

Título do Projeto:

Envolvendo Usuários para Melhoria da Qualidade dos Serviços e Garantia de Direitos: fortalecendo o sistema de cuidados de saúde materno-infantil nos primeiros 1000 dias no Brasil (EU QUERO)

Desenho

Esta é uma pesquisa qualitativa e quantitativa. Haverá uma avaliação da qualidade dos serviços de saúde desde os primeiros 1000 dias das crianças. A pesquisa EU QUERO se concentra nas mães e nos provedores de saúde, ao mesmo tempo em que envolve as partes interessadas de toda a comunidade e da autoridade de saúde. Fortalecerá a prestação de contas e a qualidade do sistema de saúde oferecido às mães e crianças, fornecendo os seguintes elementos: 1. Avaliação da qualidade atual dos serviços de saúde materno-infantil com base nos dados existentes para desenvolver os *scorecards* para os serviços de saúde materno, neonatal e infantil (SMNI). Um mapa da qualidade dos serviços disponíveis será desenvolvido, vinculado aos resultados de saúde materno-infantil em diferentes estágios dos 1000 dias. Os resultados fornecerão os dados de linha de base para a intervenção de viabilidade, além de serem relevantes para a política (Work Package -WP1). 2. A seleção de locais de intervenção e a identificação de um grupo de trabalho para monitoramento comunitário dos serviços de saúde pública para as necessidades específicas dos primeiros 1000 dias (WP2). 3. Formação de profissionais de saúde nos centros de saúde comunitários e maternidades para assegurar uma compreensão consistente das responsabilidades dos provedores e usuários e dos direitos e direitos das mulheres e crianças durante os 1000 dias (WP3).

4. Formação das mães e da comunidade em geral através de campanhas de informação para aumentar a sua escolha e voz para exigir acesso e qualidade dos cuidados de saúde de acordo com as necessidades e direitos (a serem realizados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para apoiar e facilitar o diálogo entre utilizadores e provedores de serviços de saúde) (WP3). 5. Envolvimento com as partes interessadas, incluindo mães, grupos comunitários, provedores de serviços de SMNI e formuladores de políticas, a fim de: a) aumentar o conhecimento do usuário e a supervisão da prestação de serviços, b) melhorar a prestação de contas do lado da oferta; c) desenvolver e apoiar uma cultura de parceria (WP 2-6). 6. Assegurar a sustentabilidade da intervenção por meio de reuniões de intercâmbio de conhecimento com várias partes interessadas para desenvolver um plano de ação para incorporar a responsabilidade social através do formulário de pontuação em formas existentes ou potenciais de credenciamento e supervisão (WP 2-6). Essas medidas visam melhorar a saúde de mulheres e crianças em algumas áreas críticas do Brasil, tornando os trabalhadores e gestores do sistema de saúde e a comunidade (usuários do sistema de saúde) envolvidos e co-responsáveis durante todo o processo. O projeto desenvolverá capacidades e habilidades em atores-chave que poderão continuar a melhoria do sistema de saúde.

Resumo

O objetivo geral do EU QUERO é aumentar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde materno, neonatal e infantil (SMNI) disponíveis nos primeiros 1000 dias de vida, desde a concepção, em dois estados contrastantes no Brasil, Maranhão e Goiás, através do engajamento da comunidade e da responsabilidade social. O projeto alcançará seu objetivo, desenvolvendo e realizando uma viabilidade de uma intervenção complexa de responsabilidade social para monitorar a qualidade da entrega de programas de saúde em quatro fases dos 1000 dias: (i) pré-natal, (ii) nascimento, (iii) pós-parto e recém-nascido, e (iv) cuidados infantis de até dois anos de idade. A intervenção promoverá educação baseada em direitos como parte do treinamento de intervenção. Ele será projetado para ser implementado em escala.

EU QUERO aborda a seguinte questão de pesquisa: qual é a viabilidade de um julgamento completo de uma responsabilidade complexa baseada na comunidade e de educação baseada em direitos para fortalecer a qualidade dos serviços de SMNI e melhorar os resultados de saúde nos estados de Maranhão e Goiás?

O EU QUERO criará métodos inovadores e interdisciplinares, interorganizacionais e baseados em evidências para melhorar e monitorar a qualidade dos cuidados prestados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e maternidades no Maranhão e Goiás. Melhorar os resultados de saúde através de uma

melhor qualidade e acesso aos serviços é imperativo em Goiás e no Maranhão, onde os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para a saúde materna não foram atendidos [1]. O projeto fornecerá conhecimentos importantes sobre como o sistema de saúde responde às necessidades e direitos das mulheres, em particular as mães adolescentes, e desenvolve quadros de avaliação para classificar o desempenho dos serviços de SMNI ao longo das fases específicas dos 1000 dias. Utilizando a orientação do Conselho de Pesquisa Médica (MRC) para desenvolver e avaliar intervenções complexas [2], o EU QUERO irá co-produzir e implementar treinamentos e scorecards baseados em direitos junto de outras comunidades, agentes de saúde e autoridades em Goiás e Maranhão.

Introdução

Registraram-se progressos significativos no Brasil para reduzir a mortalidade materna, neonatal e infantil. No entanto, os esforços em todos os estados, em particular no Maranhão e Goiás, foram desiguais [3]. O Maranhão tem a maior mortalidade materna no Brasil, enquanto Goiás tem o maior número das mortes maternas na região Centro-Oeste [4], com mulheres e crianças pobres, rurais e afrodescendentes com carga desproporcional devido à pobreza, negligência, violência de gênero e falta de informação [5]. Uma grande proporção de nascimentos em cada estado é das adolescentes (menores de 20 anos), 18,5% em Goiás e 25,6% no Maranhão em 2014 [6]. Em todo o Brasil, apenas 15% das mães recebem atendimento pré-natal adequado, que varia de acordo com o histórico demográfico, a região e a residência urbana / rural [7]. Além disso, há pouca desagregação de dados para avaliar se e como as mulheres e adolescentes se envolvem com os sistemas de saúde diferentemente durante os 1000 dias e com que efeito.

O Brasil implementou uma série de iniciativas para fortalecer a saúde materna e infantil, incluindo a Rede Cegonha e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que fornece às famílias um Agente de Saúde Comunitário (ACS) específico para mulheres grávidas e crianças menores de dois anos. Além disso, o Programa Bolsa Família apoia a SMNI para os mais pobres [8]. Embora existam benefícios conhecidos desses programas [9], são necessárias mais evidências sobre a qualidade dos cuidados prestados e o acesso ao longo dos primeiros 1000 dias [7], especialmente a nível local. Em resposta, o EU QUERO fornecerá dados importantes, usando uma mistura de métodos de pesquisa, sobre como as mulheres percebem necessidades e direitos e se envolvem com o sistema de saúde, bem como conhecimentos baseados em evidências sobre como a responsabilidade social aumenta a salvaguarda dos direitos e necessidades das mulheres e crianças. Isso contribuirá para a avaliação do estudo de viabilidade para verificar se os aspectos específicos da intervenção são mais propensos a melhorar a qualidade dos cuidados prestados às mulheres pelos serviços de saúde.

O EU QUERO aborda os principais objetivos do sistema de saúde das multinacionais no Brasil, bem como metas-chave relevantes para os compromissos internacionais, incluindo os ODM sobre pobreza e saúde (e, em particular, ODM 3.1 e 3.2), igualdade de gênero e discriminação (ODM 5); e parceria (ODM 17). As atividades de pesquisa e engajamento entregues pelo EU QUERO serão de benefício direto para os governos e as pessoas e serão um veículo transformador para o fortalecimento dos sistemas de saúde, conforme indicado pela OMS em seu relatório de 2015 Every Woman, Every Child, Every Adolescent [10]. A intervenção de viabilidade responde diretamente às áreas prioritárias da SMNI, conforme indicado pela OMS [11].

Pesquisas anteriores demonstraram os benefícios do envolvimento da comunidade e da responsabilidade social como meio de melhorar a qualidade dos cuidados, a adequação da prestação de serviços de saúde aos usuários e a satisfação e a utilização do paciente [12]. Na África subsaariana e na intervenção do Sul da Ásia.

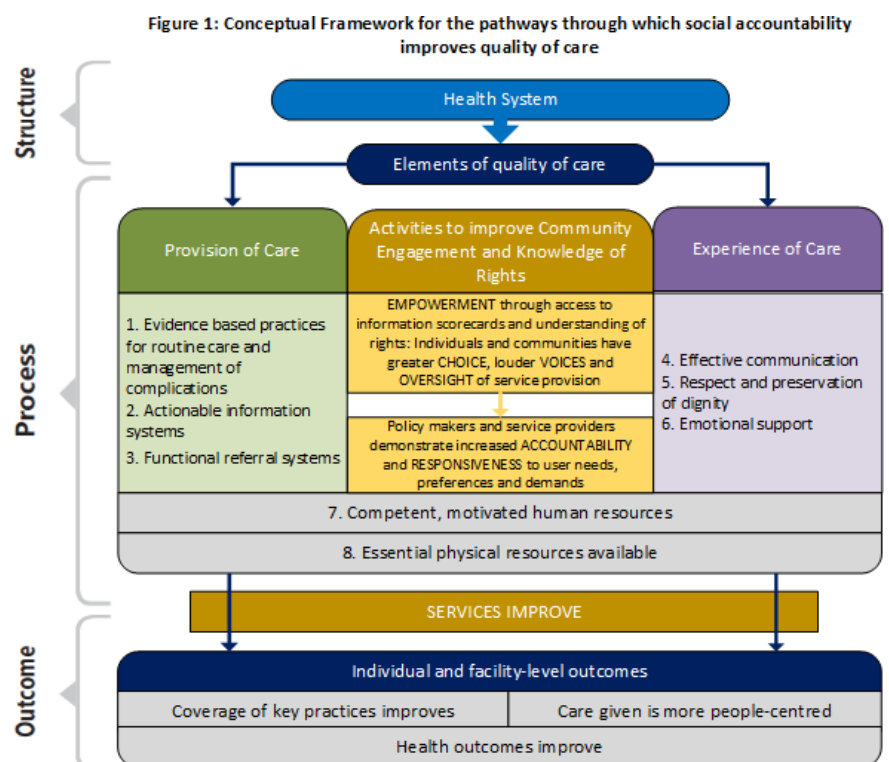
A abordagem das atitudes em busca de saúde e os quadros de responsabilidade baseados na comunidade reduziram a mortalidade materna e neonatal [13-16]. Um estudo-chave em Uganda indicou que o monitoramento comunitário de prestadores de cuidados de saúde primários públicos levou a esforços mais efetivos dos profissionais de saúde para atender a comunidade, um aumento na utilização e resultados de saúde melhorados [14]. No entanto, pouco se sabe se e como esses programas podem fortalecer o sistema de saúde para melhorar a SMNI, especialmente em áreas pobres e rurais da América Latina. No Brasil, há uma escassez de intervenções baseadas na comunidade para

melhorar a saúde e a conscientização sobre o direito à saúde. Uma campanha do Ministério da Saúde no direito de acesso aos cuidados de saúde foi implementada através da disseminação de folhetos, mas isso não foi totalmente avaliado. À luz disso, o EU QUERO: (i) co-produzirá novos conhecimentos e literatura sobre a eficácia das intervenções de capacitação e responsabilização da comunidade na qualidade dos serviços de saúde no Brasil; e (ii) co-desenvolverá e testará a viabilidade de uma intervenção, com partes interessadas do Ministério da Saúde e ACS, para avaliar o acesso e a qualidade da SMNI durante os primeiros 1000 dias de vida críticos através de scorecards e treinamento de principais partes interessadas na comunidade e no sistema de saúde local. O impacto é esperado através do aumento da conscientização sobre os novos dados do sistema de saúde sobre a qualidade do serviço, bem como tornando as mulheres e as famílias conscientes dos seus direitos de saúde, incluindo os direitos sexuais e reprodutivos, permitindo melhores oportunidades para a demanda e monitoramento do serviço de saúde para melhor cuidados e alcance de qualidade.

Hipótese

Esta intervenção baseia-se em sinergias positivas reconhecidas entre sistemas baseados na comunidade de monitoramento da provisão pública de saúde e resultados [13, 14, 17, 18]. Desenvolvemos um modelo teórico (Figura 1) baseada na noção de que envolver a comunidade local, agentes de saúde e as autoridades criam participações inclusivas para a capacidade de resposta e melhor qualidade dos serviços de saúde, particularmente para mulheres e crianças que enfrentam desafios de saúde durante os 1000 dias críticos da concepção. Estendemos o conceito de responsabilidade comunitária pela qualidade da saúde materna e neonatal, como articulado por Batonon [19] e a OMS [20] de novas maneiras de permitir pesquisas que avaliem criticamente a qualidade e a capacidade de resposta dos sistemas de saúde ao longo dos estágios específicos dos 1000 dias. No contexto do quadro de qualidade de atendimento da OMS, incorporamos o envolvimento e os direitos da comunidade, que influenciam tanto a provisão como a experiência de cuidados, levando a melhorias nos serviços. A intervenção está diretamente relacionada aos elementos de qualidade e disponibilidade de comunicação efetiva, respeito e preservação da dignidade e recursos humanos competentes e motivados.

O modelo teórico ajuda a testar o valor de (i) maior acesso dos usuários as informações sobre o desempenho do serviço, os seus direitos; (ii) aumentar suas oportunidades de atuar sobre esta informação através de provedores de serviços; (iii) envolvimento de atores públicos capacitados que procuram influenciar decisões e exigir políticas de saúde efetivas e prestação de serviços; e (iv) responsabilidade social pela qualidade do serviço de saúde. Os serviços de saúde e os trabalhadores (prestação de cuidados) e os usuários (experiência de cuidados), especialmente as mulheres, são atores centrais neste modelo. Também nos concentraremos em testar a influência da intervenção para adolescentes. Nossa abordagem não só servirá esse projeto e testará a viabilidade de realizar essa intervenção, mas também proporcionará uma abordagem valiosa para os estudiosos dos sistemas de saúde e do bem-estar social em geral.



Objetivo Primário

O objetivo geral da EU QUERO é aumentar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde materna, neonatal e infantil (SMNI) disponíveis nos primeiros 1000 dias de vida, desde a concepção, em dois estados contrastantes no Brasil, Maranhão e Goiás, através do engajamento da comunidade e da responsabilidade social.

O objetivo principal é desenvolver e conduzir a viabilidade de uma intervenção complexa de responsabilidade social para monitorar a qualidade da entrega de programas de saúde ao longo de quatro fases dos 1000 dias: (i) pré-natal, (ii) nascimento, (iii) pós-parto e saúde do recém-nascido e (iv) cuidados de saúde infantil. Ele será projetado para ser implementado em escala e para ser sensível às necessidades de saúde das mães adolescentes durante a implementação e avaliação.

Objetivos Secundários

Um segundo objetivo é fortalecer o sistema de saúde nas áreas de intervenção para oferecer maior qualidade e acesso aos cuidados de saúde materna, neonatal e infantil. O projeto busca beneficiar as mulheres dentro das áreas de intervenção, envolvendo-as com o sistema de saúde, para exigir e receber serviços de melhor qualidade. Os profissionais de saúde nesta área também estarão mais conscientes dos serviços que precisam de melhorias e desenvolverão planos de ação e estratégias para melhorar os serviços. O projeto promoverá a cidadania dos grupos vulneráveis através da conscientização levantada das intervenções educacionais sobre a saúde como um direito. Isso ajudará na consecução dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para o Brasil através do fortalecimento da advocacia e da responsabilização.

