSÍVEIS ASSINALAR TODAS AS RESPOSTAS SONDAR UMA VEZ: Mais alguém?	NÃO TINHA TEMPO	1
		UNIDADE SANITÁRIA DEMASIADO LONGE	2
		SEM DINHEIRO PARA O TRANSPORTE ATÉ AO ESTABELECIMENTO	3
		SEM DINHEIRO PARA VISITAS PRÉ-NATAIS	4
		NÃO SABIA QUE ESTAVA GRÁVIDA	5
		NÃO QUERIA QUE OS OUTROS SOUBESSEM QUE ESTAVA GRÁVIDA	6
		O CÔNJUGE NÃO DEU AUTORIZAÇÃO	7
		OUTRO MEMBRO DA FAMÍLIA NÃO DEU AUTORIZAÇÃO	8
		NINGUÉM PARA A ACOMPANHAR	9
		O CÔNJUGE FOI EM SEU LUGAR	10
		NÃO SE SENTIA DOENTE	11
		NÃO FOI A SUA PRIMEIRA GRAVIDEZ	12
OUTROS (ESPECIFICAR)	83		
NÃO SABE	99		
1514	Recebeu uma rede mosquiteira numa visita pré-natal para esta gravidez?	SIM NÃO NÃO SABE	1 0 99
1515	Durante esta gravidez, tomou o medicamento (SP/Fansidar/Maloxine (3 comprimidos)) para prevenir a malária durante a gravidez?	SIM NÃO NÃO SABE	1 0 99

Pergunta N.º	Pergunta	Respostas	Código
1516	Porque é que não tomou nenhum medicamento para evitar a malária? MÚLTIPLAS RESPOSTAS POSSÍVEIS ASSINALAR TODAS AS RESPOSTAS SONDE UMA VEZ: MAIS ALGUMA COISA?	NENHUM DISPONÍVEL NA UNIDADE SANITÁRIA	A
		O PRESTADOR NÃO OFERECIU MEDICAMENTOS	1
		O PRESTADOR RECUSOU-SE A DAR MEDICAMENTOS	2
		O MEDICAMENTO NÃO ERA GRATUITO	3
		NÃO HÁ ÁGUA NAS INSTALAÇÕES PARA TOMAR OS MEDICAMENTOS	4
		NÃO HÁ COPO NAS INSTALAÇÕES PARA BEBER ÁGUA	5
		RECEIO DOS EFEITOS NA MINHA SAÚDE	6
		RECEIO DE EFEITOS NA SAÚDE DO FETO	7
		NÃO FOI À VISITA PRÉ-NATAL	8
		NÃO SE SENTIA DOENTE	9
		RECEIO DE SE SENTIR MAL DO ESTÔMAGO OU DE VOMITAR	10
TOMOU-O EM CASA	88		
OUTROS (ESPECIFICAR)	99		
NÃO SABE			
1517	Quantas vezes tomou (SP/Fansidar/Maloxine (3 comprimidos)) durante esta gravidez?	NÚMERO DE VEZES	-- --
1518	Onde é que arranjou este medicamento? PERGUNTAR SOBRE CADA ORIGEM DO MEDICAMENTO MÚLTIPLAS RESPOSTAS POSSÍVEIS ASSINALAR TODAS AS RESPOSTAS SONDE UMA VEZ: MAIS ALGUMA COISA?	VISITA PRÉ-NATAL	1
		OUTRA VISITA A UM ESTABELECIMENTO	2
		FARMÁCIA	3
		MERCADO/LOJA	4
		AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	5
		OUTROS LOCAIS	88
		NÃO SABE	99
PROCURA DE CUIDADOS E TRATAMENTO			
1519	O(a) (NOME) esteve doente com febre em algum momento nas últimas duas semanas?	SIM	1
		NÃO	0
		NÃO SABE	99
1520	Quando o/a "NOME DA CRIANÇA" teve a febre mais recente, você (ou outra pessoa) procurou aconselhamento ou tratamento para a doença?	SIM	1
		NÃO	0

