



© UNICEF

---

# Comunicação de Risco e Envolvimento da Comunidade

Orientações sobre Indicadores para a COVID-19

---

# Comunicação de Risco e Envolvimento da Comunidade

Orientações sobre Indicadores para a COVID-19

Elaborado pelo Serviço Coletivo de Comunicação de Risco e Envolvimento da Comunidade (RCCE) em colaboração com o Grupo de Trabalho Interagências Data for Action da RCCE

## Agradecimentos

---

O Secretariado do Serviço Coletivo desenvolveu estas orientações em estreita cooperação com as principais agências membros do Serviço Coletivo. O Grupo de Trabalho de M&A Global da RCCE foi consultado ao longo do processo de desenvolvimento, com contributos substanciais dos membros para as orientações. O Grupo de Trabalho de M&A da RCCE é composto por participantes do CDC, IFRC, Fundação Gates, GOARN, JUH, OXFAM, UK Med, INTERNEWS, UNICEF e OMS. O Secretariado do Serviço Coletivo também estabeleceu a ligação com o Grupo de Trabalho da Juventude do Serviço Coletivo Global, o Grupo de Trabalho de Comunicação de Risco e Envolvimento da Comunidade e Contextos de Baixos Recursos do Serviço Coletivo Global, o Subgrupo de Trabalho dos Migrantes, Refugiados, comunidades de acolhimento e outros grupos vulneráveis do Serviço Coletivo Global e o Grupo de Trabalho dos Meios de Comunicação Social do Serviço Coletivo Global a fim de discutir e desenvolver as orientações dos indicadores. Também tiveram lugar consultas e o envolvimento de colegas do Serviço Coletivo que trabalham a nível regional na Ásia-Pacífico, no Médio Oriente e Norte de África, na África Oriental e Austral, na África Ocidental e Central, na Europa e Ásia Central e na América Latina e o Caribe.

### **Especificamente, gostaríamos de agradecer aos seguintes colaboradores:**

Genevieve Hutchinson, BBC Media Action; Kaushiki Ghose, BBC Media Action; Rosie Jackson, CDAC Network; Christina Craig, CDC; Riley Wagner, CDC; Nancy Pattison Wong, CDC; Eva Niederberger, Serviço Coletivo pela RCCE; Brian Mac Domhnaill, Serviço Coletivo pela RCCE; Silvia Magnoni, Serviço Coletivo pela RCCE; Vincent Turmine, Serviço Coletivo pela RCCE; Caroline Austin, IFRC; Monica Posada, IFRC; Benjamin Noble, IFRC; Santiago Rodriguez, IFRC; Viviane Fluck, IFRC; Frida Archibold, IFRC; Ombretta Baggio, IFRC; Helen Rice, IFRC; :Ida Jooste, Internews; Stijn Aelbers, Internews; James Sport, Internews; Hana Pasic, GYM; Kathryn Bertram, JHU; Tom Black, Fundação Gates; Jeni A. Stolow, GOARN; Sameera Suri, GOARN; Peter Winch, LSHTM Hygiene Hub; Caroline Muturi, OXFAM; Raissa Azzalini, OXFAM; Abie Bangura, OXFAM; Michelle Farrington, OXFAM; Anu Puri, UNICEF; Carla Daher, UNICEF; Charles-Antoine Hoffman, UNICEF; Rania Ellessawi, UNICEF; Humberto Jaime, UNICEF; Amaya Gillespie, UNICEF; Mario Mosquera, UNICEF; Rudrajit Das, UNICEF; Tasmia Bashar, UNICEF; Sergiu Tomsa, UNICEF; Magdalena Isaurralde, UNICEF; Sebastian Carrasco, UNICEF; Jean Luc Yameogo, UNICEF; Deepa Risal Pokharel, UNICEF; Namita Niranjana Rao, UNICEF; Bezya Bukhet Cihan, UNICEF;

Arianna Serino, Save the Children; Thomas Moran, OMS; Brian Riley, OMS; Corey Henderson, OMS; Taylor Warren, OMS; Lisa Menning, OMS; Peggy Hanna, OMS; Phillipe Borre-

mans, OMS; Simon Van Woerden, OMS; Supriya Bezbaruah, OMS; Angela Ormondi, OMS; Tina Purnat, OMS; Christine Czerniack, OMS; Diana Maddah, UK Med.

## Serviço Coletivo

---

O Serviço Coletivo é uma parceria de colaboração entre a Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho (IFRC), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) que tem o apoio ativo da Rede Global de Alerta e Resposta a Surtos (GOARN) e dos principais intervenientes dos setores de saúde pública e humanitário. Foi lançada em junho de 2020, após aprovação por parte dos Diretores do Comité Permanente Interagências em abril de 2020 e com o apoio da Fundação Bill e Melinda Gates. O objetivo do Serviço Coletivo é assegurar que os pontos fortes complementares de todos os parceiros são apoiados a fim de proporcionar o maior impacto e reunir um vasto leque de organizações envolvidas na prática, investigação e formulação de políticas da RCCE no sentido de fornecer apoio prático aos que produzem resultados no terreno.

## Finalidade e público-alvo

---

Neste documento, o Serviço Coletivo fornece orientações provisórias de indicadores para a M&A das atividades de comunicação de risco e envolvimento da comunidade para a COVID-19. As orientações dos indicadores podem ser usadas a fim de monitorizar o progresso na implementação de atividades e avaliar a resposta da RCCE à COVID-19. As orientações dos indicadores foram escritas principalmente para a RCCE nacional. As orientações serão de interesse para o governo, as Nações Unidas, as ONG e intervenientes académicos e comunitários da sociedade civil. Também podem ser usadas para a RCCE regional e global. As orientações dos indicadores foram desenvolvidas como um menu de indicadores que podem ser escolhidos a fim de medir os resultados de um programa da RCCE.

Embora este documento tenha sido escrito especificamente no sentido de dar resposta à COVID-19, espera-se que forneça um ponto de referência útil a fim de desenvolver quadros de indicadores para a resposta da RCCE a outros surtos de doenças. Recomenda-se que se procure aconselhamento técnico de M&A ao procurar adaptar este quadro de indicadores a outros surtos de doenças.

# Índice

---

Agradecimentos .....	3
Serviço Coletivo .....	3
Finalidade e público-alvo .....	3
Índice .....	4
Abreviaturas .....	5

## **Capítulo 1: introdução e antecedentes** **6**

---

Comunicação de Risco e Envolvimento da Comunidade .....	7
Quadro de Indicadores Provisório da RCCE do Serviço Coletivo .....	7

## **Capítulo 2: quadro de Indicadores RCCE** **9**

---

Lista de indicadores .....	12
Indicadores principais .....	12
Como aplicar as orientações dos indicadores .....	17
Recursos Adicionais .....	18

## **Capítulo 3: recolha de dados** **19**

---

Ética .....	20
Fontes de dados .....	20
Desagregação e frequência .....	21

## **Capítulo 4: indicadores** **23**

---

Prática de medidas de saúde pública recomendadas .....	24
Cumprimento das normas sociais .....	31
Solidariedade social .....	33
Confiança nas autoridades .....	35
Responsabilização perante a comunidade .....	37
Conhecimento das informações sobre riscos da COVID-19 .....	39
Alcance da informação .....	45
Participação na gestão da resposta .....	50
Envolvimento da comunidade.....	52
Leis e políticas .....	56
Gestão infodémica .....	59
Feedback da comunidade .....	61
Pesquisa e avaliação de necessidades .....	64
Capacitação .....	65
Mecanismo de coordenação .....	66
Plano e orçamento RCCE .....	67

# Abreviaturas

---

<b>BeSD</b>	motores sociais e comportamentais
<b>C4D</b>	comunicação para o desenvolvimento
<b>CDC</b>	Centros de Controlo e Prevenção de Doenças
<b>COVID-19</b>	doença do coronavírus
<b>GOARN</b>	Rede Global de Alerta e Resposta a Surtos
<b>GYM</b>	Mobilização Global da Juventude
<b>PS</b>	Profissional de saúde
<b>PID</b>	peçoas internamente deslocadas
<b>IFRC</b>	Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho
<b>IoGT</b>	Internet das Coisas Boas
<b>JHU</b>	Universidade Johns Hopkins
<b>LSHTM</b>	London School of Hygiene and Tropical Medicine
<b>M&amp;A</b>	monitorização e avaliação
<b>SMAPS</b>	saúde mental e apoio psicossocial
<b>MICS</b>	Multiple Indicator Cluster Survey (Inquérito Agrupado de Indicadores Múltiplos)
<b>SP</b>	Saúde Pública
<b>RD4C</b>	Responsible Data for Children
<b>RCCE</b>	Comunicação de Risco e Envolvimento da Comunidade
<b>ODS</b>	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
<b>SOP</b>	procedimento operacional padrão
<b>UNICEF</b>	Fundo das Nações Unidas para a Infância
<b>DENU</b>	Divisão de Estatísticas das Nações Unidas
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde



# Capítulo 1: introdução e antecedentes



# Comunicação de Risco e Envolvimento da Comunidade

Desde o início da crise da COVID-19, a comunicação de risco e o envolvimento da comunidade (RCCE) têm sido reconhecidos como um pilar central da resposta. A RCCE é essencial para o sucesso das intervenções tanto médicas como não médicas. Abrange tudo, desde a mudança de comportamento até ao combate à desinformação e ao apoio à liderança comunitária. A RCCE é uma prioridade transversal que requer uma vasta gama de parceiros humanitários e de saúde pública no sentido de trabalhar em conjunto com os governos e as comunidades afetadas. À medida que o mundo enfrenta os próximos desafios da crise em curso, incluindo o lançamento de uma campanha global de vacinação sem precedentes, a RCCE é essencial para o sucesso.

A RCCE é composta por duas amplas linhas de trabalho: comunicação de risco e envolvimento da comunidade. A comunicação de risco e o envolvimento da comunidade apoiam-se mutuamente no esforço de colocar as comunidades no centro da resposta à COVID-19.

Uma estratégia-chave da resposta do Serviço Coletivo à RCCE é a orientação com base em dados. A monitorização e a avaliação serão usadas a fim de medir o sucesso de todas as intervenções, com o intuito de analisar as situações periodicamente e fazer as mudanças necessárias. São aplicados métodos das ciências sociais a fim de assegurar um conhecimento abrangente das comunidades afetadas pela doença e garantir a sua participação em todas as fases: preparação, prontidão e resposta. Esta abordagem mostra respeito e responsabilização perante a comunidade e, ao mesmo tempo, favorece a criação de confiança e a aceitação das medidas de saúde pública.

## Quadro de Indicadores Provisório da RCCE do Serviço Coletivo

Em 2020, o Serviço Coletivo desenvolveu o [COVID-19 Behaviour Change Framework](#) (Quadro da Mudança de Comportamento da COVID-19), baseado no [Behavioural Drivers Model](#) (Modelo de Motores Comportamentais) do [UNICEF](#). O [COVID-19 Behaviour Change Framework](#) do Serviço Coletivo está organizado em torno

de seis dimensões sociocomportamentais: Informação e comunicação; Conhecimento e compreensão; Percepções; Práticas; Ambiente social; Estrutural. Estas dimensões sociocomportamentais fornecem um quadro a fim de compreender de que forma a percepção, o conhecimento, as práticas, os processos sociais e os fatores estruturais das pessoas têm impacto na adoção de comportamentos de saúde positivos. O [COVID-19 Behaviour Change Framework](#) é acompanhado por um conjunto de indicadores. Estes indicadores medem os aspetos sociais e comportamentais da RCCE para a COVID-19 e estão, na sua maioria, ao nível dos resultados. O Serviço Coletivo desenvolveu um [banco de perguntas](#) a fim de apoiar a recolha de dados para estes indicadores. O banco de perguntas é um menu de perguntas relacionadas com fatores sociocomportamentais e a COVID-19. As perguntas foram desenvolvidas pela equipa do Serviço Coletivo da RCCE em consulta com parceiros e especialistas da resposta e fazem parte da estratégia global da RCCE do SC. Pode ser usado com o intuito de desenvolver investigação operacional em ciências sociais num ambiente comunitário (por exemplo, inquéritos quantitativos, discussões de grupos de foco qualitativos). Inclui perguntas-chave nas dimensões do conhecimento, das percepções, das práticas e dos fatores sociais e estruturais. Pretende-se que os parceiros identifiquem áreas-chave de investigação de acordo com as suas prioridades operacionais, selecionem as questões mais relevantes e as atualizem por forma a refletir os contextos nacionais e subnacionais.

Em 2021, o Serviço Coletivo comprometeu-se a desenvolver este documento, o [Interim RCCE Indicator Guidance](#) (Orientações Provisórias de Indicadores da RCCE), com o objetivo de fornecer um quadro de M&A com indicadores claros de realização e resultados a fim de apoiar a gestão do programa.<sup>1</sup> Combina indicadores de resultados do [COVID-19 Behaviour Change Framework](#) do Serviço Coletivo com indicadores de realização, atividade e recursos. Os indicadores de realização, atividade e recursos foram desenvolvidos com particular referência aos *Minimum Quality Standards and Indicators for Community Engagement* (Normas Mínimas de Qualidade e Indicadores de Envolvimento da Comunidade) do UNICEF.<sup>2</sup> As orientações fornecem um conjunto completo de indicadores para a M&A das atividades da RCCE. A par com o *Minimum Quality Standards and Indicators for Community Engagement* e o [COVID-19 Behaviour Change Framework](#), foram analisados os seguintes quadros de indicadores: [Principais Normas Humanitárias](#); Quadro de Monitorização e Avaliação do Plano de Preparação e Resposta Estratégica da OMS para

1 O Serviço Coletivo, Estratégia Global de Resposta à COVID-19 da RCCE, IFRC, UNICEF, OMS, Genebra, 2020

2 UNICEF, *Minimum Quality Standards and Indicators for Community Engagement*, 2019

a COVID-19; **Motores Sociais e Comportamentais para a Vacinação**; Quadro de Monitorização e Avaliação das Atividades de Resposta à COVID-19 na UE/EEE e no Reino Unido, Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças; Quadro de Monitorização e Avaliação e Ferramentas para a Comunicação de Risco e Envolvimento da Comunidade e a COVID-19, READY; Plano de Resposta Humanitária para a COVID-19, OCHA.

Estas orientações serão estendidas aos parceiros a nível nacional e regional durante 2021. Em 2022, o Serviço Coletivo levará a cabo uma revisão do documento. Com base na revisão, as orientações dos indicadores serão revistas e a *RCCE Indicator Guidance for COVID-19* será publicada posteriormente. on the review the indicator guidance will be revised and final *RCCE Indicator Guidance for COVID-19* will be published thereafter.





■

## Capítulo 2: quadro de Indicadores RCCE



Este capítulo explica a estrutura das orientações provisórias de indicadores.

Como primeiro passo, no desenvolvimento das orientações provisórias de indicadores, foi elaborada uma teoria genérica de mudança para a RCCE. A teoria da mudança foi desenvolvida para um amplo programa da RCCE ao nível nacional para a COVID-19. A teoria da mudança identifica os principais resultados da RCCE que contribuem no sentido de reduzir a morbilidade e a mortalidade da COVID-19. Na Tabela 1, os resultados são classificados em impactos, resultados intermédios, realizações, atividades e recursos.

A monitorização dos pressupostos é feita com o intuito de ajudar a assegurar que o programa é relevante e apropriado para o contexto. Exemplos de pressupostos relevantes para a RCCE podem incluir:

- » O público tem acesso aos bens e serviços que são recomendados pela resposta a fim de enfrentar a COVID-19
- » É fornecido apoio contínuo do governo com o intuito de implementar e manter as políticas recomendadas da COVID-19 durante toda a pandemia.

Os pressupostos variam de acordo com o contexto e de acordo com os objetivos do programa. Por esta razão, não foram incluídos nestas orientações indicadores para monitorizar os pressupostos.



TABELA 1 | TEORIA DA MUDANÇA PARA A COVID-19 DA RCCE

<b>Impacto</b>	A transmissão, a morbidade e a mortalidade da COVID-19 são reduzidas						
	A comunidade, particularmente os membros mais vulneráveis, acede aos serviços e pratica as principais recomendações de saúde pública						
	As normas sociais apoiam a aceitação das recomendações de saúde pública						
	A autoeficácia dos indivíduos é reforçada a fim de apoiar a aceitação das recomendações de saúde pública						
	A comunidade age de forma solidária no sentido de apoiar a aceitação das recomendações de saúde pública						
	A comunidade tem confiança na resposta de saúde pública à COVID-19						
	A resposta é liderada pela comunidade e responsável perante o público			A comunidade compreende as informações e recomendações de saúde pública			
	Os sistemas da RCEE são reforçados com o intuito de responder a emergências de saúde pública						
<b>Realização</b>	A comunidade participa na tomada de decisões sobre a resposta em matéria de saúde pública		As comunidades, particularmente os membros mais vulneráveis, estão empenhadas na resposta de saúde pública			Informações exatas sobre riscos são comunicadas ao público	
	O quadro legal e político apoia a RCCE para a COVID-19	São estabelecidos mecanismos para a participação da comunidade na tomada de decisões	São fornecidos apoios a fim de permitir aos membros da comunidade desempenhar um papel ativo na prestação de serviços	Os trabalhadores dos serviços locais envolvem e informam as pessoas nas suas comunidades	São criadas plataformas nos meios de comunicação social e presenciais para o diálogo sobre saúde pública na comunidade	Comunicação precisa dos riscos preparada pelos meios de comunicação social e saúde	É gerida a desinformação infodémica e de saúde
	O mecanismo de feedback da comunidade liga a comunidade ao governo, aos meios de comunicação social e a outros intervenientes						
<b>Atividade</b>	É levado a cabo um estudo social e comportamental		É estabelecida a monitorização de mensagens			É estabelecido o controlo dos rumores	
	É reforçada a cooperação com parceiros baseados na comunidade						
	É ministrada formação no sentido de desenvolver a capacidade dos parceiros						
	É prestada assistência técnica a fim de apoiar a implementação da RCCE						
	É conduzida a sensibilização a fim de promover a aceitação e implementação da RCCE						
	É desenvolvido o plano de resposta nacional da RCCE à COVID-19 baseado em evidências						
<b>Recursos</b>	É realizada uma avaliação das necessidades da RCCE						
	O mecanismo de coordenação da RCCE nacional e local está operacional						
	Os funcionários com competência em aptidões nucleares da RCCE estão a postos						
	É atribuído um orçamento suficiente para o programa da RCCE						

Os indicadores deste documento foram escolhidos de forma a medir os resultados desta teoria da mudança. Cada indicador refere-se a uma declaração de resultados na teoria da mudança. Por exemplo, o resultado número 6 na Tabela 1, “A comunidade tem confiança na resposta de saúde pública à COVID-19”, tem o indicador correspondente “percentagem de indivíduos que confiam nas autoridades e nos parceiros que lideram a resposta à COVID-19”. Sempre que possível, são sugeridos vários indicadores para cada resultado. Isto para que os intervenientes possam escolher os indicadores mais apropriados ao seu contexto. Os intervenientes podem escolher usar vários indicadores a fim de medir um único resultado.