O EU QUERO também tem como terceiro objetivo desenvolver comunidades de ação e momentos de integração / discussão dentro de cada área de intervenção, consistindo de mães, comunidades e grupos comunitários, profissionais de saúde e gerentes de saúde, bem como as partes interessadas e formuladores de políticas a nível municipal e estadual. O diálogo entre esses atores continuará a auxiliar na prestação de cuidados de boa qualidade a todas as mães e crianças. O projeto fortalecerá a responsabilidade social, um dos principais princípios do sistema público de saúde brasileiro (SUS). Isso o torna uma pesquisa inovadora, interdisciplinar e interorganizacional sobre responsabilidade comunitária e educação baseada em direitos e o vínculo com o fortalecimento dos sistemas de saúde para esse grupo populacional. Como limitação da pesquisa, indica-se que há grandes benefícios para a qualidade de acordo com o uso de *scorecards* e educação baseada em direitos, mas os caminhos reais através dos quais isso ocorre são desconhecidos. Este projeto tem um plano de trabalho (*Work Package* – WP) explícito que se envolverá com esse processo.

O quarto objetivo é estimar os *scorecards* de qualidade de cuidados para diferentes fases dos primeiros 1000 dias e mapear esses serviços para identificar *hotspots* de cuidados de boa ou de baixa qualidade. Isso estimará a área de captação de cada instalação e informações sobre a população em áreas de Goiás e do Maranhão para fornecer informações aos formuladores de políticas.

O objetivo final é desenvolver a capacidade de pesquisadores júnior nas três universidades para realizar pesquisas interdisciplinares, líderes mundiais em sistemas de saúde, especialmente saúde materna e infantil. Vamos desenvolver uma rede de pesquisa focada nos sistemas e direitos de saúde entre as universidades de Goiás, Maranhão e Southampton, que se prevê expandir para incluir outras universidades no Brasil e no mundo.

Metodologia Proposta

O projeto EU QUERO concentra-se em mães e prestadores de cuidados de saúde, ao mesmo tempo que envolve interessados de toda a comunidade e autoridade de saúde. Isso fortalecerá a responsabilidade e a qualidade do sistema de saúde fornecido às mães e às crianças, apresentando os seguintes elementos:

1. Avaliação da qualidade atual dos serviços de saúde materno-infantil com base nos dados existentes para desenvolver *scorecards* para atendimento de serviços de saúde materno, neonatal e infantil (SMNI). Um mapa da qualidade dos serviços disponíveis será desenvolvido, relacionado e os

resultados da saúde materna e infantil em diferentes estágios dos 1000 dias. Os resultados fornecerão os dados da linha de base para a intervenção de viabilidade, bem como a política relevante. (WP1)

2. A seleção dos locais de intervenção e a identificação de uma força-tarefa para monitoramento comunitário de serviços de saúde pública para as necessidades específicas dos primeiros 1000 dias. (WP2)

3. Treinamento de profissionais de saúde dentro de centros de saúde comunitários e maternidades para assegurar uma compreensão consistente das responsabilidades dos provedores e usuários e dos direitos e direitos das mulheres e crianças durante os 1000 dias. (WP3)

4. Formação das mães e da comunidade em geral através de campanhas de informação para aumentar a sua escolha e voz para exigir o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde de acordo com as necessidades e os direitos (a serem conduzidos por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para apoiar e facilitar o diálogo entre usuários e provedores). (WP3)

5. Envolvendo-se com as partes interessadas, incluindo mães, grupos comunitários, prestadores e formuladores de políticas da SMNI, a fim de: a) aumentar o conhecimento do usuário e supervisionar a prestação de serviços, b) melhorar a responsabilização do lado da oferta; c) desenvolver e apoiar uma cultura de parceria. (WP 2-6)

6. Garantir a sustentabilidade da intervenção através de reuniões de intercâmbio de conhecimentos multi-partes interessadas para desenvolver um plano de ação para integrar a responsabilidade social através do *scorecard* em formas de acreditação e supervisão existentes ou potenciais. (WP 2-6)

Essas etapas visam melhorar a saúde das mulheres e das crianças em algumas áreas críticas do Brasil, fazendo com que os trabalhadores e os gerentes do sistema de saúde e a comunidade (usuários do sistema de saúde) sejam envolvidos e co-responsáveis ao longo do processo. O projeto desenvolverá capacidades e habilidades em atores-chave que poderão continuar a melhorar o sistema de saúde. Este estudo foi concebido para testar a viabilidade de uma intervenção comunitária complexa para fortalecer o sistema de saúde e melhorar a SMNI em dois estados: Maranhão e Goiás.

Trata-se de um estudo com metodologia qualitativa e quantitativa, no qual será empregada uma abordagem experimental em um estudo de viabilidade com os seguintes objetivos principais:

- determinar a aceitabilidade, viabilidade, fidelidade e escalabilidade da intervenção;
- testar, validar e medir as principais medidas de resultado (ver abaixo);
- estimar vários parâmetros estatísticos: taxas de resposta, coeficiente de correlação *intracluster* (CCI) e desvios-padrão para os *scorecards*.

A intervenção é focada em duas atividades separadas e complementares:

- Produção e divulgação de *scorecards* dos serviços de saúde que indicam a qualidade dos serviços disponíveis para mulheres e crianças dentro da comunidade.
- Educação baseada em direitos, para capacitar as mulheres com o conhecimento dos direitos que podem exigir do sistema de saúde.

Este tipo de intervenção para a saúde materna e infantil é novidade no Brasil (e na América Latina como um todo) e, portanto, a viabilidade desse projeto precisa ser determinada para se preparar para um ensaio clínico randomizado (*Randomized Clinical Trial* – RCT) piloto ou em grande escala.

Desfechos: dois tipos distintos de resultados (1) pontuação de *scorecard* de qualidade para cuidados de SMNI dentro da UBS; e (2) resultados de SMNI ao nível da UBS por fase dos 1000 dias. Ambos são necessários - para avaliar a qualidade e também para avaliar se as mudanças de qualidade se traduziram em resultados de saúde alterados. Nós sentimos que uma série de resultados são necessários nesta fase piloto, a fim de estudar as "consequências necessárias e não intencionais" da intervenção.

Número de grupos experimentais e de controle: 48 UBS serão selecionadas, com 24 de cada estado.

Estes serão divididos uniformemente entre clusters de controle e intervenção e entre estados. Dentro de cada UBS, todas as mães atualmente grávidas ou com uma criança com menos de 2 anos serão incluídas na intervenção. Uma amostra de 50 mães em cada UBS será obtida para fornecer os dados para o *scorecard* de qualidade. Como resultado, 2400 mães serão selecionadas nas 48 UBS.

Unidade de randomização: Unidade Básica de Saúde.

Variáveis de estratificação: Estado; Classificação inicial do *scorecard* de qualidade da WP1, dividida em "Bom" (Diamante e Ouro) e "Abaixo das Expectativas" (Prata e Bronze); urbano rural.

Clusters por estrato: 6.

Unidade experimental: A UBS é a principal unidade experimental. No entanto, também mediremos as opiniões das mães em cada UBS.

Número de vezes que os dados serão coletados: os resultados da saúde serão coletados duas vezes usando dados existentes do sistema de informações de saúde, no início e no final da intervenção. Os dados serão coletados uma vez para os *scorecards*, no final da intervenção (os *scorecards* iniciais usarão os dados existentes).

Etapas tomadas para minimizar o viés: os agrupamentos serão randomizados para os grupos de controle ou de intervenção.

Justificativa de modelos: um estudo de controle randomizado de cluster estratificado é apropriado para esta intervenção. Por definição, a intervenção será implementada em clusters, com o centro de saúde dentro / UBS sendo um cluster claro para estudar. Esta é uma área definida onde a intervenção pode ser implementada sem contaminação para outras UBS. O treinamento de ACS é simples de ser realizado no nível da UBS. A estratificação é necessária para garantir que as UBS com uma gama de serviços de qualidade para SMNI sejam incluídas, pois aqueles com serviços de boa qualidade podem ter, por exemplo, uma melhor gestão, o que pode influenciar a eficácia da implementação da intervenção. A estratificação por meio urbano / rural é necessária para avaliar a viabilidade da intervenção em diferentes ambientes.

Tamanhos de amostra: os cálculos de poder do teste estatístico não foram realizados devido ao projeto avaliando a viabilidade da intervenção. Considerou-se a necessidade de calcular os parâmetros necessários para produzir um cálculo estatístico de energia para um RCT em escala completa. Observou-se que um tamanho de amostra entre 24 e 50 é adequado para estudos de viabilidade. São incluídos 48 clusters (com 50 mães por grupo para um resultado), que devem fornecer os dados necessários para estimar os resultados acima mencionados. Também estamos prevendo que a intervenção seja implementada (após um RCT completo em escala completa) e, portanto, a diversidade dentro e entre os estados precisa ser contabilizada. Este tamanho de amostra permite a aplicação simples da estratificação. Análise estatística planejada: como este é um estudo de viabilidade, a maioria das análises será descritiva. Os *scorecards* serão estimados a partir das entrevistas individuais, enquanto a estimativa das estatísticas de resultados da saúde será realizada no nível da UBS. O CCI será estimado para os dados do *scorecard*. Testes de hipóteses simples serão conduzidos, mas com o devido respeito às questões de imprecisão, pois este é um estudo de viabilidade. O projeto será organizado em seis planos de trabalho (*Work Package* – WP). Embora este seja um estudo de viabilidade, seguiremos os seis princípios de uma avaliação de impacto baseada na teoria [21], a fim de garantir uma implementação rigorosa. Esses princípios são: i) mapear a cadeia causal que liga os componentes de intervenção aos resultados e impactos; ii) compreender o contexto (social, político e econômico) dentro do qual a intervenção é aplicada; iii) antecipar a heterogeneidade para definir subgrupos a serem testados; iv) estabelecer um contrafactual rigoroso; v) análise factual rigorosa para estabelecer quem mais se beneficia do programa e a magnitude dos erros de participação; e vi) usar métodos mistos para avaliação.

WP1: Mapeando Qualidade e Desenvolvimento de Scorecards: Meses 1-6 (01/01/2019 a 30/06/2019), liderados por Southampton. Este WP estabelecerá as bases para o estudo usando metodologias espaciais de SIG para fornecer um mapa de qualidade de serviço para Goiás e Maranhão. Com base nisso, irá desenvolver um *scorecard* de qualidade para as UBS nas áreas de Atenção Primária à Saúde (APS) e maternidade para avaliar a prestação de serviços durante as quatro fases dos 1000 dias: (i) pré-natal, (ii) parto e nascimento, (iii) saúde pós-parto e recém-nascido, e (iv) cuidados infantis. Os *Scorecards* usarão os dados de duas pesquisas existentes sob Programa de Melhoria da Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) do SUS [22] e Rede Cegonha. Os *Scorecards* incidirão nas quatro fases, que são ignoradas nos sistemas de monitoramento atuais, usando níveis de classificação: Bronze, Prata, Ouro e Diamante. Para as maternidades, estas usarão as respostas da pesquisa Rede Cegonha por especialistas, classificados em quartis. Para as UBS, a avaliação atual do Ministério da Saúde será adaptada e atualizada [23].

Os resultados do mapeamento de SIG e análise situacional irão informar os formuladores de políticas sobre lacunas e pontos críticos de cuidados de qualidade. Isso será desenvolvido através do uso de programação matemática (*Data Envelopment Analysis*, DEA) para encontrar a fronteira eficiente das

UBS, dando aos formuladores de políticas uma indicação dos padrões mais altos que são possíveis. As prioridades com a definição de DEA e GIS identificam áreas de serviço diferencial. Será realizada uma oficina de partes interessadas e equipe de projetos para discutir os resultados e planejar a intervenção com organizações comunitárias, profissionais de saúde e autoridades.

WP2: Comunidades e Consulta: Meses 4-9 (01/04/2019 a 30/09/2019), liderados Maranhão e Goiás. selecionarão 24 UBSs, divididas igualmente entre Goiás e Maranhão pela intervenção, com o mesmo número de áreas de controle. Os níveis de serviço MNCH calculados no WP1 serão combinados em dois grupos: "Bom" (Diamante e Ouro) e "Abaixo da Expectativa" (Prata e Bronze) e serão utilizados como estratos, ao lado da residência urbana / rural (ver anexo estatístico). Uma reunião inicial das partes interessadas da UBS será realizada nas áreas de intervenção selecionadas para discutir o mapeamento e os *scorecards* desenvolvidos no WP1. Autoridades municipais de saúde, o Secretário de Estado da Saúde, os representantes do Comitê Estadual de Mortalidade Maternal e Infantil e os coordenadores dos serviços de referência da SMNI serão consultados. Serão realizadas entrevistas com as partes interessadas relevantes e duas discussões em grupos focais com as mães terão lugar em cada UBS para discutir os *scorecards* existentes e para calibrá-las nas experiências, necessidades e desafios da comunidade em relação ao acesso e qualidade dos serviços da SMNI. As reuniões das partes interessadas e os grupos focais serão facilitados com o uso de métodos de estruturação de problemas (MEPs), que oferecem suporte a grupos de pessoas na gestão do material gerado no decorrer das reuniões. As discussões serão centradas na SMNI, nas classificações dos *scorecards* e nas áreas de melhoria de serviço necessárias em suas localidades. O WP2 também desenvolverá um manual de intervenção e materiais de treinamento e educação com objetivos, objetivos e estratégias específicos para o uso e interpretação dos *scorecards*.

WP3: Implementação de intervenção: Meses 10-24 (01/10/2019 a 31/12/2020), liderados por Maranhão e Goiás. O WP3 será dividido em tarefas, seguindo de WP2, usando as UBSs selecionadas e os *scorecards* calibrados. Treinando os treinadores: dentro de cada uma das 24 unidades de intervenção da UBS, a equipe de saúde da comunidade será apresentada com os resultados dos *scorecards* (WPs1, 2), seguido de uma discussão sobre como melhorar a MNI dentro da UBS, liderada pelas equipes de projetos de Goiás e Maranhão e apoiado por Southampton. A discussão apoiará o planejamento e a resolução de problemas para melhorar a qualidade da provisão de serviços, usando a metodologia de *soft systems* (MSS), que ajuda os participantes a identificarem coletivamente os problemas e os processos pelos quais essas questões podem ser abordadas. Os ACS receberão treinamento adicional em profundidade, pois serão os principais atores para entregar a intervenção à comunidade. O treinamento incidirá sobre: disponibilidade de serviços, responsabilidade comunitária e direitos e direito das mulheres. Como tal, o treinamento procurará melhorar a compreensão dos direitos à saúde e ao direito às mães e às crianças; e que tipo de cuidados as mães podem e devem procurar (e a qualidade dos cuidados esperados) ao longo das quatro fases dos 1000 dias. Os ACS também serão treinados sobre como discutir os *scorecards* com mães dentro da UBS.

Implementando a intervenção dentro da comunidade: os quadros de avaliação e os materiais de treinamento baseados em direitos serão distribuídos nas comunidades pelos ACS através de ambas as reuniões e suas visitas regulares domiciliares a mães e crianças durante os primeiros 1000 dias. Os ACS terão o conhecimento mais recente sobre o envolvimento da comunidade e os direitos e estão melhor posicionados para ser o vínculo entre a comunidade e o sistema de saúde. Como resultado, mães terão melhor conhecimento dos serviços disponíveis e como exercer seus direitos para usá-los. Será realizada uma oficina específica com organizações comunitárias, mulheres e líderes comunitários locais para melhorar o entendimento dentro das comunidades dos *scorecards* e seus direitos. Isso usará abordagens inclusivas e acessíveis para incentivar a participação. Ao longo do período de implementação, os ACS estarão envolvidos, envolvendo mães ao longo das quatro fases nos primeiros 1000 dias. Engajamento com sistemas de saúde: A dimensão final da intervenção é realizar um evento regional com formuladores de políticas e instalações de saúde para examinar os *scorecards* e para discutir soluções para os problemas que foram destacados. Isso será liderado pelas equipes de projetos de Goiás e Maranhão. As instalações elaborarão planos de ação com alocação clara de responsabilidades e cronogramas para cada solução proposta. As pontuações, as lacunas e os planos de ação serão disponibilizados publicamente para promover a transparência e a responsabilização.

WP4: avaliação de intervenção: Meses 24 a 33 (01/12/2020 a 30/09/2021), liderados por Maranhão e Goiás. Após a intervenção, uma avaliação rigorosa dos resultados será conduzida à luz de resultados observados na estrutura conceitual (Figura 1) para medir a eficácia da intervenção usando métodos tanto qualitativos como quantitativos. As comparações serão feitas com as UBS de controle, bem como com os resultados anteriores à intervenção. Atenção centrada nas pessoas: os *scorecards* de nova qualidade serão estimados com base em entrevistas com as mães e o serviço de saúde. As mesmas perguntas usadas nas pesquisas usadas no WP1 para gerar os *scorecards* originais serão solicitadas a 50 mães em cada UBS. Membros da equipe do projeto foram treinados para aplicar este questionário. Os *Scorecards* serão estimados separadamente para os adolescentes. Resultados da saúde e cobertura: uma série de resultados e serviços de saúde serão avaliados em cada fase dos 1000 dias para avaliar a mudança. Os resultados serão publicamente disponíveis através do Ministério da Saúde dentro dos bancos de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Esses resultados incluirão: (1) Gravidez: registro pela equipe de Atenção Primária, início do cuidado pré-natal no primeiro trimestre, vacinações, visitas domiciliares; (2) Parto: proporção de partos por cesariana; (3) Pós-parto: Visita domiciliar no período pós-parto (4) Criança: Aleitamento materno exclusivo aos 4 meses, vacinação no 1 ano, número médio de visitas domiciliares. Além disso, indicadores existentes, como a proporção de mortes investigadas de mulheres em idade fértil; número de mortes maternas em determinado período e local de residência; e a mortalidade infantil também será avaliada.

WP5: avaliação e feedback: Meses 30-33 (01/06/2021 a 30/09/2021), todos os parceiros. Um aspecto que falta no conhecimento atual é o caminho preciso através do qual a responsabilidade comunitária e o treinamento baseado em direitos realmente se desenvolvem em melhor qualidade de atendimento e influencia o sistema de saúde. Este WP incluirá entrevistas em profundidade e grupos focais em diferentes UBS de intervenção para que esses caminhos possam se tornar explícitos. Isso fará parte da avaliação da viabilidade da intervenção, de modo que os componentes específicos da intervenção que estão fortalecendo o sistema de saúde são conhecidos e podem ser transferidos para um RCT.

WP6: Disseminação e sustentabilidade: Meses 34-36 (01/10/2021 a 31/12/2021), Southampton e todos os parceiros. Os resultados da intervenção serão devolvidos à comunidade, aos profissionais de saúde e aos gerentes através de novas reuniões de partes interessadas. Isso visa fortalecer os fluxos de informações e as ligações entre as autoridades de saúde, os profissionais de saúde, os prestadores e as populações específicas que podem não se comunicar necessariamente entre si. Como fase final, todos os dados coletados serão examinados e revisados para fazer recomendações para o projeto de um teste maior da intervenção. Será realizada uma oficina final das partes interessadas para apresentar e discutir os resultados para os formuladores de políticas em cada estado. Essas reuniões também facilitarão uma discussão sobre a sustentabilidade da intervenção e a rede para pesquisas futuras e ampliar a intervenção para um maior impacto e legado do projeto. Uma reunião final acontecerá em Southampton com pesquisadores do Maranhão, Goiás e Southampton, a fim de consolidar a cooperação entre as instituições parceiras e escrever novas propostas.

Riscos

Há importantes questões éticas a considerar, incluindo a importância do respeito a todos os participantes, proteção dos direitos, responsabilidade, acesso aos dados e garantia de anonimato quando apropriado. Reconhecemos que estes são mais complexos em relação às comunidades pobres e especialmente às mulheres rurais e afrodescendentes no Brasil. Um código de conduta completo e escrito será elaborado e acordado entre todos os membros da equipe antes do trabalho de campo, cobrindo o acesso aos dados, garantindo minimização de riscos aos participantes, usuários e provedores de serviços de saúde, protegendo a autonomia, segurança e dignidade dos participantes, normalizando as práticas de disseminação e armazenamento de dados protegendo o anonimato. Todos os protocolos e ferramentas de pesquisa receberão aprovação ética de um Comitê de Ética em Pesquisa apropriado, de modo que sejam compatíveis com os quadros legislativos apropriados e sejam compatíveis com diretrizes que informem as melhores práticas de pesquisa. É o papel do Escritório de Governança de Pesquisa da Universidade em Southampton para garantir que todas as pesquisas conduzidas por e para o pessoal da universidade atendam a esses requisitos para patrocínios e seguros.

EU QUERO, portanto, não implicará em maiores riscos aos participantes da pesquisa. Riscos habituais – relacionados à não confidencialidade e não anonimato dos dados e participantes, não garantia de acesso aos dados, não permissão para deixar de participar do estudo – serão tratados com rigor pela equipe do estudo de modo a preveni-los. Como a intervenção do estudo é de cunho educativo / informativo, não implicará em riscos adicionais.

Benefícios

EU QUERO poderá melhorar o acesso e a utilização de serviços adequados e de alta qualidade para mães e crianças durante os primeiros 1000 dias de vida, com foco em mães adolescentes. Ele procurará diretamente fazê-lo, fortalecendo a prestação de contas e a qualidade do sistema de saúde fornecido às mães e crianças durante os 1000 dias, da concepção ao segundo aniversário. A melhoria da qualidade dos cuidados de saúde poderá reduzir a mortalidade e a morbidade maternas e infantis, bem como ampliar a proporção de indivíduos que recebem os cuidados que precisam e merecem. O projeto pretende avaliar a viabilidade de uma intervenção para melhorar a qualidade dos cuidados prestados; se bem sucedido, um teste completo foi planejado, o que alcançará um número maior de beneficiários e maximizará seus impactos.

Dentro deste estudo de viabilidade, há uma série de beneficiários diretos com base nas atividades planejadas nos dois estados brasileiros, Goiás e Maranhão.

1. As mães e as crianças nas áreas de intervenção se beneficiarão do aumento do conhecimento dos seus direitos de saúde e desenvolverão habilidades para exigir cuidados de saúde de melhor qualidade. Este grupo também terá informações sobre a qualidade dos serviços disponíveis para eles, tanto no início como no final da intervenção e pode usar isso para melhorar os níveis de cuidados disponíveis.
2. As mães adolescentes compõem uma proporção considerável de todas as mães nos dois estados. Este projeto irá destacar este grupo separadamente, quando possível, desenvolvendo diferentes *scorecards* de qualidade e mecanismos de coleta de dados. Isso irá destacar a importância de se concentrar nesse grupo e permitir que políticas específicas sejam direcionadas, melhorando ainda mais a qualidade dos serviços recebidos por eles.
3. Os formuladores de políticas, tanto a nível nacional como estadual e municipal, utilizarão o mapa de qualidade dentro de cada estado para identificar prioridades para suporte aprimorado ou faróis de excelência. Esta informação será desenvolvida no primeiro ano do projeto, permitindo que as estratégias sejam promulgadas de forma rápida e simples, aumentando a saúde de todos aqueles dentro dos dois estados.
4. Organizações internacionais envolvidas na melhoria da saúde materna e infantil (por exemplo, Organização Mundial de Saúde, Banco Mundial, Organização Pan-Americana da Saúde, Banco Interamericano de Desenvolvimento, o Fundo das Nações Unidas para a População e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento) poderão usar os resultados do estudo para recomendar intervenções em outros países, o que beneficiará as mulheres em todo o mundo.
5. Pesquisadores pesquisados em uma ampla variedade de disciplinas se beneficiarão com a publicação de artigos de revistas acadêmicas e apresentações de conferências. A parceria entre universidades do Brasil e do Reino Unido tem benefícios mútuos através do aprimoramento da capacidade. Isso será sustentável através do co-trabalho, treinamento formal, workshops e mobilidade entre instituições. Isso produzirá benefícios duradouros para instituições parceiras e pesquisadores individuais. A capacidade aprimorada pode ser usada para iniciar e avaliar novas intervenções que melhorem a saúde da população brasileira. O projeto abordará a saúde materna e infantil no Brasil. A saúde pobre neste grupo de população é vista em muitos países de baixa e média renda na lista do Comitê de Ajuda ao Desenvolvimento (CAD), com muitas estratégias destinadas a melhorar os cuidados de saúde. A qualidade dos cuidados de saúde materna é conhecida como uma das principais causas de alta mortalidade e morbidade em todo o mundo, pois simplesmente receber um serviço de saúde não é um serviço de saúde de boa qualidade. Esta intervenção, portanto, aborda a próxima etapa do impulso para melhorar a saúde materna, melhorando a qualidade dos serviços oferecidos, especialmente para os grupos marginalizados. Este é um problema mundial nos países de baixa e média renda e, portanto, os resultados deste estudo serão aplicáveis em uma ampla gama de contextos e países.

A pesquisa e a intervenção para medir provisões de qualidade de saúde durante as fases dos primeiros 1000 dias no Brasil são oportunas e inovadoras. Através de uma implementação e avaliação rigorosas, os resultados irão informar o uso de *scorecards* e educação baseada em direitos no Brasil, ainda que relevante para outros países. A compreensão de como a mudança é facilitada (WP5) também está faltando. Embora o impacto nos sistemas de saúde como consequência da responsabilidade social exige um prazo mais longo, espera-se que os *scorecards* também apoiem uma melhor conscientização sobre as necessidades e os direitos, a demanda e a prestação de qualidade dos cuidados da SMNI nas UBS e nas maternidades. O projeto produzirá *scorecards*, material de treinamento, documentos orientadores e acadêmicos e resumos de políticas para grupos comunitários e autoridades de saúde. Também identificará diferenças nos requisitos para este tipo de intervenção para adolescentes, com novos dados e *scorecards* desenvolvidos para mães dentro desse grupo. Finalmente, a viabilidade da intervenção será verificada, levando a um RCT completo.

Metodologia de Análise de dados

Será feita a junção (linkage) de dados de diferentes bases, incluindo dados do: i) Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), disponível para download no site do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde:

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php; ii) projeto de avaliação da implantação das Boas Práticas de atenção ao parto e nascimento nas maternidades com recurso da Rede Cegonha (coordenado pela professora Erika Thomaz); iii) Censo do IBGE; iv) Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do departamento de informática do SUS (DATASUS); v) Sistema de Informação de Internação Hospitalar (SIH); dentre outros. Os códigos do IBGE do município e do setor censitário serão utilizados para a junção dos dados.

Serão realizadas análises descritivas dos dados: estimativa de médias $\pm$ desvios-padrão, medianas $\pm$ desvios interquartílicos, proporções, intervalos de confiança a 95%. Serão confeccionados gráficos box-plots e histogramas e o padrão de normalidade na distribuição dos dados será analisado, verificando-se ainda os valores de curtose e assimetria, e os testes Shapiro-Wilk e/ou Kolmogorov-Smirnov. Cada estabelecimento de saúde (UBSs e hospital de referência) serão classificados, construindo-se um *scorecard* de qualidade inicial, dividida em "Bom" (Diamante e Ouro) e "Abaixo das Expectativas" (Prata e Bronze). Esses resultados serão plotados em mapas por meio de análises geoespaciais, confeccionando-se mapas cloropléticos. Os diferentes estabelecimentos de saúde serão ainda comparados entre si, por meio de Análise Envoltória de Dados (Data Envelopment Analysis, DEA) para encontrar a fronteira eficiente das UBS, dando aos formuladores de políticas uma indicação dos padrões mais altos que são possíveis. Os resultados do mapeamento de SIG e análise situacional irão informar os formuladores de políticas sobre lacunas e pontos críticos de cuidados de qualidade. As prioridades com a definição de DEA e GIS identificam áreas de serviço diferencial.

Após essa primeira etapa analítica, será realizada a intervenção nas 12 UBS selecionadas. Testes estatísticos serão utilizados para comparar os resultados (indicadores de processo de trabalho e de resultados em saúde, listados adiante) antes e após a intervenção, comparados aos controles, sem intervenção. Serão utilizadas análises de regressão condicionais (pareadas) para comparar os indicadores, a fim de ajustar para potenciais confundidores sociodemográficos e para características dos serviços. As taxas de resposta, coeficiente de correlação intracluster (CCI) e desvios-padrão para os *scorecards* serão monitorados.

Técnicas qualitativas, especialmente grupos focais, também serão utilizadas para avaliar a efetividade da intervenção e para investigar os caminhos / arcabouços teóricos que supostamente estiverem envolvidos na melhoria dos serviços, a partir da ótica de todos os atores envolvidos: gestores, trabalhadores de saúde, usuários e pesquisadores.

A amostra de cada grupo focal buscará contemplar a diversidade do grupo [24,25], de modo a valorizar a interação e estimular a conversa entre os participantes, além de subsidiar o entendimento de comportamentos num determinado contexto cultural [26]. Os grupos focais serão realizados a partir de um roteiro previamente elaborado contendo questões norteadoras e disparadoras. Serão coordenados por um moderador e terão a participação de relatores que registrarão em diário de campo as impressões e a interação do grupo. As falas serão gravadas e posteriormente transcritas, em duplicata, por duas

pessoas diferentes, de forma cega. A análise de conteúdo será utilizada na modalidade temática. Das falas, transformadas em texto e lidas exaustivamente, emergirão as unidades temáticas [27].

Desfecho Primário

Pontuação de *scorecard* de qualidade para cuidados de saúde da mulher, neonatal e infantil (SMNI) dentro das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e hospitais de referência.

Desfecho Secundário

Resultados de indicadores de saúde materna, neonatal e infantil (SMNI) ao nível da região de saúde, incluindo áreas de abrangência das UBS e maternidades de referência. Esses indicadores incluem:

i) Na maternidade

- ✓ Contracepção (fornecimento de métodos contraceptivos pela maternidade às puérperas);
- ✓ Classificação de risco na admissão para entrega;
- ✓ Boas práticas para o atendimento de parto, parto e parto de acordo com a OMS, como:
 - ✓ uma.
 - a. “Direito de acompanhar a livre escolha durante o parto, parto e puerpério”
 - b. “Oferta de métodos não farmacológicos para o controle da dor”
 - c. “Livre deambulação”
 - d. “Oferecendo líquidos e alimentos durante o parto”
 - e. “Parto em posição vertical”
 - f. “Contato pele a pele na primeira hora de vida”
 - g. “Amamentação ainda no local de nascimento”
 - h. “Clampamento tardio do cordão umbilical”

ii) Na UBS

Atenção ao pré-natal e ao puerpério

- ✓ Proporção de equipes que realizam visita pré-natal;
- ✓ Proporção de UBS com disponibilidade de exame VDRL em tempo hábil;
- ✓ Proporção de equipes que usam protocolos para estratificação de risco de gestantes;
- ✓ Proporção de equipes que registram e acompanham gestantes de alto risco no território;
- ✓ Proporção de equipes que realizam atendimento às intercorrências ou urgências da gestante de alto risco na UBS;
- ✓ Proporção de equipes que monitoram:
 - a. consultas de pré-natal,
 - b. consulta odontológica da gestante,
 - c. vacinação no dia da gestante,
 - d. coleta de exame citopatológico realizado na gestante,
 - e. consulta puerperal até uma semana após o parto pelo médico e / ou equipe de enfermagem
- ✓ Proporção de equipes que realiza aplicação de penicilina G benzatina na UBS.

Atenção à saúde da criança (do nascimento aos dois anos de vida)

- ✓ Proporção de equipes que APS realiza uma consulta de puericultura para crianças de até dois anos de idade (crescimento / desenvolvimento)
- ✓ Proporção de equipes que usa protocolos voltados para crianças menores de dois anos de idade
- ✓ Proporção de equipes que atualizou cadastro de crianças de até dois anos de idade
- ✓ Proporção de equipes que faz vigilância dos filhos do território, registrando:
 - a. Vacinação em andamento
 - b. Crescimento e desenvolvimento
 - c. Estado nutricional
 - d. Teste do pezinho
- ✓ Proporção de equipes que realiza busca ativa das crianças:
 - a. Prematuro

- b. Com baixo peso
- c. Com consulta de assistência à infância atrasada
- d. Com calendário de vacinas atrasadas
- ✓ Proporção de equipes que desenvolvem ações para promover o aleitamento materno exclusivo para crianças de até seis meses
- ✓ Proporção de equipes que desenvolvem ações para incentivar a introdução de alimentos saudáveis e a continuidade da amamentação a partir dos seis meses da criança

iii) Nos sistemas de informação do SUS:

- ✓ Proporção de tratamento de complicações relacionadas ao puerpério;
- ✓ Proporção de tratamento de edema, proteinúria e distúrbios hipertensivos durante a gravidez, parto e puerpério;
- ✓ Proporção de curetagem pós-aborto / puerperal;
- ✓ Proporção de tratamento de distúrbios relacionados à duração da gestação e crescimento fetal;
- ✓ Proporção de parto normal na gestação.

Tamanho da Amostra no Brasil

Número de grupos experimentais e de controle: 48 UBS serão selecionadas, com 24 de cada estado. Estes serão divididos uniformemente entre clusters de controle e intervenção e entre estados. Dentro de cada UBS, todas as mães atualmente grávidas ou com uma criança com menos de 2 anos serão incluídas na intervenção. Uma amostra de 50 mães em cada UBS será obtida para fornecer os dados para o *scorecard* de qualidade. Como resultado, 2400 mães serão selecionadas nas 48 UBS.

Tamanhos de amostra: os cálculos de poder do teste estatístico não foram realizados devido ao projeto avaliando a viabilidade da intervenção. Considerou-se a necessidade de calcular os parâmetros necessários para produzir um cálculo estatístico de energia para um RCT em escala completa.

Evidências prévias apontam que um tamanho de amostra entre 24 e 50 é adequado para estudos de viabilidade. São incluídos 48 clusters (com 50 mães por grupo para um resultado), que devem fornecer os dados necessários para estimar os resultados acima mencionados. Também estamos prevendo que a intervenção seja implementada (após um RCT completo em escala completa) e, portanto, a diversidade dentro e entre os estados precisa ser contabilizada. Este tamanho de amostra permite a aplicação simples da estratificação.

Haverá uso de fontes secundárias de dados (prontuários, dados demográficos, etc)?

Sim. Serão utilizados dados provenientes de diferentes bases de dados de acesso livre, como sistemas de informações do SUS (Sistema de Informação de Mortalidade – SIM, Sistema de Informação de Nascidos Vivos – SINASC, Sistema de Informação de Internação Hospitalar – SIH, Sistema de Informação da Atenção Básica – SISAB, etc), além de dados dos censos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, dados do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica do SUS (PMAQ-AB) e dados do monitoramento/avaliação dos estabelecimentos com recurso da Rede Cegonha que atendem a partos e nascimentos. Todos esses dados são de domínio público, exceto o monitoramento da Rede Cegonha, mas a equipe de pesquisadores da UFMA já tem autorização do CEP para a utilização desses dados (CAAE: 56389713.5.3001.5240, de 14 de Dezembro de 2016).

Outras informações, justificativas ou considerações a critério do Pesquisador

Este é um estudo que concorreu em um edital público internacional (EDITAL Nº 09/2018 CONFAP-MRC: Health Systems Research Network), cujo objetivo principal é o fortalecimento do Sistema Único de Saúde do Brasil. O edital é co-financiado pela CONFAP (Conselho Nacional das Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa) no Brasil e pelo MRC (The Newton Fund - Medical Research Council) no Reino Unido. Este estudo ganhou a concorrência no referido edital e teve financiamento aprovado pela FAPEMA e FAPEG (para os pesquisadores brasileiros), conforme mencionado no orçamento acima. O estudo será coordenado por três instituições: Universidade Federal do Maranhão

(Brasil); Universidade Federal do Goiás (Brasil); e University of Southampton (Reino Unido). E as ações serão desenvolvidas nos estados do Maranhão e Goiás.

Identificação dos membros da equipe

	Nome	Instituição/ Departamento	Agencia de Financiame nto Estadual no Brasil	Informação de Contato telefone e email	Area da Pesquisa	Link do CV na Plataforma Lattes	Função
1.	Dr Andrew Amos Channon	Department of Social Statistics and Demography, University of Southampton	N/A	02380 595 673 A.R.Channon@soton.ac.uk	Health Systems, Maternal and child health inequalities		Co-PI
2.	Dr Rosangela Fernandes Lucena Batista	Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal do Maranhão (UFMA)	FAPEMA	+55 98 981118573 rosangelafilbatista@gmail.com	Políticas publicas de saude; Determinantes sociais da saude da criança	http://lattes.cnpq.br/3936205532436748	Co-PI
3.	Dr Aridiane Ribeiro	Unidade Acadêmica Especial de Ciências da Saúde, Campus de Jataí, Universidade Federal de Goiás (UFG)	FAPEG	+16 98122 5302 aridianeribeiro@gmail.com	Políticas públicas de saúde; Saúde das pessoas vulneráveis	http://lattes.cnpq.br/8256619308165279	Co-PI
4.	Dr Pia Riggirozzi	Department of Politics and International Relations, University of Southampton	N/A	0772986855 9 P.Riggirozzi@soton.ac.uk	Latin American political economy, Health and social development		Co-I
5.	Dr Jonathan Klein	Southampton Business School, University of Southampton	N/A	+44 02380 592 554 J.H.Klein@soton.ac.uk	Problem structuring methods and “soft” OR		Co-I
6.	Dr Honora Smith	Mathematical Sciences, University of Southampton	N/A	+44 02380 593 700 Honora.Smith@soton.ac.uk	Operation research for healthcare in LMICs		Co-I

7.	Dr Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz	Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal do Maranhão (UFMA)	FAPEMA	+55 98 999882611 ebthomaz@gmail.com	Epidemiologia; Avaliação de serviços e programas de saúde; Cuidados de saúde primários	http://lattes.cnpq.br/3644251156905353	Co-I
8.	Dr Antonio Augusto Moura da Silva	Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal do Maranhão (UFMA)	FAPEMA	+55 98 981388088 aamouradasilva@gmail.com	Epidemiologia; Nascimento prematuro; Saúde infantil	http://lattes.cnpq.br/8652081312944025	Co-I
9.	Dr Rejane Christine de Sousa Queiroz	Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal do Maranhão (UFMA)	FAPEMA	+55 98 981114249 queiroz.rejane@gmail.com	Avaliação de serviços e programas de saúde	http://lattes.cnpq.br/022256609406357	Co-I
10	Dr Ana Amélia Freitas Vilela	Unidade Acadêmica Especial de Ciências da Saúde, Campus de Jataí, Universidade Federal de Goiás (UFG)	FAPEG	+55 64 99996 3066 anaameliafv@gmail.com	Nutrição materna e infantil, Saúde Pública e Epidemiologia	http://lattes.cnpq.br/1448314956692749	Co-I
11	Dr Yolanda Rufina CondorimayT acsi	Unidade Acadêmica Especial de Ciências da Saúde, Campus de Jataí, Universidade Federal de Goiás (UFG)	FAPEG	+55 64 99962 4802 yolitact@yahoo.com.br	Saúde da criança e do adolescente; Avaliação de serviços de saúde Direitos humanos;	http://lattes.cnpq.br/3510200077622218	Co-I
12	Dr Diego Augusto Diehl	Unidade Acadêmica Especial de Ciências da Saúde, Campus de Jataí, Universidade Federal de Goiás (UFG)	FAPEG	+55 64 99293 1503 diego.diehl@ufg.br	Direitos e movimentos sociais; Assessoria de direito popular	http://lattes.cnpq.br/0985343069456855	Co-I

13	Ms Juliete Teresinha Silva	Unidade Acadêmica Especial de Ciências da Saúde, Campus de Jataí, Universidade Federal de Goiás (UFG)	FAPEG	+55 64 99958 9122 juliete.med@hotmail.com	Genecologia e Obstetrícia; Educação em saúde em saúde pública	http://lattes.cnpq.br/8186694204475495	Co-I
----	----------------------------	---	-------	--	---	---	------

O projeto EU QUERO foi igualmente conceituado e co-projetado entre as equipes de Goiás, Maranhão e Southampton, com a contribuição relevante do Ministério da Saúde. Os investigadores têm uma ampla gama de habilidades relevantes e interdisciplinares, incluindo sistemas de saúde e saúde pública, enfermagem e obstetrícia, demografia, pesquisa operacional, medicina, ciência política, geografia e estatísticas sociais. Os investigadores principais conjuntos são Rosangela Batista (UFMA), Aridiane Ribeiro (UFG) e Amos Channon (Southampton). Rosangela Batista é especialista em pesquisas longitudinais em larga escala sobre saúde infantil e serviços de saúde no Brasil, com experiência em treinamento de ACS e monitoramento de políticas de saúde para MNI em São Luís e Ribeirão Preto, juntamente com Co-investigadores Erika Thomaz, Rejane Queiroz, Antônio Silva e colaboradores Zeni Lamy, Vanda Simões e Alcione Santos, um estatístico com experiência em avaliação de serviços de saúde e SIG. Erika Thomaz e Rejane Queiroz são especialistas em avaliação de políticas e coordenaram avaliações nacionais Rede Cegonha e PMAQ-AB. Zeni Lamy e Alcione Santos também estão envolvidos na avaliação Rede Cegonha. Aridiane Ribeiro é especialista em saúde e gênero e colaborou com o Departamento de Saúde do Estado e com o Ministério da Saúde no trabalho sobre saúde infantil e pessoas vulneráveis. Esther Vilela possui conhecimentos sobre nutrição materna e infantil, enquanto Yolanda Condorimay em saúde infantil e adolescente. Diego Diehl traz expertise em direitos humanos e Juliete Silva em ginecologia e obstetrícia e educação em saúde. Amos Channon liderou a pesquisa chave de sistemas de saúde, particularmente focada em desigualdades e é membro do Southampton Global Health Research Institute com Pia Riggirozzi, especialista em economia política da América Latina. Ela produziu indicadores para as políticas de saúde e tem colaboração contínua com o Instituto de Governança da Saúde da América do Sul, no Brasil, na formação de formuladores de políticas. A equipe WorldPop em Southampton é líder de detecção e mapeamento remoto de SIG relevantes para políticas, enquanto Honora Smith e Jonathan Klein trazem experiência em metodologias de resolução de problemas e treinamento. O intercâmbio de conhecimentos e capacitação estão incorporados nas atividades de engajamento dentro e fora da rede. Membros do time brasileiro viajam para o Reino Unido para realizar cursos de treinamento e trabalhar em publicações de co-autoria. Está previsto que todos os jornais e jornais de conferência sejam liderados por pelo menos um pesquisador de cada universidade. Um Conselho Consultivo formado por Esther Vilela, coordenadora sênior da saúde da mulher (Ministério da Saúde); Mariana Faria (Organização Pan-Americana da Saúde); e Ardriane Martin Hilber, Especialista Sênior Brasileiro em Saúde da Adolescência (Centro Suíça para Saúde Internacional) fornecerá assessoria e revisão de resultados.

Referências

1. Brasil. DATASUS - Departamento de Informática do SUS. Informações de saúde (Tabnet). 2017 [cited 2017 16th September]; Available from: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>.

2. Craig, P., et al., Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *Bmj*, 2008. 337: p. a1655.
3. Lassi, Z.S., R. Kumar, and Z.A. Bhutta, Community-based care to improve maternal, newborn, and child health. *Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health*, 2016: p. 263.
4. Szwarcwald, C.L., et al., Estimation of maternal mortality rates in Brazil, 2008-2011. *Cadernos de Saúde Pública*, 2014. 30: p. S71-S83.
5. Victora, C.G., et al., Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *The Lancet*, 2011. 377(9780): p. 1863-1876.
6. Relatorios Dinamicos. Portal ODM. 2017 15/09/2017]; Available from: <http://www.relatoriosdinamicos.com.br/portalodm/>.
7. Tomasi, E., et al., Quality of prenatal services in primary healthcare in Brazil: indicators and social inequalities. *Cadernos de Saúde Pública*, 2017. 33(3).
8. Rasella, D., et al., Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *The lancet*, 2013. 382(9886): p. 57-64.
9. Santana, M., R. Aquino, and M.G. Medina, Effect of the Family Health Strategy on surveillance of infant mortality. *Revista de saude publica*, 2012. 46(1): p. 59-67.
10. Molyneux, S., et al., Community accountability at peripheral health facilities: a review of the empirical literature and development of a conceptual framework. *Health Policy and Planning*, 2012. 27(7): p. 541-554.
11. World Health Organization, WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health 2015. 2015: World Health Organization.
12. World Bank, World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People. 2004, World Bank,: Washington DC.
13. Prost, A., et al., Women's groups practising participatory learning and action to improve maternal and newborn health in low-resource settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 2013. 381(9879): p. 1736-1746.
14. Björkman, M. and J. Svensson, Power to the People: Evidence from a Randomized Field Experiment on Community-Based Monitoring in Uganda*. *The Quarterly Journal of Economics*, 2009. 124(2): p. 735-769.
15. Rosato, M., et al., Community participation: lessons for maternal, newborn, and child health. *The Lancet*, 2008. 372(9642): p. 962-971.
16. Gogia, S., et al., Community based newborn care: a systematic review and meta-analysis of evidence: UNICEF-PHFI series on newborn and child health, India. *Indian pediatrics*, 2011. 48(7): p. 537-546.
17. Ho, L.S., et al., Effects of a community scorecard on improving the local health system in Eastern Democratic Republic of Congo: qualitative evidence using the most significant change technique. *Conflict and Health*, 2015. 9(1): p. 27.
18. Zamawe, C.O. and C. Mandiwa, Understanding the mechanisms through which women's group community participatory intervention improved maternal health outcomes in rural Malawi: was the use of contraceptives the pathway? *Global health action*, 2016. 9(1): p. 30496.
19. Batonon, I., Social Accountability: An Introduction to Civic Engagement for Improved Service Delivery, in *Policy and Practice Discussion Paper*. 2015, International Rescue Committee.
20. World Health Organization, Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. 2016, World Health Organization: Geneva.
21. White, H., Theory-based impact evaluation: principles and practice. *Journal of development effectiveness*, 2009. 1(3): p. 271-284.
22. Macinko, J., M.J. Harris, and M.G. Rocha, Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): Fulfilling the Potential of the World's Largest Payment for Performance System in Primary Care. *The Journal of ambulatory care management*, 2017. 40(2 Suppl): p. S4.
23. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, and Departamento de Atenção Básica, Manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica e NASF (3º ciclo), Ministério da Saúde, Editor. 2015: Brasília. p. 78.

24. Gift HC. Values of selected qualitative methods for research, education, and policy. Journal of dental education. 1996 Aug;60(8):703-8.
25. Mays N, Pope C. Qualitative research: rigour and qualitative research. Bmj. 1995;311(6997):109-12.
26. De Souza Minayo MC. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 2008.
27. Bardim L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.