



LOCAL
GENDER
EQUALITY

Guia para a Integração a Nível
Local da Perspetiva de Género na

Saúde e Acção Social

Sandra Saleiro e Virgínia Ferreira (coord.)
Rosa Monteiro
Mónica Lopes
Cláudia Múrias



FICHA TÉCNICA

Título

Guia para a Integração a Nível Local da Perspetiva de Género na Saúde e Ação Social

Editor

CES – Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra

Autoria

Sandra Saleiro e Virgínia Ferreira (coord.)
Rosa Monteiro
Mónica Lopes
Cláudia Múrias

Data da Edição

Junho 2016

Conceção Gráfica

CH Academy
Francisco Horta e Vale

PROMOTOR:



PARCEIROS:



FINANCIAMENTO:



ÍNDICE

Saúde	06
Fundamentos - Os porquês	06
Princípios e metodologias - Como proceder?	12
Instrumentos - A que recorrer?	17
Com quem?	22
Boas práticas - Que exemplos?	23
Ação Social	32
Fundamentos - Os porquês	32
Princípios e metodologias - Como proceder?	37
Instrumentos - A que recorrer?	42
Com quem?	49
Boas práticas - Que exemplos?	50
Referências bibliográficas	62

O meu Município
pela Igualdade.

Localmente Construimos
uma Vida Melhor para
Mulheres e Homens.





Saúde - Fundamentos

Os porquês

Carta Europeia para a Igualdade das Mulheres e dos Homens na Vida Local

Artigo 14 – A saúde

2. O signatário reconhece que, para assegurar a igualdade de oportunidades das mulheres e dos homens permitindo-lhes gozar de uma boa saúde, os serviços médicos têm de ter em conta a diferença das suas necessidades. Reconhece ainda que estas necessidades não são somente diferenças biológicas mas também de condições de vida e de trabalho, bem como de atitudes e pressupostos estereotipados.

3. O signatário compromete-se em empreender, no domínio das suas responsabilidades, todas as acções adequadas para promover e proporcionar aos seus/suas administrados(as) o melhor nível de saúde possível. Neste intuito, o signatário compromete-se a implementar ou a promover as seguintes medidas:

- A incorporação de uma abordagem baseada no género na planificação, na atribuição de recursos e na prestação de serviços médicos e de saúde;
- A garantia que as actividades destinadas a promover a saúde, inclusive aquelas que visem incentivar uma boa alimentação e a importância do exercício físico, incluem o reconhecimento das atitudes e das necessidades diferentes das mulheres e dos homens;
- A garantia que o pessoal especializado, inclusive aqueles que trabalham para a promoção de uma boa saúde, reconhecem os métodos segundo os quais o género afecta os cuidados médicos e de saúde e têm em consideração a experiência diferente que as mulheres e os homens têm destes cuidados médicos.
- A garantia que as mulheres e os homens têm acesso a uma informação adequada relativamente as questões de saúde.

(CMRE, 2006: 21-22)

› A maior vulnerabilidade socioeconómica das mulheres torna-as mais vulneráveis na área da saúde, quer na contração de doenças, quer no acesso aos meios de prevenção, diagnóstico e tratamento, pelo que esta desigualdade deve ser tida em conta nas políticas de saúde e de segurança social.

› As mulheres têm uma esperança média de vida superior à dos homens (presentemente 84 anos para elas e 78 para eles), o que faz com que haja mais mulheres do que homens idosos/as. A nível da saúde da população idosa essa realidade também deverá ser contemplada. Acresce que viver mais não significa viver com qualidade de vida. Se-

O prolongamento da esperança média de vida faz com que haja cada vez mais pessoas idosas. Em 2050 serão já 2,95 milhões as pessoas com mais de 65 anos em Portugal, mais um milhão do que em 2006.

(INE, 2012)

gundo o Eurostat, a esperança de anos de vida saudável aos 65 anos é de 5,6 anos para as mulheres e de 6,9 anos para os homens (Pordata, 2016a).

› O prolongamento da esperança média de vida aumenta o número de pessoas com demência, sobretudo com Alzheimer (que representa pelo menos 50% das demências). Para além das mulheres terem maiores probabilidades de serem diretamente afetadas porque são quem vive mais, são indiretamente as mais afetadas enquanto cuidadoras.

› As mulheres são as principais vítimas de violência doméstica e de todas as outras formas de violência de género em todos os ciclos da vida, o que motiva a procura dos serviços e cuidados de saúde. Estes deverão estar preparados para responder adequadamente, tanto ao nível do diagnóstico, como do encaminhamento das vítimas.

› A violência doméstica gera múltiplos problemas de saúde nas vítimas e filhos e filhas, quer físicos, quer mentais, para além do imediato, que deverão ser estudados no sentido da sua prevenção e tratamento.



› Há mulheres e raparigas residentes em Portugal que foram ou ainda serão submetidas à mutilação genital feminina, quer em território nacional, quer na deslocação aos países de origem da sua família (Lisboa, 2015).

› As mulheres têm particularidades ao nível da saúde reprodutiva, nomeadamente os relacionados com a maternidade. A taxa de mortalidade materna é um dos indicadores que tem revelado uma evolução bastante positiva nos cuidados de saúde em Portugal.

› Progressivamente, tem vindo a ser reconhecido às mulheres o direito de decisão e a criação de condições para o seu exercício no que se refere ao planeamento familiar, aos métodos contraceptivos e também à interrupção voluntária da gravidez.

Direitos reprodutivos, implicam o direito dos casais e da pessoa a:

- _ Decidir livre e responsavelmente quantas e quando ter as suas crianças;
- _ Possuir a informação, a educação e os meios para tomar essas decisões;
- _ Ter direito ao mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva;
- _ Tomar as decisões relativas à reprodução, livre de discriminação, coerção e violência.

(UNPF, 2014: 60)

› No setor da saúde, as mulheres são encaradas como beneficiárias quase exclusivas relativamente à saúde sexual e reprodutiva enquanto mães, mas os fatores implicados nos efeitos de género na morbilidade são, tendencialmente, ignorados (Gideon, 2006 *in* DGS, 2008: 46).

› A adoção de uma perspetiva masculina, usando o homem como padrão, mesmo no estudo sobre as doenças que afetam ambos os sexos (Pinn, 2003 *in* DGS, 2008), faz com que alguns sintomas de doenças nas mulheres sejam negligenciados, mal interpretados ou subdiagnosticados. Tal perspetiva produz também efeito no acesso aos cuidados, no emprego dos recursos de diagnóstico e nos processos terapêuticos (DGS, 2008).

Investigação sobre género na saúde

Um estudo realizado na Suécia revelou que, em situação de enfarte de miocárdio, a demora entre o início da sintomatologia e a chegada ao hospital é superior em uma hora no caso das mulheres se comparadas com os homens. Elas têm ainda menor prioridade na espera por ambulância e têm que esperar mais vinte minutos do que os homens para serem observadas no hospital.

(Schenck-Gustafsson, 2006 *em* DGS, 2008)

No contexto nacional, um estudo desenvolvido na Escola Nacional de Saúde Pública analisou a distribuição, por sexo, da aplicação dos recursos tecnológicos na resposta às doenças cardiovasculares, tendo concluído haver um acesso deficitário das mulheres, em relação aos homens, no que respeita ao uso de cateterismos e cirurgias de bypass. Verificou-se, também, existir uma representação médica sobre este tipo de patologia como sendo uma “doença dos homens” e de recuperação mais difícil nas mulheres após a aplicação de tratamentos invasivos. Colocou-se ainda em evidência as discrepâncias existentes entre sexos quanto ao tempo de espera para cirurgias eletivas, contado entre o momento da referenciação do caso e o internamento com tal fim.

(Fernandes, Perelman e Mateus, 2007 *in* DGS, 2008)

› Por outro lado, os homens, servindo de referência para o estudo da generalidade das doenças, são praticamente excluídos dos cuidados de saúde sexual e reprodutiva, além de não serem ainda devidamente

levados em consideração os efeitos que as práticas socialmente aceites da masculinidade provocam na sua saúde (Gideon, 2006 *in* DGS, 2008: 46).

› Os padrões da masculinidade, associados ao vigor e estoicidade, afastam os homens do recursos aos serviços e cuidados de saúde, podendo ter consequências nefastas na sua saúde.

As mulheres estão menos satisfeitas do que os homens com o seu estado de saúde. Ao longo do período 2004-2014, 85% dos homens autotestificaram a sua saúde como razoável, boa ou muito boa, ao passo que essa percentagem nas mulheres, no mesmo período, foi de 77%.

(DGS, 2015)

› A análise dos resultados do Inquérito Nacional de Saúde (INS) de 2014 (INE, 2015a) evidencia que, em comparação com os homens, as mulheres são significativamente mais afetadas por doenças que provocam dores (artroses, dores cervicais ou outros problemas crónicos no pescoço, dores lombares e outros problemas crónicos nas costas), o que lhes diminui a qualidade de vida e aumenta as despesas de saúde.

› Ao nível da saúde mental, e em consonância com os dados da OMS, é também consideravelmente superior a proporção de mulheres que referem sofrer de depressão (17,1%) quando comparada com a dos homens com a mesma doença (5,9%) (INE, 2015a: 3), o que é, muitas vezes, sintoma da sobrecarga com as responsabilidades domésticas e o cuidado de pessoas menores e dependentes.

› As mulheres também são mais afetadas pela obesidade do que os homens e é uma tendência que se tem acentuado nos últimos anos (INE, 2015a: 2). Este dado poderá estar relacionado com o serem também elas as que menos tempo têm para si e menos exercício físico praticam.

Em todas as etapas do ciclo de vida, o consumo de álcool, as práticas de consumo nocivo e o uso abusivo e dependência são mais prevalentes no sexo masculino.

(SIDAC, 2014: 10)

› A exibição da “masculinidade” expõe os homens e os rapazes a comportamentos prejudiciais na saúde, como o consumo de álcool e de tabaco, ou mesmo perigo de vida, como os acidentes de viação e outros. Os comportamentos de risco aos quais os homens estão mais expostos explicam uma maior probabilidade de mortalidade violenta e prematura que atinge os homens particularmente cedo, ou seja, nas idades em que se expõem mais ao risco (Fernandes, 2012).

› As taxas de suicídio são mais elevadas nos homens. No entanto, recentemente, e provavelmente em virtude do clima de crise económica, houve uma considerável subida nos suicídios femininos (uma subida de 24% em 2014 em relação a 2013, segundo dados provisórios do Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (DN de 17 de Junho de 2016).

› A infeção por VIH em Portugal continua a ser preocupante. Apesar do decréscimo de novos casos que se vem registando, os valores apurados continuam acima dos reportados pela grande maioria dos países da Europa ocidental. As pessoas acima dos 49 anos, as mulheres, e os jovens do sexo masculino que têm sexo com homens são tendência recente em Portugal. A transmissão da infeção através de relações sexuais correspondeu a mais de 90% do total de casos notificados em 2013 (DGS, 2014).



› Populações como a homossexual e transgénero apresentam riscos de saúde mais elevados em relação à população em geral no que se refere às depressões e tentativas de suicídio. As pessoas LGBT deparam-se com várias dificuldades no acesso a cuidados de saúde adequados e competentes, alguns dos quais gerados pela invisibilidade de identidade e orientações sexuais diversas por parte dos/as profissionais de saúde (ILGA Portugal, 2014). As pessoas trans não têm ainda acesso a cuidados de saúde competentes e inclusivos no serviço nacional de saúde.