Os indicadores para estas orientações foram escolhidos pela sua relevância, coerência e fiabilidade. Sempre que possível, os indicadores foram alinhados com documentos-chave globais, nomeadamente o *Behaviour Change Framework dos Serviços Coletivos e os Minimum Quality Standards and Indicators for Community Engagement* do UNICEF. Os indicadores relacionados com a vacinação são extraídos do documento da OMS **Motores Sociais e Comportamentais para a Vacinação**. Foi ainda realizada uma extensa revisão da literatura no sentido de encontrar outros indicadores da RCCE. Alguns novos indicadores estão a ser usados com o intuito de medir resultados nos casos em que não foram encontrados indicadores existentes que pudessem ser adaptados com êxito.

A disponibilidade de dados é uma consideração importante na escolha dos indicadores. A disponibilidade de dados da RCCE varia consideravelmente consoante o tempo e o local. Em vez de restringir o quadro aos indicadores para os quais existem dados atualmente disponíveis, foi decidido incluir indicadores para os quais não estão atualmente disponíveis dados, mas que recomendamos que sejam priorizados no desenvolvimento de métodos de recolha de dados.

Durante uma pandemia, a informação necessária a fim de gerir a resposta muda ao longo do tempo. Por exemplo, nas fases iniciais de uma resposta, o foco pode estar em assegurar que a população tem a informação necessária a fim de evitar contrair o vírus. Numa fase posterior, o foco pode mudar para o envolvimento com o público na vacinação. Recomenda-se que, uma vez selecionado um indicador, este seja mantido no quadro de monitorização do programa e atualizado ao longo da resposta. Podem ser adicionados novos indicadores a um quadro de monitorização do programa à medida que a situação evolui; por exemplo, uma vez que uma vacina se torne disponível, podem ser adicionados indicadores sobre a aceitação da vacina.

As informações sobre riscos de doenças infecciosas fornecidas ao público podem variar ao longo do tempo e entre áreas governamentais. Por exemplo, a recomendação sobre a distância física segura que as pessoas devem manter entre si pode mudar à medida que o entendimento científico se desenvolve. Os governos também podem adotar diferen-

tes recomendações de saúde de acordo com o seu contexto ou preferências políticas. Isto apresenta alguns desafios na agregação de dados. A fim de lidar com esta questão, estas orientações utilizam indicadores amplamente definidos. Por exemplo, em vez de um indicador “Percentagem de pessoas que mantêm uma distância social de 1,5 metros”, temos um indicador sobre “Percentagem de indivíduos que relatam a prática de medidas recomendadas a fim de se protegerem da COVID-19”. O segundo indicador usará a recomendação de saúde do governo relevante como referência. Estes indicadores amplamente definidos também permitirão a comparação entre países e áreas geográficas sobre a percentagem de pessoas que praticam as medidas recomendadas localmente.

Importa realçar que, na teoria da mudança, a RCCE é necessária a fim de alcançar os impactos de uma redução na transmissão, redução na morbilidade e redução na mortalidade da COVID-19. Entende-se que a RCCE contribui para estes impactos. As orientações sobre indicadores no sentido de medir os resultados do impacto são fornecidas pelo **Plano de Preparação e Resposta Estratégica** da OMS.

Importa ainda reforçar que nem todos os resultados da teoria da mudança têm um indicador a fim de a medir nestas orientações. A seleção do indicador centrou-se nos principais resultados da RCCE. Além disso, alguns resultados não foram incluídos para medição, uma vez que é necessário mais trabalho na metodologia de recolha de dados antes de poderem ser incluídos nestas orientações. O formato das orientações de indicadores está descrito na Tabela 2.

## Lista de indicadores

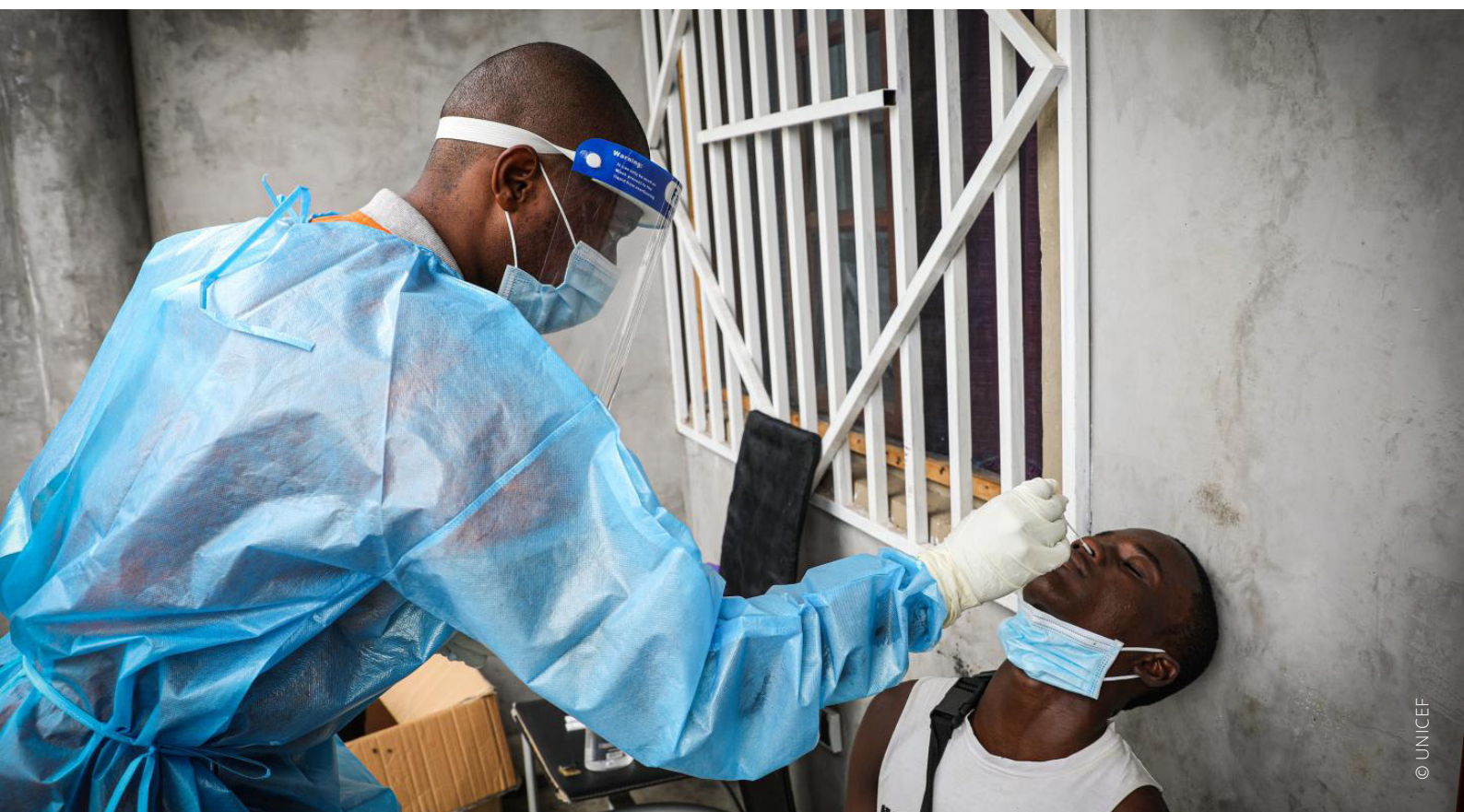
A Tabela 3 mostra a lista completa de indicadores nestas orientações.

## Indicadores principais

Na Tabela 4 é apresentado um conjunto de indicadores centrais para a M&A da RCCE. O conjunto inclui indicadores tanto destinados aos resultados de comunicação de risco como aos resultados do envolvimento da comunidade. Os indicadores medem os resultados e o nível de realização. Estes indicadores principais podem ser considerados como um conjunto básico de indicadores a fim de acompanhar o progresso através da RCCE. O Serviço Coletivo recomenda que estes indicadores sejam considerados para inclusão em todos os quadros de indicadores de M&A da COVID-19. A utilização deste conjunto básico de indicadores também melhorará a coerência na elaboração de relatórios e análises dentro e entre países.

TABELA 2 | **DESCRIÇÃO DO FORMATO DAS ORIENTAÇÕES DE INDICADORES**

Indicador	Nome completo do indicador
<b>Resultado</b>	Nome completo do resultado que o indicador irá monitorizar
<b>Nível de resultado</b>	Nível do resultado — ver teoria da mudança (o impacto, resultado, etc.)
<b>Referência</b>	Documento do qual o indicador foi retirado
<b>Finalidade</b>	Razões para o uso deste indicador
<b>Definição</b>	Uma definição técnica do indicador
<b>Desagregar</b>	Recomenda como os dados para o indicador devem ser desagregados
<b>Cálculo</b>	Como calcular o valor final para o indicador
<b>Frequência</b>	Frequência com que os dados devem ser recolhidos, analisados e comunicados
<b>Fontes de dados</b>	Recomenda o tipo de dados que devem ser utilizados para o indicador
<b>Limitações</b>	Considerações a fazer quando se usa o indicador



**TABELA 3 | LISTA DE INDICADORES DE COMUNICAÇÃO DE RISCO E ENVOLVIMENTO DA COMUNIDADE**

Nível	Indicadores	Página
<b>Resultado</b>	<b>Prática de medidas de saúde pública recomendadas</b>	24
	Percentagem de indivíduos que relatam a prática de medidas recomendadas a fim de se protegerem da COVID-19	24
	Percentagem de indivíduos que relatam a prática de medidas recomendadas com o intuito de deter a transmissão da COVID-19 na sua comunidade	26
	Percentagem de indivíduos que procuram imediatamente cuidados médicos se tiverem sintomas de COVID-19	28
	Percentagem de indivíduos que receberão uma vacina contra a COVID-19 se esta lhes for disponibilizada	30
	<b>Cumprimento das normas sociais</b>	31
	Percentagem da população que espera que a maioria das pessoas na sua comunidade cumpra as normas sociais em torno da COVID-19	31
	<b>Solidariedade social</b>	33
	Percentagem de indivíduos que pensam que ficar doente com COVID-19 conduz ao estigma	33
	Percentagem de indivíduos que receberam apoio social para a COVID-19 da família, amigos ou vizinhos nos últimos três meses	34
	<b>Confiança nas autoridades</b>	35
	Percentagem de indivíduos que confiam nas autoridades e nos parceiros que lideram a resposta à COVID-19	35
	<b>Responsabilização perante a comunidade</b>	37
	Percentagem de indivíduos que pensam que as medidas recomendadas localmente para a COVID-19 são justas	37
	Percentagem de indivíduos que sabem como fornecer feedback	38
	<b>Conhecimento das informações sobre riscos da COVID-19</b>	39
	Percentagem de indivíduos que acreditam estar em risco de contrair COVID-19	39
	Percentagem de indivíduos que conhecem os sintomas corretos da COVID-19	40
	Percentagem de indivíduos que conhecem as vias de transmissão corretas da COVID-19	41
	Percentagem de indivíduos que sabem como se proteger da COVID-19	43
	Percentagem de adultos/profissionais de saúde que sabem onde se podem vacinar contra a COVID-19	44
	<b>Alcance da informação</b>	45
	Percentagem de indivíduos que procuram regularmente informações sobre a COVID-19	45
	Percentagem de indivíduos que recebem informações através de um canal de comunicação no qual confiam	46

	Percentagem de indivíduos que foram alcançados pelas informações de saúde pública sobre a COVID-19	47
	Percentagem de indivíduos que estão satisfeitos com o conteúdo das informações que recebem sobre a COVID-19	49
	<b>Participação na gestão da resposta</b>	<b>50</b>
	Percentagem de áreas-alvo onde os membros da comunidade participam ativamente nos processos de tomada de decisão em matéria de saúde pública	50
<b>Realização</b>	<b>Envolvimento da comunidade</b>	<b>52</b>
	Percentagem de grupos-alvo comunitários que promovem recomendações de saúde pública a fim de deter a COVID-19	52
	Percentagem de áreas-alvo onde os membros da comunidade desempenham um papel ativo na prestação de serviços de saúde pública de resposta à COVID-19	53
	Percentagem de áreas-alvo onde se realizam diálogos comunitários sobre saúde pública	54
	Percentagem de áreas-alvo onde são prestados apoios para que os membros da comunidade desempenhem um papel ativo na prestação de serviços de saúde pública de resposta à COVID-19	55
	<b>Leis e políticas</b>	<b>56</b>
	Percentagem de áreas-alvo nas quais os SOP da RCCE foram adotados pelos parceiros governamentais	56
	Percentagem de áreas-alvo onde foram adotadas políticas e procedimentos para a participação das comunidades locais	57
<b>Atividade</b>	<b>Gestão infodémica</b>	<b>59</b>
	Capacidades para localizar e fazer face à infodemia e à desinformação sobre a saúde	59
	<b>Feedback da comunidade</b>	<b>61</b>
	Percentagem de áreas-alvo onde existem mecanismos de captação e utilização do feedback da comunidade	61
	Percentagem de áreas-alvo onde foram feitas alterações aos planos de resposta à COVID-19 com base no feedback da comunidade	63
	<b>Estudo e avaliação de necessidades</b>	<b>64</b>
	Países que realizaram uma avaliação dos motores sociais e comportamentais (BeSD) para a aceitação e adoção da vacinação contra a COVID-19	64
	<b>Capacitação</b>	<b>65</b>
Número de participantes nas sessões de formação de RCCE	65	
<b>Recursos</b>	<b>Mecanismo de coordenação</b>	<b>66</b>
	Um mecanismo de coordenação de RCCE está ativo e formalmente implementado	66
	<b>Plano e orçamento</b>	<b>67</b>
	É adotado um plano de comunicação de risco e envolvimento da comunidade para a COVID-19	67
	Está disponível um orçamento adequado destinado às atividades de comunicação de risco e envolvimento da comunidade	68

TABELA 4 | LISTA DE INDICADORES PRINCIPAIS RECOMENDADOS

INDICADORES PRINCIPAIS	Página
Percentagem de indivíduos que relatam a prática de medidas recomendadas a fim de se protegerem da COVID-19	24
Percentagem de indivíduos que receberão uma vacina contra a COVID-19 se esta lhes for disponibilizada	30
Percentagem de indivíduos que conhecem as vias de transmissão corretas da COVID-19	41
Percentagem de grupos-alvo comunitários que promovem recomendações de saúde pública a fim de deter a COVID-19	52
Número de pessoas que foram alcançadas pelas informações de saúde pública sobre a COVID-19	47



© UNICEF/UN0375523/Kaur





## Como aplicar as orientações dos indicadores

Como acima referido, a recomendação consiste em, sempre que possível, aplicar o *Interim RCCE Indicator Guidance* em conjunto com as partes interessadas e parceiros da RCCE a fim de apoiar uma resposta coordenada. Abaixo, encontra-se uma breve descrição sobre como aplicar estas orientações para a programação.

### • Desenvolver uma teoria da mudança

Como primeiro passo, deve ser desenvolvida uma teoria da mudança de RCCE. A teoria da mudança apresentada neste documento foi elaborada como um esboço geral que pode ser adaptado a contextos específicos. Os resultados que não são relevantes para um programa específico podem ser removidos da teoria da mudança e outros resultados podem ser acrescentados. É vital assegurar que a teoria da mudança permanece lógica e clara. O tempo e o esforço investidos no desenvolvimento da teoria da mudança

serão recompensados, uma vez que é a base da M&A do programa.

### • Escolha de indicadores

Após identificar os resultados-chave para o programa, o passo seguinte é a escolha dos indicadores adequados à sua medição. Cada indicador nestas orientações refere-se a um resultado na teoria da mudança; por exemplo, o resultado número 8 na Tabela 1, “A comunidade compreende as informações e recomendações de saúde pública”, tem três indicadores adequados à medição: “Percentagem de indivíduos que conhecem os sintomas corretos da COVID-19”; “Percentagem de indivíduos que conhecem as vias de transmissão corretas da COVID-19”; e “Percentagem de indivíduos que sabem como se proteger da COVID-19”. Cada um destes indicadores mede uma dimensão do resultado. Devem ser escolhidos os indicadores que são mais relevantes para o programa.

### • Escolha de meios de verificação

Nestas orientações é identificado um meio de verificação ou fonte de dados preferencial para cada indicador. São também sugeridas fontes de dados alternativas. Os meios de verificação devem ser escolhidos com base no contexto e recursos do programa. No caso de alguns programas, pode ser possível conduzir um inquérito de alta qualidade e conduzir uma investigação qualitativa para triangulação de dados. Quanto a outros programas, as opções de recolha de dados podem ser mais limitadas. Deve também ser considerada a possibilidade de utilizar tecnologias móveis específicas para uma mais rápida recolha de dados ou monitorização das atividades. Em cada caso, o objetivo é fornecer uma base de evidências tão sólida quanto possível no contexto.

### • Decidir sobre a frequência dos relatórios

A frequência dos relatórios sobre cada indicador deve ser decidida. Devem ser disponibilizados dados sobre os indicadores no momento em que são necessários pelos gestores do programa. Isto pode variar de acordo com as circunstâncias da resposta; por exemplo, na fase inicial de uma pandemia, podem ser necessárias informações com mais frequência do que numa fase posterior. A frequência dos relatórios também dependerá dos recursos disponíveis a fim de recolher dados e do contexto operacional.

Quando todas estas etapas estiverem concluídas, haverá tanto uma teoria da mudança para o programa como um quadro de indicadores adequados à sua medição. Os dados terão de ser recolhidos de acordo com os meios de verificação escolhidos e a frequência. O passo mais importante é analisar, discutir e interpretar os dados disponíveis.



# Recursos Adicionais

---

Os seguintes recursos adicionais estão disponíveis na RCCE para a COVID-19.

## • Apoio Técnico do Serviço Coletivo

É disponibilizada assistência técnica através do Apoio Técnico do Serviço Coletivo. O Apoio Técnico visa reforçar a capacidade do pessoal nacional e local a fim de se envolver coletivamente com as comunidades afetadas. O Apoio Técnico recorre aos conhecimentos especializados da IFRC, GOARN, UNICEF e OMS a fim de fornecer orientação técnica e apoio aos profissionais de comunicação de risco e envolvimento da comunidade (RCCE). O Apoio Técnico do Serviço Coletivo pode ser contactado para a consulta de dados e aconselhamento através do endereço: [helpdesk@rcce-collective.net](mailto:helpdesk@rcce-collective.net)

## • Painel do Serviço Coletivo

O Serviço Coletivo analisa ativamente estudos quantitativos relacionados com a RCCE realizados no terreno ou a nível global por parceiros e comunidades académicas. Uma extensa correspondência de dados foi realizada de modo a compilar em conjunto os dados destes estudos no Painel de Indicadores de Comportamento do Serviço Coletivo. Até à data, mais de 340 estudos quantitativos foram combinados no Painel de Indicadores de Comportamento. O Painel pode ser utilizado para medir e rastrear dados-chave de comportamento social sobre respostas a emergências a nível global, regional e nacional. Existem Painéis individuais para 187 países.

## • Pacote de Formação em Ciências Sociais do Serviço Coletivo

O Serviço Coletivo desenvolveu um pacote de formação sobre a utilização de provas de ciências sociais para atividades de envolvimento comunitário e de comunicação. O pacote de formação consiste em 7 módulos e 24 sessões que cobrem todo o espectro da operacionalização das ciências sociais durante uma emergência. Para aceder ao conteúdo da formação, [visite o site do Serviço Coletivo](#).