Pergunta N.º	Pergunta	Respostas	Código
1521	Porque é que não procurou aconselhamento ou tratamento?	NÃO TINHA TEMPO	1
		UNIDADE SANITÁRIA DEMASIADO LONGE	2
		SEM DINHEIRO PARA O TRANSPORTE ATÉ AO ESTABELECIMENTO	3
		NÃO HÁ DINHEIRO PARA CUIDADOS NAS UNIDADES	4
		NÃO SABIA QUE DEVIA PROCURAR CUIDADOS	5
		NÃO QUERIA QUE OS OUTROS SOUBESSEM	6
		O CÔNJUGE NÃO DEU AUTORIZAÇÃO	7
		OUTRO MEMBRO DA FAMÍLIA NÃO DEU AUTORIZAÇÃO	8
		NINGUÉM PARA ACOMPANHAR	9
		A CRIANÇA NÃO ESTAVA A SENTIR-SE DOENTE	10
		NÃO HÁ DINHEIRO PARA CUIDADOS DE ACS	11
OUTROS (ESPECIFICAR)	88		
NÃO SABE	99		
1522	Quanto tempo depois do início da febre foi procurado aconselhamento ou tratamento para "NOME DA CRIANÇA"?	MESMO DIA	1
		DIA SEGUINTE	2
		DOIS OU MAIS DIAS APÓS A FEBRE	3
		NÃO SABE	99
1523	Onde procurou aconselhamento ou tratamento? Mais algum sítio? SONDAR PARA IDENTIFICAR CADA TIPO DE ORIGEM SE NÃO FOR POSSÍVEL DETERMINAR SE SE TRATA DO SETOR PÚBLICO OU PRIVADO, ESCREVER O NOME DO LOCAL	SETOR PÚBLICO	
		HOSPITAL PÚBLICO	1
		CENTRO DE SAÚDE PÚBLICO	2
		POSTO DE SAÚDE PÚBLICO	3
		CLÍNICA MÓVEL	4
		TRABALHADOR NO CAMPO	5
		OUTRO SETOR PÚBLICO (ESPECIFICAR):	6
		CENTRO MÉDICO PRIVADO	
		HOSPITAL/CLÍNICA PRV	7
		FARMÁCIA	8
		MÉDICO PRV	9
		CLÍNICA MÓVEL	10
		TRABALHADOR NO CAMPO	11
		OUTROS SERVIÇOS MÉDICOS PRV (ESPECIFICAR):	12
		OUTROS LOCAIS	
LOJA	13		
CURANDEIRO TRADICIONAL	14		
MERCADO	15		
OUTROS (ESPECIFICAR):	88		

Pergunta N.º	Pergunta	Respostas	Código
1524	Em qual dos locais acima referidos procurou primeiro aconselhamento ou tratamento?	<p>SETOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL PÚBLICO 1</p> <p>CENTRO DE SAÚDE PÚBLICO 2</p> <p>POSTO DE SAÚDE PÚBLICO 3</p> <p>CLÍNICA MÓVEL 4</p> <p>TRABALHADOR NO CAMPO 5</p> <p>OUTRO SETOR PÚBLICO (ESPECIFICAR): 6</p> <p>CENTRO MÉDICO PRIVADO</p> <p>HOSPITAL/CLÍNICA PRV 7</p> <p>FARMÁCIA 8</p> <p>MÉDICO PRV 9</p> <p>CLÍNICA MÓVEL 10</p> <p>TRABALHADOR NO CAMPO 11</p> <p>OUTROS SERVIÇOS MÉDICOS PRV (ESPECIFICAR): 12</p> <p>OUTROS LOCAIS</p> <p>LOJA 13</p> <p>CURANDEIRO TRADICIONAL 14</p> <p>MERCADO 15</p> <p>OUTROS (ESPECIFICAR): 88</p>	
1525	Em algum momento durante a doença, foi retirada uma gota de sangue do dedo, do calcanhar ou de outra zona do seu filho/filha para testar se a criança tinha malária?	<p>NÃO 0</p> <p>SIM 1</p> <p>NÃO SABE 99</p>	
1526	Qual foi o resultado da análise ao sangue?	<p>A CRIANÇA TINHA MALÁRIA 1</p> <p>A CRIANÇA NÃO TINHA MALÁRIA 2</p> <p>NÃO SABE/NÃO FOI INFORMADO(A) 99</p>	
1527	Se não fez o teste: Porque é que (NOME) não fez o teste?	<p>UNIDADE SANITÁRIA DEMASIADO LONGE 1</p> <p>NÃO CONFIA NO TESTE DA MALÁRIA 2</p> <p>NÃO HAVIA TESTES DE MALÁRIA NA UNIDADE SANITÁRIA 3</p> <p>NÃO GOSTA DO PESSOAL DA UNIDADE SANITÁRIA 4</p> <p>SEM DINHEIRO PARA O TESTE 5</p> <p>TESTE NÃO PROPOSTO PELO PRESTADOR 6</p> <p>NÃO TEVE TEMPO DE ESPERAR PARA FAZER O TESTE 7</p> <p>OUTROS (ESPECIFICAR): 88</p> <p>NÃO SABE 99</p>	