› A população cigana tem problemas de saúde acrescidos, como os respiratórios, relacionados com as más condições de habitabilidade. No que concerne especificamente às mulheres, existe uma quase ausência de práticas preventivas ao nível da ginecologia, sendo significativo o número de mulheres ciganas que nunca realizaram exames como mamografias e papanicolau (Vicente, 2009).

› Também a população trabalhadora do sexo se encontra numa situação especialmente vulnerável em termos de saúde, com os consequentes perigos para a saúde das pessoas envolvidas e para a saúde pública, como a propagação de doenças sexualmente transmissíveis (das quais se destaca o VIH) e a toxicodependência, entre outros. Esta é também, frequentemente, uma população vulnerável a nível social, sobretudo se sujeita a exploração, a redes de imigração ilegal ou a tráfico de seres humanos.

› Embora exista um défice de dados disponíveis acerca do acesso à saúde das populações imigrantes, um estudo recente da Entidade Reguladora da Saúde (2015) revela que há ainda muitas lacunas a este nível, que se agravam no caso da imigração não legalizada.

› Em termos de recursos humanos, a saúde, tal como a ação social, é um setor feminizado e os dados indicam que deverá continuar a sê-lo.

Na área da saúde, verifica-se que as mulheres predominam em todos os cursos, sendo esse predomínio esmagador em áreas como a enfermagem e a medicina física e de reabilitação, em que ultrapassam os 80% (Pordata, 2016b).

- › Os currículos dos cursos na área da saúde ainda não incorporam convenientemente uma perspetiva de género, incidindo quase exclusivamente na vertente biológica do sexo.

Princípios e metodologias

Como proceder?

Deve ser dada atenção específica à informação e ao acesso aos cuidados de saúde ao longo das diferentes fases da vida.

› Mulheres e homens têm necessidades de saúde diferentes, suscitadas quer por constituições biológicas distintas, quer por condições e estilos de vida também distintos. Tais diferenças devem ser contempladas nas políticas e práticas de saúde.

O que é o envelhecimento ativo?

O envelhecimento ativo é o processo de otimizar as oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, a fim de manter a qualidade de vida com a idade.

(OMS, 2002: 12)

› As políticas municipais devem ter em consideração os efeitos do envelhecimento na saúde e qualidade de vida dos/as munícipes. Devem ser concebidas e implementadas medidas de promoção do envelhecimento ativo.

› Uma área a que deve ser dada particular atenção no envelhecimento é a das demências. Devem ser concebidas e implementadas medidas de prevenção e de aumento de qualidade de vida dos/as doentes, familiares e cuidadores/as, em colaboração com as associações de doentes.

› A perspetiva de género deve ser incorporada na planificação, na atribuição de recursos e na prestação de cuidados médicos e de saúde (CMRE, 2006: 22).

› O V PNI assume o compromisso de produção de referenciais técnicos sobre igualdade de género em saúde, em matéria de perfis de saúde das mulheres e de saúde dos homens, e de acesso não-discriminatório aos cuidados de saúde (PCM, 2013).

Deve ser assegurado que as atividades de promoção da saúde incluem o reconhecimento das necessidades diferentes de mulheres e homens (CMRE, 2003: 22), bem como de outros grupos da população: pessoas com orientações e identidades de género e *background* culturais minoritários, imigrantes, pessoas com deficiência.

› Devem ser fomentadas formas de participação de associações de mulheres ou de promoção da igualdade de género e representantes de outros grupos discriminados nas estruturas concelhias de saúde.

› A distância física às estruturas de saúde pode constituir uma barreira à igualdade no acesso à saúde. As pessoas que vivem em contextos rurais têm custos indiretos superiores para aceder aos serviços de saúde ou podem não ter mesmo condições de deslocação (recursos económicos, meio de transporte, impedimentos físicos de mobilidade, etc.). É pois necessário garantir os apoios que permitam a sua deslocação ou, alternativamente, a deslocação dos serviços de saúde aos locais de residência dessas pessoas/populações.

› A educação e a informação relacionada com a saúde sexual e reprodutiva é um elemento importante do direito à saúde. Deve dar-se atenção a áreas como a saúde sexual e reprodutiva na adolescência e às gravidezes indesejadas, bem como à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Mulheres e homens têm direito a ser informadas/os e a ter acesso a métodos de contraceção seguros, eficazes e acessíveis.

› Deve ser fomentada a responsabilização e implicação dos rapazes e dos homens na saúde sexual e reprodutiva.

Fatores que contribuem para o sucesso da integração dos homens nos serviços de saúde reprodutiva

- _ Usar um nome para o programa/local inclusivo de homens e mulheres;
 - _ Decorar o local de um modo apelativo para homens e mulheres;
 - _ Disponibilizar uma casa de banho para homens;
 - _ Incluir, na sala de espera, materiais de leitura que interessem aos homens;
 - _ Dispor de materiais de informação, educação e comunicação acessíveis aos homens;
 - _ Ter os preservativos facilmente acessíveis;
 - _ Criar uma ficha médica individual para cada homem em vez de colocar essa informação na ficha da sua parceira;
 - _ Dispor de espaço e tempo para o atendimento do casal para que homens e mulheres possam receber aconselhamento conjunto, se assim o desejarem;
 - _ Consciencializar a comunidade para a saúde reprodutiva dos homens. Os serviços de saúde reprodutiva masculina devem ser divulgados;
 - _ Adaptar os horários de atendimento às necessidades dos homens.
- (UNFPA, 2003: 33)

- › As políticas de saúde sexual e reprodutiva devem ter em consideração igualmente a sexualidade das mulheres com deficiência, que é frequentemente infantilizada. O pessoal de saúde e da ação social deve ter formação específica nesta área.
- › Devem ser realizadas iniciativas e campanhas de prevenção de acidentes e doenças com perspetiva de género. As campanhas, por exemplo, sobre prevenção de consumo de drogas, não estão pensadas para que cheguem de igual modo a mulheres e homens, o que pode levar a que a sua eficácia seja diferente. As mulheres devem ser visibilizadas neste tipo de campanhas e estas devem utilizar uma linguagem não sexista (Gómez e Nieto, 2012).
- › Para tornar a comunicação e informação em saúde acessível a todos/as devem ser tomadas medidas dirigidas a diversas comunidades, como as que não dominam o português, as pessoas com deficiência visual ou auditiva ou as pouco escolarizadas.
- › Devem ser tomadas em conta as diferenças culturais, incluindo diferentes normas de género, nas questões relacionadas com a saúde.
- › Devem ser tidos em conta, nos serviços e cuidados de saúde, as questões da orientação sexual e da identidade de género, no reconhecimento de orientações sexuais fora da hétero e de identidades de género fora das cisgénero em todas as áreas da saúde, mas sobretudo ao nível da saúde sexual e reprodutiva e nos efeitos da discriminação na saúde mental.
- › Deve ser apoiado o acesso das pessoas transgénero aos cuidados de saúde adequados e competentes.
- › Devem ser realizadas iniciativas de promoção e prevenção de saúde destinadas a pessoas trabalhadoras do sexo. Devem estar disponíveis cuidados de saúde, bem como de apoio social, próximos e acessíveis, por exemplo, através de equipas de rua.
- › Devem ser realizadas iniciativas de promoção de saúde dirigidas a grupos específicos, incluindo grupos específicos de mulheres, como as de etnia cigana, apostando em meios alternativos aos tradicionais (escritos) e utilizando referências da própria comunidade. Por exemplo,

envolvendo mulheres ciganas em campanhas de prevenção e promoção de saúde, incluindo a sexual e reprodutiva (Vicente, 2009).

- › Devem ser implementadas medidas adequadas à salvaguarda dos direitos dos/as utentes da saúde. Devem estar disponíveis mecanismos destinados a queixas e denúncias que assegurem o anonimato e a confidencialidade.
- › A informação e a comunicação sobre saúde não devem reproduzir os estereótipos de género, podendo, ao invés, contribuir para a sua desconstrução (por exemplo, apresentando um homem como cuidador).
- › Toda a comunicação em saúde – linguagem escrita, imagens e sinalética – deve cumprir o princípio da igualdade de género (por exemplo, referindo “os utentes e as utentes” ou substituir expressões como “a ida ao médico” por “a ida à consulta médica”).
- › É necessário garantir que o pessoal de saúde reconhece que as relações sociais de género afetam os cuidados médicos e de saúde e toma em consideração a experiência diferente que as mulheres e os homens têm destes cuidados (CMRE, 2006). A investigação produzida revela desigualdades de género ao nível da saúde, evidenciando a necessidade de formação em igualdade de género dos/as profissionais de saúde, inclusivamente ao nível dos órgãos de direção, gestão e administração.
- › Deve ser promovida investigação acerca dos determinantes da saúde da mulher, que não seja referenciada nos padrões de saúde masculinos e ou apenas concentrada na saúde sexual e reprodutiva.
- › Os serviços e cuidados de saúde deverão estar preparados para acolher situações de violência de género, que afeta sobretudo as mulheres, nomeadamente, articulando-se com as restantes estruturas de denúncia e de apoio e acompanhamento e profissionais com formação adequada para lidar com o fenómeno.
- › Os serviços de saúde devem integrar a rede de entidades municipais e supramunicipais de apoio a vítimas de violência doméstica.

- › Os cuidados de saúde devem ser disponibilizados gratuitamente às mulheres vítimas de violência doméstica e seus/suas filhos/as, para além dos atendimentos motivados pelos episódios da agressão.
- › Os serviços e profissionais de saúde devem estar capacitados para identificar as situações de mutilação genital feminina (MGF), registando os casos e suas características, para, em conjunto com outras entidades, nomeadamente as autarquias, contribuir para o diagnóstico da situação do concelho em matéria de MGF que possa informar a intervenção.
- › No combate e prevenção à infeção pelo VIH, é necessário adequar e direcionar as respetivas medidas a perfis de comportamentos de risco para além dos já contemplados. Destaca-se o das mulheres mais velhas que são infetadas sexualmente por companheiros com comportamentos de risco.
- › A desagregação de dados por sexo e pela idade é fundamental para monitorizar as diferenças no acesso à saúde e os diferentes usos dos serviços de saúde. Para além da recolha de dados de outras entidades, deve fomentar-se a prática de recolher e analisar os dados administrativos e de outro tipo, desagregados por sexo, dos serviços da autarquia relacionados com saúde.
- › As decisões e intervenções em matéria de saúde a nível local devem ser sustentadas por um diagnóstico da situação do concelho em termos de igualdade de género. A produção deste diagnóstico assenta na compilação de dados estatísticos, mas deve ser complementada com técnicas de recolha de informação, que permitam auscultar de modo alargado as diferentes categorias da população, bem como profissionais e especialistas.

Instrumentos

A que recorrer?

