

ENTENDER A SITUAÇÃO

MÓDULO

012345

UM PACOTE DE APRENDIZAGEM PARA A COMUNICAÇÃO PARA A MUDANÇA SOCIAL E DO COMPORTAMENTO

MANUAL DO PROFESSIONAL

C -Módulos: Um Pacote de Aprendizagem sobre Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento (CMSC)

Projecto Comunicação para a Mudança (C- Mudança)
Versão 3

Maio 2012



Esta publicação é tornada possível graças ao apoio generoso da povo Americano através da Agencia dos Estados Unidos para o desenvolvimento Internacional (USAID) sob os termos do Acordo No. GPO-A-00-07-00004-00. Os conteúdos são da responsabilidade do programa da C-Change, gerido pela FHI 360, e não reflectem necessariamente os pontos de vista da USAID ou Governo dos Estados Unidos.

Os seis módulos podem ser adaptados e usados livremente, sempre que os créditos totais sejam dados a C- Mudança. Citação Recomendada: C-Change. 2012. *C-Modules: A Learning Package for Social and Behavior Change Communication*. Washington, DC: C-Change/FHI 360.

C-Change is implemented by FHI 360 and its partners: CARE; Internews; Ohio University; IDEO; Center for Media Studies, India; New Concept, India; Soul City, South Africa; Social Surveys, South Africa; and Straight Talk, Uganda.

Informação de contacto:

C-Change

FHI 360

1825 Connecticut Ave., NW, Ste. 800

Washington DC 20009

USA tel: +1.202.884.8000; fax: +1.202.464.3799

Email: cchangeCS@fhi360.org

Website: www.c-changeproject.org

Visão Geral

Passo 1: *Entender a Situação* constrói-se sobre o Módulo Introdutório aos *Módulos-C: Um pacote de aprendizagem sobre a Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento (CMSC)*. Os *-Módulos- C* estão desenhados para o uso com o pessoal de pesquisa e implementação que tenham experiência prévia em teorias de comunicação e programas. O passo 1 ilustra como uma análise completa da situação pode ajudar a construir um programa à volta de evidências ao invés de pressupostos, assim como a comunicação para a mudança de comportamento, a mobilização social, e /ou advocacia pode trazer uma mudança positiva.

Sessões

Modulo 1, Sessão 1: O que significa “Entender a Situação	2
Modulo 1, Sessão 2: Camadas de Causas e Efeitos	5
Módulo 1, Sessão 3: Análise das Pessoas	8
Módulo 1, Sessão 4: Análise do Contexto.....	13
Modulo 1, Sessão 5: Lacunas da Pesquisa Formativa e como preenche-las.....	16
Modulo 1, Sessão 6: Parceiros, Aliados, e Zeladores.....	27
Módulo 1, Sessão 7: Resumo da Análise.....	30
Módulo 1, Sessão 8: O que é a Teoria de Mudança?	33
Leituras Adicionais	38
Referências Citadas no Módulo 1.....	39
Imagens Citadas no Módulo 1	40

Uma nota sobre a Formatação

Nos Módulos-C, os nomes das teorias e modelos estão em texto **negrito, azul-escuro**; os conceitos estão em *itálico azul-escuro*.

Módulo 1, Sessão 1: O que significa “Entender a Situação”

Entender a situação é o primeiro passo de um esforço CMSC sistemático na Planificação-C. Este passo é uma preparação essencial para o desenho do programa; O mesmo fornece:

- discernimento da questão vista de várias perspectivas
- orientação para decisões sobre focalização de energias e recursos (no Passo 2)

Uma vez que a situação esteja completamente entendida, é possível decidir como

- Focalizar efectivamente o programa à diferentes grupos de pessoas afectadas e que influenciam a situação.
- Abordar o problema através de estratégias CMSC complementares – advocacia, mobilização social, e /ou comunicação para a mudança do comportamento, dado o contexto do problema.
- Trabalhar com parceiros, aliados, e /ou zeladores.

Os profissionais podem inicialmente assumir que altas taxas de HIV entre os trabalhadores de sexo devem ser abordados através da promoção do uso de preservativos direccionados aos trabalhadores de sexo. Porém, uma análise pode revelar que muitas trabalhadoras de sexo já estão a usar os preservativos e que seguranças e polícias têm estado a violar sexualmente as trabalhadoras nas noites, sem usar preservativos porque o trabalho sexual é ilegal. Este discernimento e outros podem guiar os profissionais a usar a advocacia para abordar as questões de políticas. Por outro lado, a análise pode revelar que os clientes dos trabalhadores de sexo tentam evitar o uso de preservativos pagando mais por sexo desprotegido. Tais constatações poderão guiar as profissionais a abordar o uso do preservativo com os clientes masculinos e lançar um esforço de política obrigando os proprietários de bordéis a estabelecer uma regra de uso de preservativos nos seus estabelecimentos.

Abaixo encontra-se um exemplo de como os discernimentos recolhidos do Passo 1: *Entender a situação* podem influenciar o desenho do programa.

Sugerimos quatro passos para ajudar a entender a situação antes de focalizar ou desenhar um programa de CMSC.

1. Organizar e resumir o que já se sabe sobre a situação.
2. Verificar os pressupostos através da consulta à pesquisa existente.
3. Passar em revista as teorias CMSC relevantes para conceitos que possam determinar e/ou guiar pesquisa.
4. Identificar lacunas, planos, e conduzir uma pesquisa formativa, se necessário.

GRÁFICO: O Primeiro Passo de um Processo de Planificação para CMSC - Entender a Situação



FONTE: Adaptado de: Health Communication Partnership, CCP at JHU (2003) the P-Process; McKee et al (2000) the ACADA Model; Parker Dalrymple, and Durden (1998) The Integrated Strategy Wheel; Roberts et al (1995) the Tool Box for Building Health Communication Capacity; and National Cancer Institute (1989) Health Communication Program Cycle

EXEMPLO DA ÁFRICA DO SUL: Uso da Análise da Situação para Determinar as Estratégias CMSC

Por favor consulte o exemplo do módulo introdutório 0, Sessão 4, (página 22) intitulado “Combinando Advocacia, Mobilização Social, e Comunicação para a Mudança de Comportamento” para um panorama do trabalho da Campanha de Acção para o Tratamento sobre HIV e SIDA na África do Sul.

Num momento em que o acesso ao tratamento do SIDA para a população geral da África do Sul se tornou um problema sério, a Campanha de Acção para o Tratamento (TAC) reconheceu a ausência de uma *política* nacional de tratamento de HIV e SIDA. A TAC também se deu conta dos baixos níveis de *conscientização e prontidão para a mudança* entre os tomadores de decisões para abordar esta questão da saúde pública. A TAC advogou por serviços necessários que estavam indisponíveis como seja o tratamento para pessoas vivendo com HIV (PVHIV), incluindo reclusos. Da análise, estava claro que o problema não estava somente no nível do comportamento do indivíduo (isto é, indivíduos escolhendo ou não acesso ao tratamento), mas sim uma questão mormente política e relativa aos serviços e que requeria uma abordagem de comunicação diferente. Como resultado, a TAC adoptou uma abordagem forte de advocacia e de mobilização social.



Canto da Teoria: Teorias de Movimento Social e Fixação da Agenda

O exemplo da TAC é uma boa ilustração de como uma organização pode utilizar os conceitos de *fixação da agenda* através da *política e advocacia dos médias* e usando tácticas das **teorias de movimento social**. A *fixação da agenda* envolve a fixação da agenda dos médias (o que é coberto), a agenda pública (o que é que as pessoas pensam sobre o que é coberto), e agenda da política (as acções reguladoras e legislativas das questões). A TAC continua a emitir comunicados de imprensa, enviar mensagem através dos médias sociais (Facebook e Twitter, etc.) e coloca pressão pública sobre os legisladores e fazedores de políticas para reconhecerem e priorizarem a questão do acesso ao tratamento para as PVHIV.

A TAC usa tácticas de mobilização que são comuns em movimentos sociais. Por exemplo, representação pública concertada dos participantes:

- Valor (da atenção à questão)
- Unidade (dos membros do movimento à volta da preocupação deles)
- Números (de pessoas interessadas)
- Cometimentos (mudar a questão)

Na literatura, estas tácticas são chamadas exibições VUNC (veja as letras destacadas). Elas expressam simultaneamente as metas de uma organização ao mesmo tempo que recolhe a visibilidade através de acções públicas e (idealmente) cobertura da imprensa das questões. De acordo com o Portal da internet da TAC, a missão declarada desta é: informar e apoiar os esforços nacionais de advocacia através das sucursais dela, fornecendo uma plataforma para as pessoas se mobilizarem e organizar à volta de HIV e direitos relativos a saúde (Campanha de Acção para o Tratamento 2012). Para mais informação, veja:

<http://www.tac.org.za/community/>

Módulo 1, Sessão 2: Camadas de Causas e Efeitos

Uma árvore do problema é uma ferramenta útil para analisar uma situação. A árvore do problema fornece-nos uma visão mais profunda das causas e uma visão mais ampla dos possíveis efeitos. Como resultado, amplifica o nosso pensamento sobre como abordar o problema ou situação de forma mais efectiva. O tronco da árvore é o problema nuclear, as raízes e ramos são as causas básicas ou subjacentes do problema, e a copa da árvore são os efeitos do problema.

O “tronco e a copa da árvore” com frequência correspondem aos **níveis de análise** no modelo sócio-ecológico, nomeadamente individual, interpessoal, comunitário/organizacional e ambiente permissivo.

Os **factores transversais**, nos “ramos”, são a ponte entre os diferentes níveis. São com frequência encontrados nas secções que se seguem da árvore do problema:

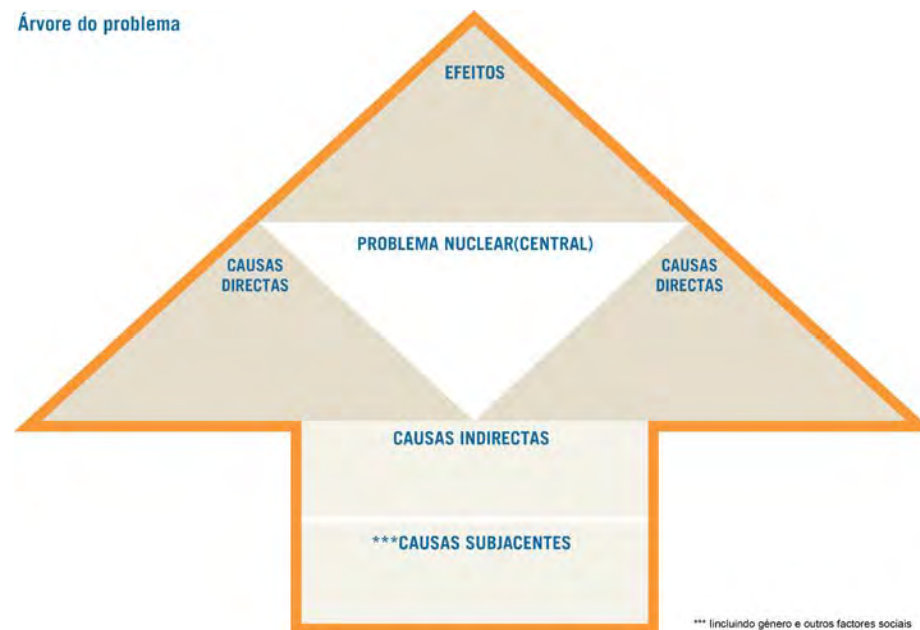
- causas directas tais com *conhecimento, motivação, habilidades*
- causas indirectas, tais como acesso aos materiais e serviços.
causas subjacentes, tais como *normas percebidas* e as *normas sociais* actuais

Com frequência os programas falham realizar uma análise total e baseada em evidências e chegam a abordagens que tendem a abordar os efeitos percebidos ou pressupostos do problema nuclear do que as causas mais fundamentais do mesmo. Noutras palavras, uma análise limitada leva ao estabelecimento limitado de estratégias e intervenções do programa. A árvore do problema é uma forma para documentar:

