BOLETIM

Ano 3 | Edição 16 | Abril de 2022

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

ATENÇÃO HOSPITALAR NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19

O enfrentamento à pandemia de Covid-19 tem sido preocupação central dos/as gestores/as dos sistemas nacionais de saúde ao longo dos últimos dois anos e meio, constituindo um enorme desafio no que tange à definição e implementação de estratégias de mitigação e controle da transmissão do vírus SARS-Cov-2. No Brasil, o enfrentamento da crise sanitária exigiu rápida capacidade de adaptação e ampliação da oferta de serviços de saúde em todas as regiões (ANDRADE et al., 2022). No âmbito da Atenção Hospitalar, tal iniciativa encontrou fragilidades pré-existentes à pandemia, tais como subfinanciamento, desigual distribuição regional de leitos, lacunas na integração com as redes de atenção e frágil desempenho da assistência (CANABRAVA; CAMPOS, 2020).

Desse modo, o Plano de Resposta Hospitalar à Covid-19, elaborado no início da pandemia, objetivou orientar essa ampliação de maneira ordenada, integrada e escalonada em resposta à crise sanitária, apontando para a necessidade do planejamento das ações necessárias ao enfrentamento da pandemia (BRASIL, 2020), o que suscitou a elaboração do Plano Nacional de Contingência. O Plano fomentou a elaboração dos demais planos de contingência nos âmbitos estadual e municipal do SUS, tal como descrito na edição nº 6 do Boletim ObservaCovid (https://observacovid.analisepoliticaemsaude.org/).

Com o objetivo de analisar o processo de implementação das ações concernentes à atenção hospitalar à Covid-19 no SUS, esse boletim traz uma análise do processo de implementação dos Planos Estaduais de Contingência para Atenção Hospitalar no enfrentamento da Covid-19 no Brasil.

ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

O ponto de partida do estudo foi a análise dos planos de contingência nacional, dos 26 estados e do Distrito Federal (SANTOS et al., 2020) e das 26 capitais e o acompanhamento dos marcos normativo-legais, como portarias e relatórios epidemiológicos, sobre o curso da pandemia (DUARTE et al., 2021). Após a análise desses planos, tratou-se de selecionar cinco estados e respectivas capitais, de modo a contemplar um caso de cada região brasileira, para análise do processo de implementação dos Planos, entendido como uma das fases do Ciclo da Política Pública (PINTO et al., 2014). Foram selecionados os estados de Tocantins (Região Norte), Bahia (Região Nordeste), Goiás (Região Centro-Oeste), Minas Gerais (Região Sudeste) e Santa Catarina (Região Sul).

Após a leitura dos planos de contingência destes estados para reconhecimento de possíveis redirecionamentos das prioridades estabelecidas nas versões iniciais, foram realizadas quinze entrevistas com informantes-chave das gestões federal, estadual e municipal. Estes participantes respondiam diretamente pelas áreas da Vigilância em Saúde e Atenção Hospitalar do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e também pela diretoria de Hospitais de Referência para atendimento a paciente com Covid-19 em suas respectivas capitais e ou estados.

A sistematização dos resultados foi feita com base nas recomendações da OMS (1994), contemplando as ações realizadas para o provimento de insumos, pessoal,

infraestrutura e organização do sistema de serviços. Outras categorias analíticas emergiram a partir dos dados empíricos coletados nas entrevistas, de modo que a análise final incorporou as seguintes dimensões: a regulação, os modelos de gestão pública e a gestão do trabalho e educação em saúde, conforme Diagrama 1 apresentado a seguir.

Diagrama 1. Estruturação teórico-analítica do processo de implementação da contingência hospitalar à COVID-19 no Brasil

Fonte: elaborado pelos autores

RESULTADOS

Inicialmente, cabe destacar o fato de que todas as dirigentes de hospitais de referência entrevistadas foram mulheres, assim como 75% dos gestores estaduais, apontando para uma feminilização da força de trabalho na gestão, o que já se observa no âmbito da atenção à saúde. Posto isso, é importante ressaltar que as diretoras dos hospitais reiteraram a importância do SUS no contexto de uma pandemia tal como a da Covid-19, tratando de situar os hospitais em uma rede complexa, cujo funcionamento depende de um corpo de profissionais que se constituíram como base de sustentação para "reorganização de um processo de trabalho novo e cheio de riscos e incertezas".

A seguir apresentamos os achados, destacando cada uma das categorias analisadas.

INFRAESTRUTURA

Dentre os destaques correlacionados à INFRAESTRUTURA, chamaram a atenção os esforços que foram feitos para a ampliação do número de leitos nos hospitais existentes na rede. As entrevistadas destacaram a utilização/ reversão de áreas de ambulatórios e enfermarias, salas de emergências, salas de espera, centro cirúrgicos, salas de estabilização e até mesmo utilização de corredores, o que permitiu abertura de novos leitos de UTI. Além disso, estádios de futebol, espaços utilizados para realização de grandes shows e estacionamentos de hospitais também se reconfiguraram, com a implantação de hospitais de campanha. O Estado de Goiás foi o único que montou um Hospital de Campanha em parceria com o Ministério da Saúde, que atendeu usuários do SUS residentes em Goiás e no Distrito Federal.

Nesse processo, foram enfrentados desafios históricos, como a ausência de referências para cálculos que definissem a real necessidade de leitos de UTI SRAG-COVID e de Suporte Ventilatório Pulmonar, o que dificultou o planejamento e implementação das ações. Assim, em alguns casos os leitos eram abertos, mas não era dimensionada, paralelamente, a necessidade de pessoal para operacionalizá-lo. Uma das diretoras entrevistadas esclarece: "...Na verdade não houve um planejamento (calculando como) passar de tantos pra tantos. A necessidade foi fazendo com que a gente abrisse leitos".

Apesar da flexibilidade e criatividade dos/as gestores/as, as entrevistas revelaram dificuldades no percurso e mesmo resistência para habilitação de novos leitos junto ao Ministério da Saúde, como aponta a superintendente de Vigilância em Saúde de um dos estados incluídos na pesquisa: "Esse processo de habilitação foi muito desafiador porque desde o ano passado a maioria das vezes, primeiro a gente ampliava, botava pra funcionar, pra depois receber esse dinheiro lá na frente né, pra conseguir habilitar, e alguns leitos com muita dificuldade de habilitação. Às vezes o Ministério não aceitava e aí acabava que o estado acabava arcando com o financiamento desse leito".

No caso da gestão municipal, contratou-se a incorporação de leitos do setor privado em caráter complementar e, também a readequação do perfil assistencial, aproveitando os Hospitais de Pequeno Porte já existentes como retaguarda no atendimento de pacientes clínicos e também para pacientes Covid moderados. Além disso, práticas foram incorporadas no âmbito da Atenção Básica, a exemplo da criação dos chamados Gripários, que são centros de atendimento especializado destinados ao atendimento de casos suspeitos e confirmados de Covid-19. Outra ação mencionada nas entrevistas foi a ampliação da rede de atenção às urgências através do aumento do número de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de ambulâncias do SAMU e outros transportes de saúde.

Chamou atenção a oportunidade criada pela emergência sanitária quando possibilitou a concretização de prioridades relativas à necessidade de expansão antes da pandemia, como no caso de Goiás, onde a implantação de um hospital em cada macrorregião já fazia parte da agenda do governo do estado. Outro aspecto importante a destacar é o aproveitamento da infraestrutura criada frente à emergência sanitária para a realização de cirurgias eletivas que foram adiadas durante o enfrentamento à pandemia, como no caso de Santa Catarina.

INSUMOS

Investimentos na aquisição de INSUMOS também tiveram destaque no início da pandemia. Os gestores/as relataram as dificuldades enfrentadas diante da necessidade de compra de grandes quantidades de máscaras, luvas, kit diagnóstico e kit intubação, ampliação da reserva de gases medicinais (oxigênio) e demais medicamentos. Isso foi agravado pelo atraso nos tempos de entrega; falta de confiança nos fornecedores e, muitas vezes, baixa qualidade dos produtos. A situação da dependência de importação também foi destaque, especialmente para compra de alguns produtos como ventiladores mecânicos. As estratégias adotadas para enfrentar a escassez, no início da pandemia, foram a reutilização de máscaras N-95 e o controle rígido do estoque, tal como refere a gestora de um dos Hospitais Estaduais de referência à COVID-19: "... criamos fluxos pra controlar o fornecimento pra o servidor que começou, mediante ao desespero, a fazer uso de forma descontrolada, essa é a palavra certa".

A solidariedade entre gestores/as no SUS merece destaque especial. Movimentos realizados para doação de insumos, compartilhamentos de informações e materiais instrucionais entre estados, municípios e unidades de saúde, a exemplo dos hospitais, fizeram a diferença para amenizar impactos das várias carências. Também foi ressaltado a doação por empresas privadas, conforme destaca outra gestora hospitalar: "A gente recebeu doação não só de equipamento de proteção individual, mas lixeiras, botas para as meninas da limpeza, luvas."

Outro aspecto importante relatado foi a adequação dos protocolos clínicos e a realização de mudanças necessárias aos cuidados com os pacientes com Covid-19, o que possibilitou, por exemplo, a administração de medicamentos de maneira mais ampla, reduzindo a restrição e disputa para compra de medicamentos, conforme afirmou um gestor estadual.

GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO

No que tange à GESTÃO DO TRABALHO, a pandemia deu visibilidade a um conjunto de trabalhadores/as que atuaram na linha de frente do cuidado a pacientes com Covid, pela intensificação dos riscos inerentes ao trabalho com doenças altamente contagiosas, especialmente para os profissionais que atuavam nas UTIs.

Nesse sentido, vários entrevistados ressaltaram o empenho das equipes no cuidado humanizado a pacientes com Covid, particularmente nos hospitais, apesar do trabalho constante, intenso, sem folga, ao longo de finais de semana seguidos. Mas também não faltaram desafios, como organizar o trabalho em equipe durante a pandemia, articulando profissionais com poderes e saberes específicos, com diferentes vínculos trabalhistas e remuneração. Situação que exigiu, segundo as entrevistadas, muito diálogo, pactuações e até medidas extraordinárias, como aconteceu em Palmas, onde a gestão do hospital investiu em pagamento adicional aos trabalhadores/as da linha de frente.

Houve ampliação da contratação de pessoal, seja por meio de processos seletivos ou contratos temporários, porém vários entrevistados apontam que não houve um cálculo para dimensionamento do contingente de pessoal necessário, sendo as novas contratações baseadas no aumento da demanda de pacientes, na necessidade de repor profissionais afastados por serem parte do grupo de risco ou por adoecimento, por Covid ou outros problemas de saúde. Além disso, os entrevistados relatam dificuldades em contratar profissionais, principalmente médicos intensivistas com experiência, enfrentando inclusive a concorrência com o setor privado, e chamam a atenção também para o fato da inexistência de Plano de Cargos, Carreiras e Salários nas SES e SMS ter dificultado a contratação de pessoal nos serviços hospitalares

Um outro aspecto relativo à Gestão do trabalho que surgiu nas entrevistas diz respeito à realocação de profissionais devido à mudança no perfil assistencial dos hospitais, com proibição temporária de realização de cirurgias eletivas, e redução do número de consultas especializadas, com deslocamento para outros setores,

até mesmo para uma nova modalidade de trabalho, como a telemedicina e a tele consulta.

