BOLETIM

Ano 2 | Edição 6 | Abril de 2021

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

ATENÇÃO HOSPITALAR NA PANDEMIA

O enfrentamento da Covid-19 no Brasil incluiu, em março de 2020, a elaboração do Plano Nacional de Contingência, que aponta estratégias a serem implementadas pelos estados e municípios para a mitigação e controle da transmissão e infecção pelo novo coronavírus em diversos níveis de atenção (BRASIL, 2020a), iniciativa que foi seguida pela elaboração de planos de contingência das demais esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre as estratégias definidas, destaca-se a expansão e adequação da atenção hospitalar, que se encontrava em uma situação bastante precária quando se instalou a pandemia da Covid-19, por conta da insuficiência e má distribuição territorial dos leitos, subfinanciamento, frágil integração às redes de atenção loco-regionais e desempenho assistencial contestável face à elevação da demanda por cuidados aos casos de Covid-19, sobretudo os mais graves (CANABRAVA; CAMPOS, 2020).

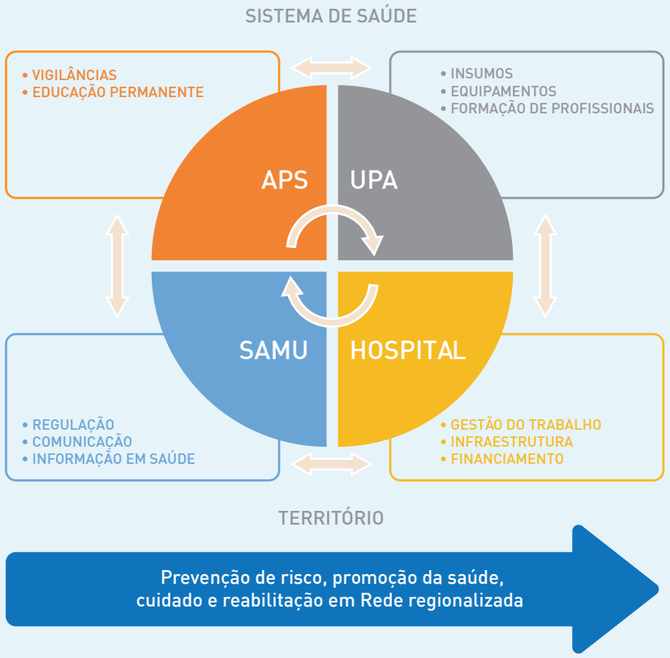
Neste contexto, vários pesquisadores trataram de mapear o quantitativo de leitos (gerais e de UTI) disponíveis nas várias regiões, estados e municípios do país e calcular o número de leitos necessários face à elevação da demanda causada pela expansão da pandemia (CANABRAVA; CAMPOS, 2020; COSTA; LAGO, 2020; KUHN, 2020; MOREIRA, 2020; NORONHA, 2020, RACHE, 2020; WANG; DE LUCCA-SILVEIRA, 2020).

O grupo de pesquisa sobre Atenção Hospitalar vinculado ao projeto "ANÁLISE DE MODELOS E ESTRATÉGIAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DA PANDEMIA DO COVID-19 (2020-2022)", sediado no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA), decidiu investigar os primeiros planos de contingência, com foco nas propostas relativas à atenção hospitalar. Com isso, pretende analisar as estratégias de implantação previstas e discutir até que ponto estas foram adequadas e suficientes no enfrentamento da primeira onda da pandemia.

Nesse sentido, este boletim apresenta a análise dos planos selecionados, relacionando as ações propostas com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2020a), problematizando tais propostas à luz da concepção de Vigilância e controle da Covid-19 adotada como referencial do referido projeto de pesquisa (TEIXEIRA, 2020). Com isso, pretende apontar lições aprendidas que podem contribuir para o enfrentamento da situação atual, caracterizada pelo aumento da taxa de transmissibilidade (Rt) entre dezembro/2020 a março/2021, surgimento de novas variantes do vírus, frente a um lento processo de vacinação da população, dificuldades na condução do isolamento social e colapso da atenção hospitalar na maioria dos estados brasileiros.

ANÁLISE DAS PROPOSTAS RELATIVAS À ATENÇÃO HOSPITALAR NOS PLANOS DE CONTINGÊNCIA

A análise das propostas relativas à Atenção Hospitalar para o enfrentamento da Covid-19 pauta-se na compreensão mais ampla de que o hospital deve ser visto como parte de uma rede regionalizada de atenção à saúde, integrada por outros serviços no território, conforme figura a seguir:



Destacamos para análise, contudo, as propostas relativas à atenção hospitalar contidas nos primeiros planos de contingência elaborados, abarcando o nacional, 27 estaduais e 20 planos de capitais brasileiras, tomando como referência as recomendações específicas da OMS, quais sejam: a) estrutura *(space)*: ampliação de leitos enfermaria e de UTI e criação de hospitais de campanha; b) equipe *(staff)*: qualificação, redirecionamento e mobilização da força de trabalho temporária em saúde, garantia da segurança e proteção dos trabalhadores de saúde, implementação de medidas de prevenção e controle de infecções no trabalho e acolhimento psicológico para trabalhadores da saúde; c) suprimentos *(supplies)*: adoção de mecanismos emergenciais para aquisição de insumos, observando possíveis entraves na cadeia de produção e/ou fornecimento de suprimentos, minimizando escassez e desafios logísticos; d) sistema *(systems)*: planejamento da resposta ao surto, criação de comitês de crise para coordenação de informações clínicas e logísticas, identificação das diferentes capacidades instaladas por regiões de saúde, melhoria da comunicação, apoio a evidências científicas e ampliação da proteção social (WHO; 2020b).

A análise do Plano de Contingência Nacional (PCN) evidenciou, em primeiro lugar, que este não incorporou orientações centrais da OMS, tais como: estimativa de recursos necessários no enfrentamento da pandemia no Brasil; articulação intersetorial para prover o aporte financeiro; comunicação sistemática do Ministério da Saúde (MS) sobre os riscos e estímulo ao engajamento da comunidade; socialização das evidências disponíveis sobre a Covid-19; fortalecimento das relações interfederativas (WHO, 2020a; ALBUQUERQUE, 2020); estabelecimento de critérios objetivos para cálculo de número de leitos necessários; dimensionamento da força de trabalho para atuar na linha de frente e planejamento mais célere para (re)abertura de hospitais de campanha e/ou contratação de subsistema privado. Este fato decorre, provavelmente, de um conjunto de fatores, a exemplo do negacionismo, do subfinanciamento do SUS, da baixa qualidade técnica e da falta de coordenação nacional da crise pelo Ministério da Saúde, e da insuficiência das medidas de distanciamento social no enfrentamento da pandemia (SANTOS et al, 2021).

A análise dos Planos de Contingência Estaduais (PCE), por sua vez, revelou a ausência de ações necessárias e lacunas na articulação entre o planejamento dos entes federados. Nesse sentido, comparou-se as ações estratégicas previstas nos PCE com as propostas do PCN, constatando-se que apenas 30% dos planos estaduais destacaram a importância de disponibilizar rede de atenção pré-hospitalar (BA, PI, SE, MG, GO, MT, PR, SC) e 18% previram implantação do acolhimento de casos com classificação de risco (AM, BA, MG, SP, GO); 25% propuseram a ordenação da rede com base na regionalização e definição de níveis de complexidade (AM, BA, PB, MG, RJ, GO, SC); 18% consideraram relevante estimar necessidade de trabalhadores (BA, MA, PE, MG); 15% estabeleceram como prioridade o cálculo de disponibilização de leitos (AC, PE, MG, GO); 15% consideraram estratégica a articulação para apoio interfederativo em situação de superlotação da rede estadual (TO, MA, PE, PR); 33% determinaram plano de emergência ou abertura de unidades hospitalares de campanha (AC, BA, PB, MA, PE, MG, RJ, GO, SC) (SANTOS et al, 2021).

Nenhum dos estados registrou em seus planos de contingência a aquisição de aparelhos de ventilação mecânica como prioridade ou previu a contratação de leitos de UTI privados para retaguarda aos casos graves de Covid-19. Por outro lado, constatou-se 100% de adesão às orientações do PCN no que tange a: garantia de equipamentos, insumos de laboratório e EPI, manejo clínico e rede e fluxo de regulação de casos graves.

No que diz respeito aos planos de contingência das 20 capitais[1] analisados, utilizando as categorias propostas pela OMS, constatou-se a inclusão das propostas sistematizadas no quadro abaixo.