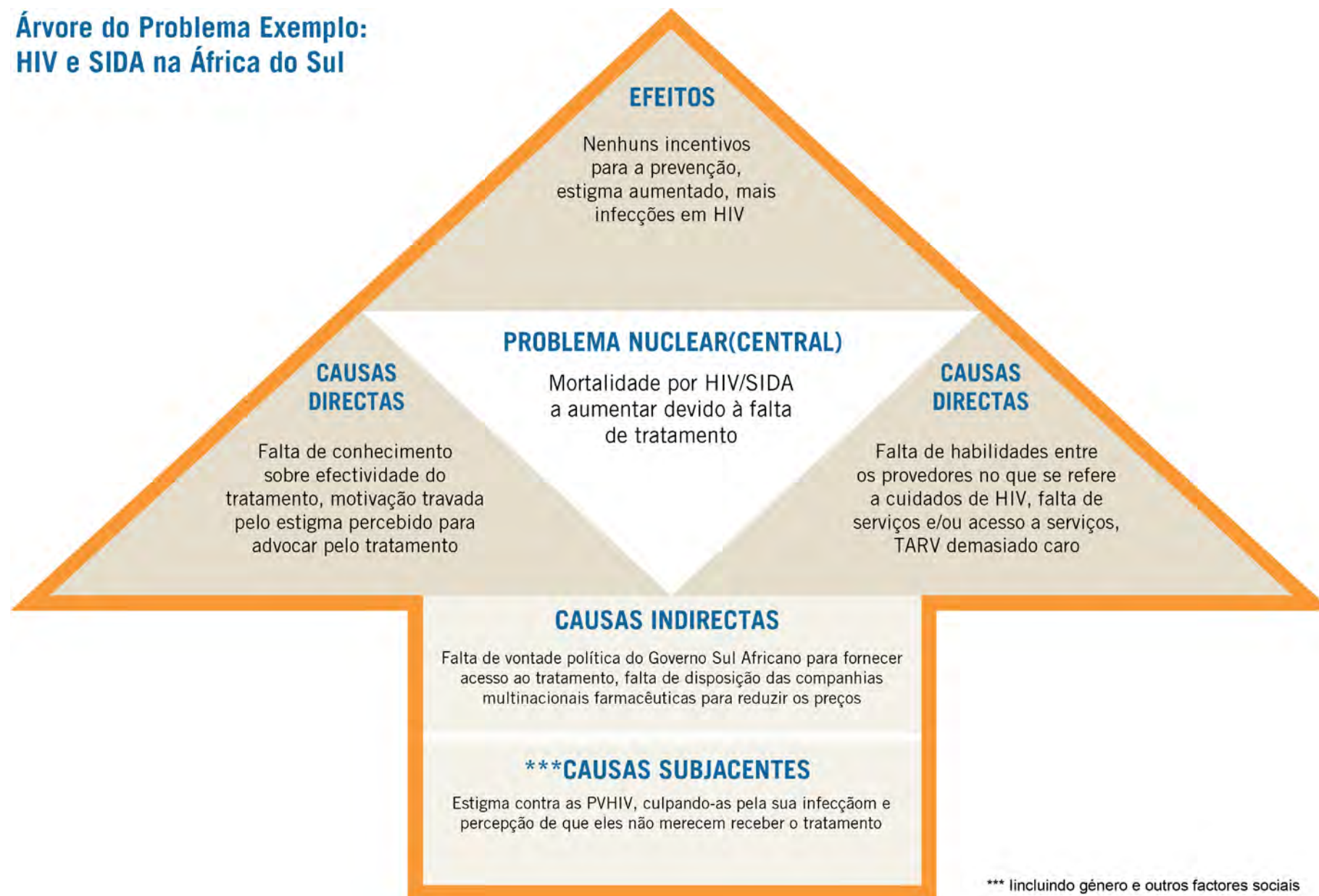
- o que ***pensamos que sabemos*** sobre a situação
- o que ***precisamos de descobrir*** de evidências para que a análise esteja completa.

Para um melhor começo no seu esforço CMSC, consulte pessoas na sua análise que possam oferecer diferentes perspectivas, incluindo indivíduos afectados, membros da comunidade, e fazedores de decisões. Isto irá tornar possível produzir um quadro mais profundo –e mais certo - do que se esteja a passar.

Árvore do problema

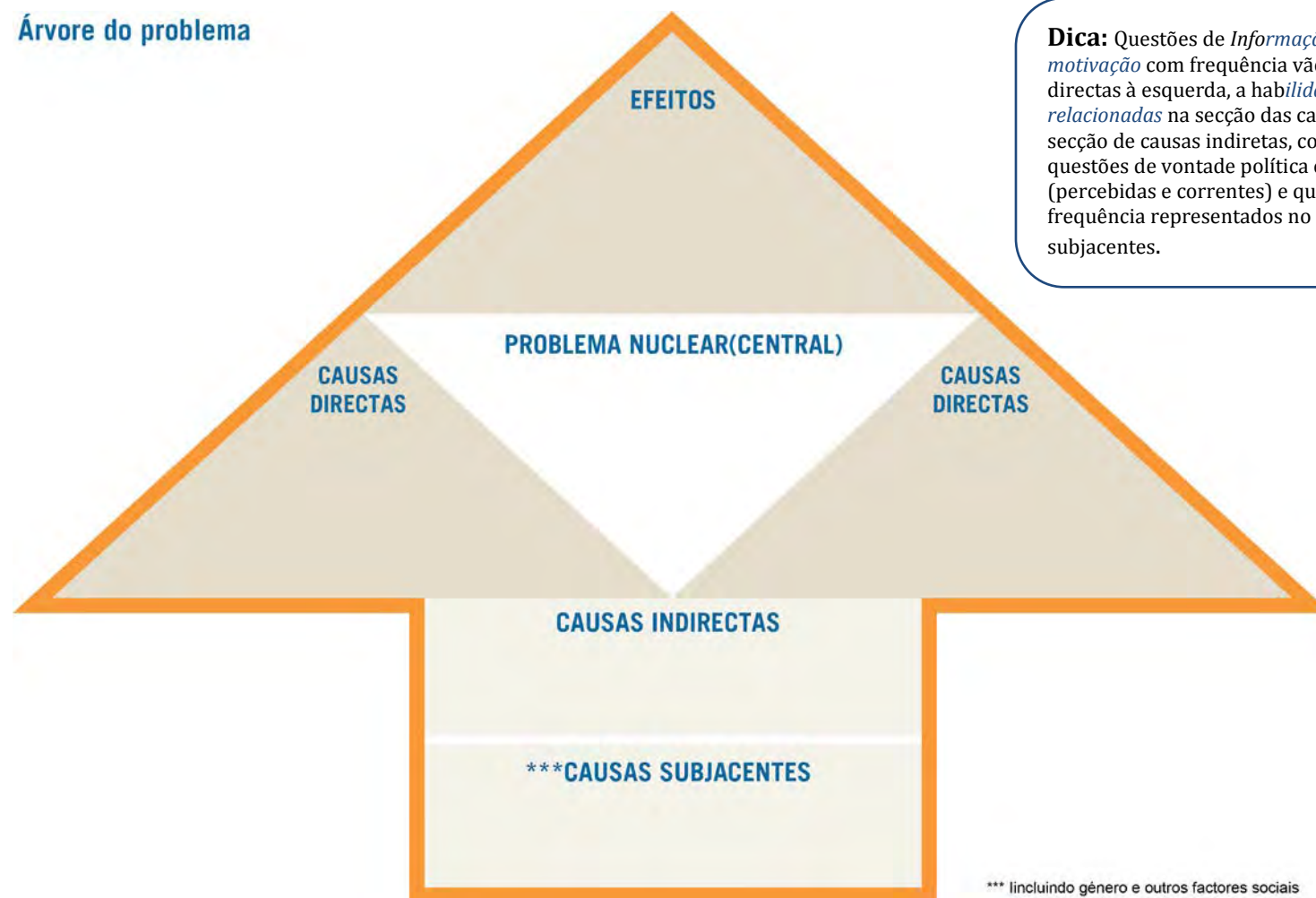


**Árvore do Problema Exemplo:
HIV e SIDA na África do Sul**



FOLHA DE EXERCÍCIO: Árvore do Problema

Instruções: Use esta folha de exercício para fazer a sua própria análise com a árvore do problema.

Árvore do problema

Módulo 1, Sessão 3: Análise das Pessoas

É momento de dar um passo atrás e dar uma boa olhadela às pessoas que estejam tanto afectadas directamente pelo problema de saúde ou desenvolvimento ou que estejam envolvidas /ou influenciam-nas de alguma maneira.

O modelo sócio-ecológico pode ser uma ferramenta útil para esta análise. Note como o centro (o eu) do modelo nomeia as pessoas mais afectadas pelo problema. Exemplos de pessoas mais afectadas podem ser

- Estudantes Universitários que mantêm relações sexuais desprotegidas
- Crianças escolares que sofrem de doenças relacionadas com a água
- Mulheres com HIV

Nos dois anéis intermédios (nível interpessoal e comunitário) estão aquelas pessoas e organizações comunitárias, serviços e produtos que influenciam directamente aqueles mais afectadas (o eu). Exemplos destes podem incluir

- Pares de estudantes mantendo relações sexuais desprotegidas que venham a ficar grávidas ou engravidar.
- Professores em locais onde sejam altas as doenças relacionadas com a água.
- Parceiros e amigos de mulheres com HIV e grupos de apoio.
- Provedores de serviços nos centros de saúde locais que possam ser antipáticos com os clientes por causa do excesso da carga funcional.
- As clínicas locais que com frequência experimentam escassez de medicamentos.
- Líderes religiosos que não apoiam a promoção dos preservativos para a prevenção do HIV.

No anel mais externo (o nível do ambiente permissivo) estão pessoas, grupos, e/ou instituições que influenciam indirectamente as pessoas no centro (self e todos outros anéis). Exemplos podem incluir

- Autoridades Universitárias que decidem como fornecer os contraceptivos em torno do campus.
- Administradores escolares nacionais ou distritais e fazedores de decisões.
- Funcionários públicos que determinam políticas à volta do acesso à terapia antirretroviral (ARV).
- Legisladores e fazedores de política que tomam decisões que indirectamente, mas de forma forte, afectam os outros.

É importante ter em mente que nesta etapa a meta é identificar pessoas envolvidas na situação, mas não tomar decisões sobre qual grupo ou grupos serão o foco do programa de CMSC. O módulo seguinte (passo 2: Incidência & Desenho) lida com a tomada de decisões estratégicas sobre audiências, incluindo a segmentação e priorização. Por agora, tente identificar/nomear e entender **todas** as pessoas envolvidas sem decidir sobre audiências específicas para o seu esforço de CMSC. As páginas que se seguem oferecem um exemplo de análise das pessoas e uma folha em branco para guiar a análise.

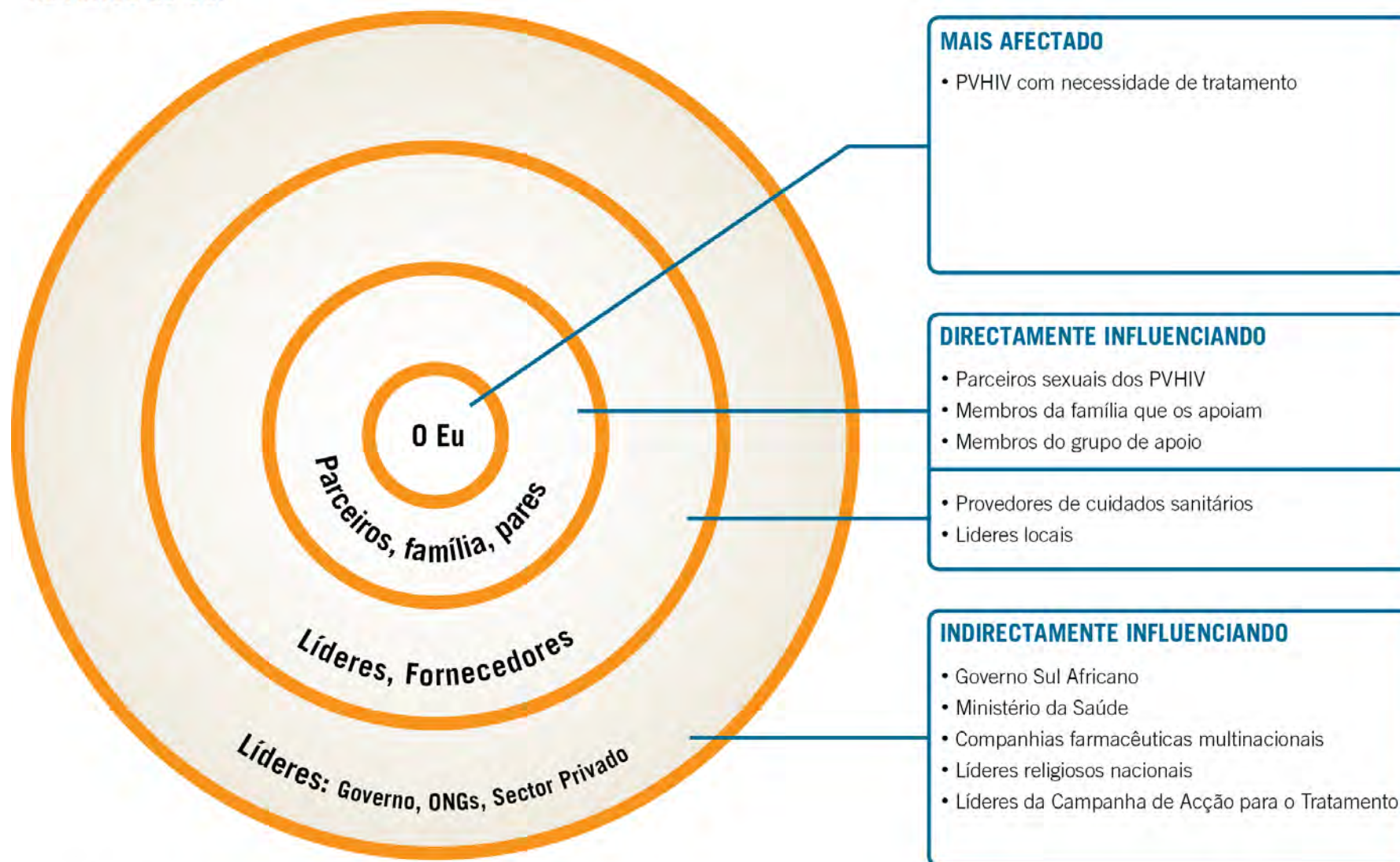


Canto da Teoria: Abordagens Centradas na Cultura e Desvio Positivo

Um grande conceito incluso na **abordagem centrada na cultura** é a ideia de que “crenças culturais tradicionais” não precisam ser percebidas como barreiras à mudança social. Ao contrário, elas podem ser vistas como posses e recursos a ser aproveitados nos esforços da mudança. Ao longo da mesma linha, a **abordagem de desvio positivo** começa com a ideia de que a solução para os desafios existentes muito provavelmente já existe dentro da comunidade. Por outras palavras, em qualquer dada comunidade, há sempre indivíduos e/ou famílias que se *desviam* da norma de uma forma positiva. Por exemplo, se uma vila tem uma taxa de malnutrição de 95% para crianças abaixo dos cinco anos, uma Abordagem de Desvio Positivo iria começar com os 5% que NÃO estão malnutridas e tentar identificar práticas promissoras que possam ser usadas pela comunidade inteira. Porém, se um indivíduo ou família (desviante positivo) tem *acesso* à recursos adicionais (como pedaço de terra para agricultura extra) então a solução não é aplicável à comunidade – somente práticas que possam ser replicadas por TODOS na comunidade são seleccionadas e incorporadas nos programas. Na Abordagem de Desvio Positivo, *os membros desviados da comunidade são os especialistas* e são eles (não um *especialista externo*) que são chamados a compartilhar as práticas bem sucedidas deles com outros membros da comunidade.

Embora com frequência seja esquecido, o género joga um papel chave em muitas situações e é uma parte chave de qualquer análise. Por exemplo, as mulheres são desproporcionalmente infectadas pelo HIV e afectadas pelo SIDA, e em alguns casos, mulheres casadas são infectadas pelos maridos. Em muitas sociedades, as *normas de género* dão aos homens mais liberdade sexual para se envolver com muitas parceiras simultâneas (MCP) e as *relações de poder desiguais* tornam difícil para as mulheres propôr o uso de preservativo aos seus maridos.

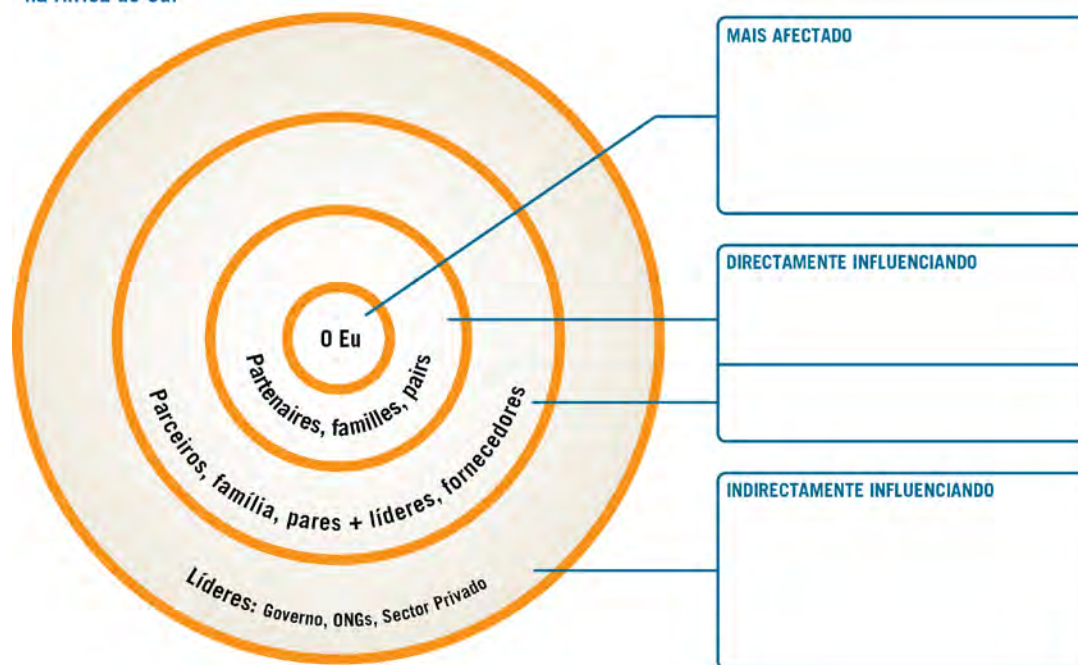
Exemplo de Análise das Pessoas: HIV e SIDA na África do Sul



FONTE: Adaptado de McKee, Manoncourt, Chin e Carnegie (2000)

FOLHA DE EXERCÍCIO: Análise das Pessoas

Exemplo de Análise das Pessoas: HIV e SIDA na África do Sul



FONTE: Adaptado de McKee, Manoncourt, Chin et Carnegie (2000)

Instrução para a sua própria análise das pessoas.

- No **centro** está um indivíduo (ego). Questione-se **“Quem são as pessoas mais afectadas pela saúde, ambiente, ou questão de desenvolvimento?”** Por exemplo, estas serão jovens mulheres universitárias em risco de HIV.
- No **anel seguinte** (Segundo a contar do centro do círculo), questione-se, **“Quem são as pessoas que tem contacto com os indivíduos no centro do anel e que directamente os influenciam?”** Podem igualmente estar directamente afectados pelo problema. Isto pode incluir parceiros sexuais, trabalhadores da saúde, e amigos.
- No **anel seguinte** (terceiro do centro do círculo), questione -se, **“Quem na comunidade permite certas actividades, e controla recursos, acesso a, demanda por, e qualidade dos serviços e produtos?”** Estes podem ser trabalhadores da clínica ou líderes comunitários.
- No anel mais exterior “ambiente permissivo,” pergunte se, **“Quem são as pessoas, instituições, ou organizações que indirectamente influenciam o individuo afectado (no centro do anel)?”** isto poderia incluir jornalistas, fazedores de políticas, negócios ou líderes religiosos ministérios da saúde ao nível nacional ou distrital, ou igreja.

FOLHA DE EXERCÍCIO: Um perspectiva de género

O Género tem sido referido como “papeis socialmente construídos, comportamentos, actividades, e atributos que uma dada sociedade considera apropriados para mulheres e homens.” (OMS 2010)

Considere uma definição completa do que queremos significar por “uma perspectiva de género”:

Com frequência, género e sexo são entendidos como sendo uma única coisa e similar. Na realidade, eles são completamente diferentes. Sexo refere-se às características físicas e biológicas que definem o que os corpos de mulheres e homens são capazes de fazer, enquanto que género refere-se ao que a sociedade espera que façamos. O resultado de *normas de género* tradicionais e papéis é que as pessoas são com frequência incapazes de atingir o seu total potencial. Ambos, mulheres e homens, iriam beneficiar de uma perspectiva que não limita o que os indivíduos deveriam ou não fazer (CARE e ICRW 2007).

Responda às perguntas que se seguem mantendo-se sempre na perspectiva da questão a abordar (considere os conceitos mencionados nos factores transversais do modelo sócio-ecológico a medida que avança sobre estas perguntas):

Considere as ***peessoas mais afectadas*** pela questão de saúde ou desenvolvimento.

- De que maneira pode o género lhes tornar prováveis afectados?
- De que maneiras o género pode influenciar na opinião delas sobre a questão?
- Como é que o género afecta as *habilidades* delas para agir e abordar a questão?

Considere as pessoas que tem contacto com o eu e que ***influenciam directamente*** os mais afectados.

- Qual é que é o efeito do género sobre os parceiros sexuais, membros da família, colegas de trabalho, e amigos?
- Como é que o género afecta os seus relacionamentos?
- Como é que o género pode os tornar mais ou menos prováveis no apoio à mudança?

Considere as pessoas que ***influenciam indirectamente*** o ego (aquelas mais afectadas). Estas poderiam incluir jornalistas ou fazedores de políticas, líderes religiosos, ou directores de centros de saúde.

- Como é que o género afecta o papel ou influencia os fazedores de políticas, líderes, ou jornalistas?
- Como é que o género afecta como elas vêem a situação ou quão envolvidos se poderão tornar com estas?

Módulo 1, Sessão 4: Análise do contexto

Uma vez que as pessoas-chave afectadas e envolvidas sejam identificadas, o resto de um modelo sócio-ecológico, incluindo os factores transversais, ajudam-nos a verificar o que é sabido e não sobre cada grupo. Aqui vão algumas perguntas a colocar:

Comunidade, Serviços, e Produtos: Que *posses comunitárias* podem apoiar ou impedir a mudança? Que produtos e serviços são acessíveis ao nível da comunidade? Qual é que é a qualidade destes? Será que as pessoas gostam destes? Há transporte disponível para *aceder* os serviços? São subsidiados de forma que as pessoas possam tomar transporte ou comprar os produtos?

Ambiente permissivo: Que políticas existem que apoiam ou impedem a mudança? Como é que as *convenções* religiosas e *normas* influenciam estas políticas? Há algum *movimento social* a apoiar esta mudança? Há quaisquer líderes de opinião que possam apoiar ou impedir a mudança? Como é que pode trabalhar com eles? Qual é a condição do ambiente económico, tecnológico e natural?