De seguida apresenta-se uma lista contendo exemplos de questões para as quais se deve procurar obter resposta quando se pretende fazer um diagnóstico de saúde em termos de igualdade de género. São múltiplos os *stakeholders* a envolver no diagnóstico, desde logo quem toma decisões, com destaque para a autarquia e para o do setor da saúde, para o Conselho Municipal de Saúde, sem esquecer associações de mulheres e de igualdade de género e outras representantes do terceiro setor. O conjunto de indicadores propostos no quadro 2 deve ser mobilizado na resposta às questões elencadas.

› Quadro 1 – Exemplos de questões de diagnóstico da igualdade de género na área da saúde

Qual a situação da população do concelho no acesso à saúde? Existem diferenças entre mulheres e homens?

Existem diagnósticos de saúde com perspetiva de género no concelho? Os dados administrativos são desagregados por sexo? Têm sido lançados processos de inquirição?

Quais as principais necessidades de saúde de homens e de mulheres?

Quais as principais necessidades especificamente de homens e mulheres idosos/as?

Que iniciativas de promoção da saúde com perspetiva de género têm sido desenvolvidas no concelho? Sobre o que incidiram e a quem têm sido dirigidas?

Qual a qualidade dos cuidados de saúde maternos prestados? Que ações têm sido desenvolvidas para o envolvimento dos pais nos cuidados maternos? A quem têm sido dirigidas?

Qual a qualidade dos serviços de saúde sexual e reprodutiva? As estruturas existentes são suficientes? Qual o nível de procura?

Qual a participação dos homens nas consultas de saúde sexual e reprodutiva? E de pediatria? Que iniciativas/ações têm sido desenvolvidas para o aumento da responsabilização e participação dos homens? Quais os públicos e entidades abrangidas?

Qual a resposta dos serviços de saúde para as vítimas de violência de género, incluindo a doméstica? E para a dependência de substâncias? E para as pessoas infetadas pelo VIH? Que iniciativas/ações têm sido desenvolvidas? Para que problemáticas? Para que públicos?

› Quadro 1 - Exemplos de questões de diagnóstico da igualdade de género na área da saúde

Qual a situação em termos de acessibilidade e qualidade dos serviços de saúde para públicos específicos, como as pessoas minoritárias em termos de orientação sexual, identidade de género e etnia, imigrantes e pessoas com deficiência? Que iniciativas/ações têm sido desenvolvidas para a melhoria do acesso e qualidade dos cuidados de saúde a estas populações?

Têm sido desenvolvidas iniciativas de formação em inclusão e igualdade de género para profissionais de saúde? De que tipo? Que tipo de profissionais têm sido abrangidos/as? E que entidades?

› Quadro 2 - Indicadores de género na área da saúde

Área	Indicador	Fonte
Informação estatística disponível a nível concelhio		
População e saúde	Taxa bruta de natalidade	INE, PORDATA
	Taxa de mortalidade infantil	INE, PORDATA
	Óbitos perinatais de mães residentes em Portugal	INE, PORDATA
	População residente com deficiência, por tipo de deficiência e sexo	INE, Censos
	População residente com 5 ou mais anos, com dificuldades, por tipo de dificuldade e sexo	INE, Censos, Quadros População

› Quadro 2 - Indicadores de género na área da saúde

Área	Indicador	Fonte
Informação estatística a produzir pela autarquia		
Condições, estado e hábitos de saúde	N.º e % de utentes sem médico de família, por sexo e idade	Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)
	Principais necessidades de saúde sentidas pelos homens e mulheres, por escalão etário	Inquérito à saúde*
	Autoapreciação do estado de saúde, por escalão etário e sexo	Inquérito à saúde*
	N.º e % de pessoas com doença crónica, segundo o tipo de doença, por escalão etário e sexo	Inquérito à saúde*
	População com mais de 15 anos com existência provável de sofrimento psicológico, por escalão etário e sexo	Inquérito à saúde*
	População que tomou medicamentos receitados pelo/a médico/a nas duas últimas semanas, por sexo	Inquérito à saúde*
	População que utiliza métodos contraceptivos, segundo o tipo de contraceptivo, por escalão etário e sexo	Inquérito à saúde*
	Tempo médio diário gasto a andar na população entre os 15 e os 69 anos, por escalão etário e sexo	Inquérito à saúde*
	N.º e % de homens e mulheres em consultas de planeamento familiar	ACES e outras entidades com consultas de planeamento familiar
	N.º e % de homens e mulheres em consultas de saúde materna	ACES e outros estabelecimentos com consultas de saúde materna
	N.º e % de pais e mães em consultas de pediatria	ACES e estabelecimentos de saúde privados
	N.º e % de pessoas dependentes de substâncias, por tipo de dependência e sexo	ACES, CAT, instituições de apoio a toxicodependentes
	N.º e % de pessoas com VIH, por escalão etário e sexo	Hospitais, ACES, instituições de apoio a pessoas com VIH

› Quadro 2 - Indicadores de género na área da saúde

Área	Indicador	Fonte
Violência doméstica	N.º de atendimentos motivados por violência doméstica, por sexo da vítima	Hospitais e ACES
	N.º de isenções de pagamento da taxa moderadora por violência doméstica, por sexo da vítima	Hospitais e ACES
	N.º de participações/denúncias de violência doméstica realizadas a partir dos serviços de saúde, por sexo da vítima	Hospitais e ACES
	N.º de vítimas de violência doméstica encaminhadas pelos serviços de saúde, por sexo da vítima	Hospitais e ACES
	N.º e tipo de protocolos estabelecidos entre os serviços de saúde e outras entidades para o apoio a vítimas de violência doméstica	Hospitais e ACES
Serviços móveis de saúde	Tipo de serviços móveis de saúde existentes no concelho	Autarquia
	N.º e % de beneficiários/as de serviços móveis de cuidados e saúde, por sexo e freguesia	Autarquia
	Grau de satisfação dos/as utentes de serviços móveis, por sexo, idade e local de residência	Autarquia
Feminização	N.º e % de representantes no Conselho Municipal de Saúde por sexo	Autarquia
	N.º e % de dirigentes da saúde, segundo o sexo e a função	Hospitais e ACES
Competências em igualdade de género	N.º e % de representantes no Conselho Municipal de Saúde com formação em Igualdade de Género (IG)	Conselho Municipal de Saúde
	N.º e % de dirigentes da saúde com formação em IG, segundo o sexo e a função	Hospitais e ACES
	N.º e % de médicos/as com formação em IG, segundo o sexo e a especialidade	Hospitais e ACES
	N.º e % de enfermeiros/as com formação em IG, segundo o sexo e a especialidade	Hospitais e ACES
	N.º e % de auxiliares de saúde com formação em IG, segundo o sexo e o serviço	Hospitais e ACES

› Quadro 2 - Indicadores de género na área da saúde

Área	Indicador	Fonte
Ações/iniciativas/campanhas	N.º de ações de sensibilização/formação sobre IG desenvolvidas para dirigentes na área da saúde, por função e serviço	Autarquia, hospitais e ACES
	N.º de dirigentes na área da saúde abrangidos/as por ações de sensibilização/formação, por função, serviço e sexo	Autarquia, hospitais e ACES
	Nº de ações de sensibilização/formação sobre IG desenvolvidas para profissionais de saúde, por tipo de profissional	Hospitais e ACES
	N.º de profissionais de saúde abrangidos/as por ações de sensibilização/formação em IG, por tipo de profissional e sexo	Hospitais e ACES
	N.º de campanhas de promoção de saúde desenvolvidas segundo uma perspetiva de género, por tipo de campanha e sexo dos/as destinatários/as	Autarquia, ARS
	N.º de campanhas de promoção da IG especificamente nos cuidados de saúde sexuais e reprodutivos, na saúde materna e pediátrica, por tipo de campanha	Autarquia e ARS
	N.º de ações/iniciativas na área da saúde para populações imigrantes, por tipo de ações/iniciativas e de público	Autarquia, ARS, ACES
	N.º de pessoas imigrantes abrangidas por ações /iniciativas de promoção da saúde, por sexo	Autarquia, ARS, ACES
	N.º de ações/iniciativas na área da saúde dirigidas para as questões/ pessoas LGBT, por tipo de ações/iniciativas e de público	Autarquia, ARS, ACES
Satisfação	N.º de pessoas abrangidas por ações /iniciativas de promoção da saúde para as questões LGBT, por sexo	Autarquia, ARS, ACES
	Grau de satisfação dos/as munícipes com os serviços de saúde, por sexo e idade	Autarquia

* Indicadores incluídos no Inquérito Nacional de Saúde, sem representatividade a nível concelhio, que poderiam ser replicados em processos de inquirição nos municípios.

Com quem?

As autarquias deverão articular-se com um conjunto de outras entidades para o desenvolvimento das estratégias e ações propostas na área da saúde. Os Conselhos Municipais de Saúde, por constituírem um órgão agregador de várias entidades e áreas, desempenham aqui um papel central, estando especialmente bem posicionados para se constituírem como plataforma de dinamização das iniciativas.

- › Câmara Municipal (divisão de saúde);
- › Juntas de freguesia;
- › Conselho Municipal de Saúde;
- › Comunidades Intermunicipais (CIM);
- › Ministério da Saúde;
- › Hospitais e centros de saúde;
- › IPSS;
- › Farmácias;
- › Profissionais de saúde, incluindo médicos/as, enfermeiros/as e outros/as profissionais; diretores/as; administrativos/as;
- › Investigadores/as, centros de investigação e universidades;
- › Instituições de formação de profissionais de saúde;
- › Ordens, associações e sindicatos de profissionais de saúde;
- › Associações de estudantes na área da saúde;
- › Associações de mulheres e de promoção da igualdade de género;
- › Associações de doentes;
- › Associações de imigrantes;
- › Associações LGBT e associações de educação sexual;
- › Associações representativas de outros grupos vulneráveis;
- › Outras ONG;
- › Meios de comunicação social (locais, regionais e nacionais).

Boas práticas

Que exemplos?

De seguida apresentam-se alguns exemplos concretos de boas-práticas. Estas devem adaptar-se a cada contexto e realidade concreta.

Recolha de informação e produção de dados

- › Promover Inquéritos Municipais de Saúde, integrando a perspetiva de género.
- › Realizar diagnósticos de saúde com uma perspetiva de género.
- › Recolher dados administrativos na área da saúde, desagregados por sexo e por outras variáveis pertinentes.

Capacitação de agentes estratégicos

- › Apoiar ações de formação sobre inclusão, igualdade e diversidade de género para profissionais de saúde.



Em 2015 a Direção-Geral de Saúde acolheu uma **formação sobre Discriminação e Violência sobre pessoas LGBT** dirigida a profissionais de saúde, ministrada pela associação ILGA Portugal.

(<http://igualdadenaude.ilga-portugal.pt/>)

Advocacy, consciencialização e mobilização da comunidade

› Promover ações de formação/sensibilização sobre a integração da perspetiva de género na saúde para agentes estratégicos (decisores, profissionais de saúde).



Campanha de prevenção do VIH, promovida pela CESIDA – Coordenadora Estatal do VIH e SIDA de Espanha, lançada em 2014, centrada nas mulheres, em especial as latino-americanas.

(<http://www.cesida.org/campana-vih-2014/>)

› Promover programas/ações/campanhas de sensibilização para a prevenção de acidentes, do uso abusivo de álcool e outras drogas, de comportamentos de risco, de distúrbios alimentares, com uma perspetiva de género.

› Promover ações de igualdade de género na área da saúde sexual e reprodutiva.

A Câmara Municipal de Oeiras realizou **ações de sensibilização de saúde e género no âmbito da saúde sexual e reprodutiva**. Pretendeu promover a igualdade em saúde na saúde sexual e reprodutiva, nomeadamente, nas áreas da eliminação dos estereótipos de género e do planeamento familiar. Abrangeu cerca de 700 alunos de escolas 2+3 e secundárias do concelho.

(<http://www.cm-oeiras.pt/amunicipal/AcaoSocial/igualdadedegenero/Documents/Plano%20Municipal%20para%20a%20Igualdade%20de%20G%C3%A9nero%20do%20Munic%C3%ADpio%20de%20Oeiraspdf>)



A **Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis** é uma associação de municípios que tem como missão apoiar a divulgação, implementação e desenvolvimento do projeto Cidades Saudáveis nos municípios que pretendam assumir a promoção da saúde como uma prioridade da agenda dos decisores políticos. Constituída formalmente em 10 de outubro de 1997, a Rede desenvolve a sua intervenção tendo por base as seguintes linhas orientadoras: Apoiar e promover a definição de estratégias locais suscetíveis de favorecer a obtenção de ganhos em saúde; Promover e intensificar a cooperação e a comunicação entre os municípios que integram a Rede e entre as restantes redes nacionais participantes no projeto Cidades Saudáveis da Organização Mundial da Saúde (OMS). (<http://redecidadessaudaveis.com/index.php/pt>)

Igualdade de género nas práticas autárquicas e na prestação de serviços à comunidade

- › Conceber e implementar Planos Municipais de Saúde, integrando a perspetiva de género.
- › Promover programas de saúde pública, com uma perspetiva de género.
- › Aderir a iniciativas conjuntas dos municípios na área da saúde, tais como a Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis.

- › Dinamizar unidades móveis de saúde, em parceria com as unidades de saúde concelhias e a Direção-Geral de Saúde e/ou outros parceiros, que cheguem às populações problemáticas, idosas, rurais isoladas ou com dificuldades de locomoção.

Este tipo de serviço encontra-se já disponível em vários municípios. Seguem-se dois exemplos: um referente a um contexto mais urbano e outro referente a um contexto mais rural.



Unidade Móvel Médico-Social, dinamizada pela Câmara Municipal de Mértola com o apoio regular de várias instituições do terceiro setor, o que garante o seu funcionamento e constante procura. Trata-se de uma unidade móvel que percorre diariamente o concelho, fazendo chegar a qualquer

lugar do município diversas campanhas e ações de sensibilização, como informação sobre tabagismo, cancro da mama ou campanhas de vacinação gratuita. Contribui para a integração social das populações, mesmo as mais isoladas.

(<http://www.cm-mertola.pt/>)



Saúde sobre Rodas no âmbito do Projeto Seixal Saudável. Unidade móvel de saúde, que percorre com regularidade o concelho, com o objetivo de prestar cuidados de saúde primários às populações carenciadas, dotada de uma equipa multidisciplinar composta por pessoal técnico de saúde e da área social.

Entre os cuidados de saúde primários desenvolvidos encontra-se a educação para a saúde, vacinação, vigilância de saúde materna e saúde infantil, visitas de puerpério, teste de diagnóstico precoce e planeamento familiar. Tem como público-alvo prioritário crianças, jovens e mulheres, sobretudo em situações de risco, grávidas e puérperas. O projeto é uma parceria da Câmara Municipal do Seixal, Centros de Saúde do Seixal, Hospital Garcia de Orta e Direcção-Geral de Saúde (Programa Saúde XXI).

(http://www.cm-seixal.pt/seixalsaudavel/pdfs/RA_05.pdf)

- › Promover ou apoiar programas/projetos que disponibilizem serviços de saúde no domicílio para a população idosa e dependente.



O **Projeto Saúde Porta a Porta** resulta de um protocolo de colaboração da Câmara Municipal de Lisboa com a Associação de Estudantes da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, o Hospital CUF – Infante Santo –, a Junta de Freguesia de Campo de Ourique e a Junta de Freguesia da Estrela. O Projeto assenta no conceito de voluntariado

universitário médico e tem como objetivos a realização de visitas regulares a munícipes idosos/as ou em situação de carência social de saúde ou socioeconómica, a diminuição do isolamento social, o acompanhamento e aconselhamento do estado de saúde das pessoas referenciadas, a elaboração de proposta de conciliação terapêutica e a sinalização de carências sociais ou de saúde.

(<http://www.cm-lisboa.pt/noticias/detalhe/article/saude-porta-a-porta>)

- › Facilitar o acesso da população idosa aos cuidados de saúde.



O **Quiosque da Saúde** resulta de uma parceria entre a Junta de freguesia de Olaias e Alcântara (Lisboa) e Pegões (Montijo) com a Associação Conversa Amiga. Tem como conceito uma “nova relação com a saúde” – fácil, simples, próxima, com interação social –, tal como comprar uma revista ou jornal a um quiosque.

É uma resposta inovadora de saúde e bem-estar de pessoas idosas e das

comunidades locais. Destina-se prioritariamente a pessoas idosas sem médico de família ou com acesso dificultado aos serviços de saúde e tendencialmente isoladas, com fraca interação social.

(<http://conversa.pt/portfolio/quiosque-da-saude/>)

- › Criar espaços de informação e prevenção de saúde para a comunidade em geral, tendo em consideração as necessidades de mulheres e de homens.



In[formar] Saúde. Espaço comunitário que pretende facilitar o acesso à informação e à formação sobre temáticas relacionadas com a promoção da saúde e a prevenção da doença. Inclui um centro de documentação aberto à comunidade. Das várias iniciativas destacam-se as sessões de aprendizagem sobre o autoexame da mama, o estudo sobre os hábitos tabágicos dos/as trabalhadores/as municipais e a sessão de esclarecimento sobre a vacina do HPV (Vírus do Papiloma Humano) e sobre o cancro do colo do

útero. Tem como públicos-alvo a população em geral, trabalhadores/as dos serviços municipais e municipalizados e suas famílias. É uma parceria entre a Câmara Municipal de Viana do Castelo, o Instituto Politécnico de Viana do Castelo (Escola Superior de Enfermagem), o Centro Hospitalar do Alto Minho, o Serviço de Saúde Pública do Alto Minho, os Centros de Saúde Locais e a Sociedade Portuguesa de Papiloma Vírus, entre outros.

(http://www.cidadesaudavel.cm-vianacastelo.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=102&Itemid=109)

Planos Gerontológicos, desenvolvidos por vários municípios.

Os Planos visam promover o envelhecimento ativo e saudável das pessoas idosas, através de uma visão integrada do processo de envelhecimento, implementando projetos e ações nesta área.

A consulta dos vários Planos Gerontológicos nacionais pode ser realizada no sítio da Associação Portuguesa de Psicogerontologia.

(<http://www.app.com.pt/planos-gerontologicos>)

› Implementar medidas de promoção do envelhecimento ativo.

› Disponibilizar apoio especializado a pessoas com demência e respetivos/as cuidadores/as.



Gabinete Técnico para apoiar cuidadores/as de pessoas com demência, iniciado pelas Câmaras Municipais de Cascais, Oeiras e Sintra através de protocolo estabelecido entre a Fundação Calouste

Gulbenkian, Fundação Montepio, Universidade Católica e Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de Doentes de Alzheimer. Trata-se de prestação de apoio técnico, aconselhamento e acompanhamento nos domínios científico, social e jurídico dirigido a tutores/as e cuidadores/as.

(<http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-10-47-252-gabinetes-cuidar-melhor-cascais-oeiras-e-sintra>)



O **Plano Andaluz de Alzheimer**, da responsabilidade da Junta de Andaluzia, assenta em nove linhas estratégicas: a atenção integral às pessoas afetadas e o apoio às pessoas cuidadoras em todas as fases da doença; a informação, formação, ajuda e aconselhamento às associações e profissionais implicados/as; a sensibilização da opinião pública, instituições, entidades e meios de comunicação; a adequação dos recursos de saúde e sociais; o impulso das novas tecnologias de informação e comunicação; o desenvolvimento de um sistema de recenseamento, catalogação e acreditação

das associações de familiares; o desenvolvimento de programas para a vinculação do voluntariado com as associações; o estabelecimento de um sistema de avaliação das linhas estratégicas do Plano; e a promoção e impulso de projetos de investigação relacionadas com a doença.

Para a conceção e implementação deste Plano foi estabelecido um protocolo com a Confederação Andaluza de Federações de Familiares de Doentes de Alzheimer e outras Demências.

(http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/plan_alzheimer/)

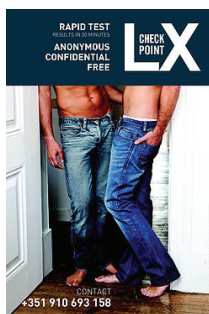
- › Promover o acesso à informação e aos cuidados de saúde da população estrangeira.



GIS - Gabinete Intercultural de Saúde, promovido pela Câmara Municipal de Viana do Castelo para apoiar a comunidade estrangeira no esclarecimento de dúvidas e nas dificuldades sentidas no acesso à informação em saúde.

(http://www.cidadesaudavel.cm-viana-castelo.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=131:servicos-de-informacao-e-apoio&catid=26)

- › Apoiar estruturas de promoção da saúde sexual, através de des-pistagem de doenças e infeções sexualmente transmissíveis e apoio e encaminhamento para os cuidados de saúde.

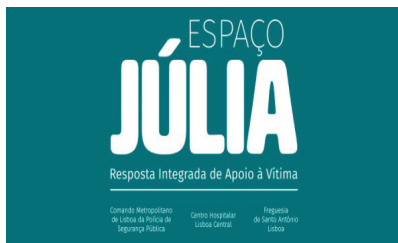


O **CheckpointLX** é um centro de base comunitária, dirigido aos homens que têm sexo com homens, para o rastreio anónimo, confidencial e gratuito do VIH e outras infeções sexualmente transmissíveis, aconselhamento sexual e referenciação aos cuidados de saúde. Através do apoio e educação entre pares é facilitado o acesso à prevenção e à saúde sexual de uma forma mais eficaz e congruente com a realidade.

É uma parceria entre o GAT - Grupo de Ativistas em Tratamento, a Direção-Geral da Saúde, o Programa Nacional para a Infeção VIH/Sida, a

Câmara Municipal de Lisboa e a AIDS HealthCare Foundation Europe.
(<http://www.checkpointlx.com/>)

- › Assegurar a articulação entre os serviços de saúde e outras estruturas de apoio a vítimas de violência doméstica.



Espaço Júlia. RIAV - Resposta Integrada de Apoio à Vítima. Constituído através de uma parceria entre o Comando Metropolitano de Lisboa da PSP, o Centro Hospitalar Lisboa Central e a Junta de Freguesia de Santo António, disponibiliza uma resposta integrada às vítimas

de violência doméstica. O atendimento multidisciplinar é garantido pelos agentes de segurança e por técnicos de ação social. Evita que as vítimas tenham que se dirigir a uma esquadra e assegura, desde o início do processo, um atendimento integral e integrado.

