BOLETIM

Ano 2 | Edição 12 | Outubro de 2021

OBSERVA COVID
Análise de Modelos e Estratégias de Vigilância em Saúde da Pandemia da COVID-19 (2020-2022)

EXPERIÊNCIA DE TRABALHADORES/AS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DA ATENÇÃO HOSPITALAR EM SALVADOR NA PANDEMIA DE COVID-19

A pandemia de Covid-19 afetou intensamente a população brasileira e mundial, mas também os/as trabalhadores/as de saúde. Em meio a incertezas e medos, eles foram chamados à ação! Responderam de diferentes maneiras e a partir de diferentes lugares. Essas respostas resultam do encontro entre seus contextos de vida, suas trajetórias formativas e ocupacionais, sua inserção nos serviços de saúde, as condições e dinâmicas de trabalho existentes nesses serviços e o papel deles no enfrentamento da pandemia. Algumas vezes, esses "(des)encontros" fortaleceram a efetividade das respostas à pandemia; em algumas outras, fragilizaram essas respostas.

De todo modo, os sentidos do trabalho em saúde foram revisitados (ora reafirmados, ora transformados) nesta situação crítica de emergência de saúde pública. Portanto, esses sentidos são sensíveis ao grave contexto de crise sanitária, social, política e econômica provocado e/ou intensificado pela pandemia no Brasil.

Assim, por exemplo, a convocação ética para "salvar vidas", atendida por muitos/as trabalhadores/as, foi contrabalançada por condições "de temperatura e pressão" nos contextos de trabalho extremamente desgastantes para esses sujeitos. Além disso, vários deles são portadores de comorbidades ou vivem com pessoas de grupos de risco para Covid-19, o que gerou inseguranças no retorno ou permanência no trabalho. Em diversos momentos da pandemia, havia muita incerteza em relação aos protocolos sanitários mais adequados para controlar os riscos ocupacionais. Também, enorme pressão e sobrecarga de trabalho relacionadas tanto às novas atividades de trabalho geradas no enfrentamento à pandemia, quanto às altas taxas de ocupação hospitalar e de mortalidade, dentre outros elementos. Todas essas situações intensificaram o sentimento de insegurança no trabalho/emprego.

Ainda que tenham sido aclamados como "heróis" pela mídia e pela população, eles continuaram a atuar no dia a dia de enfrentamento da pandemia silenciosamente, como seres humanos falíveis e vulneráveis como todos os outros. Os contextos de vulnerabilidade do trabalho em saúde, no entanto, foram intensificados pela pandemia. Medo de ser demitido diante da eventual recusa de retorno ao trabalho, sobrecarga de trabalho, falta de equipamentos de proteção individual em número e qualidade adequados, falta de insumos e equipamentos de trabalho, intensificação da presença de múltiplos vínculos trabalhistas (vários precários) e contratação emergencial de grandes contingentes de trabalhadores/as sem experiência profissional consolidada na área específica de atuação, adoecimento e morte no trabalho foram alguns dos elementos que permearam as experiências dos/as trabalhadores/as ao longo da pandemia.

Essas situações apresentaram difíceis dilemas e desafios aos trabalhadores/as para se manterem (vivos e saudáveis) no trabalho e sustentar seus empregos e compromissos com a melhor atuação possível dentro das possibilidades existentes.

Quais foram e são as práticas de proteção assumidas pelo/a trabalhador/a em saúde para lidar com os processos de vulnerabilização promovidos e/ou intensificados pela pandemia de Covid-19? Como essas práticas se relacionam com as transformações do trabalho em saúde ocorridas ao longo dessa pandemia?

Animados por essas perguntas, um grupo de pesquisa do ObservaCovid se lançou em campo para investigar as experiências de trabalhadores/as de saúde na principal referência de atenção hospitalar da Bahia para pacientes graves, o Instituto Couto Maia (ICOM), e na atenção primária de saúde de Salvador (APS-SSA).

SITUANDO O ESTUDO

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e observações envolvendo mais de 100 trabalhadores/as até o momento. No ICOM privilegiou-se setores de UTI e na APS-SSA foram selecionados quatro distritos sanitários. Em ambos os campos de estudos foi incluída uma ampla gama de trabalhadores/as de saúde – equipes clínicas (médicos/as, enfermeiros/as, fisioterapeutas, agentes comunitários de saúde, etc.) e equipes administrativas e de apoio (higienização, maqueiros, recepção, etc.) – uma vez que todos participam das ações, dinâmicas e impactos do trabalho em saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19.