## • Feedback da Comunidade

A IFRC produziu um conjunto abrangente de orientações e ferramentas para utilizar sistematicamente os conhecimentos da comunidade a fim de melhorar programas, operações e responsabilização de forma mais ampla. Inclui os primeiros passos para a criação de um mecanismo básico de feedback, orientação sobre como conduzir inquéritos de perceção da comunidade, analisar comentários de feedback qualitativos, lidar com feedback sensível, e assegurar que todo o feedback é tratado de forma responsável. No [Community Engagement Hub](#) da Cruz Vermelha encontra-se disponível uma grande variedade de orientações e ferramentas.

## • Manual de Dados do Serviço Coletivo para Ação

O Serviço Coletivo mantém um Manual de Dados para Ação cujo intuito é fornecer uma descrição geral dos processos envolvidos na utilização de dados para a RCCE. O Manual abrange Ciência Social, Feedback da Comunidade, M&A, utilização de dados e Gestão da Informação. São fornecidas ligações aos recursos recomendados nestas áreas. O Manual é atualizado regularmente pelo Serviço Coletivo. Uma versão web do Manual está atualmente a ser produzida. Entretanto, o Manual pode ser acedido [aqui](#).



# Capítulo 3: recolha de dados



Esta secção fornece orientações técnicas sobre a recolha de dados da RCCE, incluindo ética, fontes de dados e desagregação.

## Ética

Este documento não procura fornecer orientações específicas sobre ética para a M&A da RCCE. Em vez disso, são destacados recursos-chave que podem orientar os parceiros na M&A da RCCE.

A IFRC usa permanentemente os seus sete princípios fundamentais como base para a ação do Movimento. A ética da ação humanitária tem sido ainda mais articulada no [Código de Conduta para o Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho e ONG dedicadas à Assistência em Desastres](#).

O UNICEF, em colaboração com a Universidade de Nova Iorque, desenvolveu a iniciativa [Responsible Data for Children \(RD4C\)](#). O objetivo da iniciativa consiste em desenvolver ferramentas de bens públicos baseadas em evidências e fundamentadas no terreno e orientações sobre melhores práticas que permitam aos profissionais da linha da frente e gestores de programas tomar decisões informadas sobre os dados relativos a crianças. A RD4C inclui orientações sobre como conceber, apoiar e implementar programas com estes riscos em mente e de que forma promover práticas e sistemas de dados apropriados. A RD4C é transetorial, trabalhando com todas as secções do UNICEF.

Em fevereiro de 2020, a OMS criou um [Grupo de Trabalho sobre Ética e a COVID-19](#) internacional. O grupo desenvolve aconselhamento sobre questões éticas fundamentais que os Estados-Membros da OMS devem abordar. O grupo de trabalho baseia-se nas Diretrizes da OMS de 2017 sobre questões éticas na vigilância de saúde pública. Este documento, um dos primeiros do seu género, é recomendado como uma referência útil para a RCCE e a ética da recolha de dados.

## Fontes de dados

Para cada um dos indicadores destas orientações, recomenda-se uma fonte de dados preferencial. Por exemplo, para o indicador “Percentagem de indivíduos que relatam a prática de medidas recomendadas a fim de se protegerem da COVID-19”, a fonte de dados recomendada deriva de inquéritos à população. São também sugeridas fontes de dados alternativas. Podem ser usadas fontes de dados alternativas quando dados preferenciais não estão disponíveis. Tomando o mesmo indicador como exemplo, os dados



observacionais podem ser usados como uma aproximação para algumas medidas de saúde pública, tais como o uso de máscara. No caso de indicadores relacionados com processos administrativos, a fonte de dados recomendada deriva de informações do governo ou contrapartidas comunitárias. Por exemplo, para o indicador “Percentagem de áreas-alvo onde foram adotadas políticas e procedimentos para a participação das comunidades locais”, a fonte recomendada consiste nos dados dos gabinetes governamentais e dos representantes da comunidade. No entanto, quando estes dados não estão disponíveis nos gabinetes governamentais e representantes da comunidade, podem ser usadas fontes de dados alternativas. Ao usar dados proxy, é importante ter em mente que os dados podem não ser tão válidos ou fiáveis como a fonte de dados preferencial.

Não se pode esperar que uma fonte de dados forneça todas as informações necessárias no sentido de compreender o resultado que está a ser medido. Por esta razão, recomenda-se a triangulação das fontes de dados ao realizar a análise. A triangulação ocorre quando uma pergunta, por exemplo, “As pessoas estão a praticar as medidas recomendadas para se protegerem da COVID-19?”, é analisada a partir de diferentes pontos de vista. Isto acrescenta nuance e profundidade à análise. A triangulação pode ser feita através da análise de várias fontes de informação; por exemplo, combinando dados de inquéritos com dados observacionais.

A RCCE é liderada pela comunidade. As comunidades devem tomar a liderança na recolha de dados, analisando-os e participando nos processos de tomada de decisão do programa e, ao fazê-lo, ajudar a assegurar que a resposta da saúde pública é adequada ao objetivo e que a respon-

sabilização é possível. A participação da comunidade pode ser usada a fim de determinar em que medida é possível a responsabilização relativamente à resposta. Estas informações fundamentam os processos internos de responsabilização. Ao mesmo tempo, a participação da comunidade consiste num ato de responsabilização em si. Ao participar, a comunidade aprende sobre os resultados do programa e está mais apta à responsabilização dos gestores do programa. Recomenda-se vivamente que os representantes da comunidade participem nos processos de recolha de dados, análise e tomada de decisões ao longo de todo o processo.

## Desagregação e frequência

A fim de responder à pandemia é necessário identificar e caracterizar os fatores que atrasam ou aceleram a transmissão da COVID-19 e as populações que são mais vulneráveis à doença. A desagregação dos dados é fundamental a fim de gerar as informações necessárias para o efeito.<sup>3</sup>

3 OPAS, Why data disaggregation is key during a pandemic, 2021, <[iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52002/Data-Disaggregation-Factsheet-eng.pdf?sequence=17](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52002/Data-Disaggregation-Factsheet-eng.pdf?sequence=17)>



A desagregação dos dados pelas populações requer normalmente uma grande quantidade de dados. Por esta razão, recomenda-se, sempre que possível, realizar uma recolha de dados em maior escala. Isto pode envolver a junção de recursos de várias agências. Por exemplo, em vez de realizar vários pequenos inquéritos, pode ser melhor combinar recursos e realizar um grande inquérito que permita a desagregação dos dados por grupo-chave. Os modelos de recolha de dados também podem ser desenvolvidos em conjunto com parceiros a fim de facilitar a análise partilhada.

Tendo em conta os desafios que os países estão a enfrentar na desagregação dos dados, detalhamos para cada indicador uma desagregação mínima.

### Idade

Recomenda-se a desagregação pelas categorias etárias 0–14, 15–24, 25–59, +60 para todos os indicadores da população.

### Sexo

Recomenda-se a desagregação pelas categorias de sexo masculino e feminino para todos os indicadores da população.

### Educação

A desagregação dos dados por educação deve ser feita por: não formal, aprendizagem precoce, ensino primário, ensino geral do secundário inferior, ensino geral do secundário superior, técnico e profissional. Quando existe interesse relativo à definição de políticas, os dados da educação também podem ser desagregados por aqueles que frequentaram o ensino superior.

### Localização geográfica

Os dados podem ser desagregados tanto pelas áreas administrativas do país, por exemplo por estado, condado, município, etc., e/ou em termos de zonas rurais e urbanas.

Muitos dos indicadores podem ser desagregados por governo nacional ou áreas administrativas subnacionais. As áreas administrativas do governo subnacional podem ser definidas como apropriadas ao contexto; por exemplo, podem ser usadas as áreas administrativas do governo local ou áreas administrativas de saúde.

### Incapacidade

Recomenda-se que a desagregação de dados por incapacidade seja feita com referência aos [conjuntos de perguntas do Washington Group](#).

## Migração

Os dados sobre refugiados, migrantes e PID devem ser desagregados por “naturais do país” ou “naturais do estrangeiro”; ou seja, nascidos no país ou nascidos fora do país.

Se for necessária uma análise mais aprofundada, os dados podem ser desagregados por “cidadão” e “não-cidadão” (não-cidadão inclui os apátridas).

No caso de países que pretendam analisar os dados por estatuto de migração legal, podem ser utilizadas as seguintes categorias: refugiados, requerentes de asilo, PID, migrantes internacionais e migrantes internos. Devem ser usadas definições dos países relativamente a estas categorias, quando disponíveis.<sup>4,5</sup>



## Variante do vírus

Os países podem pretender desagregar os indicadores por variante da COVID-19, de modo a melhor compreender os diferentes tipos de percepção de risco. Esta ação pode permitir uma melhor compreensão da percepção de risco da comunidade e dos casos nos quais os mal-entendidos possam estar associados à desinformação. Este documento não propõe orientações sobre a desagregação dos indicadores por variante da COVID-19.

## Frequência

Este documento fornece orientações sobre a frequência com que os dados devem ser recolhidos para cada indicador. Recomenda-se que os dados sejam recolhidos com “alta frequência” ou com “frequência moderada”. Isto reflete a frequência com que os dados são necessários para cada indicador, com vista a gerir com sucesso um programa de RCCE. Por exemplo, recomenda-se que os dados sobre o indicador “Países que efetuaram uma avaliação dos motores sociais e comportamentais (BeSD) para a aceitação e adoção da vacinação contra a COVID-19” sejam recolhidos com “frequência média”, uma vez que atualizações frequentes sobre se foi realizada uma avaliação BeSD não são necessárias a fim de gerir o programa. Por outro lado, recomenda-se que os dados sobre o indicador “Porcentagem de indivíduos que relatam a prática de medidas recomendadas a fim de se protegerem da COVID-19” sejam recolhidos com alta frequência, uma vez que os países terão de monitorizar continuamente a adesão da comunidade às medidas de saúde pública a fim de controlar a propagação da COVID-19.

4 UNICEF, Children on the Move Indicator Guidance, Nova Iorque, 2020

5 Technical Report on Monitoring Migration-related SDG Indicators DRAFT, DENU, janeiro de 2019, p. 7. Ver também Defining migratory status in the context of the 2030 Agenda, DENU, 2017 <<https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/meetings/2017/new-york--egm-migration-data/Session%204/Session%204%20UNSD.pdf>>

### Nota sobre a definição de “comunidade”

O termo “comunidade” é usado ao longo destas orientações. Definir “comunidade” pode ser difícil dentro do contexto de uma resposta epidémica.<sup>6</sup> Neste documento, entende-se por pessoas e comunidades qualquer grupo de pessoas vulneráveis, em risco ou afetadas por crises, reconhecendo a diversidade dos indivíduos que constituem qualquer comunidade e o papel do género, da idade, da incapacidade, da diversidade e das dinâmicas sociais, económicas e de poder existentes e em evolução e dos padrões de inclusão ou exclusão no aumento dos riscos, vulnerabilidades e marginalização de alguns grupos de pessoas no seio de uma comunidade.<sup>7</sup>

### Nota sobre a utilização das recomendações de saúde do governo como ponto de referência

Em muitos dos indicadores, recomenda-se usar a comunicação de informações sobre riscos do governo como ponto de referência. Podem existir alguns países ou regiões onde pode não ser apropriada a comunicação de informações sobre riscos do governo. Nestes casos, recomendamos o uso da comunicação de informações sobre riscos do Serviço Coletivo como referência.

6 Bedson et al., Community engagement in outbreak response: lessons from the 2014-2016 Ebola outbreak in Sierra Leone, BMJ Global Health, 2019

7 IFRC, Community Engagement and Accountability Guide, 2021, <[communityengagementhub.org/resource/ifrc-cea-guide/](https://communityengagementhub.org/resource/ifrc-cea-guide/)>

# — Capítulo 4: indicadores





# Prática de medidas de saúde pública recomendadas

<b>Indicador</b>	Percentagem de indivíduos que relatam a prática de medidas recomendadas a fim de se protegerem da COVID-19
<b>Resultado</b>	A comunidade, particularmente os membros mais vulneráveis, acede aos serviços e pratica as principais recomendações de saúde pública
<b>Nível de resultado</b>	Resultado
<b>Referência</b>	Quadro da Mudança de Comportamento do Serviço Coletivo

**Finalidade** Este indicador mede a percentagem de pessoas que relatam a prática de medidas a fim de se protegerem enquanto indivíduos contra a COVID-19. Os dados deste indicador podem ser desagregados a fim de identificar se os grupos sociais, particularmente as pessoas mais vulneráveis, estão a tomar medidas de redução do seu risco pessoal de contrair a COVID-19. Quando se verificar que uma baixa proporção da população ou grupos sociais específicos não estão a adotar as medidas recomendadas, devem ser imediatamente tomadas medidas a fim de analisar as razões por trás do problema e encorajar uma maior aceitação.

**Definição** No caso deste indicador, devem ser usadas as recomendações governamentais sobre as medidas destinadas a proteger os indivíduos da COVID-19. Este indicador diz respeito a medidas destinadas a proteger diretamente um indivíduo da COVID-19. As medidas relevantes incluem a higiene das mãos, uso de máscara, distanciamento físico, evitar tocar nas superfícies, evitar espaços apinhados, evitar espaços não ventilados.

Pode acontecer que, em determinados contextos, as medidas aqui listadas não sejam específicas à proteção pessoal. Neste caso, é aconselhada a adaptação destas orientações ao contexto.

Em muitos países, o governo subnacional é mandatado para recomendar medidas de proteção ao público. As recomendações da agência governamental mandatada devem ser usadas para a área na qual os dados estão a ser recolhidos.

Para que se considere que uma pessoa pratica as medidas recomendadas, deve praticar todas as medidas recomendadas pelo governo a maior parte ou a totalidade do tempo.

**Desagregar** A desagregação mínima recomendada para este indicador é por: sexo, idade, educação e incapacidade. Os dados devem ser desagregados por tipo de medida de proteção, tal como definido acima.

Quando existe interesse relativo à definição de políticas, os dados podem também ser desagregados por rendimento ou estatuto económico, origem étnica, localização geográfica e migração.

**Cálculo** Este indicador deve ser calculado como uma percentagem.

Numerador: total de inquiridos com idade igual ou superior a 15 anos que declaram praticar todas as medidas recomendadas a fim de se protegerem da COVID-19 a maior parte ou a totalidade do tempo.

Denominador: total de inquiridos com idade igual ou superior a 15 anos.



---

**Frequência**

Este indicador deve ser relatado com alta frequência.

---

**Fontes de dados**

A fonte de dados recomendada para este indicador são os inquéritos à população.

Quando não estão disponíveis dados dos inquéritos à população, podem ser usados outros tipos de dados. Os dados sobre o comportamento observado podem ser usados como uma aproximação para algumas medidas, tais como o uso de máscara.

---

**Limitações**

A compreensão dos fatores de comportamento social é fundamental para responder a uma pandemia. Os dados deste indicador não irão explicar o que motiva as pessoas a levar a cabo determinadas ações. A fim de explicar essa motivação, os investigadores precisariam de combinar esta análise do indicador com dados sobre o que motiva as pessoas a tomarem medidas de proteção, em particular através da utilização de investigação qualitativa.

---



<b>Indicador</b>	<b>Percentagem de indivíduos que relatam a prática de medidas recomendadas com o intuito de deter a transmissão da COVID-19 na sua comunidade</b>
<b>Resultado</b>	A comunidade, particularmente os membros mais vulneráveis, acede aos serviços e pratica as principais recomendações de saúde pública
<b>Nível de resultado</b>	Resultado
<b>Referência</b>	Quadro da Mudança de Comportamento do Serviço Coletivo

**Finalidade** Este indicador mede a percentagem de indivíduos que relatam a prática de medidas recomendadas com o intuito de reduzir a transmissão da COVID-19 na sua comunidade. Este indicador pode refletir sobre a vontade da comunidade em tomar medidas para se protegerem uns aos outros. Como tal, o indicador também pode ser entendido como uma medida de solidariedade social. Os dados deste indicador podem ser desagregados a fim de identificar se os grupos sociais, particularmente os mais vulneráveis, estão a tomar medidas de redução da transmissão da COVID-19. Quando se verificar que uma baixa proporção da população ou grupos sociais específicos não estão a adotar as medidas recomendadas a fim de acabar com a transmissão comunitária, devem ser tomadas medidas no sentido de analisar as razões por trás do problema e encorajar um maior cumprimento das recomendações de saúde pública.

**Definição** No caso deste indicador, devem ser usadas as recomendações governamentais sobre as medidas destinadas a deter a transmissão da COVID-19 na comunidade. Isto refere-se a medidas que são direcionadas com o intuito de deter a transmissão comunitária, tais como permanecer dentro dos limites de viagem recomendados, evitar viagens não essenciais, evitar eventos sociais, cobrir a boca com um cotovelo dobrado ou lenço ao tossir ou espirrar e colocar imediatamente os lenços usados num caixote do lixo fechado.

Pode acontecer que, em determinados contextos, as medidas aqui listadas não sejam específicas a fim de acabar com a transmissão comunitária. Neste caso, é aconselhada a adaptação destas orientações ao contexto.

Em muitos países, o governo subnacional é mandatado para recomendar medidas de proteção ao público. As recomendações da agência governamental mandatada devem ser usadas para a área na qual os dados estão a ser recolhidos.

Para que se considere que uma pessoa pratica as medidas recomendadas a fim de deter a transmissão da COVID-19 na sua comunidade, deve praticar todas as medidas recomendadas pelo governo a maior parte ou a totalidade do tempo.

**Desagregar** A desagregação mínima recomendada para este indicador é por: sexo, idade e educação. Os dados devem ser desagregados por tipo de medida de proteção a fim de deter a transmissão da COVID-19, como definido acima.

Quando existe interesse relativo à definição de políticas, os dados podem também ser desagregados por incapacidade, rendimento ou estatuto económico, origem étnica, localização geográfica e migração.

**Cálculo** Este indicador deve ser calculado como uma percentagem.

Numerador: total de inquiridos com idade igual ou superior a 15 anos que declaram praticar todas as medidas recomendadas a fim de deter a transmissão da COVID-19 na sua comunidade durante todo ou a maior parte do tempo.

Denominador: total de inquiridos com idade igual ou superior a 15 anos.

**Frequência**

Este indicador deve ser relatado com alta frequência.

**Fontes de dados**

A fonte de dados recomendada para este indicador são os inquéritos à população.

Quando não estão disponíveis dados dos inquéritos à população, podem ser usados outros tipos de dados. Podem ser usados como uma aproximação os dados sobre o comportamento observado.

**Limitações**

A compreensão dos fatores de comportamento social é fundamental para responder a uma pandemia. Os dados deste indicador não explicarão o que motiva as pessoas a tomar medidas a fim de deter a transmissão da COVID-19 na sua comunidade. Os investigadores precisariam de combinar a análise deste indicador com dados da investigação qualitativa para explicar esta motivação.



<b>Indicador</b>	<b>Percentagem de indivíduos que procuram imediatamente cuidados médicos se tiverem sintomas de COVID-19</b>
<b>Resultado</b>	A comunidade, particularmente os membros mais vulneráveis, acede aos serviços e pratica as principais recomendações de saúde pública
<b>Nível de resultado</b>	Resultado
<b>Referência</b>	Quadro da Mudança de Comportamento do Serviço Coletivo

**Finalidade** A fim de assegurar que os casos individuais de COVID-19 são geridos eficazmente e a redução da transmissão de COVID-19, os indivíduos devem procurar cuidados médicos imediatamente uma vez que tenham sintomas de COVID-19. Este indicador mede a percentagem da população que procura cuidados médicos quando tem sintomas de COVID-19. Quando uma baixa percentagem da população procura cuidados médicos ao ter sintomas de COVID-19, devem ser tomadas medidas imediatas a fim de analisar as razões por trás do problema e encorajar uma maior aceitação.

**Definição** O aconselhamento do governo sobre quando uma pessoa deve procurar cuidados médicos para a COVID-19 deve ser usado com este indicador. Como exemplo, o CDC recomenda que as pessoas procurem cuidados médicos de emergência imediatamente se tiverem algum dos seguintes sinais de alerta: dificuldade em respirar; dor ou pressão persistente no peito; confusão inexistente até então; incapacidade de acordar ou permanecer acordado; pele, lábios ou leitos das unhas de cor pálida, cinzenta ou azul, dependendo do tom de pele.<sup>8</sup> As medidas autorrelatadas sobre o comportamento relativamente à procura por cuidados de saúde aquando dos sintomas da COVID-19 podem incluir ligar para uma linha direta específica e dedicada, uma consulta com o pessoal médico, testes e tratamento.

No caso deste indicador, devem ser referidas as recomendações do governo sobre quando e que cuidados médicos os indivíduos devem procurar quando têm sintomas de COVID-19. Em muitos países o governo subnacional está mandatado para recomendar ao público quando e que cuidados médicos devem ser procurados quando um indivíduo tem sintomas de COVID-19. As recomendações da agência governamental mandatada devem ser usadas para a área na qual os dados estão a ser recolhidos.

Para que uma pessoa seja contabilizada, deve informar que procuraria cuidados médicos tomando pelo menos uma das medidas recomendadas se tivesse sintomas de COVID-19.

**Desagregar** A desagregação mínima recomendada para este indicador é por: sexo, idade e educação. Os países são particularmente encorajados a desagregar este indicador por etnia e migração.

Quando existe interesse relativo à definição de políticas, os dados podem também ser desagregados por incapacidade, rendimento ou estatuto económico e localização geográfica.

**Cálculo** Este indicador deve ser calculado como uma percentagem.

Numerador: total de inquiridos com idade igual ou superior a 15 anos que relatam procurar imediatamente cuidados médicos se tiverem sintomas de COVID-19.

Denominador: total de inquiridos com idade igual ou superior a 15 anos que têm acesso a serviços de saúde.

8 Centros de Controlo e Prevenção de Doenças, What to do if you are sick, 2021 <[cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/if-you-are-sick/steps-when-sick.html](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/if-you-are-sick/steps-when-sick.html)>

**Frequência**

Este indicador deve ser relatado com alta frequência.

**Fontes de dados**

A fonte de dados recomendada para este indicador são os inquéritos à população.

**Limitações**

Este indicador, tal como está definido atualmente, permite a comparação da percentagem de indivíduos que procuram imediatamente cuidados médicos se tiverem sintomas de COVID-19. O indicador não permite a análise do comportamento de procura de cuidados de saúde com base em sintomas específicos.

A interpretação dos dados sobre este indicador deve ter em consideração o contexto; por exemplo, os indivíduos não podem procurar cuidados médicos, uma vez que os serviços de cuidados médicos não são acessíveis. Outras questões podem também estar em jogo, tais como se ir aos centros de saúde é visto como um risco de transmissão. Recomenda-se que este indicador seja interpretado juntamente com outros dados, tais como os relativos ao acesso aos cuidados de saúde.



<b>Indicador</b>	<b>Percentagem de indivíduos que receberão uma vacina contra a COVID-19 se esta lhes for disponibilizada</b>
<b>Resultado</b>	A comunidade, particularmente os membros mais vulneráveis, acede aos serviços e pratica as principais recomendações de saúde pública
<b>Nível de resultado</b>	Resultado
<b>Referência</b>	<a href="#"><u>Motores Sociais e Comportamentais para a Vacinação</u></a>
<b>Finalidade</b>	O objetivo deste indicador consiste em obter as intenções e decisões do inquirido em relação à vacina. Este indicador mede a percentagem de indivíduos que irão tomar a vacina contra a COVID-19 se esta lhes for disponibilizada. Quando uma baixa proporção da população ou de certos subgrupos da população pretende ser vacinada contra a COVID-19, devem ser enviados esforços no sentido de analisar melhor as razões por trás do problema e encorajar uma maior aceitação.
<b>Definição</b>	Este indicador refere-se às vacinas COVID-19 que estão aprovadas e cuja utilização é segura. Inclui pessoas que querem tomar a vacina ou que estão dispostas a tomá-la. Assume-se, para efeitos deste indicador, que nenhuma outra vacina será oferecida ao público. Deve ser contabilizado como um indicador de "Sim ou Não".
<b>Desagregar</b>	A desagregação mínima recomendada para este indicador é por: sexo, idade e educação.  Quando existe interesse relativo à definição de políticas, os dados podem também ser desagregados por incapacidade, rendimento ou estatuto económico, origem étnica, localização geográfica e migração.  Em alguns contextos, pode haver interesse em desagregar este indicador pelo tipo de vacina contra a COVID-19.
<b>Cálculo</b>	Este indicador deve ser calculado como uma percentagem.  Numerador: total de inquiridos com idade igual ou superior a 15 anos que receberão uma vacina contra a COVID-19 se esta lhes for disponibilizada.  Denominador: número total de inquiridos com idade igual ou superior a 15 anos.
<b>Frequência</b>	Este indicador deve ser relatado com alta frequência assim que uma vacina for aprovada para uso no país.
<b>Fontes de dados</b>	A fonte de dados recomendada para este indicador são os inquéritos à população.
<b>Limitações</b>	Importa destacar que, embora as pessoas possam estar motivadas a obter uma vacina contra a COVID-19, podem enfrentar barreiras para a obter, tais como custo, dificuldade em que lhes seja concedido tempo no horário de trabalho, desafios na deslocação até ao local de vacinação, etc. Ao interpretar este indicador, a motivação das pessoas para tomar a vacina deve ser entendida como sendo diferente da sua <i>capacidade</i> de a obter.



## Cumprimento das normas sociais

<b>Indicador</b>	Percentagem da população que espera que a maioria das pessoas na sua comunidade cumpra as normas sociais em torno da COVID-19
<b>Resultado</b>	As normas sociais apoiam a aceitação das recomendações de saúde pública por parte da comunidade
<b>Nível de resultado</b>	Resultado
<b>Referência</b>	Indicadores C4D MICS ou IDS do UNICEF

### Finalidade

O comportamento das pessoas é influenciado por normas sociais. Uma norma social é aquilo que as pessoas percebem que os outros estão a fazer ou aquilo que pensam que os outros aprovam ou desaprovam.<sup>9</sup> Numa pandemia, as normas sociais ajudam a comunidade a estabelecer e manter a observância de certos comportamentos. As normas sociais relacionadas com a COVID-19 podem incluir o uso de máscaras em público, distanciamento físico, etc.

Este indicador permite-nos monitorizar a percentagem de pessoas que acreditam que a maioria das pessoas na sua comunidade irá observar as normas sociais relacionadas com a COVID-19. Uma baixa percentagem indica que a norma social não está estabelecida. Neste caso, devem ser envidados mais esforços no sentido de compreender por que motivo a norma não é aceite pela comunidade e encorajar a adoção de medidas essenciais de saúde pública.

### Definição

No caso deste indicador, recomenda-se escolher a norma que mais contribuirá a fim de reduzir a transmissão da COVID-19 no país. A “comunidade” deve ser entendida como o grupo populacional em que o indivíduo vive. A definição de “comunidade” pode ser adaptada de acordo com o contexto (consultar o Capítulo 3 para mais discussão sobre a definição de “comunidade”). “Cumprir” deve ser entendido como as pessoas que se comportam de uma forma que esteja de acordo com a norma social. Por exemplo, se a norma social é manter uma distância física uns dos outros em público, então o cumprimento da norma social refere-se àqueles que mantêm uma distância física de outras pessoas em público. Um indivíduo deve ser contabilizado se esperar que a maioria das pessoas da sua comunidade cumpra a norma social que está a ser referida.

### Desagregar

A desagregação recomendada para este indicador é por: sexo, idade e educação.

Quando existe interesse relativo à definição de políticas, os dados também podem ser desagregados por incapacidade, rendimento ou estatuto económico, origem étnica, localização geográfica e migração.

### Cálculo

Este indicador deve ser calculado como uma percentagem.

Numerador: total de inquiridos com idade igual ou superior a 15 anos que esperam que a maioria das pessoas na sua comunidade cumpra as normas sociais em torno da COVID-19.

Denominador: total de inquiridos com idade igual ou superior a 15 anos.

9 Cialdini et al., Social influence, compliance and conformity, Annual Review Psychology, 2004

---

**Frequência**

Este indicador deve ser relatado com alta frequência.

**Fontes de dados**

A fonte de dados recomendada para este indicador são os inquéritos à população. No caso de algumas normas sociais, tais como o uso de máscara, os dados observacionais podem ser uma fonte de dados preferível (ver abaixo).

**Limitações**

No caso deste indicador, os países irão escolher a norma social a medir. A norma social a escolher deve ser tomada como uma indicação do cumprimento geral das normas sociais no país. Dever-se-á examinar se esta consiste numa generalização fiável em cada contexto. Pode ser que a norma social escolhida não indique um cumprimento geral das normas sociais em torno da COVID-19. Como sempre, a melhor abordagem é triangular estes dados com outras fontes de informação.

Deve também ser notado que este indicador permite a comparabilidade entre países de “cumprimento das normas sociais” em termos gerais, mas pode não permitir a comparação entre normas sociais específicas.

Dever-se-á ter em conta que as normas sociais podem mudar. Por exemplo, as normas sociais em torno do distanciamento físico podem mudar à medida que a compreensão da transmissibilidade da COVID-19 melhora.

A medida em que as normas sociais são cumpridas pode variar entre regiões e entre grupos dentro de uma região. Alguns subgrupos podem ter normas muito diferentes sobre comportamentos específicos.

---







## Solidariedade social

<b>Indicador</b>	<b>Porcentagem de indivíduos que pensam que ficar doente com COVID-19 conduz ao estigma</b>
<b>Resultado</b>	A comunidade age de forma solidária no sentido de apoiar a aceitação das recomendações de saúde pública
<b>Nível de resultado</b>	Resultado
<b>Referência</b>	Quadro da Mudança de Comportamento do Serviço Coletivo
<b>Finalidade</b>	A solidariedade social é um dos recursos mais poderosos a fim de enfrentar crises de saúde pública. O estigma contra aqueles que foram infectados pela COVID-19 pode levar a uma redução dos comportamentos de procura de cuidados de saúde. Este indicador mede a percentagem de pessoas que acreditam que ficar doente com COVID-19 levará ao estigma. Nos casos em que há um estigma significativo relativamente a adoecer com COVID-19, devem ser envidados esforços no sentido de compreender melhor as razões por trás do problema e promover uma cultura de apoio e solidariedade.
<b>Definição</b>	O estigma refere-se a atitudes e crenças negativas sobre aqueles que ficaram doentes com COVID-19. Para se considerar que acreditam que adoecer com COVID-19 conduz ao estigma, os indivíduos devem identificar pelo menos uma forma de estigma que creem resultar do facto de ficar doente com COVID-19. Dever-se-á observar que o estigma é diferente da discriminação, que se refere ao ato de tratar as pessoas de forma diferente porque têm COVID-19. <sup>10</sup>
<b>Desagregar</b>	A desagregação mínima recomendada para este indicador é por: sexo, idade e educação.  Quando existe interesse relativo à definição de políticas, os dados podem também ser desagregados por incapacidade, rendimento ou estatuto económico, origem étnica, localização geográfica e migração.
<b>Cálculo</b>	Este indicador deve ser calculado como uma percentagem.  Numerador: total de inquiridos com idade igual ou superior a 15 anos que pensam que adoecer com COVID-19 conduz ao estigma.  Denominador: total de inquiridos com idade igual ou superior a 15 anos.
<b>Frequência</b>	Este indicador deve ser relatado com alta frequência.
<b>Fontes de dados</b>	A fonte de dados preferencial são os inquéritos à população.
<b>Limitações</b>	Nenhuma

10 Ver por exemplo, CDC, HIV Stigma and Discrimination, <[cdc.gov/hiv/basics/hiv-stigma/index.html](https://www.cdc.gov/hiv/basics/hiv-stigma/index.html)>

<b>Indicador</b>	<b>Porcentagem de indivíduos que receberam apoio social para a COVID-19 da família, amigos ou vizinhos nos últimos três meses</b>
<b>Resultado</b>	A comunidade age de forma solidária no sentido de apoiar a aceitação das recomendações de saúde pública
<b>Nível de resultado</b>	Resultado
<b>Referência</b>	Novo indicador
<b>Finalidade</b>	Este indicador mede a porcentagem da população que recebeu apoio social para a COVID-19 de membros da família, amigos ou vizinhos nos últimos três meses. O indicador é útil para medir se os indivíduos estão a receber apoio social. Indica se existe ou não uma cultura de apoio. Quando não se recebe apoio social para lidar com a COVID-19, particularmente pelas pessoas mais vulneráveis, então devem ser envidados esforços com o intuito de promover o apoio social. Analisando o tipo de apoio social recebido, e por quem, é possível informar as abordagens da RCCE a fim de apoiar os mais necessitados.
<b>Definição</b>	Para os fins deste indicador, entende-se que o apoio social inclui apoio emocional, instrumental, informativo e de avaliação. <sup>11</sup> Um indivíduo que tenha recebido pelo menos um destes quatro tipos de apoio nos últimos três meses deve ser contabilizado.
<b>Desagregar</b>	A desagregação recomendada para este indicador é por: sexo, idade e educação. Quando existe interesse relativo à definição de políticas, os dados podem também ser desagregados por rendimento ou estatuto económico, origem étnica, localização geográfica, incapacidade e migração.  Os países podem ter interesse em desagregar os dados sobre o apoio social recebido na experiência do indivíduo com a COVID-19 ao longo dos três meses anteriores, por exemplo, se o indivíduo foi submetido a testes, tratamento ou autoisolamento.
<b>Cálculo</b>	Este indicador deve ser calculado como uma percentagem.  Numerador: total de inquiridos com idade igual ou superior a 15 anos que receberam apoio social.  Denominador: total de inquiridos com idade igual ou superior a 15 anos.
<b>Frequência</b>	Este indicador deve ser relatado com alta frequência.
<b>Fontes de dados</b>	A fonte de dados recomendada para este indicador são os inquéritos à população.
<b>Limitações</b>	Este indicador mede se uma pessoa recebeu algum apoio social da família, amigos ou vizinhos. Não mede se os indivíduos receberam apoio social suficiente.

11 Ver Glanz et al., Social Support, in Health Behavior and Health Education, 2008, <med.upenn.edu/hbhe4/part3-ch9-key-constructs-social-support.shtml>



## Confiança nas autoridades

<b>Indicador</b>	Porcentagem de indivíduos que confiam nas autoridades e nos parceiros que lideram a resposta à COVID-19
<b>Resultado</b>	A comunidade tem confiança na resposta da saúde pública à COVID-19
<b>Nível de resultado</b>	Resultado
<b>Referência</b>	Quadro da Mudança de Comportamento do Serviço Coletivo
<b>Finalidade</b>	Para deter a COVID-19, a comunidade e as autoridades de saúde pública precisam de confiar umas nas outras. Este indicador mede a percentagem de indivíduos que confiam na resposta de saúde pública à COVID-19. Quando se encontra um baixo nível de confiança pública naqueles que lideram a resposta à COVID-19, devem ser tomadas medidas a fim de melhorar a relação com o público.
<b>Definição</b>	Este indicador mede a percentagem da população que confia nas autoridades e parceiros que lideram a resposta à COVID-19.
<b>Desagregar</b>	<p>A desagregação recomendada para este indicador é por: sexo, idade e educação. Como os membros da comunidade podem confiar em alguns parceiros ou autoridades e não noutros, recomenda-se desagregar estes dados por autoridades governamentais, parceiros, profissionais de saúde, etc., conforme for relevante para o contexto.</p> <p>Quando existe interesse relativo à definição de políticas, os dados podem também ser desagregados por rendimento ou estatuto económico, origem étnica, localização geográfica, incapacidade e migração.</p>
<b>Cálculo</b>	<p>Este indicador deve ser calculado como uma percentagem.</p> <p>Numerador: total de inquiridos com idade igual ou superior a 15 anos que confiam nas autoridades e nos parceiros que lideram a resposta à COVID-19.</p> <p>Denominador: total de inquiridos com idade igual ou superior a 15 anos.</p>
<b>Frequência</b>	Este indicador deve ser relatado com alta frequência.
<b>Fontes de dados</b>	A fonte de dados recomendada para este indicador são os inquéritos à população.

## Limitações

Em alguns contextos, pode ser demasiado sensível politicamente questionar se os inquiridos confiam nas autoridades e nos parceiros que lideram a resposta à COVID-19. Além disso, os dados recolhidos nestes contextos podem não ser fiáveis uma vez que o inquirido pode não querer responder à pergunta. Nestes contextos, uma alternativa a fazer perguntas diretamente sobre a confiança é usar a escala de Ohanian, que é usada para medir a credibilidade da fonte. A escala de Ohanian tem três componentes: atratividade (do comunicador); credibilidade e perícia.

Outra questão é que, ao responder a uma pergunta de inquérito sobre confiança, os participantes podem tomar como referência a confiança na *honestidade* das “autoridades e parceiros” que lideram a resposta, ou podem tomar como referência a confiança na *competência* dos que lideram a resposta. Além disso, os dados do inquérito sobre a confiança pública nas autoridades de saúde são muitas vezes confundidos com outras questões relacionadas com a confiança pública no governo. Isto deve ser tido em conta ao interpretar os dados. O conselho é tentar tornar a recolha de dados tão específica quanto possível à COVID-19 a fim de evitar ou reduzir a confusão com questões relacionadas com as perceções gerais do governo.

Dever-se-á também ter em mente que a desconfiança no governo em alguns países pode basear-se num conhecimento sólido do desempenho do governo e pode ser um reflexo de um pensamento crítico saudável. Este indicador não deve ser interpretado sem considerar o contexto.

É importante salientar que este indicador mede a confiança nas autoridades que lideram a resposta. A confiança na fonte de informações é medida pelo indicador: “Porcentagem de indivíduos que recebem informações através de um canal de comunicação no qual confiam”.





## Responsabilização perante a comunidade

<b>Indicador</b>	Percentagem de indivíduos que pensam que as medidas recomendadas localmente para a COVID-19 são justas
<b>Resultado</b>	A resposta de saúde pública é liderada pela comunidade e responsabilizável perante o público
<b>Nível de resultado</b>	Resultado
<b>Referência</b>	Quadro da Mudança de Comportamento do Serviço Coletivo

### Finalidade

Os padrões humanitários enfatizam que as respostas a uma emergência devem ser relevantes e apropriadas. Os intervenientes humanitários têm de garantir que são responsáveis perante a comunidade pela adequação e relevância das suas ações. A participação de membros da comunidade na resposta de saúde pública à COVID-19 ajuda a assegurar que a resposta é responsável perante o público em geral. Deve ser considerada a possibilidade de disponibilizar planos de resposta pandémica, indicadores de desempenho, dados de desempenho, dados epidemiológicos e sociais nos idiomas locais, para revisão e discussão pública, sempre que possível. As autoridades de saúde pública e outras autoridades devem também estar dispostas a envolver-se com o público tanto através de estruturas governamentais formais como através de canais de comunicação, tais como debates públicos, meios de comunicação locais e outras plataformas, conforme apropriado ao contexto. Este indicador mede a percentagem de pessoas que pensam que as medidas de saúde pública recomendadas localmente são justas. Se uma grande proporção da população ou grupos sociais particulares não considerarem que as medidas de saúde pública são justas, tal será motivo de preocupação. Isto pode conduzir a um declínio no cumprimento das medidas por parte do público. Será necessário um maior envolvimento com o público a fim de discutir a resposta e uma abordagem ao nível de toda a sociedade no sentido de controlar a COVID-19.

### Definição

No caso deste indicador, devem ser usadas as medidas localmente recomendadas para a COVID-19. Isto pode referir-se a medidas recomendadas pelo governo nacional. Em muitos países, o governo subnacional é mandatado para recomendar medidas de proteção ao público. As recomendações da agência governamental mandatada devem ser usadas para a área na qual os dados estão a ser recolhidos.

### Desagregar

A desagregação recomendada para este indicador é por: sexo, idade e educação. Quando existe interesse relativo à definição de políticas, os dados podem também ser desagregados por rendimento ou estatuto económico, origem étnica, localização geográfica, incapacidade e migração.

### Cálculo

Este indicador deve ser calculado como uma percentagem.

Numerador: total de inquiridos com idade igual ou superior a 15 anos que pensam que as medidas localmente recomendadas para a COVID-19 são justas.

Denominador: total de inquiridos com idade igual ou superior a 15 anos.

### Frequência

Este indicador deve ser relatado com alta frequência.

### Fontes de dados

A fonte de dados preferencial para este indicador são os inquiridos à população.

### Limitações

A crença no carácter justo das medidas de saúde pública recomendadas pode ser confundida com outras questões relacionadas com a confiança pública no governo. Isto deve ser tido em conta ao interpretar os dados. O conselho é tentar tornar a recolha de dados tão específica quanto possível à COVID-19 a fim de evitar ou reduzir a confusão com questões relacionadas com as perceções gerais do governo.

Indicador	Percentagem de indivíduos que sabem como fornecer feedback
<b>Resultado</b>	A resposta de saúde pública é liderada pela comunidade e responsabilizável perante o público
<b>Nível de resultado</b>	Resultado
<b>Referência</b>	Feedback Toolkit and Community Engagement and Accountability Guide, IFRC <sup>12</sup>

### Finalidade

Um dos meios a fim de assegurar a responsabilização e reforçar o envolvimento da comunidade consiste em estabelecer mecanismos de feedback para a comunidade. Os mecanismos de feedback não são específicos a um tópico ou setor em particular. Os membros da comunidade devem ser capazes de expressar as suas preocupações e relacioná-las com o tópico apropriado, por exemplo, COVID-19 e setor — por exemplo, a saúde pública — através do mecanismo de feedback. Embora o estabelecimento destes mecanismos seja um passo necessário, não é suficiente em si mesmo. É também necessário informar a comunidade sobre eles e explicar como podem ser acedidos e utilizados. Os dados dos mecanismos de feedback da comunidade devem informar a tomada de decisões do programa, permitindo a correção de rumo e as estratégias de envolvimento da comunidade. A desagregação do indicador permite a análise do conhecimento dos mecanismos de reclamações e feedback entre os grupos mais vulneráveis, particularmente aqueles que possam ter incapacidade. A desagregação por idioma é encorajada, uma vez que o idioma pode constituir uma barreira importante para receber informações. Quando a comunidade não sabe como fornecer feedback, devem ser envidados esforços para uma melhor divulgação da informação.

### Definição

Para uma definição do mecanismo de feedback da comunidade, consultar o indicador: “Percentagem de áreas-alvo onde existem mecanismos de captação e utilização do feedback da comunidade”. Para se considerar que um indivíduo tem conhecimento de como fazer uma reclamação ou fornecer feedback, o indivíduo deve ser capaz de:

- » Identificar um mecanismo de feedback da comunidade organizado pela agência governamental mandatada ou por um parceiro;
- » Identificar de que forma o feedback pode ser fornecido através de um mecanismo mandatado de feedback da comunidade.

### Desagregar

A desagregação recomendada para este indicador é por: sexo, idade, educação e incapacidade. Os dados também devem ser desagregados por idioma preferencial para receber a comunicação da pessoa.

Quando existe interesse relativo à definição de políticas, os dados podem também ser desagregados por rendimento/estatuto económico, origem étnica, localização geográfica e migração.

### Cálculo

Este indicador deve ser calculado como uma percentagem.

Numerador: a percentagem de indivíduos que sabem como fornecer feedback.

Denominador: total de inquiridos com idade igual ou superior a 15 anos

### Frequência

Este indicador deve ser relatado com uma frequência média.

### Fontes de dados

A fonte de dados preferencial para este indicador são os inquéritos à população. Recomenda-se o uso de dados qualitativos a fim de complementar a análise dos dados quantitativos.

### Limitações

Importa salientar que, para recolher dados sobre este indicador, os mecanismos de feedback devem estar operacionais na área geográfica e no momento da recolha de dados.

12 IFRC Feedback Toolkit. 2021 <https://communityengagementhub.org/resource/cea-toolkit/> and IFRC, Community Engagement and Accountability Guide, 2021 <https://communityengagementhub.org/resource/ifrc-cea-guide/>



## Conhecimento das informações sobre riscos da COVID-19

Indicador	Porcentagem de indivíduos que acreditam estar em risco de contrair COVID-19
<b>Resultado</b>	A comunidade compreende as informações e recomendações de saúde pública
<b>Nível de resultado</b>	Resultado
<b>Referência</b>	Quadro Sociocomportamental do Serviço Coletivo — Percepções
<b>Finalidade</b>	Perceber que se está em risco é uma condição necessária para que sejam tomadas medidas a fim de reduzir esse risco. Este indicador mede a porcentagem de indivíduos que acreditam estar em risco de contrair a COVID-19. Em países onde existe uma elevada porcentagem de indivíduos que não têm uma compreensão precisa dos riscos que enfrentam, é necessário intensificar os esforços no sentido de comunicar as informações sobre riscos.
<b>Definição</b>	No caso deste indicador, todos os indivíduos que acreditam estar em risco de contrair a COVID-19 devem ser contabilizados.
<b>Desagregar</b>	A desagregação recomendada para este indicador é por: sexo, idade e educação. Quando existe interesse relativo à definição de políticas, os dados podem também ser desagregados por rendimento ou estatuto econômico, origem étnica, localização geográfica, incapacidade e migração.
<b>Cálculo</b>	Este indicador deve ser calculado como uma porcentagem.  Numerador: número total de inquiridos com idade igual ou superior a 15 anos que acreditam estar em risco de contrair a COVID-19.  Denominador: número total de inquiridos com idade igual ou superior a 15 anos.
<b>Frequência</b>	Este indicador deve ser relatado com alta frequência.
<b>Fontes de dados</b>	A fonte de dados preferencial são os inquiridos à população.
<b>Limitações</b>	Este indicador mede a porcentagem de indivíduos que acreditam estar em risco de <i>contrair</i> a COVID-19. Não mede a sua percepção do nível de risco que a COVID-19 representa para eles.

<b>Indicador</b>	<b>Porcentagem de indivíduos que conhecem os sintomas corretos da COVID-19</b>
<b>Resultado</b>	A comunidade compreende as informações e recomendações de saúde pública
<b>Nível de resultado</b>	Resultado
<b>Referência</b>	Quadro da Mudança Sociocomportamental do Serviço Coletivo

**Finalidade** Conhecer os sintomas corretos da COVID-19 é importante para que uma pessoa possa agir no sentido de deter a transmissão da COVID-19 e proteger a sua própria saúde. Este indicador mede a porcentagem de pessoas na comunidade que conhecem os sintomas da COVID-19. A desagregação do indicador permite a análise do conhecimento dos sintomas da COVID-19 entre os grupos mais vulneráveis, particularmente aqueles que podem ter uma incapacidade. A desagregação por idioma é recomendada porque o idioma pode ser uma barreira importante para receber informações e desenvolver um conhecimento preciso. Em países onde os indivíduos não têm conhecimento suficiente dos sintomas da COVID-19, os esforços de comunicação de risco devem ser reforçados.

**Definição** Os sintomas mais comuns da COVID-19 são febre, tosse seca e cansaço. Os sintomas menos comuns são dores musculares, dores de garganta, diarreia, conjuntivite, dor de cabeça, perda de paladar ou cheiro, erupção cutânea ou descoloração dos dedos das mãos ou dos pés. Os sintomas mais graves são dificuldade em respirar ou falta de ar, dor ou pressão no peito, perda da fala ou do movimento.

No caso deste indicador, devem ser usadas as informações governamentais sobre os sintomas da COVID-19. Quando o governo subnacional é mandatado a fim de comunicar informações sobre riscos, as informações comunicadas pela agência governamental mandatada devem ser usadas para a área na qual os dados estão a ser recolhidos.

Para que se considere que um indivíduo tem conhecimento dos sintomas corretos da COVID-19, o indivíduo deve ser capaz de identificar os *principais sintomas* listados pela agência governamental mandatada nas suas orientações de saúde pública. Se a agência governamental mandatada não tiver produzido uma lista dos principais sintomas, a organização que lidera a recolha de dados deve fazê-lo para os fins deste indicador.

**Desagregar** A desagregação recomendada para este indicador é por: sexo, idade, educação e incapacidade. Os dados também devem ser desagregados por idioma preferencial para receber a comunicação da pessoa.

Quando for praticável, os dados também devem ser desagregados por conhecimento sobre cada sintoma da COVID-19.

Quando existe interesse relativo à definição de políticas, os dados podem também ser desagregados por rendimento ou estatuto económico, origem étnica, localização geográfica e migração.

**Cálculo** Este indicador deve ser calculado como uma percentagem

Numerador: total de inquiridos com idade igual ou superior a 15 anos que conhecem os sintomas corretos da COVID-19.

Denominador: total de inquiridos com idade igual ou superior a 15 anos.

**Frequência** Este indicador deve ser relatado com alta frequência.



<b>Fontes de dados</b>	A fonte de dados preferencial são os inquéritos à população.
------------------------	--

<b>Limitações</b>	O conhecimento dos sintomas corretos da COVID-19 não deve ser assumido como um preditor per se de mudança de comportamento. Para a análise da mudança de comportamento recomenda-se considerar os dados para este indicador dentro do quadro conceptual da abordagem dos Motores de mudança social e comportamental.
-------------------	--

<b>Indicador</b>	<b>Percentagem de indivíduos que conhecem as vias de transmissão corretas da COVID-19</b>
<b>Resultado</b>	A comunidade compreende as informações e recomendações de saúde pública
<b>Nível de resultado</b>	Resultado
<b>Referência</b>	Quadro da Mudança Sociocomportamental do Serviço Coletivo

<b>Finalidade</b>	É necessário um conhecimento público preciso das vias de transmissão a fim de deter a COVID-19. Este indicador mede a percentagem de pessoas na comunidade que conhecem as vias de transmissão corretas da COVID-19. Em países onde os indivíduos não têm conhecimento suficiente das vias de transmissão da COVID-19, os esforços de comunicação de risco devem ser reforçados.
-------------------	--

<b>Definição</b>	<p>A evidência atual sugere que o vírus se propaga principalmente entre pessoas que estão em contacto próximo umas com as outras, tipicamente a um metro de distância (curto alcance). Uma pessoa pode ser infetada quando aerossóis ou gotas contendo o vírus são inalados ou entram diretamente em contacto com os olhos, nariz ou boca. As pessoas também podem ser infetadas ao tocar em superfícies que tenham sido contaminadas pelo vírus quando tocam nos olhos, nariz ou boca sem lavar as mãos.<sup>13</sup></p> <p>No caso deste indicador, devem ser usadas as informações governamentais sobre os sintomas da COVID-19. Quando o governo subnacional é mandatado a fim de comunicar informações sobre riscos, as informações comunicadas pela agência governamental mandatada devem ser usadas para a área na qual os dados estão a ser recolhidos.</p> <p>Para que se considere que um indivíduo tem conhecimento das vias de transmissão corretas da COVID-19, o indivíduo deve ser capaz de identificar as principais vias de transmissão listadas pela agência governamental mandatada nas suas orientações de saúde pública. Se a agência governamental mandatada não tiver produzido uma lista das principais vias de transmissão, a organização que lidera a recolha de dados deve fazê-lo para os fins deste indicador.</p>
------------------	--

<b>Desagregar</b>	A desagregação recomendada para este indicador é por: sexo, idade, educação e incapacidade. Quando for praticável, os dados também devem ser desagregados por conhecimento ou por cada uma das vias de transmissão da COVID-19. Quando existe interesse relativo à definição de políticas, os dados podem também ser desagregados por rendimento ou estatuto económico, origem étnica, localização geográfica e migração.
-------------------	---

13 Ver Coronavirus disease (COVID-19): How is it transmitted?, OMS, 2020, <who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted>

**Cálculo**

Este indicador deve ser calculado como uma porcentagem.

Numerador: total de inquiridos com idade igual ou superior a 15 anos que conhecem as vias de transmissão corretas da COVID-19.

Denominador: total de inquiridos com idade igual ou superior a 15 anos.

**Frequência**

Este indicador deve ser relatado com alta frequência.

**Fontes de dados**

A fonte de dados preferencial são os inquiridos à população.

**Limitações**

O conhecimento das vias de transmissão da COVID-19 não deve ser assumido como um preditor per se de mudança de comportamento. Para a análise da mudança de comportamento recomenda-se considerar os dados para este indicador dentro do quadro conceptual da abordagem dos Motores de mudança social e comportamental.



Indicador	Percentagem de indivíduos que sabem como se proteger da COVID-19
<b>Resultado</b>	A comunidade compreende as informações e recomendações de saúde pública
<b>Nível de resultado</b>	Resultado
<b>Referência</b>	Quadro da Mudança Sociocomportamental do Serviço Coletivo
<b>Finalidade</b>	O conhecimento de como se proteger a si próprio e à comunidade é essencial a fim de reduzir a mortalidade e morbidade causadas pela COVID-19. Este indicador mede a percentagem de indivíduos que sabem como se proteger da COVID-19. Em países onde os indivíduos não têm conhecimentos suficientes sobre como se protegerem da COVID-19, os esforços de comunicação de risco devem ser reforçados.
<b>Definição</b>	<p>Para se proteger da COVID-19, a OMS recomenda as seguintes medidas preventivas: lavar as mãos regularmente com água e sabão ou limpar com gel hidroalcoólico; manter pelo menos um metro de distância relativamente a um indivíduo que esteja a tossir ou espirrar; evitar tocar no rosto; cobrir a boca e o nariz quando tossir ou espirrar; ficar em casa se não se sentir bem; abster-se de fumar e de outras atividades que enfraqueçam os pulmões; praticar distanciamento físico evitando viagens desnecessárias e afastando-se de grandes grupos de pessoas.<sup>14</sup></p> <p>No caso deste indicador, devem ser usadas as informações governamentais sobre medidas de proteção para indivíduos para a COVID-19. Quando o governo subnacional é mandatado a fim de comunicar informações sobre riscos, as informações comunicadas pela agência governamental mandatada devem ser usadas para a área na qual os dados estão a ser recolhidos.</p> <p>Para que se considere que um indivíduo tem conhecimento sobre como se proteger da COVID-19, o indivíduo deve ser capaz de identificar as principais medidas preventivas listadas pela agência governamental mandatada nas suas orientações de saúde pública. Se a agência governamental mandatada não tiver produzido uma lista das principais medidas preventivas, a organização que lidera a recolha de dados deve fazê-lo para os fins deste indicador.</p>
<b>Desagregar</b>	<p>A desagregação recomendada para este indicador é por: sexo, idade, educação e incapacidade. Quando for praticável, os dados também devem ser desagregados por conhecimento de cada medida preventiva, por exemplo, lavagem das mãos, uso de máscara, etc.</p> <p>Quando existe interesse relativo à definição de políticas, os dados podem também ser desagregados por rendimento ou estatuto económico, origem étnica, localização geográfica e migração.</p>
<b>Cálculo</b>	<p>Este indicador deve ser calculado como uma percentagem.</p> <p>Numerador: total de inquiridos com idade igual ou superior a 15 anos que sabem como se proteger da COVID-19.</p> <p>Denominador: total de inquiridos com idade igual ou superior a 15 anos.</p>
<b>Frequência</b>	Este indicador deve ser relatado com alta frequência.
<b>Fontes de dados</b>	A fonte de dados preferencial são os inquiridos à população.
<b>Limitações</b>	O conhecimento de como se proteger da COVID-19 não deve ser assumido como um preditor <i>per se</i> de mudança de comportamento. Para a análise da mudança de comportamento recomenda-se considerar os dados para este indicador dentro do quadro conceptual da abordagem dos Motores de mudança social e comportamental.

<b>Indicador</b>	<b>Percentagem de adultos/profissionais de saúde que sabem onde se podem vacinar contra a COVID-19</b>
<b>Resultado</b>	A comunidade compreende as informações e recomendações de saúde pública
<b>Nível de resultado</b>	Resultado
<b>Referência</b>	<a href="#">Motores Sociais e Comportamentais para a Vacinação</a>
<b>Finalidade</b>	Este indicador mede a percentagem de adultos e profissionais de saúde que sabem onde se podem vacinar contra a COVID-19. O indicador permite a análise do conhecimento sobre onde obter uma vacina entre os profissionais de saúde e a população adulta. Os profissionais de saúde enfrentam um risco de exposição à COVID-19 através do seu trabalho. Os profissionais de saúde, por trabalharem diretamente com os pacientes, também podem apresentar um risco de propagação da infeção. A vacinação dos profissionais de saúde deve ser uma prioridade em todos os países. O conhecimento sobre onde se vacinar pode variar entre a população adulta. O conhecimento pode ser significativamente menor entre aqueles que enfrentam barreiras no acesso à informação. Os dados deste indicador podem ser utilizados para adaptar a comunicação dos riscos e as campanhas de envolvimento comunitário tanto para a população adulta como para os profissionais de saúde, com foco na promoção de informação sobre a localização e o calendário dos serviços de vacinação.
<b>Definição</b>	<p>Este indicador refere-se às vacinas COVID-19 que estão aprovadas e cuja utilização é segura. Assume-se, para efeitos deste indicador, que nenhuma outra vacina será oferecida ao público.</p> <p>Para ser contabilizado, o inquirido deve saber onde se deslocar para a vacinação, ou seja, deve saber que o estabelecimento ou clínica de vacinação existe e onde está localizado.</p> <p>No caso deste indicador, deve ser utilizada a definição nacional de “profissional de saúde”, quando disponível. Profissionais de saúde incluem as funções de médico, enfermeiro, paramédico ou socorrista, profissional de saúde auxiliar, profissional de saúde comunitário, curandeiro tradicional ou outro profissional de saúde. A OMS fornece uma <a href="#">classificação padrão internacional do profissional de saúde</a> que também pode ser referenciada.</p>
<b>Desagregar</b>	<p>A desagregação recomendada para este indicador é por: sexo, idade e educação.</p> <p>Aconselha-se a desagregação deste indicador por incapacidade e migração.</p> <p>Quando existe interesse relativo à definição de políticas, os dados podem também ser desagregados por rendimento ou estatuto económico, origem étnica e migração.</p>
<b>Cálculo</b>	<p>Este indicador deve ser calculado como uma percentagem.</p> <p>Numerador: total de inquiridos com idade igual ou superior a 15 anos que sabem onde se podem vacinar contra a COVID-19.</p> <p>Denominador: total de inquiridos com idade igual ou superior a 15 anos.</p>
<b>Frequência</b>	Este indicador deve ser comunicado com alta frequência assim que uma vacina contra a COVID-19 estiver disponível no país.
<b>Fontes de dados</b>	A fonte de dados preferencial são os inquiridos à população.
<b>Limitações</b>	Nenhuma

Indicador	Porcentagem de indivíduos que procuram regularmente informações sobre a COVID-19
<b>Resultado</b>	Informações exatas sobre riscos são comunicadas ao público
<b>Nível de resultado</b>	Resultado
<b>Referência</b>	Quadro da Mudança Sociocomportamental do Serviço Coletivo
<b>Finalidade</b>	Para proteger a sua saúde e para acabar com a transmissão da COVID-19, é importante que os indivíduos procurem regularmente informações sobre a COVID-19. Este indicador mede a porcentagem de indivíduos que procuram informações sobre a COVID-19 regularmente. Este indicador é uma medida a fim de determinar se a comunidade está suficientemente envolvida na procura de informações sobre riscos. Quando uma baixa porcentagem da comunidade ou certos grupos sociais não estão regularmente à procura de informações, devem ser envidados esforços para envolver novamente a população.
<b>Definição</b>	À medida que a pandemia evolui, a necessidade de informações da comunidade também evoluirá. Em geral, nas fases iniciais de uma resposta, a necessidade de informações da comunidade é maior e a comunidade pode ser aconselhada a procurar informações com maior frequência. À medida que a comunidade toma conhecimento da COVID-19 e das medidas recomendadas, incluindo a vacinação, a frequência com que a comunidade é aconselhada a procurar informações pode alterar-se. Como tal, os países devem definir o que significa “regularmente” em cada fase da pandemia.
<b>Desagregar</b>	A desagregação recomendada para este indicador é por: sexo, idade e educação. Quando existe interesse relativo à definição de políticas, os dados podem também ser desagregados por tópico sobre o qual os indivíduos procuram informações. Os dados podem ser ainda desagregados por rendimento ou estatuto económico, origem étnica, localização geográfica, incapacidade e migração.
<b>Cálculo</b>	Este indicador deve ser calculado como uma percentagem.  Numerador: total de indivíduos com idade igual ou superior a 15 anos que procuram regularmente informação sobre a COVID-19.  Denominador: total de indivíduos com idade igual ou superior a 15 anos.
<b>Frequência</b>	Este indicador deve ser relatado com alta frequência.
<b>Fontes de dados</b>	A fonte de dados recomendada para este indicador são os inquéritos à população.  Dados de fontes de monitorização do tráfego do website e dos meios de comunicação social podem ser usados como uma fonte de dados proxy.
<b>Limitações</b>	Nenhuma

<b>Indicador</b>	<b>Porcentagem de indivíduos que recebem informações através de um canal de comunicação no qual confiam</b>
<b>Resultado</b>	Informações exatas sobre riscos são comunicadas ao público
<b>Nível de resultado</b>	Realização
<b>Referência</b>	Quadro da Mudança Sociocomportamental do Serviço Coletivo
<b>Finalidade</b>	Não importa quão bem planejadas ou aplicadas, as intervenções de envolvimento da comunidade na comunicação de risco falharão se as pessoas não confiarem na fonte de informações. Por conseguinte, estabelecer e manter a confiança é, sem dúvida, o primeiro e mais importante passo para uma RCCE eficaz. Este indicador mede a proporção da população que recebe informações através de um canal de comunicação no qual confia. <i>Quando a população, ou uma parte dela, não recebe informações através de um canal de comunicação no qual confia, devem ser envidados esforços no sentido de trabalhar com os canais de comunicação nos quais as pessoas confiam e reforçar a partilha de informações precisas através dos mesmos.</i>
<b>Definição</b>	Este indicador refere-se a indivíduos que (1) receberam informações sobre a COVID-19 nos últimos três meses através de um canal de comunicação E (2) confiam nas informações provenientes desse canal de comunicação. Ambas as condições devem ser satisfeitas a fim de se considerar que uma pessoa recebeu informações através de um canal de comunicação no qual confia. Os canais de comunicação podem incluir profissionais de saúde, família, amigos, líderes comunitários, jornais, rádio, TV e fontes online, incluindo redes sociais e/ou aplicações de mensagens, etc.
<b>Desagregar</b>	A desagregação recomendada para este indicador é por: sexo, idade e educação. Os dados também devem ser desagregados por canal de comunicação. As categorias sugeridas para os canais de comunicação são: canais nacionais de comunicação social (os países devem nomeá-los), profissionais de saúde comunitários, políticos e líderes religiosos, entre outros relevantes para o contexto. Quando existe interesse relativo à definição de políticas, os dados podem também ser desagregados por rendimento ou estatuto económico, origem étnica, localização geográfica, incapacidade e migração.
<b>Cálculo</b>	Este indicador deve ser calculado como uma percentagem.  Numerador: total de inquiridos com idade igual ou superior a 15 anos que relatam confiar no canal de comunicação através do qual recebem informações relacionadas com a COVID-19.  Denominador: total de inquiridos com idade igual ou superior a 15 anos que receberam informações sobre a COVID-19 no último trimestre.
<b>Frequência</b>	Este indicador deve ser relatado com alta frequência.
<b>Fontes de dados</b>	A fonte de dados recomendada para este indicador são os inquéritos à população.  A monitorização das redes sociais também pode ser usada a fim de monitorizar o discurso público sobre a credibilidade dos canais de comunicação. Como as redes sociais podem não ser representativas da população, estes dados são mais bem utilizados em combinação com os dados dos inquéritos à população.
<b>Limitações</b>	Em alguns contextos, os membros da comunidade podem estar relutantes em responder abertamente a perguntas sobre se recebem informações através de um canal de comunicação no qual confiam. Nestes contextos, uma alternativa a fazer perguntas diretamente sobre a confiança é usar a escala de Ohanian, que é usada para medir a credibilidade da fonte. A escala de Ohanian tem três componentes: atratividade (do comunicador); credibilidade e perícia.

Indicador	Percentagem de indivíduos que foram alcançados pelas informações de saúde pública sobre a COVID-19
<b>Resultado</b>	Informações exatas sobre riscos são comunicadas ao público
<b>Nível de resultado</b>	Realização
<b>Referência</b>	Novo indicador
<b>Finalidade</b>	<p>É necessário comunicar informações precisas sobre riscos ao público a fim de ajudar as pessoas a identificar soluções a nível local e adotar e sustentar medidas preventivas-chave. Este indicador contabiliza o número de pessoas que foram alcançadas por informações precisas sobre os riscos da COVID-19. É uma medida do alcance das nossas mensagens de saúde pública. A desagregação do indicador permite analisar se as informações estão a chegar aos grupos mais vulneráveis, particularmente aqueles que podem enfrentar barreiras no acesso a informações. A desagregação também permite identificar os canais através dos quais os grupos populacionais estão a receber diferentes tipos de informação. Os dados deste indicador podem ajudar a ajustar os métodos de comunicação, particularmente se os principais grupos sociais não estão a receber as informações de que necessitam a fim de se protegerem da COVID-19.</p>
<b>Definição</b>	<p>Este indicador mede a percentagem de indivíduos na população que foram alcançados pelas informações de saúde pública sobre a COVID-19. A frequência com que planeamos chegar às pessoas através da informação mudará de acordo com as circunstâncias da pandemia. O país deve definir o período de tempo para o indicador; isto é, se os indivíduos foram alcançados pelas informações na última semana, quinzena, mês, etc.</p> <p>No caso deste indicador, devem ser usadas as recomendações do governo sobre que informações de saúde pública devem ser comunicadas ao público. Quando o governo sub-nacional é mandatado a fim de comunicar informações sobre riscos, as recomendações da agência governamental mandatada devem ser usadas para a área na qual os dados estão a ser recolhidos.</p> <p>À medida que a pandemia evolui, as informações que devem ser comunicadas ao público mudam ao longo do tempo. É importante continuar a atualizar as ferramentas de recolha de dados a fim de refletir as mudanças na informação de saúde pública, por exemplo, atualizando as perguntas do inquérito relativamente às informações recebidas sobre medidas preventivas na fase inicial da pandemia para informações sobre a disponibilidade de vacinas em fases posteriores da pandemia.</p>
<b>Desagregar</b>	<p>A desagregação recomendada para este indicador é por: sexo, idade, educação e incapacidade. Os dados também devem ser desagregados pelo canal de comunicação através do qual os indivíduos foram alcançados, incluindo o idioma de comunicação. Quando for praticável, os dados também devem ser desagregados por tipo de informações (sobre medidas preventivas, acesso aos serviços, vacinas, etc.). Quando existe interesse relativo à definição de políticas, os dados podem também ser desagregados por rendimento ou estatuto económico, origem étnica, localização geográfica e migração.</p>
<b>Cálculo</b>	<p>Este indicador deve ser calculado como uma percentagem.</p> <p>Numerador: total de indivíduos com idade igual ou superior a 15 anos que foram alcançados pelas informações sobre riscos da COVID-19 (dentro do período de tempo especificado).</p> <p>Denominador: total de indivíduos com idade igual ou superior a 15 anos.</p>
<b>Frequência</b>	Este indicador deve ser relatado com alta frequência.

## Fontes de dados

A fonte de dados preferencial são os inquéritos à população.

Métodos de monitorização dos meios de comunicação também podem ser usados quando não estão disponíveis dados do inquérito. Para a monitorização dos meios de comunicação social, devem ser usados os seguintes parâmetros:

Redes sociais: número de impressões por publicação;

Web: número de visualizações de páginas únicas;

TV e rádio: número de pessoas alcançadas através da TV ou rádio;

Imprensa: número de pessoas alcançadas através da imprensa ou online.

Importa reforçar que os dados relatados através da monitorização dos meios de comunicação devem ser entendidos como o número de pessoas que foram alcançadas pelas informações de saúde pública através de um canal de comunicação específico — por exemplo, o número de pessoas alcançadas por uma estação de rádio, etc. Muitas das pessoas alcançadas por um canal — por exemplo uma estação de rádio — também terão sido alcançadas por outros meios de comunicação, por exemplo, um website. Adicionar o número de pessoas alcançadas por cada canal não é uma medida válida de alcance total, uma vez que se espera que envolva uma dupla contagem.

## Limitações

Os indicadores sobre o número de pessoas que foram alcançadas pelas informações são amplamente utilizados na RCCE. Os indicadores sobre o alcance devem ser usados tendo em conta as suas limitações. Por exemplo, embora uma pessoa possa ter sido “alcançada” por um tipo de meio de comunicação, não se sabe exatamente o que isso significa. Não se sabe, por exemplo, se a pessoa compreendeu a mensagem. Em segundo lugar, a receção e compreensão da informação pode ainda assim não conduzir a uma mudança de comportamento, uma vez que outros motores de mudança social e comportamental podem influenciar o comportamento da pessoa.<sup>15</sup>





<b>Indicador</b>	<b>Porcentagem de indivíduos que estão satisfeitos com o conteúdo das informações que recebem sobre a COVID-19</b>
<b>Resultado</b>	Informações exatas sobre riscos são comunicadas ao público
<b>Nível de resultado</b>	Resultado
<b>Referência</b>	Quadro da Mudança Sociocomportamental do Serviço Coletivo
<b>Finalidade</b>	As informações sobre riscos devem ser comunicadas de uma forma que o público possa compreender e aplicar às suas circunstâncias pessoais e comunitárias. Este indicador mede a porcentagem de indivíduos que estão satisfeitos com o conteúdo das informações que receberam sobre a COVID-19. Se o público não estiver satisfeito com as informações, deve ser levada a cabo uma análise mais aprofundada para compreender as razões. Devem ser envidados esforços no sentido de ajustar o conteúdo das informações de modo a que seja satisfatório para o público.
<b>Definição</b>	Este indicador mede se as pessoas estão satisfeitas com o conteúdo das informações que receberam sobre a COVID-19. O indicador mede o conteúdo que tem sido recebido de todos os canais de informação no último trimestre.
<b>Desagregar</b>	A desagregação recomendada para este indicador é por: sexo, idade e educação. Os dados também devem ser desagregados pelo canal de comunicação através do qual as informações foram recebidas e respectivos idiomas. Quando existe interesse relativo à definição de políticas, os dados podem também ser desagregados por rendimento ou estatuto económico, origem étnica, localização geográfica, incapacidade e migração.
<b>Cálculo</b>	Este indicador deve ser calculado como uma percentagem.  Numerador: total de indivíduos com idade igual ou superior a 15 anos que estão satisfeitos com o conteúdo de informações que receberam sobre a COVID-19 no último trimestre.  Denominador: total de indivíduos com idade igual ou superior a 15 anos que receberam informações sobre a COVID-19 no último trimestre.
<b>Frequência</b>	Este indicador deve ser relatado com alta frequência.
<b>Fontes de dados</b>	A fonte de dados preferencial são os inquéritos à população.  Alguns métodos de monitorização dos meios de comunicação social podem incluir informações sobre a satisfação com as informações.
<b>Limitações</b>	Nenhuma



## Participação na gestão da resposta

<b>Indicador</b>	<b>Porcentagem de áreas-alvo onde os membros da comunidade participam ativamente nos processos de tomada de decisão em matéria de saúde pública</b>
<b>Resultado</b>	A comunidade, particularmente os seus membros mais vulneráveis, participou na tomada de decisões sobre a resposta da saúde pública
<b>Nível de resultado</b>	Realização
<b>Referência</b>	Novo indicador

**Finalidade** A participação comunitária é vital a fim de assegurar respostas responsáveis, adaptativas e apropriadas que coloquem as pessoas no centro e apoiem as soluções lideradas pela comunidade. Deverão ser atribuídos às comunidades papéis reconhecidos a fim de fornecer recursos sobre a gestão da resposta.<sup>16</sup> Este indicador mede a percentagem de áreas-alvo nas quais os processos de tomada de decisão participativa têm estado ativos no último trimestre. Nos casos em que os processos de tomada de decisão participativa não estão ativos, devem ser envidados esforços no sentido de os revigorar. A participação das comunidades na tomada de decisões sobre saúde pública ajudará a assegurar o envolvimento e apoio da comunidade.

**Definição** É na tomada de decisões participativa e ativa para a COVID-19 que os membros da comunidade se envolvem na tomada de decisões sobre o planeamento e implementação de atividades. Devem ser identificados líderes comunitários de confiança para participar no processo. São necessárias ações a fim de apoiar e promover a liderança entre os mais desfavorecidos para um processo verdadeiramente participativo.<sup>17</sup> A definição do que constitui “participação comunitária” deve ser feita a nível do país. Recomenda-se adotar uma forte definição de participação comunitária sempre que seja prático. A definição do que constitui “participação ativa” dos membros da comunidade no processo de tomada de decisão em matéria de saúde pública deve ser feita a nível do país. “Participação ativa” poderia, por exemplo, ser definida como: *os membros da comunidade estarem presentes com a possibilidade de contribuir para as decisões relacionadas com o planeamento, conceção, implementação e gestão da resposta à COVID-19 na área administrativa nos últimos três meses.*

A área-alvo pode ser definida como apropriada ao contexto; por exemplo, podem ser usadas áreas administrativas do governo local ou áreas administrativas de saúde.

**Desagregar** Os dados podem ser desagregados por área geográfica

**Cálculo** Este indicador deve ser calculado como uma percentagem.

Numerador: o número de áreas-alvo onde os membros da comunidade participam ativamente nos processos de tomada de decisão em matéria de saúde pública.

Denominador: o número total de áreas-alvo para que os membros da comunidade participem ativamente nos processos de tomada de decisão em matéria de saúde pública.

16 Ver COVID-19: How to select, implement and adjust public health and social measures, Coronavirus update 44, OMS, 2020, <[who.int/docs/default-source/coronaviruse/risk-comms-updates/update44-public-healthand-social-measures.pdf?sfvrsn=1bcdd00f\\_5](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/risk-comms-updates/update44-public-healthand-social-measures.pdf?sfvrsn=1bcdd00f_5)>

17 UNICEF, Minimum Quality Standards and Indicators for Community Engagement, 2019

**Frequência**

Este indicador deve ser relatado com uma frequência média.

**Fontes de dados**

O meio preferencial de recolha de dados para este indicador é através de um processo participativo, envolvendo tanto membros da comunidade como funcionários da resposta de saúde pública. Tanto os membros da comunidade como os funcionários da resposta de saúde pública devem estar de acordo quanto a se a definição de participação acima foi cumprida para a resposta de saúde pública à COVID-19 na sua área.

**Limitações**

Nenhuma





## Envolvimento da comunidade

Indicador	Porcentagem de grupos-alvo comunitários que promovem recomendações de saúde pública a fim de deter a COVID-19
<b>Resultado</b>	As comunidades, particularmente as mais vulneráveis, estão empenhadas na resposta de saúde pública
<b>Nível de resultado</b>	Realização
<b>Referência</b>	Novo indicador
<b>Finalidade</b>	Evidências das mais recentes pandemias demonstram que o envolvimento da comunidade é a chave a fim de assegurar uma resposta eficaz de toda a sociedade. Este indicador mede a porcentagem de grupos-alvo comunitários que promoveram recomendações de saúde pública no sentido de deter a COVID-19 no último trimestre. Nos casos em que os grupos-alvo comunitários não estão ativos no esforço a fim de deter a COVID-19, pode ser necessário envolver novamente esses grupos comunitários.
<b>Definição</b>	Os grupos comunitários podem incluir organizações desportivas, grupos sociais, organizações religiosas locais ou congregações. Os grupos comunitários alvo da promoção de recomendações de saúde pública a fim de deter a COVID-19 devem ser identificados no plano da RCCE. Para ser contabilizado, o grupo comunitário deve ter atuado a fim de promover medidas de saúde pública no último trimestre, tais como a divulgação de mensagens-chave sobre a COVID-19 aos membros, a organização de grupos de discussão, etc.
<b>Desagregar</b>	Estes dados podem ser relatados a nível nacional — contabilizando os grupos comunitários a nível nacional — ou para áreas subnacionais — contabilizando os grupos comunitários a nível subnacional.
<b>Cálculo</b>	Este indicador deve ser calculado como uma porcentagem.  Numerador: o número de grupos-alvo comunitários que estão a promover mensagens de saúde pública a fim de deter a COVID-19 na área geográfica.  Denominador: o número total de grupos comunitários visados no sentido de promover mensagens de saúde pública a fim de deter a COVID-19 na área geográfica.
<b>Frequência</b>	Este indicador deve ser relatado com alta frequência.
<b>Fontes de dados</b>	Os dados para este indicador podem ser recolhidos através de homólogos governamentais ou comunitários.
<b>Limitações</b>	Nenhuma

Indicador	Percentagem de áreas-alvo onde os membros da comunidade desempenham um papel ativo na prestação de serviços de saúde pública de resposta à COVID-19
<b>Resultado</b>	As comunidades, particularmente as mais vulneráveis, estão empenhadas na resposta de saúde pública
<b>Nível de resultado</b>	Realização
<b>Referência</b>	Novo indicador
<b>Finalidade</b>	<p>As respostas de saúde pública são mais eficazes quando os membros da comunidade desempenham um papel ativo na prestação de serviços. Este indicador mede a percentagem de áreas-alvo onde os membros da comunidade desempenham um papel na prestação de serviços de saúde pública de resposta à COVID-19. Quando a comunidade não desempenha um papel ativo, pode ser necessário recuperar e encorajar o envolvimento da comunidade. Alternativamente, pode ser necessário examinar se a liderança comunitária está a ser restringida pela organização da resposta de saúde pública à COVID-19 na área.</p> <p>Para analisar o papel da comunidade na resposta de saúde pública, este indicador pode ser usado em conjunto com indicadores sobre a participação da comunidade na tomada de decisões e a participação da comunidade na promoção de recomendações de saúde pública.</p>
<b>Definição</b>	<p>No caso deste indicador, os membros da comunidade devem ter desempenhado um papel ativo na prestação de serviços de saúde pública de resposta à COVID-19 no último trimestre. Os membros da comunidade são definidos como pessoas que não trabalham como profissionais de saúde na resposta à COVID-19. Um “papel ativo” é definido como membros da comunidade que têm uma responsabilidade específica na prestação de um serviço ou atividade. Pode ser incluído um vasto leque de serviços ou atividades. O serviço ou atividade deve ser listado no plano de resposta à COVID-19. Estes podem incluir iniciativas de proteção a nível comunitário, ajudando a chegar rapidamente ao hospital — por exemplo, através do fornecimento de combustível em áreas remotas — doações de alimentos para os mais vulneráveis, jovens que ajudam os idosos a chegar aos locais de vacinação, rastreio de contactos na comunidade, notificação de alertas de surtos, etc.</p> <p>A área-alvo pode ser definida como apropriada ao contexto — por exemplo, podem ser usadas áreas administrativas do governo local ou áreas administrativas de saúde.</p>
<b>Desagregar</b>	Os dados podem ser desagregados por área geográfica
<b>Cálculo</b>	<p>Este indicador deve ser calculado como uma percentagem.</p> <p>Numerador: o número de áreas-alvo onde os membros da comunidade desempenham um papel ativo na prestação de serviços de saúde pública de resposta à COVID-19.</p> <p>Denominador: o número total de áreas-alvo definidas para os membros da comunidade desempenharem um papel ativo na prestação de serviços de saúde pública de resposta à COVID-19.</p>
<b>Frequência</b>	Este indicador deve ser relatado com uma frequência média.
<b>Fontes de dados</b>	O meio preferencial de recolha de dados para este indicador é através de um processo participativo, envolvendo tanto membros da comunidade como funcionários da resposta de saúde pública. Tanto os membros da comunidade como os funcionários da resposta de saúde pública devem estar de acordo quanto a se os membros da comunidade desempenharam um papel ativo na prestação de serviços de saúde pública de resposta à COVID-19.
<b>Limitações</b>	Nenhuma

Indicador	Percentagem de áreas-alvo onde se realizam diálogos comunitários sobre saúde pública
<b>Resultado</b>	As comunidades, particularmente os membros mais vulneráveis, estão empenhadas na resposta de saúde pública
<b>Nível de resultado</b>	Realização
<b>Referência</b>	Novo indicador
<b>Finalidade</b>	<p>É necessária uma resposta de toda a sociedade a fim de enfrentar o desafio da COVID-19. A RCCE procura, através de uma compreensão do ambiente social, criar um espaço para diálogos comunitários que promovam a atenção e a escuta de diferentes pontos de vista sem enviesamentos. Aprender com estes diálogos ajudará a adaptar as abordagens de saúde pública. Os diálogos comunitários devem estar abertos a toda a comunidade, incluindo representantes de empresas, religiosos, sociais, desportivos, da juventude, do governo, políticos e privados. A participação dos líderes da saúde pública é especialmente bem-vinda nos diálogos comunitários. Devem ser envidados esforços especiais no sentido de incluir os membros mais vulneráveis da comunidade. Este indicador mede o número de comunidades onde decorrem regularmente diálogos ativos e formais sobre a COVID. Nas comunidades em que estes diálogos <i>não</i> decorrem regularmente, pode haver necessidade de reativar o processo de envolvimento da comunidade.</p>
<b>Definição</b>	<p>Os diálogos comunitários são aqui definidos como processos que reúnem os membros da comunidade a fim de permitir a discussão aberta das preocupações de saúde pública local. Os diálogos comunitários podem ter lugar online ou presencialmente. Podem ser contabilizados diálogos comunitários de vários formatos, desde que estejam abertos a todos os membros da comunidade e facilitem as discussões relacionadas com a COVID-19. Podem ainda ser contabilizados diálogos ou fóruns comunitários existentes que incluam discussões relacionadas com o fim da COVID-19. Para serem contabilizados como ativos, os diálogos comunitários devem ter lugar pelo menos uma vez por trimestre na área-alvo.</p> <p>A área-alvo pode ser definida como apropriada ao contexto — por exemplo, podem ser usadas áreas administrativas do governo local ou áreas administrativas de saúde.</p>
<b>Desagregar</b>	Este indicador pode ser desagregado por área subnacional.
<b>Cálculo</b>	<p>Este indicador deve ser calculado como uma percentagem.</p> <p>Numerador: o número de áreas-alvo onde se realizam diálogos comunitários sobre saúde pública.</p> <p>Denominador: o número total de áreas-alvo para o diálogo comunitário sobre saúde pública.</p>
<b>Frequência</b>	Este indicador deve ser relatado com alta frequência.
<b>Fontes de dados</b>	Os dados para este indicador podem ser recolhidos através de homólogos governamentais ou comunitários.
<b>Limitações</b>	Nenhuma

<b>Indicador</b>	<b>Porcentagem de áreas-alvo onde são prestados apoios para que os membros da comunidade desempenhem um papel ativo na prestação de serviços de saúde pública de resposta à COVID-19</b>
<b>Resultado</b>	São fornecidos apoios a fim de permitir aos membros da comunidade desempenhar um papel ativo na prestação de serviços
<b>Nível de resultado</b>	Realização
<b>Referência</b>	Novo indicador
<b>Finalidade</b>	São necessários apoios a fim de os membros da comunidade desempenharem um papel ativo na resposta de saúde pública à COVID-19. Os apoios necessários irão diferir consoante o contexto e os planos de resposta. Em geral, os apoios devem ser postos em prática a fim de assegurar que o envolvimento da comunidade é bem organizado, sustentável durante toda a resposta e direcionado para as pessoas mais vulneráveis. Este indicador mede se existe apoio implementado a fim de permitir que os membros da comunidade desempenhem um papel ativo na prestação dos serviços de saúde pública de resposta à COVID-19.
<b>Definição</b>	<p>O apoio aos membros da comunidade no desempenho de um papel ativo na prestação de serviços de saúde pública pode incluir atividades como registo, formação, orientação, apoio material, etc. Para que seja contabilizada, a área deve fornecer estes apoios no momento da recolha de dados.</p> <p>A área-alvo pode ser definida como apropriada ao contexto — por exemplo, podem ser usadas áreas administrativas do governo local ou áreas administrativas de saúde.</p>
<b>Desagregar</b>	Este indicador pode ser desagregado por área subnacional.
<b>Cálculo</b>	<p>Este indicador deve ser calculado como uma percentagem.</p> <p>Numerador: o número de áreas-alvo onde existem apoios implementados a fim de permitir que os membros da comunidade desempenhem um papel ativo na prestação de serviços de saúde pública de resposta à COVID-19.</p> <p>Denominador: número total de áreas-alvo para prestar apoios para que os membros da comunidade desempenhem um papel ativo na prestação de serviços de saúde pública de resposta à COVID-19</p>
<b>Frequência</b>	Este indicador deve ser relatado com frequência média durante toda a resposta.
<b>Fontes de dados</b>	O meio preferencial de recolha de dados para este indicador é através de um processo participativo, envolvendo tanto membros da comunidade como funcionários da resposta de saúde pública. Tanto os membros da comunidade como os funcionários da resposta de saúde pública devem estar de acordo quanto a se os apoios visados estão implementados no sentido de permitir aos membros da comunidade desempenhar um papel ativo na prestação de serviços de saúde pública.
<b>Limitações</b>	Nenhuma



<b>Indicador</b>	Porcentagem de áreas-alvo nas quais os SOP da RCCE foram adotados pelos parceiros governamentais
<b>Resultado</b>	O quadro legal e político apoia a RCCE para a COVID-19
<b>Nível de resultado</b>	Atividade
<b>Referência</b>	Novo indicador (ver <i>Minimum Quality Standards and Indicators for Community Engagement</i> , UNICEF, C.13.3)

### Finalidade

A experiência da RCCE durante o surto do ébola na África Ocidental sublinhou a importância de as organizações parceiras adotarem SOP para a RCCE.<sup>18</sup> O indicador mede a porcentagem de áreas-alvo nas quais foram adotados SOP de RCCE pelos parceiros governamentais. Quando não são adotados SOP de RCCE pelos parceiros governamentais, devem ser envidados esforços no sentido de envolver os homólogos a fim de fornecer a assistência necessária para a adoção dos SOP.

Importa salientar que este indicador pode ser usado com o intuito de complementar o Indicador do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 16.10.2: Número de países que adotaram e implementaram garantias constitucionais, estatutárias e/ou políticas para acesso público à informação.

### Definição

Um SOP de RCCE deve ser entendido como um conjunto de instruções passo a passo a fim de ajudar os trabalhadores a realizar operações rotineiras de envolvimento da comunidade e comunicação de risco. Os SOP de RCCE devem, especificamente, estar relacionados com a comunicação de risco ou o envolvimento da comunidade numa pandemia ou surto de doença. A fim de serem contabilizados como SOP de RCCE, devem especificar um conjunto de ações e normas que visem o envolvimento da comunidade ou a comunicação de risco. Todos os parceiros governamentais relevantes podem ser contabilizados. Para que uma área seja contabilizada como tendo adotado SOP de RCCE, pelo menos um parceiro governamental na área administrativa deve ter adotado pelo menos um SOP de RCCE.

Importa salientar que as áreas governamentais podem ser definidas de acordo com as circunstâncias locais ou nacionais; por exemplo, as áreas administrativas de saúde podem ser usadas quando apropriado.

A área-alvo pode ser definida como apropriada ao contexto — por exemplo, podem ser usadas áreas administrativas do governo local ou áreas administrativas de saúde.

### Desagregar

Estes dados podem ser desagregados por área administrativa do governo.

### Cálculo

Este indicador deve ser calculado como uma porcentagem.

Numerador: porcentagem de áreas-alvo nas quais os SOP de RCCE foram adotados pelos parceiros governamentais

Denominador: número total de áreas-alvo para a adoção de SOP de RCCE.

18 Gillespie et al., *Social Mobilization and Community Engagement Central to the Ebola Response in West Africa*, Global Health, 2016



<b>Frequência</b>	Este indicador deve ser relatado com frequência média durante toda a resposta
<b>Fontes de dados</b>	Os dados para este indicador podem ser recolhidos através de homólogos governamentais.
<b>Limitações</b>	Nenhuma

<b>Indicador</b>	<b>Percentagem de áreas-alvo onde foram adotadas políticas e procedimentos para a participação das comunidades locais</b>
<b>Resultado</b>	São estabelecidos mecanismos para a participação da comunidade na tomada de decisões sobre a gestão da resposta à COVID-19
<b>Nível de resultado</b>	Realização
<b>Referência</b>	Novo indicador (ver <a href="#">Minimum Quality Standards and Indicators for Community Engagement</a> , UNICEF)

**Finalidade** Em muitos países, o quadro de planeamento a fim de responder a emergências de saúde pública não inclui políticas e procedimentos para a participação das comunidades locais. A criação destas políticas e procedimentos irá permitir a participação pública e o envolvimento da comunidade. Este indicador é uma medida da adoção de políticas e procedimentos para a participação das comunidades locais. Reflete até que ponto o governo está a implementar mecanismos de participação.

**Definição** A definição das políticas e procedimentos apropriados para a participação das comunidades locais deve ser decidida pelos países. No mínimo, as políticas e procedimentos para a participação das comunidades devem considerar o seguinte:

- » Reconhecer a participação significativa como um direito e como sendo essencial para uma tomada de decisão informada e para a autodeterminação coletiva.
- » Detalhar o nível de participação proposto de uma forma sensível ao género, à idade e ao contexto e em conformidade com as atividades de planeamento.
- » Assegurar que a participação das comunidades está associada a elementos-chave da conceção e gestão das atividades.
- » Assegurar que são empregados métodos e abordagens de participação reconhecidos a fim de garantir que os processos participativos são eficazes.
- » Assegurar que as abordagens de envolvimento comunitário são localmente relevantes, bem como apropriadas em termos culturais, de género e de idade, e em idiomas e formatos compreendidos por todos os membros da comunidade.<sup>19</sup>

A área-alvo pode ser definida como apropriada ao contexto — por exemplo, podem ser usadas áreas administrativas do governo local ou áreas administrativas de saúde.

**Desagregar** Estes dados podem ser desagregados por área administrativa do governo.

19 Adaptado de UNICEF, Minimum Quality Standards for Community Engagement, 2019, ver A.1.1

**Cálculo**

Este indicador deve ser calculado como uma porcentagem.

Numerador: porcentagem de áreas-alvo onde foram adotadas políticas e procedimentos com vista à participação das comunidades locais

Denominador: número total de áreas-alvo para a adoção de políticas e procedimentos com vista à participação das comunidades locais

**Frequência**

Este indicador deve ser relatado com uma frequência média.

**Fontes de dados**

Os dados para este indicador podem ser recolhidos através de gabinetes governamentais. Se possível, os representantes da comunidade devem participar no processo de recolha de dados.

**Limitações**

Este indicador mede se foram ou não estabelecidos mecanismos participativos. Não mede a qualidade da participação.





<b>Indicador</b>	<b>Capacidades para localizar e fazer face à infodemia e à desinformação sobre a saúde</b>
<b>Resultado</b>	É estabelecido um mecanismo de monitorização de rumores para a COVID-19
<b>Nível de resultado</b>	Atividade
<b>Referência</b>	Ver o SPRP (Plano estratégico de preparação e resposta à COVID-19) da OMS, maio de 2021

## Finalidade

Uma infodemia pode intensificar ou prolongar os surtos quando as pessoas não têm a certeza daquilo que devem fazer a fim de proteger a sua saúde e a saúde das pessoas ao seu redor. Com a crescente digitalização — uma expansão das redes sociais e do uso da Internet — a informação pode espalhar-se mais depressa, o que pode ajudar a preencher lacunas de informação mais rapidamente, mas também pode amplificar mensagens nocivas. O objetivo deste indicador é monitorizar a existência de capacidades para localizar e fazer face à infodemia e à desinformação sobre a saúde. Este indicador pode ser usado tanto a nível nacional como subnacional. Quando estas capacidades não existem, os países são encorajados a redobrar os seus esforços na gestão da infodemia.

Importa salientar que este indicador é adaptado a partir do indicador do SPRP da OMS, de maio de 2021: “Proporção de países que têm capacidades para localizar e fazer face à infodemia e à desinformação sobre saúde”. Para mais recursos sobre gestão infodêmica, consultar a [página web de gestão infodêmica da OMS](#).

## Definição

Uma infodemia é uma superabundância de informações, tanto online como offline. Inclui tentativas deliberadas de disseminar informações incorretas no sentido de minar a resposta de saúde pública e promover agendas alternativas de grupos ou indivíduos. A gestão da infodemia é o uso sistemático de análises e abordagens baseadas nos riscos e nas evidências com o intuito de gerir a infodemia e reduzir o seu impacto nos comportamentos de saúde durante emergências de saúde. O seu objetivo consiste em assegurar que as pessoas têm acesso a informações factuais atempadas e de fácil compreensão, no sentido de poderem adotar rapidamente comportamentos que visem proteger a sua saúde e a dos demais durante uma epidemia. A gestão da infodemia tem de ser apoiada pela ciência, tem de basear-se em intervenções baseadas nas evidências e tem de fazer uso das melhores práticas, incluindo a partilha de experiências e a aprendizagem contínua.

Uma área deve ser classificada como tendo capacidade de localizar e fazer face à infodemia e à desinformação sobre a saúde de acordo com a seguinte escala:

An area should be scored as having capability to track and address infodemics and health misinformation in place according to the following scale:

- » Sim, existe uma unidade no Ministério da Saúde ou equivalente
- » Sim, existe uma unidade no governo, mas noutra Ministério
- » Sim, existe uma unidade numa agência parceira
- » Não existe uma unidade, mas os funcionários de um ministério governamental ou agência parceira estão a levar a cabo estas tarefas
- » Não existe uma unidade nem existem funcionários a levar a cabo estas tarefas num ministério governamental ou agência parceira, mas existem planos para a criação de uma unidade num ministério governamental ou agência parceira
- » Não existe uma unidade, não existem funcionários a levar a cabo estas tarefas num ministério governamental ou agência parceira e não existem planos para a criação de uma unidade num ministério governamental ou agência parceira
- » Não sei

<b>Desagregar</b>	Este indicador pode ser desagregado por área administrativa do governo.
<b>Cálculo</b>	Selecione a partir da categoria apropriada na definição acima.
<b>Frequência</b>	Este indicador destina-se a ser relatado numa base trimestral.
<b>Fontes de dados</b>	Os dados para este indicador podem ser recolhidos através de homólogos governamentais ou de RCCE.
<b>Limitações</b>	Nenhuma





## Feedback da comunidade

<b>Indicador</b>	Porcentagem de áreas-alvo onde existem mecanismos de captação e utilização do feedback da comunidade.
<b>Resultado</b>	O mecanismo de feedback da comunidade liga a comunidade ao governo, meios de comunicação social e outros intervenientes
<b>Nível de resultado</b>	Atividade
<b>Referência</b>	Novo indicador (ver Feedback Toolkit and Community Engagement and Accountability Guide , IFRC <sup>20</sup> , e <a href="#">Minimum Quality Standards and Indicators for Community Engagement</a> , UNICEF)

### Finalidade

Um dos pilares da Responsabilização perante as populações afetadas é o reforço das abordagens de escuta e o estabelecimento de meios seguros para que as comunidades afetadas possam dar feedback acerca das suas experiências e perspetivas sobre os serviços, programas e respostas, no que diz respeito a um tópico ou questão específica relacionada com a resposta. O feedback pode incluir preocupações de saúde pública ou perguntas sobre rumores, perceções e outras preocupações. O feedback pode também incluir perguntas sobre o comportamento e conduta dos funcionários e dos voluntários. Isto inclui queixas graves sobre exploração e abuso sexual (EAS) e corrupção, bem como feedback sensível associado a violência ou preocupações de proteção. O feedback pode ser recebido informalmente, através de conversas dos membros da comunidade com funcionários e voluntários, ou mais formalmente, através de canais tais como uma linha telefónica, balcão de reclamações ou comité comunitário (ver “Definição” abaixo). Os mecanismos de feedback não são específicos a um tópico ou setor em particular. Os membros da comunidade devem ser capazes de expressar as suas preocupações e relacioná-las com o tópico apropriado, por exemplo, COVID-19 e setor — por exemplo, a saúde pública — através do mecanismo de feedback. O mais importante é que o feedback seja abordado e respondido. As abordagens de feedback da comunidade asseguram que as comunidades e os indivíduos podem expressar as suas convicções, aceder às informações necessárias, obter respostas a perguntas e levantar preocupações ou queixas, conforme necessário. Isto fortalece a inclusão da comunidade e permite uma melhor resposta às necessidades da comunidade. O feedback da comunidade pode ser transmitido através de canais governamentais e não-governamentais. É também importante que o feedback da comunidade esteja ligado aos meios de comunicação social, tanto como meio de os informar sobre a realidade da comunidade e como um meio de responsabilidade social. Este indicador mede a existência de mecanismos a fim de captar o feedback da comunidade.

20 IFRC Feedback Toolkit, 2021 <https://communityengagementhub.org/resource/cea-toolkit/> and IFRC, Community Engagement and Accountability Guide, 2021 <https://communityengagementhub.org/resource/ifrc-cea-guide/>

<b>Definição</b>	<p>Os mecanismos de feedback da comunidade podem incluir dados recolhidos através de conversas dos membros da comunidade com trabalhadores comunitários e voluntários, durante visitas domiciliárias, linhas diretas, centros de informação, plataformas de envolvimento digital (U-Report, RapidPro, loGT e outras), plataformas de mensagens interativas (Facebook, Twitter, WhatsApp), discussões em grupos de discussão, participação em pesquisas sobre percepções da comunidade, comunicações escritas (e-mail, cartas), fóruns de perguntas e respostas, sessões de escuta, chamadas para os meios de comunicação social (TV, programas de rádio), plataformas comunitárias, espaços para feedback, reuniões comunitárias, redes de voluntários de saúde, etc. Os métodos de recolha de dados utilizados para fins de M&amp;A e ciências sociais também podem ser considerados parte de um mecanismo de feedback da comunidade. Este indicador centra-se na recolha regular de informações e na respetiva análise, integração nos processos de tomada de decisão e atuação. Um mecanismo de feedback da comunidade deve ter procedimentos implementados no sentido de garantir que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» O mecanismo está aberto a todas as pessoas para uso seguro e pode ser usado por pessoas vulneráveis e grupos com necessidades especiais.</li> <li>» É estabelecido um mecanismo sistemático e transparente através do qual as pessoas podem registar dissidências e levantar questões.</li> <li>» Existem linhas claras e funcionais de comunicação bidirecional para o feedback de rotina, de modo a que questões ou preocupações relevantes sejam transmitidas aos funcionários apropriados, a nível local ou nacional.</li> <li>» As comunidades são informadas dos resultados das atividades de monitorização, avaliação e aprendizagem e têm acesso aos dados.</li> </ul> <p>Uma área específica pode ser contabilizada como tendo um mecanismo de feedback da comunidade implementado se tiver pelo menos um mecanismo de feedback da comunidade operacional que satisfaça estes quatro critérios.</p> <p>A área-alvo pode ser definida como apropriada ao contexto — por exemplo, podem ser usadas áreas administrativas do governo local ou áreas administrativas de saúde.</p>
<b>Desagregar</b>	<p>Este indicador pode ser desagregado por área administrativa do governo.</p>
<b>Cálculo</b>	<p>Este indicador deve ser calculado como uma percentagem.</p> <p>Numerador: o número de áreas-alvo onde existem mecanismos de captação e utilização do feedback da comunidade.</p> <p>Denominador: o número total de áreas-alvo para pôr em prática mecanismos de captação e utilização do feedback da comunidade.</p>
<b>Frequência</b>	<p>Este indicador deve ser relatado com uma frequência média.</p>
<b>Fontes de dados</b>	<p>Os dados para este indicador podem ser recolhidos através de homólogos governamentais ou de RCCE. Os membros da comunidade devem ser consultados para saber se os mecanismos de feedback da comunidade estão, efetivamente, implementados.</p>
<b>Limitações</b>	<p>Nenhuma</p>

<b>Indicador</b>	<b>Percentagem de áreas-alvo onde foram feitas alterações aos planos de resposta à COVID-19 com base no feedback da comunidade</b>
<b>Resultado</b>	O mecanismo de feedback da comunidade é estabelecido
<b>Nível de resultado</b>	Atividade
<b>Referência</b>	Novo indicador
<b>Finalidade</b>	Os mecanismos de feedback devem funcionar como um canal de comunicação entre a comunidade em geral e a gestão da resposta de saúde pública. A gestão da resposta deve rever as informações recebidas através do mecanismo de feedback e, quando necessário, devem ser realizados ajustes à resposta. Por exemplo, o feedback pode ser abordado e respondido através de mudanças nos serviços ou estratégias de envolvimento comunitário ou partilha de informações factuais e atempadas através de intervenções de comunicação de risco no sentido de lidar com rumores. Este indicador mede se os mecanismos de feedback da comunidade estão a ser usados a fim de ajustar a resposta. O indicador pode ser usado com o intuito de medir a integração do feedback da comunidade no planeamento da resposta a nível subnacional ou nacional.
<b>Definição</b>	<p>Para que se considere que uma área específica realizou alterações aos planos de resposta à COVID-19 baseados em mecanismos de feedback da comunidade, a gestão da resposta de saúde pública na área deve ser capaz de se referir a alterações ou ajustes específicos que foram feitos ao plano de resposta com base em mecanismos específicos de feedback da comunidade num período definido — por exemplo, num período de seis meses.</p> <p>A área-alvo pode ser definida como apropriada ao contexto — por exemplo, podem ser usadas áreas administrativas do governo local ou áreas administrativas de saúde.</p>
<b>Desagregar</b>	Este indicador pode ser desagregado por área administrativa do governo.
<b>Cálculo</b>	<p>Este indicador deve ser calculado como uma percentagem.</p> <p>Numerador: o número de áreas-alvo onde foram feitas alterações aos planos de resposta à COVID-19 com base no feedback da comunidade num período definido.</p> <p>Denominador: o número total de áreas onde os mecanismos de feedback da comunidade estão implementados.</p>
<b>Frequência</b>	Este indicador deve ser relatado com uma frequência média.
<b>Fontes de dados</b>	O meio preferencial de recolha de dados para este indicador é através de um processo participativo, envolvendo tanto membros da comunidade como funcionários da resposta de saúde pública. Os funcionários da resposta de saúde pública devem fornecer informações sobre se o feedback da comunidade levou a uma mudança no plano de resposta. Os representantes da comunidade devem ser consultados sobre se concordam que o seu feedback levou a uma mudança nos planos de resposta.
<b>Limitações</b>	Importa destacar que a ligação entre o feedback da comunidade e uma alteração a um plano de resposta pode não ser direta. A melhor forma de utilizar este indicador consiste em combiná-lo com outras fontes de informação.



## Pesquisa e avaliação de necessidades

<b>Indicador</b>	Países que realizaram uma avaliação dos motores sociais e comportamentais (BeSD) para a aceitação e adoção da vacinação contra a COVID-19
<b>Resultado</b>	É levada a cabo uma pesquisa social e comportamental
<b>Nível de resultado</b>	Recursos
<b>Referência</b>	<a href="#">Motores Sociais e Comportamentais para a Vacinação</a>

### Finalidade

A medição regular dos motores sociais e comportamentais para a vacinação é vital a fim de permitir avaliar e abordar adequadamente as razões para a sua fraca aceitação. A recolha e utilização de dados de qualidade sobre os motores sociais e comportamentais (BeSD) para a vacinação permitirá aos programas conceber, direcionar e avaliar intervenções no sentido de alcançar um maior impacto com mais eficiência e examinar e compreender as tendências ao longo do tempo.

Este indicador mede o número de países que realizou uma avaliação dos motores sociais e comportamentais para a aceitação e a toma da vacinação contra a COVID-19. Nos países onde não foi realizada uma avaliação BeSD, devem ser envidados esforços no sentido de implementar os recursos necessários para a realização da avaliação BeSD.

Este indicador também pode ser usado a fim de monitorizar o uso de BeSD para campanhas de vacinação subnacionais.

### Definição

Recomenda-se uma avaliação dos motores sociais e comportamentais a fim de incluir os quatro domínios que influenciam a toma de vacinas, nomeadamente: o que as pessoas pensam e sentem sobre as vacinas; processos sociais que conduzem ou inibem a vacinação; motivações individuais (ou hesitação) para procurar a vacinação; e fatores práticos envolvidos na procura e na toma da vacinação.<sup>21</sup> Para este indicador, um país pode ser contabilizado como tendo realizado uma avaliação dos motores sociais e comportamentais se tiver incluído os quatro domínios na avaliação. A nossa definição não inclui os métodos utilizados para conduzir a avaliação, que são decididos com melhor eficácia ao nível do país. Importa destacar que este indicador fala da criação e utilização de dados sociais para a toma de vacinas e não deve ser confundido com a utilização de qualquer ferramenta específica.

### Desagregar

Estes dados podem ser relatados por país.

### Cálculo

Este indicador deve ser calculado como uma percentagem.

Numerador: o número de países que realizaram uma avaliação dos motores sociais e comportamentais (BeSD) para a toma da vacina contra a COVID-19.

Denominador: o número total de países que conduziram campanhas de vacinação para a COVID-19.

### Frequência

Este indicador deve ser relatado com uma frequência média.

### Fontes de dados

Os dados para este indicador podem ser recolhidos através de homólogos governamentais ou de RCCE.

### Limitações

Nenhuma

21 UNICEF, OMS, Data for Action: Achieving high uptake of COVID-19 vaccines, Interim Guidance, fevereiro de 2021





## Capacitação

Indicador	Número de participantes nas sessões de formação de RCCE
<b>Resultado</b>	Atividade
<b>Nível de resultado</b>	É ministrada formação no sentido de desenvolver a capacidade dos parceiros
<b>Referência</b>	Novo indicador
<b>Finalidade</b>	O desenvolvimento da capacidade nacional e subnacional da RCCE é essencial se a RCCE for implementada. Este indicador mede o número de indivíduos que obtiveram formação em abordagens de RCCE. Este indicador pode ser usado com o intuito de monitorizar o desenvolvimento da capacidade a nível nacional e subnacional.
<b>Definição</b>	Este indicador contabiliza o número de vezes em que os indivíduos participaram numa sessão de formação de RCCE no último trimestre. Importa salientar que se trata de uma contagem do número de vezes em que os indivíduos participaram e não do número de indivíduos (ver Limitações abaixo). Uma sessão de formação de RCCE é definida como qualquer formação que inclua aprendizagem substancial sobre RCCE. Uma sessão de formação é definida como um período de ensino, educação, instrução ou desenvolvimento profissional. Cada sessão de formação deve ser contabilizada como uma sessão, independentemente da sua duração; isto é, seja por um ou por três dias.
<b>Desagregar</b>	Recomenda-se a recolha de dados detalhados sobre o tipo de formação ministrada. Podem ser recolhidos dados sobre o tema da formação, por exemplo, formação em comunicação, envolvimento dos meios de comunicação social, gestão infodémica, etc. Os dados sobre o número de participantes aos quais foi ministrada formação devem ser recolhidos, com desagregação, quando apropriado, por sexo e filiação do formando, por exemplo ONG, ONU, governo, etc. Também podem ser recolhidos dados sobre o idioma em que a formação é conduzida e sobre quais os recursos de formação utilizados.
<b>Cálculo</b>	Esta é uma contagem numérica do número total de vezes que os indivíduos participaram numa sessão de formação em RCCE no último trimestre.
<b>Frequência</b>	Este indicador deve ser relatado com uma frequência média.
<b>Fontes de dados</b>	Os dados para este indicador podem ser recolhidos através de homólogos governamentais e de RCCE. É importante recolher dados de todos os parceiros que realizam formação em RCCE na área geográfica a fim de assegurar que os dados são abrangentes.
<b>Limitações</b>	A maioria dos sistemas de recolha de dados sobre formação não é capaz de contabilizar o número de indivíduos que participaram em sessões de formação em múltiplos parceiros. Por esta razão, este indicador não contabiliza o <i>número de indivíduos</i> que participaram em sessões de formação em RCCE. Contabiliza o <i>número de vezes em que os indivíduos participaram</i> em sessões de formação em RCCE. Por exemplo, se uma pessoa participar em três sessões de formação em RCCE no último trimestre, tal será contabilizado como três vezes em que os indivíduos participaram numa sessão de formação em RCCE.



## Mecanismo de coordenação

Indicador	Um mecanismo de coordenação de RCCE está ativo e formalmente implementado
<b>Resultado</b>	O mecanismo de coordenação de RCCE nacional e local está operacional
<b>Nível de resultado</b>	Recursos
<b>Referência</b>	Novo indicador
<b>Finalidade</b>	Ter mecanismos de coordenação de RCCE em vigor ajuda a assegurar que as organizações de resposta, governos e parceiros sincronizam estratégias e planos e que as recomendações e orientações de saúde são consistentes e oportunas e podem ser adaptadas a diversas realidades, cenários de transmissão e necessidades da população. <sup>22</sup> Este indicador mede se um mecanismo de coordenação de RCCE está ativo e formalmente implementado. Quando os mecanismos de coordenação não estão ativos e formalmente implementados, pode ser necessário apoio a fim de estabelecer ou reativar o mecanismo de coordenação.
<b>Definição</b>	O mecanismo de coordenação de RCCE deve ser liderado ou coliderado por governos e/ou organismos responsáveis e deve incluir representantes do governo, entidades multissetoriais e da sociedade civil e/ou organizações não-governamentais e associações locais. Para ser considerado como formalmente implementado, o mecanismo de coordenação deve possuir termos de referência que tenham sido formalmente acordados por todos os membros participantes. A fim de ser considerado ativo, o grupo de coordenação deve ter-se reunido pelo menos uma vez durante o último trimestre.
<b>Desagregar</b>	Este indicador pode ser desagregado por área administrativa do governo.
<b>Cálculo</b>	Este indicador é um indicador de “Sim ou Não”
<b>Frequência</b>	Este indicador deve ser relatado com uma frequência média.
<b>Fontes de dados</b>	Os dados para este indicador podem ser recolhidos através de homólogos governamentais ou de RCCE.
<b>Limitações</b>	Nenhuma



## Plano e orçamento RCCE

<b>Indicador</b>	É adotado um plano de comunicação de risco e envolvimento da comunidade para a COVID-19
<b>Resultado</b>	É desenvolvido o plano de resposta nacional da RCCE à COVID-19 baseado em evidências
<b>Nível de resultado</b>	Recursos
<b>Referência</b>	Novo indicador (Ver OMS, COVID SPRP Indicator Guidance – Nota, 20 de maio)
<b>Finalidade</b>	<p>Um plano de comunicação de risco e envolvimento da comunidade (RCCE) estabelece a lógica e estratégia a fim de assegurar que as comunidades estão no centro da resposta. O plano deve ser baseado em evidências recolhidas durante a avaliação das necessidades e deve refletir as preferências expressas pela comunidade, prestando particular atenção às necessidades dos mais vulneráveis. Este indicador mede se foi adotado um plano atualizado de comunicação de risco e envolvimento da comunidade para a COVID-19. É um indicador da prontidão operacional da RCCE.</p>
<b>Definição</b>	<p>Um plano de RCCE deve:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>» Ser fundamentado por uma avaliação das necessidades que identifique e inclua as perspectivas dos mais vulneráveis.</li><li>» Definir o mecanismo de coordenação para o plano de RCCE, estabelecer papéis e responsabilidades para os parceiros, identificar responsabilidades entre governos, parceiros e comunidades e estabelecer marcos para a coordenação e melhoria ao longo do tempo.</li><li>» Identificar os principais públicos-alvo e influenciadores, definir o fornecimento de informações (tanto sobre prevenção como preparação e resposta a nível individual, comunitário e do sistema) e definir as atividades a implementar.</li><li>» Identificar os principais métodos para o envolvimento da comunidade, incluindo influenciadores e redes comunitárias, e antecipar necessidades especiais de informação e envolvimento para pessoas portadoras de incapacidade ou analfabetas.</li><li>» Definir uma agenda de pesquisa social.</li><li>» Detalhar um plano de colaboração com os meios de comunicação.</li><li>» Ter todas as principais atividades, incluindo ciência social e M&amp;A, orçamentadas.</li></ul> <p>O plano de RCCE deve ser adaptado de acordo com a evolução da pandemia e os cenários de transmissão na área administrativa do governo. O plano de RCCE deve ser atualizado pelo menos uma vez a cada seis meses.</p>
<b>Desagregar</b>	Este indicador pode ser desagregado por área administrativa do governo.
<b>Cálculo</b>	Este é um indicador de “Sim ou Não”
<b>Frequência</b>	Este indicador deve ser relatado com uma frequência média.
<b>Fontes de dados</b>	Os dados para este indicador podem ser recolhidos através de homólogos governamentais ou de RCCE.
<b>Limitações</b>	Nenhuma

<b>Indicador</b>	<b>Está disponível um orçamento adequado destinado às atividades de comunicação de risco e envolvimento da comunidade</b>
<b>Resultado</b>	É atribuído um orçamento suficiente para o programa da RCCE
<b>Nível de resultado</b>	Recursos
<b>Referência</b>	Novo indicador (ver <i>Minimum Quality Standards and Indicators for Community Engagement</i> , UNICEF, B.7.2/D.16.4.)
<b>Finalidade</b>	A mobilização de recursos e orçamentação para o envolvimento da comunidade deve basear-se numa análise completa e realista dos recursos necessários a fim de alcançar as metas, incluindo todo o pessoal, coordenação e custos operacionais. Este indicador mede se está disponível um orçamento adequado destinado às atividades de comunicação de risco e envolvimento da comunidade. É um indicador da prontidão operacional da RCCE.
<b>Definição</b>	<p>Este indicador refere-se a um orçamento que foi atribuído para atividades da RCCE; ou seja, que o dinheiro está disponível para os intervenientes da RCCE. Os países devem definir no que consiste um orçamento adequado para as atividades da RCCE com base nos contextos e condições locais. As seguintes normas devem ser consideradas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Identificar os custos reais das atividades da RCCE, incluindo recursos para mão de obra, materiais, transporte e recursos suplementares.</li> <li>» Antecipar os custos reais do pessoal e dos voluntários, incluindo formação, supervisão, relatórios, gestão e salários ou incentivos.</li> <li>» Assegurar recursos suficientes a fim de apoiar a presença e participação em reuniões setoriais, dos pilares, de grupos, de departamentos, interagências e governamentais. Isto inclui atividades de colaboração como a partilha de informações e o contacto com os intervenientes regionais e locais.</li> </ul>
<b>Desagregar</b>	Este indicador pode ser desagregado por área administrativa do governo.
<b>Cálculo</b>	Este é um indicador de “Sim ou Não”
<b>Frequência</b>	Este indicador deve ser relatado com uma frequência média.
<b>Fontes de dados</b>	Os dados para este indicador podem ser recolhidos através de homólogos governamentais ou de RCCE.
<b>Limitações</b>	Nenhuma