Informação: Que *informação* recebem eles acerca da questão de saúde? Quão atempado, acessível, ou relevante é esta informação? Através de que canais? Como é que elas reagem a esta? Que *conhecimento* elas precisam?

Motivação: O que é que *motiva* as pessoas a agir? Quais são as *atitudes* e *crenças* delas? O que lhes é apelativo? Como é que as *normas de género* tornam-nos mais ou menos motivados? Que informação-chave ou adicional está em falta e que poderia motiva-los?

Habilidade para Agir: Que *habilidades de vida* as pessoas têm? Que *posses*, forças, recursos, ou *acesso* a serviços ou produtos eles têm? Quão confiantes são elas nas habilidades para criar mudança (*auto-eficácia*)? Como é que as *normas de género* contribuem ou constroem as habilidades das pessoas para agir? Porquê?

Normas: Quais são os *valores* profundos subjacentes de cada grupo, conforme reflectido nas *normas de género* e outras *normas sociais e culturais*? Como é que estas normas afectam o *conhecimento*, *atitudes*, *crenças*, *habilidade para agir* das pessoas, e por último, os comportamentos destas? Como é que estes valores e normas influenciam a saúde ou problema do desenvolvimento? Será que todos os grupos afectados com influência naqueles afectados têm as mesmas normas ou têm diferentes? Quais são elas?

Lembre-se, as respostas a estas ou outras perguntas podem ser fornecidas pela pesquisa existente. Procure essas fontes primeiro. Se não houver informação suficiente, então considere as melhores maneiras para conseguir as suas próprias respostas àquelas perguntas. Iremos em breve explorar alguns passos e metodologias de pesquisa formativa.

FOLHA DE EXERCÍCIO: Análise do Contexto

Instruções:

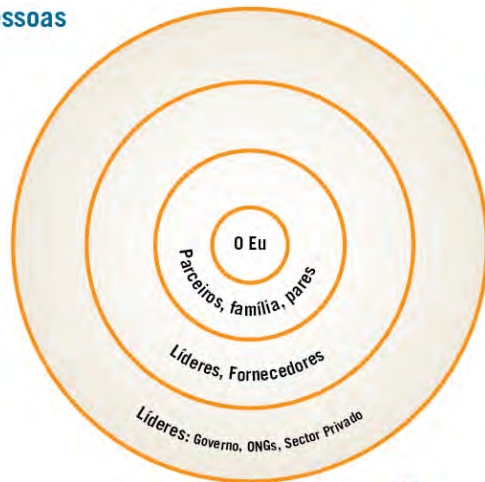
- Considere agora cada um dos grupos mencionados na análise das pessoas, um de cada vez.
- Use esta tabela para anotar o que é sabido sobre cada grupo. Nem todas caixas são aplicáveis. Pode ser útil indicar onde seja necessário mais informação.

O que sabemos sobre o CONTEXTO DAS PESSOAS	Pessoas mais afectadas	As pessoas que <u>directamente</u> influenciam	As pessoas que <u>indirectamente</u> influenciam
Audiência (da análise das pessoas)			
Comunidade: organização, serviços e Produtos			
Ambiente permissivo: Política/Legislação, Política/Conflito, Economia, Religião, Tecnologia, Ambiente Natural			
Informação (<i>conhecimento</i>)			
Motivação (atitudes, <i>crenças</i>)			
Habilidade para Agir (<i>habilidades, auto eficácia, acesso</i>)			
Normas (<i>percebidas, sócio-culturais, género</i>)			

GRÁFICO: Desempacotando o modelo sócio-ecológico para a mudança

A medida que completar a sua análise de pessoas e contexto, reveja este gráfico para ver como é que as suas análises são baseadas no modelo sócio-ecológico. Pode passar em revista a tabela sobre Base Teórica do Modelo Sócio-Ecológico no Apêndice do Módulo 0, página 26, para mais inspiração sobre como as teorias podem apoiar a sua análise das pessoas e do contexto.

Análise das Pessoas



Análise do Contexto

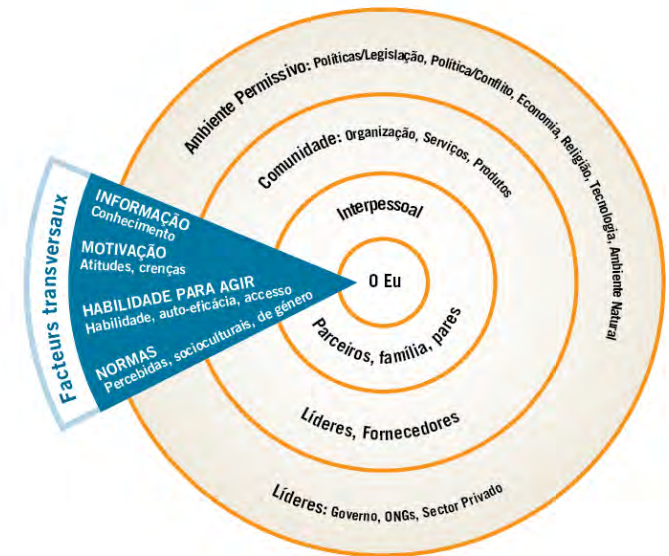


Factores Transversais



*Estes conceitos aplicam-se para todos os níveis (pessoas, organizações e instituições). Foram originalmente desenvolvidos para o nível individual

Modelo Sócio-Ecológico para a Mudança



FONTE: Adaptado de McKee, Manoncourt, Chin e Carnegie (2000)

Modulo 1, Sessão 5: Lacunas da pesquisa formativa e como preenche-las

A pesquisa formativa, conforme descrito nas sessões prévias, deve sempre basear-se em dados, de forma a que os programas não sejam baseados em pressupostos.

A esta altura do jogo poucas são as questões que não tenham sido pesquisadas. Portanto, os profissionais podem poupar-se _ e poupar as comunidades em que trabalham – tempo e energia significativos _ fazendo uma revisão minuciosa dos dados existentes antes de enveredar por uma nova pesquisa.

Procure o que já tenha sido escrito sobre a região e a questão da saúde e desenvolvimento em questão. Pode por exemplo consultar o inquérito Demográfico da Saúde (IDS), o Inquérito de Vigilância Comportamental, ou outro tipo de estudos essenciais. Grandes e pequenas organizações ou universidades com frequência fazem pesquisas para os seus próprios propósitos e muita desta nunca é publicada. Considere aquelas organizações ou ministérios governamentais que possam ter dados de interesse. Contacte-lhes e solicite os dados disponíveis. Alguns dados podem ser profundamente analisados para responder às perguntas sobre o desafio específico que seu programa esteja abordando.

Ao mesmo tempo, recomendamos que descubra qualquer pesquisa que esteja planificada na comunidade e explore a viabilidade de solicitar o acréscimo de perguntas de pesquisa que poderão ajudar a ganhar um entendimento mais completo da situação que o programa CMSC almeja abordar.

Onde a pesquisa existente seja insuficiente ou não haja nenhuma em vista , será necessário conduzir pesquisa formativa usando os métodos enumerados nas páginas 22-23.

EXEMPLO DA ALBÂNIA: Lacunas da pesquisa formativa e como preenchê-las

Por favor refira-se ao Módulo Introdutório, Sessão 1 (página 3) e Sessão 4 (página 17) para o background sobre o Programa de Planeamento Familiar do C-Change na Albânia. No exemplo abaixo, seleccionamos duas audiências - estudantes universitários e farmacêuticos - como um exemplo de necessidades da pesquisa formativa para o projecto. Para os teus projectos, por favor considere todas as audiências na análise das pessoas para obter um panorama completo.

<p>Necessidades da pesquisa formativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informação, motivação, habilidade para agir, normas para os estudantes universitários sobre/a volta do uso de anticoncepcionais modernos na Albânia • Disponibilidade de e acesso aos anticoncepcionais modernos na Albânia • Qualidade de comunicação interpessoal nos pontos de serviço (onde os contraceptivos são obtidos) 	
<p>Perguntas tipo para os estudantes universitários:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantos homens e mulheres estão cientes dos diferentes métodos de anticoncepcionais modernos? • Quais são as crenças deles sobre a efectividade dos métodos modernos e tradicionais? • O que é que lhes impede de usar os métodos modernos? • Quantos estudantes discutem a contracepção com os seus parceiros sexuais? • Quantos estudantes discutem a contracepção com um farmacêutico ou médico? 	<p>Perguntas tipo para os farmacêuticos locais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O que é que os farmacêuticos dizem às mulheres sobre os contraceptivos modernos? • Quão correcta é esta informação? • Que desconhecimentos os farmacêuticos têm sobre os anticoncepcionais modernos? • Que informação errada os farmacêuticos dão aos clientes? • Que preconceitos existem entre os farmacêuticos no que refere à contracepção e planificação familiar?
<p>Pesquisa existente - do inventário</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instituto de Saúde Pública (IPS), Ministério da Saúde da Albânia, Instituto de Estatísticas (INSTAT), e Centro de Controle de Enfermidades (CDC). 2005. <i>Reproductive health survey, Albania 2002</i>. Tirana, Albania: IPH, INSTAT, and CDC. Disponível em: http://www.cdc.gov/Reproductivehealth/Surveys/SurveyCountries.htm#Albania • INSTAT, IPH, e MEASURE DHS. 2009. <i>Albania demographic and health survey 2008-09</i>. Tirana, Albania: INSTAT, IPH, e MEASURE DHS. • PRË Shendetit. <i>Two pager: Knowledge and use of modern methods of contraception: 2002 and 2005</i>. Tirana, Albania: PRË Shendetit. 	<p>Pesquisa formativa - a ser desenhada conforme necessário</p> <p>Pesquisa qualitativa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dez grupos focais de livre fluxo com estudantes universitários liderados por um facilitador formado, e uso do método classificação por grupos para classificar os métodos contraceptivos nos vários critérios. <p>Pesquisa quantitativa e qualitativa</p> <ul style="list-style-type: none"> • INQUÉRITOS com estudantes universitários em dois locais da intervenção e dois locais de comparação. Inquiridores formados usando PDAs (assistentes digitais pessoais) recolhem dados de uma amostra de estudantes. • Inquéritos cara a cara, quantitativo com os farmacêuticos dentro de um raio de 200 metros da universidade. A pesquisa qualitativa envolveu “clientes misteriosos” que são participantes formados jogando o papel das mulheres com pouco ou nenhum conhecimento sobre a contracepção, e colocam perguntas abertas aos farmacêuticos sobre os contraceptivos modernos. Isto é anotado numa lista de verificação padrão que aborda as atitudes e estilos dos farmacêuticos, se eles fornecem informação vital e correcta/certa, ou se eles recomendaram um médico apropriado.

FOLHA DE EXERCÍCIO: Inventário da pesquisa existente

Instruções: Para começar, preencha esta folha de exercício para organizar e rever que dados já existem sobre a situação e para determinar que informação já existe. Esta informação irá determinar a coluna, pesquisa existente, na folha de exercício seguinte.

Fontes de Pesquisa Existente	Destaques da Pesquisa
Dados do Censo <ul style="list-style-type: none">••	
Grandes Inquéritos/pesquisas <ul style="list-style-type: none">••	
Pesquisa feita pelo governo ou grandes organizações <ul style="list-style-type: none">••	
Pesquisa feita por organizações locais ou de pequena escala ou programas (com frequência não publicados) <ul style="list-style-type: none">••	

Conduzindo a pesquisa formativa

Tendo revisto cuidadosamente os dados existentes e pesquisa, é tempo de explorar a necessidade de uma pesquisa formativa. Tal pesquisa começa pela listagem de perguntas que o programa espera responder através da mesma.