(<http://www.jfsantoantonio.pt/?p=4832>)

- › Promover programas para agressores de violência doméstica, integrando as questões da dependência de álcool e outras substâncias e de controlo da agressividade, incluindo, conteúdos em igualdade de género.

Programa Contigo, promovido pela Câmara Municipal de Cascais, em parceria com a Direção Geral de Reinserção Social e Prisional (DGRSP) e a Fundação Portuguesa para o Estudo, Prevenção e Tratamento da Toxicodependência, visa prevenir a reincidência da violência doméstica, intervindo junto de agressores conjugais. Tem como base a metodologia seguida num outro programa, com o mesmo nome, desenvolvido nos Açores. As mulheres dos agressores do Contigo têm à sua disposição o Espaço V, um serviço de atendimento e acompanhamento de vítimas de violência doméstica, que integra o Fórum Municipal de Cascais contra a Violência Doméstica.

(http://www.cm-cascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/new/pmcvd_2014-2015.pdf)

- › Realizar ações de promoção da saúde para pessoas trabalhadoras sexuais.



O projeto **Gira Lua** enquadra-se na intervenção da unidade móvel de saúde do projeto Saúde sobre Rodas, promovido pela Câmara Municipal do Seixal, e presta apoio clínico e social a pessoas com prática de prostituição de rua. Entre os objetivos a que se propõe, destacam-se a prevenção de comportamentos de risco associados à prática do trabalho sexual, a sensibilização para o rastreio voluntário de infeções sexualmente transmissíveis e outras

patologias e o encaminhamento para instituições sociais e consultas especializadas.

(<http://rededidadessaudaveis.com/index.php/pt/projetos/seixal/gira-lua>)

Ação Social - Fundamentos

Os porquês

Carta Europeia para a Igualdade das Mulheres e dos Homens na Vida Local

Artigo 18 – A inclusão social

1. O signatário reconhece que qualquer pessoa tem o direito de ser protegida contra a pobreza e a exclusão social e que, na verdade, as mulheres são geralmente mais sujeitas a exclusão social por terem menor acesso às medidas, recursos, bens, serviços e oportunidades que os homens.

2. Portanto, o signatário compromete-se, em todas as áreas dos seus serviços e das suas responsabilidades, e trabalhando com os parceiros sociais, a tomar medidas no quadro de uma abordagem globalmente coordenada para:

- Promover, para aqueles(as) que vivem ou correm o risco de viver uma situação de exclusão social ou de pobreza, o acesso efectivo ao emprego, à habitação, à formação, à educação, à cultura, à informação e às tecnologias de comunicação, bem como à assistência social e de saúde;
- Reconhecer as necessidades particulares e a situação das mulheres sujeitas a exclusão social;
- Promover a integração das mulheres e dos homens imigrados tendo em conta as suas necessidades específicas.

(CMRE, 2006: 24)

O Inquérito às Condições de Vida e Rendimento, realizado anualmente às famílias residentes em Portugal, indica que 19,5% das pessoas estavam em risco de pobreza em 2014 mas, quer antes, quer depois das transferências sociais, as mulheres apresentam sempre riscos de pobreza superior aos dos homens (respetivamente 45,7%/49,8% e 18,8%/20,1%).
(INE, 2015b)

Em 2015, as famílias monoparentais femininas representavam 87,4% do total de famílias monoparentais em Portugal.
(Pordata, 2016c)

› Em consequência das desigualdades de género, as mulheres encontram-se, mais do que os homens, em situação de vulnerabilidade económica e social. As mulheres ressentem-se mais dos períodos de crise e de austeridade, desde logo porque são as que mais recorrem e mais dependem dos apoios sociais, que sofrem, em geral, cortes.

› Os agregados com crianças estão mais expostos à pobreza.

› As mulheres têm uma esperança média de vida mais elevada do que os homens, o que as torna as principais potenciais beneficiárias dos apoios relacionados com a velhice. Dada essa maior esperança média de vida, são mais as mulheres idosas do que os homens a viver sós: 18% das mulheres e 8% dos homens com 65 ou mais anos vivem sós (INE, 2011a), o que poderá ter implicações nos rendimentos e no isolamento. O risco de pobreza da população idosa que vive só é também superior ao da população em geral (26,8% em 2014).

› O consumo de medicamentos prescritos é maior na população do sexo feminino: 62,7% face a 48,6%, no caso dos homens (INE, 2015a). As mulheres terão assim mais despesas de saúde, o que se agrava nas mulheres idosas.

› As mulheres têm salários inferiores aos dos homens, o que tem consequência nos rendimentos enquanto ativas e no valor posterior das pensões. Em 2013, o Eurostat estimava que o diferencial não ajustado no salário mensal se cifrava em 13% (EIGE, 2015).

Em 2005, a pensão média das mulheres portuguesas que tinham trabalhado no setor privado correspondia a 59,8% da dos homens (€259,76 vs. €434,66). Em 2011 tinha diminuído para 57,2% (as 1002 516 reformadas recebiam €304,40 e os 859 590 reformados recebiam €531,76). (Estatísticas da Segurança Social, outubro de 2011)

› As mulheres idosas, em média, recebem pensões com um valor mais baixo, fruto da sua maior inatividade e de, mesmo quando inseridas no mercado de trabalho, obterem salários inferiores aos auferidos pelos homens.

› As mulheres estão sobrecarregadas com o apoio a terceiros. Os cuidados de crianças, doentes, pessoas idosas e dependentes recaem predominantemente sobre as mulheres, pelo que estas são também as mais afetadas indiretamente pela disponibilidade e qualidade dos apoios para estas categorias da população.

› Em 2014, a taxa de cobertura média de respostas sociais para a 1.^a infância (creche e ama) não atingia ainda, no continente, os 50% (GEP, 2015). Também o ensino pré-escolar não é ainda universal em Portugal. Recentemente (Lei n.º 65/2015, de 3 de julho), a universalidade foi prolongada para as crianças de 4 anos, continuando a não abranger os 3 anos de idade.

A taxa de pré-escolarização em 2013/2014 cifrou-se nos 87,8% dos 3 aos 5 anos e nos 96,1% aos 5 anos, ficando abaixo da meta dos 95% de crianças entre os 4 anos e o início do ensino básico estabelecida no âmbito da UE 2020.
(CNE, 2014)

› A taxa de pré-escolarização é conseguida à custa da frequência do ensino privado, que não está acessível a todas as famílias. No ano letivo de 2013/2014, quase metade das crianças frequentava a pré-escola em estabelecimentos de ensino privados, sobretudo no escalão dos 3 e 4 anos, aquele que não é ainda assegurado pelo sistema público de ensino (CNE, 2014).

› A ausência de resposta acessível e de qualidade para a guarda das crianças pode constituir impedimento à inserção ou permanência no mercado de trabalho. Esta situação afeta sobretudo as mulheres (mães, avós), tendo consequências na sua autonomia e no rendimento das mulheres e da família. O problema agrava-se nas famílias e mulheres mais pobres, que não conseguem suportar os custos praticados pelas ofertas privadas.

› As mesmas consequências advêm da insuficiente cobertura de respostas para a população idosa e para a população dependente. A cobertura de respostas sociais destinadas à população com 65 ou mais anos cifrava-se nos 12,7% em 2014. Nesse ano, a taxa de cobertura média no continente das principais respostas para esta população (Lar Residencial, Centro de Atividades Ocupacionais e Serviço de Apoio Domiciliário para pessoas com deficiência) fixou-se em 3,8 % (GEP, 2015).

› A divisão do trabalho pago e não pago tem consequências nos rendimentos de trabalho e de pensões das mulheres, mas tem igualmente consequências para os homens idosos que vivem sós e que não desenvolveram, ao longo da vida, competências que lhes permitam ser autónomos nos cuidados pessoais e domésticos, ficando dependentes do apoio formal ou informal de terceiros para a realização de tarefas da vida quotidiana (Perista e Perista, 2012).

› As mulheres são as maiores vítimas de violência doméstica pelo que são também as que mais dependem das estruturas e serviços orientados para este problema social.

› As políticas de apoio a mulheres vítimas de violência doméstica continuam a assentar na retirada da mulher e respetivos/as filhos/as do seu contexto, face à ausência ou ineficácia de medidas de afastamento do agressor, o que resulta frequentemente na perda de emprego, de habitação e de apoio familiar e amical, expondo as mulheres a situações de vulnerabilidade económica e social após a saída da rela-

ção violenta. Um dos principais problemas que enfrentam relaciona-se com os custos da habitação (Guerreiro et al., 2015).

› As mulheres com deficiência estão sujeitas a uma dupla discriminação. Das mulheres com dois ou mais problemas de saúde ou doença prolongada ou crónica, 25% encontra-se em situação de desemprego, sendo cerca de 16% os homens na mesma situação (INE, 2011b).

No inquérito realizado no âmbito do “Programa Intergerações | InterSituações de Exclusão e Vulnerabilidade Social”, em 2013, na cidade de Lisboa, os homens sem-abrigo eram 87% do total da população nessa situação.

(SCML, 2014)

› São predominantemente os homens que se encontram na situação de sem-abrigo. Num inquérito realizado em 2009 pelo Ministério do Trabalho e Segurança Social, os homens representavam 84% do total da população nessa situação.

› Há populações que se encontram em especial vulnerabilidade, nomeadamente pessoas imigrantes, refugiadas e de etnia cigana.

Num inquérito realizado em 2011 pela Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia (FRA) em 11 Estados-membros, 80% dos/as ciganos/as inquiridos/as pertenciam a agregados familiares em risco de pobreza, sendo que os níveis mais elevados foram registados em Portugal (quase 100%), Itália e França. Num inquérito realizado à população cigana no âmbito do Estudo Nacional sobre a Comunidade Cigana, quase metade das pessoas dessa etnia afirmaram já ter passado fome. Isto apesar de 83,4% das pessoas indicarem beneficiar de apoios sociais.

(Mendes, Magano e Candeias: 202)

› O acesso à habitação é um dos tradicionais problemas encontrados por estes tipos de população. A população imigrante ressent-se dos custos praticados no mercado da habitação, bem como das exigências e requisitos acrescidos por parte de proprietários e instituições bancárias (Malheiros e Fonseca, 2011).

Segundo a Obra Nacional da Pastoral dos Ciganos, quase 1/5 da população cigana vive em barracas e tendas.

(Comissão Parlamentar de Ética, Sociedade e Cultura, 2009)

› As pessoas ciganas continuam a experimentar uma dupla discriminação no acesso à habitação, por um lado, no setor privado do mercado de habitação quando procuram alojamento para arrendar ou comprar e, por outro, no acesso à habitação social (Mendes, 2007; FRA, 2009).

› Algumas pessoas com backgrounds culturais minoritários, incluindo as de etnia cigana, são ainda alvo de discriminação perpetrada em serviços e instituições públicos (Mendes et al., 2014: 215).

Em 2014 foram sinalizadas 197 presumíveis vítimas de tráfico de seres humanos (182 em Portugal e 15 nacionais no estrangeiro). A maioria das vítimas são mulheres (123) e estas representam a quase totalidade de vítimas para fins de exploração sexual (85 em 86). Já os homens são a maioria das vítimas para fins de exploração laboral (54).
(Sistema de Segurança Interna, 2015: 72, 74)

› O tráfico de seres humanos que tem Portugal como país de origem, de trânsito e de destino atinge mulheres e homens de maneira diferenciada. Os homens estão mais expostos à exploração laboral e as mulheres à exploração sexual (Projeto Euro TrafGuID, 2014).

› Tal como o setor da saúde, também o da ação social é bastante feminizado, sobretudo no que toca ao trabalho direto com as populações (por exemplo, auxiliares de lares de terceira idade), reproduzindo a imagem das mulheres como cuidadoras.

Princípios e metodologias

Como proceder?

- › As autarquias locais, por serem um órgão de governação mais próximo da população, desempenham um papel central no diagnóstico, no encaminhamento e na resposta às necessidades das pessoas e das famílias em matéria de ação social.
- › Para atender às necessidades de apoio social, a autarquia deve articular com o conjunto dos restantes atores institucionais e setoriais do concelho, fazendo para isso uso privilegiado e estratégico da sua Rede Social e do Conselho Local de Ação Social (CLAS).
- › A Rede Social deverá, tal como previsto no seu quadro legislativo, “Integrar os objectivos da promoção da igualdade de género, constantes do Plano Nacional para a Igualdade (PNI), nos instrumentos de planeamento” (MTSS, 2006: 4277), concretizando a igualdade de género com um dos seus princípios orientadores de ação e de funcionamento dos seus órgãos (art.º 4º).
- › O conjunto das entidades envolvidas, com destaque para a autarquia, deve estar munido da informação necessária para a tomada de decisão, quer desagregando os dados administrativos (atendimentos, recursos, apoios, etc.) por sexo, e outras variáveis sensíveis, quer lançando processos de inquirição quando se justifique.
- › As populações mais vulneráveis, incluindo as mulheres e outros grupos da população, devem ser auscultadas sobre as suas necessidades, expectativas e desejos, numa perspetiva abrangente.
- › Representantes de mulheres e de outras populações vulneráveis devem ser ouvidos/as e implicados/as nas decisões que respeitem à ação social.

› Deve ser aplicado o princípio da consulta e participação da população nos serviços que lhes são dirigidos. Deve estar disponível permanentemente um sistema de sugestões/reclamações, e periodicamente realizados inquéritos de opinião. A informação contida no sistema de sugestões e/ou reclamações deverá ter um tratamento informático adequado, para facilitar a sua leitura por parte das pessoas responsáveis, informar o planeamento e funcionamento dos serviços e ainda devolver às pessoas que tenham formulado a sugestão ou a reclamação a oportuna resposta no menor tempo possível.

› Embora as sugestões, e sobretudo as reclamações, possam ser feitas anonimamente, é importante que no formulário seja solicitada a informação sobre o sexo do/a autor/a da sugestão ou reclamação, à semelhança do que acontece com os inquéritos de opinião (García, 2006).

O relatório de avaliação externa do programa de mediadores municipais ciganos recomenda uma “abertura do sistema de possibilidades” como medida que apresenta potencial positivo para a desconstrução dos estereótipos em torno da população cigana, nomeadamente da sua empregabilidade, bem como para o maior acesso e adesão desta população aos serviços. Este alargar de possibilidades passaria, por exemplo, pela inclusão de pessoas ciganas como auxiliares nas escolas ou a sua inserção laboral em contextos de atividade com visibilidade pública, como as juntas de freguesia.

(Castro e Santos, 2015: 27)

› As estruturas da ação social devem integrar consultivamente e nos seus recursos humanos pessoas pertencentes às categorias com que trabalham (para além de mulheres, consoante os contextos, pessoas de etnia cigana, imigrantes, ex-toxicodependentes, sem abrigo, ex-reclusos/as, etc.).

› As mulheres e outros grupos populacionais em situação de desvantagem social devem ser considerados como agentes ativos dos seus projetos de vida e na tomada de decisões.

› Deve assegurar-se a adequada formação em igualdade de género dos/as profissionais que trabalham com grupos vulneráveis, nomeadamente através da promoção de ações de formação e sensibilização, mas igualmente através da inclusão dessa matéria nos currículos dos cursos de serviço social, animação social, bem como nos de formação de auxiliares de lares e outros.

- › As abordagens inclusivas e de género devem ser integradas nas ações de formação de atualização de todos os tipos de profissionais que atuam na área da ação social, incluindo os operacionais e de atendimento.
- › Toda a comunicação nos serviços e relativa à ação social – linguagem escrita, imagens e sinalética – deve cumprir o princípio da igualdade de género (por exemplo, referindo “os utentes e as utentes”).
- › A distância física aos serviços de ação social pode constituir um fator de desigualdade e obstáculo ao seu recurso por parte da população mais isolada. Há que garantir o acesso de todas as pessoas aos serviços de ação social, quer disponibilizando os meios que permitam a deslocação, quer descentralizando esses serviços, quer mesmo levando os serviços à residência dessas populações (podendo ser integrados com os serviços de saúde).
- › Para além de descentralizadas, as estruturas de ação social devem ser multissetoriais, permitindo o acompanhamento integral de cada situação, ganhando em eficácia, em qualidade e controlo das situações.
- › Deve ser conferida especial atenção à situação das mulheres, porque mais vulneráveis, e, dentro destas, às mais idosas, incluindo as que vivem sós, às portadoras de deficiência, às famílias monoparentais femininas e às trabalhadoras pobres.
- › A integração da dimensão da igualdade de género nas políticas de inclusão é um modo de contribuir para melhorar a vida das mulheres em situação de maior vulnerabilidade socioeconómica, concorrendo para aumentar o seu acesso aos recursos, para melhorar o seu estatuto social e económico e a sua capacitação. É assim essencial adotar medidas como a monitorização das prestações sociais do subsistema da solidariedade na perspetiva de género, bem como monitorizar a situação das famílias monoparentais, em especial as femininas, que beneficiem de abono de família (PCM, 2013).
- › Devem ser concebidas e implementadas medidas promotoras do envelhecimento ativo para ambos os sexos, que contemplem as necessidades e possibilidades das pessoas que têm responsabilidades decorrentes da assistência a pessoas dependentes.

- › Em resultado dos diferentes processos de socialização, as mulheres idosas tendem a ser mais autónomas no espaço privado da casa e os homens idosos tendem a ser mais autónomos no espaço público, pelo que as diferentes necessidades devem ser contempladas ao nível das respostas e dos apoios que são prestados a umas e a outros.
- › As mulheres são geralmente quem se dirige aos serviços em busca de apoio social, mas a capacidade de decisão dentro da família cabe muitas vezes aos homens, em particular nas gerações mais velhas. As assimetrias de poder entre homens e mulheres nas famílias, sobretudo nas gerações mais velhas, devem ser combatidas, mas também tomadas em consideração no atendimento dos serviços de ação social (Perista e Perista, 2012).
- › Em todos os cursos ministrados, nomeadamente os dirigidos à população desempregada ou beneficiária do RSI, deve ser incluída a perspetiva de género.
- › Devem estar disponíveis e próximas estruturas de apoio integradas às mulheres vítimas de violência doméstica e às vítimas de tráfico de seres humanos. Os sites dos municípios devem conter informação visível e facilmente acessível acerca desta matéria. Quer via submissão eletrónica, quer telefonicamente, devem estar disponíveis meios de auxílio e de denúncia.
- › Há que garantir que os serviços de apoio a vítimas de violência doméstica chegam às mulheres em contexto rural.
- › Nas campanhas e intervenções sobre violência doméstica e sexual devem ser incluídas as especificidades das mulheres com deficiência, atendendo à sua maior vulnerabilidade e exposição a situações de risco.
- › Devem ser asseguradas e acessíveis vagas para filhos/as de mulheres vítimas de violência doméstica nos equipamentos para a guarda de crianças do concelho, aquando do seu processo de autonomização.
- › As vítimas de violência doméstica, bem como outras famílias monoparentais vulneráveis, como as constituídas por mulheres com deficiência, devem ser prioritárias no acesso a habitação social ou apoiada. Quando a família já beneficia de uma habitação social, independentemente do/a titular formal, deve ser a vítima a ter direito ao seu usufruto.

- › As autarquias, bem como as entidades policiais e inspetivas, as ONG ou os sindicatos, são peças chave no processo de sinalização e encaminhamento das vítimas de tráfico de seres humanos. A abordagem às vítimas deve ter em consideração o género, não apenas na eficácia da sinalização, porque os padrões de exploração são frequentemente sustentados nessa dimensão (diferentes setores de exploração, de meios de coação, etc.), como, após sinalização, devem ser prestados a homens e mulheres cuidados e assistência tendo em conta as suas necessidades específicas. As necessidades das mulheres devem ser consideradas, em particular, nos serviços de saúde e abrigo (Projeto Euro TrafGuID, 2014: 13, 19).
- › A autarquia deve promover medidas de facilitação do acesso à habitação por parte da população imigrante, podendo para tal mobilizar a Rede CLAll – Centros Locais de Apoio à Integração de Imigrantes. Deve igualmente realizar ações de sensibilização da banca e de proprietários para a não discriminação desta população no acesso à habitação.
- › Devem ser asseguradas respostas para a procura de equipamentos de guarda de crianças, idosos e de outras pessoas dependentes. Deve ser criado um sistema de informação integrado das procuras e respostas dos equipamentos para crianças e pessoas idosas e dependentes, alimentado em permanência pelos serviços autárquicos e entidades gestoras dos equipamentos. Estas entidades devem articular-se de modo a que a todas as necessidades seja proposta uma resposta.
- › Devem ser realizadas campanhas de sensibilização para a responsabilização dos homens na guarda das pessoas dependentes.
- › Devem existir medidas de inclusão do sexo menos representado nos equipamentos de guarda de crianças, pessoas idosas e dependentes.
- › Os direitos dos/as utentes dos serviços de ação social devem ser acautelados. Devem ser disponibilizados mecanismos de exposição, anónimos e confidenciais, de episódios de discriminação na prestação de serviços de ação social.
- › As decisões e intervenções em matéria de ação social a nível local devem ser sustentadas por um diagnóstico da situação do concelho em termos de igualdade de género.

Instrumentos

A que recorrer?

De seguida apresenta-se uma lista contendo exemplos de questões para as quais se deve procurar obter resposta quando se pretende fazer um diagnóstico da ação social com uma perspetiva de igualdade de género. São múltiplos os *stakeholders* a envolver no diagnóstico, desde logo os decisores políticos, com destaque para os autárquicos e para os públicos e privados que atuam no setor da ação social, sem esquecer associações de mulheres e de igualdade de género e outras representantes do terceiro setor. O conselho Local de Ação Social (CLAS), sendo um órgão agregador das diversas entidades que atuam no concelho desempenha aqui um papel central. O conjunto de indicadores propostos no quadro 4 deve ser mobilizado na resposta às questões elencadas.

› Quadro 3 – Exemplos de questões de diagnóstico da igualdade de género na área da ação social

Quais as principais diferenças, em termos de condições socioeconómicas, entre homens e mulheres em idade ativa no concelho?

Qual a situação das pessoas idosas do concelho em termos de condições socioeconómicas, especialmente as mulheres? Quais as principais necessidades das idosas e dos idosos? Que iniciativas/ações têm sido desenvolvidas de apoio à população idosa, tendo em conta as diferenças de género?

Existem políticas de envelhecimento ativo para ambos os sexos? Se sim, essas políticas são flexíveis para as pessoas que têm responsabilidades decorrentes de assistência a outras pessoas?

Quem recorre mais aos serviços de ação social, em termos de sexo, idade, grupo étnico, problemática, etc.?

Qual a situação socioeconómica das famílias monoparentais do concelho, especialmente as femininas? Quais as suas principais necessidades? Que ações têm sido desenvolvidas no sentido de melhorar as condições de vida destas famílias?

› Quadro 3 – Exemplos de questões de diagnóstico da igualdade de género na área da ação social

Qual a situação de violência doméstica no concelho? Quais os recursos disponíveis para as vítimas de violência doméstica e respetiva articulação entre serviços? Que iniciativas/ações têm sido desenvolvidas para a melhoria da qualidade do apoio prestado na sinalização e encaminhamento das vítimas de violência doméstica?

Que iniciativas/ações têm sido desenvolvidas para o apoio à saída da situação violenta e posterior apoio na integração social das vítimas? Existe uma estrutura integrada para esse fim?

Qual a situação socioeconómica das minorias étnicas do concelho? Quais as principais necessidades tendo em conta as questões de género? Que iniciativas/ações têm sido desenvolvidas para o apoio à integração das minorias étnicas? A quem se dirigem?

Qual a dimensão do fenómeno das pessoas sem-abrigo no concelho? Que iniciativas têm sido desenvolvidas no apoio a esta população?

Qual a cobertura dos equipamentos para a infância (creche e jardim de infância)? Quais as principais necessidades sentidas no concelho? Que iniciativas/ações têm sido tomadas para suprir eventuais necessidades?

Qual a cobertura do ensino pré-escolar, tendo em conta o setor público e o setor privado? Que iniciativas/ações têm sido tomadas para suprir eventuais necessidades?

Qual a cobertura dos equipamentos para idosos e pessoas dependentes? Quais as principais necessidades sentidas? Que iniciativas/ações têm sido tomadas para suprir essas necessidades?

Qual a qualidade do atendimento e tratamento à população mais vulnerável? Que iniciativas têm sido desenvolvidas em matéria de inclusão e igualdade de género para pessoas que trabalham mais diretamente com esta população? Que tipo de profissionais têm sido abrangidos/as? E que entidades/instituições?

Têm sido desenvolvidas iniciativas para a inclusão e participação nas decisões da população abrangida pela ação social? De que tipo? Que tipo de população tem sido abrangida?

› Quadro 4 - Indicadores de género na área da ação social

Área	Indicador	Fonte
Informação estatística disponível a nível concelhio		
População/Famílias	Relação de masculinidade	INE, PORDATA
	Índice de envelhecimento	INE, PORDATA
	Índice de dependência de idosos/as	INE, PORDATA
	Índice de dependência de jovens	INE, PORDATA
	Dimensão média das famílias	INE, PORDATA
	Núcleos familiares, segundo o tipo de núcleo no concelho e freguesias	INE, Censos, Quadros dos Núcleos Familiares
	Núcleos familiares, segundo o n.º de filhos no concelho e freguesias	INE, Censos, Quadros dos Núcleos Familiares
	Núcleos familiares, segundo a condição perante a atividade económica (sentido restrito) dos membros do núcleo e o n.º de filhos no concelho e freguesias	INE, Censos, Quadros dos Núcleos Familiares
	% de famílias monoparentais femininas no total de famílias monoparentais	INE, Censos, Quadros dos Núcleos Familiares
	Famílias monoparentais femininas, segundo o nível de escolaridade da mãe no concelho e freguesias	INE, Censos, Quadros dos Núcleos Familiares
	Famílias monoparentais masculinas, segundo o nível de escolaridade do pai no concelho e freguesias	INE, Censos, Quadros dos Núcleos Familiares
	População residente desempregada, segundo o grupo etário, por nível de escolaridade e sexo, no concelho e freguesias	INE, Censos, Quadros População
	Mulheres residentes com filhos sem atividade económica, segundo o grupo etário, por condição perante a atividade económica, no concelho e freguesias	INE, Censos, Quadros População
	População estrangeira que solicitou estatuto de residente por sexo	INE, Anuários Estatísticos Regionais
	População estrangeira com estatuto legal de residente por sexo (n.º)	INE SEF/MAI, PORDATA
	População estrangeira com estatuto legal de residente, por algumas nacionalidades (n.º)	INE SEF/MAI, PORDATA

› Quadro 4 - Indicadores de género na área da ação social

Área	Indicador	Fonte
Inatividade, desemprego e proteção social	Taxa de inatividade por sexo, segundo os censos (%)	INE, PORDATA
	Pensionistas da segurança social e da caixa geral de aposentações no total da população residente com 15 ou mais anos	CGA/MEF, ISS/MSESS, INE, PORDATA
	N.º de beneficiários/as de subsídio de desemprego da Segurança Social, por sexo	II/MSESS, PORDATA
	Valor e número de dias de subsídios de desemprego da Segurança Social, segundo o sexo	INE, Anuários Estatísticos Regionais
	N.º de beneficiários/as de subsídio social de desemprego da Segurança Social, por sexo	II/MSESS, PORDATA
	N.º de beneficiários/as do subsídio por doença da Segurança Social, por sexo	II/MSESS, PORDATA
	Subsídio parental inicial da Segurança Social, segundo o sexo	INE, Anuários Estatísticos Regionais
	Beneficiários/as do rendimento social de inserção, por sexo	II/MSESS, PORDATA
	N.º de pessoas desempregadas registadas, segundo o grupo etário e o sexo	IEFP, Desemprego Registado por Concelho. Estatísticas Mensais
	N.º de pessoas desempregadas registadas, segundo os níveis de escolaridade e o sexo	IEFP, Desemprego Registado por Concelho. Estatísticas Mensais
	N.º de pessoas colocadas, segundo o sexo	IEFP, Desemprego Registado por Concelho. Estatísticas Mensais
	Desempregados/as inscritos/as nos centros de emprego e de formação profissional, por sexo	IEFP/MSESS, PORDATA
Respostas sociais	N.º de pessoas desempregadas inscritas, segundo o sexo	IEFP, Desemprego Registado por Concelho. Estatísticas Mensais
	Taxa de cobertura da resposta social: creche e ama	Carta Social
	Taxa real de pré-escolarização	DGEEC/MEC
	Taxa de cobertura das respostas Centro de Dia, Estrutura Residencial para Pessoas Idosas e Serviço de Apoio Domiciliário	Carta Social

› Quadro 4 - Indicadores de género na área da ação social

Área	Indicador	Fonte
Informação estatística a produzir ou recolher pela autarquia		
Proteção social	% de pais que gozam a licença parental exclusiva dos pais	Centro Distrital de Segurança Social
RSI	N.º de famílias beneficiárias do rendimento social de inserção e % no total de famílias do concelho	Serviço local de acompanhamento do RSI
	N.º de famílias beneficiárias do rendimento social de inserção, segundo o tipo de família	Serviço local de acompanhamento do RSI
Guarda e cuidados de crianças, idosos/as e outras pessoas dependentes	N.º de crianças em lista de espera para a frequência do ensino pré-escolar, segundo a idade	Agrupamentos de escolas
	N.º de crianças em lista de espera para a frequência das Atividades de Animação e Apoio à Família (AAAF), por freguesia	Agrupamentos de escolas
	N.º de crianças em lista de espera para a frequência da Componente de Apoio à Família (CAF), por freguesia, segundo o nível de ensino	Agrupamentos de escolas
	N.º de crianças e jovens em lista de espera para a frequência de atividades de ocupação de tempos livres nas interrupções letivas, segundo o nível de ensino	Agrupamentos de escolas
	N.º de crianças e jovens em lista de espera para a frequência de atividades de ocupação de tempos livres nas férias de verão, segundo o nível de ensino	Agrupamentos de escolas
	N.º de idosos em lista de espera para respostas sociais, segundo o tipo de resposta e o sexo dos/as idosos/as	IPSS
	N.º de outras pessoas dependentes (pessoas com deficiência, incapacidade, etc.) em lista de espera para respostas sociais, segundo o tipo de resposta e o sexo	IPSS
	N.º de protocolos celebrados com a Segurança Social para as respostas sociais, segundo o tipo de resposta	Segurança Social
	N.º de cuidadores/as de pessoas dependentes por sexo, idade e local de residência	Autarquia
	N.º de apoios prestados a cuidadores/as de pessoas dependentes, por sexo	Autarquia
	N.º de ações/iniciativas de promoção da igualdade de género (IG) no cuidado de pessoas dependentes	Autarquia
	N.º de crianças e jovens em risco sinalizados/as pela CPCJ, segundo o sexo, a idade e o tipo de problemática	CPCJ
	Tipo de família de origem das crianças e jovens em risco	CPCJ

› Quadro 4 - Indicadores de género na área da ação social

Área	Indicador	Fonte
Organismos e profissionais de ação social	N.º e % de representantes no Conselho Local de Ação Social, por sexo	CLAS
	N.º e % de representantes no Conselho Local de Ação Social com formação em IG	CLAS
	N.º e % de dirigentes da ação social com formação em IG, segundo o sexo e a função	Autarquia, CLAS
	N.º de ações de sensibilização/formação em IG para pessoal na área da ação social, segundo o tipo de pessoal, entidade e área de intervenção	Autarquia, CLAS
	N.º de profissionais abrangidos/as por ações de sensibilização/formação em IG, por sexo, segundo o tipo de pessoal e a área de intervenção	Autarquia, CLAS
Serviços e apoios de ação social	N.º de alunos/as beneficiários/as da ação social escolar, por tipo de família	Autarquia, Direção Regional de Educação
	N.º. de famílias apoiadas pelos serviços de ação social da autarquia e % no total de famílias do concelho	Autarquia
	N.º beneficiários/as dos serviços de ação social, segundo a área e o sexo	Autarquia
	N.º de beneficiários/as de doação de vestuário, por sexo	Autarquia e IPSS
	N.º de beneficiários/as de doação de medicamentos, por sexo	Autarquia e IPSS
	N.º de beneficiários/as na compra de medicamentos, por sexo	Autarquia e IPSS
	N.º de beneficiários/as de lojas solidárias, por sexo	Autarquia e IPSS
	N.º de beneficiários/as do apoio ao pagamento de despesas (água, eletricidade, renda da casa, medicamentos, etc.), por sexo	Autarquia e CRSS
	N.º de pessoas apoiadas pelo fundo de emergência social da Câmara Municipal, por sexo	Autarquia
	N.º de pessoas apoiadas pelo fundo de emergência social da Segurança Social, por sexo	CRSS
	N.º de pessoas que recorrem ao número de emergência social, por sexo	Segurança Social
	N.º e % de famílias beneficiárias de tarifas sociais na eletricidade, segundo o sexo do/a titular do contrato	Entidades fornecedoras de eletricidade
	N.º e % de famílias beneficiárias de tarifas familiares na água, segundo o sexo do/a titular do contrato	Entidade fornecedora de água
	Titulares de contratos de habitação social, por sexo e tipo de família	Autarquia
	N.º de pedidos para habitação social/apoiada, por sexo e tipo de família	Autarquia

› Quadro 4 - Indicadores de gênero na área da ação social

Área	Indicador	Fonte
Serviços e apoios de ação social (cont.)	N.º de casos prioritários de habitação, por sexo do/a titular do pedido	Autarquia
	N.º de beneficiários do apoio à renda de casa, por tipo de família	Autarquia
	N.º de casas atribuídas a mulheres vítimas de violência doméstica	Autarquia
	N.º de casas atribuídas a mulheres com deficiência	Autarquia
	N.º de casas atribuídas a pessoas de etnia cigana	Autarquia
	N.º de casas atribuídas a pessoas imigrantes/refugiadas	Autarquia
	N.º de pessoas com backgrounds culturais minoritários a desempenhar funções em estruturas da ação social	Autarquia
	Grau de satisfação dos/as munícipes com os serviços de ação social, segundo o serviço, o sexo e a idade	Autarquia
Violência doméstica	Queixas/participações por violência doméstica, segundo o sexo das vítimas	PSP/GNR
	Queixas/participações por violência sobre as pessoas idosas, segundo o sexo das vítimas	PSP/GNR
	N.º de centros de atendimento/encaminhamento de vítimas de violência doméstica por tipo de entidade promotora	Autarquia
	N.º de vítimas de violência doméstica (VVD) atendidas, segundo a entidade e o sexo da vítima	Entidades da rede de apoio VVD
	N.º e tipo de ações de sensibilização/formação sobre violência doméstica, por entidade promotora das ações	CLAS
	N.º de pessoas abrangidas por ações de sensibilização sobre violência doméstica, segundo o público a que se dirigem	CLAS

Com quem?