O estudo do cotidiano do trabalho no âmbito de um hospital e da APS em Salvador foi orientado pelos referenciais da etnometodologia e da análise ergonômica do trabalho, a partir dos relatos de atitudes e rotinas construídas para responder às demandas do trabalho real enfrentado por esses/as trabalhadores/as. O estudo explora a grande diversidade de contextos, experiências e estratégias para lidar com as situações específicas que se apresentaram para diferentes trabalhadores/as e serviços de saúde, ao longo das várias fases da pandemia e diferentes frentes de atuação. Assim como registra aquilo que fortaleceu ou fragilizou o entendimento mútuo, a cooperação e a confiança entre os/as trabalhadores/as.

SINTETIZANDO ALGUNS RESULTADOS PRELIMINARES

De maneira geral, reafirmou-se a ideia de que a pandemia de Covid-19 impôs mudanças e adaptações rápidas nos processos de trabalho dos/as trabalhadores/as de saúde, o que ampliou a atenção às exposições a agentes biológicos, mas também às condições e dinâmicas de trabalho em que se conformam diferentes tipos de riscos ocupacionais. Riscos físicos, químicos, biológicos, mas também ergonômicos, ambientais, sociais, de acidentes de trabalho, etc. Dentre os fatores ergonômicos, destacam-se a ampliação das jornadas de trabalho, intensificação do trabalho, mudanças nas dinâmicas e tecnologias de trabalho (protocolos novos ou novo patamar de rigor em sua aplicação, a exemplo do uso intensivo de equipamento de proteção individual – EPI), modificação nas equipes de trabalhadores/as e tipos de atuação. A intensificação do lidar com a morte ou com a ameaça de morte (dos pacientes, dos colegas de trabalho, dos familiares e de si mesmo) produziram desgastes e incertezas no processo de trabalho que funcionaram como estressores físicos e psicológicos. O conjunto dessas mudanças e incertezas envolveram idas e vindas, oscilações, movimentos não-retilíneos, em que aprendizados rápidos e um lançar-se (em risco) em situações críticas estiveram presentes junto à adoção de estratégias de proteção e segurança visando a manutenção da vida e a sustentação do trabalho em meio a uma situação crítica que se esgarçou no tempo e no espaço. Nesses movimentos, identificamos conflitos entre trabalhadores/as, perda de confiança em si, nos colegas, nos protocolos, assim como a redefinição de posicionamentos e situações ao longo da pandemia em busca de novos sentidos e patamares de segurança e confiança.

TRABALHADORES/AS NA ATENÇÃO HOSPITALAR

O Instituto Couto Maia (ICOM) é fruto da fusão ocorrida em 2012/13 de dois hospitais centenários de Salvador: o Hospital Couto Maia e o Hospital Dom Rodrigo Menezes. Considerando seus antecedentes, a trajetória desses dois hospitais remonta a meados do séc. XIX e participa de maneira central da história da saúde pública baiana. O Instituto Couto Maia (ICOM) é a principal referência hospitalar de média e alta complexidade da Bahia para doenças infecciosas e parasitárias. Além de atuar de forma importante no tratamento de meningite, dengue, doença meningocócica, leptospirose, dentre outras, com destaque HIV/aids, também atende casos de síndrome respiratória aguda grave (SARS), a exemplo daqueles provocados pelo vírus *influenza*. Portanto, a atuação em relação a doenças graves e epidêmicas não é algo novo em sua história.

Em 2018, o ICOM ganha uma nova sede, ampliada e modernizada, agregando novos serviços que passaram a funcionar em uma localidade bem afastada da anterior, representando assim um novo marco loco-temporal em sua trajetória. Muitas foram as mudanças nos aspectos físico, organizacional, administrativo etc., a exemplo do novo modelo de gestão, do aumento do número de serviços e equipes de saúde, das alterações nas dinâmicas e processos de trabalho, dentre outras. Em 2020, a pandemia vem como uma avalanche sobre todos e sobre o ICOM, que remodela a ocupação do espaço interno da nova sede, redefine os fluxos e dinâmicas de trabalho, multiplica UTIs (número de leitos, serviços e equipes), contrata enormes contingentes de novos/as trabalhadores/as de saúde (fisioterapeutas, médicos/as, equipe de enfermagem), dentre outras medidas necessárias para assumir o papel de principal referência hospitalar para pacientes graves de Covid-19 na Bahia.

Uma equipe de planejamento redesenhou o hospital para abrigar esses novos serviços e trabalhadores/as de saúde, assim como (re)definiu protocolos para minimizar o risco de infecção cruzada e para viabilizar e apoiar a atuação dos/as trabalhadores/as de saúde da linha de frente e das equipes administrativas e de higienização, dentre outras. Esse redesenho acompanhou as demandas e situações surgidas ao longo da pandemia, exigindo um constante monitoramento da situação, a partir de antigas e novas práticas de gerenciamento e monitoramento do trabalho em saúde. Reuniões semanais de avaliação da situação, com atenção ao fornecimento e consumo de insumos e EPIs, ao adoecimento e afastamento no trabalho, ao tempo de ocupação hospitalar, foi apenas uma das medidas adotadas. O uso das câmeras de segurança para monitorar o uso adequado de EPIs, aumentando o senso de (auto)vigilância entre os/as trabalhadores/as, foi outra medida. O uso de câmeras também foi importante em algumas UTIs abertas exclusivamente na pandemia, em alas com quartos privativos. Essas câmeras permitiram o monitoramento de pacientes, mesmo quando sozinhos nos quartos.

Algumas alterações foram importantes para viabilizar a minimização da circulação dos/as trabalhadores/as entre diferentes setores do hospital, de modo a evitar aproximação e/ou contato físico entre as equipes clínicas e administrativas. Para tanto, houve a abertura de acessos externos e diretos para os serviços de UTI, o refeitório ficou interditado para as equipes desses serviços, sendo algumas áreas adaptadas para abrigar copas e áreas de descanso nas novas UTIs, à semelhança daquelas presentes nas UTIs pré-existentes. Assim, viabilizou-se uma maior nucleação geográfica dessas equipes.

Para diminuir a diferença entre as equipes em termos de experiência acumulada como intensivista, alguns profissionais das unidades de terapia intensiva pré-existentes foram transferidos para as duas novas UTIs adultas. No total, o ICOM chegou a possuir cinco unidades de terapia intensiva adulto e uma unidade de terapia intensiva pediátrica com a ampliação de 20 leitos de UTI (originalmente) para aproximadamente 100 leitos de UTI num curto espaço de tempo. Essa rápida transformação, por um lado, representou o compromisso do ICOM e dos gestores públicos com a assistência aos casos graves, por outro, impôs desafios de diferentes naturezas para a gestão e dinâmicas dos processos de trabalho em saúde.

O isolamento entre as unidades de terapia intensiva e a forte sobrecarga de trabalho não facilitaram o "aprendizado em ato", surgido como um imperativo nesse contexto. Ainda que presente ao longo de toda a pandemia, o peso do isolamento foi sentido especialmente nos primeiros meses da pandemia, quando o contato dos profissionais das UTIs com as coordenações eram bastante reduzidos e as incertezas aumentadas. Assim, se os vídeos com instrução para paramentação eram assistidos diversas vezes por alguns membros das equipes clínicas para diminuir o risco de infecção especialmente na "desparamentação" (identificado como um procedimento crítico, por muitos profissionais); esses mesmos vídeos não diminuíram a sensação de um certo "abandono" ou isolamento na "linha de frente", especialmente nos meses iniciais.

Naquele momento, havia muita dúvida sobre o que efetivamente expunha ou protegia ao risco de infecção por Covid-19. A utilização de EPIs "pesados" (aventais, capas, etc.) expressou a força dessas dúvidas (compartilhadas em todos os níveis hierárquicos dos/as trabalhadores/as). Com a ampliação de conhecimentos sobre o Sars-Cov2, suas formas de transmissibilidade e infectividade, o uso contínuo desses equipamentos foi se mostrando aos poucos desnecessário e contraproducente em algumas atividades de trabalho, chegando até a elevar o risco de infecção.

A intensificação do trabalho ocorreu em diversos sentidos, mediada pela gravidade dos pacientes que ali chegavam: sobrecarga de atividades; obrigação de lidar cotidianamente com o desconhecido; frustração e cansaço diante das tentativas malsucedidas para evitar a piora clínica e óbito; experiências de adoecimento e morte de colegas de trabalho, necessidade de ajustes práticos aos protocolos, dentre outros. Foi identificada a construção de redes de apoio mútuo entre os/as trabalhadores/as de saúde para lidar com essas situações, de forma a compensar ausências e/ou limitações apresentadas ora por uns, ora por outros.

Estigmas e a metáfora da "guerra"

Situações estigmatizantes fora do contexto hospitalar também foram referidas pelos/as trabalhadores/as. Muitas vezes, as pessoas se afastavam deles ao saber que estavam atuando na "linha de frente". Por vezes, essas situações foram vivenciadas em seus bairros e locais de moradia e até mesmo na própria família, fazendo da casa não tanto um lugar de conforto e descanso, mas sim de conflito. Felizmente, essa não foi a regra.

Se esse "tratamento diferenciado" no retorno às suas casas pesava emocionalmente, o medo por eles sentido de efetivamente infectar um membro da família também não foi pequeno. Alguns tomavam banho antes de sair do trabalho e novamente outro banho logo ao chegar em casa, dentre outras medidas mais severas. O fornecimento de roupas privativas (uniforme fornecido pelo empregador) a todos/as os/as trabalhadores/as do ICOM em contato com áreas clínicas representou um passo importante na diminuição do medo de infectar alguém da família. O fato de receberem roupas privativas esterilizadas e deixarem no serviço essas roupas depois de usadas representou para eles um importante fator de proteção e de equilíbrio emocional. Observações diretas e a produção de informações indicando baixa taxa de infecção por contato com superfície contaminada também atuaram nesse sentido. No entanto, esse medo continuou presente para muitos, ainda que gerenciado.

Encontramos diferentes formas de "gerenciar" a percepção de risco entre os/as trabalhadores/as, as quais podem ser divididas, grosso modo, em três grupos: (1) minimização "subjetiva" do risco; (2) "racionalização" do risco através do gerenciamento pragmático de medidas de proteção; (3) "supervalorização/intensificação" das medidas de proteção como forma de minimizar o risco e de realizar o gerenciamento emocional.

A metáfora da "guerra" foi utilizada por vários/as trabalhadores/as para descrever a atuação na "linha de frente" (termo equivalente a *front* de guerra), mas também foi problematizada por alguns que valorizaram a importância de olhar o "trabalho como um trabalho", sem expectativas extraordinárias. Podemos aqui lembrar que a expectativa da sustentação ininterrupta de uma performance de heroísmo é incompatível com manutenção do trabalho e do trabalhador "vivo" dia após dia da pandemia. Ainda assim, houve relatos em que o/a trabalhador/a se colocou ativamente em risco para "salvar vidas".

TRABALHADORES/AS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

Na Rede de Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Salvador também foram exigidas mudanças e adaptações rápidas nos processos de trabalho dos/as trabalhadores/as de saúde diante da pandemia de Covid-19. Estas atingiram diretamente o cotidiano de trabalho desse nível de atenção. Além dos fatores de risco já mencionados, a descaracterização do trabalho no território da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com a interrupção das atividades no território, assim como a necessária suspensão das atividades de grupo modificaram o cenário, alteraram os papéis dos/as trabalhadores/as de saúde, exigiram aprendizados rápidos e grande capacidade de adaptação. Essa dinâmica, ao longo de um ano e seis meses, trouxe implicações à saúde desses/as trabalhadores/as, mas também expôs potencialidades desses coletivos.

Apesar do Brasil ter uma grande abrangência da implantação da APS, consolidada ao longo dos últimos 40 anos, a Atenção Primária à Saúde não foi priorizada no combate à pandemia de Covid-19 (ver Boletim nº. 5 do ObservaCovid).A pandemia atingiu o país em um momento de fragilização das políticas de proteção social e de saúde, com a acentuação do subfinanciamento do SUS, modificações no formato da contratualização do financiamento da APS, com consequências previstas ou efetivadas sobre o papel da relação equipe-território de abrangência. Outros países, no entanto, investiram na vigilância ativa intensiva e extensiva – nos territórios, com a identificação de pessoas assintomáticas e sintomáticas, envolvendo trabalhadores/as de saúde da APS e a comunidade e contribuindo para o ordenamento do sistema de saúde (Prado *et al*, 2021).

A exploração de campo produzida em oito unidades de Saúde da Família (USF) ou de Atenção Básica (AB) em Salvador nos aproximou dos desafios e das estratégias de enfrentamento produzidas pelos/as trabalhadores/as para manter o funcionamento das ações de saúde no nível da APS em Salvador.

Alguns apontamentos de campo chamam atenção para quatro eixos:

Transformação do processo de trabalho e do número de trabalhadores/as: no primeiro momento, as mudanças rápidas dos processos de trabalho alteraram o *modus operandi* dos/as trabalhadores/as da APS. As equipes se modificaram, foram selecionados/as trabalhadores/as mais vulneráveis e afastados das atividades da linha de frente. Os que permaneceram se dividiram entre as atividades de atendimento dos Sintomáticos Respiratórios e a Demanda Espontânea. Para alguns grupos essa medida foi mais significativa, a exemplo dos/as trabalhadores/as maiores de 60 anos, gestantes e com comorbidades, implicando redução ou oscilação dos/as trabalhadores/as em atividade presencial. Não apenas foi reduzido o número de trabalhadores/as, mas a composição das equipes e seu processo de trabalho equipe-território-centrado foi alterado por longo tempo.

Modificação do processo de trabalho das ESF (descaracterização, recaracterização): com a limitação das ações das equipes diante das demandas de enfrentamento à Covid-19 para a APS, o foco do trabalho passa a ser direcionado exclusivamente para o atendimento individual. A saída do território adscrito e o distanciamento da referência com a população adstrita produz a descaracterização do processo de trabalho das equipes da ESF, com efeitos sobre a relação dos/as trabalhadores/as de saúde e usuários. A incorporação progressiva de recursos de telessaúde/telemedicina (teleconsulta, telemonitoramento de casos, rastreio de contatos) amplia as possibilidades de atuação das equipes.

Introdução de Equipamentos de Proteção Individual (EPI): A implantação do uso contínuo de EPI (máscara, gorro, avental, luvas, protetor facial), da higienização frequente das mãos e do necessário distanciamento social entre colegas requereram rápido aprendizado. A colocação e retirada adequada desses equipamentos (paramentação, desparamentação) mostrou-se ponto crítico de exposição de trabalhadores/as de saúde. Longas jornadas de trabalho e modificação dos hábitos de convivência entre colegas e familiares tornaram a percepção do risco biológico uma ameaça constante.

Diante do medo, a decisão por agir: O cotidiano, lidando com a morte ou ameaça de morte sobre si, colegas de trabalho e familiares, marcou a memória desses sujeitos e emerge entre lágrimas, silêncios e pausas durante as nossas interações com os interlocutores. A *medicina de guerra* como metáfora sintetiza o relato transcrito, recuperando a intensidade dessa experiência:

*"A sensação que a gente teve foi que a gente ficou 1 ano e pouco fazendo **medicina de guerra**, né? **Lidando com extremos o tempo todo**, a gente atendia um fluxo de quase 60/80 pessoas por dia no ambulatório da covid. Então era **uma pressão, uma carga de trabalho muito grande** e ao mesmo tempo uma exposição também muito grande, intensa. Há pessoas doentes, né? De uma coisa tenho certeza, **estava todo mundo com medo**, longe de todo mundo"*

(Carlos, enfermeiro).

A pressão do usuário quando a ameaça é presente: a confluência das incertezas, insuficiências de recursos, redução da força de trabalho por adoecimento e vulnerabilidades dos usuários e dos/as trabalhadores/as de saúde aumentam as tensões e esgarçam as relações e a confiança entre usuários e trabalhadores/as e entre os próprios colegas. O usuário quer e precisa de respostas, o/a trabalhador/a não as têm ou são insuficientes.

*"**O usuário vem no posto não é pra colaborar,** criatura, o usuário vem no posto para ter suas demandas atendidas"*

(Carlos, enfermeiro).

Trabalho coletivo e proteção à saúde: O trabalho coletivo é recuperado na recomposição do grupo, na negociação interna das tarefas e ajustes das atividades, emergindo a dimensão ética da atividade de trabalho, como a "solidariedade operária". São micro-negociações que integram vulnerabilidades e abrem espaço para reconhecer e agir no sentido da proteção de trabalhadores/as situados em um ponto posterior do processo de trabalho, por trabalhadores/as situados antes (a jusante). Como em uma linha de produção, estas regulações do trabalho ampliam a margem de manobra dos/as trabalhadores/as que estão em posição posterior e reafirmam o sentido da reciprocidade e da confiança (Wisner, 2004. pg. 48).

"Então, a gente no primeiro, no ano de 2020, foi um ano que a equipe se afinou muito, sabe? A gente se protegeu muito enquanto coletivo, né? Então esse processo de trabalho foi muito horizontalizado, a gente teve muita autonomia pra pensar, desenvolver o processo de trabalho internamente"

(Carlos, enfermeiro).

Finalizamos esses apontamentos, ainda iniciais, com a mensagem do enfermeiro Carlos sobre esse trabalho que estrutura e produz sofrimento:

"... por mais paradoxal que seja esse trabalho, por mais penoso que seja, ele também é estruturante. Então estar aqui é desgastante, é sofrido, é cansativo, mas é algo que me nutre de alguma forma. Então cuidar das pessoas me faz bem, me dá sentido, me significa, então de alguma forma isso também me tira desse limbo, sabe?

(Carlos, enfermeiro).

REFERÊNCIAS

WISNER, A.; SZNELWAR, L.I. Questões epistemológicas em ergonomia e em análise do trabalho. DANIELLOU, F. A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos. Vários autores. Capítulo 2 (pág 29-56), 2004.

PRADO *et al*. Ações de vigilância à saúde integradas à Atenção Primária à Saúde diante da pandemia da COVID-19: contribuições para o debate. Ciência & Saúde Coletiva, 26(7):2843-2857, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021267.00582021.

Equipe de pesquisadores/as responsável pelo conteúdo do texto:

Marcelo Castellanos, Mônica Angelim, Alain Coulon, Ana Teixeira, Ilzimar Oliveira, Emily Carvalho, Karla Baeta, Fernanda Veloso, Silvia Fernandes, Taia Fernandes, Pedro Fragoso, Jucidalva Gomes, Michele Almeida, Janaína Ferreira, Thainá Affonso, Daniel Barbosa, Maikon de Jesus do Nascimento e Ana Cristina de Andrade da Cruz.

PROJETO ANÁLISE DE MODELOS E ESTRATÉGIAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DA PANDEMIA DA COVID-19 (2020-2022)

Coordenação Geral do Projeto: Isabela Cardoso de M. Pinto

Colegiado Gestor: Carmen F. Teixeira; Isabela C.M. Pinto; Jairnilson Silva Paim, Ligia Maria Vieira da Silva, Luís Eugenio Portela de Souza, Rosana Aquino, Glória Teixeira, Mariluce Bomfim de Souza, Marcelo Castellanos, Ligia Rangel, Monique A. Esperidião e Marcele Paim.

Pesquisadores: Acácia Lima, Ademar Arthur C. Reis, Alain Coulon, Ana Cristina Souto, Ana Flávia Cruz, Ana Luiza Vilasboas, Ana Maria Teixeira, Ana Paula dos Reis, Angélica Menezes, Áurea Paste, Bruno Guimarães, Caio Castro, Camila Bulcão, Catharina M. Soares, Ceuci Nunes, Cleber Cremonese, Cristiane Abdon, Denise Nogueira Cruz, Ediná Costa, Ednir Souza, Eliana Costa, Erica Bowes, Erick Lisboa, Erika Aragão, Estela Aquino, Gerluce Alves Pontes, Iracema Viterbo, Jamacy Costa Souza, Janete Castro, Joilda Nery, Júlia Pescarini, Kátia Medeiros, Laise R. Andrade, Liliana Santos, Lívia Silva Angeli, Lucas Bottcher, Manoel Barral Netto, Márcia Costa, Marcio Natividade, Maria Clara Guimarães, Maria da Conceição N. Costa, Maria Guadalupe Medina, Monica Angelim, Morena Rezende, Natália Tavares, Rosana Lopes, Sandra Garrido de Barros, Shirley Cruz, Silvana Vieira, Sisse Santana, Sônia Chaves, Soraya Belisário, Tania França, Thadeu Borges Santos, Thais Regis Aranha Rossi, Viviane Oliveira, Yara Oyram e Zulmira Hartz.

Equipe de Comunicação: Diego Corrêa, Egberto Siqueira, Gilson Rabelo, Inês Costal, Patrícia Conceição, Robério Lopes e Sérgio Santana.

Instituições Parceiras: Centro de Integração de Dados e Conhecimentos em Saúde (Cidacs/IGM/Fiocruz-Ba), Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/Fiocruz, Instituto Couto Maia, Instituto de Física (UFBA), Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ), Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Universidade Federal Rio Grande do Norte (UFRN) e Universidade Nova de Lisboa.

CNPq Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

UFBA Universidade Federal da Bahia

Instituto de Saúde Coletiva - UFBA

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA, INOVAÇÕES E COMUNICAÇÕES

MINISTÉRIO DA SAÚDE

PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL