

## OFICINA (WORKSHOP)

**Como os Institutos Nacionais de Saúde Pública podem promover abordagens de equidade para o bem-estar que tenham influência sobre os resultados da saúde pública?**

**Comitê IANPHI sobre Desigualdades Sociais e em Saúde Pública**

11 a 13 de junho de 2025, Saint-Maurice, França

Relatório do workshop

### INTRODUÇÃO

O workshop do Comitê Temático de Desigualdades Sociais e em Saúde Pública da IANPHI foi realizado de 11 a 13 de junho de 2025, na sede da Agência de Saúde Pública da França (Santé Publique France), em Saint-Maurice, França. Reuniu representantes de 22 institutos e organizações parceiras, de todas as regiões da IANPHI, para explorar a questão: **Como os Institutos Nacionais de Saúde Pública podem promover abordagens de equidade para o bem-estar que tenham influência sobre os resultados da saúde pública?**

Esta iniciativa faz parte de um projeto mais amplo financiado pelo Programa de Subsídios de Saúde Internacional da Agência de Saúde Pública do Canadá, que visa promover intercâmbios bem estruturados sobre o papel e a experiência dos institutos nacionais de saúde pública (INSPs) na transição da observação e documentação das desigualdades para o desenho e implementação de ações voltadas a reduzir essas desigualdades em matéria de saúde e bem-estar.

A reunião foi aberta por *Anne-Catherine Viso*, Diretora de Assuntos Científicos e Internacionais do Santé Publique France, que apresentou a missão geral do instituto e a importância de ter um programa transversal relacionado às inequidades em saúde. Após as observações iniciais, o workshop continuou com uma visão detalhada do *Prof. Felix Rosenberg*, da FIOCRUZ, presidente do Comitê Temático da IANPHI sobre Desigualdades Sociais e em Saúde Pública. Ele conectou as sessões individuais da oficina a um quadro referencial de ação. O Prof. Rosenberg explicou como cada sessão foi estrategicamente projetada para abordar abordagens-chave para promover a equidade em saúde e garantir que todas as discussões estejam alinhadas com os objetivos gerais do comitê. Por fim, ele focou no projeto e no contexto das atividades do Comitê, destacando que essa reunião presencial era uma oportunidade única para transformar anos de discussões conceituais em ações concretas, e que o trabalho coletivo lançaria as bases para um plano de trabalho sustentável e financiado para combater efetivamente as inequidades em saúde.

## SESSÃO 1 - O PAPEL DOS INPs NO FOMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E NO DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DOS TRABALHADORES COMUNITÁRIOS

Coordenador: Prof. Felix Rosenberg, Diretor do Fórum Itaboraí, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Presidente do Comitê Temático de Desigualdades Sociais e de Saúde Pública da IANPHI

A primeira sessão foi aberta com o Prof. Rosenberg apresentando os resultados do projeto "Diagnóstico Multicêntrico Territorial de Desigualdades Sociais e Desigualdades em Saúde por meio da Aplicação da Tecnologia Social", implementado em 2024 na Argentina, México, Colômbia, El Salvador e Paraguai. O projeto focou na promoção da equidade em saúde sob uma ótica territorial, integrando sistemas nacionais e locais de saúde pública. O Prof. Rosenberg explicou que essa abordagem é fundamentada em um modelo conceitual no qual o território não é apenas uma variável epidemiológica a mais, mas a base estrutural onde suas comunidades ou habitantes interagem, revelando desigualdades sociais significativas como determinantes das inequidades em saúde, baseadas na geografia e na classe social. Ele defendeu intervenções de saúde pública baseadas no território e destacou o papel dos institutos nacionais de saúde pública no desenvolvimento de respostas políticas localizadas.

Após sua apresentação, a Dra. Laura Recoder, do Centro Nacional de Diagnóstico e Pesquisa Endêmica – CENDIE/ANLIS, Argentina, compartilhou um estudo de caso do projeto multicêntrico, na localidade de Dock Sud, uma área ambientalmente vulnerável próxima a Buenos Aires. O processo de Diagnóstico Rápido Participativo (DRP) envolveu múltiplos atores, incluindo governo, academia e grupos comunitários, por meio de entrevistas, exercícios de mapeamento e oficinas, produzindo resultados tangíveis como relatórios governamentais, mapas analógicos e digitais, sessões de treinamento e triagens comunitárias. Esses esforços não apenas geraram novos dados locais de saúde, mas também fortaleceram o engajamento comunitário e influenciaram políticas municipais de saúde.

A discussão então se voltou para reflexões mais gerais dos participantes sobre o uso do DRP e do mapeamento participativo, enfatizando a eficácia dessas ferramentas em destacar questões locais de saúde, frequentemente negligenciadas por pesquisas convencionais, e na promoção da apropriação e engajamento locais. As ferramentas do DRP foram apresentadas como uma alternativa de baixo custo às pesquisas nacionais, fornecendo feedback em tempo real às comunidades e garantindo a transparência e legitimidade dos dados de saúde por meio da validação comunitária, tornando o DRP não apenas uma inovação metodológica, mas também uma abordagem estratégica para a equidade.

Os participantes identificaram as seguintes estratégias em nível local para enfrentar desigualdades em saúde:

1. **Repensar como o sucesso em saúde pública é medido**, indo além dos indicadores biomédicos em direção à novas métricas que reflitam bem-estar, equidade e transformação sistêmica, e **defendendo a integração da expertise em ciências sociais nas instituições de saúde pública**, já que o domínio dos modelos clínicos frequentemente limita o escopo das ações. Essas abordagens exigem mudanças metodológicas e institucionais, incluindo reformas educacionais, desenvolvimento de capacidades de longo prazo e autoria compartilhada com as comunidades envolvidas em pesquisa e planejamento.
2. **Reducir a distância entre sistemas centralizados e realidades locais**. Os INSP devem apoiar os atores locais por meio de treinamentos e recursos, ao mesmo tempo em que atuam como coordenadores que alinham as necessidades da comunidade com as estratégias nacionais. Essa perspectiva territorial é fundamental para entender como as desigualdades estruturais se manifestam de forma diferente em cada lugar e como respostas localizadas podem ser mais eficazes quando criadas em conjunto com os mais afetados.
3. **Enfrentar desafios relacionados à inclusão e confiança**, especialmente em contextos em que práticas participativas são novas ou onde os desequilíbrios de poder entre instituições e comunidades permanecem fortes. A colaboração intersetorial é um fator de sucesso.

Todos os participantes relataram sucesso usando ferramentas participativas como mapeamento de saúde e diagnósticos comunitários para gerar dados relevantes e mobilizar respostas conjuntas. No entanto, também houve reconhecimento de que, sem apoio estrutural, como financiamento, mandatos institucionais e vontade política, essas práticas correm o risco de se tornarem projetos isolados sem impacto de longo prazo. Os participantes pediram que o diagnóstico participativo fosse reconhecido como uma ferramenta para o empoderamento comunitário e a transformação de políticas, além de um compromisso institucional mais forte com a justiça social e ambiental e o investimento de longo prazo.

## SESSÃO 2 – SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: COMO INTEGRAR OS INSTITUTOS NACIONAIS DE SAÚDE PÚBLICA ÀS POLÍTICAS INTERSETORIAIS DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL?

Coordenadora: Dra. Ivalda Macicame, Diretora Nacional de Inqueritos e Observação em Saúde, Instituto Nacional de Saúde de Moçambique

A Dra. Macicame fez uma apresentação sobre o papel fundamental dos INSP no enfrentamento da segurança alimentar e nutricional, destacando disparidades globais na subnutrição e insegurança alimentar, especialmente na África e em países de baixa e média renda, onde o fardo é maior e agravado por conflitos armados, mudanças climáticas e desafios econômicos. Ela então apresentou o modelo colaborativo da rede de INSP dos países de língua portuguesa (RISNP/CPLP), que visa integrar os INSP aos conselhos nacionais de alimentação e nutrição, compartilhar melhores práticas e superar desafios como sistemas de vigilância fracos e dados fragmentados. Ela concluiu propondo estratégias para que os INSP fortaleçam a segurança alimentar e nutricional por meio de análise de dados, orientação política, coordenação intersetorial, fortalecimento de capacidades e defesa da equidade.

Após esta apresentação, os participantes propuseram recomendações concretas que poderiam ser implementadas para integrar os INSP às políticas intersetoriais de segurança alimentar e nutricional:

1. **Expandir o papel dos INSP em matéria de nutrição,** além da prevenção e controle da obesidade e dos hábitos individuais, a fim de enfrentar a fome e a insegurança alimentar como prioridades de saúde pública. Os INSP devem se envolver ativamente em comissões nacionais e órgãos intersetoriais para quebrar os silos e promover a colaboração entre os setores de alimentação, saúde e meio ambiente.
2. **Compartilhar e promover as melhores práticas:** Aproveitar modelos comprovados, como o Nutri-Score na França, refeições escolares gratuitas na Inglaterra e abordagens comunitárias em Quebec, para orientar políticas e incentivar a colaboração internacional. Focar na adequação dos recursos existentes em vez de criar novas soluções.
3. **Coordenar ações em múltiplos níveis:** No nível local, utilizar métodos participativos para elaborar guias alimentares culturalmente apropriadas, influenciar a oferta de alimentos limitando o licenciamento de pontos de venda de alimentos não saudáveis e apoiar programas comunitários de produção de alimentos e nutrição. Nos níveis regional e nacional, abordar questões estruturais como a pobreza e desigualdade, ao mesmo tempo em que defender regulamentações baseadas em evidências para obter apoio político.
4. **Fortalecer o monitoramento e a pesquisa:** Avaliar regularmente intervenções nutricionais usando indicadores como desnutrição, insegurança alimentar e disparidades socioeconômicas. Desenvolver pesquisas sobre o impacto das mudanças climáticas nos sistemas alimentares e na qualidade nutricional que orientem as políticas.
5. **Abordar tanto a desnutrição quanto a obesidade,** adaptando estratégias às realidades locais, buscando um equilíbrio entre a melhoria do ambiente alimentar e as intervenções voltadas para mudar hábitos individuais, além de reconhecer o duplo fardo da desnutrição e da obesidade.
6. **Enfrentar os determinantes comerciais da saúde:** O INSP deve fortalecer sua capacidade de combater a influência da indústria alimentícia na saúde pública e usar ferramentas

internacionais para proteger os interesses de saúde. Construir a confiança pública garantindo que a saúde venha acima dos lucros corporativos e avaliando criticamente as parcerias público-privadas.

7. **Mudança de abordagens comportamentais para estruturais:** Coordenar intervenções estruturais e comportamentais em todos os setores, independentemente das estruturas de financiamento. As recomendações políticas devem ser flexíveis para abordar efetivamente todos os aspectos do ambiente alimentar.
8. **Desenvolver capacidades e habilidades:** Investir em treinamento em nutrição em todos os setores, como saúde pública, educação e agricultura familiar. Programas intergeracionais podem preservar o conhecimento alimentar e as habilidades culinárias, promovendo hábitos alimentares sustentáveis.
9. **Enquadrar a produção de alimentos como uma questão de saúde:** o planejamento de saúde pública deve abordar as práticas agrícolas, especialmente o uso de agroquímicos e pesticidas. Apoiar abordagens agroecológicas para uma população e um planeta mais saudáveis.
10. **Integrar clima e sustentabilidade:** Políticas e pesquisas devem vincular mudanças climáticas e nutrição, promovendo a colaboração entre o Norte e o Sul. Essa área oferece oportunidades para ação conjunta e aprendizado mútuo.
11. **Melhorar as estratégias de comunicação:** Adaptar as mensagens para que ecoem em grupos diversos e promovam práticas alimentares tradicionais como patrimônio cultural e nutricional. Uma comunicação eficaz cria impulso e um senso de propriedade coletiva em favor de sistemas alimentares mais saudáveis.

### **SESSÃO 3 - O PAPEL DOS INSP NO FORTALECIMENTO DE CAPACIDADES DA FORÇA DE TRABALHO PARA ENFRENTAR DESIGUALDADES SOCIAIS, ECONÔMICAS E AMBIENTAIS COMO DETERMINANTES DAS INEQUIDADES EM SAÚDE**

*Coordenador: Dr. Bernardo Hernández Prado, Reitor da Escola de Saúde Pública, Instituto Nacional de Saúde do México*

Em sua apresentação introdutória, o Dr. Hernandez Prado afirmou que a disponibilidade de uma força de trabalho adequada em saúde pública (qualitativa e quantitativa) é provavelmente uma das desigualdades mais marcantes entre países e regiões ao redor do mundo. Espera-se que haja uma escassez de 11 milhões de profissionais de saúde até 2030, principalmente em países de baixa e média baixa renda, fatores contribuintes como o subinvestimento crônico na educação e treinamento de profissionais de saúde e o desajuste entre educação, sistemas de saúde e necessidades da população. Embora tenha havido trabalhos definindo competências para a força de trabalho em saúde pública, há necessidade de uma definição mais específica das competências necessárias para enfrentar desigualdades como determinantes das inequidades em saúde.

Segundo o Dr. Hernandez Prado, estimativas prospectivas de oferta e demanda por recursos de saúde, treinamento interprofissional focado em responsabilidade social, incluindo trabalho comunitário, educação e pesquisa, e o uso de novos modelos educacionais, são aspectos-chave do fortalecimento de capacidades para enfrentar questões de saúde.

A sessão então passou a descrever as experiências e desafios dos participantes nas necessidades e treinamento da força de trabalho. Foi feito um chamado para tentar focar no fortalecimento da capacidade da força de trabalho para enfrentar desigualdades sociais, econômicas e ambientais como determinantes das inequidades em saúde, e o papel que os INSP devem desempenhar. Com base nisso, algumas propostas de ação foram apresentadas para recentrar o foco na equidade:

1. **Reformulando a definição da força de trabalho em saúde pública:** Enfatizar abordagens interdisciplinares e multisetoriais (por exemplo, inclusão de profissionais de serviços sociais, educação, planejamento urbano), destacar a necessidade de representação diversa, experiência vivida e competências antirracistas/culturais, explicitamente ligadas à capacidade de abordar as causas profundas das desigualdades, e referência à atenção primária à saúde como mecanismo de equidade, chamando atenção para o acesso de primeiro nível e as classes sociais. Essa reformulação ajuda a garantir que o fortalecimento de capacidades não seja apenas sobre habilidades técnicas, mas sobre capacitar uma força de trabalho que compreenda e possa agir sobre desigualdades.
2. **Definindo competências que visam diretamente desigualdades:** Incluir análise política, organização e cobertura de sistemas de saúde, comunicação estratégica e engajamento comunitário como habilidades essenciais relacionadas à equidade, e pedir alinhamento entre treinamento e necessidades reais do sistema de saúde pública, considerando o contexto dos determinantes sociais da saúde em locais específicos. Essas adições mudam o foco do treinamento genérico em saúde pública para uma capacidade que apoia diretamente a ação sobre desigualdades sociais, econômicas e ambientais.
1. **Fortalecimento do papel dos INSP na formação orientada para a equidade:** Embora haja uma heterogeneidade substancial nos mandatos e atividades dos diferentes INSP, é necessário reconhecer que estes podem não supervisionar formalmente a capacitação, mas podem influenciar, apoiar e garantir qualidade, com uma clara perspectiva de equidade, e considerar a alocação temporária, mentoria e aprendizagem entre pares como ferramentas flexíveis para a aprendizagem aplicada de equidade. Isso reafirma uma responsabilidade mais ampla dos INSP em promover o desenvolvimento da força de trabalho para equidade, não apenas por meio de mandatos diretos de formação, mas também ao modelar as melhores práticas e oferecer capacitações e oportunidades de desenvolvimento profissional contínuo para seus funcionários, até mesmo treinamentos para organizações externas.
2. **Os INSP como facilitadores estruturais para a equidade:** Os INSP estão em boa posição para pedir investimentos multidisciplinares e de longo prazo em formação que aborde as causas profundas das desigualdades, apoiando a institucionalização das Escolas de Saúde Pública com foco claro em equidade e sustentabilidade. Essas abordagens estruturais ajudarão a garantir que a equidade não seja um acréscimo, mas sim incorporada na forma como o sistema apoia a força de trabalho.
3. **Direções a Futuro com uma Lente de Equidade:** Para reduzir as desigualdades em saúde, é necessário enfatizar a formação como uma alavanca para mudanças de longo prazo: os alunos de hoje como os líderes da equidade de amanhã, o que destaca a necessidade de incorporar a Determinação Social da Saúde nos currículos centrais e promover comunidades de prática intersetoriais, especialmente envolvendo profissionais marginalizados, incluir competências fundamentais como humildade epistêmica, escuta e alfabetização política são habilidades essenciais para o trabalho de equidade. Esses fatores reforçam a ideia de que a transformação da saúde pública rumo à equidade exige uma mudança mais profunda de mentalidade, habilidades e estruturas.

#### **SESSÃO 4 - CONSTRUINDO CONFIANÇA, CRIANDO PONTES vs DIVISÕES: APOIANDO OS INSP EM COMUNICAÇÃO EQUITATIVA E EFICAZ EM SAÚDE PÚBLICA**

*Coordenadores: Jalpa Shah (Santé Publique France), Giri Shankar (Saúde Pública do País de Gales)*

Giri Shankar abriu a sessão enfatizando a importância da comunicação equitativa em saúde pública, especialmente no contexto do crescente desconhecimento e divisão social. Ele explicou que os INSP devem servir como fontes confiáveis de informações precisas e oportunas, especialmente durante

crises. A comunicação equitativa deve ser acessível a todos os segmentos da população, incluindo grupos marginalizados e adaptada para capacitar as comunidades a tomar ações significativas. Ele enfatizou que a comunicação em saúde deve não apenas informar, mas também promover a alfabetização em saúde, construir confiança e garantir que ninguém fique de fora.

*Jalpa Shah* então apresentou um estudo de caso da França, desenvolvido com *Stéphanie Vandendorren*, sobre a coprodução de comunicações sobre COVID-19 para populações marginalizadas, especialmente pessoas em situação de rua. A iniciativa, que ocorreu de 2021 a 2023, gerou 22 boletins informativos e se tornou uma fonte confiável de informação, amplamente disseminada por e-mail, WhatsApp, materiais impressos e redes sociais. Também influenciou discussões políticas, destacando barreiras estruturais como requisitos de abordagem nos sistemas de vacinação. Ela concluiu enfatizando o valor da coprodução para reduzir a lacuna entre os setores de saúde e social, ao mesmo tempo em que destacou desafios na avaliação do impacto da comunicação, dado a crescente disseminação de informações online por canais privados (por ex. WhatsApp) e no combate à desinformação.

As seguintes mensagens-chave surgiram da discussão que se seguiu com os participantes:

1. **Os INSP devem mostrar o caminho desenvolvendo mensagens baseadas em evidências**, criando ferramentas e plataformas de comunicação, e coordenando respostas estratégicas à desinformação, promovendo redes colaborativas que permitam a disseminação de informações confiáveis em saúde e garantindo o uso eficaz dos recursos. As notícias falsas devem ser rapidamente confrontadas com fatos baseados em evidências. Os INSP têm a responsabilidade de garantir ativamente que suas comunicações não perpetuem ou agravem as desigualdades de saúde existentes. Uma abordagem eficaz é desenvolver comunicações que abordem e desafiem a discriminação estrutural e os desequilíbrios de poder, garantindo que as comunidades marginalizadas sejam partícipes — por exemplo, por meio de coprodução, engajamento comunitário, abordagens baseadas na comunidade e assim por diante.
2. **Importância da coprodução:** Comunicação eficaz em saúde pública exige colaboração genuína com as comunidades, baseada na confiança. Esses relacionamentos, cultivados durante períodos sem crise e mantidos ao longo do tempo, permitem mobilização rápida durante crises e apoiam a resiliência comunitária. Derrubar barreiras burocráticas e construir redes de baixo para cima também ajuda a garantir que a comunicação seja relevante, especialmente para grupos marginalizados que podem não priorizar preocupações específicas de saúde, dada a priorização de necessidades urgentes e básicas que dominam suas vidas cotidianas.
3. **Garantir o engajamento da comunidade:** Ouvir as comunidades e reconhecer incertezas é tão importante quanto compartilhar informações baseadas em evidências. Estabelecer caminhos eficazes para desenvolver o entendimento compartilhado também é fundamental, assim como reconhecer e enfrentar as dinâmicas de poder entre instituições e comunidades. Cada um desses elementos ajuda a construir confiança e garantir que as mensagens sejam recebidas e compreendidas conforme o previsto. Além disso, é preciso ter cautela para garantir que as mensagens não aumentem a estigmatização de grupos já marginalizados.
4. **Benefícios das abordagens baseadas na comunidade:** Estratégias de baixo para cima, envolvendo líderes locais e intermediários de confiança, mostraram-se mais eficazes do que a comunicação centralizada isolada. Alinhar a comunicação com os valores comunitários e as nuances culturais é essencial.
5. **Sensibilidade contextual:** As mensagens de saúde pública devem ir além da precisão técnica para enfrentar barreiras estruturais como barreiras linguísticas, estigma, discriminação e marginalização. Enfrentar essas barreiras diretamente é essencial para melhorar a equidade em saúde e garantir que as mensagens cheguem e ressoem com todos os segmentos da população.

6. **Comunicação rápida e confiável, especialmente durante emergências de saúde pública:** A rapidez não deve vir às custas da confiança, as mensagens devem ser cuidadosamente cronometradas e adaptadas à cultura local para evitar parecer condescendentes ou excessivamente prescritivas. Para combater a desinformação e a desinformação, os comunicadores devem antecipar os tipos de desinformação que provavelmente surgirão e planejar de acordo.
7. **Tensões entre autoridades locais e centrais:** Mensagens inconsistentes podem minar a confiança e a eficácia. A fragmentação das informações de saúde não apenas causa confusão entre profissionais de saúde e profissionais de campo, mas também corrói a confiança das populações marginalizadas, especialmente aquelas com alfabetização em saúde limitada.
8. **Formação e desenvolvimento de capacidades:** É essencial treinar profissionais de saúde pública em técnicas de comunicação e integrar nas equipes especialistas em comunicação, incluindo estudantes e cientistas sociais. Da mesma forma, os comunicadores precisam ser formados em princípios de saúde pública e quadros referenciais da equidade para garantir que as mensagens atendam a toda a população. As instituições nacionais de saúde pública devem ser incentivadas a adotar estratégias digitais mais proativas para alcançar públicos diversos.
9. **Colocar a equidade no centro da mensagem:** Níveis de alfabetização em saúde, crenças culturais e diversidade linguística devem ser considerados ao desenhar e disseminar comunicações de saúde pública.

## SESSÃO 5 - O PAPEL DOS INSPs NA PROMOÇÃO DA INCLUSÃO SISTEMÁTICA DE INDICADORES GEOGRÁFICOS E DE DESIGUALDADE.

*Coordenadores: Andrew Hayward (UKHSA), Stéphanie Vandentorren (Santé Publique France)*

A sessão focou em como os indicadores de inequidades em saúde podem ser tornados mais significativos e operacionais, especialmente para atores locais e populações marginalizadas.

*Andrew Hayward* enfatizou a importância de usar dados de equidade em saúde para tomar decisões operacionais, não apenas para relatórios. No Reino Unido, apesar da riqueza de dados e ferramentas interativas como Fingertips e Health Inequalities Dashboard, ainda existe uma lacuna na tradução dos dados em impacto. Ele destacou a necessidade de dados simples e direcionados, melhor visualização de dados e inclusão de grupos socialmente excluídos (por exemplo, sem-teto, migrantes) que muitas vezes são invisíveis em conjuntos de dados rotineiros.

*Stéphanie Vandentorren* compartilhou uma perspectiva francesa em que os dados sociais são escassos, limitando a capacidade de resposta durante crises como a COVID-19. A França agora está integrando sistematicamente determinantes sociais chave (por exemplo, moradia, emprego, origem) em pesquisas nacionais. Ela destacou a mudança do uso de índices compostos de privação para indicadores estruturais mais específicos, visando melhor informar políticas e intervenções. Estudos de caso sobre ondas de calor e tuberculose mostraram como focar nas condições habitacionais (superlotação, ventilação ruim) em vez de índices amplos guiou melhor medidas de saúde pública direcionadas e eficazes. Ela enfatizou a necessidade de treinamento, clareza metodológica e comunidades colaborativas para transformar dados sociais em mudanças sistêmicas.

Algumas recomendações-chave foram então formuladas durante as discussões com os participantes:

1. **Ir além de apenas descrever desigualdades, usando indicadores para desafiá-las,** abordando a questão de se a prioridade deve ser gerar mais indicadores ou traduzir dados existentes em ações no mundo real. Foram expressas preocupações sobre esforços repetidos de coleta de dados que não influenciam políticas ou prestação de serviços, mas também foi reconhecido que indicadores robustos e transparentes são ferramentas vitais para a responsabilização,

planejamento e engajamento comunitário, especialmente quando projetados com propósitos claros e populações-alvo em mente.

2. **Valor dos dados granulares e de pequena área para revelar desigualdades locais** e apoiar intervenções direcionadas, ao mesmo tempo em que reconhece desafios éticos e práticos relacionados à confidencialidade ao lidar com dados altamente desagregados. Reformulando os dados espaciais focando menos no mapeamento específico de doenças e mais na análise de fragilidades estruturais e ambientais que fundamentam as disparidades em saúde, para apoiar estratégias proativas de saúde pública que abordam as causas raízes em vez dos sintomas.
3. **Importância da coprodução de indicadores com comunidades afetadas por desigualdades.** Utilizando pesquisas qualitativas com profissionais de saúde locais para redesenhar painéis que apoiem melhor a tomada de decisões. Necessidade de abordagens diversificadas de coleta de dados e envolvimento das comunidades, desde o planejamento até a interpretação.
4. **Melhorar a alfabetização de dados**, especialmente no nível local, para garantir que os indicadores sejam compreendidos e usados de forma eficaz, já que métricas de desigualdade tendem a ser mais complexas do que os dados tradicionais de saúde.
5. **Olhando além das fontes convencionais de dados**, como bancos de dados de centros de intoxicação, análise de águas residuais e inventários de ativos comunitários, que podem oferecer insights oportunos e específicos do contexto frequentemente negligenciados na vigilância rotineira. As dimensões éticas e políticas da produção de dados são uma grande preocupação, especialmente o fenômeno do "genocídio estatístico", onde grupos marginalizados ficam invisíveis pela ausência em estatísticas oficiais ou pela diluição dos índices médios, o que impacta seus direitos e acesso a recursos. Isso mostra o papel dos dados em tornar os problemas invisíveis visíveis e amplificar vozes excluídas.
6. **Integrar salvaguardas éticas em todo o processo de desenvolvimento e relatórios para evitar resultados indesejados, prestando atenção ao uso indevido dos dados, que nunca são neutros e podem ser usados como arma para estigmatizar ou justificar políticas prejudiciais.**

No geral, os participantes pediram uma mudança de paradigma em direção a indicadores coproduzidos e sensíveis ao contexto, que reflitam realidades vividas e sirvam como ferramentas não apenas para medição, mas também para defesa, colaboração e mudanças significativas.

## SESSÃO 6 - COMO CONSTRUIR CAPACIDADE E RECONHECIMENTO SOBRE O PAPEL DOS INSP EM ESFORÇOS E PROJETOS INTERSETORIAIS PARA ENFRENTAR DESIGUALDADES EM SAÚDE E BEM-ESTAR

*Coordenadores: Beth Jackson (Agência de Saúde Pública do Canadá), Marianne Jacques (Centro Nacional Colaborador para Políticas Públicas Saudáveis, Institut National de Santé Publique du Québec)*

Durante essa discussão rica e multifacetada, Marianne Jacques e Beth Jackson exploraram o papel dos INSP na promoção da ação intersetorial para enfrentar as desigualdades em saúde e agir sobre os determinantes sociais, econômicos, ambientais e estruturais da saúde, com base nos quatro pilares da OMS: governança, liderança, métodos de trabalho e recursos, como um marco para fortalecer a capacidade dos INSP de agir de forma intersetorial.

Beth Jackson explicou que quadros de bem-estar, como o Quadro de Referência da Qualidade de Vida do Canadá, abrem novas portas para a colaboração intersetorial ao fornecer uma linguagem comum e objetivos que transcendem os silos tradicionais de saúde. Ela também enfatizou a importância de colocar esses princípios em prática, integrando equidade, engajamento e evidências nas funções centrais de saúde pública, e posicionando a Agência de Saúde Pública do Canadá não apenas como consultora, mas também como catalisadora para mudanças em nível sistêmico em ambientes políticos focados no bem-estar populacional.

Marianne Jacques então apresentou a Rede Canadense para Saúde em Todas as Políticas, criada para promover a colaboração intersetorial e o aprendizado entre pares, entre profissionais de saúde pública em todo o Canadá. Embora muitas pessoas estejam trabalhando em busca de objetivos semelhantes, seus esforços frequentemente permanecem isolados. Ao facilitar o compartilhamento de conhecimento, essa rede visa apoiar estruturas de governança que promovam abordagens holísticas e colaborativas para saúde e bem-estar.

As discussões com os participantes concluíram que o progresso depende de modelos institucionais que colocam a equidade e a colaboração no centro das funções fundamentais da saúde pública. Nesse contexto, é necessário um apoio robusto para redes profissionais que possam navegar pelos impasses e conflitos que surgem quando as responsabilidades e prioridades de saúde pública divergem entre agências em nível nacional, regional e local. Essas redes são essenciais para fomentar o alinhamento e enfrentar as tensões que podem dificultar o progresso. Isso também se relaciona com as reflexões críticas do grupo sobre liderança, autonomia e conceitos como "resiliência" e "Saúde em Todas as Políticas", enfatizando que esses termos devem ser usados com cautela para evitar reforçar limitações estruturais. A discussão também revelou a tensão entre a autonomia dos INSP e sua dependência de financiamento ou mandatos governamentais, destacando a necessidade de um quadro mais claro e de apoio que equilibre independência e eficácia na liderança em saúde pública.

Os seguintes pontos-chave também emergiram das discussões:

1. A importância de estabelecer metas realistas para reduzir desigualdades em saúde e a necessidade de uma infraestrutura de dados robusta para orientar políticas.
2. Papel da liderança informal e formal, mudanças culturais dentro das instituições e potencial de ferramentas diagnósticas para aprimorar a colaboração.
3. Necessidade de uma defesa mais forte dentro das instituições de saúde pública e de uma responsabilidade focada na colaboração de longo prazo e orientada ao processo.
4. A falta de estratégias nacionais abrangentes contra a desigualdade em saúde é uma lacuna significativa.

Algumas estratégias sugeridas incluíram:

5. Fortalecer ações intersetoriais locais.
6. Envolver representantes de outros setores na governança.
7. Manter a independência institucional com uma liderança resiliente capaz de navegar por mudanças políticas.
8. Defender uma legislação moderna de saúde pública.

A sessão foi concluída com reflexões sobre a importância de construir tração intersetorial dentro dos institutos por meio de comitês envolvendo atores internos e externos.

## DISCUSSÃO PLENÁRIA – CONCLUSÕES E PRÓXIMOS PASSOS PARA O COMITÊ TEMÁTICO IANPHI SOBRE DESIGUALDADES SOCIAIS E SAÚDE PÚBLICA

*Coordenador: Felix Rosenberg (FIOCRUZ), Presidente do Comitê Temático de Desigualdades Sociais e de Saúde Pública da IANPHI*

### Conclusões gerais e recomendações sobre desigualdades em saúde como questão central nos INSP

As discussões permitiram que os participantes identificassem diferentes mecanismos pelos quais os INSP podem contribuir para reduzir inequidades em saúde, incluindo os listados a seguir:

1. **Colocar as inequidades em saúde como uma questão central institucional e evitar o isolamento do trabalho de equidade dentro dos institutos:** As inequidades em saúde frequentemente estão isoladas em unidades especializadas e não integradas nos INSP, correndo risco de marginalização e impacto limitado. Defender a integração das inequidades em saúde em todos os programas do instituto, em vez de isolá-las. Compartilhar amplamente o conhecimento e apoiar aqueles que trabalham com desigualdades para evitar o isolamento.
2. **Foco na ação e colaboração intersetorial:** Muitos INSP realizam estudos sobre o impacto de diferentes tipos de desigualdades sociais e econômicas nas inequidades em saúde. São necessárias atividades práticas para agir efetivamente e reduzir tais desigualdades. Os INSP também devem se envolver em colaborações intersetoriais, incluindo educação, agricultura, desenvolvimento ambiental, habitação, entre outros.
3. **Avaliar as posições institucionais atuais:** Os institutos variam amplamente em seu mandato, capacidade e maturidade em relação à equidade em saúde. Ajustar metas e prazos reconhece essas diferenças, garantindo expectativas realistas e promovendo progressos incrementais sem desencorajar institutos menos avançados.
4. **Aproveitar os recursos e melhores práticas existentes,** incluindo trabalhos sobre desigualdades em outros programas institucionais dentro dos INSP.
5. **Estabelecer metas realistas:** Os Institutos Nacionais variam muito; as intervenções devem ser adaptáveis e os objetivos realistas para garantir progresso eficaz.
6. **Tornar obrigatorias as avaliações de impacto da equidade em saúde** para atividades institucionais (por exemplo, atividades de promoção da saúde, capacitação, treinamento ou pesquisa), para promover a responsabilização e mudanças mensuráveis.
7. **A análise atual de equidade é essencial para a validade científica** e para fortalecer sua aceitação entre os pesquisadores. Isso posiciona a equidade não apenas como um imperativo moral, mas também como um fator essencial para alcançar resultados críveis e eficazes em saúde pública.
8. **Envolver as comunidades em suas prioridades para garantir intervenções mais relevantes, aceitas e eficazes.** Ignorar preocupações locais cria o risco de soluções ineficazes e desperdício de recursos. A aplicação dos instrumentos de Tecnologia Social é necessária para ouvir e trabalhar em prol de preocupações e prioridades comunitárias.
9. **Os profissionais de saúde da linha de frente são essenciais para implementar iniciativas de equidade de forma eficaz.** A participação dos profissionais de Atenção Primária da Saúde em estudos e práticas locais recupera os sentimentos originais da Declaração de Alma Ata sobre Atenção Primária à Saúde e Promoção da Saúde, permitindo um envolvimento profundo da comunidade em diagnósticos territoriais rápidos e soluções viáveis para reduzir desigualdades em saúde.

### Ações concretas para o comitê

- **Fortalecer o comitê como uma comunidade de apoio**, incentivando a interação regular, o impulso e a ação coletiva, para expandir a influência e o compartilhamento de conhecimento do comitê.
- **Realizar reuniões virtuais trimestrais** para manter o engajamento, compartilhar atualizações regulares e produzir orientações para formuladores de políticas e o público.
- **Desenvolver um plano de ação concreto** para as atividades do Comitê e sobre como integrar desigualdades em saúde nas estruturas e projetos institucionais existentes.
- **Organizar grupos de apoio menores, regionais ou contextualmente semelhantes** para abordar contextos diversos e específicos de cada país de forma eficaz e fomentar o apoio mútuo.
- **Elaborar um breve documento de posição para engajar os Diretores** dos Institutos, programado para quando os objetivos do comitê amadureçam, para maior impacto.
- **Garantir que a equidade seja integrada em todos os planos de trabalho dos Comitês Temáticos da IANPHI**, organizar reuniões conjuntas para alinhar estratégias
- **Garantir que a equidade esteja incorporada em todos os projetos, bem como em estruturas e ferramentas institucionais chave**, como o Marco de Referência IANPHI para a Criação e Desenvolvimento de Institutos Nacionais de Saúde Pública.
- **Estabelecer uma Comunidade de Prática**, desenvolver uma plataforma para compartilhar melhores práticas, referências e ferramentas para integrar a equidade em saúde.
- **Mapear e aproveitar os recursos existentes**, pedindo a cada instituto que relate como a equidade é estruturada e organizada para informar a melhoria coletiva por meio de um questionário liderado por comitês

**ANNEXO I: PARTICIPANTES**

Pais	Nome	Instituto / Organização	Cargo / Função
Argentina	Laura Recoder	Centro Nacional em Diagnóstico e Pesquisa em Endemias e Epidemias (CENDIE) - ANLIS-Malbran	Pesquisadora
ASPER	Alison Mc Callum	Association of Schools of Public Health in (WHO) European Region (ASPER)	Professor Visitante (Hon) de Saúde Pública, Centre for Population Health Sciences, Usher Institute, University of Edinburgh.
Austria	Marion Weigl	Austrian National Public Health Institute (GÖG)	Chefe do Departamento de Saúde, Sociedade e Equidade
Belgium	Aline Scohy	Sciensano	Investigadora e Gerente de Projeto
Brazil	Felix Rosenberg	Oswaldo Cruz Foundation (FIOCRUZ)	Diretor Forum Itaboraí
Burkina Faso	Seydou Barro	Institut National de Santé Publique du Burkina Faso	Diretor do Instituto
Cambodia	Vannarah Te	National Institute of Public Health	PhD coordenador de programa
Canada	Beth Jackson	Public Health Agency of Canada	Gerente e Assessora Científica Sênior na Divisão de Políticas de Equidade em Saúde
France	Anne-Catherine Viso	Santé Publique France	Diretora da Divisão Científica e Internacional
France	Jalpa Shah	Santé Publique France	Pesquisadora do Programa de Desigualdades Sociais e Territoriais em Saúde
France	Stéphanie Vandendorren	Santé Publique France	Coordenadora de atividades de monitoramento, vigilância, prevenção e intervenção
Germany	Digo Chakraverty	Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit (BIÖG)	Oficial Científico
Germany	Julia Waldhauer	Robert Koch Institute	Pesquisadora no Departamento de Determinantes Sociais da Saúde
IANPHI	Ines Ferrer y Fernandez	IANPHI	Coordenadora de Projeto
IANPHI	Marie Le Roy	IANPHI	Gerente de Programa
IANPHI	Sarah Fernandes	IANPHI	Oficial de Eventos e Projetos
IANPHI	Yi Shang	IANPHI	Assistente de Projetos e Programas
Ireland	Roger O'Sullivan	Institute of Public Health in Ireland	Diretor de Pesquisa do envelhecimento
Italy	Ornella Punzo	Istituto Superiore di Sanità	Investigadora Senior
Jordan	Ala'a B. Al-Tammemi	Jordan Center for Disease Control	Diretor de Pesquisa, Políticas de Saúde e Capacitação.
Kenya	Sophia Michael	Kenya National Public Health Institute (KNPHI)	Saúde Comunitária e inteligência social

Mexico	Bernardo Hernández Prado	National Institute of Public Health of Mexico	Decano da Escola de Saúde Pública do Mexico
Mozambique	Ivalda Macicame	National Institute of Health	Diretora Nacional de Inquéritos e Observação em Saúde
Quebec	Marianne Jacques	National Collaborating Centre for Healthy Public Policy and Institut national de santé publique du Québec	Lider Científica do Centro Colaborador Nacional de Política Pública Saudável (NCCHPP)
Quebec	Olivier Bellefleur	Institut national de santé publique du Québec	Chefe da Unidade Científica de Produtos e Substâncias Psicoativas
Serbia	Milena Vasic	Institute of Public Health of Serbia Dr Milan Jovanovic Batut	Chefe do Departamento de Investigação Científica e Coordenação de Projetos
United Kingdom England	Andrew Hayward	UK Health Security Agency (UKHSA)	
United Kingdom England	Noor Saeed	UK Health Security Agency (UKHSA)	Chefe de Inteligência em Equidade em Saúde
United Kingdom Scotland	Rishma Maini	Public Health Scotland	Consultora em Medicina em Saúde Pública
United Kingdom Wales	Giri Shankar	Public Health Wales	Diretor de Proteção da Saúde

## ANNEX II: AGENDA

<b>Day 1 – Wednesday, June 11th</b>		
8:30am – 9:00	Welcoming and registration	
9:00am – 12:00pm  (30-minute coffee break at 10:45am)	<p><b>Session 1</b></p> <p>The Role of NPHIs in fostering Primary Health Care and developing community workers capacity.</p> <p>Presentation on 'Implementing Social Technology tools to identify fragile / vulnerable populations and build Community engaged proposals (Project in 5 Latin American countries)'</p>	Chair: <b>Felix Rosenberg</b> (Fiocruz)
12:00pm – 1:00pm	<b>LUNCH BREAK</b>	
1pm – 2:45pm	<p><b>Session 2</b></p> <p>Food and nutrition security: How to integrate NPHIs to intersectoral food and nutrition security policies? (The RINSP/CPLP model).</p>	Chair : <b>Ivalda Macicame</b> (National Institute of Health Mozambique)
2:45pm – 3:15pm	<b>COFFEE BREAK</b>	
3:15pm – 5:00pm	<p><b>Session 3</b></p> <p>The role of NPHIs in workforce capacity building to face social, economic and environmental inequalities as determinants of health inequities</p>	Chair : <b>Bernardo Hernandez Prado</b> (Instituto Nacional de Salud Publica Mexico)
<b>Day 2 – Thursday, June 12th</b>		
8:00am - 9:45am	<p><b>Session 4</b></p> <p>Building trust, bridging divides: supporting NPHIs in equitable and effective public health communication</p>	Co-Chairs : <b>Jalpa Shah</b> (Santé Publique France), <b>Giri Shankar</b> (Public Health Wales)
9:45am – 10:15am	<b>COFFEE BREAK</b>	
10:15am – 12:00pm	<p><b>Session 5</b></p> <p>The role of NPHIs in promoting the systematic inclusion of geographical and inequality indicators.</p>	Co-Chairs : <b>Andrew Hayward</b> (UKHSA), <b>Stéphanie Vandendorren</b> (Santé Publique France)
12:00pm – 1:00pm	<b>LUNCH BREAK</b>	
1:00pm – 4:00pm  With a coffee	<p><b>Session 6</b></p> <p>How to build capacity and recognition on the role of NPHIs in intersectoral efforts and projects to face health and wellbeing inequalities</p>	Co-Chairs : <b>Beth Jackson</b> (Public Health Agency of Canada), <b>Marianne Jacques</b> (National

*break  
from 2:45  
to 3:15pm*

Collaborating Centre for Healthy  
Public Policy and Institut national  
de santé publique du Québec)

**Day 3 – Friday, June 13th**

9:00am – 12:30pm  (30- minute coffee break at 10:45am)	<p><b>Plenary discussion:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Draft recommendations</li> <li>• Committee's Plan of Action to edit the Recommendations and to support and promote its implementation by IANPHI member Institutes</li> <li>• Alternatives for publishing the results of the workshop</li> </ul>	Chair : Felix Rosenberg (FIOCRUZ)
12:30pm	<b>LUNCH</b>	