Aqui encontram-se algumas perguntas-tipo que podem requerer uma pesquisa formativa:

- Que programas já existem?
- Quanto viável é o programa que temos em mente? Quanto sustentável é?
- O que é que não sabemos sobre o *conhecimento, atitudes, habilidades, e comportamentos* da audiência?
- Como é que as *normas de gênero* influenciam o conteúdo do programa e possíveis intervenções?
- Como é que as *outras normas sociais influenciam* a situação?

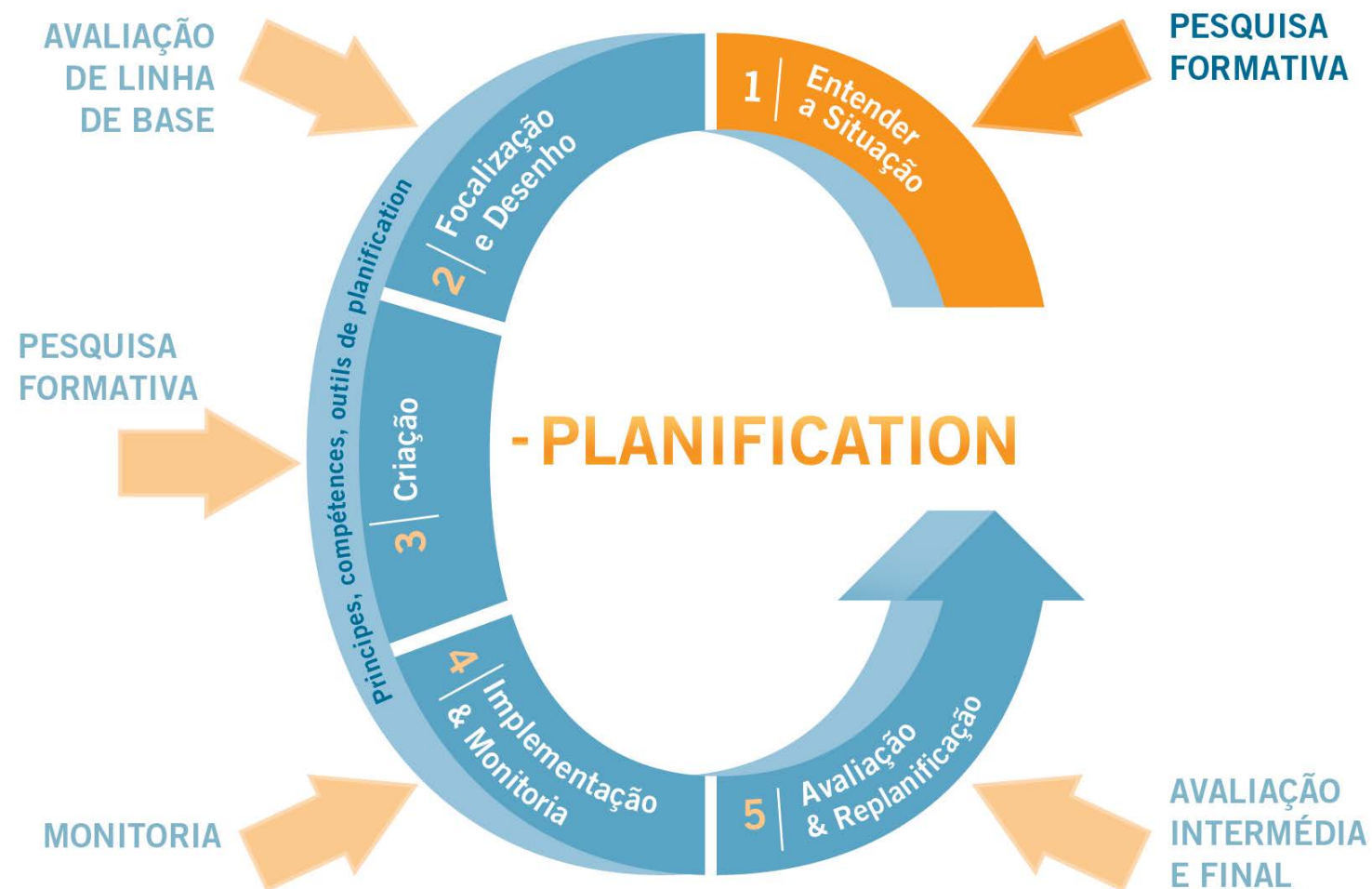
Algumas perguntas da pesquisa exigem dados quantitativos (ex: Que percentagem de pessoas relatam X? Qual é que é a taxa de Y), enquanto outras perguntas da pesquisa exigem dados qualitativos (ex: Que tipos de preocupações tem os líderes? Que tipo de eventos as pessoas gostam?).

As próximas poucas páginas têm informação sobre métodos de dados e amostras de pesquisa que podem ser úteis para ajudar a **entender a situação** antes de desenhar um esforço de CMSC. Estas incluem:

- Entrevistas com informadores-chave
- Observação ou imersão do contexto
- Fórum público
- Discussão de grupo focal
- Mapeamento
- Censos populacionais

GRÁFICO: Onde a pesquisa formativa se encaixa na CMSC

Como pode ver através deste gráfico, a pesquisa formativa é distinta do estudo de linha de base, que é abordado no Módulo 2.



FONTE: Adaptado de: Health Communication Partnership, CCP at JHU (2003) the P-Process; McKee et al (2000) the ACADA Model; Parker Dalrymple, and Durden (1998), The Integrated Strategy Wheel; Roberts et al (1995) the Tool Box for Building Health Communication Capacity; and National Cancer Institute (1989) Health Communication Program Cycle.

Métodos de Dados

Métodos quantitativos geralmente confiam em abordagens padronizadas para recolher e analisar os dados numéricos. Quase qualquer pergunta de avaliação pode ser investigada usando métodos quantitativos porque muitos fenómenos podem ser numericamente medidos. Por exemplo, tais métodos podem questionar sobre o número de vezes que as mulheres foram a clínica para um teste de HIV neste último mês ou o número de chamadas telefónicas que tenham entrado numa linha verde na última semana. Os métodos quantitativos dizem-nos quem, o quê, onde, quanto, e com que frequência uma coisa tem tido lugar. Para entender o “porquê”, precisamos de tipicamente recorrer aos métodos qualitativos.

Métodos Qualitativos são geralmente semi-estruturados ou abertos visando produzir uma informação profunda, e descritiva. Não usamos resultados qualitativos para generalizar acerca de uma população inteira mas para ajudar a guiar o nosso entendimento. Por exemplo, dados qualitativos indicam porque é que uma coisa estará a acontecer ou as questões subjacentes com que indivíduos e comunidades estão a lidar. Por isso, embora os métodos quantitativos nos ajudem a identificar quem está a fazer o quê, os métodos qualitativos permitem-nos cavar mais fundo e entender o porquê aquelas pessoas estão fazendo o que estão a fazer.

Método de recolha de Dados	Tipo de Método	Informação recolhida	Comentários
Análise de dados secundários	Podem ser dados qualitativos ou quantitativos	Sobre o escopo e severidade de questões específicas da saúde, sociais, culturais, e económicas que apoiam ou bloqueiam a mudança social e de comportamento; conhecimentos, atitudes, habilidades percebidas, e comportamentos dos indivíduos; redes sociais, normas sócio-culturais, eficácia colectiva, e dinâmicas comunitárias.	<ul style="list-style-type: none"> • Contacte pesquisadores para ver se é possível uma análise secundária. • Trabalhe para incluir as suas questões e perguntas em pesquisas em curso. • Tome o que já estiver feito e construa sobre isso (use um estudo antigo de mapeamento de serviços e encurte o tempo da pesquisa fazendo uma actualização do mapeamento).
Entrevistas com informadores-chave	Primariamente qualitativo	Visão profunda e rica nos comportamentos, raciocínio, e vidas das pessoas; políticas existentes que apoiam ou obstruem a mudança, opiniões públicas; normas sócio-culturais e valores, quem são os actores existentes, e sugestões para a segmentação da população.	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolva um guião de entrevista incluindo toda a informação que precisa obter dos informantes. • Teste o guião e forme os inquiridores para permitir e encorajar um diálogo aberto e de fluxo livre. • Confie na comunidade, comités, ou organizações para identificar os informantes.
Fórum público	Qualitativo	Opinião pública sobre questões de desenvolvimento ou de saúde (quão importante é e quão problemático eles acreditam ser), opinião pública sobre as causas de preocupação, perspectiva pública sobre as respostas das ONGs e Ministério da Saúde, e opinião pública sobre as actividades de comunicação correntes; normas e valores comunitários geralmente aceites.	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver um guião de discussões e preparar toda a logística. • Focalizar em questões que sejam gerais por escopo. • Estar ciente que muitas causas subjacentes podem não sobressair num tal cenário e podem ser embaraços a alguns participantes se forem falados em público.

Método de recolha de Dados	Tipo de Método	Informação recolhida	Comentários
Discussões de grupo focais	Qualitativo	Bom para questões gerais (sociais, culturais, e económicas) da comunidade e normas e opiniões gerais sobre a questão de saúde ou desenvolvimento; causas subjacentes do problema da saúde ou desenvolvimento; percepções da qualidade dos programas de comunicação que servem os membros da comunidade e suas redes sociais, dinâmicas, padrões de liderança; assim como forças e fraquezas gerais da comunidade.	<ul style="list-style-type: none"> • Use um guião de campo testado (se existir algum) com perguntas abertas o engaje um pesquisador qualitativo experimentado para ajudar a desenhar o guião. • Assegure-se que os grupos sejam homogéneos (I. É . grupos de mesmo sexo, idade, etc.). • Mantenha o tamanho do grupo entre 6 a 10 participantes. • Realize pelo menos dois grupos por critério demográfico já que um pode não ser funcional. • Registe as discussões, depois transcreva-as para análise. • Tenha um facilitador e tomador de notas formadas.
Mapeamento	Quantitativo, com alguns médicos da qualidade dos serviços	Informação sobre a localização de produtos, população-alvo, número de pessoas abrangidas por mês, cobertura geográfica, tipos de serviços de comunicação fornecidos, quantidade e qualidade de materiais de comunicação disponíveis/em mão, quantidade de pessoal membro a trabalhar na comunicação e estratégias de mudança, nível de experiência e necessidades de pessoal; opinião e percepção da agência sobre a questão de saúde ou desenvolvimento incluindo, as causas subjacentes, normas sociais, dinâmicas comunitárias; identificação dos líderes comunitários e zeladores; percepções de políticas governamentais que bloqueiam ou apoiam possíveis intervenções; outros grupos de acção que existem; relacionamento com e acesso aos medias, práticas de comunicação e lacunas e necessidades em recursos correntes.	<ul style="list-style-type: none"> • Procure por mapeamentos existentes e se possível atualize-os. • Inicie com o comité de avaliação da comunidade para a lista inicial dos provedores de serviços. • Fale com tantos provedores de serviços quantos for possível . • Recolha pelo menos a informação básica sobre serviços, população servida, e cobertura geográfica. • Trabalhe para obter informação adicional sobre o ambiente, serviços, barreiras à mudança e suas causas.
Inquérito dos níveis da População e sub população	Quantitativo	Nível de percepções da população representativa – e sub população sobre /das questões de saúde ou desenvolvimento; normas e valores comunitários; crenças individuais, percepções, conhecimentos, e comportamentos; factores subjacentes que podem influenciar as questões de saúde ou de desenvolvimento; habilidades; redes sociais; dinâmicas comunitárias; padrões de comunicação, acesso e uso de vários canais de comunicação e opinião pública geral sobre tópicos relacionados com a questão da saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • Aborde as lacunas nos dados com o seu inquérito. • Assegure que são feitos cálculos para um tamanho de amostra necessária. • Desenvolva um esboço da amostra. • Forme bem os inquiridores. • Ensaie ou teste /pilote todos os instrumentos de recolha de dados. • Desenvolva um plano de análise com antecedência. • Assegure que os planificadores têm habilidades para a digitação e análise de dados.

FOLHA DE EXERCÍCIO: projecto de plano de pesquisa

Antes de iniciar a pesquisa formativa, é inteligente planificar todos os passos e actividades. Esta sessão inclui um esboço de um plano de pesquisa que pode usar como guião. Lembre-se, várias questões irão influenciar a escolha final do(s) método(s) da pesquisa, tais como, custo, vontade, acessibilidade das pessoas que participariam na pesquisa, e a disponibilidade de pessoal habilitado para conduzir a pesquisa. O plano de pesquisa enumera cada uma destas questões e te ajuda a decidir como é que os dados da pesquisa deverão ser usados.

Instruções: Use esta folha de exercício para pensar sobre como é que a pesquisa será e inicie a desenhar um plano de pesquisa.

Passos do seu plano de pesquisa	Quais são as datas estimadas?	Quais são os custos de cada passo	Quem ou que membro da equipe faria este trabalho?
1. Considere a formação de um comité de avaliação das necessidades da comunidade . ¹			
2. Decida que informação específica irá precisar de recolher – que perguntas precisam de respostas – para melhor entender a situação que esta a abordar.			
3. Decida sobre com quem você quer recolher os dados – com quem precisa de falar e a localização destes?			
4. Decida sobre o método de pesquisa que melhor se enquadra à situação e recursos disponíveis. Desenhe instrumentos para a recolha de dados.			
5. Decida sobre o calendário de recolha de dados de forma que a informação recolhida seja actualizada (ou seja recolhida de uma maneira atempada) e relevante para o desenho do programa.			
6. Recolha os dados usando o(s) instrumento(s) seleccionado(s).			
7. Analise e compartilhe as constatações com aqueles que possa usar e desenhe o seu próximo passo do processo de planificação.			

¹ Este comité deverá ser composto de interessados e zeladores-chave que possam guiar o seu processo e é melhor incluir também potenciais beneficiários do seu projecto. Tal irá ajudar no desenvolvimento da avaliação formativa e assistir em assegurar que a informação mais relevante seja recolhida. O comité irá igualmente ajudar que o seu programa não seja somente apropriado para a comunidade deles e assegurar que também é aceite pela comunidade. Irá ajudar uma parte do processo da pesquisa formativa ao longo da duração do estudo de pesquisa e será muito útil no entendimento e interpretação dos resultados.

FOLHA DE EXERCÍCIO: Plano de pesquisa rascunho (continuado)

A) Comité de avaliação das necessidades da comunidade: Quem deverá ser convidado a fazer parte deste comité?

B) Amostra de perguntas a serem respondidas ao longo da pesquisa	C) Quem deverá ser informante conveniente? Onde podem eles ser entrevistados?	D) Método de pesquisa proposta que melhor se enquadra à situação e recursos disponíveis

E) Um desenho de calendarização para que a informação recolhida seja actual (ou recolhida de uma maneira atempada e relevante ao desenho do programa)		
Actividade a ser levada a cabo	Prazo para a efectivação	Quem é responsável?

EXEMPLO: Uso dos Resultados da sua Pesquisa

Aqui estão alguns destaques de resultados de pesquisa conduzida antes do desenho de um programa CMSC sobre a circuncisão masculina para a prevenção do HIV num país X.

1. A circuncisão masculina à nascença ou na adolescência é parte de *práticas e crenças tradicionais* de cerca da metade da população num país Z. Nos últimos cinco anos, duas clínicas na capital começaram a oferecer circuncisões baseados na clínica para pessoas adultas de sexo masculino. Elas atendem cerca de 50 homens por ano. Nenhum programa criou um programa de comunicação especificamente sobre os aspectos da saúde pública da circuncisão feita nas clínicas. Muitos programas de prevenção do HIV incluem uma mensagem sobre a circuncisão nas suas actividades do dia a dia com a comunidade e fornecem recomendação para as clínicas que providenciam a circuncisão.
2. Noventa e oito por cento de homens e mulheres *conhecem* as principais formas de prevenir a propagação do HIV (ex: ter um parceiro não infectado e fiel; usar preservativo com todos os parceiros; reduzir o número de parceiros sexuais). Vinte e cinco por cento estão *cientes* que a circuncisão reduz o risco de contrair HIV. Quarenta e cinco por cento estão *cientes* que contrair uma ITS (DTS) aumenta o risco de contrair HIV (*percepção de risco*). Vinte por cento *sabem* onde podem obter um teste de HIV.
3. Através de entrevistas e grupos focais, a equipe de pesquisa constatou que os membros desta comunidade possuem *crenças* mistas sobre a circuncisão. Algumas pessoas acreditam que hoje em dia todos os homens deveriam estar circuncidados. Ao mesmo momento, muitos homens acreditam que ter a pele superior intacta é uma prova da sua masculinidade. Entre os que acreditam na circuncisão, alguns o vêem como um acto religioso (*norma social*) que não tem nada a ver com a saúde, enquanto outros pensam nesta como uma coisa “moderna” a fazer. Muitos dos líderes nesta comunidade afirmaram que o ritual da circuncisão é sagrado assim como é e não deveria ser diluído com (*norma social*). Homens disseram que tinham medo do que poderia acontecer aos seus pénis se tivessem que ser circuncidados agora – dor, infecções, o atrofiamento do pénis, nenhum prazer sexual, etc. As mulheres disseram aos pesquisadores que elas preferem homens que não tenham feito circuncisão.
4. As discussões com os líderes tradicionais tornaram claro que alguma circuncisão tradicional na adolescência não é total circuncisão e deixa um bom pedaço da pele frontal. Isto levou a que os pesquisadores se perguntassem se esta forma de circuncisão irá ou não fornecer protecção. Aproximadamente 50% de todos os homens estão circuncidados. Trinta e cinco por cento de todos os homens usaram o preservativo na sua última relação sexual. Vinte e cinco por cento de todos os homens afirmaram que eles tinham simultaneamente mais do que um parceiro sexual.

Pergunta de Reflexão: que compreensão a informação recolhida fornece no seguinte?

- ❖ O problema/questão
- ❖ As pessoas afectadas e influentes
- ❖ O contexto e os assuntos transversais: informação, motivação, habilidade para agir, normas, organização comunitária, serviços e produtos, e ambiente permissivo que afecta os comportamentos actuais e potenciais

No Passo 2, os profissionais irão usar tal pesquisa para: segmentar e dar prioridade às audiências para o programa, tecer os objectivos de comunicação, e decidir sobre a sua abordagem estratégica, posicionamento, mistura de cais, e mais.

Módulo 1, Sessão 6: Parceiros, aliados, e zeladores

Nesta altura, muito foi feito para entender a situação que se enfrenta. É tempo de mapear um plano para descobrir o que é que precisaremos de saber.

Como último passo, considere todos os indivíduos ou grupos que deverão apoiar – ou impedir – os esforços para abordar completamente a questão. Considere alguém cuja perspectiva ou cooperação será importante nos passos seguintes do processo – parceiros, aliados, e zeladores.

Parceiros colaboram consigo e providenciam apoio em mão. Por exemplo, a Linha Verde Nacional sobre o HIV poderia ser um bom parceiro com quem trabalhar sobre um esforço de prevenção de HIV entre pessoas jovens. A linha verde poderia fornecer materiais e formação para o pessoal que trabalha no projecto, e os materiais do projecto poderiam todos incluir o número telefónico da linha verde.

Aliados apoiam o trabalho que está a fazer através dos seus próprios esforços. Por exemplo, uma organização internacional que esteja a pesquisar o risco de HIV em campus universitários e trabalhando com vista a melhores *políticas* para os campus poderia ser um aliado nos seus esforços.

Zeladores são indivíduos ou grupos que tanto abrem ou fecham o “portão” para si e para quem trabalhe efectivamente. Por exemplo, o Ministério dos Assuntos Religiosos pode estorvar ou abrir caminhos para o progresso.

As distinções entre estes grupos são menos importantes do que a ideia de que há pessoas que podem tanto bloquear ou facilitar (isto é, tornar fácil) a mudança que procura.

Os Zeladores são críticos para o seu sucesso. Envolve-os e torne-os apoiantes:

- Perguntando pelas suas contribuições na análise
- Ouvindo as suas preocupações e ambições
- Fornecendo-lhes o resumo da sua análise
- Encontrando formas para que o esforço CMSC seja de alguma maneira benéfico para eles

Ao assegurar-se que tem os parceiros, aliados e zeladores apropriados a bordo, você pode:

- Trabalhar com eles para advogarem pela sua causa/programas
- Criar uma *rede ou coligação* de apoiantes para a sua causa/programas
- *Mobilizar recursos* para a sua causa/programa

EXEMPLO DA ALBÂNIA: Matriz de Parceiros, Aliados, e Zeladores

Por favor refira-se ao Modulo Introdutório, Sessão 1 (página 3) e Sessão 4 (página 17) para algum background sobre o programa de planeamento familiar da C-Change na Albânia.

Potenciais Parceiros, Aliados, e Zeladores	Notas
<p>Parceiros</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pepsi Cola/Shark • Bayer Schering • Nesmark • OES Distrimed • Professor de jornalismo, formador no Instituto de Medias da Albânia, obstetra /ginecologista 	<p>Longo - Prazo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profissionais – providenciaram formação para jornalistas, farmacêuticos, e educadores de pares envolvidos com a C-Change <p>Curto - prazo (eventos específicos)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pepsi Cola/Shark – forneceram refrigerantes para eventos públicos de Educação de Pares (EP) • Bayer Schering – apoiou actividades (ex: fornecendo materiais, produtos) para os eventos ao ar livre de EP; compartilharam os custos. • Nesmark – forneceram uma exposição informacional e preservativos para os eventos de EP ao ar livre.
<p>Aliados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupo de Assessoria Técnica (TAG): representantes do Ministério da Saúde, Instituto da Saúde Pública, USAID, FNUAP, UNICEF, mass media, profissionais da saúde, e faculdade e estudantes da Universidade de Tirana 	<ul style="list-style-type: none"> • TAG – forneceu contribuição técnica e direcção para as intervenções (ex: campanhas mass media) <p>NOTA: em muitos países, estas instituições podem ser naturais, parceiros operacionais de escala completa</p>
<p>Zeladores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Associação local dos farmacêuticos • Presidentes de câmara municipal nas quais a C-Change trabalha 	<ul style="list-style-type: none"> • Associação dos farmacêuticos locais - poderia fornecer apoio ou tornar difícil a participação dos membros na formação. Eles se tornaram aliados. • Presidentes da Câmara Municipal - poderiam apoiar ou bloquear os eventos públicos sobre a saúde. Elas também se tornaram aliados.

FOLHA DE EXERCÍCIO: Matriz dos parceiros, aliados e zeladores

Instruções: nesta folha, anote os indivíduos ou grupos chave que poderiam influenciar o sucesso do seu programa. Os parceiros fazem ou podem activamente apoiar o trabalho e colaborar consigo; Aliados são grupos “da mesma opinião “ ou indivíduos que apoiam o seu trabalho; e Zeladores são pessoas ou indivíduos que tanto poderiam apoiar ou interferir com o progresso do seu trabalho.

Potenciais Parceiros, aliados e zeladores	Notas
Parceiros	
Aliados	
Zeladores	

Módulo 1, Sessão 7: Resumo da Análise

Uma **apresentação do problema** é um resumo sucinto do que foi descoberto durante o Passo 1 da Planificação-C. uma apresentação do problema ajuda os programadores a ver claramente o que está a acontecer, para que eles possam iniciar a focalizar atenção onde fará a diferença. Uma boa apresentação do problema é somente uma frase, com vários parágrafos para detalhe.

Quando se escreve uma declaração do problema, é uma ajuda responder as perguntas abaixo.

- O que está a acontecer?
- Onde e a quem?
- Com que efeito?
- Quem o que está influenciando a situação e com que efeito?
- E como resultado de que causas?

Uma vez que a declaração do problema tenha sido feita, considere que tipos de mudanças o problema requer.

- Onde é que estarão os possíveis pontos de viragem para a mudança?
- O que é que irá melhorar a situação? Considere *informação, motivação, habilidade para agir, e normas*.
- Quais são as mudanças desejadas no ambiente? Considere *vontade política, alocação de recursos, mudança de política, desenvolvimento institucional, consenso nacional, e criação de coligações*.
- Quais são as mudanças desejadas na cena social? Considere *movimentos sociais, liderança comunitária, participação em redes, apropriação, e acesso a serviços*.
- Quais são as mudanças desejadas nos comportamentos dos indivíduos? Considere *conhecimento, atitudes, crenças, habilidades, auto eficácia, e normas sociais percebidas*.

A mudança não acontece ao trabalhar somente sobre comportamentos dos indivíduos. Considere este exemplo de mudanças múltiplas que podem ser necessárias em resposta a um problema.

- Estudantes num campos do colégio começam aceder a testes de HIV porque serviços gratuitos são publicitados nas proximidades, estudantes prezados falam da importância de fazer o teste, aconselhando que o teste é de grande qualidade, e um telefone linha verde permite aconselhamento sigiloso sobre o teste.

A declaração do problema deverá ser suportada por dados. É aconselhável a equipe, parceiros, e aliados debaterem e concordar na declaração do problema, e citar evidências que a suportam. À medida que a declaração é desenhada, algumas perguntas de pesquisa não respondidas podem ser identificadas. É importante continuar a notar o que mais poderia ser útil saber sobre a situação para construir a estratégia sobre os dados, do que pelos pressupostos.

EXEMPLO DA ALBÂNIA: Resumo da análise e declaração do problema CMSC

1. O que está acontecer?	O Uso do coito interrompido como um método de planeamento familiar (PF).
2. Onde e a Quem?	Entre homens e mulheres jovens na Albânia.
3. Com que efeito?	Está a contribuir para gravidezes indesejadas e abortos entre mulheres jovens e gerando em geral altos custos de cuidados sanitários.
4. Quem e o que está a influenciar a situação e com que efeito?	Os mass medias estão contribuindo para a <i>desinformação</i> geral e farmacêuticos não têm <i>habilidades ou a motivação certa</i> para lidar com pessoas jovens. Como resultado as pessoas jovens têm falta de <i>conhecimento, motivação, e habilidades</i> para adoptar métodos de planeamento familiar mais seguros.
5. E como resultado de que causas?	<i>Normas profundas de género</i> e relações do poder estão a contribuir para a falta de motivação para se usar a abstinência como um método de planeamento familiar.

Declaração Final do Problema CMSC: O uso coito interrompido como um método de planificação familiar (PF) entre homens e mulheres jovens na Albânia está a contribuir para gravidezes indesejadas e taxas de abortos entre as mulheres jovens e para elevados custos de cuidados sanitários em geral. Os mass media contribuem para a desinformação geral, e os farmacêuticos não possuem habilidades ou a motivação certa para lidar com pessoas jovens. Como resultado, as pessoas jovens têm falta de *conhecimento, motivação, e habilidades* para mudar-se para métodos de PF mais seguros. *Normas de Género* profundas e relações de poder desencorajam acções para parar /deter o uso de abstinência com um método de PF.

A mudança que este problema implica: As pessoas mais afectadas são homens e mulheres jovens na Albânia que precisam de ser *motivadas* a usar métodos de PF mais seguros, ao mesmo tempo que se aborda as relações de poder e pressão de pares. As pessoas que directamente os influênciam são os farmacêuticos os quais precisam *aprender* como oferecer serviços a pessoas jovens para que eles se tornem fontes fiáveis. As pessoas que indirectamente os influenciam são os mass médias que precisam de ser formados para uma melhorar reportagem.

Teoria de Mudança: Se pode argumentar que um ponto de viragem para a mudança será o resultado de uma combinação de aumento da *auto eficácia* dos indivíduos para usar e *negociar* métodos entre os pares, *facilidade de acesso* aumentado aos métodos através de melhoramento da formação dos fornecedores (farmacêuticos), e determina a agenda através do aumento da frequência e reportagem correcta sobre a PF nos medias para fornecer um melhor *ambiente permissivo para a mudança da norma* relativa o uso de PF. Estes conceitos são baseados nos pressupostos do **modelo de crença sobre a saúde, teoria de aprendizagem social, modelo consumista** para provedores de serviços, e **teoria de estabelecimento da agenda dos media**.

FOLHA DE EXERCÍCIO: Resumo da análise

Instruções: Considere tudo que já tenha emanado da análise até ao momento. Escreva uma declaração concisa do problema, notando se a sua declaração do problema precisaria de alguma pesquisa de aprofundamento. Acrescente uma declaração sobre as mudanças que precisam ocorrer para que o problema seja abordado.

Usar esta fórmula ajuda a resumir a análise da situação, pessoas, e contexto (que usualmente ocupa um par de páginas na sessão do background sobre a estratégia) num parágrafo.

1. O que está a acontecer? (da sua árvore do problema)	
2. Onde e a quem? (da análise das pessoas)	
3. Com que efeito? (da árvore do problema)	
4. Quem e o que está influenciando a situação e com que efeito? (pessoas e árvore do problema)	
5. E como resultado de que causas? (árvore do problema e análise do contexto)	

Declaração final do problema

Mudanças que o Problema implica (lembre-se de pensar sobre os pontos de viragem para a mudança)

Sua Teoria de Mudança (orientação na sessão a seguir)

Módulo 1, Sessão 8: O que é a teoria de mudança?

A maioria das pessoas tem ideia de como o mundo e pessoas operam baseados em *experiências, valores, e crenças pessoais*. Esta é a forma como a formulação da teoria (de forma geral e simplista) inicia, com observações pessoais, análises, e conclusões das experiências de vida de alguém. Destas observações e conclusões, um modelo explicando o porquê as coisas acontecem pode tomar forma. Num segundo passo, as instituições académicas tomam com frequência estes modelos e desenvolvem-nos ainda mais e testam-nos para determinar quão bem eles se mantêm sob diferentes condições. Isto é porque **uma teoria real ou modelo devem ser replicáveis numa variedade de ambientes e com muitos indivíduos ou grupos** (Centros Nacionais de Formação em ITS/HIV 2005). Uma teoria fornece previsões sobre as relações causa efeito entre dois ou mais fenómenos.

Iremos chamar este começo de pensamento sobre teoria de nossa **teoria de mudança**. Ela irá servir como uma ferramenta para apoiar a mudança que pensamos e como deverá ser abordada de forma mais explícita. Uma teoria de mudança completa incorpora a perspectiva de todos os constituintes. É importante reconsiderar todos os pressupostos que formatam as crenças e verificá-los contra várias fontes de dados e teorias CMSC sobre o que irá funcionar e porquê, e quais estratégias têm mais probabilidade de ser mais efectivas a curto, médio e longo prazo. (www.keystoneaccountability.org)

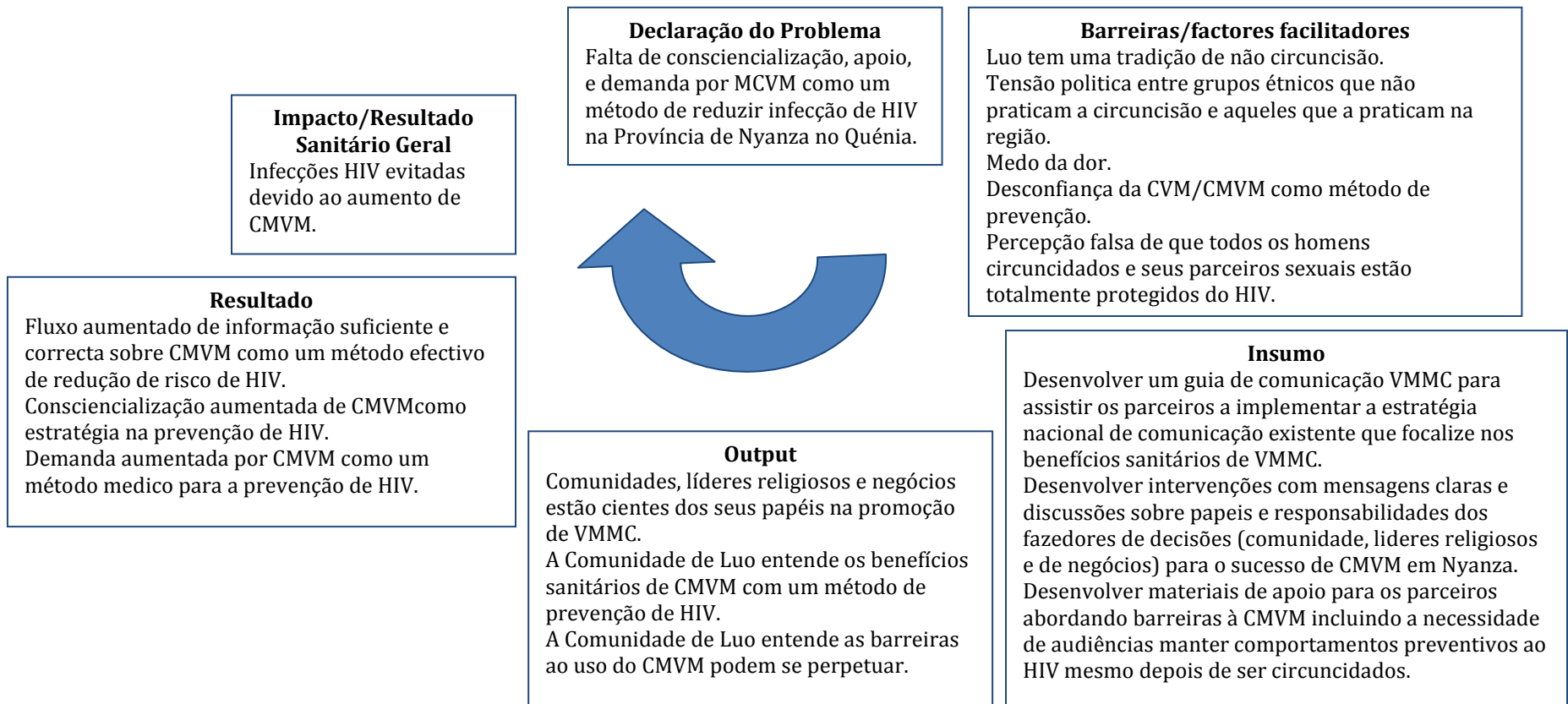
Há duas fases para desenvolvimento de uma teoria de mudança (Walters 2007).

1. Clarificar que pressupostos estão-se formando durante a análise no Passo 1.
2. Procurar ajuda das teorias e conceitos de CMSC para identificar um ponto de viragem efectivo para a mudança (Módulo Introdutório, Apêndice, página 26).

Tente seguir o exemplo no diagrama de fluxo e folha de exercício nas páginas que seguem para configurar os pressupostos sobre como as intervenções tencionadas irão afectar as barreiras que você já identificou.

EXEMPLO SOBRE A CIRCUNCISÃO MASCULINA: Teoria de Mudança para o Projecto da C-Change sobre a Circuncisão Médica Voluntária dos Homens em Nyanza, Quénia (2012)

- 1. Indique as mudanças necessárias para abordar o problema.** Consciencialização aumentada, apoio, demanda de circuncisão médica voluntária masculina (CMVM) como um método para reduzir infecção pelo HIV na Província de Nyanza no Quénia.
- 2. Indique as barreiras-chave ou factores facilitadores para mudança.** Em Nyanza, as taxas de circuncisão variam vastamente por comunidade étnica, com os Luo (a maioria étnica) em 17% e província de Nyanza, com a mais baixa taxa no Quénia. Há uma tensão entre as comunidades que praticam a circuncisão e aquelas que não. Mais ainda entre a audiência, há um medo da dor e crescente percepção de que os homens circuncidados e os seus parceiros sexuais estão totalmente protegidos do HIV.
- 3. Clarifique nossos pressupostos.** Esta intervenção de comunicação em CMVM irá contribuir para abordar as barreiras para aceitar MCVM ao nível da comunidade.



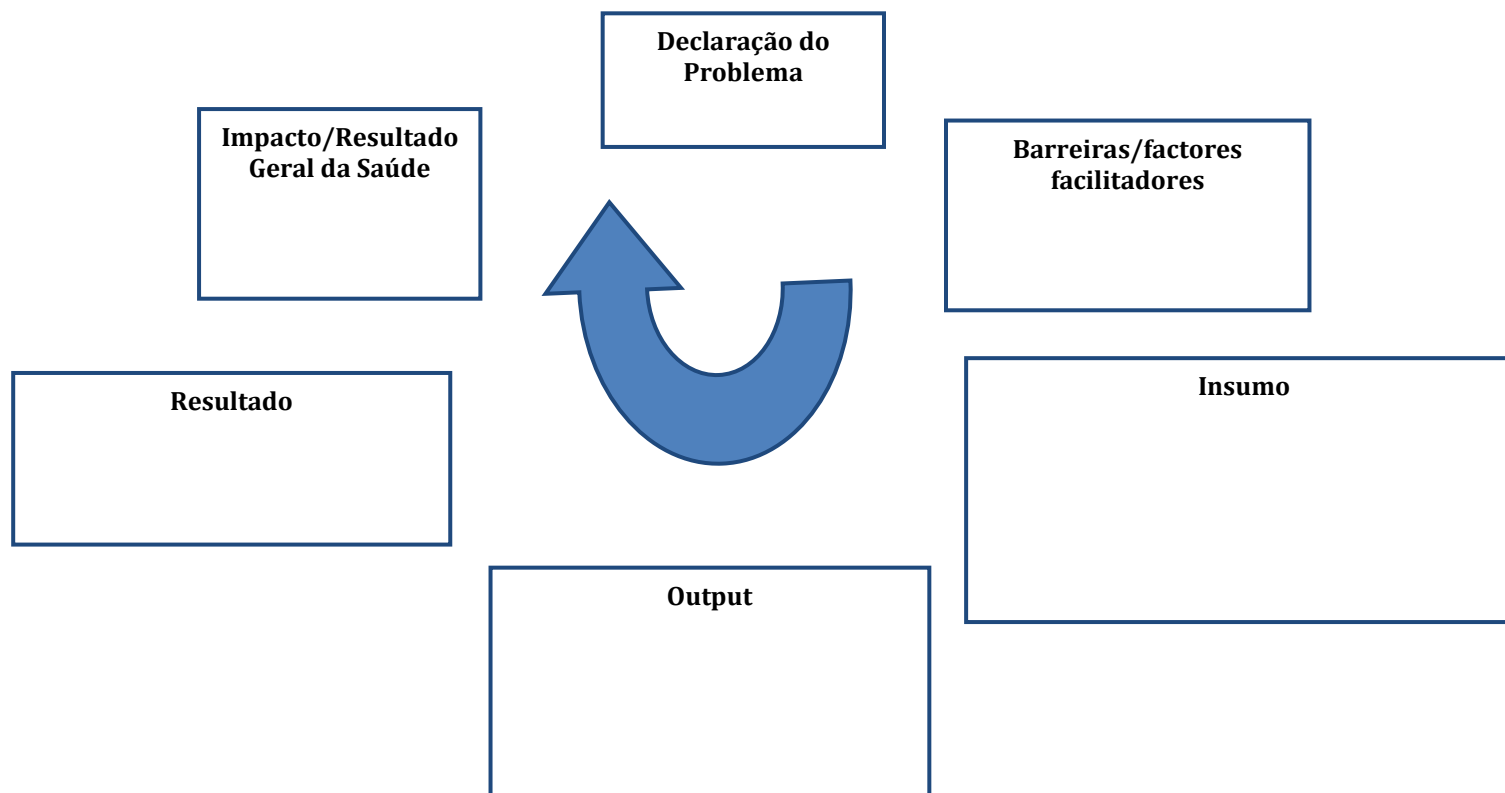
4. Indique conceitos de CMSC para ajudar a encontrar pontos de viragem para a mudança: Se pode defender que o ponto de viragem será o início de discussão pelas comunidades, homens de negócios e líderes religiosos de CMVM como uma intervenção nas suas comunidades, baseado numa informação tecida para os serviços de CMVM. Eles precisam de estar convencidos, e estarão trabalhando como *catalisadores* para aumentar *diálogo, desenvolver acção colectiva, e mobilizar* mais membros da comunidade para se tornarem engajados com a CMVM. Eles estão numa posição-chave para mobilizarem seus membros da comunidade para demandar serviços CMVM e ajudar a incorporá-los em *normas sociais* mais vastos e atitudes relativas a prevenção do HIV e género. Estes conceitos são baseados em pressupostos usados nas **teorias de organização comunitária e advocacia**, tais como *estabelecimento da agenda e formatação/modelagem, difusão da inovação* para ver a CMVM como inovação, e *criação de coligação* entre serviços e líderes comunitários.

5. Resuma: Se a comunidade, negócios, e líderes religiosos são providos de informação sobre CMVM e os benefícios desta na prevenção de infecção pelo HIV, e forem convencidos dos seus benefícios, então eles podem tornar-se catalisadores para advogar e formatar como as suas comunidades vêem CMVM. Esforços de Mobilização com os líderes comunitários irão levar à discussão aberta sobre a tradição de circuncisão masculina e elevar a aceitação e apoio para os procedimentos de CMVM, ao associá-la com a prevenção de HIV e Higiene. Os líderes comunitários podem formatar uma intervenção nas suas comunidades e abordar relações com os provedores de serviços de CMVM.

FOLHA DE EXERCÍCIO: Qual é que é a sua teoria de Mudança?

Instruções: Preencha em cada parte desta folha de exercício para desenvolver a sua teoria de mudança.

1. Nomeie as mudanças necessárias para abordar o problema (da sua declaração de problema #1,2,3).
2. Nomeie as barreiras-chave a ou factores facilitadores para as mudanças que identificou (da sua declaração do problema #4,5).
3. **Clarificando os nossos pressupostos.** Este/a _____ intervenção ira contribuir para _____ abordar as barreiras de _____ através



Leituras Adicionais

Estas referências fornecem informação adicional que irá assisti-lo no seu trabalho de CMSC. O curriculum CMSC completo, referências abaixo citadas, e recursos adicionais estão disponíveis em <http://www.c-changeprogram.org/our-approach/capacity-strengthening/sbcc-modules>. Para mais recursos e oportunidades para fortalecer as capacidades sobre CMSC, visite o Centro de Recursos Online para o Fortalecimento de Capacidades da C-Mudança em <http://www.comminit.com/c-change-orc>.

Os gráficos dos C-Módulos podem ser acedidos online e expandidos e expostos aos participantes através de PowerPoint num quadro grande para poster

Leitura de Background

Tópico	Item
CMSC	Involving People Evolving Behavior. Porque é que as pessoas se comportam como se comportam? Este livro fornece um modelo para a mudança do comportamento envolvendo informação, motivação através da comunicação, a habilidade de agir através das habilidades da vida e um ambiente permissivo através da abordagem da política e legislação, provisão de serviços, sistemas de educação, factores culturais, religião, factores socio-políticos.
Advocacia /Mobilização Comunitária	Advocacy in Action: A Toolkit to Support NGOs and CBOs Responding to HIV/AIDS. Esta ferramenta assiste ONGs/OCBs ganhar um entendimento claro do que advocacia significa e como é que esta pode apoiar o trabalho delas. Também fornece assistência prática de como levar a cabo advocacia.
	Participatory Rural Communication Appraisal (PCRA): A Handbook. Este manual descreve o procedimento para a planificação e condução de PRCA como o primeiro passo no desenho de programas custo efectivo e apropriados, estratégias para projectos de desenvolvimento e o nível comunitário.
Género	Inter-Linkages Between Culture, GBV, HIV and AIDS and Women's Rights. Este manual de formação explora as teorias sobre cultura e sua relação com violência baseada no género. Ele explora ideias e fornece um modelo analítico para usar quando se consideram intervenções relacionados a cultura, GBV, direitos das mulheres, e HIV e SIDA.
Habilidades/Ferramentas para Pesquisa	Qualitative Target Audience Formative Research for Health and Development Communication: Soul City Fieldworker Training Manual 1 – Qualitative Interviewing. Desenhado para apoiar a formação de habilidades em entrevistas qualitativa e fornecer instrução na condução de pesquisa formativa e qualitativa da audiência.
	HIV/AIDS Rapid Assessment Guide. Este guia consiste de cinco ferramentas de prevenção; um guião de mapeamento, um inventario do site/local, um guião etnográfico, um guia para grupo focal, e inquéritos comportamentais rápidos que possam ser usados para recolher dados que fornecem um panorama espacial, quantitativo, e qualitativo da área do projecto.

Curricula Existente/Materiais de Formação

Mainstreaming HIV, AIDS, and Gender into Culture: A Community Education Handbook. Este recurso apoia e encoraja a discussão sobre como as pessoas se comportam juntas e lidam com o HIV. Seu propósito é trazer um entendimento sobre como a cultura pode afectar a propagação do HIV. Parte 2 do manual olha especificamente no como a cultura, género, e HIV estão ligados.

Referências Citadas no Módulo 1

C-Change. 2012. *Voluntary medical male circumcision (VMMC) communication in Kenya: A case study*. Washington: C-Change/FHI 360.

Cooperative Assistance for Relief Everywhere, Inc. (CARE) and International Center for Research on Women (ICRW). 2007. *Inner spaces outer faces initiative (ISOFI) toolkit: Tools for learning and action on gender and sexuality*. Washington: CARE/ICRW.
<http://www.icrw.org/files/publications/ISOFI-Toolkit-Tools-for-learning-and-action-on-gender-and-sexuality.pdf>

Keystone Accountability. 2012. *Theory of change*. Accessed February 14, 2012. <http://www.keystoneaccountability.org/about/theoryofchange>

National STD/HIV Prevention Training Centers. 2005. *Bridging theory and practice: Applying behavioral theory to STD/HIV prevention*.

Treatment Action Campaign. 2012. *About the Treatment Action Campaign*. Accessed February 14. <http://www.tac.org.za/community/about>

World Health Organization (WHO). *Health topics: Gender*. Accessed on March 1, 2010. <http://www.who.int/topics/gender/en/>

Walters, Hettie. 2007. *Capacity development, institutional change and theory of change: what do we mean and where are the linkages: a conceptual background paper*. http://portals.wi.wur.nl/files/docs/successfailuredevelopment/Walters_CapacityDevelopmentConceptPaperFIN.pdf

Imagens Citadas no Módulo 1

Os gráficos da Planificação-C e Onde a Pesquisa Formativa se encaixa na CMSC adaptados de:

Health Communication Partnership. 2003. *The new P-Process: Steps in strategic communication*. Baltimore, MD: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs, Health Communication Partnership.

McKee, Neill, Erma Manoncourt, Chin Saik Yoon, and Rachel Carnegie (eds.). 2000. *Involving people, evolving behavior*. New York: UNICEF; Penang: Southbound.

Parker, Warren, Lynn Dalrymple, and Emma Durden. 1998. *Communicating beyond AIDS awareness: A manual for South Africa* (First Edition). South Africa: Beyond Awareness Consortium.

Academy for Educational Development (AED). 1995. *A tool box for building health communication capacity*. SARA Project, Social Development Division. Washington: AED.

National Cancer Institute. 1989. *Making health communications work: A planner's guide*. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services.

Gráficos de Análise das Pessoas e Unpacking o Modelo Sócio Ecológico adaptados de:

McKee, Neill, Erma Manoncourt, Chin Saik Yoon, and Rachel Carnegie (eds.). 2000. *Involving people, evolving behavior*. New York: UNICEF; Penang: Southbound.