

MINISTÉRIO DA SAÚDE

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

PLANO PARA A IGUALDADE

Introdução

O género, enquanto construção social elaborada a partir das diferenças entre sexos, sustenta, organiza, e rege as vivências sociais e íntimas ao longo de todo o ciclo de vida de homens e de mulheres.

O género adquire um carácter global constituindo como que uma ordem quase universal, assente em dois pilares ideológicos principais: o conceito de diferença essencial, biológica, entre sexo masculino e sexo feminino; a ideia de homem como norma, detentor de maior poder, simbólico e factual.

Nas diferentes instituições, formais e informais, que dão enquadramento à generalidade dos seres humanos ao longo da vida, desenvolvem-se formas particulares de expressão dessa ordem de género, constituindo-se, de modo mais ou menos voluntário, aquilo que Robert Connell, em 2002, designou por regimes de género.

É neste contexto que se processa o entendimento, e o controlo, sobre todos os setores da vida pública e privada de homens e mulheres, nomeadamente nas famílias, nas comunidades religiosas, na comunicação social, assim como na organização do Estado e dos vários setores de intervenção.

Assim, nos fundamentos e nos processos decorrentes da atividade da Saúde, enquanto setor organizado da vida pública, subsistem, ainda, formas de pensar e de agir que, desde os alicerces, refletem as desigualdades de género, traduzindo-se em verdadeiras iniquidades em saúde.

De facto, no domínio das políticas de Saúde, seja na organização dos serviços, no planeamento das atividades ou na intervenção prática, quer enquanto protagonistas da ação, quer enquanto objeto de estudo e destinatários da intervenção, homens e mulheres são encarados sob o filtro do género, de uma forma mais ou menos voluntária, com implicações nem sempre percebidas e devidamente valorizadas.

Em termos globais, os efeitos do género mantêm-se neste setor porque as normas e vieses continuam presentes nas tomadas de decisão, tanto nas organizações públicas como privadas, seja a nível estrutural, seja a nível das medidas preconizadas com efetivo impacto no sistema.

Por outro lado, continua a não ser raro que documentos científicos, técnicos, de orientação institucional e dirigidos às populações acentuem estereótipos socialmente associados a cada um dos sexos.

Tanto no plano da epidemiologia, como no da atividade clínica esse tipo de viés manifesta-se tanto no que se refere a diferenças supostamente “inultrapassáveis” como, em muitas situações, na negligência das diferenças à custa de uma generalização que assenta, regra geral, na falácia do masculino como norma.

Também nesta matéria, a Saúde e seus contextos, bem como os profissionais de ambos os sexos, não permanecem imunes à influência dos padrões do senso comum sobre sexo e género. Não admira, por isso, que subsistam discursos e representações dos profissionais de saúde centrados num suposto determinismo biológico como motivo das diferenças na esfera clínica e na interação pessoal daqueles com os utentes de um e de outro sexo.

Não será alheio a este tipo de questões o facto de existirem diversas iniquidades no que respeita ao acesso e utilização dos recursos dos serviços de saúde que estão ligadas à variável sexo – quer em prejuízo das mulheres, quer dos homens, consoante as situações – conforme, aliás, a literatura internacional e nacional evidenciam.

Contrariar tal situação passa por melhorar a capacidade de se valorizar o impacto dos determinantes da saúde nos diferentes grupos sociais. Nessa lógica, a reflexão sob uma perspetiva de género contribui para clarificar os mecanismos pelos quais as diferenças e semelhanças referentes a vivências sociais e económicas, culturas institucionais, expectativas de vida e padrões comportamentais condicionam a saúde de homens e mulheres, o acesso aos sistemas de saúde, o usufruto de cuidados e as interações com os profissionais.

Desenvolver um novo olhar sobre estas questões constitui tarefa igualmente complexa. Exige, nomeadamente, entender melhor o impacto que o género tem tido no pensamento, nas interações e nas práticas dos profissionais de saúde. Impõe, ainda, uma perceção mais aprofundada acerca da forma como as próprias políticas do setor da Saúde (*genderizado*, como todos os setores) refletem, ou não, através de normativos e orientações técnicas, uma perspetiva crítica acerca das iniquidades em saúde, que subsistem entre homens e mulheres.

A Organização Mundial de Saúde, em setembro de 2007, aprovou uma Resolução na qual se exorta os Estados Membros a:

- Integrarem considerandos sobre género no planeamento estratégico e operacional, assim como no orçamento das ações
- Contemplar as questões de género nas políticas de Saúde
- Assegurar que uma perspetiva de igualdade de género está presente nos serviços prestadores de cuidados de saúde, incluindo os destinados a adolescentes e jovens
- Coletar e analisar dados informativos em saúde desagregados por sexo
- Concretizar progressos no sentido da igualdade de género no setor da Saúde.

Por outro lado, o **IV Plano Nacional para a Igualdade, Género Cidadania e não Discriminação, 2011-2013**, aprovado através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 5/2011, de 18 de janeiro, enquanto instrumento de políticas públicas de promoção da igualdade, vem enquadrar os esforços sectoriais tendentes a adotar o *mainstreaming* de género, traduzido nos diversos programas nacionais segundo três eixos: o da transversalização da dimensão de género em todas as políticas e intervenção social, o da instituição de ações positivas de molde a minorar ou eliminar as iniquidades ligadas ao género e o da introdução da perspetiva de género em todas as outras áreas da discriminação.

De entre as várias medidas nele preconizadas, surge a da necessidade de implementação, em cada Ministério, de um plano para a igualdade.

É nesse contexto que se insere o agora apresentado Plano para a Igualdade do Ministério da Saúde (MS).

Dimensões do Plano para a Igualdade

O Plano para a Igualdade do MS visa constituir um referencial para a integração e sedimentação da perspetiva de género nos vários domínios das políticas de saúde, a nível do planeamento, da adequação dos modelos organizativos dos serviços, da gestão dos recursos humanos, da disseminação de informação em saúde e aplicação das boas práticas.

Apresenta **4 dimensões principais** de desenvolvimento:

- A **primeira** diz respeito à filosofia de intervenção, em que os princípios da ação, os valores subjacentes, a estratégia, a missão e as atribuições dos vários organismos e departamentos devem refletir o princípio da igualdade e da erradicação das iniquidades ligadas ao género.
- A **segunda** refere-se à gestão dos recursos humanos, quanto a igualdade de oportunidades entre homens e mulheres no que diz respeito a recrutamento e seleção dos profissionais, gestão de carreiras, regimes remuneratórios, participação e diálogo institucional.
- A **terceira** incorpora as redes de comunicação interna nas instituições do Ministério e entre estas, quer no que respeita à forma, quer ao conteúdo das mensagens.
- A **quarta** representa a ligação à Comunidade, em particular nos diversos níveis da promoção da saúde.

Levar à prática tais desideratos constitui, sem sombra de dúvida, um desafio institucional contínuo, em particular num Setor cuja atividade assenta, em larga medida, na ação de serviços descentralizados e de cariz variado.

Plano para a Igualdade na Direção-Geral da Saúde

Entende-se por isso ser pertinente, numa **primeira fase**, aplicar o Plano para a Igualdade num Organismo Central do Ministério da Saúde, concretamente, a **Direção-Geral da Saúde (DGS)**, dado que:

- Afigura-se pertinente que seja testada a aplicabilidade do Plano num organismo central do Ministério dotado de autonomia administrativa, facilitando-se assim a monitorização e avaliação permanente do processo.
- Tendo em conta a missão da DGS, ou seja, regulamentar, orientar e coordenar as atividades de promoção da saúde, prevenção da doença e definição das condições técnicas para adequada prestação de cuidados de saúde, entende-se possível que este organismo se constitua como entidade disseminadora do *mainstreaming* de género no Setor, aos diferentes níveis.
- A DGS exerce as suas atribuições em articulação e cooperação com os demais serviços e organismos do MS, em particular, com as Administrações Regionais de Saúde, I. P.

Integração da perspetiva de género na cultura e ação institucional

No que respeita às atribuições da DGS, é de realçar que, entre outras competências atribuídas, cabe à Divisão de Comunicação e Promoção da Saúde no Ciclo de Vida “estudar os determinantes e as desigualdades em saúde, em particular as iniquidades ligadas aos contextos socioeconómicos e ao género, e propor e coordenar programas e atividades que reforcem a capacitação dos cidadãos no domínio da saúde” (Despacho do Diretor-Geral da Saúde n.º 7238/2010, de 26 de abril).

Nesta matéria, realça-se a necessidade de dar continuidade ao trabalho iniciado em 2006, com a criação do Projeto sobre Saúde, Sexo e Género (PROSASGE), quer no domínio da investigação/ação sobre representações, atitudes e condutas dos profissionais, quer no que concerne à divulgação de informação científica e disseminação de boas práticas.

Gestão de Recursos Humanos

Na DGS, no domínio dos recursos humanos, no que respeita à distribuição de cargos de chefia por sexos, lugares respeitantes às carreiras técnicas superiores, de assistentes técnicos e assistentes operacionais, não existe evidência de que o respetivo preenchimento seja reflexo de alguma forma de discriminação em função do sexo dos e das profissionais.

A nível das **chefias**, verifica-se que 11 dos 21 cargos existentes são desempenhados por mulheres, de acordo com a seguinte distribuição (Quadro 1):

Quadro 1 - DGS – Distribuição dos cargos de chefia por sexo

Tipo de Chefia	Homens	Mulheres	Total
Nível Superior	1		1
Grau I	1	2	3
Grau II			
Nível intermédio	2	3	5
Grau I	6	6	12
Grau II			
Total	10	11	21

Quanto a pessoal das **áreas técnicas**, **63%** dos profissionais vinculados à DGS são do **sexo feminino**.

No que respeita a **assistentes técnicos** e **assistentes operacionais**, o sexo feminino encontra-se representado em **81%** das situações, sendo no grupo dos assistentes operacionais que a diferença adquire maior expressão (3 homens – motoristas, e 12 mulheres).

Salienta-se assim que, nos diferentes níveis, o sexo feminino está maioritariamente representado, de forma ligeira nos lugares de topo e com expressão máxima nos lugares de carreira menos diferenciados.

Por outro lado, no acesso à qualificação profissional não são detetáveis quaisquer critérios (mesmo que informais) de discriminação positiva ou negativa em função do sexo de quem é candidato.

No que respeita à conciliação entre a vida profissional, familiar e pessoal, vários profissionais encontram-se em regime de jornada contínua.

Contudo, no que respeita ao exercício da atividade laboral na Instituição, afigura-se pertinente o estabelecimento de procedimentos que visem monitorar, de forma continuada, a preservação da igualdade de oportunidades e não discriminação em função do sexo.

Redes de Informação e Comunicação

Em matéria de informação e comunicação, quer no domínio da rede interna da Instituição, quer, em particular, na difusão de normas, orientações e outros tipos de documentos de carácter técnico e científico, junto do SNS, torna-se necessário incrementar a ponderação sistemática de conteúdo e forma das mensagens numa perspetiva de género, de molde a minorar ou eliminar vieses na abordagem dos assuntos, na linguagem utilizada e na substância da informação veiculada. Assim:

- No domínio da informação estatística, é imperativo assegurar, de forma sistemática, a desagregação por sexo dos elementos estatísticos apurados, salvo casos de absoluta impossibilidade.
- Igual objetivo deve ser tido em vista no que se refere à caracterização epidemiológica da generalidade dos problemas de saúde, de molde a tornar possível a ponderação das diferenças ligadas à biologia e aquelas que consubstanciam iniquidades ligadas às desigualdades de género.
- Não basta, porém, documentar as diferenças; torna-se necessário desenvolver a interpretação das mesmas no que respeita, nomeadamente, a semelhanças e diferenças nos padrões de

morbilidade e mortalidade em ambos os sexos, sob o ponto de vista dos determinantes da saúde e, em particular, de uma perspetiva de género.

- No plano da acessibilidade aos cuidados, é necessário disseminar orientações/normas tendentes a assegurar igualdade de oportunidades entre homens e mulheres no que se refere a recurso aos serviços nas diferentes áreas da promoção da saúde, aos meios complementares de diagnóstico e de terapêutica.

Só dessa forma poderão ser desenhadas, e aplicadas, políticas que tendam a minorar as desigualdades em saúde, em particular as associadas às questões de género.

Ligação à Comunidade

Torna-se imperativo assegurar, no que respeita ao contacto direto e indireto com o público, através dos diferentes meios de comunicação utilizados pela DGS, o seguinte:

- Sensibilização das outras instituições públicas e privadas, dos média, de líderes de opinião e do público em geral para as iniquidades de género e impacte que têm na saúde das populações e dos indivíduos, enquanto determinantes da saúde que interagem, de forma transversal, com todos os outros.
- Prestação de informação sobre saúde realçando, de forma pertinente e explícita, as diferenças entre homens e mulheres de carácter eminentemente biológico e as que correspondem a desigualdades que se afiguram como socialmente produzidas.
- Nesta matéria, é de particular importância dar-se relevo a estilos de vida e comportamentos, sociais e íntimos, fortemente mediados pelas desigualdades de género, em particular os que têm impacte assinalável na saúde dos indivíduos – e que por serem aprendidos, são passíveis de mudança, com probabilidade acrescida de ganhos em saúde.

Operacionalização

No decurso de 2011, o Plano para a Igualdade do MS contemplará as iniciativas a desenvolver na Direção-Geral da Saúde, conforme detalhado no **Quadro 2** (página.8).

Monitorização e Avaliação

O processo será coordenado e monitorizado pelo Conselheiro para a Igualdade do MS e pela Equipa Interdepartamental. Em dezembro de 2011, proceder-se-á à avaliação da aplicação do Plano e desenhar-se-á a adaptação e generalização aos outros organismos do Ministério da Saúde.

Quadro 2 - Plano para a Igualdade MS/DGS 2011

MEDIDAS	ESTRUTURAS DGS ENVOLVIDAS	PÚBLICO ALVO	INDICADORES
Promover ações de sensibilização sobre igualdade, género e saúde (3) para pessoal dirigente, técnico e administrativo (I semestre).	Direção DSA ¹ DCPSCV ² Equipa Interdepartamental	Dirigentes, técnico(a)s, assist. técnicos, assist. operacionais, colaboradores externos	Número de ações realizadas. % de profissionais participantes (por sexo)
Incrementar a utilização de linguagem inclusiva, não discriminatória, na documentação produzida (I e II semestre).	Direção DCPSCV Equipa Interdepartamental	Direções de Serviços, Divisões, Unidades e Programas	% de documentos produzidos com linguagem inclusiva
Produzir documento sobre “Género e Saúde” (I semestre).	DCPSCV Equipa Interdepartamental	Direções de Serviços, Divisões, outras Unidades e Programas	Edição de 1 brochura
Monitorar a aplicação do princípio da igualdade de oportunidades na gestão dos recursos humanos (I e II semestre).	DSA Equipa Interdepartamental	Direção, Direções de Serviços, Divisões, outras Unidades e Programas	Aplicação permanente
Promover a desagregação, por sexo, da informação estatística e epidemiológica produzida (I e II semestre).	Equipa Interdepartamental DSEES ³	DSEES Outras estruturas do Min. Saúde	Número de novos indicadores desagregados por sexo
Produzir documento para o público sobre o impacte das desigualdades de género na saúde (II semestre).	DCPSCV DSEES	Público em geral	Edição de 1 brochura

Vasco Prazeres, Conselheiro para a Igualdade
 Representante do Ministério da Saúde na Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género
 21.01.2011

¹ Direção de Serviços de Administração

² Divisão de Comunicação e Promoção da Saúde no Ciclo de Vida

³ Direção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas da Saúde

Bibliografia

- Connell, R. W. (2002). *Gender*. Cambridge: Polity Press.
- Fernandes, A. A., Perelman, J., & Mateus, C. (2010). *Health and Health Care in Portugal: Does Gender Matter?* Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Gideon, J. (2006). Integrating gender interests into health policy. *Development and Change*, 37 (2), 329-352.
- IV Plano Nacional para a Igualdade, Género, Cidadania e não Discriminação, 2011-2013. Resolução do Conselho de Ministros n.º 5/2011, de 18 de janeiro (DR, I série, n.º 12).
- Marques, A. M., & Amâncio, L. (2004). Medicina e masculinidade: Da predominância numérica à dominação simbólica. In J. Vala, M. Garrido & P. Alcobia (Eds.), *Percursos da investigação em psicologia social e organizacional* (pp. 201-220). Lisboa: Edições Colibri.
- Pernas, G., Fernandes, M.V., Guerreiro, M.C. (2008). *Guião para a implementação de planos de igualdade na administração pública central* (documento não publicado).
- Prazeres, V. (2003). *Saúde juvenil no masculino. Género e saúde sexual e reprodutiva*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Prazeres, V. (coord.), Laranjeira, A.R., Marques, A. M, Soares, C. (2008), *Saúde, Sexo e Género – Factos, Representações e Desafios*, Lisboa: Direção-Geral da Saúde (<http://www.dgs.pt>).
- Schenck-Gustafsson, K. (2006). Are the symptoms of myocardial infarction different in men and women? If so, will there be any consequences? *Scand Cardiovas J*, 40 (6), pp. 325-326.
- The Women's Health Council. (2007). *A guide to creating gender-sensitive health services* (2.^a ed.). Dublin: The Women's Health Council.
- White, A., & Holmes, M. (2006). Patterns of mortality across 44 countries among men and women ages 15-44 years. *JMHG*, 3 (2), 139-151.
- World Health Organization (2007). *Gender and genetics*. World Health Organization. (<http://www.who.int/genomics/gender/en/print.html>).
- World Health Organization (2007). *World Health Statistics 2007*. France: World

World Health Organization (2007). *Integrating gender analysis and actions into the work of WHO: draft strategy* (2007). Resolution of the Sixtieth World Health Assembly (WHA60.25) (http://apps.who.int/gb/ebwaha/pdf_files/WHA60/A60_R25-en.pdf).