Pergunta N.º	Pergunta	Respostas	Código
1528	Em alguma altura durante esta doença, o/a "NOME DA CRIANÇA" tomou algum medicamento para a febre?	NÃO SIM NÃO SABE	0 1 99
1529	Que medicamentos tomou? MÚLTIPLAS RESPOSTAS POSSÍVEIS ASSINALAR TODAS AS RESPOSTAS SONDE UMA VEZ: MAIS ALGUMA COISA? SE A PESSOA ENTREVISTADA NÃO SE LEMBRAR DO NOME DO MEDICAMENTO ADMINISTRADO À CRIANÇA, MOSTRE-LHE AS IMAGENS** DO ACT DISPONÍVEL LOCALMENTE E DEPOIS PERGUNTE-LHE: Algum dos medicamentos apresentados nestas imagens é parecido com o medicamento que o seu filho/filha tomou? Em caso afirmativo, indique-me quais? **Esta pergunta requer a obtenção de imagens das embalagens dos ACT disponíveis no país	SP/FANSIDAR/MALOXINA CLOROQUINA/NIVAQUINA QUININA/ATEQUININA ACT (COARTEM, AMARTEM/ARTHEMETER-LUMEFANTRINA, COARSUCAM, CAMOSUNATO/ARTESUNATO-AMODIAQUINA, ARTEQUICK/DUOCOTEXINA/DIHIDROARTEMISININA-PIPERAQUINA, ARTEQUINA/ARTESUNATO-MEFLOQUINA) INJEÇÃO ANTIMALÁRICA OUTRA INJEÇÃO ARTESUNATO (NÃO INJETADO) ASPIRINA DOLIPRANO/PARACETAMOL IBUPROFENO OUTROS (ESPECIFICAR) NÃO SABE	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 88 99
QUIMIOPREVENÇÃO SAZONAL DA MALÁRIA			
1530	Os agentes comunitários de saúde foram a sua casa durante esta estação das chuvas para distribuir medicamentos que previnem a malária?	SIM NÃO NÃO SABE	1 0 99
1531	Estava presente quando um distribuidor visitou o seu agregado familiar em [MÊS DA ÚLTIMA VISITA] para distribuir o medicamento que previne a malária nas crianças?	SIM NÃO NÃO SABE	1 0 99
1532	No primeiro dia da distribuição, o distribuidor observou [NOME DA CRIANÇA] a tomar uma dose do medicamento que previne a malária, ou deixou o medicamento consigo?	OBSERVADO DEIXOU O MEDICAMENTO EM CASA NENHUMA DAS OPÇÕES NÃO SABE	1 2 3 99
1533	A criança tomou a <u>primeira</u> dose de medicamento que os distribuidores deixaram?	SIM NÃO NÃO SABE	1 0 99

Pergunta N.º	Pergunta	Respostas	Código
1534	Qual é a razão ou razões pelas quais a criança não recebeu a primeira dose do medicamento dos distribuidores? MÚLTIPLAS RESPOSTAS POSSÍVEIS ASSINALE TODAS AS RESPOSTAS QUE O INQUIRIDO INDICAR SONDE UMA VEZ: MAIS ALGUMA COISA?	A CRIANÇA NÃO ESTAVA PRESENTE QUANDO OS DISTRIBUIDORES CHEGARAM	1
		ESQUECEU-SE DE DAR O MEDICAMENTO À CRIANÇA	2
		PERDEU A PRIMEIRA DOSE QUE O DISTRIBUIDOR DEIXOU	3
		MANDOU AS CRIANÇAS EMBORA PARA NÃO RECEBEREM A MEDICAÇÃO	4
		NÃO HAVIA ÁGUA PARA TOMAR OS MEDICAMENTOS	5
		NÃO HAVIA COMIDA PARA TOMAR OS MEDICAMENTOS	6
		A CRIANÇA VOMITOU OS COMPRIMIDOS DEPOIS DE OS TER ENGOLIDO	7
		DIFICULDADE EM ESMAGAR OS COMPRIMIDOS	8
		A CRIANÇA FICOU DOENTE DEPOIS DE TER TOMADO UMA DOSE ANTERIOR DESTE MEDICAMENTO	9
		OUVIU FALAR OU VIU EFEITOS SECUNDÁRIOS NEGATIVOS NOOUTRAS CRIANÇAS	10
		OS MEDICAMENTOS NÃO PREVINEM A MALÁRIA	11
		A CRIANÇA NÃO ESTAVA DOENTE	12
		NÃO SABIA O SUFICIENTE SOBRE A MEDICAÇÃO	13
		NÃO CONFIA NAS PESSOAS QUE DISTRIBUÍRAM OS MEDICAMENTOS	14
		PREFERIU GUARDAR A MEDICAÇÃO PARA DOENÇAS FUTURAS	15
		OPTOU POR DAR O MEDICAMENTO A OUTRAS CRIANÇAS EM CASA	16
		OUTROS (ESPECIFICAR) _____	88
NÃO SABE	99		
1535	Após a primeira dose, durante quantos dias adicionais é que [NOME DA CRIANÇA] tomou as outras doses do medicamento que o distribuidor deixou com o cuidador?	NÃO TOMOU NENHUM MEDICAMENTO APÓS A VISITA	0
		1 DIA DEPOIS	1
		2 DIAS DEPOIS	2
		3 DIAS DEPOIS	3
		NÃO SABE	99

Pergunta N.º	Pergunta	Respostas	Código
1536	<p>Porque é que [NOME DA CRIANÇA] não tomou todas as outras doses do medicamento?</p> <p>MÚLTIPLAS RESPOSTAS POSSÍVEIS</p> <p>INDICAR TODAS AS RESPOSTAS</p> <p>SONDE UMA VEZ: MAIS ALGUMA COISA?</p>	A CRIANÇA NÃO ESTAVA PRESENTE QUANDO OS DISTRIBUIDORES CHEGARAM	1
		ESQUECEU-SE DE DAR O MEDICAMENTO À CRIANÇA	2
		PERDEU AS DOSES DO MEDICAMENTO	3
		A CRIANÇA TOMOU TODAS AS OUTRAS DOSES NUM SÓ DIA	4
		NÃO HAVIA ÁGUA PARA TOMAR O MEDICAMENTO	5
		NÃO HAVIA ALIMENTOS PARA TOMAR O MEDICAMENTO	6
		NÃO TEVE TEMPO	7
		A CRIANÇA VOMITOU OS COMPRIMIDOS DEPOIS DE OS TER ENGOLIDO	8
		DIFICULDADE EM ESMAGAR OS COMPRIMIDOS	9
		A CRIANÇA FICOU DOENTE DEPOIS DE TOMAR A PRIMEIRA DOSE	10
		OUVIU OU VIU EFEITOS SECUNDÁRIOS NEGATIVOS NOUTRAS CRIANÇAS	11
		OS MEDICAMENTOS NÃO PREVINEM A MALÁRIA	12
		A CRIANÇA NÃO ESTAVA DOENTE	13
		NÃO SABIA O SUFICIENTE SOBRE O MEDICAMENTO	14
		NÃO CONFIA NAS PESSOAS QUE DISTRIBUÍRAM O MEDICAMENTO	15
		PREFERIU GUARDAR O MEDICAMENTO PARA UMA DOENÇA FUTURA	16
		OPTOU POR DAR O MEDICAMENTO A OUTRAS CRIANÇAS EM CASA	17
OUTROS (ESPECIFICAR) _____	88		
NÃO SABE	99		
1537	<p>No segundo dia da distribuição, o distribuidor observou [NOME DA CRIANÇA] a tomar uma dose do medicamento que previne a malária, ou deixou o medicamento consigo?</p>	OBSERVOU A CRIANÇA A TOMAR UMA DOSE DO MEDICAMENTO	1
		DEIXOU O MEDICAMENTO	2
		NENHUMA DAS OPÇÕES	3
		NÃO SABE	99
1538	<p>A criança tomou a segunda dose de medicamento que os distribuidores deixaram?</p>	NÃO	0
		SIM	1
		NÃO SABE	99

Pergunta N.º	Pergunta	Respostas	Código
1539	Qual é a razão ou razões pelas quais a criança não recebeu a segunda dose de medicamento dos distribuidores? MÚLTIPLAS RESPOSTAS POSSÍVEIS ASSINALE TODAS AS RESPOSTAS QUE O INQUIRIDO INDICAR SONDE UMA VEZ: MAIS ALGUMA COISA?	A CRIANÇA NÃO ESTAVA PRESENTE QUANDO OS DISTRIBUIDORES CHEGARAM	1
		ESQUECEU-SE DE DAR O MEDICAMENTO À CRIANÇA	2
		PERDEU AS DOSES DO MEDICAMENTO	3
		A CRIANÇA TOMOU TODAS AS OUTRAS DOSES NUM SÓ DIA	4
		NÃO HAVIA ÁGUA PARA TOMAR O MEDICAMENTO	5
		NÃO HAVIA ALIMENTOS PARA TOMAR O MEDICAMENTO	6
		NÃO TEVE TEMPO	7
		A CRIANÇA VOMITOU OS COMPRIMIDOS DEPOIS DE OS TER ENGOLIDO	8
		DIFICULDADE EM ESMAGAR OS COMPRIMIDOS	9
		A CRIANÇA FICOU DOENTE DEPOIS DE TOMAR A PRIMEIRA DOSE	10
		OUVIU OU VIU EFEITOS SECUNDÁRIOS NEGATIVOS NOUTRAS CRIANÇAS	11
		OS MEDICAMENTOS NÃO PREVINEM A MALÁRIA	12
		A CRIANÇA NÃO ESTAVA DOENTE	13
		NÃO SABIA O SUFICIENTE SOBRE O MEDICAMENTO	14
		NÃO CONFIA NAS PESSOAS QUE DISTRIBUÍRAM O MEDICAMENTO	15
		PREFERIU GUARDAR O MEDICAMENTO PARA UMA DOENÇA FUTURA	16
		OPTOU POR DAR O MEDICAMENTO A OUTRAS CRIANÇAS EM CASA	17
OUTROS (ESPECIFICAR) _____	88		
NÃO SABE	99		
1540	No terceiro dia da distribuição, o distribuidor observou o/a [NOME DA CRIANÇA] a tomar uma dose do medicamento que previne a malária, ou deixou o medicamento consigo?	OBSERVOU A CRIANÇA A TOMAR UMA DOSE DO MEDICAMENTO	1
		DEIXOU O MEDICAMENTO	2
		NENHUMA DAS OPÇÕES	3
		NÃO SABE	99
1541	A criança tomou a terceira dose do medicamento que os distribuidores deixaram?	NÃO	0
		SIM	1
		NÃO SABE	99

Pergunta N.º	Pergunta	Respostas	Código
1542	Qual é a razão ou razões pelas quais a criança não recebeu a terceira dose de medicamento dos distribuidores? MÚLTIPLAS RESPOSTAS POSSÍVEIS ASSINALE TODAS AS RESPOSTAS QUE O INQUIRIDO INDICAR SONDE UMA VEZ: MAIS ALGUMA COISA?	A CRIANÇA NÃO ESTAVA PRESENTE QUANDO OS DISTRIBUIDORES CHEGARAM	1
		ESQUECEU-SE DE DAR O MEDICAMENTO À CRIANÇA	2
		PERDEU AS DOSES DO MEDICAMENTO	3
		A CRIANÇA TOMOU TODAS AS OUTRAS DOSES NUM SÓ DIA	4
		NÃO HAVIA ÁGUA PARA TOMAR O MEDICAMENTO	5
		NÃO HAVIA ALIMENTOS PARA TOMAR O MEDICAMENTO	6
		NÃO TEVE TEMPO	7
		A CRIANÇA VOMITOU OS COMPRIMIDOS DEPOIS DE OS TER ENGOLIDO	8
		DIFICULDADE EM ESMAGAR OS COMPRIMIDOS	9
		A CRIANÇA FICOU DOENTE DEPOIS DE TOMAR A PRIMEIRA DOSE	10
		OUVIU OU VIU EFEITOS SECUNDÁRIOS NEGATIVOS NOUTRAS CRIANÇAS	11
		OS MEDICAMENTOS NÃO PREVINEM A MALÁRIA	12
		A CRIANÇA NÃO ESTAVA DOENTE	13
		NÃO SABIA O SUFICIENTE SOBRE O MEDICAMENTO	14
		NÃO CONFIA NAS PESSOAS QUE DISTRIBUÍRAM O MEDICAMENTO	15
		PREFERIU GUARDAR O MEDICAMENTO PARA UMA DOENÇA FUTURA	16
		OPTOU POR DAR O MEDICAMENTO A OUTRAS CRIANÇAS EM CASA	17
OUTROS (ESPECIFICAR) _____	88		
NÃO SABE	99		
1543	O medicamento teve algum efeito indesejável nesta criança?	NÃO	0
		SIM	1
		NÃO SABE	99
1544	Em caso afirmativo, que efeitos indesejáveis provocou na criança? MÚLTIPLAS RESPOSTAS POSSÍVEIS ASSINALE TODAS AS RESPOSTAS QUE O INQUIRIDO INDICAR SONDE UMA VEZ: MAIS ALGUMA COISA?	VÓMITOS	1
		FEBRE	2
		ERUPÇÕES CUTÂNEAS	3
		DIARREIA	4
		DOR DE ESTÔMAGO	5
		LETARGIA/FADIGA	6
		PERDA DE APETITE	7
		DOR DE CABEÇA	8
		OUTROS (ESPECIFICAR) _____	88
		NÃO SABE	99

Pergunta N.º	Pergunta	Respostas	Código
1545	O que é que fez quando esta criança teve estes efeitos indesejáveis? MÚLTIPLAS RESPOSTAS POSSÍVEIS ASSINALE TODAS AS RESPOSTAS QUE O INQUIRIDO INDICAR SONDE UMA VEZ: MAIS ALGUMA COISA?	PROCUROU ACONSELHAMENTO OU TRATAMENTO JUNTO DE UM PRESTADOR DE CUIDADOS DE SAÚDE	1
		PROCUROU ACONSELHAMENTO OU TRATAMENTO NOUTRO LOCAL	2
		DEU À CRIANÇA OUTROS MEDICAMENTOS	3
		CUIDOU DA CRIANÇA EM CASA	4
		ESPEROU QUE A CRIANÇA MELHORASSE	5
		OUTROS (ESPECIFICAR)	88
		NÃO SABE	99

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

Recursos e Referências

Recursos

Indicadores adicionais

- [Relatório de Acesso e Utilização de MTI](#)
- [Quimioprevenção sazonal da malária](#)
- [Mudança social](#)
- [Capacidade comunitária](#)
- [Normas e indicadores da UNICEF para o engajamento da comunidade](#)
- [Ferramentas Scorecard da Comunidade da ALMA](#)
- [Kit de ferramentas de MSC contra a malária para os ACS](#)
- [Fichas de orientação sobre indicadores da malária do Fundo Mundial](#)
- [Indicadores de comportamento dos prestadores \(para planeamento familiar\)](#)
- [Ferramentas de recolha de dados de Avaliação da prestação de serviços \(SPA\)](#)
- [Fichas de referência dos indicadores da Avaliação da Disponibilidade e Prontidão dos Serviços \(SARA\)](#)
- [Medição da equidade na programação de Mudança Social e Comportamental para o Planeamento Familiar e a Saúde Sexual e Reprodutiva](#)
- [Ferramenta Matchbox da Malária](#)
- [Kit de ferramentas de avaliação da equidade na saúde](#)

Monitorização e avaliação para a MSC

- [Central de Aprendizagem sobre Mudança Social e Comportamental \(cursos online, muitos dos quais incluem monitorização e avaliação, e alguns são específicos da monitorização e avaliação dos programas de MSC contra a malária\)](#)
- [Grupo de Trabalho de MSC da RBM: Desenvolvimento de Planos de Monitorização e Avaliação para Programas de Mudança Social e Comportamental Contra a Malária: um Guia Passo a Passo.](#)

Teorias comportamentais

- [Como utilizar uma teoria da mudança para monitorizar e avaliar programas de mudança social e comportamental.](#)
- [Modelo alargado de processamento paralelo](#)
- [Teoria do Comportamento Planeado \(cartilha\); dicas para construir questionários e desenvolver intervenções com base na TPB](#)
- [Difusão de inovações](#)
- [Ideação](#)
- [Teoria da aprendizagem social](#)
- [Economia comportamental \(conceitos e estudos de caso\): código/resumo visual; mais pormenores sobre conceitos específicos de enviesamento cognitivo; Pensamento de Sistema 1 e 2](#)
- [Ecossistema de comportamento do prestador](#)
- [Ecossistema de serviços contra a malária](#)

Inquéritos aos agregados familiares e instrumentos de recolha de dados

- [Módulo opcional de MSC do Inquérito de Indicadores de Malária](#)
- [Questionários do Inquérito de Indicadores de Malária Standard e definições de indicadores](#)
- [Questionários e relatórios do Inquérito sobre Comportamentos contra a Malária; painel de indicadores de MSC com resultados de vários países.](#)
- [Relatório de utilização e acesso a MTI](#)
- [Inquérito de Indicadores Múltiplos em Cluster](#)
- [Guia de estatísticas do IDS](#)
- [Análise da Ferramenta de avaliação da prestação de serviços contra a malária](#)
- [Monitorização da durabilidade dos MTILD](#)
- [Questionários de vacinação contra a malária para avaliação das unidades sanitárias, cuidadores e supervisão de apoio](#)

Análise de dados

- [Analisar dados da escala de Likert](#)
- [Correspondência da pontuação de propensão](#)

Referências

- Awantang, G. N., Babalola, S. O., Koenker, H., Fox, K. A., Toso, M., & Lewicky, N. (2018). Malaria-related ideational factors and other correlates associated with intermittent preventive treatment among pregnant women in Madagascar. *Malaria Journal*, 17(1), Artigo 176.
- Babalola, S., Kumoji, K., Awantang, G. N., Oyenubi, O. A., Toso, M., Tsang, S., Bleu, T., Achu, D., Hedge, J., Schnabel, D. C., Cash, S., Van Lith, L. M., McCartney-Melstad, A. C., Nkomou, Y., Dosso, A., Lahai, W., & Hunter, G. C. (2022). Ideational factors associated with consistent use of insecticide-treated nets: A multi-country, multilevel analysis. *Malaria Journal*, 21(1), Artigo 374.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education Behavior*, 31(2), 143–164.
- Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quiñonez, H. R., & Young, S. L. (2018). Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: A primer. *Frontiers in Public Health*, 6, Artigo 149. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>
- Burchett, H. E. D., Leurent, B., Baiden, F., Baltzell, K., Björkman, A., Bruxvoort, K., Clarke, S., DiLiberto, D., Elfving, K., Goodman, C., Hopkins, H., Lal, S., Liverani, M., Magnussen, P., Mårtensson, A., Mbacham, W., Mbonye, A., Onwujekwe, O., Roth Allen, D., ... Chandler, C. I. (2017). Improving prescribing practices with rapid diagnostic tests (RDTs): Synthesis of 10 studies to explore reasons for variation in malaria RDT uptake and adherence. *BMJ Open*, 7, Artigo e012973. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012973>
- Breakthrough ACTION and Impact Malaria, 2020. Um projeto para a aplicação de conhecimentos comportamentais à prestação de serviços contra a malária. Obtido em: <https://breakthroughactionandresearch.org/resource-library/malaria-blueprint>
- Cotterill, S., Tang, M. Y., Powell, R., Howarth, E., McGowan, L., Roberts, J., Brown, B., & Rhodes, S. (2020). Social norms interventions to change clinical behaviour in health workers: A systematic review and meta-analysis. NIHR Journals Library (Health Services and Delivery Research, No. 8.41). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563678/>
- Davlanges, E., Camara, A., Guilavogui, T., Fofana, A., Balde, M., Diallo, T., Bah, I., Florey, L., Sarr, A., Butts, J., Plucinski, M. (2019) Quality of malaria case management and reporting at public health facilities in six health districts in Guinea, 2018. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. <https://doi.org/10.4269/ajtmh19-0150>.
- Do, M., Babalola, S., Awantang, G., Toso, M., Lewicky, N., & Tompsett, A. (2018). Associations between malaria-related ideational factors and care-seeking behavior for fever among children under five in Mali, Nigeria, and Madagascar. *PLoS One*, 13(1), Artigo e0191079.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Ghose, T. (2 de abril de 2013). Just a theory: 7 misused science words. *Scientific American*. <https://www.scientificamerican.com/article/just-a-theory-7-misused-science-words/>
- Glanz, K., Rimer, B., & Viswanath, K. (2008). *Health Behavior and Health Education*. Jossey-Bass.
- Haqqi, F., Acosta, A., Sridharan, S., Zimmerman, E., Ogunbi, T., Idiong, E., Inyang, U., Oyedokun-Adebago, F., Tchofa, J., Diallo, N., Mtiro, E., Okoronkwo, C., & Aiyenigba, B. (2002). When knowledge is not enough: Applying a behavioral design approach to improve fever case management in Nigeria. *Global Health, Science, and Practice*, 10(6), Artigo e2200211. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-22-00211>
- Malpass, A., Hansen, N., Dentinger, C. M., Youll, S., Cotte, A., Mattern, C., & Ravaoarinosy, A. (2023). Status of malaria in pregnancy services in Madagascar 2010–2021: A scoping review. *Malaria Journal*, 22(1), Artigo 59. <https://doi.org/10.1186/s12936-023-04497-3>
- McElroy K., Bibeau, D., Steckler, A. e Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, Winter; 15 (4):351-77. <https://doi.org/10.1177/109019818801500401>.
- Olapeju, B., Adams, C., Hunter, G., Wilson, S., Simpson, J., Mitchum, L., Davis, T., Orkis, J., Cox, H., Trotman, N., Imhoff, H., & Storey, D. (2020). Malaria prevention and care seeking among gold miners in Guyana. *PLoS One*, 15(12), Artigo e0244454.
- Olapeju, B., Bride, M., Gutman, J. R., Butts, J. K., Malpass, A., McCartney-Melstad, A., Van Lith, L. M., Rodriguez, K., Youll, S., Mbeye, N., Ntoya, F., Lankhulani, S., Mputa, F., & Babalola, S. (2023). Malaria-related psychosocial factors, past antenatal care-seeking behaviors, and future antenatal care-seeking intentions by maternal age in Malawi and Democratic Republic of the Congo. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 109(2), 277–283. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.23-0069>
- Phok, S., Tesfazghi, K., Tompsett, A., Thavrine, B., Ly, P., Hassan, S. E. D., Avrakotos, A., Malster, J., & Felker-Kantor, E. (2022). Behavioural determinants of malaria risk, prevention, and care-seeking behaviours among forest-goers in Cambodia. *Malaria Journal*, 21(1), Artigo 362. <https://doi.org/10.1186/s12936-022-04390-5>
- Russell, Cheryl L., et al. “Determinants of bed net use in Southeast Nigeria following mass distribution of LLINs: implications for social behavior change interventions.” *PLoS one* 10.10 (2015): e0139447.
- Scandurra, L., Acosta, A., Koenker, H., Kibuuka, D.M., & Harvey, S. (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(1), Artigo 504. <https://doi.org/10.1186/1475-2875-13-504>
- Underwood, C., Boulay, M., Snetro-Plewman, G., Macwan'gi, M., Vijayaraghavan, J., Namfukwe, M., & Marsh, D. (2012). Community capacity as means to improved health practices and an end in itself: Evidence from a multi-stage study. *International Quarterly of Community Health Education*, 33(2), 105–127. <https://doi.org/10.2190/IQ.33.2.b>
- Witte K. 1992. Putting the fear back into fear appeals: The extended parallel process model. *Communication Monographs*, 59(4), 329–349.
- Organização Mundial de Saúde. (n.d.) Social determinants of health. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
- Zinduka! Malaria Haikubaliki (“Wake up! Malaria is Unacceptable!”). (2011). Obtido em: <https://www.comminit.com/malaria-africa/content/zinduka-malaria-haikubaliki-wake-malaria-unacceptable>