Expansão da infraestrutura *(Space)*	Equipe profissional *(Staff)*
• Estimar a capacidade necessária para o tratamento intensivo ao se atingir o pico. • Desenvolvimento de critérios para designar hospitais para receber pacientes com Covid-19. • Fluxo regular de pacientes em hospitais para proteger os profissionais de saúde e os outros pacientes. • Adiamento progressivo de procedimentos e serviços, exceto cirurgias mais urgentes, e redirecionamento interno de espaço e de profissionais. • Definir critérios mais rígidos para admissões em serviços essenciais de saúde para criar uma capacidade adicional para pacientes com Covid-19. • Otimizar as plataformas alternativas para serviços essenciais de saúde, como desenvolvimento de trabalho remoto. • Aquisição de leitos e serviços do setor privado de saúde para ampliação da capacidade de atendimento aos pacientes de Covid-19. • Reaproveito das instalações não médicas - instalações de oportunidade - e estabelecimento de instalações médicas temporárias para acomodar o pico de demanda. Expandir a capacidade da rede de coleta e análise laboratorial.	• Treinamento, redirecionamento e mobilização da força de trabalho temporária em saúde para permitir o aumento na capacidade de atendimento aos pacientes com Covid-19. • Mapear e expandir o *pool* de equipes com experiência de cuidado intensivo, a equipe treinada em UTI já trabalhando em outros ambientes, especialmente infecciosos. • Profissionais de saúde de alto nível na linha de frente na resposta à Covid-19. • Garantir a segurança e proteção dos profissionais de saúde da linha de frente da prestação de serviços de saúde, implementar medidas de prevenção e controle de infecções em todos os momentos de trabalho. • Cuidado da saúde mental dos profissionais de saúde da linha de frente. Garantia de horas apropriadas e cumpridas de períodos de descanso. • Organizar e expandir equipes para cuidado domiciliar (presencial, por telefone ou através de soluções digitais).

1. Belém, Boa Vista, Macapá, Manaus, Palmas, Porto Velho, Aracaju, Fortaleza, Maceió, Natal, Recife,Salvador, Brasília, Campo Grande, Goiânia, Belo Horizonte, São Paulo, Vitória, Curitiba e Porto Alegre.

Suprimentos *(Supplies)*	Sistema de saúde *(Systems)*
• Identificação e resolução dos gargalos da cadeia de suprimentos por meio de soluções (abrangendo todo o governo) para enfrentar a escassez e os desafios logísticos no fornecimento de medicamentos e outras tecnologias. • Garantir mecanismos de emergência para compras, registro e gerenciamento preciso de estoque dos suprimentos. • Verificação dos produtos em conformidade com as especificações técnicas. • Definir critérios para o uso de suprimentos escassos e promover sua aplicação.	• Planejar e definir claramente e em cadeia de comando nos diversos níveis hierárquicos cada função na capacidade de combate ao surto. • Desenvolver acordos de gerenciamento interno em hospitais e outros grandes prestadores de cuidados de saúde, que precisarão de uma equipe interna de gerenciamento de incidentes, funcionando 7 dias por semana e com fortes vínculos com autoridades locais. • Ativar a capacidade de geração, aprovação e distribuição de qualquer evidência essencial para guiar a gestão clínica. • Expansão da capacidade de comunicação e gestão das relações com os diferentes tipos de mídia. • Apoiar os processos de tomada de decisão em evidências científicas (políticas informadas por evidências). • Disponibilizar estratégias específicas de primeiro contato para o paciente com suspeita (via telefone, internet ou por meio físico). • Manutenção dos serviços essenciais, reforçando os procedimentos operacionais padronizados para segurança dos pacientes que procuram os serviços de saúde com outras queixas.

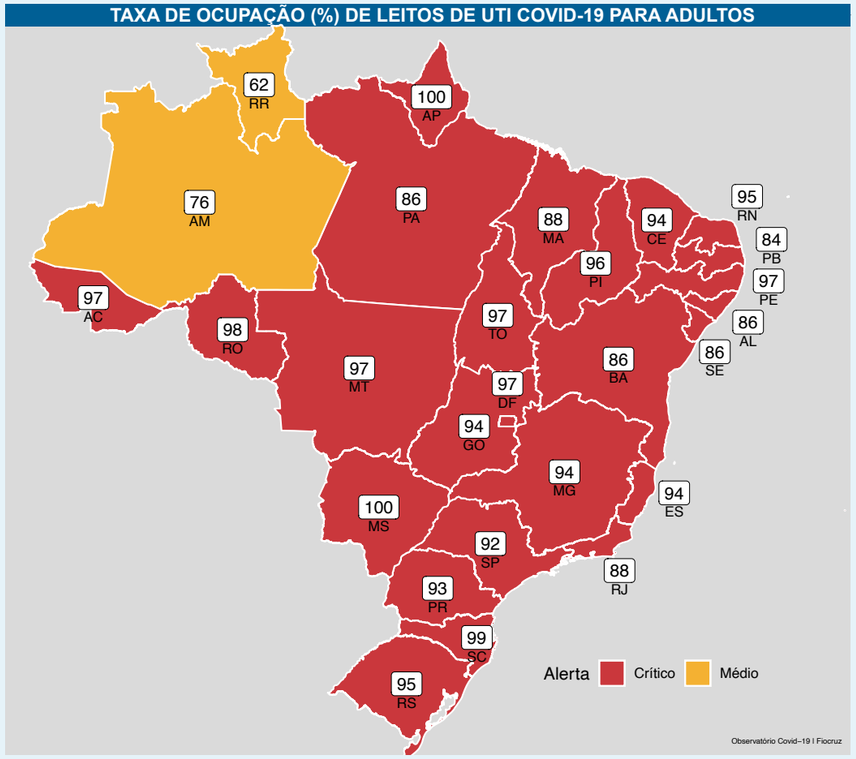
Um aspecto relevante identificado em seis planos de contingência das capitais (Belém, Campo Grande, Curitiba, Salvador, DF e Palmas) foi a necessidade de acompanhamento pós-alta hospitalar e continuidade do cuidado, aspecto que demonstra a possibilidade de articulação com outros pontos da rede de atenção.

O COLAPSO PODIA TER SIDO EVITADO? QUE LIÇÕES PRECISAM SER APRENDIDAS?

A pandemia em curso tem imprimido mudança de percepção sobre a política de atenção hospitalar, trazendo inédita exigência de rápida expansão da oferta de leitos, especialmente de UTI, decisiva na possibilidade de sobrevida de pacientes graves (COSTA; LAGO, 2020). A média brasileira, de 2,3 leitos de UTI para cada 10 mil habitantes, se enquadra nas recomendações da OMS (1 a 3 leitos/ 10 mil hab). No entanto, a distribuição dos leitos é bastante desigual por regiões, sendo a situação mais grave no Norte e no Nordeste, agravada pela concentração dos hospitais/leitos nas capitais, dificuldades de transporte e limitação de acesso a serviços de saúde.

Apesar da ampliação do número de leitos SUS, com crescimento de 66% (jan. a ago. de 2020), permanecem as desigualdades de acesso e as discrepâncias regionais. Destaca-se que a cada leito necessário para atendimento à Covid-19 são também exigidos novos fluxos de organização de acesso, novos equipamentos, especialmente ventiladores mecânicos, uma rede elétrica e de gases capaz de suportar essa sobrecarga, insumos em quantidade e qualidade adequadas e, sobretudo, força de trabalho capacitada para atender ao crescente número de casos complexos e muito graves (ANVISA, 2010).

No momento em que fechamos este boletim (29 de março de 2021), a situação de ocupação de leitos hospitalares no Brasil se configura nesse lamentável e evitável cenário observado no mapa que a seguir:



Fonte: FIOCRUZ, 2021.

RECOMENDAÇÕES AOS GESTORES

Diante das incertezas do mundo atingido pela Covid-19, o processo de revisão das ações empreendidas exige o monitoramento e a correção de rumos. No âmbito nacional é necessária a coordenação sistêmica, junto aos entes federados, do processo de planejamento e gerenciamento dos recursos para a implementação das medidas de contenção da doença e articulação de estratégias multissetoriais para provimento de aporte financeiro aos grupos populacionais vulnerabilizados pela pandemia, preservando-se a autonomia relativa e a necessidade de adequação e atualização dos planos estaduais e municipais às especificidades loco-regionais.

O novo coronavírus reacendeu o alerta para as autoridades de todo o país acerca da necessidade de recuperar e fortalecer o SUS e de elaborar planos para enfrentar momentos atuais como o da pandemia, mas também com o objetivo de superar as fragilidades historicamente existentes. Se luvas, álcool em gel e respiradores trouxeram insônia a gestores e trabalhadores, o pesadelo da ineficiência no planejamento tem levado à ausência de cilindros de oxigênio, kit intubação, leitos, seringas, vacinas e trabalhadores de saúde (quantitativamente e com qualificação adequada) que consigam, depois de uma longa jornada, permanecer em uma linha de frente aparentemente infinita.

Portanto, segue colocado como fundamental a continuidade e revisão do planejamento para expansão e adequação da atenção hospitalar ao cenário da pandemia, considerando a histórica insuficiência e má distribuição territorial dos leitos, subfinanciamento crônico, fragilidade na integração dos hospitais às redes de atenção loco-regionais, além de qualificação para o desempenho assistencial desejado.

Urge também mapear o 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 face à elevação da demanda causada pela expansão da pandemia, relacionando esse cálculo ao quantitativo necessário de profissionais qualificados para sua operacionalização.

Neste cenário, as manifestações do Legislativo e da sociedade civil vêm ocupando o centro do debate. Em busca da equidade de acesso a leitos de UTI entre usuários "SUS dependentes" e beneficiários duplamente cobertos pelo SUS e pelos seguros de saúde privados, discutiu-se a possibilidade de estabelecimento da denominada fila única para ocupação regulada aos leitos de UTI nos casos de Covid-19. Entraram na arena de debates o Senado Federal (2020), o Conselho Nacional de Saúde (2020), a Abrasco – Associação Brasileira de Saúde Coletiva (2020) e o Cebes – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, buscando mobilizar a sociedade para a importância da defesa do SUS diante dos riscos que o ameaçam e da necessidade de se garantir direitos constitucionalmente adquiridos.

De fato, ainda que marcado pela fragilidade da capacidade de gestão, insuficiência de infraestrutura e equipamentos, recursos limitadíssimos para promoção, prevenção e assistência e em meio à ausência de gestão federal que garanta vacinação e diretrizes articuladas para enfrentamento da pandemia em todo o país, o SUS segue altivo salvando vidas em muitos serviços de saúde do Brasil.

Mais do que hospitais de campanha espalhados em estádios, escolas, ginásios e áreas descampadas, são necessários serviços ambulatoriais eficientes, unidades intermediárias equipadas e centros de terapia intensiva ou de referência para essas unidades, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico adequados, com equipes completas, com medidas corretas de proteção individual e coletiva (ABRASCO, 2020). Além disso, uma questão pouco referida nos planos, qual seja a continuidade do cuidado pós internamento, acompanhamento depois da alta para reabilitar as pessoas acometidas pelo vírus, exige uma maior articulação dos hospitais com as unidades da rede de Atenção Básica, especialmente no que tange a atuação dos NASFs - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e CAPS - Centros de Atenção Psicossocial, cuja equipe multiprofissional poderia completar a linha de cuidado.

Por fim, é importante salientar que definir políticas públicas significa exercitar o poder político frente a diferentes interesses conflitantes, buscando, além do equilíbrio entre receitas e despesas, a inclusão das necessidades e demandas dos diversos grupos sociais tendo em vista o fortalecimento das instituições democráticas e a garantia da participação dos setores organizados e/ou emergentes da sociedade civil.

4. REFERÊNCIAS

ABRASCO (org.). Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da COVID-19. 3ª ed; Brasil: Frente Plea Vida. 2020, 111p. Disponível em: https://frentepelavida.org.br/uploads/documentos/PEP-COVID-19_v3_01_12_20.pdf. Acesso em: 14 abr. 2020.

ALBUQUERQUE, NLS. Planejamento operacional durante a pandemia de COVID-19: comparação entre recomendações da Organização Mundial da Saúde e o plano de contingência nacional. Cogitare Enferm. 2020. 25(72659)1-7. Disponível em: ← http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72659→.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução nº. 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acesso em 2020 jun22.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Brasília: SVS/MS; 2020a.

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.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Recomendação nº 026 de 22 de abril de 2020. Recomenda aos gestores do SUS, em seu âmbito de competência, que requisitem leitos privados, quando necessário, e procedam à sua regulação única a fim de garantir atendimento igualitário durante a pandemia. CNS 2020; 22 abr.

COSTA, NR, LAGO, MJ. A Disponibilidade de Leitos em Unidade de Tratamento Intensivo no SUS e nos Planos de Saúde Diante da Epidemia da COVID-19 no Brasil. 2020. [Nota Técnica]. Rio de Janeiro: Fiocruz/UFRJ; 2020. Disponível em: ← http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/a92729d3eae11d7fe26e4f4bd9a663c16f13a410.PDF.

FIOCRUZ. Observatório Covid-19: 17 estados e DF têm ocupações de leitos de UTI superiores a 90%. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/noticia/observatorio-covid-19-17-estados-e-df-tem-ocupacoes-de-leitos-de-uti-superiores-90. Acesso: 07/04/2021.

HALLAL, P. SOS Brazil: Science under attack. The Lancet. Correspondence Volume 397, ISSUE 10272, P373-374, JANUARY 30, 2021. Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00141-0/fulltext. Acesso: 03 fev 2021.

KUHN A. How a Shouth Korean city is changing tactics to tamp down its COVID-19 surge. Corona Crisis. 2020 Mar 10. NRP. Disponível em: ← https://www.npr.org/sections/goatsandsoda/2020/03/10/812865169/how-a-south-korean-city-is-changing-tactics-to-tamp-down-its-covid-19-surge.%20opens%20in%20new%20tab→.

MOREIRA, R. COVID-19: unidades de terapia intensiva, ventiladores mecânicos e perfis latentes de mortalidade associados à letalidade no Brasil. Cad. Saúde Pública 2020; 36(5):e00080020.

NORONHA. K; GUEDES, G; TURRA, C.; ANDRADE, M; BOTEGA, L; NOGUEIRA, D; et al. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. Cad. Saúde Pública 2020; 36(6):e00115320.

RACHE, R, NUNES, S, MALIK, A, MASSUDA, A. Necessidades de Infraestrutura do SUS em preparo ao COVID-19: leitos de UTI, respiradores e ocupação hospitalar. 2020. [Nota Técnica nº 3]. São Paulo: IEPS; 2020.

RACHE, R; NUNES, L., SPINOLA, P, MASSUDA, A. Para Além do Custeio: Necessidades de Investimento em Leitos de UTI no SUS sob Diferentes Cenários da COVID-19. [Nota Técnica nº 7]. São Paulo: IEPS; 2020.

Santos, TBS, Andrade, L.R, Vieira, S.L, Duarte, J.A, Martins, J.S, Rosado, L.B, Oliveira, J.S, Pinto, I.C.M.. Contingência hospitalar no enfrentamento da covid-19 no Brasil: problemas e alternativas governamentais. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2020/Dez). Citado em: 22/02/2021. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/contingência-hospitalar-no-enfrentamento-da-covid19-no-brasil-problemas-e-alternativas-governamentais/17873?id=17873.

SENADO FEDERAL. Projeto de Lei nº 2324, de 2020. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para dispor sobre uso compulsório de leitos privados disponíveis, de qualquer espécie, pelos entes federativos para a internação de pacientes acometidos de Síndrome Aguda Respiratória Grave ou com suspeita ou diagnóstico de COVID-19, e dá outras providências.

TEIXEIRA, CF. Vigilância e controle da COVID-19: dimensões, políticas e práticas de vigilância em saúde. ISC-UFBA. Projeto Análise de Modelos e Estratégias De Vigilância em Saúde (2020-2022) Boletim nº 1 OBSERVACOVID. Disponível em: http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/documentos/noticias/edicao-1-do-boletimdo-observacovid/. Acesso em 12 de fevereiro de 2020.

WANG D, DE LUCCA-SILVEIRA M. Escolhas dramáticas em contextos trágicos: alocação de vagas em UTI durante a crise da COVID-19. 2020. [Nota Técnica nº 5]. São Paulo: IEPS; 2020.

WHO. COVID-19 Strategic preparedness and response plan operational planning guidelines to support country preparedness and response. Genebra: WHO; 2020a. Disponivel em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-19-sprp-unct-guidelines.pdf.

_____. Strengthening the health systems response to COVID-19: technical guidance #2: creating surge capacity for acute and intensive care. WHO. Regional Office for Europe. 2020b. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/3325622.

Equipe de pesquisadores/as responsável pelo conteúdo do texto:
Isabela Cardoso de Matos Pinto; Laíse Rezende de Andrade; Thadeu Borges Souza Santos; Silvana Lima Vieira; Joseane Aparecida Duarte; Juliete Sales Martins; Lilian Barbosa Rosado; Juliana dos Santos Oliveira; Yonara Cerqueira Ferreira; Alice Bonfim de Santana.

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 Karla 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, Bianca Maria Santos da Paz, Bruno Guimarães, Caio Castro, Camila Bulcão, Catharina M. Soares, Ceuci Nunes, Cleber Cremonese, Cristiane Abdon, Denise Nogueira Cruz, Ediná Costa, Ednir Souza, Eliana Auxiliadora Magalhães Costa, Erica Bowes, Erick Lisboa, Erika Aragão, Estela Aquino, Gisélia Santana Souza, 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, Patricia Sodré Araujo, 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 · MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA, INOVAÇÕES E COMUNICAÇÕES · MINISTÉRIO DA SAÚDE · PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL