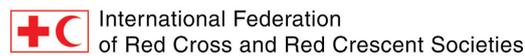


**RBM** Partnership  
To End Malaria



**Lista de Verificação para Comunicação  
sobre Avaliações dos Programas de  
Mudança Social e Comportamental contra a  
Malária**





Copyright © 2019 Parceria Roll Back Malaria. A Parceria Roll Back Malaria (RBM) é a estrutura global para a acção coordenada contra a malária. Fundada em 1998 pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e o Banco Mundial e reforçada pela experiência, recursos e compromisso de mais de 500 organizações parceiras, a RBM é uma parceria público-privada que facilita a incubação de novas ideias, apoia abordagens inovadoras, promove o compromisso político ao mais alto nível e mantém a malária no topo da agenda global, possibilitando, harmonizando e ampliando iniciativas de sensibilização orientadas por parceiros. A RBM oferece orientação política e assegura apoio financeiro e técnico para os esforços de controlo nos países e monitoriza o progresso em direcção a metas universais. As designações geográficas empregues nesta publicação não representam ou implicam qualquer opinião ou julgamento por parte da RBM no estatuto legal de qualquer país, território, cidade ou área, as suas autoridades governamentais ou estatais ou na delimitação das respectivas fronteiras. A menção a empresas específicas ou a produtos de determinados fabricantes não implica que sejam promovidos ou recomendados pela RBM em detrimento de outros de natureza semelhante que não são mencionados ou representados. Este documento pode ser revisto, citado, reproduzido e traduzido gratuitamente, parcial ou integralmente, desde que a sua fonte seja citada.

Citação sugerida: Parceria RBM pelo Fim da Malária. 2018. *Lista de verificação para comunicação sobre avaliações dos programas de mudança social e comportamental contra a malária*. Vernier, Suíça: RBM.

Crédito fotográfico: © 2014 Amelie Sow-Dia, Cortesia da Photoshare

## Agradecimentos

Este guia é o produto da colaboração conjunta entre muitos parceiros para a mudança social e comportamental contra a malária. O Grupo de Trabalho de Comunicação para a Mudança Social e Comportamental da Roll Back Malaria (CMSC RBM) gostaria de agradecer aos autores: Angela Acosta (Johns Hopkins Center for Communication Programs), Joseph Keating (Escola de Saúde Pública e Medicina Tropical da Universidade de Tulane), Debra Prosnitz (ICF International), Douglas Storey (Johns Hopkins Center for Communication Programs), Hannah Koenker (Johns Hopkins Center for Communication Programs), Sarah Doyle (Malaria No More) e Jessica Butts (Iniciativa Presidencial contra a Malária dos EUA, Centers for Disease Control and Prevention). Também são devidos agradecimentos a Marc Boulay, William Glass, Andrea Brown e Emily Ricotta que prestaram contributos perspicazes à versão inicial. Agradecemos também aos membros do Grupo de Trabalho da CMSC RBM incluindo, entre outros, Anna McCartney-Melstad, Andrew Tompsett, Wani Lahai, Oulèye Beye e muitos outros pelos seus contributos durante a revisão de 2017-2018.

Este documento foi inicialmente redigido em 2014; sendo feitas pequenas actualizações em 2018.

Este trabalho foi tornado possível graças ao apoio generoso do povo americano, através da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), nos termos dos Acordos de Cooperação USAID/JHU n.º GHS-A-00-09-00014-00 e AID-OAA-A-14-00057. Os conteúdos são da responsabilidade dos autores e não reflectem necessariamente os pontos de vista da USAID ou do Governo dos Estados Unidos.

## Conteúdos

Agradecimentos.....	v
Conteúdos.....	vi
Acrónimos.....	vii
Introdução.....	1
Lista de verificação.....	2
Pormenores sobre itens da lista de verificação.....	3
Discussão.....	4
Referências.....	5

## Acrónimos

<b>CONSORT</b>	Consolidated Standards of Reporting Trials
<b>M e A</b>	Monitorização e Avaliação
<b>MSC</b>	Mudança social e comportamental
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PNUD</b>	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
<b>RBM</b>	Roll Back Malaria
<b>REMILD</b>	Redes mosquiteiras tratadas com insecticida de longa duração
<b>SMNI</b>	Saúde materna, neonatal e infantil
<b>TREND</b>	Transparent Reporting of Evaluations with Non-Randomized Designs
<b>UNICEF</b>	Fundo das Nações Unidas para a Infância
<b>USAID</b>	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional

## Introdução

As avaliações bem concebidas e devidamente executadas dos programas são as provas mais fiáveis para a criação de políticas.[1] Os resultados podem afectar todos os níveis dos programas contra a malária: desde a prática de cuidados de saúde até políticas globais e nacionais. As actividades de mudança social e comportamental (MSC) — que englobam uma ampla gama de abordagens utilizadas para promover a mudança comportamental individual, as normas sociais e os ambientes de apoio — são elementos essenciais de muitos programas contra a malária. Porém, estes são frequentemente descritos como incompletos ou inconsistentes nos relatórios de avaliação e artigos.[2] Tal facto limita a capacidade das pessoas que tomam as decisões em distinguirem a boa qualidade de campanhas estratégicas de mudança comportamental e esforços de relações públicas. Reduz também a eficiência dos esforços para resumir a eficácia de diferentes mensagens e abordagens e a sua capacidade de reprodução. Uma comunicação de boa qualidade é mais fundamental ainda, tendo em conta que os esforços de controlo da malária procuram acompanhar as alterações nas tecnologias de comunicação e de epidemiologia. Relatórios bem elaborados podem levar a um melhor conhecimento “do que é que obtém melhores resultados” em contextos diferentes e são fundamentais para maximizar os investimentos na investigação.

De 2012 a 2014, representantes de diferentes organizações sem fins lucrativos e de investigação — que viriam a formar o Grupo de Acção de Monitorização e Avaliação (M e A) do Grupo de Trabalho de Comunicação para a Mudança Social e Comportamental da Roll Back Malaria — reuniram-se para discutir as oportunidades e lacunas na monitorização e avaliação de programas de MSC contra a malária. Entre as lacunas destacadas, encontrava-se um défice de avaliações publicadas de MSC contra a malária, a importância da capacidade de construção de melhores práticas para a avaliação da MSC e uma falta de elementos essenciais sobre intervenções na literatura. O documento foi novamente revisto em 2017, na reunião anual do grupo de trabalho, sendo introduzidas pequenas actualizações em 2018.

O resultado é o presente documento de orientação — uma lista de verificação —, que salienta a descrição da intervenção da MSC e a lógica da estratégia de MSC, da escolha de efeitos, dos métodos para criar comparações; e uma discussão sobre os efeitos, a atribuição de causalidade e implicações futuras e generalização dos resultados. Os itens da lista de verificação foram agrupados em três campos: estrutura da intervenção, concepção do estudo e discussão.

A lista de verificação tinha por base a aplicação das melhores práticas de M e A descritas no *Quadro Estratégico para a CMSC contra a Malária: 2018–2030*. Outros materiais utilizados para elaborar a lista de verificação incluíam orientações de comunicação de revistas para ensaios de controlo aleatórios (Consolidated Standards of Reporting Trials [CONSORT]), avaliações não aleatórias de programas comportamentais (Transparent Reporting of Evaluations with Non-Randomized Designs [TREND]) e avaliações de mudança comportamental gerais (Working group for Intervention Development and Evaluation Research [WIDER]) [1, 3, 4]. Centenas de principais revistas da especialidade utilizaram estas orientações e estas estão associadas a uma melhoria na comunicação.[5]

√	<p><b>CAMPO 1: ESTRUTURA DA INTERVENÇÃO</b>          Modo como a intervenção foi concebida e uma descrição da intervenção:</p>
	1. Qual o problema comportamental que a intervenção de MSC pretende abordar?
	2. Que resultados dos estudos formativos informaram a intervenção?
	3. Que teorias foram utilizadas para desenvolver a intervenção ou a análise?*
	4. Os públicos-alvo são descritos de uma forma que ajuda os leitores a compreender o contexto comportamental?
	5. As mensagens, materiais e actividades são descritas em termos da teoria do programa e do público-alvo? (Útil: uma ligação a materiais, recursos e pesquisa a partir do programa)
	6. As mensagens e os materiais foram testados junto dos públicos-alvo antes da implementação? Como?*
	7. Havia uma descrição da duração, frequência e quantidade das actividades da MSC? Quais eram as qualificações das pessoas que efectuaram a intervenção? Existia um mecanismo de monitorização para verificar o alcance ou a entrega do conteúdo?
	8. De que forma variou a exposição à intervenção? Ocorreu uma variação substancial no alcance dos meios de comunicação social e dos parceiros da comunidade?*
	9. Se possível: os custos foram descritos? Alguma das estruturas ou recursos existentes foram aproveitados pela intervenção?*
	<p><b>CAMPO 2: CONCEPÇÃO DO ESTUDO</b>          Selecção de efeitos e método de comparação:</p>
	1. Como é que foram atribuídas unidades a um grupo de estudo? Se as unidades não tiverem sido seleccionadas aleatoriamente, que medidas foram tomadas para minimizar o risco de parcialidade de selecção?*
	2. Se estiverem disponíveis informações de base de referência: existe uma comparação das características da base de referência com as características sociodemográficas e efeitos para cada grupo de estudo? Que métodos estatísticos foram utilizados para controlar as diferenças da base de referência?*
	3. Caso tenha existido um grupo de comparação, existe uma descrição do grupo? Que mensagens, materiais e actividades foram recebidas por este grupo? Que esforços foram feitos para impedir a contaminação?*
	4. Os autores utilizaram os indicadores de efeito recomendados do manual de indicadores de MSC contra a malária de RBM (exposição à intervenção da MSC; mudanças nos comportamentos contra a malária; efeitos intermédios; como os conhecimentos, normas, atitudes, risco e eficácia)? Quais foram os efeitos e os intervalos de confiança?
	5. Os efeitos seleccionados eram plausíveis em teoria dada a estrutura da intervenção?*
	6. Os dados foram recolhidos quanto tempo depois da intervenção da MSC?
	<p><b>CAMPO 3: DISCUSSÃO</b>          Interpretação dos resultados, considerando os pontos-fortes, as limitações ou a fraquezas do estudo:</p>
	1. Foram avaliados os critérios múltiplos para atribuição causal?
	2. Existe uma discussão sobre o mecanismo ou o percurso causal?*
	3. Em que medida as conclusões são consistentes com a pesquisa anterior?
	4. Foram dadas explicações alternativas? Isto pode incluir problemas como o acesso, a presença de outros programas no ambiente da intervenção, variáveis psicossociais ou eventos contextuais. Descreva discrepâncias entre a concepção do programa e a implementação efectiva, especificamente entre o conteúdo final e a selecção do canal e a teoria da mudança.
	5. Que factores facilitaram ou dificultaram a implementação da intervenção?*
	6. Existe alguma discussão sobre em que medida é possível generalizar os resultados do estudo? Ocorreu uma discussão sobre a relação custo-eficácia, escalabilidade, adaptabilidade e/ou sustentabilidade?*
	7. Quais são as implicações para pesquisas futuras, campanhas e políticas de MSC?

\*Adaptado a partir da declaração Transparent Reporting of Evaluations with Nonrandomized Designs (TREND), uma lista de verificação para comunicação padrão de ensaios controlados não-aleatórios.

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

# Pormenores sobre itens da lista de verificação

## Campo 1: intervenção de MSC

Estudos formativos: num distrito, a maioria das mulheres poderá não estar ciente da importância da prevenção da malária na gravidez. Noutro distrito, a maioria das mulheres poderá pensar que tomar um medicamento com o estômago vazio é mais perigoso do que a malária durante a gravidez. Os métodos de estudos formativos — como, por exemplo, grupos focais, entrevistas com informadores chave, inquéritos e observações — podem ser utilizados para compreender as crenças, preferências, restrições, motivações, comportamentos actuais e canais de comunicação acedidos pelo público-alvo. Estas informações, juntamente com teorias comportamentais e com testes dos materiais, servem de base para a selecção estratégica de mensagens e de abordagens com a melhor hipótese para alcançar mudanças quantificáveis.[2]

Teorias: as teorias sociais e comportamentais proporcionam conhecimentos sobre o porquê e o como as actividades de comunicação podem ter sucesso. A teoria ajuda os gestores de MSC a identificar onde é que o público se encontra no processo de mudança comportamental e como irá alcançar a mudança pretendida. Utilizando a teoria para guiar a concepção da intervenção poderá levar a efeitos mais pronunciados; e as avaliações com base na teoria fazem com que estes estudos tenham maior probabilidade de contribuir para a ciência comportamental.[12–14] Cinco teorias de mudança comportamental normalmente utilizadas são a Acção Reflectida/Comportamento Planeado, a Aprendizagem Social, a Difusão de Inovações, o Modelo de Crença na Saúde e o Processo Paralelo Estendido ou Gestão do Medo. [11] Em alguns casos, é solicitado a avaliadores externos que avaliem os programas de MSC ou que analisem conjuntos de dados — como, por exemplo, Inquéritos Demográficos de Saúde ou Inquéritos de Indicadores da Malária — se não for evidente que foram utilizadas teorias comportamentais. Nestes casos, os avaliadores podem seleccionar associações com bases teóricas plausíveis e, nas suas reavaliações, discutem o papel de factores não quantificados — e possivelmente relevantes — e teóricos.

Público-alvo: as actividades de comunicação e os efeitos pretendidos variam consoante as necessidades de comunicação dos diferentes segmentos da população. Os esforços de comunicação não precisam obrigatoriamente de visar a população geral ou até mesmo os grupos que estão em maior risco, em termos epidemiológicos. As estratégias de comunicação identificam o público-alvo primário (aqueles que irão aplicar as práticas de saúde chave) e o público secundário (aqueles que influenciam o público-alvo). O público secundário pode ser visado por ser aquele que toma as decisões. O público terciário — grupos comunitários, líderes locais, prestadores de cuidados de saúde — é também visado se o seu apoio for decisivo.[2] Factores importantes, como o meio urbano/rural, género, subsistência, papel no agregado familiar, etc., contribuem para a compreensão do contexto comportamental e adequação da estrutura da intervenção.

Mensagens e materiais: amplitude da perspectiva das campanhas de MSC. Algumas campanhas têm uma perspectiva limitada, como o uso das redes mosquiteiras tratadas com insecticida de longa duração (REMILD), normalmente observadas durante as campanhas de distribuição de redes mosquiteiras, ao passo que as campanhas integradas abordam o uso de REMILD, entre outras questões de saúde, como o diagnóstico e o tratamento atempado de febre, zinco, adopção de sais de reidratação oral para tratar a diarreia e o planeamento familiar. As campanhas de MSC incluem frequentemente elementos de comunicação interpessoais, como aqueles entre uma profissional de saúde comunitária e a sua cliente, assim como actividades de meios de comunicação, nomeadamente a rádio, TV e envio de SMS. Canais diferentes têm pontos fortes, desafios e custos diferentes.[15] As descrições pormenorizadas dos canais seleccionados e o ponto focal da mensagem ajudarão os leitores a compreender a relevância dos efeitos medidos e a repetir a intervenção. Para as actividades comunitárias e interpessoais, é também útil saber como é que os participantes foram agrupados.[10]

Teste de materiais: antes de serem implementados, os elementos de intervenção devem ser concebidos e testados em pequena escala com o público-alvo. Os conceitos, mensagens, guiões de rádio e protótipos de materiais de impressão podem ser pré-testados através de métodos de investigação padrão. Os resultados dos pré-testes são utilizados para fazer ajustamentos. O pré-teste ajuda a confirmar se os enredos, mensagens e materiais são compreendidos, se são aceitáveis e se têm o efeito desejado no público visado.[2] O pré-teste aumenta também a probabilidade de resposta do participante.[16] Quando está em causa uma grande participação do público, nomeadamente através de concepções centradas no ser humano, o tipo de participação deverá ser descrito.

Duração e intensidade, qualificações dos prestadores de cuidados de saúde e monitorização: as mudanças nos comportamentos poderão demorar meses ou anos a ocorrer, dependendo do ponto em que o público se encontra no processo de mudança, as mensagens e as abordagens utilizadas na campanha, a sua duração e o volume de actividades de comunicação nesse período. A qualidade de mensagens pode também variar consoante a quantidade de treino ministrada ao executor/prestador. Do mesmo modo, as organizações dos meios de comunicação podem variar no alcance geográfico e na audiência. A criação de um mecanismo de monitorização através de relatórios de supervisão, relatórios de monitorização de meios de comunicação e registos de actividade ajudam a quantificar e a verificar a entrega de conteúdos e a intensidade das actividades; e se estão a ter o efeito desejado sobre a população.[14]

## Campo 2: concepção do estudo

Método de atribuição: em geral, os avaliadores dos programas de MSC concordam que não há uma concepção perfeita para avaliar programas de MSC. Porém, reconhece-se que, apesar da aleatorização de indivíduos, unidades ou comunidades para controlar — ou grupos de intervenção — fornecer provas convincentes da sua eficácia, tal não é prático para os programas que incluam os meios de comunicação ou para aqueles programas que pretendem alcançar toda a população. Muitas campanhas são concebidas para irem o mais longe possível e muitas vezes é complicado evitar a contaminação nas áreas de controlo.[17, 18]

Os inquéritos transversais e longitudinais no pós-campanha têm sido utilizados para determinar se aqueles que foram expostos e aqueles que não foram expostos tiveram efeitos diferentes. Apesar de vulneráveis a ameaças, como a auto-selecção e o confundimento — e apesar de não se poder apurar uma causalidade directa através destas concepções — os inquéritos têm demonstrado que fornecem informações úteis sobre a eficácia da campanha.[19] As ameaças à validade podem ser diminuídas através do controlo das características dos participantes recorrendo a técnicas estatísticas multivariadas ou utilizando uma concepção por séries temporais/painel, de forma a que os inquiridos funcionem como os seus próprios controlos.

Uma abordagem forte, mas avançada — atribuição causal multivariada — combina a modelagem teórica de equações estruturais, a análise de enlaçamento baseado em índices de propensão e a análise de sensibilidade para criar uma abordagem de avaliação orientada por teorias e métodos. A modelagem de equações estruturais permite aos investigadores testar percursos causais; o enlaçamento baseado em índices de propensão cria grupos de controlo estatisticamente equiparados; e a análise de sensibilidade testa o efeito dos confundidores não quantificados. Na totalidade, a atribuição causal multivariada permite que se faça uma inferência causal válida relativamente à mudança comportamental que poderá ser atribuída à campanha de comunicação.[20, 21]

Escolha de medidas com base nos efeitos: os indicadores no guia de referência dos indicadores para a MSC sobre a malária foram recomendados com base nas conclusões da literatura e teorias de mudança comportamental existentes. As medidas essenciais incluem a percentagem de participantes que praticam os comportamentos pretendidos; a percentagem de participantes expostos a/capazes de recordar a intervenção da MSC; e provas de mudança nos efeitos intermédios, como o conhecimento, normas, atitudes, risco e auto-eficácia. De vez em quando, os efeitos sanitários, como a prevalência de malária, podem ser reportados com estes efeitos. Os avaliadores devem medir uma gama de efeitos proximais e distais — tal como descrito na teoria do programa — para ajudar a avaliar quais as partes do processo de mudança foram afectadas pela intervenção da MSC.

Embora não todos, muitos dos efeitos que as intervenções da MSC procuravam abordar são baseados em medidas de efeitos subjectivas. Vários efeitos podem ser avaliados de várias maneiras. Quando possível, as descrições das propriedades psicométricas, da validade e fiabilidade das medidas utilizadas são particularmente úteis para avaliar a qualidade das medidas com base nos efeitos, sobretudo quando não estão amplamente disponíveis ou não são debatidas na literatura. À medida que se vai acumulando um conjunto de provas sobre as medidas utilizadas para avaliar a MSC, o campo será capaz de desenvolver escalas normalizadas ou questões que permitam comparações ao longo da população e intervenções.

### Campo 3: discussão

Atribuição causal: a identificação da causalidade é uma questão essencial na avaliação. Desde 1965, cientistas utilizam os critérios de Bradford Hill para ter em consideração antes de inferir causalidade, nomeadamente —

- a. **Força:** um efeito forte tem maior probabilidade de ser causal do que um efeito fraco; contudo, correlação não implica causalidade.
- b. **Consistência:** o efeito é constatado repetidamente em estudos diferentes.
- c. **Especificidade:** não há explicações alternativas para o efeito.
- d. **Coerência teórica:** a associação é consistente com o que sabemos sobre o assunto; se os efeitos intermédios ou distais correspondiam às previsões (teóricas) dos peritos.
- e. **Plausibilidade:** o efeito faz sentido em termos teóricos ou intuitivos.
- f. **Dose-resposta:** doses maiores produzem efeitos maiores.
- g. **Temporalidade:** a causa precede o efeito.
- h. **Reacção à experiência:** se as variações ou repetições foram ou não associadas a resultados semelhantes ou diferentes.

Tal como mencionado por Bradford Hill, cada critério é necessário, mas não é suficiente para determinar a causalidade. Para estabelecer o melhor caso para a causalidade, os avaliadores devem apresentar uma avaliação com múltiplos critérios.[22]

## Discussão

Apesar de os doadores e governos terem investido milhões de dólares na MSC contra a malária, ainda fica por descobrir sobre quando, onde e como é que este dinheiro pode ser usado eficazmente. Os investigadores têm de publicar o seu trabalho e de o apresentar de forma a que percebamos (a) a escolha de efeitos seleccionados e como é que estes foram influenciados pelos programas de comunicação, (b) a dimensão destes efeitos, (c) os elementos de um programa de comunicação e o contexto em que funciona que contribui para a sua eficácia e (d) a relação custo-eficácia das comunicações no controlo da malária.[23]

Os investimentos na investigação atingirão um nível máximo de utilidade se os relatórios de avaliação e os artigos publicados contiverem descrições pormenorizadas das abordagens e conteúdo das campanhas, nomeadamente a combinação de canais, mensagens, duração, alcance e periodicidade, assim como é que estas intervenções foram desenvolvidas. Tal inclui os princípios teóricos sobre os quais eram baseados, os estudos formativos que fundamentaram a sua concepção e se os materiais foram testados no público-alvo ou não.

É provável que os autores relatarão alguns itens e outros não. O limite de palavras poderá limitar a capacidade de alguns autores para relatar sobre todos os itens recomendados. Esta questão pode ser abordada de várias maneiras. Os autores podem descrever o máximo possível, dentro dos limites, e depois fornecer uma ligação online para os pormenores da intervenção. Poderá ser um conjunto de ferramentas de materiais de comunicação, relatórios de estudos formativos e de programas, bem como relatórios de avaliação completos ou análises adicionais. Do mesmo modo, os autores podem elaborar formas de apresentação de dados adicionais elegantes e sucintas, como fluxogramas para mapear a ligação entre a exposição, os efeitos intermédios e os comportamentos, ou podem fornecer uma tabela ou uma caixa de texto com os pormenores da intervenção.[16]

Sempre que possível, os itens na lista de verificação devem ter por base dados rigorosos. Os relatórios com as informações recomendadas precisam de ser analisados para verificar se apresentam resultados mais tendenciosos em comparação com aqueles que não contêm essa informação.[24]

As orientações de comunicação podem ajudar a garantir que os investimentos na investigação são utilizados de forma eficaz. Os doadores, os praticantes da MSC e o público têm o direito de esperar que os resultados da investigação sejam comunicados de maneira a que se consiga perceber “o que funciona, para quem, porquê, quando e a que custo.”[16] Estas sugestões são um primeiro passo para garantir que os relatórios de investigação contêm informações suficientes para documentar as ilações retiradas com os programas de MSC, fazendo uma síntese dos dados concretos, melhorando a transparência e chamando a atenção para o rigor potencial de estudos e programas de MSC bem concebidos e implementados.[25]

## Referências

1. Moher, D., S. Hopewell, K. Schultz, V. Montori, P. Gotsche, P. Devereaux, D. Elbourne, M. Egger e D. Altman. (2010). "Explanation and Elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials." *BMJ*, 340:c869.
2. Parceria RBM pelo Fim da Malária. (2017). *The Strategic Framework for Malaria Communication at the Country Level, 2018–2030*. Vernier, Suíça: RBM.
3. Des Jarlais, D. C., C. Lyles e N. Crepaz. (2004). "Improving the Reporting Quality of Nonrandomized Evaluations of Behavioral and Public Health Interventions: The TREND Statement." *American Journal of Public Health*, 94:361–366.
4. Schulz, K. F., D. G. Altman, e D. Moher. (2010). "CONSORT 2010 Statement: Updated Guidelines for Reporting Parallel Group Randomised Trials." *PLoS Med*, 7:e1000251.
5. Turner, L., L. Shamseer, D. G. Altman, K. F. Schulz e D. Moher. (2012). "Does use of the CONSORT Statement impact the completeness of reporting of randomised controlled trials published in medical journals? A Cochrane review." *Syst Rev*, 1:60.
6. Mayo-Wilson, E., S. Grant, S. Hopewell, G. Macdonald, D. Moher e P. Montgomery. (2013). "Developing a reporting guideline for social and psychological intervention trials." *Trials*, 14:242.
7. Zwarenstein, M., S. Treweek e J. Gagnier. (2008). "Improving the reporting of pragmatic trials: an extension of the CONSORT statement." *BMJ*, 337:2390.
8. Boutron, I., D. Moher, D. Altman, K. Schulz, P. Ravaud. (2008). "Extending the CONSORT Statement to randomized trials of nonpharmacologic treatment: explanation and elaboration." *Ann Intern Med*, 148:295–309.
9. Des Jarlais, D. C., C. Lyles e N. Crepaz. (2004). "Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions the TREND statement." *Am J Public Health*, 94:361–366.
10. Albrecht, L., Archibald, M., Arseneau A. e Scott, S. (2009). *Recomendações WIDER. Implementation Science*, 8:52.
11. Parceria RBM pelo Fim da Malária. (2017). *Malaria Social and Behavior Change Communication Indicator Reference Guide: Segunda Edição*. Vernier, Suíça: RBM.
12. Michie, S., D. Fixsen, J. Grimshaw e M. Eccles. (2009). "Specifying and reporting complex behavior change interventions: the need for a scientific method." *Implementation Science*, 4:40.
13. Tanzania ACE Mentoring Program. (2012). *Leituras de Teoria da Comunicação*. Disponível em: <http://www.k4health.org/toolkits/tanzania-ace/communication-theory-readings>.
14. Curso de formação online sobre a comunicação para a mudança social e comportamental contra a malária com base em dados concretos disponível em: <http://www.networksmalaria.org/networks/online-training-series-evidence-based-malaria-social-behavior-change-communication>
15. Sarker, B. K., S. Ahmed, N. Islam e J. A. Khan. (2013). "Cost of behavior change communication channels of Manoshi-a maternal, neonatal and child health (MNCH) program in urban slums of Dhaka, Bangladesh." *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 11:28.
16. Armstrong, R., E. Waters, L. Moore, E. Riggs, L. G. Cuervo, P. Lumbiganon e P. Hawe. (2008). "Improving the reporting of public health intervention research: advancing TREND and CONSORT." *Journal of Public Health*, 30:103–109.
17. Noar, S. M. (2009). "Challenges in evaluating health communication campaigns: defining the issues." *Communication Methods and Measures*, 3:1–11.
18. Keating, J., P. Hutchinson, J. M. Miller, A. Bennett, D. A. Larsen, B. Hamainza, C. Changufu, N. Shiliya e T.P. Eisele. (2012). "A quasi-experimental evaluation of an interpersonal communication intervention to increase insecticide-treated net use among children in Zambia." *Malaria Journal* 11:1–10.
19. Valente, T. e P. Kwan. (2009). "Public communication campaigns: Theoretical principles and practical applications." *Media effects: Advances in theory and research*. Volume 3. Editado por Rice, R. E. e C. K. Atkin: 436–468.
20. Figueroa, M. E., J. T. Bertrand e D. L. Kincaid. (2001). "Evaluating the Impact of Communication Programs: Summary of an Expert Meeting Organized by the MEASURE Evaluation Project and the Population Communication Services Project." *Belmont Conference Center, Elkridge, MD*.
21. Kincaid, D. L. e M. P. Do. (2006). "Multivariate causal attribution and cost-effectiveness of a national mass media campaign in the Philippines." *Journal of Health Communication*, 11:69–90.

22. Hill, A. B. (1965). "The environment and disease: association or causation?" *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 58:295.
23. Bertrand, J. T., K. O'Reilly, J. Denison, R. Anhang e M. Sweat. (2006). "Systematic review of the effectiveness of mass communication programs to change HIV/AIDS-related behaviors in developing countries." *Health education research*, 21:567–597.
24. Moher, D., A. Jones e L. Lepage. (1995). "Use of the consort statement and quality of reports of randomized trials: A comparative before-and-after evaluation." *JAMA*, 285:1992–1995.
25. Kirkwood, B. (2004). "Making public health interventions more evidence based: TREND statement for non-randomised designs will make a difference." *BMJ*, 328:966.
26. Organização Mundial da Saúde (OMS). (2017). *Programme reporting standards for sexual, reproductive, maternal, newborn, child, and adolescent health*. Genebra, Suíça: OMS.