Nesse contexto, é importante destacar a GESTÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE, que foi desafiada a imprimir um ritmo acelerado na qualificação das equipes, pois concomitante à ampliação da contratação de novos profissionais para atuação assistencial, houve necessidade de ações educativas e instrucionais para atuação nas Unidades Hospitalares, especialmente na Terapia Intensiva (UTI). Em relato de uma diretora hospitalar, foi destacada a dificuldade de seguirem os protocolos mais básicos de higiene: "... nossos servidores não sabiam higienizar as mãos, não sabiam calçar uma luva, vestir um capote, qual era a sequência da paramentação e desparamentação".

Desse modo, foi necessário grande investimento na realização de ações de educação permanente em saúde envolvendo diversos setores como a Vigilância em Saúde, tal como em Belo Horizonte, que reuniu evidências científicas para embasar treinamentos e capacitações para os profissionais de saúde. E nos casos da Bahia, em que a Escola Estadual de Saúde Pública capacitou médicos/as e enfermeiros/as em parceria com associações médicas, e de Goiás, em que o COSEMS foi importante aliado por disponibilizar conteúdos de educação em saúde.

» Em uma das capitais pesquisadas, um fato importante foi mencionado, que é a relação entre a capacitação e os vínculos de trabalho. No caso específico, ficou à cargo da gestão municipal a capacitação dos servidores públicos com vínculo público, enquanto os trabalhadores/as sob responsabilidade das Organizações Sociais deveriam ser capacitados por estas modalidades de gestão.

A principal marca da Gestão Hospitalar no SUS durante a pandemia foi a diversificação das MODALIDADES DE GESTÃO adotadas nos diversos estados e municípios, verificando-se modelos de gestão direta e outros de gestão indireta, tais como Organização Social, Fundação e Parceria Público-Privada (PPP). Mesmo em se tratando de serviços com modelo de gestão direta, percebeu-se que a assistência hospitalar contava com a existência de empresas privadas para contratação de serviços e de trabalhadores/as para atender a demanda desencadeada pela pandemia. De fato, os processos de trabalho foram marcados pela convivência entre trabalhadores/as terceirizados e trabalhadores/as concursados/estatutários das Secretaria de Estado. Isso demonstra a imbricada relação das parcerias público e privada com a gestão do trabalho e também com a qualificação de trabalhadores/as que atuaram na rede SUS durante a pandemia.

As gestoras entrevistadas ressaltaram que a flexibilidade administrativa da PPP agregou à contingência hospitalar, permitindo, em um dos casos analisados, duplicar o número de leitos de UTI do Hospital de referência ao enfrentamento da COVID-19, o que foi objeto de reconhecimento e premiação: "...esse reconhecimento não foi somente do governador, a gente recebeu inúmeros prêmios, do Tribunal de Justiça uma medalha de honra, do Conselho Estadual de Administração como uma das melhores gestões do Estado".

INOVAÇÕES REALIZADAS

Foram incontáveis as inovações que a pandemia impôs aos trabalhadores/as e gestores/as de saúde, especialmente nas relações entre gestores e trabalhadores e entre trabalhadores, pacientes e familiares, principalmente no âmbito hospitalar. Desde as mudanças no cuidado aos pacientes; na organização do trabalho em equipe; na adaptação a novas condições de trabalho como, por exemplo, a necessidade de paramentação do trabalhador; passando pelo redesenho do espaço físico do hospital e das inovações na gestão da informação nas secretarias estaduais e municipais de saúde, como na Bahia e na SMS de Salvador, que criaram Salas de Situação para apoio à tomada de decisão e na comunicação com o público em geral.

Com tudo isso, um dos aspectos mais desafiadores foi relativo à SAÚDE DOS/AS TRABALHADORES/AS DE SAÚDE, duramente afetados em todo o mundo pelas condições impostas pela pandemia, que tem gerado ansiedade, estresse crônico, exaustão ou esgotamento dada à intensa carga de trabalho (TEIXEIRA et al., 2020). Frente a isso, a gestão hospitalar teve que inovar para prover suporte à SAÚDE MENTAL de suas trabalhadoras e trabalhadores, multiplicando-se experiências. Na Bahia e em Minas Gerais, em alguns dos hospitais de referência para pacientes com Covid, o atendimento à saúde mental era realizado tanto presencialmente, no próprio ambiente de trabalho, como também por tele consulta, havendo disponibilidade de psiquiatras no ambulatório e em interconsultas na enfermaria. "Esses psiquiatras, um deles foi por telecom e os outros a gente montou no sistema de acolhimento aos trabalhadores e aos familiares".

Em outro hospital da Bahia foram montadas salas de atendimento psicológico para trabalhadores/as. Em Salvador, foi montado o Núcleo de Atendimento à Saúde do Trabalhador; e em Belo Horizonte, foi criado o Centro de Atendimento específico aos trabalhadores. Em Santa Catarina também pôde ser observado o cuidado à saúde mental de trabalhadores/as da saúde na linha de frente com a criação de salas de acolhimento de demandas ocupacionais de saúde, a exemplo da Síndrome de Burnout.

A COMUNICAÇÂO foi outro ponto de inovação. Diante da necessidade de comunicar bem e rápido e do limite imposto pelo necessário distanciamento físico para evitar contágio, um hospital estruturou todo o processo de comunicação com uma rede de microcomputadores para contatos on-line entre pacientes e familiares, em tempo real; foram utilizadas também estratégias de uso das redes sociais, intranet, WhatsApp. Também houve investimento em outro mecanismo de comunicação, com foco na humanização do cuidado e na relação do paciente com a família, com a seguinte estratégia: "...tínhamos telefones celulares totalmente embalado com papel filtro para eles falarem, principalmente com as famílias".

Outra marca da gestão de um dos hospitais de referência na Bahia foi o fortalecimento do papel do Núcleo de Epidemiologia Hospitalar, tanto na confirmação de casos quanto na interface com os municípios do estado. Já em Goiás, a Secretaria Estadual de Saúde desenvolveu a estratégia de matriciamento por meio das Regionais de Saúde nas ações de Vigilância Epidemiológica, sendo que as referências das Regionais de Saúde eram treinadas pelo estado e treinavam os municípios, garantindo o acompanhamento das ações de Vigilância Epidemiológica.

Outros espaços de importância para a comunicação entre gestores/as estaduais e municipais e governança foram as reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e da Superintendência de Regionalização para negociação e pactuação em relação à assistência hospitalar entre estados e municípios, principalmente para a gestão de conflitos que normalmente ocorrem devido às capitais concentrarem serviços hospitalares. Internamente, no âmbito municipal e estadual, os Centros de Operações de Emergência (COE) também eram espaços de tomada de decisão das medidas de proteção e de comunicação direcionada aos trabalhadores/as do sistema de saúde, aos usuários do SUS, contando com cobertura midiática e participação das secretarias de saúde, e também de órgãos externos ao setor saúde, tais como Conselhos Profissionais de Saúde, Ministério Público, Agência Brasileira de Inteligência, Assembleia da ONU, dentre outros.

» Além disso, os mecanismos de REGULAÇÃO foram expandidos, como no caso de Goiás e Goiânia, segundo a Superintendente de Vigilância em Saúde: "A gente ampliou o complexo de regulação estadual. Porque antes não havia essa regionalização e a grande parte dos hospitais ficavam na região da capital... Então nós tivemos que montar esse complexo regulador, ampliar a capacidade técnica, pra ele conseguir trabalhar com todos esses novos hospitais, esses novos leitos regionalizados". Também foram fortalecidas as estratégias de comunicação entre os complexos reguladores municipais e estaduais, como no caso da Bahia e Salvador, e Minas Gerais e Belo Horizonte, que melhoraram a comunicação e os fluxos de referência para assistência hospitalar.

RECOMENDAÇÕES PARA GESTORES/AS

Do aprendizado da pandemia ainda em curso, ficam algumas recomendações para gestores hospitalares:

» Empreender esforços para produzir uma distribuição territorial dos leitos e promover a integração dos hospitais às redes de atenção loco-regionais;

» Ampliar a capacidade de gestão dos gestores/as hospitalares e investir na qualificação de trabalhadores/as de todos os setores do hospital para a melhoria do desempenho e da qualidade da assistência;

» Debater amplamente com trabalhadores/as, gestores/as e instâncias de controle social do SUS os vários Modelos de gestão hospitalar, observando as vantagens e desvantagens para que o setor público seja o demandante e fiscalizador de sua atuação quando necessária sua utilização. Para isso também é necessária a preparação de órgão de fiscalização e monitoramento das atividades dessas entidades contratadas;

» Investir na pesquisa e no mapeamento do quantitativo de leitos (gerais e de UTI) existentes e disponíveis nas regiões, estados e municípios do país,

além de aprimorar métodos de cálculo de número de leitos necessários em casos como os de pandemia, relacionando esse cálculo ao quantitativo necessário de profissionais qualificados para sua operacionalização;

» Dar mais transparência e clareza aos dados relativos aos leitos, porquanto no DATASUS estes recebem inúmeras denominações, dificultando o mapeamento do quantitativo de leitos efetivamente disponíveis para o cuidado da população;

» As sequelas variadas que a COVID tem deixado de herança pedem uma resposta à altura do SUS, promovendo acesso e continuidade do cuidado pós internamento e/ou adoecimento com cuidado em domicílio, ambulatoriais e hospitalares. Esse acompanhamento reabilitador das pessoas acometidas pelo vírus exige uma maior articulação dos hospitais com as unidades da rede de Atenção Básica, especialmente no que tange à atuação dos NASFs - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e CAPS - Centros de Atenção Psicossocial.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. Pandemia de Covid-19: por que devemos olhar para o contexto internacional? Reflexões sobre a governança do setor Saúde. In: PORTELA, M. C., REIS, L. G. C., and LIMA, S. M. L., eds. Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022, 472 p.

ANDRADE, C. L T. de.et al. Evolução da Disponibilidade dos Leitos de Terapia Intensiva na Rede Hospitalar do Brasil para o Enfrentamento da Emergência Sanitária. In: PORTELA, M. C., REIS, L. G. C., and LIMA, S. M. L., eds. Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022, 472 p.

PROJETO LEAN nas Emergências. Plano de Resposta Hospitalar ao Covid-19. Disponível em: ←www.leannasemergencias.com.br/wpcontent/uploads/2020/03/Book_Plano_de_Catastrofe_0505_Lean.pdf→. Acesso em: 5 abr. 2021.

JANOTTI, L. A Assistência Hospitalar de Nível de Complexidade Intermediário na Linha de Cuidado Covid-19. In: PORTELA, M. C., REIS, L. G. C., and LIMA, S. M. L., eds. Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022, 472 p.

CANABRAVA, C; CAMPOS, F. O Brasil na UTI: atenção hospitalar em tempos de pandemia. Saúde em debate, RJ, V.44, N. especial 4, p 146-160, dez, 2020.
OBSERVACOVID. Boletim: Atenção Hospitalar na Pandemia. Disponível em: https://observacovid.analisepoliticaemsaude.org/. Ano 2 | Edição 6 | Abril de 2021.

TEIXEIRA, C. et Al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. Ciênc. saúde coletiva 25(9) • Set 2020 •

Equipe de pesquisadores responsável pelo conteúdo do boletim:

Laise R. Andrade;

Thadeu B. Santos;

Joseane Aparecida Duarte;

Débora M. Passos;

Fanny Almeida Wu;

Isabela Cardoso M. Pinto.

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 — SAÚDE IGUAL PARA TODOS

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA, INOVAÇÕES E COMUNICAÇÕES

MINISTÉRIO DA SAÚDE

PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL