

Malaria Matchbox

Uma ferramenta de avaliação da equidade
na área da saúde para melhorar a qualidade
dos programas de combate à malária



Índice

PREFÁCIO	5	Parte B: UTILIZAÇÃO DO MALARIA MATCHBOX	19
AGRADECIMENTOS	6	1. Fase de pré-avaliação	19
LISTA DE ACRÓNIMOS	8	Compreender o contexto do país e a respectiva resposta	19
Parte A: INTRODUÇÃO	9	Assegurar o compromisso nacional das diversas partes interessadas	19
1. Abordagem política	9	Formação da equipa de avaliação	20
A equidade como pré-requisito para alcançar a Cobertura Universal da Saúde	9	Planeamento e orçamentação	20
Uma abordagem integrada, equitativa e centrada nas pessoas para acabar com a malária	10	Elaboração da proposta de investigação	21
2. Quadro conceptual	12	Considerações éticas	21
Determinantes socioeconómicas das desigualdades na saúde, nas áreas onde a malária é endémica: quem sofre o maior impacto?	12	2. Fase de avaliação	22
3. Descrição do Malaria Matchbox	14	Módulo 1: Análise documental	22
Objectivos	14	Extracção de dados quantitativos (opcional)	24
Utilização da ferramenta	14	Módulo 2: Avaliação das barreiras ao acesso e utilização dos serviços e dos estrangulamentos na distribuição dos serviços de saúde	25
Público-alvo	15	Módulo 3: Identificação das desigualdades intrafamiliares	44
Princípios gerais	15	Módulo 4: Análise de dados e validação	49
Estrutura do manual	16	Módulo 5: Planeamento de acções	50
O processo de implementação	16	Parte C: ANEXOS	52
		Parte D: BIBLIOGRAFIA	72

Qual a origem do termo “Malaria Matchbox”?

Iluminar, corresponder as respostas às necessidades e desencadear a acção

“Matchbox” é o termo em inglês para caixa-de-fósforos – um fósforo desencadeia um processo que começa por iluminar o objecto que queremos ver em pormenor. Uma caixa de ferramentas disponibiliza os recursos que podem melhorar os resultados, fazendo corresponder a solução mais adequada às necessidades. O termo Malaria Matchbox foi, portanto, criado para ilustrar a ideia de ferramenta que pode fazer luz sobre os diferentes tipos de barreiras que as pessoas enfrentam para aceder e utilizar os serviços de cuidados de saúde, em especial os que se referem à prevenção e ao tratamento da malária. A identificação dessas barreiras, quer sejam socioculturais, financeiras, físicas ou relacionadas com normas de género, é uma etapa fundamental para satisfazer as necessidades específicas das pessoas com respostas que sejam centradas nas pessoas, respeitem os seus direitos e se ajustem às questões de género. Finalmente, esperamos que, ao incentivar a aprendizagem e a colaboração entre as partes interessadas relevantes de cada país, o Malaria Matchbox vá também desencadear uma acção integrada e multisectorial mais eficaz com vista a cumprir a agenda mundial para acabar com a malária até 2030.



PREFÁCIO



Em maio de 2019, a resolução da Assembleia Mundial da Saúde para a reunião de alto nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a Cobertura Universal da Saúde (CUS) apelou aos estados-membros para a aceleração do progresso rumo a uma cobertura universal, dando especial atenção aos indivíduos e grupos pobres, vulneráveis e marginalizados. Ainda que admirável, tal ambição não será concretizada sem combater a malária.

De acordo com o Relatório Mundial da Malária de 2018, a malária continua a ser a causa de morte de mais de 400 mil pessoas por ano, com ampla incidência em África. Na realidade, após um período de sucesso sem precedentes entre 2000 e 2016, em que mais de 7 milhões de vidas foram salvas, o progresso na luta contra a malária estagnou. Os países com uma incidência elevada registaram um aumento do número de casos de malária e das taxas de mortalidade relacionadas. As crianças com menos de cinco anos, os refugiados e as populações afetadas por conflitos e desastres naturais são as que correm um risco maior.

Para recuperar o progresso na luta contra a malária, é necessário melhorar e adequar os programas às especificidades dos contextos em que tais são implementados às características dos vários grupos populacionais que necessitam dos serviços de cuidados de saúde. Isto significa compreender como a pobreza, as normas sociais, a desigualdade de género, o estatuto jurídico e as barreiras linguísticas afetam os indivíduos e a respectiva capacidade de aceder e utilizar os serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento da malária, bem como os cuidados de saúde básicos em geral.

Para enfrentar esses desafios, a Malaria Matchbox foi concebida para fortalecer a capacidade dos programas de combate à malária em tornar os serviços disponíveis, acessíveis e aceitáveis para todos aqueles em situação de risco. O seu nome (“Malaria Matchbox” significa

“caixa de fósforos” em inglês) dá uma indicação de como funciona: “clarificar” informações sobre populações específicas as quais estão suscetíveis a não serem beneficiadas pelas intervenções de controlo da malária, bem como as populações que encontram barreiras para acessar serviços de saúde. Neste sentido, o Malaria Matchbox pode ajudar os programas nacionais contra a malária a exercerem um impacto mais forte através de um envolvimento maior das comunidades na elaboração das políticas, do aperfeiçoamento das estratégias de comunicação para a mudança de social e de comportamentos (CMSC), de uma prestação dos serviços culturalmente ajustada, de uma melhoria do alcance e do acesso aos serviços e de iniciativas mais gerais para melhoria dos serviços de saúde primários numa perspectiva mais centrada nas pessoas. Ao garantir que **ninguém fica para trás**, independentemente de quem seja e de onde se encontre, e considerando a causa de fundo da desigualdade na saúde nos diferentes contextos, populações e grupos de indivíduos, o Malaria Matchbox faz parte do arsenal que está a ser colocado à disposição dos países para os ajudar a recuperar o progresso na luta contra a malária.

À data desta publicação, já tinha sido realizada uma experiência-piloto do Malaria Matchbox ao nível estadual, em Meghalaya, na Índia, e ao nível nacional no Níger e na Guiné-Bissau. Ao apoiarem o lançamento do Malaria Matchbox, as autoridades desses países embarcaram num modo inovador de pensar como os respectivos programas poderiam aumentar a eficiência em alcançar populações com serviços de cuidados de saúde que sejam acessíveis física e financeiramente, bem como culturalmente adequados e centrados nas pessoas.

O compromisso político de desenvolvimento das nossas nações e uma liderança de topo são condições fundamentais para o fim da malária, afim de alcançar os Objectivos de Desenvolvimento Sustentáveis e assegurar um futuro melhor para as gerações vindouras. Em abril de 2019, durante as comemorações do Dia Mundial da Malária em Paris, tivemos o prazer de manifestar o nosso agradecimento à Primeira-Dama do Níger, Sua Excelência a Madame Aïssata Issoufou Mahamadou, pelo seu empenho na implementação do Malaria Matchbox no Níger e pela liderança na promoção dos princípios de equidade e de Cobertura Universal da Saúde. Contamos que os exemplos de países como Índia, Níger e Guiné Bissau possam inspirar mais países na utilização da ferramenta Malaria Matchbox e nos alegamos com a continuação desta parceria importante na luta mundial contra a malária.

Peter Sands
Director Executivo
Fundo Mundial de Luta contra Sida, Tuberculose e Malária

Dr Abdourahmane Diallo
Director Executivo
Parceiria RBM pelo fim da malária

AGRADECIMENTOS

O Fundo Global de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e a Malária e a Parceria RBM pelo Fim da Malária agradecem a todos os que contribuíram para os vários processos que resultaram na consolidação desta ferramenta. A sua criação, no Outono de 2016, foi possível graças ao valioso trabalho de Sharmeen Premjee (coordenadora de programas sénior), Edwige Fortier (coordenador da plataforma regional) e Matthew Greenall (consultor sénior) do departamento de Comunidade, Direitos e Género do Fundo Global, Jessica Rockwood (presidente) e Autumn Straub da International Public Health Advisors (IPHA), e às várias consultas junto da sociedade civil e das organizações de base comunitária realizadas por Edward Mwangi (ONG do Quénia, Alliance Against Malaria), Simon Kabore (director da rede de acesso a medicamentos essenciais) e RD Marte (director executivo da APCASO).

A versão actual é o resultado de uma revisão detalhada coordenada pelo Fundo Global, conduzida por Kate Thomson (chefe do departamento de CDG), Heather Doyle (coordenadora sénior de Género), Sussann Nasr (assessora sénior da Malária), Alexandrina Iovita (assessora de Direitos Humanos), Uliane Appolinario (consultora de Iniciativa Estratégica de CDG) e Matthew Greenall (consultor sénior). O Fundo Global agradece a todos os parceiros técnicos e da sociedade civil que deram contributos importantes para o Matchbox, nomeadamente Valentina Buj (assessora das parcerias de saúde e malária globais), Sadri Singh (assessor sénior de Género e Desenvolvimento), L.N. Balaji (assessor sénior de reforço dos sistemas de saúde); Tyler Andrew Porth (especialista de estatística) da Unidade de Saúde do Fundo da Nações Unidas para a Infância (UNICEF); Clara Mathieu Gotch (directora operacional); Melanie Renshaw (directora de programas), Xenya Scanlon (gestora do comité de parceiros para a comunicação estratégica); Joshua P. Levens (coordenador do comité de parceiros para a sensibilização e mobilização de recursos) da Parceria RBM pelo Fim da Malária, Peter Olumese (responsável médico), Abdisalan Noor (director de vigilância) e Alastair Robb (assessor sénior) do Programa Global da Malária da Organização Mundial da Saúde (OMS); Erika Silva (assessora de saúde), Nafissatou Faye (assessora sénior de igualdade de

género) e Kate Waller (especialista de género) da Plan International do Canadá; Olivia Ngou (coordenadora global) da Sociedade Civil para a Eliminação da Malária (CS4ME); Sophie Dilmitis, Coordenadora Global (W4GF), Adam Bennett (director associado de vigilância), Jennifer Smith (professora assistente de epidemiologia e bioestatística) e Erika Larson (directora associada) da Iniciativa para a Eliminação da Malária, Grupo de Saúde Global da Universidade da Califórnia, São Francisco; Yacine Diop Djibo (fundadora e directora executiva) e Fara Ndiaye (directora executiva adjunta) da Speak Up Africa, Anjali Kaur (directora de programas) da Malaria No More, Índia; Fayaz Ahmad (consultor de estratégia de programas) da Beyond Solutions; Anna McCartney-Melstad (responsável de programas sénior) e Angela Acosta (responsável de programas sénior) do Johns Hopkins Center for Communication Programs; Guda Alemayehu (especialista em CMSC) da USAID/Etiópia e Debora Freitas Lopez (directora técnica e de programas) da University Research Co., Center for Human Services (URC-CHS).

O Fundo Global agradece profundamente a Denise Njama-Meya (consultora) pelo trabalho notável de recolha dos inúmeros contributos de todos os colaboradores e consolidação do Malaria Matchbox; aos programas nacionais contra a malária do Níger, da Guiné-Bissau e do estado de Meghalaya, Índia, pelo apoio ao lançamento da ferramenta nos respectivos países e a todos os elementos das equipas nacionais do Fundo Global envolvidos.



LISTA DE ACRÓNIMOS

ACT	Terapia combinada à base de artemisinina	OSC	Organizações da sociedade civil
AIM	Acção e Investimento para vencer o Paludismo 2016-2030	PGM	Programa Global da Malária
AMREF	Fundação de Investigação Médica Africana	PMI	Iniciativa do Presidente dos EUA contra a Malária
C&A	Controlo e avaliação	PNCDTV	Programa nacional de controlo de doenças transmitidas por vectores
CEI	Conselho de ética independente	PNCM	Programa Nacional de Controlo da Malária
CMAT	Equipas comunitárias de acção contra a malária	PNM	Programa Nacional da Malária
CMSC	Comunicação para a mudança social e de comportamentos	PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
CPN	Cuidados pré-natais	PQMS	Prevenção química da malária sazonal
CUS	Cobertura Universal da Saúde	RBM	Parceria RBM pelo Fim da Malária
DCH	Desenho centrado no ser humano	RI	Revisão intercalar
DFID	Departamento para o Desenvolvimento Internacional	RPM	Revisão do programa da malária
DGD	Debates dos grupos de discussão	SGM	Sub-região da Grande Mekong
DHIS2	Sistema de Informações de Saúde Distrital 2	SIDA	Síndrome da imunodeficiência adquirida
EIC	Entrevistas a informadores-chave	SIGS	Sistemas informáticos de gestão da saúde
ESE	Estatuto socioeconómico	SISCOM	Sistema informático de saúde comunitária
FG	Fundo Global de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e a Malária	TDR	Teste de diagnóstico rápido
FIAR	Fumigação de interiores com insecticida de acção residual	TPIb	Tratamento preventivo intermitente de bebés
GTS	Estratégia Técnica Mundial para o Paludismo 2016-2030	TPIg	Tratamento preventivo intermitente na gravidez
IDH	Índice de desenvolvimento humano	TSC	Técnico de saúde comunitário
IDS	Inquérito Demográfico de Saúde	UNFPA	Fundo das Nações Unidas para a População
IEIE	Incidência elevada, impacto elevado	UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
IIM	Inquérito de indicadores da malária	USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
MILD	Mosquiteiros tratados com insecticida de longa duração		
MnG	Malária na gravidez		
MTI	Mosquiteiro tratado com insecticida		
OBR	Organizações de base religiosa		
ODS	Objectivo de Desenvolvimento Sustentável		
OMS	Organização Mundial da Saúde		
ONG	Organização não governamental		

PARTE A: INTRODUÇÃO

1 Abordagem política

A equidade como pré-requisito para alcançar a Cobertura Universal da Saúde

O Malaria Matchbox é um instrumento de avaliação destinado a injectar equidade nos programas de combate à malária, correlacionando os dados sobre o acesso e a utilização dos serviços de saúde pelas populações com as programações nacionais para a malária, ao longo de todo o processo, do controlo à eliminação. Ao garantir o estudo das causas de fundo das desigualdades no plano da saúde em diferentes contextos, populações e grupos de indivíduos e ao contribuir para o desenvolvimento de planos de programação para a malária, o Matchbox visa contribuir para as ambiciosas metas globais de saúde definidas no **SDG3**, que apela à comunidade internacional no sentido de assegurar vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos, em todas as idades e em todos os contextos, incluindo os humanitários e frágeis (4). Isso garantirá que **ninguém fica para trás**, independentemente de quem seja e de onde se encontre.

A concretização dos subobjectivos dos ODS de reduzir a mortalidade materna, neonatal e infantil (3.1 e 3.2), assim como o de acabar com o VIH, a tuberculose, a malária e as doenças tropicais negligenciadas (3.3) (5) requer um compromisso político contínuo para solucionar uma vasta gama de determinantes sociais da saúde precária, como a pobreza, a exclusão social e geográfica, as normas tradicionais e de género prejudiciais e as barreiras financeiras. As populações que vivem em circunstâncias frágeis ou afectadas por conflitos, como refugiados e deslocados internos, incluindo os deslocados pela urbanização, construção ou desenvolvimento humano, correm particularmente o risco de privação dos serviços básicos de saúde, ligado à discriminação, à marginalização, à falta de segurança e a muitas outras desigualdades. Outras populações marginalizadas, incluindo trabalhadores sazonais e aqueles deslocados pela urbanização, construção ou

desenvolvimento humano, correm também o mesmo risco. Vários estudos concluíram também que as populações marginalizadas podem ser particularmente vulneráveis à malária, uma vez que enfrentam barreiras no acesso aos serviços de saúde, incluindo os da malária. Grupos minoritários étnicos ou políticos, por exemplo, tendem a ser pobres e móveis (6, 7), e podem não ter serviços disponíveis onde vivem, podem não ter acesso aos serviços devido a factores como a cidadania, etnia, religião ou filiação política, ou podem evitar o acesso aos sistemas de saúde por receio de atenção indesejada por parte das autoridades governamentais, restringindo assim o acesso à prevenção, diagnóstico e tratamento da malária (8, 9). A desigualdade de género também pode aumentar o risco de contrair a malária e restringir o acesso aos serviços de saúde, dependendo do contexto socioeconómico. Muitas mulheres e raparigas vivem numa pobreza maior e os efeitos nocivos da desigualdade actuam como barreiras ao acesso aos serviços de saúde (10), além de possíveis normas de género desiguais que favorecem os rapazes e homens na distribuição dos recursos das famílias em detrimento das raparigas e mulheres. A pobreza, as incapacidades e a localização geográfica afectam ainda mais a disponibilidade, a acessibilidade e a utilização dos serviços de saúde. Geralmente, os adolescentes e jovens são considerados saudáveis e poucos serviços satisfazem as suas necessidades ou são capazes de lhes prestar serviços relevantes, responsivos e respeitosos. Existem provas crescentes de que os adolescentes têm muitas vezes dificuldade em aceder aos serviços de saúde básicos de prevenção ou tratamento devido a barreiras financeiras, medo de intimidação e necessidade de consentimento dos pais (11). Os jovens e adolescentes que já não frequentam a escola também podem ter dificuldades em aceder aos serviços de cuidados de saúde primários, com potenciais implicações para a gestão da malária entre esses grupos (12). Estas desvantagens afectam ainda mais as raparigas adolescentes, que já são mais vulneráveis

à malária (13). Os homens também podem sofrer as consequências de obstáculos prejudiciais relacionados com o género, que frequentemente se apresentam sob a forma de exposição ao vector relacionada com o trabalho e de evitar a procura dos cuidados de saúde adequados.

O facto de a malária continuar a ser uma das principais causas de mortalidade infantil, apesar de evitável e curável, revela uma falta de ligação entre os serviços de saúde primários e os indivíduos. O Relatório Mundial da Malária de 2018 revelou níveis insuficientes de acesso e adopção de ferramentas e intervenções de combate à malária que salvam vidas; e que uma proporção considerável de pessoas em risco de contrair a malária não está a ser protegida, incluindo mulheres grávidas e crianças (14). Concretamente, 30% das crianças febris não têm acesso a nenhum tratamento em nenhum nível, apenas 22% das mulheres grávidas recebem a quarta dose de TPIg e quase 30% da população africana não tem acesso a nenhum tipo de controlo dos vectores. As mulheres grávidas e as crianças continuam a correr o maior risco de contrair a malária, pois não só são as mais frágeis em termos imunológicos, como também são mais susceptíveis de serem marginalizadas (14). Para recuperar o progresso anterior, o Relatório Mundial da Malária de 2018 apela a uma acção ampla que abranja o acesso universal ao controlo eficaz dos vectores, o diagnóstico precoce e o tratamento, incluindo uma atenção renovada no sentido de se alcançar as populações mais vulneráveis e carenciadas (5).

Uma abordagem integrada, equitativa e centrada nas pessoas para acabar com a malária

Deve procurar-se a equidade na saúde não apenas como um imperativo moral de justiça social, mas também como uma medida prática para apoiar o progresso no sentido de serem atingidas as metas globais de saúde estabelecidas no ODS3. Alcançar a equidade na programação da saúde exigirá uma abordagem abrangente dos cuidados de saúde, incluindo a avaliação e a eliminação das barreiras das populações ao acesso atempado aos serviços de saúde necessários. No contexto da malária, isso inclui serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento de qualidade, atempados e acessíveis, para as populações afectadas (14).

A luta contra a malária é um dos maiores sucessos de saúde pública do século XXI. As taxas globais de mortalidade por malária diminuíram em 60% desde 2000, o que significa milhões de vidas salvas. No entanto, após um período de sucesso sem precedentes, o progresso no controlo da malária estagnou. O Relatório Mundial da Malária de 2018 estima que ocorreram 219 milhões de casos de malária em 2017. Os

10 países africanos com maior incidência registaram um aumento estimado em 3,5 milhões de casos de malária em 2017, em comparação com o ano anterior. Segundo o relatório, uma criança morre de malária a cada dois minutos (14).

A agenda definida pela comunidade sanitária internacional para repor o progresso da eliminação da malária é ambiciosa. A Estratégia Técnica Mundial para o Paludismo 2016-2030 da Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Acção e Investimento para vencer o Paludismo (AIM) 2016-2030 apelam para uma redução da incidência e da mortalidade mundiais mínima de 90% e à eliminação da malária em, pelo menos, 35 países até 2030 (15). Recentemente, a OMS e a Parceria RBM pelo Fim da Malária (RBM) lançaram um gigantesco alerta e apelo à acção com a designação **Incidência elevada, impacto elevado** (16). numa tentativa de apoiar acções específicas e aumentar o compromisso político e comunitário de reactivar o ritmo do progresso na luta mundial contra a malária.

Em sintonia com a agenda da equidade e cobertura universal da saúde, o cumprimento da agenda sanitária mundial para acabar com a malária irá necessitar de mais dados sobre o contexto e sobre as determinantes que sustentam a implementação dos programas de combate à malária. A malária está intimamente ligada a um desenvolvimento socioeconómico fraco e à desigualdade. O estatuto socioeconómico (ESE) baixo duplica a probabilidade da malária clínica ou parasitemia nas crianças quando comparadas com crianças de estatuto mais elevado dentro da mesma localidade. A probabilidade de morrer de malária nos países subsarianos está inversamente relacionada com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) relativo ao rendimento e à educação (17).

As desigualdades sociais em ambientes onde a malária é endémica podem resultar em falta de acesso ao tratamento devido ao custo, falta de informação sobre a malária, falta de acesso a medidas preventivas como, por exemplo, mosquiteiros tratados com insecticida (MTI), comportamento de procura tardia de tratamento ou falta de acesso ao tratamento dos sintomas da malária e habitações precárias, entre outros factores. A probabilidade de contrair a malária é mais elevada nas comunidades pobres e marginalizadas (18). Todavia, a malária constitui ela própria um encargo para as comunidades e aumenta a pobreza e as desigualdades devido à perda de produtividade ou de rendimento associados à doença ou morte.

O êxito das intervenções de controlo dos vectores e gestão de casos deverá ser avaliado segundo o respectivo impacto, o qual será determinado pela cobertura eficaz das populações afectadas e pelo acesso e adesão efectivos dos indivíduos das populações

visadas, com especial incidência nas populações desfavorecidas e em locais de difícil acesso. Para se alcançar este impacto, as estratégias eficazes para a malária deverão incluir intervenções que sejam:

- ▶ **Integradas:** abordando a malária não apenas como uma questão de saúde, mas num contexto multisectorial, como uma questão de desenvolvimento, económica, política, ambiental, agrícola, educativa, biológica, jurídica, de segurança e social.
- ▶ **Equitativas:** assegurando que a comunicação para a mudança social e de comportamento, o controlo dos vectores e os serviços de diagnóstico e tratamento alcançam todas as populações em risco de contrair a malária, incluindo estruturas que considerem as diversas barreiras que determinadas populações enfrentam no acesso aos serviços.
- ▶ **Centradas nas pessoas:** assegurando que as experiências e as necessidades específicas das populações-alvo contribuem activamente para o desenho das intervenções relativas à malária, incluindo as decisões sobre uma implantação na comunidade ou em instalações e a dinâmica das interacções entre o prestador de serviços e o utente.

Em conformidade com os princípios acima, o presente instrumento foi criado para orientar a melhoria da qualidade, eficácia e alcance das acções contra a malária, colocando em perspectiva a forma como as desigualdades biológicas, sociais, económicas, culturais e relacionadas com o género podem moldar a prevalência ou os surtos de malária num país ou região. Ao correlacionar os dados epidemiológicos da malária com uma análise profunda das principais determinantes sociais da saúde, a ferramenta contribui para aumentar a cobertura e a aceitação dos serviços de prevenção e cuidados de saúde, particularmente por parte das populações carenciadas.

2 Quadro conceptual

Determinantes socioeconómicas das desigualdades na saúde, nas áreas onde a malária é endémica: quem sofre o maior impacto?

A taxa de incidência da malária decresceu mundialmente, entre 2010 e 2017, de 72 para 59 casos por cada mil pessoas em risco. Embora este número represente uma redução de 18% durante esse período, o número de casos por mil pessoas em risco permaneceu estático, mantendo-se nos 59 casos nos últimos três anos (19). O risco de malária é condicionado por uma série de factores, tanto biológicos como socioeconómicos, resultando em alguns grupos populacionais apresentarem um risco consideravelmente maior de contrair a malária e de

desenvolver uma doença grave do que outros (figura 1). Os mais vulneráveis biologicamente devido à imunidade limitada ou reduzida ao parasita da malária abrangem mulheres grávidas, bebés, crianças com menos de cinco anos e doentes com VIH/SIDA, bem como migrantes não imunes, populações itinerantes e viajantes oriundos de zonas não endémicas (20). A maioria dos esforços dos programas de controlo da malária até à data concentrou-se, na sua maior parte, nos factores biológicos e levou em consideração as mulheres grávidas e as crianças com menos de cinco anos nas estratégias nacionais de combate à malária. Reconhece-se também que os factores socioeconómicos, culturais, geográficos, de género e outros contribuem para o nível de risco de infecção pela malária ou progressão grave da doença, em função do acesso e utilização dos serviços de saúde. Juntamente com várias das populações acima

FIGURA 1.
FACTORES DE RISCO DA MALÁRIA E POPULAÇÕES AFECTADAS

FACTORES DE RISCO	
Factores biológicos <ul style="list-style-type: none"> ▶ Baixa imunidade ao parasita 	Factores socioeconómicos e culturais <ul style="list-style-type: none"> ▶ Pobreza ▶ Exclusão social ▶ Desigualdades de género ▶ Barreiras financeiras ▶ Normas culturais ▶ Emergências complexas (ex.: guerra/conflitos civis, cheias, fome)
POPULAÇÕES MAIS AFECTADAS	
Populações de alto risco* <ul style="list-style-type: none"> ▶ Mulheres grávidas ▶ Bebés ▶ Crianças com menos de cinco anos ▶ Pessoas portadoras de VIH/SIDA ▶ Grupos não imunizados ▶ Populações itinerantes ▶ Viajantes 	Populações carenciadas <ul style="list-style-type: none"> ▶ Populações afectadas por conflitos, incluindo refugiados e deslocados internos ▶ Populações a viver em zonas remotas com barreiras geográficas no acesso aos serviços ▶ Mulheres e crianças de ambientes pobres ▶ Trabalhadores sem documentação ▶ Populações indígenas ▶ Minorias étnicas
RESULTADOS	
Risco mais elevado de contrair a malária e de desenvolver doença grave	Acesso e utilização reduzidos dos serviços de prevenção da malária <ul style="list-style-type: none"> ▶ Acesso reduzido aos MTI ▶ Pouca utilização dos MTI ▶ Cobertura reduzida dos CPN ▶ Pouca adesão à TPIg Acesso e utilização reduzidos dos serviços de cuidados de saúde primários e de tratamento da malária <ul style="list-style-type: none"> ▶ Diagnóstico fraco/tardio ▶ Falta de acesso/atraso no tratamento antimalárico
IMPACTO	
Perfil de saúde precária <ul style="list-style-type: none"> ▶ Aumento das taxas de incidência e de mortalidade da malária. 	

* Estas podem ser também populações carenciadas

mencionadas com imunidade limitada ou reduzida, estas vulnerabilidades ainda estão amplamente subinvestigadas e muitas vezes não consideradas no desenvolvimento de políticas e estratégias nacionais para controlar e eliminar a malária.

Esta ferramenta concentra-se nas determinantes socioeconómicas e outras determinantes, incluindo o ambiente físico e o comportamento dos indivíduos, que possam impedir a disponibilidade e o pleno acesso aos serviços de combate à malária a todos aqueles que deles necessitam e não nos factores de risco biológicos bem conhecidos dos programas relativos à malária. É dada especial importância à necessidade de identificar e incluir factores comportamentais e socioeconómicos – que podem ou não agravar os factores biológicos na equação geral – para ilustrar como a malária se inter-relaciona com a pobreza e a exclusão social.

A compreensão destas determinantes da saúde, tendo como pano de fundo o contexto epidemiológico e entomológico das regiões onde a malária é endémica, é vital para a transmissão de conhecimentos que possam informar a concepção e a implementação de intervenções contra a malária, tendo como resultado uma saúde mais equitativa. Os factores socioeconómicos e culturais podem provocar um risco acrescido, ou seja, ser motivo para comportamentos que levem a uma maior exposição ao vector, bem como os obstáculos, físicos, sociais ou económicos, ao acesso a cuidados de saúde de qualidade. Por exemplo, os trabalhadores florestais podem passar várias horas a trabalhar ao ar livre em horários e em espaços onde o risco de infecção é maior do que o risco entre os seus pares que trabalham em ocupações diferentes. Determinadas populações também podem ter uma exposição acrescida devido ao hábito de dormir ao ar livre ou devido a actividades agrícolas específicas, como o cultivo do arroz. Simultaneamente, estas populações podem ser também carenciadas, enfrentando obstáculos geográficos, estruturais, sociais e/ou económicos que impedem o acesso aos serviços de saúde necessários.

A avaliação do risco de infecção por malária e a progressão da doença envolve a consideração simultânea de factores epidemiológicos, entomológicos e sociais. O perfil imunológico das populações deve ser analisado juntamente com os ambientes em que estas operam e a respectiva capacidade de aceder aos serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento. As populações podem apresentar um maior risco de infecção, maior risco de desenvolvimento de doença grave se infectadas ou maior risco de mortalidade por doença grave. Os esforços de mitigação serão igualmente diferentes consoante o perfil de risco específico. Apenas tendo um perfil de avaliação de risco detalhado e específico é possível desenvolver esforços de mitigação eficazes e eficientes. Esta ferramenta define as populações carenciadas como populações que enfrentam privação dos serviços de saúde devido a barreiras como a pobreza, a exclusão social, normas de género, normas culturais e tradicionais, barreiras financeiras e a distância até às unidades de saúde.

3 Descrição do Malaria Matchbox

Objectivos

Este manual visa fornecer aos países orientações sobre como identificar os factores de risco e as barreiras que colocam entraves aos programas para a malária equitativos e integrados, centrados nas pessoas, bem como as recomendações sobre a forma de os resolver. O manual tem os três objectivos seguintes:

1. **Apoiar os programas nacionais para identificar áreas ou populações com barreiras no acesso aos serviços de combate à malária e de cuidados de saúde primários através de um quadro analítico qualitativo para complementar as análises quantitativas existentes (tais como as Revisões do Programa da Malária, avaliações IEIE, etc.);**
2. **Analisar a equidade por meio da avaliação imediata de abordagens programáticas da prestação de serviços para melhoria da inclusividade;**
3. **Promover a prestação de serviços equitativos, integrados e centrados nas pessoas.**

O Malaria Matchbox fornece um guia completo sobre como realizar análises para identificar populações que correm um maior risco de contrair a malária devido a factores socioeconómicos ou culturais. Embora a ferramenta se concentre principalmente na malária, os programas nacionais podem considerar os resultados úteis para reformular uma gama mais ampla de serviços de cuidados de saúde primários. Na procura de uma prestação de serviços equitativos de prevenção, diagnóstico e tratamento da malária, espera-se que as análises resultantes do uso desta ferramenta contribuam para um desenvolvimento mais direccionado e para a actualização das políticas, planos e modos de implementação das acções contra a malária.

O manual também proporciona ferramentas e métodos úteis para realizar análises qualitativas e inclui recursos para a recolha de dados, análise, aprendizagem e programação. O uso do manual não deve ser prescritivo, mas sim adaptado ao âmbito necessário e ao contexto do país.

Utilização da ferramenta

O Malaria Matchbox foi concebido para apoiar a identificação de lacunas e gerar informações úteis para orientar o planeamento do programa de combate à malária. Deve ser implementado juntamente com as revisões do programa nacional da malária (revisão detalhada do programa da malária [RPM], revisão intercalar [RI] ou revisão anual) para identificar as lacunas de equidade que orientarão a revisão ou o desenvolvimento dos planos estratégicos nacionais para a malária. O Malaria Matchbox deverá complementar a

metodologia padrão da RPM (consultar [OMS: Practical manual for malaria MPR and MTR](#)), com uma análise adicional das possíveis áreas geográficas ou populações que possam não ter sido identificadas através da análise padrão das intervenções nucleares.

Estratégia de Igualdade do Fundo Global:

O Fundo Global está empenhado em garantir que os seus subsídios apoiem um acesso igual e equitativo à assistência e aos cuidados de prevenção e tratamento para todos aqueles que dele necessitem.

Abordagem “Incidência elevada, impacto elevado”

Esta é uma resposta de carácter nacional para reactivar o ritmo do progresso na luta mundial contra a malária. É caracterizada por pacotes de intervenções contra a malária, prestadas de forma ideal através de canais apropriados, incluindo uma base sólida de cuidados de saúde primários.

As oportunidades adicionais principais que possam necessitar das informações resultantes da aplicação do Malaria Matchbox incluem: pedidos de financiamento como as [candidaturas ao Fundo Global](#); a [abordagem IEIE](#) num dado país; a concepção da implementação de programas ou projectos de combate à malária (como os projectos financiados pela PMI); quando um programa tenha identificado um problema relacionado com possíveis determinantes sociais e comportamentais de acesso e uso de intervenções contra a malária; quando haja a necessidade de fornecer provas e orientação para o desenvolvimento de iniciativas de CMSC, como as [campanhas Zero Malária Começa Comigo](#).

A ferramenta pode ser utilizada em todos os contextos relativos à malária:

- ▶ Em ambientes de **elevada transmissão da malária**, o Malaria Matchbox pode ajudar os países a aperfeiçoarem a respectiva abordagem programática melhorando as políticas, os planos de programas ou projectos, as mensagens e a implementação. Além disso, ao tornar a prevenção e os serviços de saúde mais responsivos às variações do contexto sociocultural, o Matchbox também pode promover uma abordagem mais centrada no paciente no âmbito dos cuidados de saúde primários.
- ▶ Em ambientes de **eliminação da malária**, a ferramenta pode assegurar que as populações que vivem em zonas de transmissão específicas ou em áreas remotas são capazes de aceder aos serviços adequados e de forma atempada para a prevenção, diagnóstico e tratamento da malária, contribuindo

assim para a prevenção do ressurgimento da malária ou a sua resistência.

- ▶ Em **todos os ambientes**, o Matchbox pode também facilitar o envolvimento e a sensibilização em benefício das comunidades afectadas, garantindo que a malária se mantém uma prioridade e que as devidas prioridades das comunidades são alvo da atenção do governo, doadores e parceiros implementadores, através de alterações na forma das intervenções necessárias para se chegar à eliminação.

Público-alvo

Este manual do Malaria Matchbox destina-se a ser utilizado pelos programas nacionais da malária, juntamente com os parceiros de implementação e partes interessadas em cada país, incluindo a sociedade civil e as organizações de base comunitária. Os destinatários deverão também incluir representantes seleccionados em sectores-chave exteriores à saúde, como o das questões de género, da agricultura, da habitação, das finanças e da educação. A ferramenta pode também ser utilizada ao nível subnacional no caso de os programas de saúde estarem descentralizados ou sob recomendação do nível nacional. Para garantir que as barreiras identificadas são documentadas e tratadas por meio de estratégias adequadas, seja qual for a entidade que procede à análise, é importante que todos os actores relevantes se envolvam no processo, incluindo as mulheres, os jovens e os grupos marginalizados da comunidade ou com uma perspectiva da comunidade.

Princípios gerais

Um objectivo mais amplo do Malaria Matchbox é explicar e destacar as barreiras existentes no acesso aos serviços de combate à malária necessários e reunir as partes interessadas nacionais, incluindo as comunidades afectadas, para desenvolver conjuntamente medidas de mitigação e garantir uma abordagem da luta contra a malária que seja sensível às questões de género e centrada nas pessoas.

Os países que utilizem o Malaria Matchbox devem adoptar os quatro princípios seguintes:

- ▶ **Diversos intervenientes e envolvimento participativo:** os programas nacionais e locais de combate à malária devem envolver e articular-se estreitamente com outros programas de saúde pública, sectores relevantes não relacionados com a saúde, prestadores de cuidados de saúde públicos e privados, organizações não governamentais e da sociedade civil, comunidades e outras associações de apoio desde o planeamento dos programas até à prestação de serviços para garantir a realização de intervenções de cuidados e de prevenção inclusivas e centradas nas pessoas.
- ▶ **Uma abordagem sensível ao género:** todos os intervenientes empenhados na utilização desta ferramenta devem considerar as vulnerabilidades relacionadas com as normas de género que resultam em homens e mulheres, bem como rapazes e raparigas, serem expostos de forma desproporcionada e vulneráveis com base na divisão laboral, no poder de decisão, no acesso à educação e noutros factores contextuais mais amplos como o acesso aos recursos económicos e ao uso da terra consoante o género.
- ▶ **Uma abordagem baseada nos direitos:** uma abordagem da saúde baseada nos direitos pretende especificamente consagrar o direito à saúde e outros direitos humanos relacionados com a mesma. Os padrões e princípios dos direitos humanos devem orientar todos os aspectos do planeamento, incluindo a elaboração e programação de políticas de saúde. Uma abordagem baseada nos direitos também requer a capacitação das pessoas, especialmente as mais marginalizadas, para participar na formulação de políticas, bem como para responsabilizar aqueles que têm o dever de agir. Uma abordagem baseada nos direitos humanos também identifica os titulares dos direitos (a população em risco de malária) e os respectivos direitos, e os correspondentes portadores das obrigações e as respectivas obrigações, e trabalha no sentido de fortalecer as capacidades dos titulares dos direitos para fazerem as suas reivindicações e as dos portadores das obrigações para cumprirem as suas obrigações (21).
- ▶ **Tomada de decisões com base em factos:** Os programas da malária nacionais e locais devem utilizar os dados desagregados disponíveis (como o sexo, a geografia da riqueza, a etnia e o nível de escolaridade nos inquéritos à população e a idade em dados de rotina nas instalações de saúde), mas também reconhecer as possíveis lacunas nos dados que possam exigir uma recolha de dados adicional para informar, adaptar ou aperfeiçoar os programas que visam as populações com elevado risco ou carenciadas. As provas factuais e as possíveis intervenções de outros sectores da saúde e exteriores à saúde podem também informar a tomada de decisões.
- ▶ **Aprender e melhorar/agir:** os conhecimentos adquiridos através deste estudo devem ser divulgados ao nível nacional (incluindo ao nível subnacional e comunitário) e influenciar as políticas e a tónica dos programas de forma a fazer face à desigualdade. As conclusões e as recomendações devem resultar em acções e melhorias no sentido de se disponibilizar serviços de prevenção e tratamento da malária equitativos e centrados nas pessoas, conforme sejam recomendados.

Estrutura do manual

O manual do Malaria Matchbox está estruturado em quatro partes: parte A, que fornece as informações básicas, incluindo os conceitos de género e de equidade em relação à malária e uma descrição geral do conjunto de ferramentas; parte B, que fornece orientações aos utilizadores sobre como implementar as ferramentas, descrevendo detalhadamente as duas fases do processo de pré-avaliação e avaliação; parte C, que compreende as referências; parte D, que contém os anexos, incluindo exemplos de instrumentos e ferramentas que os países podem adaptar ou utilizar.

O processo de implementação

A implementação do Malaria Matchbox divide-se em duas fases, como ilustra a figura 2 abaixo.

FIGURA 2.
PROCESSO DO MALARIA MATCHBOX



A **pré-avaliação (fase de preparação)** descreve as etapas principais iniciais recomendadas, começando por compreender o contexto do país, envolver as partes interessadas, colocar a ferramenta no processo de planeamento da estratégia nacional para a malária, formar e equipa de avaliação e garantir que o protocolo nacional e os requisitos éticos são considerados. Contém também informações, recursos e ferramentas relevantes que irão apoiar o planeamento e a orçamentação.

Caso o Malaria Matchbox não seja realizado a par das RPM/RI (RPM) normais ou de um processo de análise semelhante, que inclua um estudo dos dados epidemiológicos e programáticos disponíveis, deve ser realizada uma análise documental prévia das fontes de dados disponíveis, antes da implementação do Malaria Matchbox para informar a orientação adequada da ferramenta.

A **fase de avaliação** divide-se em **5 módulos**, cada um seguindo a estrutura abaixo:

a. Análise do problema

b. Objectivos específicos

c. Metodologia

d. Principais processos.

Leia-se abaixo uma breve explicação dos módulos.

MÓDULO 1:

Identificação das populações e das localizações que mais sofrem os efeitos da malária

O objectivo deste módulo é identificar e localizar geograficamente as populações que mais sofrem os efeitos da malária, designadas **populações de elevado risco e carenciadas**, de acordo com o quadro conceptual deste manual. O módulo guia os utilizadores através da análise dos indicadores globais da malária recolhidos pelos inquéritos à população, bem como pelos sistemas de vigilância e gestão de saúde nacionais e relatórios publicados, incluindo análises da situação nacional em países que estão a implementar a abordagem “Incidência elevada, Impacto Elevado” (IEIE) (16) ou outro tipo de estudos realizados pelos parceiros. Recomenda-se a realização de uma análise subnacional estratificada dos dados epidemiológicos da malária (ex.: prevalência de *Pf* e *Pv*), juntamente com os indicadores de acesso e cobertura da saúde e as estratégias para a malária a serem implementadas semelhantes à Estratégia Técnica Global para a malária (15), bem como da informação sobre a possível existência de populações de elevado risco e carenciadas dentro de cada unidade subnacional. A utilização de ferramentas como o manual de avaliação da equidade na saúde [HEAT](#) ou a ferramenta sensível ao impacto equitativo [EQUIST](#) irá apoiar a visualização da populações carenciadas e as dimensões de equidade que contribuem para tais vulnerabilidades.

As consultas às partes interessadas são particularmente importantes quando os dados sobre as populações de elevado risco e carenciadas são escassos. O Módulo 1 deve assentar em qualquer análise quantitativa actualizada, em curso ou planeada, realizada pelos programas nacionais da malária, como sejam as RPM, RI, análises anuais e os estudos de situação IEIE nacionais.

MÓDULO 2:

Exame crítico dos factores de risco e barreiras que afectam a equidade na saúde no âmbito da malária

Este módulo explica como explorar os principais **factores de risco e barreiras no acesso aos serviços, bem como os estrangulamentos à prestação de serviços equitativos**, que afectam cada uma das populações identificadas no Módulo 1, incluindo:

- ▶ **Factores comportamentais e socioculturais**
- ▶ **Acesso à informação e literacia em saúde**
- ▶ **Acesso financeiro**
- ▶ **Acesso geográfico**
- ▶ **Prestação de serviços de qualidade, responsivos e não discriminatórios.**

O módulo é essencialmente para ser preenchido com dados nacionais existentes actualizados, detalhados e relevantes, sempre que disponíveis, ou através de um estudo nacional qualitativo que envolva a recolha de dados entre grupos específicos das populações identificadas no Módulo 1.

MÓDULO 3:

Identificação das desigualdades intrafamiliares

O género é uma questão transversal que é abordada em todo o manual e é tratada no contexto de atributos e barreiras económicos, sociais e culturais. Nomeadamente, as relações de género intrafamiliares são complexas e estão ligadas ao poder. Existe um manancial de provas que mostram que as mulheres em todo o mundo têm menos acesso aos recursos e têm menos direitos do que os homens. Muitas culturas têm um elevado respeito pelas mulheres, um respeito que é frequentemente limitado ao papel tradicional da mulher e abolido no caso de as mulheres entrarem nos “domínios masculinos” tradicionais da sociedade, como a política ou centros de decisão (22). Consequentemente, as relações de poder entre géneros manifestam-se de forma diferente em contextos diversos e em diferentes partes do mundo (22). Assim, numa perspectiva de género, mulheres e homens têm direitos, oportunidades e possibilidades diferentes, bem como um acesso diferente aos recursos e ao poder. O manual vai por isso mais longe no Módulo 3, centrando-se nesta questão de género especificamente ao nível do agregado familiar. Irá guiar os utilizadores na realização de um estudo mais profundo sobre como as normas de género afectam o poder de decisão, a divisão do trabalho e a qualidade dos cuidados no contexto dos serviços de prevenção e tratamento da malária, numa comunidade. O Módulo 3 apresenta perguntas analíticas para serem utilizadas como referência na recolha de dados primários entre os membros da comunidade nas áreas-alvo. As perguntas ajudarão os utilizadores a compreender as lacunas diferenciais na implementação do programa que impedem o acesso aos serviços; e a usar os dados recolhidos para o reforço dos programas sensíveis ao género.

MÓDULO 4:

Análise de dados e validação

Este módulo trata da esquematização das conclusões mais importantes e do trabalho a desenvolver com as principais partes interessadas no contexto da malária para elaborar uma resposta que possa ser implementada.

MÓDULO 5:**A fase de acção e planeamento**

Este módulo explica como utilizar as conclusões da avaliação de género e da equidade para dar forma e influenciar a resposta à malária no país. Quando realizadas a par de uma RPM, RI ou avaliação IEIE, as acções recomendadas serão integradas na base factual para análise dos planos estratégicos para a malária.

Quando, conforme recomendado, o Matchbox for realizado como parte integrante do processo de planeamento do programa da malária, tal como uma RPM, RI ou uma avaliação IEIE, os processos acima do Malaria Matchbox serão alinhados com a avaliação/análise, conforme apresentado no exemplo abaixo (figura 3).

FIGURA 3.
O MATCHBOX INTEGRADO NUMA RPM/RI

MATCHBOX	FASES RPM/RI
Fase de preparação	Planeamento
Fase de avaliação módulo 1	Análises documentais temáticas
Fase de avaliação módulos 2, 3 e 4	Validação
Acção e planeamento fase módulo 5	Reforço do programa

As secções finais deste manual do Malaria Matchbox, partes C e D, apresentam mais informações, referências, recursos e modelos para recolha de dados, incluindo exemplos de debates dos grupos de discussão (DGD) e outros instrumentos úteis que podem ajudar os países e as partes interessadas na luta contra a malária a melhorar a cobertura e a qualidade das respectivas acções.

PARTE B: UTILIZAÇÃO DO MALÁRIA MATCHBOX

1 Fase de pré-avaliação

O objectivo da fase de preparação é garantir um planeamento adequado; consultar e obter o consenso de todos os principais parceiros e partes interessadas; desenvolver um documento de síntese e, onde aplicável, identificar fontes de financiamento para a implementação da avaliação.

Compreender o contexto do país e a respectiva resposta

O Malaria Matchbox não deve ser usado como um processo autónomo, mas sim integrado numa análise detalhada do programa para a malária, revisão intercalar, uma análise situacional de “incidência elevada, impacto elevado” (IEIE) realizada pelo país, ou em preparação para uma proposta de financiamento como, por exemplo, uma subvenção do Fundo Global ou um projecto financiado pelo PMI. O manual deve ser adaptado e harmonizado em conformidade com as actividades existentes ou planeadas do país, tendo em consideração as necessidades e lacunas nacionais para evitar a duplicação de esforços. Deve ser usado como uma ferramenta para melhor abordar a equidade dentro do quadro da política nacional acordado. Quando utilizado juntamente com uma revisão detalhada do programa ou análise IEIE do país, a equipa de implementação da IEIE ou o secretariado da RPM/RI e equipa de trabalho devem assegurar que existem planos adequados para a implementação inclusiva do Malaria Matchbox.

Assegurar o compromisso nacional das diversas partes interessadas

É necessário o compromisso nacional das diversas partes interessadas para abordar a equidade, para que os processos descritos no Malaria Matchbox sejam eficazes. Esta fase deve decorrer sob a liderança do programa nacional de combate à malária e garantir a inclusão de partes interessadas relevantes, incluindo

a questão de género, a educação, a agricultura, as finanças e outras, conforme orientado pela devida resposta à malária, específica do país. A ampla participação das partes interessadas reforça a responsabilidade, gera confiança e conciliação no processo de avaliação, triangula informações de várias fontes, baseia-se em factos, incorpora conhecimentos e experiências locais, gera credibilidade e aperfeiçoa a utilização das conclusões e recomendações da avaliação, o que gera sustentabilidade. Para garantir este compromisso em todos os níveis, os utilizadores da metodologia Malaria Matchbox devem efetuar o levantamento dos principais interessados e identificar as estratégias de sensibilização adequadas.

- ▶ Efectue o levantamento das principais partes interessadas, que incluem decisores governamentais, financiadores, líderes subnacionais, parceiros implementadores, prestadores de serviços em vários níveis, promotores da luta contra a malária, organizações da sociedade civil e ONG, abrangendo os diversos sectores, incluindo a malária e a saúde, a questão de género, a educação, a agricultura, a habitação e as finanças.
- ▶ Identifique os problemas e as oportunidades para criar um apoio de alto nível e prepare estratégias para garantir esse apoio.
- ▶ Prepare um documento de síntese conciso de uma página (exemplo de documento de síntese: *anexo 7*). O documento de síntese sublinha os motivos pelos quais é importante realizar uma avaliação da equidade no contexto do controlo da malária e como a avaliação irá aumentar a eficácia da resposta nacional contra a malária. Este documento de síntese deve ser elaborado pelo programa nacional da malária em consulta com os parceiros e servirá para a sensibilização e mobilização de recursos.

- ▶ Organize uma sessão informativa com a equipa de coordenação sénior do Ministério da Saúde para apresentar o documento de síntese e um sumário dos objectivos desta ferramenta e da utilidade prevista dos resultados, de modo a garantir o respectivo apoio.
- ▶ Convoque uma reunião com as partes interessadas para divulgar o documento de síntese entre todos os parceiros principais.

Formação da equipa de avaliação

Recomenda-se que seja constituída uma equipa, chefiada pelo programa nacional da malária, para a realização das actividades descritas nos cinco módulos do Malaria Matchbox. Devem ser identificados e incluídos os elementos que tenham competências e perspectivas complementares, influência técnica e especialização técnica. É essencial envolver colaboradores locais e representantes do programa nacional da malária, o Ministério da Saúde e outros ministérios importantes, como o das questões de Género, da Educação, da Agricultura, etc. Os pedidos para apoio técnico externo podem ser enviados para a OMS, para a Parceria RBM ou para outros parceiros bilaterais relevantes. A selecção da equipa deve ser diversificada e procurar, entre outras, as seguintes competências:

- ▶ Conhecimentos sólidos de avaliação e experiência em análise de dados (quantitativa e qualitativa);
- ▶ Experiência em investigação de determinantes sociais de saúde, de equidade e de género;
- ▶ Conhecimentos e experiência em epidemiologia e entomologia da malária no contexto nacional e subnacional;
- ▶ Conhecimentos da língua e contexto regional, nacional, subnacional e local, competência cultural e aptidão de relacionamento interpessoal;
- ▶ Experiência prática de implementação de intervenções relativas à malária em instalações próprias ou na comunidade, em cada uma das áreas técnicas principais (controlo de vectores, gestão de casos e CMSC).
- ▶ Competências na área da equidade, questões de género, direitos humanos, desenho centrado nas pessoas ou das determinantes socioeconómicas da saúde.

A equipa de avaliação deve ter os termos de referência claramente definidos, reflectindo a composição da equipa, as actividades principais, os resultados esperados e a calendarização destes processos.

Recomenda-se um número de 5 a 7 elementos nucleares que possam dedicar o tempo necessário a este trabalho, de modo a garantir a acção atempada e a tomada de decisões.

Planeamento e orçamentação

O financiamento necessário para concluir os módulos do Malaria Matchbox dependerá da amplitude dos dados adicionais a serem levantados através de fontes secundárias, bem como da pesquisa a ser realizada, além dos dados primários indisponíveis que seja necessário recolher. Os utilizadores devem indicar e decidir quais os recursos humanos que serão necessários para realizar a pré-avaliação, que determinará os recursos necessários para a recolha dos dados primários. Os custos geralmente incluem:

- ▶ Honorários profissionais (consultores);
- ▶ Honorários do Conselho de Ética (os conselhos de ética podem cobrar honorários pela análise das propostas submetidas);
- ▶ Deslocações (nacionais e internacionais) dos investigadores;
- ▶ Comunicações (incluindo a divulgação das conclusões);
- ▶ Desenvolvimento e teste da ferramenta (incluindo impressos para entrevistas e despesas de tradução);
- ▶ Custos da recolha de dados (formação de entrevistadores, subsídios para os participantes quando necessário, dispositivos de gravação, introdução de dados, análise de dados e software, etc.);
- ▶ Reuniões e workshops (incluindo alojamento, ajudas de custo, despesas de deslocação e logísticas, conforme necessário);
- ▶ Despesas administrativas;
- ▶ Outros custos, conforme relevantes para o contexto nacional.

Uma vez que o documento de síntese e o orçamento tenham sido definidos, o programa nacional/Ministério da Saúde podem procurar financiamento para a aplicação do Malaria Matchbox junto dos doadores e parceiros para complementar os recursos do Ministério da Saúde. Quando seja realizado como parte da RPM, por exemplo, a implementação da ferramenta deve ser incluída no orçamento do programa da malária ou, mais especificamente, como uma componente integrada no orçamento de revisão do programa da malária.

Elaboração da proposta de investigação

O documento de síntese deve ser elaborado numa proposta completa de investigação que oriente a recolha, o armazenamento e a utilização dos dados. Na concepção da recolha de dados e informações, devem considerar-se metodologias de pesquisa simples e fáceis de realizar, com maior probabilidade de fornecer resultados mais rápidos e económicos. O protocolo deve incluir os detalhes da avaliação, incluindo a justificação, os objectivos, as etapas detalhadas da implementação, as necessidades de implementação, os formulários de consentimento para inclusão dos participantes e ferramentas de recolha de dados, como guiões e directrizes para entrevistar membros da comunidade, listas de verificação das observações e formulários de consentimento. Quando necessário, devem ser utilizados os modelos do protocolo do país. A proposta terá de ser submetida a aprovação pelo conselho de ética conforme descrito abaixo e, uma vez obtidas todas as aprovações necessárias, é necessário pré-testar as ferramentas para garantir que estão devidamente adaptadas ao contexto do país. Nos *anexos 2 e 3*, encontram-se respectivamente os exemplos de um formulário de consentimento e de um guia de entrevista para o debate do grupo de discussão.

Considerações éticas

A avaliação deve seguir os códigos de conduta ética nacionais e internacionais.

- ▶ **Aprovação ética pela entidade relevante nacional:** no caso de a avaliação não incluir nenhuma intervenção ou interacção com sujeitos humanos nem incluir nenhum acesso a dados privados identificáveis, não serão necessárias a análise e a aprovação pelo conselho de ética. As avaliações de equidade estão normalmente isentas de exame pelo conselho de ética porque se destinam a contribuir directamente para melhorias programáticas. No entanto, é melhor solicitar aconselhamento no início do processo ao conselho de ética local para determinar se a avaliação exigirá a análise e aprovação do conselho de ética. Se for necessária a recolha de dados primários, deve-se procurar um exame ético antes do início da avaliação detalhada nacional do Matchbox. A submissão atempada do protocolo, incluindo o orçamento e as ferramentas de recolha de dados, aos órgãos éticos nacionais relevantes deve ser feita de acordo com os requisitos do país.
- ▶ **Consentimento informado:** antes da inclusão na pesquisa operacional, os participantes da comunidade devem ser avaliados quanto à elegibilidade e totalmente informados sobre a avaliação e as implicações de dar o seu

consentimento, por elementos da equipa devidamente formados. Os participantes elegíveis e que tenham aceitado participar devem dar individualmente o seu consentimento escrito ou verbal, conforme a aprovação pelo conselho de ética (exemplo do formulário de consentimento: *anexo 2*). Se os participantes não puderem ler em inglês, mas forem fluentes a ler noutra idioma, deverá ser fornecida uma versão traduzida do Termo de Consentimento Informado e de todas as informações correspondentes. Em comunidades onde os indivíduos não sabem ler nem compreendem o inglês escrito ou falado e não sabem ler num idioma alternativo, mas compreendem-no oralmente, a versão traduzida do Termo de Consentimento Informado deve ser lida a esse indivíduo e o uso do idioma oral alternativo deve ser documentado. Neste caso, o formulário deve ser assinado por uma testemunha, juntamente com o sujeito e a pessoa a quem o consentimento é dado. Onde a avaliação identifique a necessidade de participantes menores, além da obtenção de consentimento informado dos tutores legais, deve obter-se também a concordância dos menores.

- ▶ **Participação voluntária:** a participação deve ser sempre voluntária, sem quaisquer consequências negativas para quem recuse participar. Deve salientar-se o direito de um indivíduo de recusar o consentimento, interromper a entrevista ou abandonar um grupo de discussão, em qualquer altura e sem consequências negativas, depois de ter dado o seu consentimento. Não será exigida nenhuma explicação aos participantes de tais decisões.
- ▶ **Confidencialidade:** a equipa de investigação manterá a confidencialidade de cada participante em todos os momentos. Os entrevistadores utilizarão apenas números únicos de identificação do estudo e nenhuma outra forma de informação para identificar os registos, como, por exemplo, apontamentos escritos ou gravações. Todos os documentos e outros registos serão guardados em segurança, em ficheiros protegidos por palavras-passe, no caso de dados electrónicos, ou em arquivos trancados, no caso de dados em papel, quando não estejam a ser utilizados pelos investigadores.
- ▶ **Envolvimento de representantes dos participantes** no planeamento, implementação e divulgação da pesquisa operacional. Este princípio será reconhecido e implementado nos países em que isto é um requisito do conselho de ética.

2 Fase de avaliação

A fase de avaliação segue as etapas indicadas no diagrama abaixo.

FIGURA 4.
FLUXOGRAMA DA FASE DE AVALIAÇÃO



MÓDULO 1:

Análise documental

Tanto quanto possível, a ferramenta deve ser calendarizada juntamente com um processo padrão de análise relativo à malária para garantir que a análise do Malaria Matchbox decorra a par de uma análise epidemiológica e entomológica especializada e para facilitar os objectivos da própria ferramenta. Uma análise documental preliminar permitirá às partes interessadas nacionais definir o contexto do país e obter um conhecimento inicial acerca das principais determinantes que afectam o perfil de saúde da população em geral. Em muitos países com malária endémica, os dados são recolhidos através de vários canais: recolha de dados de rotina nas unidades de saúde; dados de ferramentas como aplicações móveis, plataformas e estratégias de saúde para rastrear a doença; dados de pesquisa recolhidos no início e no final de projectos específicos, e por meio de pesquisas nacionais de base populacional/comunitária. Deve ser considerada a integralidade, qualidade e fiabilidade destes dados de modo a determinar como podem ser utilizados para informar a análise documental. A selecção das fontes de dados deve ser um processo consultivo sob a orientação do programa nacional da malária e dos principais intervenientes para evitar o risco de duplicação e garantir a utilização de dados relevantes, actualizados e validados relativos ao país. As ferramentas existentes, como a HEAT e a EQUIST (www.equist.info), ajudam a determinar as dimensões de equidade dos vários serviços de saúde, incluindo os da malária e outros serviços que são prestados ao nível da comunidade, centros de saúde e hospitais e através de actividades de sensibilização. As barreiras e estrangulamentos relacionados com os sistemas de saúde são, com frequência, os mesmos a afectar diversas estratégias de prevenção e tratamento de doenças na mesma plataforma de prestação de serviços. Integrada numa RPM/RI, a análise documental pode ser organizada a par da análise temática do plano estratégico para a malária como uma (quinta) componente adicional.

Esta análise pode também apoiar-se em qualquer análise quantitativa relativa à malária conduzida pelo país, quer em curso ou planeada. Por exemplo, nos países a implementar a abordagem Incidência Elevada, Impacto Elevado (16) onde foram ou vão ser realizadas análises detalhadas da situação no país com o apoio da OMS e da Parceria RBM, a análise documental pode ser integrada na análise da situação no país da IEIE ou adaptada para complementar (e não duplicar) as análises.

Objectivos específicos

Este módulo requer a análise dos dados do país, incluindo a análise das revisões e relatórios nacionais existentes, assim como a literatura publicada e não publicada, com vista a:

- a) Compreender a incidência geral da malária no país;
- b) Compreender a política do país e o contexto do programa em termos de equidade na saúde e relativa à malária;
- c) Identificar as desigualdades (ex.: socioeconómicas, de género, geográficas, étnicas, etárias, etc.) na cobertura dos serviços contra a malária e nos resultados sanitários relativos à malária;

As fontes de dados a incluir podem ser, entre outras, as seguintes:

- ▶ Malária nacional, cuidados de saúde primários, cuidados de saúde universais, políticas e enquadramentos de género, planos estratégicos, planos de trabalho e planos de C&A;
- ▶ Relatórios nacionais compilados com dados de vigilância de rotina;
- ▶ Relatórios compilados dos serviços de saúde de cada nível do sistema de saúde (comunidade, distrito, província/região/nacional)
- ▶ Relatórios oficiais de IDS/IIM/MICS e outros inquéritos às famílias;
- ▶ Levantamento dos riscos;
- ▶ Relatórios de distribuição de FIAR/MTI/PQMS;
- ▶ Relatórios de avaliação da prestação de serviços (SPA) e relatórios de avaliação da disponibilidade e preparação dos serviços (SARA);
- ▶ Avaliações dos gastos com a saúde e dos gastos das famílias com a saúde;
- ▶ Relatórios de outros programas relevantes divulgados por parceiros técnicos e partes interessadas nacionais (especialmente do PNCM);
- ▶ Bibliografia publicada ou não publicada;
- ▶ Bibliografia académica encontrada em bases de dados online bibliográficas, como a PubMed, CINAHL, a Cochrane Library, a Campbell Collaboration Online Library, MEDLINE (interface OVID), Google Scholar, Web of Science, etc.
- ▶ Ferramenta de controlo da equidade (HEAT) e outras fontes de dados de avaliação do estado da medição da desigualdade (SCORE).

d) Com base na análise bibliográfica, realizar uma análise cruzada dos dados epidemiológicos da malária com os dados etários, de género e socioeconómicos, e identificar possíveis áreas geográficas ou populações com acesso e utilização insatisfatórios dos serviços de cuidados de saúde primários e relativos à malária;

e) Âmbito do protocolo de investigação no país – ou recolha de dados primários – para identificação de lacunas na informação.

A análise documental requer o estudo das diferentes fontes de dados para recolher dados desagregados (na medida do possível) sobre os grupos populacionais de interesse. Incluirá, entre outras, as seguintes áreas principais: a) dados demográficos; b) dados socioeconómicos; c) dados sobre serviços de saúde, incluindo dados financeiros. Será necessário organizar os dados relevantes em gráficos de forma a permitir a tabulação cruzada e a interpretação durante as etapas subsequentes do exercício. Embora as revisões padrão do programa da malária incluam dados demográficos, socioeconómicos, meteorológicos e outros dados, provavelmente será necessário explorar fontes de dados adicionais orientadas para as dimensões social, cultural, económica, de género e educativa que possam afectar o acesso e a utilização dos serviços. Além disso, avaliar em que medida as estratégias de intervenção para tratamento e prevenção da malária são adaptadas para atender às percepções sociais, culturais e práticas comportamentais.

No início da análise documental, o revisor deve definir os critérios de inclusão e exclusão que irão orientar a pesquisa bibliográfica, minimizar a potencial complexidade da análise e assegurar que as fontes importantes não sejam descuradas. Faça uma lista de todos os documentos numa folha de cálculo, para ter um resumo acessível das principais conclusões e fontes que podem ser utilizadas para concluir o módulo. Crie um método de arquivamento digital dos documentos (ex.: Drop Box, blogue, servidores em nuvem, etc.) para permitir que os elementos da equipa tenham um acesso comum.

A triangulação dos dados será fundamental na identificação das potenciais regiões geográficas ou populações que possam não estar a aceder aos cuidados de saúde (o que inclui o acesso ao diagnóstico e ao tratamento, bem como às intervenções relativas à malária realizadas através de acções comunitárias). Os peritos em dados devem aconselhar qual a melhor forma de triangular os dados através de várias fontes de forma a efectuar uma avaliação mais detalhada.

Termos de pesquisa ilustrativos

Para garantir uma pesquisa detalhada da bibliografia existente que pode fornecer dados para a avaliação, os termos de pesquisa mais importantes poderão ser:

- ▶ [malária + equidade]
- ▶ [malária + populações vulneráveis] + País./nome subnacional).
- ▶ Malária + equidade/desigualdade
- ▶ Cuidados de saúde primários + acesso
- ▶ Acesso aos cuidados de saúde
- ▶ Barreiras aos cuidados de saúde
- ▶ Cuidados de saúde primários + equidade
- ▶ Género + cuidados de saúde
- ▶ Género + malária
- ▶ Crianças + malária + acesso
- ▶ Mulheres grávidas + malária + acesso

A pesquisa da literatura deve incluir os relatórios publicados recentemente (nos últimos cinco anos ou menos) e então, caso necessário, ser alargada à bibliografia com seis ou mais anos.

As áreas de maior atenção podem incluir (entre outras):

- ▶ Áreas subnacionais com mortalidade crescente.
- ▶ Áreas subnacionais com cobertura e utilização do controlo de vectores insatisfatórias.
- ▶ Procura de cuidados e acesso a diagnóstico e tratamento insatisfatórios.
- ▶ Possíveis diferenças observadas no acesso, cobertura e uso das intervenções relativas à malária e aos cuidados de saúde básicos consoante o género, a idade, a riqueza, o nível de educação ou outras determinantes (estas diferenças podem também ser vistas em regiões geográficas específicas).
- ▶ Identificação de populações que podem ser alvo de preocupação, como nómadas, migrantes, IDP, refugiados, populações a viver em zonas de difícil acesso, minorias étnicas ou indígenas, determinadas profissões, etc. (ver abaixo).

Extracção de dados quantitativos (opcional)

Nos casos em que não é possível implementar o Malaria Matchbox juntamente com um processo padrão de análise da malária, nem a integração em qualquer outra análise quantitativa conduzida no país como, por exemplo, as análises da situação do país IEIE, ou onde exista uma escassez de relatórios de dados quantitativos publicados ou não publicados nos últimos cinco anos, será essencial realizar o exercício de extracção, recolha e análise de dados quantitativos.

As fontes de dados a incluir podem ser, entre outras, as seguintes:

- ▶ Sistemas informáticos de gestão da saúde, incluindo, quando possível, o DHIS2;
- ▶ Inquéritos às famílias e instalações como DHS/MIS/MICS, SPA, SARA etc.;
- ▶ Censos da população e da habitação;
- ▶ Dados do inquérito de Indicadores de Malária;
- ▶ Estatísticas dos registos civis;
- ▶ Estimativas de equidade na saúde por agências internacionais, por exemplo, OMS, base de dados do Health Equity Monitor, EQUIST (bases de dados do UNICEF, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), do Índice de Desenvolvimento Humano e do Índice de Desenvolvimento de Género;
- ▶ Bases de dados subnacionais, por exemplo, ao nível regional, provincial ou distrital;
- ▶ Bases de dados comunitárias, por exemplo, SISCOM no Ruanda.

Isso envolverá a identificação das bases de dados relevantes, analisando os indicadores de cuidados de saúde primários e dos serviços relativos à malária de nível nacional desagregados pelos principais estratos de equidade, como sexo, idade, educação, estatuto económico, local de residência (por exemplo, zonas rurais/urbanas e bairros de lata), áreas subnacionais e níveis de prestação de serviços de saúde (por exemplo, distrito, estado, província ou aldeia). Os dados desagregados por sexo e idade são frequentemente recolhidos ao nível dos serviços de saúde, mas são geralmente agregados quando se referem a níveis mais altos. Se os dados desagregados por sexo e/ou por idade não estiverem disponíveis ao nível nacional, reveja os dados no nível subnacional, por exemplo, distritais, provinciais ou regionais. Os dados oficiais muitas vezes carecem de informações granulares sobre características

da população, como a etnia, o grupo religioso, a profissão e muitos outros que se aplicariam a uma análise robusta sobre como as intervenções de combate à malária podem melhorar o alcance e a eficácia. Por esse motivo, é importante considerar a variedade de fontes de dados que podem ser úteis para essa pesquisa e como se poderá combinar várias fontes de dados que forneçam dados e provas suficientes. É importante assegurar, juntamente com as autoridades nacionais ou subnacionais, que qualquer grupo específico que possa ser de interesse seja incluído na pesquisa do país. A extracção de dados quantitativos deve ser coordenada pelos elementos da equipa de avaliação que tenham a maior experiência bioestatística (por exemplo, bioestatísticos/epidemiologistas).

Uma análise desses dados quantitativos deve ser resumida. É importante identificar, registar e ter em consideração as lacunas nos documentos e possíveis parcialidades. Dependendo dos canais de distribuição de produtos antimaláricos e MTI, também é necessário incluir análises de distribuição e de redes de farmácias/lojas, sistemas de distribuição pública, etc., se a aplicação da ferramenta não fizer parte da revisão de um programa existente, como a RPM, o qual faria essas análises.

Deve ser elaborado um breve relatório sobre o estudo da literatura e a análise de dados quantitativos (se realizada), destacando as conclusões em relação aos objectivos deste módulo.

Com base na análise documental e na extracção de dados (quando aplicável), o conselho de avaliação identificará possíveis áreas geográficas ou populações com um acesso e utilização dos serviços de cuidados de saúde primários e relativos à malária insatisfatórios e usará essas informações para orientar os próximos passos no módulo de pesquisa qualitativa.

MÓDULO 2:

Avaliação das barreiras ao acesso e utilização dos serviços e dos estrangulamentos na distribuição dos serviços de saúde

Objectivos específicos

- 1) Utilizando as áreas e as populações identificadas através da análise documental, avalie os potenciais factores proibitivos e as barreiras ao acesso e utilização, bem como os pontos de estrangulamento, da prestação de serviços básicos de cuidados de saúde e da malária.
- 2) Envolver os principais interessados das áreas e populações identificadas para uma melhor compreensão do contexto e das circunstâncias que proíbem e facilitam a prestação e o acesso aos serviços.

Metodologia

Existem várias metodologias qualitativas que podem ser usadas neste módulo, incluindo observações, entrevistas aprofundadas com *informadores-chave e debates de grupos de discussão*. Cada método destina-se especialmente a obter um determinado tipo de dados, conforme se explica nesta ligação: [Guide on Qualitative Research Methods](#) (Guia de Métodos de Pesquisa Qualitativa).

Será utilizado um processo de consulta para identificar os grupos-alvo a entrevistar e as principais partes interessadas que representem cada uma das áreas geográficas, e os grupos populacionais aos vários níveis dos serviços de cuidados de saúde primários e de combate à malária. O número de debates dos grupos de discussão (DGD) ou entrevistas a informadores-chave (EIC) será determinado pela diversidade das populações identificadas, pela distribuição geográfica das áreas identificadas e pela disponibilidade de fundos.

Em seguida, o manual descreve sucintamente alguns dos métodos dando algumas indicações práticas.

Debates dos Grupos de Discussão: os grupos de discussão serão seleccionados em consulta às equipas de gestão subnacional da saúde/malária e autoridades locais. O DGD pode envolver 8 a 15 participantes e deve ser inclusivo. É importante assegurar que a calendarização e o local dos DGD são adequados e não resultam numa exclusão sistemática de possíveis participantes. Sempre que possível, deve efectuar-se a gravação áudio das discussões de grupo, desde que os participantes tenham dado o seu acordo. Também

será necessário obter o consentimento específico dos participantes no caso de se fazerem gravações de vídeo. Incluir um moderador e uma pessoa para tomar notas em cada DGD, assegurar que as equipas entrevistadoras têm a devida formação e que os materiais necessários estão disponíveis. No *Anexo 3*, pode encontrar-se um exemplo de perguntas a colocar a um grupo de discussão.

Entrevistas a informadores-chave: é importante garantir que os informadores-chave sejam diversificados, incluindo responsáveis nacionais e subnacionais administrativos, da saúde e dos programas da malária; líderes tradicionais e religiosos, funcionários das unidades de saúde (incluindo técnicos de saúde comunitários), organizações da sociedade civil, parceiros de implementação e membros da comunidade das populações e áreas geográficas identificadas como tendo um acesso e utilização dos serviços de cuidados de saúde primários e relativos à malária insatisfatórios. Um conjunto de perguntas semiestruturado deve ser previamente estabelecido para orientar as sessões de entrevistas.

As perguntas abaixo destinam-se a ser respondidas através da síntese e análise das conclusões provenientes das entrevistas a informadores-chave e dos debates dos grupos de discussão. O objectivo é proporcionar ao programa nacional e às partes interessadas dados para reflexão sobre a realização das intervenções relativas à malária e respectiva adequação, aplicabilidade e flexibilidade de forma a solucionar as possíveis lacunas e as barreiras identificadas. Daí em diante, os programas podem adaptar e adequar as intervenções e os serviços para tentar satisfazer as necessidades de todas as populações em risco. Garanta que é obtido o consentimento informado de todos os participantes e que é mantida a confidencialidade. Em debates de grupos de discussão, é importante proporcionar um espaço seguro em que os participantes sintam que podem falar livremente sobre as suas dificuldades e são incentivados a proporem soluções.

Nos esforços de recolha de dados, a utilização de métodos rápidos e inovadores, incluindo SMS via telemóveis e fontes colectivas de informações, como a m-Health e o U-Report, deve ser encorajada.

A avaliação

Enquanto os factores comportamentais e socioculturais são avaliados na primeira subsecção, as barreiras aos serviços são avaliadas em relação às quatro dimensões da acessibilidade aos serviços de saúde, definidas pela OMS como: i) acessibilidade à informação e literacia em saúde; ii) acessibilidade financeira; iii) acessibilidade física; iv) não discriminação (23).

a. Factores comportamentais e socioculturais

A sociedade, a cultura e a religião têm grande influência na forma como as populações se comportam, incluindo a capacidade de uma pessoa se sustentar; o seu poder de decisão e (indirectamente) a sua exposição à malária e capacidade de aceder aos serviços básicos. Problemas de estigma, língua, género, idade ou estado civil podem exacerbar estas dificuldades ainda mais.

Dado o impacto de uma série de atitudes locais, normas sociais, auto-eficácia e do efeito, sensibilização pessoal, percepção de riscos, crenças e padrões culturais sobre o comportamento dos indivíduos e práticas comunitárias, incluindo os comportamentos relativos à prevenção e tratamento da malária, as determinantes socioculturais e de género relacionadas com a saúde na criação do programa são fundamentais para garantir que ninguém fica para trás na elaboração e implementação dos planos nacionais para a saúde e a malária.

As seguintes perguntas ajudarão a determinar que os factores socioculturais, se os houver, aumentam o risco ou a vulnerabilidade à malária e a capacidade de procurar e aceder aos respectivos serviços de saúde pela população em causa, identificada como tendo um acesso e utilização dos serviços de cuidados de saúde primários e relativos à malária insatisfatórios. As perguntas abaixo serão exploradas através das entrevistas a informadores-chave e debates dos grupos de discussão (exemplo DGD no *Anexo 3*). Recomenda-se a leitura/consulta dos trabalhos da RBM [O Quadro Estratégico de Comunicação para a Mudança Social e de Comportamentos Contra a Malária 2018-2030](#) e [The Art of Asking Questions: Priority Research Areas and Approaches for Malaria Social and Behavior Change Programs](#).

AS PERGUNTAS ABAIXO NÃO SÃO PRESCRITIVAS, MAS SERVEM COMO REFERÊNCIA PARA A CRIAÇÃO DAS FERRAMENTAS DE RECOLHA DE DADOS.

PERGUNTA	CONSIDERAÇÕES
<p>a1 As populações identificadas com um acesso e utilização dos serviços de cuidados de saúde primários e relativos à malária insatisfatórios têm conhecimento das causas da malária?</p>	<p>Vários estudos na África Subariana demonstraram que existe uma lacuna entre as interpretações culturais ou populares sobre o que causa a malária e as razões biomédicas reais.</p> <p>No Gana, por exemplo, um estudo descobriu que as comunidades rurais muitas vezes acreditam que a malária pode ser adquirida pela exposição ao calor intenso do sol ou pela ingestão de fruta madura (24). Esta crença pode ter origem no facto de a época alta da malária ocorrer ao mesmo tempo que a apanha da fruta, enquanto a ligação aos mosquitos não é reconhecida.</p>
<p>a2 Existem disparidades internas no grupo em termos de conhecimentos?</p>	<p>Um estudo no Lémen descobriu que os homens tinham mais conhecimentos sobre a causa da malária em comparação às mulheres, cujos conhecimentos das causas da malária era mais vago, associando-o às moscas, à ingestão de alimentos descobertos, de água não potável, à amamentação e a dormir na mesma cama com uma pessoa infectada (25).</p>
<p>a3 Que crenças, percepções e práticas locais ou tradicionais afectam o uso de métodos de prevenção da malária?</p>	<p>Tradições e crenças podem levar a comportamentos deficientes de procura da saúde ou rejeição de certos serviços ou tratamento da malária.</p> <p>No Quênia Ocidental, curiosamente, as crenças de que os mosquiteiros eram uma ferramenta de planeamento familiar ou de que o seu uso poderia causar sonhos maus determinou a decisão de não usar mosquiteiros (26).</p>
<p>a4 Existem disparidades internas no grupo relacionadas com características básicas, como a idade, o rendimento e o nível de escolaridade?</p>	<p>Outro estudo em Tororo, no Uganda, mostrou que, durante a pulverização residual interna, alguns chefes de família teriam recusado que as suas casas fossem pulverizadas, alegando que o produto químico utilizado provoca o cancro, pode matar os animais domésticos e estragar a comida (27).</p> <p>Apesar do crescente CPN nas regiões com malária endémica, a cobertura do TPIg permanece baixa. Os entrevistados de alguns estudos consideraram prejudicial o SP do TPIg, sugerindo que a sua “força” provocou abortos e efeitos secundários que incluíram feridas na boca, fadiga, febre, erupções cutâneas e comichão (28). No nordeste da Tanzânia, Mubyazi e colegas relataram que preocupações semelhantes dissuadiam as mulheres de tomar SP como TPIg, enquanto Mushi e colegas descreveram como as mulheres associavam tomar SP com bebés grandes e, portanto, partos difíceis, que elas queriam evitar (29).</p> <p>Características diversas no seio das populações identificadas podem resultar em disparidades. Os participantes de um estudo realizado no Uganda que recusaram a FIAR eram principalmente de distritos urbanos com nível de escolaridade secundário e superior, incluindo participantes como professores, motoristas e outros funcionários públicos (30).</p> <p>Numa experiência com MTI divulgada socialmente na Tanzânia, as mulheres jovens grávidas, primigestas e mulheres grávidas solteiras contavam-se entre os indivíduos com o mais baixo índice de utilização de MTI (31).</p>
<p>a5 Que crenças, percepções e práticas locais ou tradicionais afectam o comportamento de procura de tratamento?</p>	<p>A atribuição dos problemas de saúde a causas sobrenaturais tem sido associada à busca de tratamento tradicional em lugar da medicina biomédica.</p> <p>Os estudos mostraram também que, em alguns países, as convulsões das crianças não são atribuídas à malária, acreditando-se que a medicina moderna não consegue tratar as convulsões e que apenas os curandeiros tradicionais podem curá-las, sendo estes, portanto, a primeira opção de tratamento (32).</p>

PERGUNTA	CONSIDERAÇÕES
<p>a6 Que crenças específicas impedem as mulheres de aceder aos cuidados de saúde primários/ tratamento da malária?</p> <p>a7 Existem disparidades internas no grupo relacionadas com características básicas, como a idade, o rendimento e o nível de escolaridade?</p>	<p>Em alguns contextos na África Subsariana, por exemplo, nas zonas rurais da Gâmbia, as mulheres mais velhas (com mais de 35 anos) ocultavam a gravidez, porque a ida aos CPN criava vergonha se a mulher estivesse grávida ao mesmo tempo que a filha ou a nora. Este facto leva-as a adiar a exposição da gravidez e, por conseguinte, a não procurar tratamento (33).</p> <p>Estudos realizados, por exemplo, no Quênia (34) e no Uganda (35), relataram que as adolescentes e as mães solteiras contavam-se entre quem usava os CPN com menor frequência.</p>
<p>a8 Que crenças específicas impedem os homens de aceder aos cuidados de saúde primários/ serviços de tratamento da malária?</p> <p>a9 Existem disparidades internas no grupo relacionadas com características básicas, como a idade, o rendimento e o nível de escolaridade?</p>	<p>Em algumas comunidades, os homens acreditam que os insecticidas podem afectar o desempenho sexual e a fertilidade (36).</p> <p>Alguns estudos investigaram o impacto das normas de género no acesso aos serviços relativos à malária. Estes estudos concluíram que os homens subutilizam os serviços de cuidados de saúde relativos à malária em comparação com as mulheres em circunstâncias semelhantes, possivelmente devido a normas sociais masculinas que impõem que os homens devem ser fortes e “ultrapassar” a doença por si próprios ou porque os homens atribuem pouca prioridade à sua saúde e não se sentem à vontade para pedir assistência (13).</p> <p>Outra consideração é a programação da prevenção e controlo do VIH. Muitos países da África Austral fizeram um progresso notável no alargamento do acesso ao tratamento anti-retroviral, mas os pacientes têm sido desproporcionadamente do sexo feminino. Na África do Sul, cerca de 55% dos indivíduos a viver com o VIH são mulheres, mas mais de dois terços dos pacientes a receber tratamento antirretroviral do sector público são do sexo feminino. Do mesmo modo, na Zâmbia, 54% dos que vivem com o VIH são mulheres, porém 63% dos adultos que estavam a iniciar o tratamento antirretroviral em Lusaca eram do sexo feminino. Em 2006, ambos os países tinham planos estratégicos detalhados, no entanto, nenhum identificava o acesso masculino como uma lacuna nem incluía planos para a solucionar (37).</p>
<p>a10 Estará a taxa de prevalência da malária nas comunidades identificadas ligada a indivíduos com uma determinada ocupação ou frequência de um determinado ambiente (ex.: trabalho no campo, nas minas, frequência de escolas em zonas de risco)?</p>	<p>As práticas agrícolas, incluindo a irrigação e a drenagem, mostraram que podem aumentar o vector quando não são geridas de forma adequada. Isto significa que os trabalhadores agrícolas estão com frequência sujeitos a um risco maior de contrair a malária.</p> <p>Schicker et al. (2015) observaram que os trabalhadores migrantes nas planícies da zona de Gondar do Norte são maioritariamente oriundos das regiões montanhosas e orlas das montanhas de Amhara e exibem uma prevalência maior da malária do que as estimativas habituais de transmissão da malária nas planícies. Estes trabalhadores agrícolas temporários regressam a casa no fim da época agrícola e este regresso às regiões montanhosas facilita a transmissão do Plasmodium em zonas de Amhara onde, de contrário, haveria uma transmissão restrita da malária (38) (39).</p>

PERGUNTA	CONSIDERAÇÕES
<p>a11 Onde é que as populações ou grupos de indivíduos em causa se dirigem PRIMEIRO para o diagnóstico e tratamento da malária?</p> <p>a12 Onde é que se dirigem em segundo ou mesmo terceiro lugar no caso de os sintomas persistirem?</p> <p>a13 Existem disparidades internas no grupo relacionadas com a idade, o sexo, o rendimento e características básicas relevantes?</p>	<p>A procura de tratamento para a doença é um processo complexo que varia muito consoante a dinâmica sociocultural da sociedade e da família. As decisões de procura de tratamento numa farmácia local, curandeiro tradicional, unidade de saúde pública ou privada podem depender de muitos factores como as crenças culturais, percepções de desadequação dos serviços, atitude ou discriminação pelos prestadores de cuidados de saúde, entre outros.</p> <p>A escolha de tratamento pode também depender de como os indivíduos se apercebem da gravidade da doença e da experiência anterior dos serviços de saúde.</p> <p>Um estudo no Uganda mostrou que os pais jovens enfrentam dificuldades com os conselhos dos membros mais velhos da sociedade que recomendam o tratamento primeiro pelos médicos tradicionais em vez de pelos prestadores alopáticos. Estes tutores – que muitas vezes desejam procurar o tratamento alopático primeiro – debatem-se entre as suas próprias convicções acerca do tratamento adequado para os filhos e as expectativas socioculturais de respeito e deferência para com os membros da geração precedente, que sugerem o uso da medicina tradicional (40).</p>
<p>a14 Que outros factores comportamentais podem aumentar a exposição ao vector das populações avaliadas?</p>	<p>O risco de exposição à picadela dos mosquitos pode aumentar com a participação em actividades nocturnas ao ar livre, incluindo actividades de lazer ao fim do dia, quando as pessoas não estão protegidas pelas intervenções fundamentais (como as redes mosquiteiras e a FIIAR). Outros grupos, como os trabalhadores florestais nocturnos, trabalhadores das plantações de borracha ou populações migrantes, são expostos diariamente à transmissão ao ar livre quando o trabalho é feito durante os períodos de maior ataque dos mosquitos.</p> <p>Para além disso, a forma de dormir também pode afectar a transmissão da malária. Em algumas sociedades, os homens tendem a dormir ao ar livre e esta prática pode aumentar o risco de exposição aos mosquitos. As mulheres que se levantam antes da madrugada para tratarem das tarefas domésticas também correm o risco de exposição aos mosquitos e, conseqüentemente, de infecção com malária (41).</p>
<p>a15 Determinados hábitos de vestuário afectam o risco ou a vulnerabilidade à malária?</p> <p>a16 Existem grupos sociais em especial com hábitos de vestuário que sejam mais vulneráveis?</p>	<p>Um estudo na Nigéria demonstrou que as normas de vestuário diferentes para homens e mulheres eram responsáveis por taxas de infecção com malária significativamente superiores entre os homens. Os homens que andam em tronco nu e usam apenas calções são mais susceptíveis às picadelas dos mosquitos, enquanto que as mulheres cujo vestuário lhes cobre totalmente o corpo têm muito menos probabilidades de serem picadas (42).</p>

ESTUDO DE CASO 1: BARREIRAS AO CONTROLO DA MALÁRIA NAS COMUNIDADES TRIBAIS MARGINALIZADAS DA ÍNDIA

Nas comunidades tribais da Índia, o comportamento de procura de cuidados de saúde é motivado por crenças de índole cultural que os profissionais devem ter em consideração relativamente às questões de saúde. Por exemplo, Vijayakumar et al. (2009) descobriram que as populações tribais do leste da Índia procuravam primeiro os curandeiros tradicionais para o tratamento dos sintomas da malária. Outro estudo no distrito de Gadchiroli sugeriu igualmente que as povoações tribais locais não permitem a fumigação com insecticida em todas as divisões da casa, especialmente onde se situam os altares domésticos aos deuses, reduzindo assim a eficácia do programa de fumigação. É de acrescentar que as taxas de alfabetização são baixas entre as populações tribais indianas e muitas pessoas destas tribos em Gadchiroli não falam a língua estadual dominante, o marata. As crianças das tribos deixam a escola muitas vezes ao fim do terceiro ou do quarto ano e “voltam a um quase analfabetismo”. Por conseguinte, os materiais didácticos apresentados pelos técnicos de saúde comunitários (que não falam as línguas tribais) nem sempre são assimiláveis pelas comunidades tribais (1).

ESTUDO DE CASO 2: BARREIRAS À UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELAS ADOLESCENTES DURANTE A GRAVIDEZ

Um estudo no Uganda Central dedicou-se a explorar o comportamento de procura da saúde pelas adolescentes durante a gravidez e maternidade precoce, de modo a contribuir para a elaboração da política de saúde e melhoria do acesso aos cuidados de saúde. Dois temas centrais surgiram: “sentimento de exposição e impotência” e “procura de segurança e empatia”. As categorias identificadas no primeiro tema foram: “o dilema de ser uma mãe adolescente” e “a falta de poder de decisão”. No segundo tema, identificaram-se as seguintes categorias: “práticas culturais e crenças sobre o parto/nascimento”, “expectativas e experiências”, “transporte, uma determinante-chave da procura dos serviços de saúde” e “lidar com restrições”. As adolescentes sentiam-se expostas e impotentes devido ao dilema da maternidade precoce e falta de poder de decisão. As mães adolescentes pareciam estar numa permanente procura de segurança e empatia. Essa atitude faz parte das práticas culturais e crenças sobre o nascimento. Elas tinham tido expectativas acerca dos serviços de cuidados de saúde, mas a experiência que tiveram dos serviços foi bastante negativa. O transporte constituiu uma determinante importante da procura dos serviços de saúde e as adolescentes em certa medida aprenderam a lidar com as restrições que enfrentaram.

As conclusões indicaram que elas utilizavam sobretudo o sector tradicional porque estava mais acessível em termos de distância, custo e contexto cultural. As mães adolescentes ficavam sem poder de decisão devido a estarem grávidas, o que frequentemente as colocava num dilema (43).

b. Acesso à informação e literacia em saúde

O acesso à informação acerca da malária e o conhecimento geral sobre os modos de transmissão e controlo são factores importantes para o incentivo do comportamento de procura dos serviços de saúde e um controlo da malária eficaz. O acesso à informação é, em larga escala, influenciado por crenças culturais, género, educação, valores e estatuto socioeconómico. Pode inspirar as pessoas a protegerem-se a si próprias e aqueles ao seu cuidado, e mobilizar as partes interessadas para desempenharem o seu papel na luta contra a malária. Contudo, quando a informação não é clara ou precisa, pode prejudicar os esforços ao exagerar os problemas e possivelmente afastar as pessoas dos serviços de saúde. A informação sobre a saúde deve ser não apenas acessível, mas também legível e compreensível. A literacia em saúde desempenha um papel importante na forma como os indivíduos e as populações podem aceder ao sistema de saúde e obter

cuidados de saúde de qualidade (44). A resposta para a literacia em saúde é também essencial para assegurar que a informação sobre a saúde e a malária fornecida é adequada aos níveis de literacia em saúde dos indivíduos e das populações. A desigualdade de género pode também influenciar diferenças em termos de acesso a informações de qualidade e a fontes de informação.

As perguntas seguintes irão ajudar a determinar se a informação devida acerca da malária está a chegar às populações relevantes no seu país ou comunidade. Irão também ajudar a avaliar os pontos fortes e os pontos fracos da literacia em saúde das populações e a capacidade de resposta à mesma. Os programas devem investigar se as intervenções de CMSC relativas à malária estão devidamente elaboradas para a população carenciada ou marginalizada identificada de modo a produzir impacto.

PERGUNTA	CONSIDERAÇÕES
<p>b1 Onde é que as populações e grupos (grupos com acesso e utilização dos serviços de cuidados de saúde primários e relativos à malária insatisfatórios) identificados obtêm as informações sobre a malária?</p> <p>b2 O resultado varia quando o sexo e a idade são desagregados?</p> <p>b3 Qual é o nível de literacia em saúde das populações e grupos identificados?</p>	<p>As estratégias de CMSC (comunicação para a mudança social e de comportamentos) podem incluir a distribuição de informação nas escolas, igrejas, mesquitas, locais de trabalho e unidades de saúde, em debates na comunidade, estações de rádio e televisão, campanhas nos meios de comunicação, através de SMS, em centros comunitários ou comunicação interpessoal.</p> <p>Em intervenções específicas, pode ser necessário chegar a certos grupos que não conseguem obter informações através dos canais habituais. Por exemplo: o recurso a grupos femininos ou professores e escolas poderá ser uma forma de comunicar com mulheres e crianças em idade escolar (5-14 anos) numa determinada população.</p> <p>É fundamental que as populações e indivíduos tenham a capacidade não apenas de acederem, mas também de utilizarem a informação sobre os cuidados de saúde primários e relativos à malária. Os estudos demonstraram que a literacia em saúde é um contribuinte potencialmente modificador das desigualdades na saúde (44).</p>
<p>b4 Estarão as estratégias de CMSC adaptadas, do ponto de vista cultural, às populações e grupos avaliados?</p>	<p>As informações distribuídas a populações específicas deve assentar em factos.</p> <p>A cobertura crescente, especialmente daqueles com um risco mais elevado que se encontram frequentemente entre os mais pobres e mais marginalizados, requer uma comunicação estrategicamente concebida, adaptada aos contextos locais. Se bem que as mensagens de controlo da malária num dado país possam partilhar o mesmo contexto em regiões diferentes, a concepção pode variar, tendo em conta as diferenças linguísticas, culturais e geográficas.</p> <p>As mensagens relativas à malária adaptadas ao público-alvo através das respectivas prioridades e comportamentos culturais, interpessoais e sazonais têm um maior poder de alcance e mais probabilidades de obter o resultado desejado (45).</p>

PERGUNTA	CONSIDERAÇÕES
<p>b5 A informação sobre a malária é fornecida em todas as línguas relevantes para as populações e grupos avaliados?</p>	<p>A informação sobre a prevenção e os serviços de tratamento da malária em muitos países é fornecida no idioma nacional e não tanto nas línguas nativas que podem ser usadas ao nível subnacional, por grupos etários específicos ou grupos populacionais. A informação local sobre a malária e as ferramentas de comunicação terão de ser adaptadas à língua relevante para as populações identificadas.</p> <p>Por exemplo, no distrito de Gadchiroli, ao longo da fronteira sudeste do estado de Maharashtra, na Índia central, as taxas de alfabetização são baixas entre as populações tribais indianas e muitas pessoas das tribos em Gadchiroli não falam o marata, a língua estadual dominante. As crianças das tribos deixam a escola muitas vezes ao fim do terceiro ou do quarto ano e “voltam a um quase analfabetismo”. Por conseguinte, os materiais didácticos apresentados pelos técnicos de saúde comunitários (que não falam as línguas tribais) nem sempre são assimiláveis pelas comunidades tribais (1).</p>
<p>b6 As estratégias de CMSC têm em conta as diferenças entre a forma como mulheres e homens de grupos etários diferentes acedem à informação? Existem canais diferentes ou métodos de comunicação específicos para fazer chegar a informação sobre saúde e malária aos grupos determinados?</p>	<p>Com frequência, as mulheres têm menos educação e alfabetização do que os homens, tendo assim menor acesso à informação e aos materiais sobre os factores de risco da malária, métodos de prevenção e sintomas (18).</p>
<p>b7 Que tipos de meios de comunicação são utilizados pelas populações e grupos avaliados? O resultado varia quando o sexo e a idade são desagregados?</p>	<p>Os dispositivos tecnológicos (ex.: telefones, televisão) podem ser meios de comunicação mais eficientes na medida em que chegam a mais pessoas, numa vasta área e em curto espaço de tempo, mas pode ter menos impacto do que a comunicação pessoal, como os diálogos com a comunidade, os centros comunitários ou o emprego de metodologias de comunicação participativa.</p> <p>Os canais de comunicação como peças de teatro e clubes sobre saúde escolar, rádio, televisão, avisos de saúde através de telemóveis, reuniões de sensibilização da comunidade, campanhas de distribuição e pendura de mosquiteiros, comemorações, sinalização de paredes e de autocarros de uso diário, exposições itinerantes e reuniões de diálogo na comunidade devem ser adaptados às populações específicas e podem variar entre os grupos de idades e sexos diferentes.</p>
<p>b8 Como garantem os programas que a informação responde à literacia em saúde e chega a todas as populações afectadas pela malária?</p>	<p>Outros tipos de serviços de comunicação social incluem jornais, painéis publicitários, anúncios de serviço público, programas de rádio, folhetos e material para homens e mulheres com pouca ou nenhuma alfabetização.</p> <p>Algumas populações podem não conseguir receber a mensagem correcta acerca da prevenção devido à falta de tradução dos meios de comunicação tradicional para as respectivas línguas locais ou à incapacidade de compreender a informação dada e como utilizá-la ou aplicá-la.</p> <p>A falta de recursos financeiros, preocupações com segurança, longas distâncias e estradas deficientes para distribuir os materiais de CEI podem resultar no fracasso em alcançar as populações já identificadas com um acesso e utilização dos serviços de saúde insatisfatórios, como populações de acesso difícil, refugiados e populações em áreas de conflito.</p>

PERGUNTA	CONSIDERAÇÕES
<p>b9 Que provas servem para determinar que esses canais estão a alcançar todos os públicos relevantes? Como é medido o impacto dos programas de CMSC nas percepções e comportamentos relativos à prevenção e tratamento da malária das populações carenciadas ou marginalizadas?</p>	<p>Durante a implementação das estratégias de comunicação, deve haver uma recolha de dados de rotina e a medição do progresso em termos dos objectivos de CMSC do país relativos à malária, por exemplo, através dos sistemas informáticos de gestão de saúde, inquéritos “omnibus”, inquéritos de indicadores da malária ou os Inquéritos Demográficos de Saúde. Este deve ser um processo contínuo e sistemático para determinar se as acções efectuadas estão a surtir o efeito de mudança desejado, na prevenção e tratamento da malária – conhecimento, atitudes e práticas.</p>
<p>b10 Em geral, as comunidades são envolvidas na criação e implementação de campanhas de comunicação/mobilização?</p> <p>b11 Em que medida as populações de elevado risco e carenciadas são envolvidas na criação e implementação dessas campanhas?</p>	<p>A inclusão da comunidade em todo o processo de desenvolvimento dos materiais de CMC, aumenta o sentido de participação e interesse nos produtos. Alguns países, como a Zâmbia, fazem questão no envolvimento e participação das comunidades em todas as etapas de desenvolvimento e implementação da comunicação sobre a malária, que é fundamental visto que a contribuição local irá aperfeiçoar a qualidade da comunicação. As equipas distritais organizam Debates dos Grupos de Discussão (DGD) com populações seleccionadas onde as mensagens e materiais são pré-testados e os comentários compilados para inclusão no processo de desenvolvimento (46).</p> <p>Para influenciar os comportamentos, é fundamental o uso dos agentes de mudança da comunidade e dos líderes/influenciadores da comunidade, bem como os esforços de mobilização e de envolvimento da comunidade.</p> <p>Os esforços coordenados pela comunidade mostraram ser mais influentes nas atitudes e práticas no seio da comunidade. (46)</p> <p>No Uganda, como complemento das estratégias de CMSC para a malária, as reuniões de diálogo com a comunidade foram gravadas e transmitidas na rádio. As reuniões de diálogo gravadas foram realizadas pelo conselho de gestão da saúde, a unidade de saúde responsável, os autarcas responsáveis locais e membros da comunidade, masculinos e femininos. As reuniões de diálogo com a comunidade foram realizadas para permitir que as comunidades solucionassem os problemas relacionados com a malária no âmbito das respectivas comunidades. (47)</p>
<p>b12 Qual o papel desempenhado pelos prestadores de cuidados de saúde na distribuição de informação e de conselhos acerca da malária?</p> <p>b13 Os técnicos de saúde têm acesso à informação necessária e aos meios de a transmitir?</p>	<p>O uso dos técnicos de saúde existentes, dos técnicos de saúde comunitários, das redes estabelecidas (ex.: os grupos femininos) como educadores de pares é uma forma eficaz e culturalmente adequada para a divulgação de informações detalhadas sobre a malária, especialmente em comunidades com pouca alfabetização.</p> <p>Por exemplo, em muitas clínicas antenatais (ANC), os técnicos de saúde comunitários (TSC) e as parteiras aconselham sobre a prevenção da malária na gravidez.</p> <p>Um estudo de caso realizado na Etiópia, por exemplo, mostrou que a falta de competência e de materiais de CMSC dos técnicos de saúde levava as pessoas a não utilizarem os respectivos serviços (48).</p>

c. Acesso financeiro

Embora a malária não seja exclusivamente uma doença dos pobres, a privação associada à pobreza pode aumentar o risco de malária (18). O custo dos serviços relativos à malária e a capacidade e vontade de pagar é um componente importante para procurar assistência. Compreender como o custo dos serviços interage com o acesso aos recursos financeiros e, portanto, determina

o que os indivíduos ou as comunidades estão dispostos a pagar por serviços específicos relativos à malária é importante na elaboração de programas que alcancem todas as populações de elevado risco e carenciadas.

As seguintes perguntas ajudarão a determinar como o acesso aos recursos financeiros e o custo dos serviços relativos à malária impedem o acesso a esses mesmos serviços.

PERGUNTA	CONSIDERAÇÕES
c1 Onde se dirige a população para obter cuidados de saúde em caso de sintomas de febre e quais os custos associados?	O custo directo dos serviços de cuidados de saúde e as despesas relacionadas determinam a escolha dos serviços adequados procurados. Em áreas onde o acesso a farmácias e a unidades de saúde resulta em custos adicionais para transporte e tempo de viagem, as farmácias locais, os curandeiros tradicionais ou técnicos de saúde sem formação são frequentemente as fontes mais comuns de tratamento da malária.
c2 Como varia o acesso de populações diversas (diferentes faixas etárias, género, incluindo populações identificadas por esta avaliação que têm um acesso e utilização dos serviços de saúde insatisfatórios)?	<p>Mesmo em sociedades onde há serviços de cuidados de saúde primários subsidiados, cobertura de seguro de saúde disponível ou serviços de saúde gratuitos, algumas populações seleccionadas podem não ter acesso a esses serviços, como refugiados, trabalhadores imigrantes, populações deslocadas, etc.</p> <p>Em zonas de difícil acesso onde os serviços de cuidados de saúde foram colocados mais próximos das populações através de técnicos de saúde comunitários, com frequência estes serviços restringem-se a crianças até aos cinco anos. Contudo, nos países onde se verifica uma diminuição significativa da incidência da malária e um progresso no sentido da eliminação dentro de algum tempo, o grupo etário em risco ultrapassa os cinco anos de idade, dado que os adultos perdem a imunidade, sendo necessário mudanças das políticas, como o alargamento dos serviços de cuidados de saúde comunitários, tal como aconteceu no Ruanda.</p>
c3 De que forma as restrições financeiras afectam a utilização dos serviços de prevenção da malária?	<p>Ao nível nacional, as restrições financeiras podem impedir a implementação das estratégias universais de prevenção da malária, resultando no atraso da FIIAR ou da distribuição orientada de MILD e, conseqüentemente, numa cobertura insatisfatória. É necessário que os países controlem a eficácia dos medicamentos antimaláricos e os níveis de resistência aos insecticidas para garantir a mudança atempada para insecticidas e medicamentos antimaláricos mais efectivos. Porém, os recursos limitados e as restrições financeiras podem atrasar as mudanças nas políticas, resultando na protecção desadequada do vector da malária.</p> <p>A utilização de métodos de prevenção está associada a vários factores económicos. O transporte para os locais de distribuição de MILD pode impedir o acesso aos MILD mesmo quando a distribuição é gratuita. A quantidade de MILD disponíveis numa habitação é também determinada pelos recursos económicos. Um estudo na Libéria mostrou que há uma diferença significativa entre os quintis económicos mais baixos e mais altos, com indivíduos do quintil mais alto a ter mais do dobro da probabilidade de dormir sob um MTI do que os seus pares do quintil mais baixo (49). Por outro lado, um estudo em Madagáscar mostrou que, enquanto o nível socioeconómico mais elevado aumentou a propriedade de MILD, quando os MILD foram distribuídos gratuitamente através de campanhas em massa, a utilização de MILD não foi associada a um estatuto de maior riqueza. Pelo contrário, em algumas zonas, a utilização pelas crianças com menos de cinco anos era ligeiramente superior nas famílias mais pobres que possuíam um MILD (50).</p>

PERGUNTA	CONSIDERAÇÕES
<p>c4 Em que medida o local onde as pessoas procuram os cuidados de saúde é associado ao rendimento?</p>	<p>O rendimento do agregado familiar pode determinar a disponibilidade de recursos para a procura de assistência médica. Além disso, a implantação de serviços de saúde, incluindo unidades privadas de saúde, pode, por sua vez, ser determinada pelo rendimento da população e respectivo poder de compra.</p> <p>Schellenberg e outros identificaram que as crianças com menos de cinco anos na Tanzânia tinham duas vezes mais probabilidades de receber tratamento adequado em caso de febre se a família estivesse no quintil menos pobre do que no quintil mais pobre (51).</p> <p>No Gana e na região Ásia-Pacífico, os estudos também mostraram uma associação entre o estatuto económico e o uso de tratamentos tradicionais/herbáceos como a primeira resposta à malária (52) (53).</p>
<p>c5 Em que medida o custo dos cuidados de saúde afecta a capacidade das populações identificadas de aceder a serviços de teste e tratamento?</p>	<p>Em muitos cenários, as pessoas têm de pagar pelos serviços de combate à malária do seu próprio bolso e os serviços podem custar mais do que o salário médio diário.</p> <p>Nos serviços públicos de saúde onde os serviços de análises e tratamento da malária são geralmente subsidiados ou gratuitos, pelo menos para os grupos mais vulneráveis, o custo elevado dos kits de teste e medicamentos pode resultar em falta dos mesmos nas unidades de saúde, afectando as populações identificadas que poderão não ter a possibilidade de procurar serviços alternativos de cuidados de saúde.</p> <p>O sector privado desempenha um papel importante na prestação de assistência à malária em muitos países de incidência elevada, tanto em áreas urbanas como em áreas rurais remotas com carência de unidades formais de cuidados de saúde. Porém, em alguns lugares, o tratamento com base em testes ainda é impopular no sector privado. Isto pode dever-se à falta de vontade dos clientes de gastar fundos adicionais no teste de diagnóstico rápido (TDR), resultando num tratamento presumível da malária.</p>
<p>c6 Existe assistência médica gratuita ou qualquer tipo de cobertura financeira que permita à população ter acesso a serviços essenciais gratuitos ou a custos reduzidos? Quem beneficia de tratamento gratuito ou subsidiado?</p>	<p>Para reduzir os pagamentos directos e melhorar o acesso aos serviços de cuidados de saúde, alguns países introduziram esquemas de seguro de saúde, serviços de saúde subsidiados e cuidados de saúde primários gratuitos, incluindo serviços de diagnóstico e tratamento da malária.</p> <p>No entanto, a menos que os serviços sejam gratuitos, algumas populações ainda podem ter restrições financeiras que as impedem de obter os prémios de seguro exigidos ou os custos comparticipados.</p> <p>A forma como os indivíduos acedem ao seguro também é importante, especialmente porque as mulheres tendem a ser sobrerrepresentadas nas economias informais. Se o acesso ao seguro, por exemplo, se fizer através de esquemas de emprego, então as mulheres estarão sobrerrepresentadas nos não segurados, ou dependentes de outros membros da família para aceder aos cuidados de saúde.</p> <p>É essencial assegurar, mesmo quando o governo oferece serviços gratuitos nas unidades de saúde, que o acesso das populações não seja restringido por taxas não oficiais cobradas “por baixo da mesa” pelos técnicos de saúde.</p>
<p>c7 Como é que os custos indirectos relacionados com o acesso aos serviços de saúde afectam de maneira diferente certas populações ou membros de uma comunidade?</p>	<p>Muitos governos implementaram estratégias para melhorar o acesso aos cuidados de saúde e reduzir o custo dos mesmos, especialmente para as populações de alto risco tradicionais de crianças com menos de cinco anos e mulheres grávidas, a fim de resolver as barreiras financeiras das populações, no entanto, os custos indirectos como as despesas de transporte, a perda de produtividade ou de rendimento associada à doença ou morte (dias de trabalho perdidos) podem continuar a impedir o acesso aos serviços de prevenção e tratamento da malária e produzem um impacto financeiro catastrófico nas famílias.</p> <p>As populações em zonas de difícil acesso ou remotas podem enfrentar custos de transporte adicionais e mais elevados.</p>

PERGUNTA	CONSIDERAÇÕES
<p>c8 A programação actual tem em conta os custos indirectos?</p>	<p>As soluções para os custos indirectos podem incluir a distribuição de vales de transporte para as unidades de saúde ou a prestação de serviços comunitários, por meio de técnicos de saúde comunitários.</p> <p>Os custos associados a dias de ausência ao trabalho e taxas escolares por faltas à escola também devem ser considerados nas estimativas de custos indirectos.</p> <p>Em contextos em que os cuidados de saúde são fortemente subsidiados, mas os custos directos continuam a ser relativamente elevados, os esforços políticos para solucionar tanto as origens médicas como as não médicas destes custos são essenciais.</p>
<p>c9 Como é que os custos indirectos relacionados com o acesso aos serviços de saúde afectam de maneira diferente certas populações ou membros de uma comunidade?</p>	<p>Embora muitas vezes haja subsídios ou isenção para o tratamento da malária nas unidades de saúde pública, as populações em zonas de difícil acesso (a mais de 5 km das instalações de saúde e zonas com terreno difícil) têm de suportar custos mais elevados de transporte de e para as unidades de saúde.</p> <p>Os fundos necessários para permitir a hospitalização são frequentemente emprestados por membros da família, vizinhos e bancos das aldeias. No contexto do empobrecimento preexistente, esse processo cria dívidas consideráveis para as famílias (54).</p> <p>Em populações activas, alguns dias de ausência ao trabalho podem não afectar o rendimento mensal, ao contrário dos trabalhadores independentes ou trabalhadores casuais que, se não puderem desempenhar directamente as suas funções ou cuidar dos seus investimentos, abrem caminho à perda de capital.</p>
<p>c10 O rendimento da família é afectado quando a mulher ou o homem do agregado familiar contraem a doença? De que forma?</p> <p>c11 Quem é que na família cuida de uma pessoa com malária? Isso afecta o seu rendimento, emprego, etc.?</p> <p>c12 Isto varia consoante os grupos etários, o estatuto socioeconómico do agregado familiar ou o nível de escolaridade do chefe de família?</p>	<p>Quando o chefe de família (quem a sustenta) fica doente, todo o agregado familiar corre o risco de aumento da pobreza.</p> <p>A maior parte dos cuidados em casa é prestada pelos membros do sexo feminino: mães, tias, avós e irmãs mais velhas. Além do tempo perdido por estarem eles próprios doentes, os cuidadores investem pelo menos mais dois dias por cada episódio de malária sofrido por qualquer um dos seus filhos ou irmãos mais novos (55). Em ambientes de elevada transmissão, em que as crianças contraem malária frequentemente e a família é grande, isso pode ocupar uma quantidade de tempo relevante.</p> <p>Eles também determinam o acesso aos recursos materiais, como a terra, o crédito e a formação, e recursos mais efémeros, como a energia. As implicações para a vida quotidiana são muitas e incluem a divisão do trabalho, as responsabilidades dos membros da família dentro e fora de casa, a educação e as oportunidades de progresso profissional e uma voz na formulação de políticas.</p> <p>As mulheres desempenham o papel principal de cuidar dos outros membros do agregado familiar, incluindo a maior parte da procura de cuidados de saúde para os restantes membros da família (56). No entanto, os homens ainda dominam a tomada de decisões sobre questões de saúde e económicas nas famílias, o que provavelmente afecta o sucesso das intervenções de cuidados de saúde, como sejam os programas de prevenção e controlo da malária.</p> <p>A falta de educação, o rendimento baixo, o baixo nível de riqueza, a habitação em casas de construção deficiente e a ocupação na agricultura podem aumentar o risco de infecção por Plasmodium nas populações da África Subsariana (56).</p>

ESTUDO DE CASO 3: PESO ECONÓMICO DA MALÁRIA E DAS RESTRICÇÕES FINANCEIRAS

Um estudo nas zonas rurais da Colômbia descobriu que a doença num homem adulto colocava todo o agregado familiar em risco. A carga de trabalho das mulheres aumentava significativamente, visto terem de cuidar dos membros da família doentes, bem como substituir os homens no trabalho do campo. O estudo concluiu que 64% de todas as tarefas normalmente a cargo da pessoa doente eram então desempenhadas pelas mulheres. As mulheres manifestaram preocupações com a perda do principal elemento que sustenta a família e também com o ter de trabalhar muito mais para ganhar o dinheiro para os medicamentos e para a alimentação. O estudo revelou que, embora a incidência da doença fosse maior entre os homens adultos, a carga económica indirecta da doença era maior para as mulheres.

Quando entrevistadas, as mulheres referiram que cuidar das crianças doentes ou dos homens doentes representava um trabalho extra. Além da preocupação e do receio da morte, a criança doente tinha de ser levada ao colo e assistida constantemente. As mulheres não se sentiam à vontade de deixar as crianças sozinhas para irem tratar das suas tarefas habituais. Estas preocupações aumentavam quando não havia dinheiro para comprar os medicamentos. No caso de um homem adulto, elas sentiam que, para além da ansiedade acerca da perda do principal sustentador, tinham de trabalhar muito mais para ganhar o dinheiro para os medicamentos e para a alimentação (2).

ESTUDO DE CASO 4: BARREIRAS AO TRATAMENTO RÁPIDO E EFICAZ DA MALÁRIA NA POPULAÇÃO MAIS POBRE DO QUÉNIA

O estudo foi realizado nas zonas mais pobres de quatro distritos do Quénia com malária endémica e explorou as barreiras no acesso ao tratamento eficaz da malária. Todas as unidades de saúde públicas do Quénia cobram taxas aos utentes. Numa tentativa de tornar o tratamento da malária economicamente mais acessível, o governo do Quénia distribuiu medicamentos antimaláricos gratuitos a todas as unidades públicas de cuidados de saúde, os quais, idealmente, devem ser dispensados gratuitamente aos doentes com malária. O tratamento da malária é assim oficialmente gratuito para todos os quenianos. Num desenvolvimento posterior, em 2004, foram abolidas as taxas de registo dos doentes com malária em todas as unidades de cuidados de saúde primários.

No entanto, as conclusões apresentadas neste estudo e noutros, sugerem que as taxas dos cuidados de saúde continuam a ser uma barreira relevante no acesso e que a política de “tratamento gratuito” não está totalmente implementada por vários motivos: 1) elaboração deficiente da política, forçando os doentes a pagar taxas de consulta antes de serem vistos por um técnico de saúde; 2) baixos rendimentos, especialmente nos distritos onde a malária é a principal doença. A isenção de pagamento de taxas pelos doentes com malária nos distritos com malária endémica tem um forte impacto no montante de receitas cobradas; 3) a dificuldade de identificar os doentes com malária outras doenças apresentam sintomas semelhantes aos da malária e muitas unidades de cuidados de saúde primários não possuem laboratórios; 4) a escassez de medicamentos fornecidos pelo Estado obriga as unidades de saúde a angariar fundos adicionais através da cobrança de taxas a fim de poderem comprar os medicamentos.

Em relação à acessibilidade económica, cerca de 40% dos indivíduos que se automedicaram com medicamentos comprados em lojas e 42% dos que recorreram a uma unidade de saúde formal comunicaram que não tinham tido dinheiro suficiente para pagar o tratamento e tiveram de adoptar outras estratégias, incluindo pedir dinheiro emprestado e obter tratamento a crédito de forma a obter assistência. Outros factores que influenciam a acessibilidade económica são a sazonalidade da doença e das fontes de rendimento, os custos de deslocação e os pagamentos não oficiais.

d. Acessibilidade física

A distância até às unidades de saúde, o tempo de deslocação, o isolamento espacial e a mobilidade ou facilidade com que um utente pode aceder a uma unidade, sessão de sensibilização ou a um prestador de serviços na comunidade são todos factores importantes associados ao acesso aos cuidados de saúde. Em zonas afectadas por problemas de segurança, a mobilidade dos membros da comunidade pode ser

menor, especialmente para as mulheres e crianças. As populações marginalizadas ou a viver em áreas remotas são particularmente afectadas pelas barreiras físicas no acesso aos serviços.

As perguntas seguintes vão ajudar a determinar que factores físicos ou ambientais, caso existam, provocam maior risco ou vulnerabilidade à malária na linha de análise seleccionada.

PERGUNTA	CONSIDERAÇÕES
<p>d1 Em que medida as barreiras físicas ao acesso aos cuidados de saúde afectam os grupos populacionais analisados? Existem diferenças entre homens e mulheres?</p> <p>d2 Existem divergências dentro dos grupos determinadas pela idade, sexo, etnia, local de residência ou por qualquer outra característica básica relevante?</p>	<p>A distância a que ficam os serviços de saúde pode ter implicações na procura de cuidados médicos, especialmente se os doentes tiverem de caminhar durante horas ou suportar custos elevados de transporte para chegar às unidades de saúde. O acesso incluiu o horário de funcionamento da unidade de saúde, a distância a que fica, rede viária deficiente, escassez de medicamentos e de pessoal.</p> <p>Algumas unidades de saúde apenas funcionam a determinadas horas e estão fechadas ao fim-de-semana. Por conseguinte, fora do horário normal de funcionamento, não há nenhuma forma de cuidados formais nesses locais. Em algumas das áreas mais remotas, muitas pessoas utilizam os transportes públicos para aceder às unidades de saúde, os quais são muitas vezes extremamente incertos e quase inexistentes durante a estação das chuvas devido às más condições das estradas, ficando a população assim impossibilitada de aceder às unidades de saúde ou chegando fora do horário de funcionamento das mesmas.</p> <p>A mobilidade restrita das mulheres pode também impedi-las de comparecer nos centros de cuidados de saúde primários para o rastreio da malária (18) (19).</p> <p>As mulheres grávidas podem ter dificuldade em andar longas distâncias para aceder aos cuidados de saúde e enfrentar problemas de segurança no seu caminho até às unidades de saúde.</p> <p>Os homens e as mulheres com deficiência e os mais idosos podem também ter dificuldades neste aspecto. Um estudo na Papua-Nova Guiné revelou que as mulheres adolescentes (10-19 anos) e adultas (20-40 anos) eram mais propensas do que os homens com idades semelhantes a caminhar longas distâncias para obter o tratamento da malária num centro de saúde. Um estudo estimou que 37% dos rapazes adolescentes não compareciam ao tratamento devido à distância até ao centro de saúde. Os mesmos indicaram que estariam dispostos a comparecer no centro de saúde se este se situasse mais perto (57).</p>
<p>d3 Existem problemas de segurança que afectem a procura de cuidados de saúde?</p> <p>d4 Estes problemas são diferentes para homens e mulheres/rapazes e raparigas?</p>	<p>Uma situação de segurança nacional ou local pode afectar a mobilidade e, portanto, o acesso aos serviços de saúde. Em zonas de conflito, toda a população pode ser afectada por questões de segurança, ficando por esse motivo impossibilitada de aceder aos serviços. Uma situação de segurança nacional ou local pode afectar mulheres e homens de forma diferente. Os homens podem recear ser atingidos por tiros ou raptados e as mulheres podem enfrentar o medo adicional de violência sexual. Estas circunstâncias podem afectar a mobilidade e portanto o acesso aos serviços de saúde (58).</p>

PERGUNTA	CONSIDERAÇÕES
d5 Existem problemas de segurança recentes que perturbem os serviços ao nível da comunidade?	<p>As populações refugiadas podem ser estigmatizadas ou sofrer discriminação ou xenofobia, por exemplo, se forem vistos como tirando recursos aos nacionais ou trazendo doenças.</p> <p>Nas aldeias indianas, por exemplo, muitas pessoas das tribos não têm direitos à terra formais e, para manifestar o seu descontentamento face às políticas actuais do governo sobre estes assuntos, supostamente atacam trabalhadores do governo e infra-estruturas. A violência contra os técnicos de saúde é uma ameaça real e constante nestas zonas rurais, daí que estas regiões não sejam populares para a colocação de funcionários públicos, incluindo técnicos de saúde (1).</p>
d6 É a estrutura habitacional da população identificada um factor de risco para uma maior incidência da malária?	<p>No caso dos pobres, as condições de vida são com frequência caracterizadas por habitações desadequadas e sobrelotadas ou casas construídas à pressa.</p> <p>Vários estudos identificaram que determinadas características habitacionais constituem factores de risco de maior incidência da malária. Um aumento da existência de aberturas na habitação, como janelas e beirais abertos, tem sido associado a aumentos na entrada do mosquito nas casas e prevalência do parasita. A fraca qualidade dos materiais de construção das habitações foram também associados à entrada de mais mosquitos e uma incidência da malária e prevalência do parasita maiores (59-62).</p> <p>As provas sugerem que a sobrelotação poderia aumentar o risco de malária porque os mosquitos são atraídos pela concentração maior de dióxido de carbono e de outros químicos nas casas sobrelotadas. Além disso, o espaço ocupado pela família poderia não estar devidamente separado do dos animais domésticos.</p>
d7 A actual programação tem em consideração estratégias para solucionar as barreiras físicas?	<p>Tendo em conta as populações identificadas, determine se o país contemplou algumas considerações ou iniciativas para solucionar as barreiras físicas como a introdução de unidades móveis de rastreio e tratamento, a deslocação de agentes de saúde às comunidades, a distribuição de vales ou taxas para a maioria da população remota chegar às unidades de saúde, etc.</p> <p>Por exemplo, na Índia, na sequência de uma avaliação das barreiras nas zonas remotas com malária endémica, onde o diagnóstico e o tratamento chega muitas vezes tarde e, durante a época das chuvas, quando a incidência da malária é elevada, muitas aldeias ficam isoladas das áreas circundantes devido às cheias e os TSC não conseguem aceder a estas aldeias, foi recomendado que um técnico de saúde que resida na aldeia – na Índia é um ASHA (Accredited Social Health Activist ou Activista de Saúde Social Acreditado) – pudesse garantir o diagnóstico e o tratamento da malária “dentro da aldeia”, reduzindo desse modo os atrasos.</p>

e. Prestação de serviços de cuidados de saúde de qualidade

Para manter a saúde de qualquer população, é fundamental que esta obtenha uma assistência da melhor qualidade.

A qualidade dos cuidados de saúde pode ser avaliada em relação à adequação médica dos serviços prestados conforme definida pelas organizações normativas, como a OMS, ou relativamente à qualidade dos contactos específicos entre prestadores e utentes. Esta pode incluir os aspectos técnicos dos cuidados, como a adequação dos serviços prestados, e a competência técnica com a qual os serviços são executados. Uma boa gestão de tempo dos serviços inclui um horário de funcionamento

conveniente e tempo de espera reduzidos. Os utentes também preferem um prestador com atitudes positivas, que seja cordial, não discriminatório e respeitador.

Quando o Matchbox for implementado juntamente com uma avaliação nacional do tipo RPM conforme recomendado, a qualidade dos serviços de cuidados de saúde na vertente do prestador (ex.: disponibilidade do pessoal com a devida formação e competências; disponibilidade dos medicamentos e equipamento médico essencial) é frequentemente avaliada, daí que uma sobreposição deve ser evitada. Noutras situações, a inclusão deste aspecto na implementação do Matchbox é a única fonte destes dados tão necessários ou pode enriquecer ainda mais uma avaliação em curso.

PERGUNTA	CONSIDERAÇÕES
<p>e1 Qual é a experiência que as populações e grupos avaliados tiveram dos cuidados de saúde formais e como é que isso afecta o seu comportamento de procura dos cuidados de saúde?</p> <p>e2 É diferente consoante as características básicas de cada indivíduo (ex.: idade, sexo, género, educação, estado civil, etnia ou filiação religiosa)?</p>	<p>O comportamento de procura de saúde está frequentemente relacionado com a percepção das atitudes do prestador dos serviços, incluindo ser amigável, educado, dar consolo e mostrar preocupação.</p> <p>No Quênia, as barreiras à disponibilidade identificadas estavam relacionadas com o horário de funcionamento das unidades, organização dos serviços de saúde, escassez de medicamentos e de pessoal. Quanto à aceitabilidade, os principais factores interrelacionados identificados foram a relação prestador-utente, expectativas do utente, crenças sobre a causa da doença, percepção da eficácia do tratamento, desconfiança na qualidade dos cuidados de saúde e baixa adesão aos regimes terapêuticos (3).</p> <p>A distribuição de recursos numa zona rural do Uganda provocou atrasos no diagnóstico e tratamento. Os entrevistados descrevem experiências em unidades privadas e públicas onde os prestadores de cuidados de saúde não estavam presentes, medicamentos vitais estavam esgotados ou fora de validade, os testes de diagnóstico não foram realizados e os produtos derivados do sangue necessários para transfusões estavam indisponíveis para tratar a anemia malárica grave (63).</p> <p>As mulheres podem não se sentir à vontade a procurar assistência prestada por homens e os homens podem proibir as esposas de serem vistas por prestadores de cuidados de saúde masculinos (64). Os grupos étnicos marginalizados, refugiados ou migrantes podem também reexperienciar discriminação nas unidades de saúde.</p> <p>As adolescentes grávidas podem também reexperienciar a discriminação e estigmatização e, por isso, decidir não comparecer aos CPN. Entrevistas a informadores-chave e DGD revelaram que os técnicos de saúde foram rudes e antipáticos para com as adolescentes grávidas. Este facto contribuiu significativamente para uma procura dos cuidados de saúde tardia quando as adolescentes se encontraram doentes (11).</p>
<p>e3 Como é que as populações e grupos definem um serviço de qualidade?</p> <p>e4 De que forma essa percepção afecta o comportamento de procura de saúde?</p>	<p>Um ambiente físico deficiente (sem lavabos separados, falta de privacidade, falta de confidencialidade, sem adequação cultural e sem serviços que recebam as adolescentes de forma amigável) e prestadores com mau acolhimento dos filhos, maridos e esposas podem afectar a adesão aos serviços ao nível das unidades. Os atributos, expectativas, crenças e percepções de prestadores e utentes foram identificados como factores importantes que influenciam a aceitabilidade dos serviços de saúde formais (3).</p> <p>Num estudo realizado no Quênia, no distrito de Bondo, os utentes mais velhos supostamente teriam dificuldades em aceitar tratamento pelos prestadores jovens, associando a juventude dos técnicos de saúde a formação inadequada e má qualidade dos cuidados de saúde, incluindo comportamento desrespeitoso (3). Num estudo realizado no Quênia, no distrito de Bondo, os utentes mais velhos supostamente teriam dificuldades em aceitar tratamento pelos prestadores jovens, associando a juventude dos técnicos de saúde a formação inadequada e má qualidade dos cuidados de saúde, incluindo comportamento desrespeitoso (3).</p> <p>Produtos esgotados e falsificados podem levar à administração de medicamentos fora de prazo ou desadequados. As frequentes rupturas de stocks no sector público podem produzir resultados piores e mais desiguais em utentes impossibilitados de comprar os medicamentos no sector privado (65).</p>
<p>e5 As populações e grupos de indivíduos avaliados enfrentam discriminação no acesso aos serviços de saúde? Que tipo de discriminação? Como é que difere consoante as diferentes características básicas dos indivíduos (ex.: idade, sexo, género, educação, local de residência, estado civil, etnia ou filiação religiosa)?</p>	<p>Homens e mulheres desinformados, pobres, analfabetos, pertencentes a um determinado grupo étnico, muito jovens ou muito velhos, ou que não seguem as normas sociais ou de género, podem achar intimidante o uso dos serviços de saúde. Em muitas circunstâncias, as mulheres têm mais probabilidades de se sentirem intimidadas do que os homens devido a factores complementares de normas de defesa. Estranhos ao local (visitantes, viajantes, migrantes, refugiados, deslocados internos) e grupos étnicos minoritários podem enfrentar barreiras se não falarem as línguas oficiais ou locais da região.</p>

PERGUNTA	CONSIDERAÇÕES
<p>e6 Em todos os níveis do sistema de saúde, qual é a disponibilidade e suficiência dos serviços de prevenção e tratamento da malária para a população ou grupo de indivíduos? Existem materiais de laboratório adequados para os testes da malária e antimaláricos adequados?</p> <p>Os protocolos, orientações e manuais de diagnóstico e tratamento da malária estão disponíveis e são utilizados pelos prestadores de cuidados de saúde?</p>	<p>Os serviços de cuidados de saúde primários em cenários de recursos pobres nem sempre estão equipados para fornecer os cuidados de saúde normais, incluindo o diagnóstico, tratamento e acompanhamento da malária. Isto pode afectar a capacidade das populações e grupos de indivíduos avaliados de aceder e usar serviços eficazes.</p> <p>Um inquérito conduzido nas zonas rurais do Maláui revelou estrangulamentos que podem reduzir a qualidade e a eficácia do tratamento da malária, incluindo faltas de medicamentos antimaláricos, com uma unidade a reportar uma ruptura completa de stock de antimaláricos durante três meses (66).</p> <p>Mesmo quando técnicos de saúde comunitários (TSC) foram mobilizados no Maláui para prestar cuidados preventivos e gestão integrada de casos comunitários a populações carenciadas, estes relataram terem recebido kits com falta de TDR e também a falta de alguns tratamentos antimaláricos (artemether-lumefantrine) nos kits. Rupturas de stock foram comunicadas pelos TSC em todas as províncias, com mais frequência na época das chuvas (67).</p>
<p>e7 A população é servida por um número adequado de pessoal competente?</p>	<p>Tanto os países em desenvolvimento como os países desenvolvidos geralmente indicam uma proporção maior de pessoal de saúde nas áreas urbanas e mais ricas. As áreas urbanas são mais atraentes para os profissionais de cuidados de saúde pelas respectivas vantagens comparativas sociais, culturais e profissionais.</p> <p>É nas zonas mais remotas e carenciadas que tendem a trabalhar menos técnicos de saúde.</p> <p>Além disso, os efeitos do movimento dos técnicos de saúde entre os sectores público, privado ou sem fins lucrativos podem criar desigualdades para as populações servidas pelos sectores e o enfraquecimento dos sistemas de saúde, já que alguns sectores ficam com menos técnicos de saúde. A situação pode ser agravar-se ainda mais em circunstâncias de pós-conflito, em que as populações estão concentradas em áreas rurais, para onde atrair e reter pessoal pode ser particularmente difícil (68).</p> <p>Um problema generalizado é a concentração de técnicos de saúde em áreas que são consideradas mais seguras ou que têm melhores perspectivas, o que pode deixar carenciadas as zonas remotas e afectadas por conflitos. Todavia, a redistribuição de técnicos de saúde para essas zonas pode ser directamente prejudicada pela destruição das unidades de saúde e das casas dos funcionários devido à guerra. As ONG e as agências de ajuda também podem contribuir para que o pessoal esteja concentrado em zonas mais seguras. Devido à conveniência operacional e às preocupações com a segurança, as ONG no Afeganistão e no Sudão do Sul tendiam a recrutar pessoal local para trabalhar em instalações próximas de fronteiras seguras (68).</p>
<p>e8 Os técnicos de saúde são formados em gestão da malária e seguem os protocolos ou directrizes de tratamento nacionais na gestão da malária?</p> <p>São realizadas auditorias clínicas para avaliar a qualidade do laboratório e os serviços de tratamento da malária?</p>	<p>Nas zonas rurais do Maláui, um estudo sobre unidades de saúde revelou que 2% das crianças foram medicadas com uma subdosagem de artemeter-lumefantrina e 22% com uma sobredosagem, com base no peso (66).</p> <p>O diagnóstico imediato e o tratamento eficaz da malária aguda na gravidez (MnG) é importante para a mãe e para o feto, no entanto, um estudo no Quênia identificou lacunas nos prestadores de saúde em termos de conhecimento de diagnóstico e assistência médica relativa à MnG, e a falta de capacidade de diagnóstico da malária (69).</p>

f. Prestação de serviços de cuidados de saúde não discriminatórios

Além das normas e papéis relacionados com o género que afectam a capacidade de os indivíduos procurarem cuidados de saúde, a discriminação e as fracas considerações de género na unidade de saúde também constituem impedimentos e prognósticos importantes do comportamento de procura de saúde tanto dos homens como das mulheres. Conforme observado anteriormente, o comportamento de procura de cuidados de saúde é afectado negativamente quando as pessoas se sentem intimidadas, discriminadas ou não reconhecidas pelos profissionais de saúde.

A discriminação e intimidação (incluindo a violência sofrida nos cuidados de saúde) estão frequentemente relacionadas com vários factores, incluindo a origem das pessoas, idade, religião, etnia, língua, orientação sexual, identidade e expressão. Isto pode ser ainda mais sério quando se junta o género às considerações. Há muitas razões pelas quais os prestadores de cuidados de saúde respondem de forma discriminatória, afectando negativamente os resultados da saúde. Algumas das razões incluem as suas próprias percepções e morais, idade, religião, etnia, língua e género.

PERGUNTA	CONSIDERAÇÕES
<p>f1 O género do prestador de cuidados de saúde afecta a percepção ou aceitabilidade dos cuidados de saúde pelas populações e grupos avaliados?</p> <p>f2 Como é que isso difere na desagregação por sexo e por idade?</p>	<p>Com frequência, as pessoas preferem ser atendidas por um profissional do mesmo sexo. Em alguns casos, a religião estipula que uma mulher casada não pode ser vista por um profissional masculino.</p> <p>As adolescentes grávidas são menos propensas a procurar cuidados pré-natais devido a vários factores relacionados com o estigma e a atitude negativa dos técnicos de saúde (35) (70).</p>
<p>f3 Em geral, as unidades de saúde são capazes de responder às preferências dos utentes de serem atendidos por um profissional de saúde do sexo masculino ou feminino? Em caso negativo, por que motivo?</p> <p>f4 Como é que isso afecta o comportamento de procura de saúde de homens e mulheres de diferentes faixas etárias?</p>	<p>No Nepal, por exemplo, os cuidados básicos de saúde materno-infantil, incluindo os serviços de planeamento familiar, eram prestados por um grupo conhecido como líderes comunitários de saúde e incluía voluntários masculinos e femininos, mas os homens não eram facilmente aceites pelas utentes femininas. Por causa disso, os voluntários do sexo masculino foram substituídos por voluntárias de saúde comunitárias, que são elas próprias casadas e mães, para prestar os serviços de saúde materna na comunidade (71).</p>
<p>f5 Há técnicas de saúde comunitárias, parteiras, enfermeiras e médicas suficientes para tratar das mulheres (ou homens) que preferam técnicos de cuidados de saúde do sexo feminino?</p> <p>f6 O sexo dos técnicos de cuidados de saúde afecta a sua capacidade de interagir com a população (por exemplo, em certos contextos, os técnicos de saúde masculinos não podem fazer visitas domiciliárias de sensibilização sobre a prevenção da malária se a mulher estiver sozinha em casa)?</p>	
<p>f7 Se a prevenção da malária for prestada principalmente por meio de intervenções direccionadas, como garantem os programas que todas as populações em risco beneficiam dos serviços?</p>	<p>A prevenção química sazonal da malária (PQMS) é a administração intermitente de um ciclo completo de medicamentos antimaláricos em intervalos mensais, ao longo do pico da temporada alta de transmissão da malária nas áreas da África Subsaariana com uma alta transmissão sazonal da malária. A PQMS é uma intervenção calendarizada. Para assegurar a disponibilidade atempada nos pontos de distribuição no início da estação de transmissão da malária, os medicamentos da PQMS devem chegar ao país com bastante antecedência face à estação das chuvas. Censos populacionais imprecisos e a definição errada de grupos etários alvo correm o risco de resultar em estimativas erradas das metas da carga de trabalho.</p>

Principais processos

- ▶ Adaptar as perguntas de referência acima aos meios de recolha de dados que se adequem a cada respondente ou grupo de entrevistados, por exemplo, entrevistas a informadores-chave, DGD com membros da comunidade, inquéritos individuais conforme indicado no exemplo de questionário de DGD no *Anexo 3*.
 - ▶ Testar previamente o meio de recolha de dados para garantir que os questionários podem ser aplicados num espaço de tempo aceitável.
 - ▶ Verificar quaisquer termos ou expressões sensíveis que possam causar desconforto ao respondente.
 - ▶ Verificar se existe alguma sensibilidade de género relativa à participação dos entrevistados (tanto de homens como de mulheres) na avaliação.
 - ▶ Garantir que os formulários de consentimento estão assinados e que os dados são guardados confidencialmente.
 - ▶ Utilizar frases que permitam ao respondente pensar como a opinião deles acerca dos serviços ou das barreiras pode influenciar as políticas.
 - ▶ Garantir que os formulários de consentimento estão assinados e que os dados são guardados confidencialmente.
 - ▶ Ponderar debates de grupos de discussão só com mulheres, só com raparigas adolescentes, só com homens ou só com rapazes adolescentes, em vez de grupos mistos de homens e mulheres ou rapazes e raparigas, de modo a permitir a participação total e liberdade de expressão.
 - ▶ Assegurar um ambiente de escuta activa, sem juízos de valor, com respeito mútuo e confidencialidade para cada grupo de discussão, de modo que os participantes se sintam à vontade para falar.
-

MÓDULO 3:**Identificação das desigualdades intrafamiliares**

A compreensão das desigualdades de género dentro do agregado familiar contribui para a compreensão da desigualdade em geral. A dinâmica do poder na família pode afectar o acesso e a utilização dos meios de prevenção da malária, bem como o comportamento de procura de tratamento. As normas e preconceitos de género e relacionados com a idade podem afectar o acesso aos serviços de saúde e relativos à malária no seio da família e da sociedade, por exemplo, numa família, existe desigualdade de rendimento entre as gerações resultante da idade e da experiência, com um impacto no acesso aos serviços de prevenção e tratamento da malária.

Este módulo pretende, portanto, orientar os utilizadores através da recolha de dados intrafamiliares qualitativos que revelem as áreas-chave em que é necessário uma resposta adequada ao género e à idade. O poder de decisão e a divisão do trabalho são avaliados neste módulo, de forma a proporcionar uma visão das diferenças potencialmente relevantes que afectam o acesso aos cuidados de saúde e relativos à malária e que devem ser melhor exploradas.

Objectivo específico

A recolha de dados qualitativos intrafamiliares que informem as áreas-chave em que são necessárias iniciativas sensíveis ao género e à idade.

A metodologia seleccionada neste módulo mantém-se na mesma linha das orientações do módulo 2 acima e pode incluir DGD e/ou EIC.

A avaliação**g. O poder de decisão intrafamiliar afecta a prevenção da malária**

O acesso aos mosquiteiros tratados com insecticida aumentou substancialmente nos últimos anos, mas a propriedade e a utilização ficam muito abaixo dos 100% em muitas zonas onde a malária é endémica. É essencial compreender que as decisões relativamente à atribuição de mosquiteiros em famílias com poucos mosquiteiros são influenciadas pelo género, as normas etárias e a dinâmica do agregado familiar, de modo a assegurar a protecção dos mais vulneráveis. O Relatório Mundial da Malária (2018) indica que a cobertura dos outros métodos de prevenção, como a FIIAR e o TPIg, continua baixa. Dos 33 países africanos que comunicaram os níveis de cobertura do TPIg em 2017, apenas cerca de 22% das mulheres grávidas elegíveis receberam as três ou mais doses de TPIg recomendadas, apesar da elevada cobertura dos CPN (19). Explorar a influência do poder de decisão, em termos das normas de género, sobre a aceitabilidade e utilização destes serviços de prevenção pode dar uma visão de como aumentar a adesão.

PERGUNTA	CONSIDERAÇÕES
<p>g1 Em que medida o poder de decisão intrafamiliar afecta a utilização de MTI? Quem decide quem é que na família dorme debaixo de um MTI?</p> <p>g2 Existe alguma diferença quando o agregado familiar é encabeçado por uma mulher? De que forma?</p> <p>g3 É a educação e a literacia do chefe de família um factor pré-indicador da utilização de MTI?</p> <p>g4 É a educação e a literacia da mulher (quer seja o chefe de família ou não) um factor pré-indicador da utilização de MTI?</p> <p>g5 O papel e o estatuto das mulheres de um agregado familiar constituem um factor pré-indicador da utilização de MTI?</p>	<p>Embora vários estudos mostrem que é dada prioridade às mulheres grávidas e às crianças com menos de cinco anos, é essencial investigar se este é o caso no seu país, visto terem sido reportadas excepções onde tal não acontece.</p> <p>A aceitabilidade e utilização das MTI estão intrinsecamente ligadas a formas de dormir culturalmente aceites, em que o género e a idade desempenham papéis importantes.</p> <p>Em alguns casos, as crianças mais pequenas dormem com as mães, estando portanto protegidas pelo mosquito dela se esta tiver um (72).</p> <p>A meta-análise dos inquéritos à população na África Subsariana demonstrou que em famílias que não têm MTI suficientes, as mulheres em idade reprodutiva e as crianças com menos de cinco anos têm a primazia na utilização dos mosquiteiros [39]. Demonstrou também que as crianças na faixa dos 5-14 anos e os homens adultos eram os indivíduos com menos probabilidades de utilizar os mosquiteiros (73).</p> <p>Em algumas partes de certos países, o género do cuidador pode estar relacionado com a utilização dos MILD, como se viu na Nigéria, onde o sexo do cuidador (sendo feminino) e a educação da mãe aumentou significativamente a utilização de MTI (74).</p> <p>A idade do cuidador também se tem revelado estar intimamente ligada à utilização de MTI em algumas circunstâncias (74) (75).</p>
<p>g6 Existem interacções entre o género e a idade, e a eficácia e aceitação da fumigação de interiores com insecticida de acção residual?</p>	<p>Sendo as responsáveis principais pelo cuidado do lar, as mulheres são os primeiros elementos do agregado familiar que o pessoal de controlo do vector, como as equipas de fumigação de interiores, irão encontrar. No entanto, as normas culturais e as precauções de segurança podem não deixar que uma mulher permita a entrada na sua casa de um homem adulto desconhecido (58). Isto pode constituir um impedimento aos programas de controlo do vector, que podem não fumigar algumas casas ou comunidades inteiras durante a implementação do programa (59).</p> <p>Um esforço do projecto AIRS da PMI para aumentar o número de fumigadores femininos promoveu e recrutou com êxito mulheres fumigadoras, mas não produziu nenhum impacto nas taxas de aceitação e recusa, deparando-se, em alguns casos, com um aumento marginal da recusa quando os operadores da fumigação eram mulheres (76).</p> <p>A idade revelou-se indirectamente ligada à aceitação da FIIAR em Moçambique, onde os líderes da comunidade notaram que, quando os membros jovens da comunidade não eram seleccionados como operadores de fumigação, estes mesmos indivíduos criavam rumores acerca da FIIAR, incentivando os moradores a recusar a campanha (77).</p>

PERGUNTA	CONSIDERAÇÕES
<p>g7 Existem problemas especificamente de género que afectem a comparência das mulheres nos cuidados pré-natais (CPN)?</p>	<p>Os motivos relacionados com o género do pouco acesso ao TPIg podem incluir a falta de recursos das mulheres, atrasos devido a ter de esperar por autorização do marido para ir aos CPN, uma carga pesada de responsabilidades domésticas e a presença obrigatória dos homens nas visitas de CPN – uma política destinada a incentivar o envolvimento masculino – que resultou nas mulheres terem mais tendência para atrasar a comparência nos CPN enquanto tentam convencer os parceiros a acompanhá-las (78).</p>
<p>g8 O resultado varia em grupos de idades e níveis de educação diferentes?</p>	<p>Mulheres com antecedentes de migração podem enfrentar disparidades maiores nos serviços de saúde recebidos devido a factores culturais, por exemplo, uma mulher grávida refugiada da religião X que estipula que ela seja vista apenas por uma médica ou enfermeira, pode encontrar-se num país de acolhimento onde essa condição não se verifica e, daí, as unidades de saúde oferecem predominantemente técnicos de saúde masculinos.</p>
<p>g9 Existem problemas específicos de género que afectem a adesão ao TPIg e à PQMS nos bebés e crianças com menos de cinco anos, respectivamente?</p>	<p>As raparigas adolescentes enfrentam barreiras elevadas no acesso aos serviços de CPN, dado que tentam esconder as gravidezes durante o maior tempo possível para evitarem o estigma e a discriminação pelos técnicos de saúde, pelas famílias e pela comunidade em geral. As adolescentes grávidas podem não obter a cooperação do pessoal de enfermagem durante as visitas de CPN sem ouvirem uma lição e o pessoal de enfermagem pode querer que venham com um acompanhante, a sogra, a mãe, etc. Outras barreiras incluem horários de funcionamento desfavoráveis, atitudes e comportamentos menos amistosos por parte das outras grávidas mais velhas e ainda um tratamento desadequado da privacidade e confidencialidade (79).</p>
<p>g10 O resultado varia quando se considera a educação e a idade da mãe?</p>	<p>Consoante o poder de decisão no agregado familiar, pode ou não ser permitido à mãe levar os filhos ao TPIg ou aceitar a PQMS (quer seja administrada porta a porta ou através de pontos de distribuição).</p>

h. O poder de decisão intrafamiliar afecta o tratamento

O poder de decisão intrafamiliar que afecta o comportamento de procura da saúde pode estar ligado ao controlo de recursos financeiros, bem como a outras normas de género que muitas vezes prejudicam a capacidade das mulheres de procurar os cuidados de saúde. Ao olhar para a dinâmica intrafamiliar, é

importante avaliar os diferentes padrões seguidos pelos agregados familiares chefiados por mulheres face aos agregados familiares chefiados por homens, ou pelas famílias de mulheres solteiras, dentro de uma mesma área, bem como outras características básicas, como o nível de escolaridade dos membros, o nível de rendimento e outras características relevantes que podem levar a padrões de género prejudiciais.

PERGUNTA	CONSIDERAÇÕES
h1 De que forma o acesso e o controlo dos recursos de uma família afecta o acesso aos cuidados de saúde?	Os homens, em muitos contextos, controlam a tomada de decisões e as finanças. Isso pode forçar as mulheres a procurar serviços insatisfatórios ou a atrasar ou não procurar tratamento se não tiverem recursos para aceder aos serviços.
h2 Quem, na família, decide quando procurar tratamento?	Um estudo no Gana revelou que as mulheres que não tinham o apoio financeiro dos familiares masculinos ou que discordavam dos maridos ou dos familiares mais velhos acerca do tratamento da malária mais apropriado enfrentavam dificuldades em aceder aos cuidados de saúde para os filhos afectados pela malária. Essas mulheres também suportavam a maior parte do custo de procurar tratamento, o que era desproporcional ao acesso delas a recursos (80).
h3 Quem decide onde procurar tratamento? Se e como é que depende de quem está doente (ex.: filhos doentes; mulher doente; marido doente; avós doentes)?	Como as mulheres têm muitas vezes menos acesso a recursos para pagar os cuidados de saúde, isso pode levar as mulheres a frequentar curandeiros tradicionais com mais frequência ou a atrasar a procura de serviços.
h4 Em que medida as mulheres da família participam ou tomam decisões relacionadas com a sua saúde ou a dos filhos?	
h5 Existem diferenças entre os grupos etários e os níveis de educação?	

i. Divisão do trabalho

Várias análises sobre o género e a malária apontaram a relação entre os papéis e ocupações de género no lar e a vulnerabilidade à malária. Os papéis e ocupações de género tradicionais podem colocar as mulheres e os homens em elevado risco de contraírem a malária. Por exemplo, os homens podem trabalhar nos campos

ao entardecer ou as mulheres podem ir buscar água ao início da manhã, expondo-os aos períodos de maior ataque dos mosquitos (81). *Atenção: as questões abaixo devem ser adaptadas ao contexto entomológico relevante, ou seja, as actividades citadas abaixo podem ou não aumentar (ou diminuir) o risco de malária com base no comportamento local do vector.*

PERGUNTA	CONSIDERAÇÕES
i1 Que actividades específicas das mulheres e raparigas, incluindo responsabilidades domésticas, comunitárias ou do local de trabalho, influenciam o risco ou a vulnerabilidade à malária?	As responsabilidades domésticas das mulheres, como cozinhar a refeição da noite ao ar livre ou acordar antes do nascer do sol para preparar a casa para o dia, podem colocá-las em maior risco de infecção por malária do que os homens nas suas actividades (82).
i2 Que actividades específicas dos homens e rapazes, incluindo responsabilidades domésticas, comunitárias ou do local de trabalho, influenciam o risco ou a vulnerabilidade à malária?	Em algumas sociedades pastoris, rapazes e homens jovens deixam as suas casas para tomar conta do gado enquanto este pasta. Estes rapazes e homens jovens têm muito pouca ou nenhuma protecção contra os mosquitos da malária e estão muito longe das unidades de tratamento caso fiquem doentes. Os homens de regiões com baixo endemismo podem também migrar para trabalhar em zonas de elevado endemismo, colocando-os em risco substancial (22).
i3 As funções específicas da agricultura aumentam o risco ou a vulnerabilidade à malária de homens e mulheres ou rapazes e raparigas de forma diferente? De que forma?	

PERGUNTA	CONSIDERAÇÕES
<p>i4 Y a-t-il une différence en termes de charge de travail qui empêche les hommes ou les femmes de recourir aux soins de santé ?</p>	<p>As mulheres podem não procurar cuidados de saúde devido à carga de trabalho associada à responsabilidade de tratar das crianças, refeições e outras tarefas domésticas. Elas supostamente tendem a adiar a procura de tratamento moderno até os sintomas serem demasiado graves para serem ignorados. Dessa forma, levam mais tempo a recuperar e muitas vezes regressam ao trabalho sem estarem completamente recuperadas (83).</p> <p>Em algumas circunstâncias, quando os homens estão doentes, outros encorajam-nos a procurar ajuda médica e, assim, são diagnosticados e tratados adequadamente mais cedo do que as mulheres. Eles também recebem mais cuidados das esposas e das outras pessoas e não se espera que desempenhem outras funções até que estejam melhores. As mulheres frequentemente substituem os maridos no trabalho agrícola quando eles estão doentes, mas os maridos raramente substituem as mulheres, e apenas as obrigações essenciais são desempenhadas por outros membros da família (83).</p> <p>Os homens também podem não procurar cuidados de saúde devido à perda de rendimento associada ou devido ao desejo de mostrar força e masculinidade quando culturalmente a doença é um sinal de fraqueza (84).</p>

Principais processos

- ▶ Usando as perguntas de referência acima, desenvolver os meios de recolha de dados –guias de entrevistas a informadores-chave e questionários para debates dos grupos de discussão, guiados pelos exemplos incluídos nos anexos.
- ▶ Testar previamente os meios de recolha de dados para garantir que os questionários podem ser aplicados num espaço de tempo aceitável.
- ▶ Verificar quaisquer termos ou expressões sensíveis que possam causar desconforto ao respondente.
- ▶ Verificar se existe alguma sensibilidade de género relativa à participação dos entrevistados (tanto de homens como de mulheres) na avaliação.
- ▶ Utilizar frases que permitam ao respondente pensar como a opinião deles acerca dos serviços ou das barreiras pode influenciar as políticas.
- ▶ Garantir que os formulários de consentimento estão assinados e que os dados são guardados confidencialmente.
- ▶ Ponderar debates de grupos de discussão só com mulheres, só com raparigas adolescentes, só com homens ou só com rapazes adolescentes, em vez de grupos mistos de homens e mulheres ou rapazes e raparigas, de modo a permitir a participação total e liberdade de expressão.
- ▶ Assegurar um ambiente de escuta activa, sem juízos de valor, com respeito mútuo e confidencialidade para que cada participante do grupo de discussão se sinta à vontade para falar.

MÓDULO 4:

Análise de dados e validação

Quando o Matchbox é implementado integrado numa estratégia IEIE ou de uma RPM ou RI conforme recomendado, a análise de dados será realizada de acordo com os processos recomendados. Por exemplo, dentro de uma revisão do programa da malária, a análise de dados será realizada após as visitas de campo, conforme descrito no manual prático da OMS para RPM e MI (<https://www.afro.who.int/publications/practical-manual-malaria-programme-review-and-malaria-strategic-plan-midterm-review>).

Na RPM, a análise documental é organizada dentro do quadro de quatro análises estratégicas: análise do impacto epidemiológico e entomológico do programa; análise do financiamento do programa; análise da “capacidade de implementação” do programa; e análise do cumprimento das metas quanto aos resultados do programa. A integração do Malaria Matchbox acrescentaria uma quinta componente de análise (fluxo de trabalho 5) relativa à equidade.

Recomenda-se que a análise dos dados não se faça no fim da avaliação (como fase final), mas que seja efectuada num processo contínuo, começando no início da recolha dos dados. Em cada etapa do processo, as notas e as transcrições das gravações de áudio dos DGD e dos EIC, as observações e as análises documentais podem ser todas resumidas e elaborar-se relatórios preliminares para cada secção.

Metodologia:

- i. Resumir e integrar as conclusões dos módulos 1 a 3 (conforme exemplificado no modelo do Anexo 5). Em seguida, analisar as conclusões, identificar as barreiras e incluí-las nos relatórios preliminares da IEIE ou RPM/RI para serem divulgadas entre os peritos técnicos.
- ii. Incluir uma reunião com as partes interessadas no âmbito dos “workshops de conclusão” da IEIE ou da RPM, para rever as conclusões e as barreiras identificadas. Garantir que todas as partes interessadas são convidadas a participar no workshop. A reunião deve incluir: representantes do Ministério da Saúde, todos os parceiros implementadores no âmbito da malária (incluindo ONG, OSC e OBR), representantes de sectores relevantes não relacionados com a malária, incluindo questões de género, educação, saúde ocupacional, finanças, legislatura, habitação, etc., representantes das comunidades identificadas para avaliação, entidades multisectoriais dos sectores público e privado, entidades académicas e de investigação, parceiros de desenvolvimento (por exemplo, a OMS, UNICEF e PNUD) e doadores (como o

DFID, o Fundo Global e a PMI). Garantir a participação de elementos de topo do Governo nesta reunião/workshop para assegurar que as recomendações conjuntas se venham a traduzir em políticas.

- iii. Elaborar e divulgar um relatório da avaliação preliminar. Quando integrado na IEIE ou no RPM/RI, será elaborado um relatório preliminar integrado.

Etapas específicas:

Etapa 1:

Os dados recolhidos nos módulos 1, 2 e 3 devem ser resumidos.

- ▶ É aconselhável rever primeiro as perguntas e os questionários para lembrar o objectivo principal da avaliação e as áreas-chave identificadas. Reflectir sobre as perguntas colocadas em cada módulo acima.
- ▶ Leitura rápida das notas e transcrições para identificação de temas.
- ▶ Rever as notas novamente, sintetizar e catalogar consoante os temas documentados.
- ▶ Rever as notas de cada tema e identificar padrões, anotar as informações que respondem às perguntas. Utilizar várias formas para documentar as conclusões, incluindo gráficos e diagramas.

Etapa 2:

Os dados devem ser sintetizados, triangulados e as barreiras identificadas e documentadas num formato resumido, conforme exemplificado no modelo do Anexo 5. Elaborar em seguida uma versão preliminar das conclusões que será integrada no relatório da RPM/RI ou no relatório geral em que esta será uma componente, como o relatório da IEIE, e distribuí-la para uma análise técnica mais alargada.

Etapa 3:

Realizar um encontro de 2-3 dias chefiado pela equipa de avaliação técnica, com as principais partes interessadas indicadas acima, e validar as conclusões incluindo as barreiras identificadas.

É essencial que as conclusões sejam validadas por todas as principais partes interessadas através de um encontro ou workshop com as partes interessadas ao nível nacional.

Os objectivos do workshop ou do encontro são os seguintes:

- ▶ Divulgar e analisar as conclusões da avaliação.
- ▶ Discutir as conclusões e a respectiva implicação em relação à programação e políticas relativas à malária.
- ▶ Identificar e planear os passos e as acções seguintes.

MÓDULO 5:

Planeamento de acções

O módulo 5 visa utilizar as conclusões da avaliação numa resposta equitativa e transformativa em termos de género. O módulo fornece orientação programática e boas práticas sobre como os principais problemas podem ser solucionados por meio de abordagens mais refinadas e integradas e como tal pode ser combinado com as estratégias já implementadas no país.

Objectivos específicos:

1. Rever as conclusões da avaliação e identificar barreiras.
2. Desenvolver acções para solucionar as barreiras e melhorar a equidade nos programas da malária.
3. Rever e definir prioridades para as acções propostas.
4. Delinear os passos seguintes para generalizar as acções propostas.

Metodologia

O primeiro passo é uma revisão consultiva das conclusões liderada pelo programa nacional da malária e deve incluir uma avaliação aprofundada das barreiras identificadas, para verificar se cada uma delas foi abordada em alguma política ou documentos do programa. Em caso afirmativo, determinar se existem algumas lacunas e o que resultou e não resultou.

Uma vez identificadas as barreiras ao acesso e utilização dos serviços, incluindo a desigualdade de género, o próximo passo é identificar acções viradas ao desenvolvimento de programas de combate à malária que possam resolver essas barreiras e desigualdades. No processo de desenvolvimento de acções, considere as melhores práticas actuais e recomendações globais e adapte as práticas baseadas em factos ajustando-as ao contexto local. O uso de ferramentas como o EQUIST (www.equist.info) pode ajudar a identificar estratégias para solucionar barreiras e obstáculos ao nível do sistema de saúde e quantificar as vidas salvas entre crianças e mulheres.

A consulta de documentos globais existentes pode ser útil para a identificação de acções, como: [WHO's Innov8 technical handbook](#); a ferramenta EQUIST da UNICEF; instrumento de avaliação de género da UNAIDS; Malária e Género da RBM etc.

As acções recomendadas devem ser específicas e realísticas.

Estabelecer acções que se tenham mostrado eficazes na resolução das barreiras identificadas e determinar como podem ser integradas nas intervenções existentes ou adaptadas aos programas existentes. Para isso, será necessária ampla consulta e colaboração, garantindo que os grupos afectados ou identificados sejam incluídos para permitirem uma abordagem de projecto centrada no ser humano. As provas podem ser obtidas dentro do país ou em outros países com endemismo da malária semelhante, barreiras socioeconómicas semelhantes e desigualdades de género semelhantes. No caso de alguns grupos ou barreiras, pode não ser possível identificar imediatamente nenhuma acção concreta, mas deve ser desenvolvido um plano e devem ser delineadas etapas definidas para a exploração e identificação de acções adequadas. A investigação operacional pode ser necessária para orientar o desenvolvimento de uma intervenção eficaz. Definir a prioridade das acções com a orientação de ferramentas como o [Innov8 Technical handbook](#). No *Anexo 4* encontram-se exemplos de critérios para a definição de prioridades.

Quando a implementação do Malaria Matchbox é efectuada como parte da revisão de um programa da malária ou de uma análise IEIE, as acções recomendadas irão orientar a revisão ou o desenvolvimento dos planos estratégicos nacionais para a malária. Quando o Malaria Matchbox é utilizado para orientar pedidos de financiamento, como a proposta ao Fundo Global, ou para a elaboração de programas ou projectos de implementação (como projectos financiados pela PMI), é essencial que as acções recomendadas sejam integradas na programação, políticas e directrizes relativas à malária do país. As recomendações podem ser recomendações de políticas, de implementação ou de investigação.

A resolução da grande variedade de barreiras identificadas através do processo Matchbox de modo a aumentar a equidade e a eficácia geral dos programas de combate à malária exige, em última análise, que os coordenadores dos programas estejam cientes das barreiras e possam trabalhar com as comunidades afectadas e adaptar devidamente a forma como os programas e os serviços de combate à malária são prestados.

Existe uma abundante literatura descrevendo as barreiras enfrentadas pelos programas de combate à malária, incluindo as barreiras relacionadas com as normas e desigualdades de género, com riscos ocupacionais, riscos sociais e culturais, com diferentes formas de marginalização e com os direitos humanos. Embora estas investigações frequentemente façam sugestões ou recomendações de soluções possíveis para essas dificuldades, existem estudos comparativamente menos robustos descrevendo abordagens ou intervenções eficazes e comprovadas para resolver essas barreiras.

Como tal, o Matchbox não oferece orientações definitivas sobre como resolver as barreiras nem uma selecção de abordagens ou intervenções que possam dar resposta a esses problemas. Contudo, no *Anexo 6* o manual fornece um pequeno número de descrições de iniciativas que deram provas ou demonstraram potencial. A intenção do quadro do *Anexo 6* é fornecer ideias, inspiração e referências que os utilizadores possam usar para resolver os problemas identificados através do processo Matchbox. As provas são apresentadas num quadro e fornecem informações adicionais sobre os grupos populacionais, o contexto e as iniciativas em que estas intervenções foram efectivamente realizadas.

As descrições são apresentadas por grupos populacionais específicos (ou grupos), com informações básicas sobre a sua localização. Embora o grupo populacional referido em cada exemplo seja especificado, na maioria dos casos, os implementadores dos programas de combate à malária podem adoptar ou adaptar a abordagem mesmo quando trabalhem com uma população diferente ou num contexto diferente. Como o pacote central de intervenções de combate à malária com base em provas está bem estabelecido, o foco destes exemplos está na descrição de meios alternativos para realizar essas intervenções, com vista a remover as barreiras enfrentadas pelos grupos vulneráveis e a alcançar uma maior equidade.

Finalização do relatório

Após o workshop nacional, incluindo o planeamento das acções, o chefe da equipa e o comité de avaliação devem finalizar o relatório de avaliação com base nas alterações e recomendações acordadas durante o workshop.

Elaborar o relatório de avaliação final, incluindo as acções propostas. Inclua um plano de acção no relatório indicando os cronogramas para cada acção específica, pessoas responsáveis e recursos. O relatório pode seguir a estrutura proposta no exemplo de relatório descrito no *Anexo 6*.

PARTE C: ANEXOS

Anexo 1 Modelo do documento de síntese

Inserir o Título da Avaliação de Equidade Proposta:

Inserir data:

1. Entidades implementadoras e parceiros principais

Inserir o nome do ministério/divisão/organização que submete o documento de síntese. Incluir também uma breve descrição dos parceiros principais. Acrescentar uma página com a descrição do contexto nacional ou local em que a avaliação vai ser realizada.

2. Antecedentes

Apresentar breve descrição geral da avaliação proposta, incluindo a calendarização operacional (data de início e de fim). Entre meia página e uma página.

3. Resumo do projecto

3.1. Meta geral e objectivo

Apresentar a meta geral e os objectivos específicos da avaliação proposta (máximo 1)

3.2. Efeitos esperados

Apresentar os efeitos esperados da avaliação proposta, incluindo os benefícios (cerca de 1 a 3)

3.3. Indicadores de realização

Apresentar os indicadores principais (1 ou 2 por cada efeito esperado) de como vão ser medidos os efeitos esperados.

3.4. Actividades principais

Indicar as actividades principais e a duração da avaliação proposta. Indicar claramente os efeitos esperados relativamente a cada actividade.

3.5. População-alvo beneficiária principal

Apresentar uma descrição detalhada do grupo-alvo beneficiário principal, incluindo as características e aspectos demográficos mais importantes e quais são os factores-chave de risco e vulnerabilidade desse grupo. Apresentar os fundamentos da escolha deste público-alvo.

3.6. Resumo do orçamento

Apresentar uma descrição das rubricas orçamentais previstas.

Anexo 2 Exemplo do formulário de consentimento

MODELO DO FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

(adaptado do modelo de formulário de consentimento informado da OMS para estudos qualitativos)

Este é um modelo de exemplo para a elaboração de um formulário de consentimento informado (FCI) que pode ser adaptado ao contexto do país e da comunidade. Este modelo apresenta um esboço para uma avaliação de equidade que emprega questionários, entrevistas detalhadas ou debates de grupos de discussão.

O formulário de consentimento informado consiste em duas partes: a folha de informação da avaliação e o certificado de consentimento. Este modelo inclui exemplos de perguntas-chave que podem ser colocadas no fim de cada secção e assegurar a compreensão das informações apresentadas. Estes são apenas exemplos e sugestões e deverão ser adaptados ao contexto do país.

Neste modelo:

- ▶ os parênteses rectos indicam onde deve ser inserida informação específica
- ▶ o texto em negrito indica secções ou frases que devem ser incluídas
- ▶ o texto normal é utilizado apenas para explicações aos investigadores e não deve ser incluído nos formulários de consentimento. A explicação é apresentada a preto e os exemplos são apresentados a vermelho e em itálico. As perguntas sugeridas para esclarecer a compreensão são apresentadas a preto, em itálico.

[Consentimento Informado para]

Designar o grupo de indivíduos para o qual este consentimento foi escrito, por exemplo: membros da comunidade, técnicos de saúde, grupo comunitário de mulheres, grupo comunitário de homens, etc.

- ▶ **EXEMPLO:** Este formulário de consentimento informado destina-se às mulheres da comunidade X que foram convidadas a participar num inquérito intitulado “Uma avaliação dos factores de risco que afectam a equidade na saúde, no contexto da malária”.

Os dados seguintes podem ser fornecidos num parágrafo de texto ou em lista, conforme exemplificado:

[Nome da organização]

[Nome do patrocinador, caso aplicável]

[Nome e versão do projecto]

Este formulário de consentimento informado é composto por duas partes:

- ▶ **Folha Informativa** (contendo a informação sobre o estudo de avaliação)
- ▶ **Certificado de Consentimento** (para ser assinado, caso aceite participar)

O signatário receberá uma cópia integral do formulário de consentimento informado.

Parte I: Folha informativa

Introdução

Breve apresentação pessoal e convite a participar neste estudo/inquérito que está a ser realizado. Informar o potencial participante que pode falar com quem desejar acerca do inquérito e que pode ter tempo para pensar se quer ou não participar. Assegurar o participante de que, no caso de não perceber alguma palavra ou conceito, estes lhe ser-lhe-ão explicados à medida que forem aparecendo e que pode fazer perguntas em qualquer momento.

- ▶ **EXEMPLO:** Eu sou X e trabalho para/em nome da organização Y/programa da malária do Ministério da Saúde. Estou a fazer um inquérito/um estudo sobre os factores de risco que afectam a equidade na saúde no contexto da malária na sua comunidade, onde a malária é muito vulgar. Vou dar-lhe algumas informações e convidá-lo(a) a participar neste inquérito. Não tem de decidir imediatamente se deseja ou não participar nele. Antes de decidir, pode conversar com quem se sinta à vontade acerca do inquérito.

Este formulário de consentimento pode conter palavras que possa não compreender. Esteja à vontade para me interromper enquanto lemos a informação e eu paro para a explicar. Se tiver dúvidas mais tarde, pode colocá-las a mim ou a outro entrevistador.

Finalidade do inquérito

Explicar o objectivo do estudo em termos leigos que o tornem claro em vez de confuso. Empregar um vocabulário local e simplificado em vez de termos científicos e gíria profissional. Na explicação, ter em conta o conhecimento e as crenças locais ao decidir a melhor forma de transmitir a informação.

- ▶ **EXEMPLO:** Há muitas pessoas doentes com malária na sua comunidade. Queremos saber se tem informação sobre como evitar, a si e à sua família, ficarem doentes com malária e, caso tenha essa informação, se têm a possibilidade de obter tratamento a tempo. Queremos saber também se tem alguma dificuldade em utilizar os serviços de prevenção e tratamento da malária, o que causa essas dificuldades e como pensa que se podem resolver. Achamos que nos pode ajudar, dizendo-nos o que sabe acerca da malária e das práticas de saúde locais. Queremos saber o que as pessoas que vivem ou trabalham aqui sabem acerca das causas da malária e o motivo pelo qual as pessoas apanham a doença. Queremos conhecer de que maneira as pessoas tentam evitar a malária antes de alguém a contrair ou antes de atingir a comunidade, e como se sabe quando alguém apanhou a doença. Também queremos saber mais acerca das práticas de saúde local porque este conhecimento poderá ajudar-nos a descobrir uma forma de controlar melhor a malária nesta comunidade.

Tipo de avaliação

Descreva sucintamente o tipo de avaliação que será realizada. Esta descrição será mais elaborada na secção de procedimentos, mas pode ser útil e menos confuso para os participantes se estes souberem desde o início o que o estudo envolve, por exemplo, se é uma entrevista, um questionário ou um debate num grupo de discussão.

- ▶ **EXEMPLO:** Esta avaliação irá envolver a sua participação numa discussão de grupo que demorará cerca de hora e meia e uma entrevista de uma hora.

Seleção dos participantes

Indicar por que motivo seleccionou esta pessoa para participar nesta pesquisa. As pessoas conjecturam por que terão sido escolhidas e isso poder criar nelas receio, confusão ou preocupação.

► **EXEMPLO:** Foi convidado a participar neste estudo porque achamos que a sua experiência como mãe, ou como técnico(a) de saúde, agricultor, cidadão responsável, etc. pode contribuir muito para a nossa compreensão e conhecimento das práticas de saúde locais.

► **EXEMPLO DE PERGUNTAS PARA AJUDAR À COMPREENSÃO:** Sabe por que motivo estamos a pedir-lhe que participe desta avaliação? Sabe a que se refere esta avaliação?

Participation volontaire

Indicar claramente que podem optar por participar ou não. Declarar, apenas se for aplicável, que continuarão a beneficiar de todos os serviços que costumam ter mesmo se optarem por não participar. Explicação: Pode ser mais oportuno garantir que a aceitação ou recusa em participar não terá repercussões no respectivo trabalho/emprego ou em avaliações relacionadas com o mesmo. Este aspecto pode também ser reiterado e mais elaborado mais adiante no formulário. É importante declarar claramente no início do formulário que a participação é voluntária, para que o resto da informação seja ouvida neste contexto. Informar também os participantes que, se mudarem de ideias depois de participarem na entrevista ou do debate do grupo de discussão, podem solicitar que as informações prestadas por eles não sejam incluídas no estudo nem no relatório.

► **EXEMPLO:** A sua participação neste estudo é totalmente voluntária. Pode optar por participar ou não. Se optar por não participar, continua a beneficiar de todos os serviços deste centro sem qualquer alteração.

OU

A escolha que fizer não terá qualquer efeito no seu trabalho/emprego nem em nenhuma avaliação relacionada com o mesmo. Pode mudar de ideias mais tarde e interromper a sua participação mesmo que tenha concordado anteriormente.

► **EXEMPLOS DE PERGUNTAS PARA AJUDAR À COMPREENSÃO:** Caso decida não participar neste estudo, sabe quais são as suas opções? Sabe que não é obrigado(a) a participar neste estudo, caso não o queira fazer? Tem alguma dúvida?

Procedimentos

A. Elabore uma breve introdução ao formato da pesquisa.

► **EXEMPLO:** Gostaríamos que nos ajudasse a saber mais acerca da ocorrência da malária na sua comunidade. Por isso convidamo-lo(a) a participar neste estudo. Se aceitar, vamos pedir-lhe que...

B. Explicar o tipo de perguntas prováveis que serão colocadas aos participantes no grupo de discussão, nas entrevistas ou no questionário. Informar o(a) participante se o estudo envolver perguntas ou conversas que possam ser sensíveis ou causar um possível desconforto.

► EXEMPLO 1 (DEBATES DOS GRUPOS DE DISCUSSÃO)

...participe num debate com 7 a 8 pessoas com experiências semelhantes. Este debate será moderado por [nome do moderador/orientador] ou por mim.

O debate do grupo começará comigo, ou com o orientador ou moderador do grupo de discussão (empregar o termo local para quem lidera o debate), a confirmar que está à vontade para participar. Podemos também responder a alguma dúvida que tenha acerca do estudo. Em seguida, faremos perguntas sobre a malária e poderá contar-nos o que sabe. As perguntas relacionam-se com os casos de malária na sua comunidade, como são reconhecidos, o que fazem para impedir que se alastrem a outras pessoas, a quem recorrem para obter assistência e o que fazem quando as pessoas ficam doentes com malária.

Iremos também conversar sobre as práticas da comunidade porque isso permite-nos compreender melhor a malária, mas de uma forma diferente. Vamos pedir-lhe que nos conte aquilo em que acredita pessoalmente, as suas práticas ou histórias pessoais e não tem de nos contar nada que não se sinta à vontade para o fazer.

O debate realiza-se em [local do DGD], e mais ninguém, além dos outros participantes e do orientador ou de mim, estarão presentes no debate. Toda a conversa será gravada, mas não será identificado o nome de ninguém na gravação. A gravação será guardada [explicar como será guardada a gravação]. As informações gravadas são confidenciais e ninguém, excepto [nome da(s) pessoa(s)] terá acesso às gravações. As gravações serão destruídas após [n.º de] dias/semanas.

► EXEMPLO 2 (PARA ENTREVISTAS)

...participe numa entrevista com [nome do entrevistador] ou comigo.

Para a entrevista, eu ou outro(a) entrevistador(a) vamos sentar-nos consigo no Centro, num lugar confortável. Se for mais conveniente para si, podemos fazer a entrevista em sua casa ou em casa de uma pessoa amiga. Durante a entrevista, se não quiser responder a alguma das perguntas, pode dizê-lo e a entrevista continua com a pergunta seguinte. Não estará presente mais ninguém além do(a) entrevistador(a), a não ser que deseje que outra pessoa lá esteja. As informações gravadas são confidenciais e ninguém, excepto [nome da(s) pessoa(s)] terá acesso às informações gravadas durante a sua entrevista. Toda a entrevista será gravada, mas não será identificado o nome de ninguém na gravação. A gravação será guardada [explicar como será guardada a gravação]. As informações gravadas são confidenciais e ninguém, excepto [nome da(s) pessoa(s)] terá acesso às gravações. As gravações serão destruídas após [n.º de] dias/semanas.

► EXEMPLO 3 (PARA INQUÉRITOS COM QUESTIONÁRIO)

...preencha um questionário que será distribuído por [nome de quem distribui os questionários em branco] e recolhido por [nome de quem recolhe os questionários preenchidos]. Pode responder directamente ao questionário ou eu posso ler-lhe as perguntas e preencher com as respostas que me disser para escrever.

Durante a entrevista, se não quiser responder a alguma das perguntas do questionário, pode ignorá-la e continuar com a pergunta seguinte. [Descrever como o inquérito será distribuído e recolhido]. As informações registadas são confidenciais, o seu nome não será incluído nos formulários e será identificado apenas por um número, e ninguém excepto [nome da(s) pessoa(s) com acesso à informação] terá acesso ao seu questionário.

Duração

Incluir uma declaração para o participante com a cronologia do estudo, incluindo a duração do estudo e do acompanhamento, caso relevante.

- ▶ **EXEMPLO:** O estudo vai ter a duração de (n.º de) dias ou (n.º de) meses no total. Será realizado um debate do grupo de discussão com uma duração aproximada de uma hora e meia.

- ▶ **EXEMPLOS DE PERGUNTAS PARA AJUDAR À COMPREENSÃO:** Caso decida participar no estudo, sabe quanto tempo demora a entrevista? Onde é que se vai realizar? Sabe que vai ter um meio de transporte para vir de sua casa?
- ▶ Se concordar em participar, sabe se pode interromper a sua participação? Sabe que pode não responder às perguntas que não deseja responder? Etc. Tem mais alguma dúvida?

Riscos

Explicar e descrever os riscos previstos ou possíveis. Os riscos dependem da natureza e do tipo de intervenção qualitativa e devem ser, como sempre, adaptados ao problema e situação específicos.

- ▶ Se o debate foca problemas pessoais e sensíveis, por exemplo, práticas culturais, preconceitos de género, hábitos pessoais, etc., então um exemplo de texto poderia ser algo como “Vamos pedir-lhe que nos conte algumas coisas muito pessoais e confidenciais e pode não se sentir à vontade para falar de alguns dos assuntos. Não tem de responder a nenhuma pergunta nem de participar no debate/entrevista/inquérito se não o desejar fazer e não há problema nenhum com isso. Não tem de nos dar nenhuma justificação para não responder a qualquer pergunta ou por recusar participar da entrevista.”

OU se, por exemplo, o debate for sobre a opinião acerca das políticas do governo e das crenças comunitárias e, de um modo geral, não se procurarem nenhuns dados pessoais, então o texto referente aos riscos poderá ser algo como “Existe o risco de poder divulgar informações pessoais ou confidenciais sem querer ou de se sentir pouco à vontade para falar sobre alguns assuntos. Contudo, não desejamos que isso aconteça. Não é obrigado(a) a responder a nenhuma pergunta nem a participar no debate/entrevista/inquérito se achar que as perguntas são muito pessoais ou se se sentir pouco à vontade para falar sobre esses assuntos.

Benefícios

Os benefícios podem ser divididos em benefícios para o indivíduo, benefícios para a comunidade em que o indivíduo reside e benefícios para a sociedade como um todo, resultantes de se encontrar uma resposta para o problema investigado. Referir apenas as actividades que irão beneficiar e não os benefícios a que terão direito, independentemente da participação.

- ▶ **EXEMPLO:** Não haverá benefício directo para si, mas a sua participação provavelmente vai ajudar-nos a descobrir formas melhores de evitar e tratar a malária na sua comunidade.

Reembolsos

Não de incentivam compensações além do reembolso das despesas incorridas pela participação no estudo. Estas podem abranger, por exemplo, despesas de deslocação e reembolso por tempo perdido. O valor deve ser calculado no âmbito do contexto do país em que se realiza o estudo.

► **EXEMPLO:** Não receberá nenhum incentivo por participar neste estudo. No entanto, receberá [indicar o valor, caso envolva dinheiro] pelo tempo despendido e as despesas de deslocação (caso aplicáveis).

► **EXEMPLOS DE PERGUNTAS PARA AJUDAR À COMPREENSÃO:** Pode dizer-me se compreendeu correctamente que benefícios terá se participar neste estudo? Sabe se lhe vamos pagar as despesas de deslocação e o tempo perdido e quanto lhe será reembolsado? Tem mais alguma dúvida?

Confidencialidade

Explicar como a equipa de investigação manterá a confidencialidade dos dados, tanto em relação aos dados pessoais dos participantes como às informações que os participantes divulguem. Referir eventuais limites da confidencialidade. Por exemplo, informar o participante que, uma vez que está a ser feito algo diferente através do estudo, é provável que qualquer indivíduo que participe seja mais facilmente identificado pelos membros da comunidade tendo, portanto, mais probabilidades de ser estigmatizado. Se o estudo for sensível ou envolver participantes altamente vulneráveis – por exemplo, uma investigação sobre violência contra as mulheres – explicar aos participantes que precauções adicionais tomará para garantir a segurança e o anonimato.

► **EXEMPLO:** Uma vez que o estudo está a ser feito na comunidade, pode chamar a atenção e, se participar, as outras pessoas da comunidade podem fazer-lhe perguntas. Não divulgamos nenhuma informação sua a ninguém fora da equipa de investigação. As informações que recolhemos neste estudo serão confidenciais. Quaisquer dados relacionados consigo serão identificados com um número em vez do seu nome. Apenas os investigadores saberão qual é o seu número e essa informação será guardada em segurança e trancada. Não será divulgada nem dada a ninguém, excepto [nome de quem terá acesso às informações, como os patrocinadores do estudo, etc.]

O seguinte aplica-se aos grupos de discussão:

Os grupos de discussão apresentam uma dificuldade particular em termos de confidencialidade, visto que qualquer afirmação, assim que é feita perante o grupo, se torna do conhecimento público. Explicar aos participantes que o grupo é aconselhado a respeitar a confidencialidade, mas que não é possível garanti-la.

► **EXEMPLO:** Pedimos-lhe a si e aos outros participantes do grupo que não conversem com outras pessoas de fora sobre o que foi dito aqui no grupo. Por outras palavras, pedimos a cada um que mantenha a confidencialidade em relação a tudo o que for dito pelo grupo. Devem saber, contudo, que não conseguimos impedir ou evitar que os participantes que tenham feito parte do grupo divulguem informações que deveriam ser confidenciais.

► **EXEMPLO DE PERGUNTAS PARA AJUDAR À COMPREENSÃO:** Compreende os procedimentos que vamos utilizar para garantir que todas as informações que nós, investigadores, recolhemos sobre si serão confidenciais? Compreende que não podemos garantir a confidencialidade absoluta das informações que nos transmita num grupo de discussão? Tem mais alguma dúvida?

Divulgação dos resultados

Deve ser facultado o plano de divulgação aos participantes dos resultados. Se houver um plano e uma cronologia para a divulgação dos resultados, incluir os detalhes. Pode também informar o participante que os resultados do estudo terão uma divulgação mais ampla, por exemplo, através de publicações e conferências.

- ▶ **EXEMPLO:** Nada do que nos diga hoje aqui será divulgado a ninguém fora da equipa de investigação e nada será identificado com o seu nome. Os conhecimentos que forem obtidos com este estudo serão divulgados a si e à sua comunidade antes de serem divulgados ao público em geral. Cada participante receberá um resumo dos resultados. Serão realizadas pequenas reuniões na comunidade e estas serão anunciadas. Em seguimento às reuniões, serão publicados os resultados para que outras pessoas interessadas possam obter conhecimentos com o estudo.

Direito de recusa ou retirada

Esta é uma reconfirmação que a participação é voluntária e inclui o direito de retirada. **Adaptar esta secção garantindo que se adequa ao grupo a quem pede o consentimento.** O exemplo abaixo destina-se a um(a) assistente social comunitário(a). Os participantes devem ter uma oportunidade de rever as respectivas observações feitas nas entrevistas individuais e apagar, total ou parcialmente, a gravação ou anotação.

- ▶ **EXEMPLO:** Não tem de participar neste estudo se não o quiser fazer e se optar por participar, isso não afectará de forma alguma o seu emprego ou as avaliações relacionadas com o mesmo. Pode interromper a sua participação no [debate/entrevista] em qualquer altura que queira sem que isso afecte o seu emprego/trabalho. No final da entrevista/debate, terá oportunidade de rever as suas observações e pode pedir para modificar ou retirar partes das mesmas, caso não concorde com as minhas anotações ou eu não as tenha entendido correctamente.

Quem contactar

Indicar o nome e o contacto de alguém que esteja envolvido, informado e acessível – **uma pessoa local que possa ser realmente contactada.** Fornecer também o nome (e contacto) do conselho de ética local que aprovou a proposta. Indicar ainda que a proposta foi também aprovada pelo conselho de ética de investigação (ERC) da OMS.

- ▶ **EXEMPLO:** Se tiver alguma dúvida, pode perguntar agora ou mais tarde. Se quiser fazer perguntas mais tarde, pode contactar qualquer uma das seguintes pessoas: [nome, morada/número de telefone/endereço de e-mail]
Esta proposta foi revista e aprovada por [nome do conselho de ética local], que é a entidade responsável pela segurança dos participantes em estudos de pesquisa. Se pretender mais informações sobre o conselho de ética, contactar

Esta proposta foi revista e aprovada por [nome do conselho de ética local], que é a entidade responsável pela segurança dos participantes em estudos de pesquisa. Se pretender mais informações sobre o conselho de ética, contactar [nome, morada, número de telefone].

- ▶ **EXEMPLO DE PERGUNTAS PARA AJUDAR À COMPREENSÃO:** Sabe que não é obrigado(a) a participar neste estudo, caso não o queira fazer? Se desejar, pode recusar? Sabe que, se o desejar, me pode fazer perguntas mais tarde? Sabe que lhe dei o contacto da pessoa que lhe pode dar mais informações sobre o estudo? Etc.

Pode perguntar-me acerca de qualquer dúvida que tenha sobre algum aspecto do estudo de pesquisa se o desejar. Tem alguma dúvida?

Parte II: Certificado de Consentimento

Esta secção deve ser escrita na 1.ª pessoa. Deve incluir algumas declarações concisas acerca do estudo, seguidas por uma declaração semelhante à declaração em baixo, em negrito. Se o participante for analfabeto, mas der o seu consentimento oral, este deve ser assinado por uma testemunha. Cada consentimento deve ser assinado por um investigador ou pela pessoa que apresenta o formulário de consentimento informado. Dado que o certificado é uma parte integral do consentimento informado e não um documento independente, a disposição ou o desenho do formulário deve reflectir esse formato. O certificado de consentimento deve evitar declarações do tipo “Compreendo que...”. A compreensão deve talvez ser testada melhor através de perguntas orientadas durante a leitura da folha informativa (alguns exemplos de perguntas são apresentados acima) ou através de perguntas feitas no final da leitura dessa folha informativa, caso seja o próprio participante potencial a ler a folha.

► **EXEMPLO:** Fui convidado a participar na pesquisa acerca da malária e das práticas de saúde locais.

(ESTA SECÇÃO É OBRIGATÓRIA)

Li ou foi-me lida a informação antecedente. Tive a oportunidade de fazer perguntas acerca dessa informação e todas as minhas perguntas foram respondidas satisfatoriamente. Concordo voluntariamente em participar neste estudo.

Nome do participante em letra de imprensa

Assinatura do participante

Data Dia/mês/ano

Se não puder assinar¹

Testemunhei a leitura correcta do formulário de consentimento ao participante potencial e este teve a oportunidade de colocar as suas dúvidas. Confirmo que o indivíduo deu o seu consentimento de livre vontade.

Nome da testemunha em letra de imprensa

Assinatura da testemunha

Data Dia/mês/ano

Impressão digital do participante

¹ Deve ser assinado por uma testemunha que saiba escrever (se possível, esta pessoa deve ser seleccionada pelo participante e não ter nenhuma ligação à equipa de investigação). Os participantes que não sabem escrever devem apor a sua impressão digital.

DECLARAÇÃO DO INVESTIGADOR/ACEITANTE DO CONSENTIMENTO:

Li em voz alta a folha informativa ao potencial participante e, dentro das minhas capacidades, certifiquei-me que o participante compreende que será feito o seguinte:

- 1.
- 2.
- 3.

Sou a confirmar que o participante teve a oportunidade de colocar as suas dúvidas acerca do estudo e todas as perguntas do participante foram respondidas correctamente e de acordo com o meu conhecimento. Confirmo que o indivíduo não foi coagido a dar o seu consentimento e que este foi dado de livre vontade e voluntariamente.

Foi facultada uma cópia deste FCI ao participante.

Nome do investigador em letra de imprensa/aceitante do consentimento

Assinatura do Investigador/aceitante do consentimento

Data Dia/mês/ano

Anexo 3 Guia de tópicos para debate dos grupos de discussão

O guia de tópicos dos DGD deve ser adaptado aos grupos de discussão (população), ou seja, mulheres/homens/ refugiados/migrantes, populações com acesso difícil/pescadores, cultivadores de arroz, etc.

Moderador do DGD Anotador do DGD

Data N.º de participantes

Hora Aldeia

Diagrama dos participantes (distribuição dos lugares) Participantes do DGD: (8-10)

Apresentação pessoal e da organização. Introdução ao tópico (duração do DGD, cerca de 1,5 horas, confidencialidade e consentimento informado).

FACTORES SOCIOCULTURAIS	Pergunta geral	1. Quais são os problemas de saúde mais vulgares nesta comunidade? ► Explorar todas as doenças e a malária.
	Malária	2. Que nome dão à malária nesta comunidade? ► Explorar todos os termos locais. 3. A malária é considerada um problema de saúde grave nesta comunidade? Porquê? Por que não?
	Sinais e sintomas da malária	4. Quais são os sinais e sintomas vulgares da malária?
	Causas da malária	5. Na sua opinião, como é que as pessoas apanham a malária? As causas da malária? (Explorar todas as crenças existentes, ou seja, maus espíritos, banhos nos ribeiros, etc. 6. Que grupos de pessoas têm mais probabilidades de apanhar a malária? Porquê?
	Comportamento de procura de cuidados de saúde	7. Quando uma pessoa apanha a malária, o que ela, a família ou os donos da terra fazem para a tratar? Explorar mezinhas caseiras, tratamentos com ervas 8. Onde se dirigem primeiro para o tratamento? Explorar todos os tipos de prestadores de cuidados de saúde, incluindo médicos privados, parafarmácias, curandeiros tradicionais e curandeiros religiosos, e quem visitam primeiro? Onde vão em seguida (em segundo lugar) caso não haja melhoras? 9. Quanto tempo depois de a febre começar é que procuram assistência? É diferente entre homens e mulheres ou entre rapazes e raparigas? 10. Quem decide, na família ou no local de trabalho, onde procurar o tratamento? 11. Quem influencia o doente a procurar um tratamento eficaz da malária? 12. Quais são as barreiras à obtenção de tratamento eficaz da malária? ► Explorar: poder de decisão, financeiro, distância dos serviços de cuidados de saúde, esperas demoradas nas unidades de saúde, falta de tempo, barreiras linguísticas, qualidade dos serviços de cuidados de saúde.
	Medidas preventivas	13. Que tipo de medidas tomam normalmente as pessoas desta comunidade para se protegerem da malária? ► Explorar os mosquiteiros: quem os fornece? 14. O que faz quando dorme fora de casa (guarda de segurança), na floresta ou no campo para se proteger da malária? O que faz quando fica ao ar livre à noite por motivos sociais, por exemplo, num casamento ou a tomar umas bebidas? ► Explorar: camas de rede e produtos repelentes, etc. 15. Se não houver nenhum comportamento preventivo, por que motivo não se tomam nenhuma precauções? ► Explorar: dispendiosos, indisponíveis, calor? etc.

FACTORES SOCIOCULTURAIS	Trabalho	<p>16. De que partes do país vêm normalmente as pessoas que trabalham ou vivem aqui?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Explorar: migram sozinhas ou com a família? Quanto tempo é normal permanecerem? Onde moram normalmente enquanto permanecem aqui? <p>17. Que tipo de trabalho têm os homens para ganhar a vida nesta comunidade/nesta área? Que tipo de trabalho têm as mulheres para ganhar a vida nesta comunidade/nesta área?</p> <p>18. O que vestem os homens para trabalhar? O que vestem as mulheres para trabalhar?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Explorar se o vestuário expõe ou protege dos mosquitos. <p>19. No caso de migrantes ou grupos móveis, o que fazem para se proteger da malária?</p> <p>20. Onde é que os migrantes normalmente obtêm tratamento da malária? Que tipo de dificuldades enfrentam os migrantes que tentam obter tratamento da malária?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Explorar factores de distância, custo, atitudes dos técnicos de saúde ou problemas legais?
ACESSO À INFORMAÇÃO	Vias de comunicação	<p>1. Quais são as principais fontes de informação ou de comunicação sobre saúde que as pessoas desta comunidade têm?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Explorar: rádio, televisão, interpessoal, ex.: técnicos de saúde comunitários, pessoal das unidades de saúde, chefes das aldeias, reuniões comunitárias, professores, etc. <p>2. A informação sobre a malária é comunicada numa língua adequada a todos? Caso não seja, a que grupos de pessoas não é adequada? Porquê?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Explorar: um grupo étnico específico, imigrantes, menos escolaridade, mulheres, homens, jovens. <p>3. Em que fontes de informação confiam mais?</p> <p>4. Que tipo de comunicação preferem?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Explorar: televisão, telefone, SMS, campanhas maciças comunitárias, interpessoal, materiais informativos. <p>5. Existe alguma informação de CMSC relativamente ao tratamento ou prevenção da malária que seja contrária às crenças, cultura ou religião tradicionais?</p> <p>6. A comunidade é consultada para a elaboração das mensagens e materiais de informação sobre a malária?</p>
ACESSIBILIDADE FÍSICA	Vias de comunicação	<p>1. O que pensa dos serviços de saúde que tem? E acerca dos serviços específicos de prevenção e tratamento da malária?</p> <p>2. Quais são as dificuldades que as pessoas enfrentam no acesso aos serviços de prevenção e tratamento da malária em termos de distância, terreno, segurança, horário de funcionamento dos serviços, localização, etc.</p> <p>3. Existem grupos populacionais específicos que se deparem com mais problemas de acesso do que outros?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Explorar: dificuldades específicas para as mulheres e raparigas? Deslocados internos, refugiados, retornados e comunidades de acolhimento?
ACESSO FINANCEIRO		<p>1. Quem tem o acesso e o controlo dos recursos e o poder de decisão?</p> <p>2. As mulheres têm acesso a este recurso? (As mulheres têm a possibilidade de o usar?)</p> <p>3. As mulheres têm controlo do recurso? (As mulheres têm a possibilidade de definir o uso do mesmo dentro de um determinado espaço de participação?)</p>

Anexo 4 Exemplo de critérios de prioridade

Critérios de prioridade das acções/intervenções

- ▶ Impacto na equidade da saúde – eficácia individual
- ▶ Distribuição da saúde – impacto na população
- ▶ Impacto económico
- ▶ Impactos no sistema
- ▶ Especialização necessária
- ▶ Viabilidade – pessoal de cuidados de saúde, sistema informático, produtos médicos e requisitos tecnológicos
- ▶ Facilidade de implementação
- ▶ Sustentabilidade
- ▶ Regulamentos legais
- ▶ Retorno do investimento

Anexo 5 Modelo de conclusões do estudo/resumo dos resultados

Nacional/ Subnacional/ Comunidade	População	Metodologia (Entrevista/DGD)	Barreira ou risco	Possível solução
Exemplo: 1. Comunidade	Mulheres grávidas	DGD	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Muito distante da unidade de saúde ▶ Rede viária deficiente 	i) Técnicos de saúde comunitários prestam serviços porta a porta, ex.: TPIg, MILD
2.				

Anexo 6 Descrições das principais acções e iniciativas realizadas para solucionar as barreiras

Os factos apresentados no quadro abaixo basearam-se numa análise da literatura disponível, identificada principalmente através de citações em materiais sobre a malária publicados pela OMS e pela Parceria RBM pelo Fim da Malária.

Barreiras identificadas	Acções e iniciativas realizadas	Resultados esperados/ alcançados	Bibliografia
Restrições ao poder de decisão e a falta de autonomia financeira das mulheres na Nigéria, Níger e Quénia.	<p>Apoio aos membros da comunidade, não apenas na identificação das barreiras que enfrentavam, mas também na proposta de soluções efectivas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Envolvimento da comunidade como parceiros activos (ex.: estabelecer fundos de emergência comunitários, transparência no custo fixo dos tratamentos nas unidades de saúde públicas e farmácias locais, manutenção comunitária dos caminhos e passeios). ▶ Organização de fundos comunitários acessíveis às famílias vulneráveis durante emergências. ▶ Manutenção de um fornecimento estável de medicamentos gratuitos e transparência nos custos fixos das unidades de saúde. ▶ Garantia de colocação em prática da política nacional de saúde gratuita. ▶ Capacitação económica das mulheres de modo a torná-las mais independentes financeiramente. ▶ Serviço porta a porta para colmatar as restrições de deslocação fora do perímetro doméstico. ▶ Capacitação social das mulheres. ▶ Educação sobre saúde para os homens "sensibilizados" em relação às necessidades de saúde das suas famílias. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Os autores reconhecem que, enquanto algumas das soluções propostas são concretizáveis no âmbito de um programa de saúde, as que se concentram nas normas sociais e na capacitação financeira estavam fora da sua esfera de competência. ▶ Este exemplo ilustra a importância de interligar problemas de saúde diferentes e de ligar a saúde a esforços de desenvolvimento e de bem estar social mais amplos. O facto de o programa não se concentrar apenas na malária, mas numa gama mais vasta de problemas de saúde infantil (incluindo a pneumonia e a diarreia) realça também a necessidade de programas que respondam às necessidades sanitárias em geral. 	Bedford KJA and Sharkey AB. Local Barriers and Solutions to Improve Care-Seeking for Childhood Pneumonia, Diarrhoea and Malaria in Kenya, Nigeria and Niger: A Qualitative Study. ²
Barreiras ao conhecimento e à informação.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Uma estratégia de educação sanitária regular e sustentada que vise os membros da comunidade mais importantes que têm o poder de decisão e de influência (especialmente os homens e os chefes locais). 		
Entraves às unidades de saúde.	<p>Soluções propostas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Viradas ao desenvolvimento de medidas que melhorem a experiência do utente, nomeadamente a redução de tempos de espera, melhoria das interacções com o pessoal de saúde e garantia do stock de medicamentos. ▶ Viradas ao envolvimento da comunidade como parceiros activos (ex.: criação de fundos de emergência comunitários). ▶ Transparência do custo fixo dos tratamentos disponíveis nas unidades de saúde públicas e farmácias locais. ▶ Promoção da manutenção dos caminhos e passeios comunitários e envolvimento dos chefes locais e prestadores informais para aumentar o respectivo conhecimento. 		

² <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0100038>

Barreiras identificadas	Ações e iniciativas realizadas	Resultados esperados/ alcançados	Bibliografia
Distância dos serviços.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ No Níger, muitos participantes referiram a importância do trabalho feito pelos “relais” (um tipo de técnico de saúde comunitário) e que ter um relais, com ou sem posto de saúde nas proximidades, seria uma enorme vantagem para a comunidade. ▶ Outras sugestões: expansão de serviços baseados na comunidade (através de unidades móveis, mais sensibilização ou aperfeiçoamento das funções dos técnicos de saúde comunitários). 	Serviços de saúde e de prevenção da malária são mais acessíveis as comunidades que necessitam de tais serviços.	Relatório do projeto Malaria Matchbox, junho de 2018, Níger.
As normas de género patriarcais levam os chefes de família masculinos a darem prioridade a eles próprios em detrimento das mulheres, na utilização das MILD.	Estabelecido um programa de educação de pares que visava influenciar positivamente o comportamento dos chefes de família masculinos. O programa incluía representações teatrais curtas e debates de grupos de discussão a ilustrar o papel importante que os homens podem desempenhar apoiando a mulheres, tanto moralmente como financeiramente, a usar os TPI, MTI e outras medidas de controlo da malária.	Resultou numa escalada rápida da utilização de MILD.	A Parceria RBM pelo Fim da Malária e o Kvinnoforum. A guide to gender and malaria resources. Stockholm, 2005. ³
Utilização restrita de MILD ligada à baixa autoconfiança e auto-eficácia entre as mulheres das zonas rurais da Tailândia, perto da fronteira com o Myanmar.	Programa de capacitação – aumento da capacidade das mulheres pobres e com pouca escolaridade e da sua autoconfiança para participar no controlo da malária – através de formação.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Desenvolveu a capacidade de as mulheres participarem nas actividades relacionadas com a malária. ▶ Aumentou a auto-estima e autoconfiança das mulheres. ▶ Aumentou o número de MTI utilizados na comunidade. ▶ Diminuiu a incidência da malária. 	Geounuppakul, M et al. “An empowerment program to enhance women’s ability to prevent and control malaria”. Southeast Asian journal of Tropical Medicine and Public Health; May 2007 38:3. ⁴

³ https://www.k4health.org/sites/default/files/gm_guide-en%5B1%5D.pdf

⁴ https://www.researchgate.net/publication/5966271_An_empowerment_program_to_enhance_women's_ability_to_prevent_and_control_malaria_in_the_community_Chiang_Mai_Province_Thailand

Barreiras identificadas	Acções e iniciativas realizadas	Resultados esperados/ alcançados	Bibliografia
<p>Dificuldades relacionadas com uma situação de emergência humanitária provocada por cheias na província de Gaza.</p>	<p>O programa adoptou uma abordagem participativa (assente na apropriação) visando o desenvolvimento das capacidades e da auto eficácia das comunidades afectadas, em vez de se limitar a uma simples distribuição de MILD.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ A comunidade participou nas actividades de desenvolvimento de capacidades. ▶ Estimulou um diálogo nas comunidades em que os residentes seriam envolvidos na identificação dos problemas que os afectavam, na análise desses problemas e, em última instância, a desenvolver acções e estratégias para os resolver. ▶ Criou um conjunto de ferramentas simples, maioritariamente desenhos, que contam a história da malária, descrevendo o mosquito que espalha a doença, os sintomas e o tratamento, e como as comunidades podem actuar, a área de prevenção – como o saneamento ambiental e a eliminação de águas estagnadas onde os mosquitos podem proliferar. 	<p>Um inquérito pós-distribuição documentou:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Aperfeiçoou o conhecimento e as práticas, por exemplo, 100% sabia o que era a malária; 91% compreendeu que é transmitida por mosquitos (comparado com apenas 30% no inquérito anterior). ▶ 98,1% ainda tinham e usavam os respectivos mosquiteiros. ▶ Mais de 95% dos que receberam um mosquiteiro, disseram dormir debaixo dele. ▶ As crianças foram identificadas como um grupo de alto risco por 85% a 89% dos entrevistados. ▶ Uma compreensão maior por parte das comunidades quanto à capacidade própria de tomar medidas para combater a malária. 	<p>A Human Rights Approach During Emergencies - UNICEF website case study, 2004.⁵</p>
<p>Métodos vulgares de controlo dos vectores (MILD e FIIAR) não adequados a populações que trabalham longe de casa, incluindo populações móveis, populações em zonas remotas e trabalhadores florestais.</p>	<p>* Tecnologias alternativas para controlo dos vectores propostas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Repelentes tropicais para indivíduos que estão longe de casa durante os períodos altos de alimentação do vector. ▶ Camas de rede tratadas com insecticida de longa duração para os trabalhadores florestais no Vietnam. ▶ Roupas tratadas com insecticida (ex.: cobertas tradicionais e lençóis de cima) ▶ Vestuário e roupa de cama tratados com insecticida no Quénia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Os resultados dos estudos do uso de sabonete à base de DEET no Paquistão e de um repelente à base de plantas na Bolívia revelaram diminuições significativas no P. falciparum e no P. vivax, respectivamente. ▶ Decréscimo das infecções associado às camas de rede tratadas com insecticida. <p>* Apesar de prometedoras, são necessárias mais investigações para validar a eficácia e a aceitação destas intervenções.</p>	<p>Chris Cotter et. al, strategies for new challenges. Lancet 201 ; 382 : 900-11.⁶</p>

⁵ https://www.unicef.org/rightsresults/index_23693.html

⁶ [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60310-4/fulltext?code=lancet-site](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60310-4/fulltext?code=lancet-site)

Barreiras identificadas	Acções e iniciativas realizadas	Resultados esperados/alcançados	Bibliografia
<p>Trabalhadores migrantes não documentados com falta de informação sobre a malária e sem acesso aos serviços de prevenção e tratamento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Foi disponibilizada informação sobre a malária numa língua acessível em locais onde os trabalhadores costumavam parar ou procurar táxis e nos pontos de controlo fronteiriço. ▶ Técnicos de saúde itinerantes visitaram os locais de trabalho dos migrantes para distribuir informação e realizar testes ou encaminharam as pessoas para os serviços mais próximos. ▶ As clínicas prestaram serviços itinerantes mais completos. ▶ Uma linha de assistência telefónica prestou informações dos serviços referentes à malária aos trabalhadores. ▶ Trabalhou-se com os funcionários dos serviços de saúde na remoção das barreiras políticas e documentais de modo a assistir os trabalhadores itinerantes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Os serviços chegaram a milhares de trabalhadores migrantes na sub-região da Grande Mekong. 	<p>Briefing do Fundo Global sobre género, direitos humanos e malária (2016).⁷</p>
<p>Alastramento da resistência à artemisinina na região da Grande Mekong em populações muito vulneráveis: em regiões remotas; com barreiras ocupacionais, sociais e de género, distantes das unidades de saúde, desconfiança dos funcionários de saúde no caso das minorias étnicas ou de populações migrantes de países vizinhos, ou de populações a trabalhar ilegalmente em zonas protegidas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Foram estabelecidas equipas comunitárias de acção contra a malária (CMAT, em inglês); ▶ Os membros das CMAT viajam com o fim de fazer o levantamento de locais e pessoas em risco nas respectivas áreas geográficas designadas, fazem acções de sensibilização sobre prevenção da malária, distribuem mosquiteiros e camas de rede tratados com insecticida de longa duração, acompanham pessoas que apresentam sintomas aos prestadores de serviços de combate à malária, para diagnóstico e tratamento, e acompanham-nos para garantir a adesão ao tratamento. ▶ Os dados do levantamento são actualizados em tempo real, o que contribui para actividades de vigilância essenciais e garante que as intervenções acompanham os riscos à medida que estes surgem. ▶ Os membros das CMAT trabalham com comunidades marginalizadas, identificando os factores sociais e relacionados com o género que podem colocá-las em risco. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Preencheram a lacuna entre as comunidades vulneráveis e os serviços de combate à malária. ▶ As CMAT também podem ajudar a mediar a desconfiança que, de outra forma, faria com que as pessoas ficassem relutantes em entrar em contacto com as autoridades sanitárias. Isto é particularmente importante para garantir a continuidade e aderência aos regimes de tratamento no contexto da resistência à artemisinina. 	<p>Comunicação pessoal com o Vietminh.</p>
<p>Populações em zonas de conflito prolongado durante o período em que o Sri Lanka se esforçava para eliminar a malária.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Acordo entre as partes em conflito para permitir a prestação de serviços de combate à malária. ▶ Compromisso alinhado para reduzir a malária entre as diferentes partes. ▶ Tanto os aspectos do programa financiados pelo governo (FIAR) como os aspectos financiados pelos parceiros (por exemplo, MILD e tratamento) foram eficazmente entregues em zonas de conflito. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Sucesso na realização de uma gama de intervenções nas zonas afectadas pelo conflito. 	<p>Abeyasinghe RR, et.al (2012) Malaria Control and Elimination in Sri Lanka: Documenting Progress and Success Factors in a Conflict Setting. PLoS ONE 7(8).⁸</p>

⁷ https://www.theglobalfund.org/media/5536/core_malariagenderhumanrights_technicalbrief_en.pdf

⁸ <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0043162>

Barreiras identificadas	Acções e iniciativas realizadas	Resultados esperados/ alcançados	Bibliografia
Pessoas afectadas pelo conflito; refugiados do mundo inteiro.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Um guia de campo com exemplos de intervenções numa série de tipos de cenários de emergência humanitária. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Embora este guia não descreva exemplos específicos detalhadamente, apresenta orientações úteis pormenorizadas para o desenvolvimento de intervenções adequadas a esses contextos. 	Organização Mundial da Saúde. 2013. Malaria control in humanitarian emergencies: an inter-agency field handbook – 2nd ed. ⁹
Sensibilização e competências limitadas para o controlo da malária ao nível comunitário, particularmente em grupos de difícil acesso.	<p>O relatório abrange uma variedade de abordagens:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Utilização das tecnologias de informação e comunicação (TIC) e as redes sociais para divulgar mensagens sobre a prevenção e o tratamento da malária. ▶ O relatório também descreve ciclos de “estatuto baixo, financiamento baixo e falta de provas” em relação à malária que podem já ser conhecidos pelos profissionais, mas uma lista detalhada pode ser um guia útil para evitar problemas; juntamente com um quadro estratégico para garantir a qualidade da informação divulgada e a forma como é distribuída. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ O guia do relatório dá muitos exemplos práticos sobre como garantir que os que estão em maior risco de malária possam ser acedidos de formas diversas e criativas. 	Parceria RBM pelo Fim da Malária. The Strategic Framework for Malaria Communication at a Country Level 2012-2017. 2012. Genebra, Suíça. ¹⁰
Endemismo contínuo da malária em determinadas comunidades do Ruanda – necessidade de percorrer a última etapa.	<p>Obter o envolvimento e a participação da comunidade para a concretização da última etapa no controlo da malária:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ O “Espaço aberto” foi criado para explorar as prioridades locais, estimular a contribuição da comunidade para o planeamento dos projectos e promover a capacidade local de gerir programas... Como participantes, foram deliberadamente seleccionados representantes da comunidade e das organizações locais. ▶ Considerou-se importante criar um sistema de prémios para motivar os participantes envolvidos, ou seja, técnicos de saúde comunitários e famílias. ▶ Foi também sugerida a formação de clubes da malária em contextos escolares, a fim de acelerar a sensibilização da comunidade e aumentar as competências no sentido da diminuição da incidência da malária. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ A malária era vista como uma preocupação de saúde, apesar da conhecida diminuição da prevalência. ▶ Foram observadas algumas ideias erradas acerca das causas da malária e utilização incorrecta das estratégias de prevenção. ▶ Esta abordagem ascendente foi considerada útil no envolvimento da comunidade local, permitindo lhes explorar os problemas relacionados com a malária na zona e sugerir soluções para avanços sustentáveis na eliminação da malária. 	Ingabire CM et.al, Community mobilization for malaria elimination: application of an open space methodology in Ruhuha sector, Rwanda. 2014. Revista Malaria. 13; 167.

⁹ <https://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241548656/en/>

¹⁰ https://endmalaria.org/sites/default/files/BCCstrategicFramework_0.pdf

Barreiras identificadas	Acções e iniciativas realizadas	Resultados esperados/alcançados	Bibliografia
<p>Populações pastoris esquecidas pelos esforços normais de controlo da malária, impedindo que os programas de combate à malária produzam resultados; um desafio especial tem sido a mobilização dos chefes para apoiarem os esforços de controlo da malária.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Envolvimento dos chefes locais através de formação e de sensibilização. ▶ Envolvimento das mães para complementar os esforços dos técnicos de saúde comunitários através da educação e da motivação dos membros comunitários. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ A proporção de mulheres grávidas e crianças com menos de cinco anos que dormiram debaixo de um MTI na noite anterior aumentou de 27% para 86,5% e de 17% para 84%, respectivamente. ▶ A procura de tratamento das febres também aumentou. 	<p>Parceria RBM pelo Fim da Malária. The Strategic Framework for Malaria Communication at a Country Level 2012-2017. 2012. Genebra, Suíça.¹¹</p>
<p>Programas falham na identificação dos grupos que ficam para trás e das barreiras que enfrentam. Com frequência, os processos de informação estratégica preocupam-se mais em reportar os dados aos níveis superiores do que a informar os programas locais; os implementadores no local vêem-se com descrições agregadas que podem não reflectir as especificidades locais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Os dados para as acções locais de combate à malária têm mais utilidade se forem desagregados por pessoas vulgares. ▶ Em todo o lado existem pessoas, novas e velhas, que são capazes e têm interesse e vontade em fazer a vigilância activa das determinantes locais da malária e o registo dos achados, por exemplo, numa página da comunidade, na Internet. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ A divulgação de dados actualizados sobre a comunidade aumenta a responsabilidade e a apropriação locais do problema, bem como a responsabilização pela resolução. ▶ O registo numa página da comunidade, na Internet. Essa página poderia mostrar a situação actual, assim como as mudanças ao longo do tempo, num quadro de dados ou num gráfico, ou num mapa local individual ou mapas em camadas. 	<p>Parceria RBM pelo Fim da Malária./ UNDP. Multisectoral Action Framework for Malaria (quadro de acção multisectorial para a malária). Nova Iorque e Genebra. 2013.¹²</p>
<p>É difícil a identificação de lacunas, barreiras e factores de risco através de métodos convencionais em algumas populações vulneráveis ou de alto risco, o que significa que são necessárias técnicas adicionais de vigilância e de informação estratégica.</p>	<p>O estudo identifica os métodos de recolha de dados utilizados em diversos campos e avalia o respectivo potencial de reforço do programa da malária, por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ uma extensão da amostragem de bola de neve – amostragem por entrevistados – proporciona uma amostragem representativa de populações em locais de difícil acesso e pode servir para determinar factores de risco – ex.: migrantes na fronteira da Tailândia com o Camboja. ▶ A amostragem de hora e local é um método alternativo, em que a amostragem é efectuada a uma determinada hora em locais onde há a probabilidade de os grupos de risco se reunirem, como, por exemplo, clubes sociais, bares, mercados ou paragens de autocarros. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Com uma adaptação local adequada, estes métodos podem servir para identificar, tratar e prevenir com eficácia infecções que de outro modo não seriam detectadas. 	<p>Gosling, Richard G. A. Feachem. The changing epidemiology of malaria elimination: new strategies for new challenges (a mudança epidemiológica da eliminação da malária: estratégias novas para desafios novos). Lancet 2013; 382: 900-11.¹³</p>

¹¹ https://endmalaria.org/sites/default/files/BCCstrategicFramework_0.pdf

¹² https://endmalaria.org/sites/default/files/9_Multisectoral-Action-Framework-for-Malaria.pdf

¹³ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23594387>

Barreiras identificadas	Acções e iniciativas realizadas	Resultados esperados/ alcançados	Bibliografia
<p>É difícil a identificação de lacunas, barreiras e factores de risco através de métodos convencionais em algumas populações vulneráveis ou de alto risco (migrantes não imunes, grupos transfronteiriços com acesso limitado aos serviços de cuidados de saúde), sendo, portanto, necessárias técnicas adicionais de vigilância e de informação estratégica.</p>	<p>Este estudo descreve técnicas de vigilância que podem reforçar a identificação e a compreensão dos grupos vulneráveis e das barreiras que estes enfrentam.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ A “amostragem por entrevistados” foi o método utilizado para obter um conhecimento aprofundado destes grupos e das barreiras aos programas efectivos de combate à malária. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Foi realizado um levantamento das populações migrantes do Camboja e Mianmar em cinco localidades rurais seleccionadas na Tailândia, ao longo da fronteira entre a Tailândia e o Camboja, por meio de amostragem por entrevistados (RDS) para determinar as características demográficas da população, padrões migratórios, conhecimento sobre a malária e comportamentos de procura de cuidados de saúde. 	<p>Piyaporn Wangroongsarb et, al, Respondent-driven sampling on the Thailand-Cambodia border (amostragem por entrevistados na fronteira Tailândia-Camboja). II. Knowledge, perception, practice and treatment-seeking behaviour of migrants in malaria endemic zones (conhecimento, percepção, prática e comportamento de procura de tratamento dos migrantes em zonas com malária endémica). <i>Malaria Journal</i> 2011, 10:117.¹⁴</p>
<p>Os programas não levam em consideração o impacto das normas de género na vulnerabilidade à malária e no acesso aos serviços (para mulheres grávidas e crianças com menos de cinco anos).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ O relatório explica a importância de dados desagregados por sexo para que os profissionais, formuladores de políticas e investigadores possam compreender melhor as comunidades em risco da malária, e indica as categorias de dados para recolhê-los ou extraí-los. ▶ O relatório contém uma extensa lista de perguntas para avaliar como o género afecta os dados e os resultados relativos à malária, e indica os recursos disponíveis para uma utilização prática. Explica que, quando os dados não podem ser desagregados, são utilizados outros métodos qualitativos, como grupos de discussão ou entrevistas, para encontrar respostas a perguntas sobre o estilo de vida das pessoas; necessidades de saúde; comportamentos de procura de saúde; compreensão da prevenção e tratamento da malária. 		<p>MEASURE Evaluation. The Importance of Gender in Malaria Data (a importância do género nos dados sobre a malária). 2017.¹⁵</p>

¹⁴ <https://malariajournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-2875-10-120>

¹⁵ <https://www.measurevaluation.org/resources/publications/fs-17-205d>

Anexo 7 Esboço do relatório de avaliação

O relatório deve incluir:

1. Um **resumo executivo** que descreva os principais processos, conclusões e recomendações;
2. **Antecedentes** do estudo de equidade. Isso pode incluir: critérios para selecção de locais para trabalho de campo; selecção da equipa de estudo de género e selecção de objectivos, ferramentas, participantes e problemas;
3. **Descrição da metodologia e ferramentas utilizadas**, incluindo o número de pessoas entrevistadas;
4. **Principais resultados quantitativos e qualitativos**;
5. **Implicações das conclusões** para os participantes, beneficiários e comunidades alvo;
6. **Implicações das conclusões** para o programa da malária e partes interessadas;
7. **Acções e recomendações** para acompanhamento (incluir um plano de trabalho);
8. **Bibliografia** com a referência de todos os documentos e dados revistos e citados;
9. Lista e discriminação demográfica dos entrevistados e participantes do grupo de discussão (sexo, faixa etária, localização geográfica, outros dados relevantes) num **anexo**;
10. Cópias de todas as **ferramentas e questionários** efectivamente utilizados.

PARTE D: BIBLIOGRAFIA

1. Sundararajan R, Kalkonde Y, Gokhale C, Greenough PG, Bang A. Barriers to Malaria Control among Marginalized Tribal Communities: A Qualitative Study. *PLOS ONE*. 2013;8(12):e81966.
2. Bonilla E, Rodriguez A. Determining malaria effects in rural Colombia. *Soc Sci Med*. 1993;37(9):1109-14.
3. Chuma J, Okungu V, Molyneux C. Barriers to prompt and effective malaria treatment among the poorest population in Kenya. *Malar J*. 2010;9:144.
4. The 2030 Agenda for Sustainable Development. United Nations Knowledge Management Platform. Accessed via <https://sustainabledevelopment.un.org> in April, 2019.
5. *Ibid*.
6. Martens P. Malaria and global warming in perspective? *Emerg Infect Dis*. 2000;6(3):313-4.
7. Chuquiyauri R, Paredes M, Penataro P, Torres S, Marin S, Tenorio A, et al. Socio-demographics and the development of malaria elimination strategies in the low transmission setting. *Acta Trop*. 2012;121(3):292-302.
8. Amarasinghe S. A socio-economic study of small-scale gemstone mining in Sri Lanka. Sri Lanka: UK Department for International Development (DFID). 1999.
9. Hiwat H, Hardjopawiro LS, Takken W, Villegas L. Novel strategies lead to pre-elimination of malaria in previously high-risk areas in Suriname, South America. *Malar J*. 2012;11:10.
10. Lyer A, Sen G, George A. The dynamics of gender and class in access to health care: evidence from rural Karnataka, India. *Int J Health Serv*. 2007;37(3):537-54.
11. Atuyambe L. Experiences of pregnant adolescents - voices from Wakiso district, Uganda. *African Health Sciences* 2005;5(4):651/6.
12. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet*. 2016;387(10036):2423-78.
13. WHO Department of Gender, Women and Health. Gender and Health Information Sheet. Switzerland. June 2007.
14. World Health Organization G, Switzerland. World Malaria Report. 2018;SBN: 978 92 4 156565 3.
15. World Health Organization. Global technical strategy for malaria 2016-2030. World Health Organization, 2015.
16. World Health Organization RBMptem. High Burden High Impact. A targeted malaria response. March 2019.
17. RBM Partnership to End Malaria and United Nations Development Program. Multisector Action Framework for Malaria. 2013. https://endmalaria.org/sites/default/files/9_Multisectoral-Action-Framework-for-Malaria.pdf.
18. Ricci F. Social implications of malaria and their relationships with poverty. *Mediterr J Hematol Infect Dis*. 2012;4(1):e2012048.
19. World Health Organization. World Malaria Report 2018. (WHO, Geneva, 2018).
20. World Health Organization. Malaria case management: operations manual. Geneva, 2019.
21. United Nations Children's Fund. A Human Rights-based Approach to Programming in Humanitarian Crises: Is UNICEF up for the Challenge? Draft. September 2003. EMOPS, UNICEF NY.
22. Kvinnoforum and the Roll Back Malaria Partnership. A Guide to Gender and Malaria Resources. Stockholm, 2010. Accessed via https://www.k4health.org/sites/default/files/gm_guide-en%5B1%5D.pdf in June 2019.
23. World Health Organization. Newsroom. Factsheet on Human rights and health. Geneva, 2017. Accessed via <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health> in June 2019.
24. Ahorlu CK, Dunyo SK, Afari EA, Koram KA, Nkrumah FK. Malaria-related beliefs and behaviour in southern Ghana: implications for treatment, prevention and control. *Trop Med Int Health*. 1997;2(5):488-99.
25. Al-Taiar A, Chandler C, Al Eryani S, Whitty CJ. Knowledge and practices for preventing severe malaria in Yemen: the importance of gender in planning policy. *Health Policy Plan*. 2009;24(6):428-37.
26. Ernst KC, Hayden MH, Olsen H, Cavanaugh JL, Ruberto I, Agawo M, et al. Comparing ownership and use of bed nets at two sites with differential malaria transmission in western Kenya. *Malar J*. 2016;15:217.

27. Wadunde I, Mpimbaza A, Musoke D, Ssempebwa JC, Ediau M, Tuhebwe D, et al. Factors associated with willingness to take up indoor residual spraying to prevent malaria in Tororo district, Uganda: a cross-sectional study. *Malar J.* 2018;17(1):5.
28. Pell C, Straus L, Andrew EV, Menaca A, Pool R. Social and cultural factors affecting uptake of interventions for malaria in pregnancy in Africa: a systematic review of the qualitative research. *PLoS One.* 2011;6(7):e22452.
29. Mushi AK, Schellenberg J, Mrisho M, Manzi F, Mbuya C, Mponda H, et al. Development of behaviour change communication strategy for a vaccination-linked malaria control tool in southern Tanzania. *Malar J.* 2008;7:191.
30. Magaco A, Botao C, Nhassengo P, Saide M, Ubisse A, Chicumbe S, et al. Community knowledge and acceptance of indoor residual spraying for malaria prevention in Mozambique: a qualitative study. *Malar J.* 2019;18(1):27.
31. Marchant T, Schellenberg JA, Edgar T, Nathan R, Abdulla S, Mukasa O, et al. Socially marketed insecticide-treated nets improve malaria and anaemia in pregnancy in southern Tanzania. *Trop Med Int Health.* 2002;7(2):149-58.
32. Munthali AC. Perceptions about the aetiology, treatment and prevention of convulsions in under-five children in Rumphu. *Malawi Med J.* 2003;15(1):11-2.
33. Jaiteh F, Dierickx S, Gryseels C, O'Neill S, D'Alessandro U, Scott S, et al. 'Some anti-malarials are too strong for your body, they will harm you.' Socio-cultural factors influencing pregnant women's adherence to anti-malarial treatment in rural Gambia. *Malar J.* 2016;15:195.
34. Magadi MA, Madise NJ, Rodrigues RN. Frequency and timing of antenatal care in Kenya: explaining the variations between women of different communities. *Soc Sci Med.* 2000;51(4):551-61.
35. Mbonye AKN, S.; Magnussen, P. Preventing malaria in pregnancy: a study of perceptions and policy implications in Mukono district, Uganda. *Health Policy Plan.* 2006;21(1):17-26.
36. Mazigo HD, Obasy E, Mauka W, Manyiri P, Zinga M, Kweka EJ, et al. Knowledge, Attitudes, and Practices about Malaria and Its Control in Rural Northwest Tanzania. *Malaria Research and Treatment.* 2010;2010:9.
37. Cornell M, McIntyre J, Myer L. Men and antiretroviral therapy in Africa: our blind spot. *Trop Med Int Health.* 2011;16(7):828-9.
38. Vajda EA, Webb CE. Assessing the Risk Factors Associated with Malaria in the Highlands of Ethiopia: What Do We Need to Know? *Trop Med Infect Dis.* 2017;2(1).
39. Yeshiwondim AK, Gopal S, Hailemariam AT, Dengela DO, Patel HP. Spatial analysis of malaria incidence at the village level in areas with unstable transmission in Ethiopia. *Int J Health Geogr.* 2009;8:5.
40. Sundararajan R, Kalkonde Y, Gokhale C, Greenough PG, Bang A. Barriers to malaria control among marginalized tribal communities: a qualitative study. *PLoS One.* 2013;8(12):e81966.
41. Vlassoff C, Manderson L. Incorporating gender in the anthropology of infectious diseases. *Trop Med Int Health.* 1998;3(12):1011-9.
42. UNDP. Discussion Paper: Gender and Malaria. 2016.
43. Atuyambe L, Mirembe F, Annika J, Kirumira EK, Faxelid E. Seeking safety and empathy: adolescent health seeking behavior during pregnancy and early motherhood in central Uganda. *J Adolesc.* 2009;32(4):781-96.
44. Baltimore MJHCFCP. The Health Communication Capacity Collaborative (HC3). *Malaria SBCC Evidence Literature Review.* 2017.
45. (HC3). THCCC. *Malaria SBCC Evidence Literature Review.* 2017.
46. USAID'S MALARIA ACTION PROGRAM FOR DISTRICTS YOUTH ANALYSIS.
47. Babalola S, Ricotta E, Awantang G, Lewicky N, Koenker H, Toso M. Correlates of Intra-Household ITN Use in Liberia: A Multilevel Analysis of Household Survey Data. *PLoS One.* 2016;11(7):e0158331.
48. Thawani N, Kulkarni MA, Sohani S. Factors associated with coverage and usage of long-lasting insecticidal nets in madagascar. *J Trop Med.* 2009;2009:451719.
49. Schellenberg JA, Victora CG, Mushi A, de Savigny D, Schellenberg D, Mshinda H, et al. Inequities among the very poor: health care for children in rural southern Tanzania. *Lancet.* 2003;361(9357):561-6.
50. Awuah RB, Asante PY, Sakyi L, Biney AAE, Kushitor MK, Agyei F, et al. Factors associated with treatment-seeking for malaria in urban poor communities in Accra, Ghana. *Malar J.* 2018;17(1):168.
51. Suswardany DL, Sibbritt DW, Supardi S, Chang S, Adams J. A critical review of traditional medicine and traditional healer use for malaria and among people in malaria-endemic areas: contemporary research in low to middle-income Asia-Pacific countries. *Malar J.* 2015;14:98.
52. Sundararajan Rea. "Sociocultural and structural factors contributing to delays in treatment for children with severe malaria: a qualitative study in southwestern Uganda." *The American journal of tropical medicine and hygiene.* 2015;vol. 92,5(933-940. doi:10.4269/ajtmh.14-0784)).
53. Chukwuocha UM, Dozie IN, Onwuliri CO, Ukaga CN, Nwoke BE, Nwankwo BO, et al. Perceptions on the use of insecticide treated nets in parts of the Imo River Basin, Nigeria: implications for preventing malaria in pregnancy. *Afr J Reprod Health.* 2010;14(1):117-28.
54. Diiro GM, Affognon HD, Muriithi BW, Wanja SK, Mbogo C, Mutero C. The role of gender on malaria preventive behaviour among rural households in Kenya. *Malar J.* 2016;15:14.
55. Malaria Control Unit Ministry of Health Nairobi K. *Gender and Malaria in Kenya.* 2015.

-
56. WHO. Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. 2011.
 57. Lwetoijera DW, Kiware SS, Mageni ZD, Dongus S, Harris C, Devine GJ, et al. A need for better housing to further reduce indoor malaria transmission in areas with high bed net coverage. *Parasit Vectors*. 2013;6:57.
 58. Kirby MJ, Green C, Milligan PM, Sismanidis C, Jasseh M, Conway DJ, et al. Risk factors for house-entry by malaria vectors in a rural town and satellite villages in The Gambia. *Malar J*. 2008;7:2.
 59. Ghebreyesus TA, Haile M, Witten KH, Getachew A, Yohannes M, Lindsay SW, et al. Household risk factors for malaria among children in the Ethiopian highlands. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2000;94(1):17-21.
 60. Bradley J, Rehman AM, Schwabe C, Vargas D, Monti F, Ela C, et al. Reduced prevalence of malaria infection in children living in houses with window screening or closed eaves on Bioko Island, equatorial Guinea. *PLoS One*. 2013;8(11):e80626.
 61. Sundararajan R, Mwanga-Amumpaire J, Adrama H, Tumuhairwe J, Mbabazi S, Mworozzi K, et al. Sociocultural and structural factors contributing to delays in treatment for children with severe malaria: a qualitative study in southwestern Uganda. *Am J Trop Med Hyg*. 2015;92(5):933-40.
 62. Heggenhougen VH, Pramila Vivek. The behavioural and social aspects of malaria and its control : an introduction and annotated bibliography / H. Kristian. Heggenhougen, Veronica. Hackethal, Pramila Vivek.
 63. Fitzpatrick AML. The Impact of Public Health Sector Stockouts on Private Health Sector Care: Evidence from the Ugandan Antimalarial Market. 2016.
 64. Kabaghe AN, Phiri MD, Phiri KS, van Vugt M. Challenges in implementing uncomplicated malaria treatment in children: a health facility survey in rural Malawi. *Malar J*. 2017;16(1):419.
 65. Davlantes E, Salomao C, Wate F, Sarmento D, Rodrigues H, Halsey ES, et al. Malaria case management commodity supply and use by community health workers in Mozambique, 2017. *Malar J*. 2019;18(1):47.
 66. Roome E, Raven J, Martineau T. Human resource management in post-conflict health systems: review of research and knowledge gaps. *Confl Health*. 2014;8:18.
 67. Riley C, Dellicour S, Ouma P, Kioko U, Omar A, Kariuki S, et al. Knowledge and Adherence to the National Guidelines for Malaria Diagnosis in Pregnancy among Health-Care Providers and Drug-Outlet Dispensers in Rural Western Kenya. *Am J Trop Med Hyg*. 2018;98(5):1367-73.
 68. Okonofua FE, Feyisetan BJ, Davies-Adetugbo A, Sanusi YO. Influence of socioeconomic factors on the treatment and prevention of malaria in pregnant and non-pregnant adolescent girls in Nigeria. *J Trop Med Hyg*. 1992;95(5):309-15.
 69. Panday S, Bissell P, van Teijlingen E, Simkhada P. The contribution of female community health volunteers (FCHVs) to maternity care in Nepal: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):623.
 70. Mugisha F, Arinaitwe J. Sleeping arrangements and mosquito net use among under-fives: results from the Uganda Demographic and Health Survey. *Malar J*. 2003;2(1):40.
 71. al MKe. Preventing malaria in pregnancy: a study of perceptions and policy implications in Mukono district, Uganda. *Health policy and planning*. Advanced Acces. 2005.
 72. U.W. Ibor GOA, A.I. Iwara, O.E. Okongor and I.I. Okino, 2012. Ownership and Utilization of Insecticide Treated Nets in Cross River State, Nigeria. *Journal of Medical Sciences*. 2012;12:198-206.
 73. Diema Konlan K, Japiong M, Dodam Konlan K, Afaya A, Salia SM, Kombat JM. Utilization of Insecticide Treated Bed Nets (ITNs) among Caregivers of Children under Five Years in the Ho Municipality. *Interdiscip Perspect Infect Dis*. 2019;2019:3693450.
 74. Abigail Donner AB, Ben Johns, Keith Mangam, Elana Fiekowsky, Jayleen Gunn, Mary Hayden, Kacey C Ernst. Equal opportunity, equal work: increasing women's participation in the U.S. President's malaria initiative Africa indoor residual spraying projec. *Global Health Science and Practice*,. 2017;5(4):603-16.
 75. Amílcar Magaço CB, Pedroso Nhassengo, Mohomede Saide, Arminda Ubisse, Sérgio Chicumbe and Rose Zulliger. Community knowledge and acceptance of indoor residual spraying for malaria prevention in Mozambique: a qualitative study. *Malaria Journal*. 2019(18):27.
 76. Kiwanuka S. Male Involvement in Maternal Health: Helpful or Harmful. 2015.
 77. Bwalya BC, Sitali D, Baboo KS, Zulu JM. Experiences of antenatal care among pregnant adolescents at Kanyama and Matero clinics in Lusaka district, Zambia. *Reprod Health*. 2018;15(1):124.
 78. Tanner M, Vlassoff C. Treatment-seeking behaviour for malaria: a typology based on endemicity and gender. *Soc Sci Med*. 1998;46(4-5):523-32.
 79. Burns K. UNDP DISCUSSION PAPER: GENDER AND MALARIA. December 2015.
 80. Tolhurst R, Nyongator FK. Looking within the household: gender roles and responses to malaria in Ghana. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2006;100(4):321-6.
 81. Vlassoff C. Gender differences in determinants and consequences of health and illness. *J Health Popul Nutr*. 2007;25(1):47-61.
 82. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*. 2000;Volume 50(Issue 10):1385-401.
-