As autarquias deverão articular-se com um conjunto de outras entidades para o desenvolvimento das estratégias e ações propostas na área da ação social.

- › Câmara Municipal (divisão de ação social);
- › Juntas de freguesia;
- › Conselho Local de Ação Social;
- › Comunidades Intermunicipais (CIM);
- › Ministério da Segurança Social e centros distritais da segurança social;
- › GIP - Gabinetes de Inserção Profissional;
- › IPSS do concelho;
- › Profissionais que trabalham no atendimento e no encaminhamento e apoio na área da ação social e nos equipamentos para idosos e pessoas dependentes (auxiliares, animadores/as sociais, diretores/as, etc.);
- › Associações de profissionais da área social;
- › Estruturas e profissionais de apoio a vítimas de violência doméstica;
- › Instituições de formação de profissionais de serviço social, animadores sociais e outros na área da ação social;
- › Instituições de formação profissional de auxiliares de lares e de outros profissionais auxiliares na área da ação social;
- › Associações de mulheres e de promoção da igualdade de género;
- › Associações de imigrantes, pessoas sem-abrigo, pessoas com deficiência e de outros grupos vulneráveis;
- › Outras ONG;
- › Investigadores/as, centros de investigação e universidades;
- › Meios de comunicação social (locais, regionais e nacionais);
- › Voluntários/as.

Boas práticas

Que exemplos?

De seguida, apresenta-se uma listagem contendo tipos e exemplos concretos de boas-práticas. Estas devem adaptar-se a cada contexto e realidade concreta.

Recolha de informação e produção de dados

- › Promover e/ou apoiar a realização de estudos de mapeamento e compreensão da situação das mulheres no concelho em termos de rendimentos, condições de vida e apoios sociais.
- › Recolher e analisar, desagregados por sexo e outras variáveis pertinentes, os dados administrativos relativos à área da ação social.

Empoderamento das mulheres e criação de parcerias estratégicas

- › Fomentar a inclusão de representantes de associação de mulheres e de outros grupos vulneráveis nos CLAS e nos serviços de ação social das autarquias.



Em 2014 a associação ILGA Portugal ministrou, em colaboração com a CIG, durante dois dias, uma **ação de sensibilização sobre Discriminação e Violência contra Pessoas LGBT** dirigida a técnicos/as da Segurança Social de vários pontos do país: Beja, Évora, Setúbal, Santarém e Lisboa.
(<http://www.dgs.pt/?cr=26929>)



naoaotrafico.pt
APAV
Apaga a Violência

Vieram umas pessoas perguntar-me se queria ir trabalhar para Espanha. Fui, só que as coisas complicaram-se e nunca me pagaram nada. Em 9 anos nunca recebi dinheiro.
Mário, vítima de tráfico humano

No âmbito do **projeto Briseida - Combate ao tráfico de seres humanos para fins de exploração laboral**, promovido pela APAV, foi lançada, em 2014, uma campanha de promoção de conhecimento e prevenção do fenómeno destinada ao público em geral. A campanha, dinamizada através do site www.naoaotrafico.pt, incluiu cartazes que circularam em 21 municípios de norte a sul do país.
(CIG, 2015: 7)

Capacitação de agentes estratégicos

› Promover ações de formação em inclusão e igualdade de género para pessoal técnico da autarquia e de outras entidades que trabalhem diretamente com grupos de população mais vulnerável.

Advocacy, consciencialização e mobilização da comunidade

› Apoiar campanhas de sensibilização e combate ao tráfico de seres humanos com uma perspetiva de género.



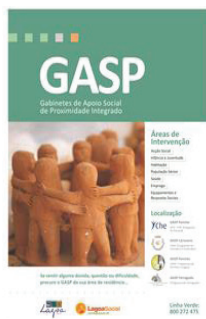
O projeto **Tráfico de Mulheres - Romper Silêncios**, promovido pelo Movimento Democrático de Mulheres (MDM), visou aprofundar o conhecimento do público em geral, e das mulheres em particular, sobre o tráfico de mulheres. No âmbito do projeto foi concebida uma exposição e ações de sensibilização que ocorreram em vários municípios.

Em 2012 foi celebrado um protocolo com a CM de Lisboa para o desenvolvimento do projeto **Romper Silêncios em Lisboa**, que passou pela realização de ações de sensibilização, informação e prevenção dirigidas ao público em geral e a públicos específicos.

(<http://www.cm-lisboa.pt/viver/intervencao-social/igualdade/trafico-de-mulheres-romper-silencios-em-lisboa>)

Igualdade de género nas práticas autárquicas e na prestação de serviços à comunidade

› Estrutura descentralizada em termos territoriais e centralizada em termos dos vários serviços de ação social que permita chegar aos locais mais isolados ou problemáticos e uma maior articulação dos serviços/apoios a prestar.



GASP – Gabinetes de Apoio Social de Proximidade da Câmara Municipal de Lagoa. Gabinetes sediados em territórios de risco permitindo alargar a intervenção social de proximidade integrada a todas as freguesias do concelho, com pessoal técnico disponibilizado por instituições parceiras e que, em estreita articulação com a Unidade de Ação Social e Saúde do município, permite à população usufruir dos serviços e apoios colocados à sua disposição. Tem como principal objetivo identificar situações de carência; mediar as respostas apresentadas pelas

diversas entidades/serviços e os cidadãos; e encaminhar e apoiar na elaboração e implementação de programas e projetos sociais, consoante as necessidades detetadas.

(<http://www.cm-lagoa.pt/pt/794/gasp---gabinetes-de-apoio-social-de-proximidade.aspx>)

› Equipas móveis de apoio social, que permitam chegar aos locais mais isolados ou problemáticos e às populações mais arredadas do recurso aos serviços.

Atendimento e Apoio Social de Proximidade, iniciativa da Câmara Municipal de Portimão em colaboração com o Centro de Saúde de Portimão, Junta de Freguesia de Portimão e da Mexilhoeira Grande, Centro Distrital de Segurança Social e IPSS do concelho. Visa melhorar as condições de vida dos/as munícipes residentes nas zonas periféricas do concelho, prestando apoio psicológico, apoio social, aconselhamento em procedimentos administrativos, bem como entrega de bens alimentares e vestuário. Presta igualmente cuidados de saúde, como medição de tensão arterial, rastreios de glicemia e colesterol, injeções, pequenos curativos, marcação de consultas, etc. Divulga informação de interesse para os munícipes, nomeadamente sobre a autarquia, serviços de saúde, atividades socioculturais, etc. É constituído por uma equipa que integra uma técnica de serviço social e uma enfermeira. O grupo alvo é constituído por idosos/as e famílias em situação de isolamento e com condições económicas e habitacionais precárias.

(<http://www.cm-portimao.pt/index.php/servicos-municipais/acao-social-e-saude/atendimento-e-apoio-social-de-proximidade>)

- › Serviço integrado de apoio e informação aos/às munícipes.



A **Agência para a Vida Local**, promovida pela Câmara Municipal de Valongo, é uma estrutura particular no contexto das políticas de ação social. Local aberto, onde os cidadãos e cidadãs se podem deslocar de modo a obter apoio e informações sobre diversas questões. Trata-se de uma estrutura capaz de desenvolver atividades concertadas com vários departamentos da Câmara,

com a vantagem de lidar de perto com as questões e problemáticas da conciliação entre vida pessoal e laboral, procurando, através disso, fortalecer a cidadania e a coesão social. No âmbito da Agência, são desenvolvidas, entre outras, as seguintes iniciativas: i) Espaços Infantis Imediatos. Atribuição às famílias de cinco horas semanais de guarda de crianças em espaços infantis; ii) Banco de Tempo. Existe uma adaptação deste banco destinado aos jovens, procurando incutir o espírito da responsabilidade e a capacidade de autonomia, na lógica de “apoiar para receber”, atuando ao nível da prevenção de comportamentos de risco.

(<http://www.cm-valongo.pt/>)

- › Criar um sistema de informação e de gestão de procuras e respostas para a guarda de crianças, pessoas idosas e dependentes.

As comunas do departamento de Rhône (França) dispõem de um **serviço de diagnóstico especializado a fim de precisar as necessidades em termos de guarda de crianças**. Este serviço encarrega-se de recolher dados por departamento e suporta as iniciativas à escala comunal. Reúne ainda parceiros incumbidos do diagnóstico e da formulação de propostas aos eleitos.

Em Rennes, e numa ótica de igualdade de oportunidades e com preocupação com o bem-estar das crianças, foi levado a cabo um inquérito junto dos pais com filhos nas creches coletivas para conhecer as suas necessidades.

Mantes-la-Jolie, por seu lado, caracteriza-se por uma oferta ponderada em função das diferentes componentes comunitárias da municipalidade: “espaços de convívio” para pais e filhos, ateliers de tempos livres que favorecem a ligação com a escola primária e o acolhimento de urgência direcionado para a população de Val Fourré, um bairro problemático.

- › Garantir/cobrir as necessidades das famílias no Complemento de Apoio às Famílias, incluindo a igualdade nas ofertas e práticas pedagógicas.

- › Incluir serviços integrados de promoção de igualdade de género e de apoio a vítimas de violência doméstica nos serviços prestados pela autarquia.



SIGO – Serviço para a Promoção da Igualdade de Género da Câmara Municipal de Póvoa de Lanhoso. Serviço de atendimento, acompanhamento, encaminhamento e informação às vítimas de violência doméstica e de género. Assente numa rede de parcerias, funciona sem custos acrescidos para a autarquia e para

as restantes entidades parceiras, pretendendo aumentar a eficácia das medidas de apoio existentes. Inclui um número concelhio de atendimento permanente à vítima de Violência Doméstica. Realiza regularmente ações de informação dirigidas aos diferentes agentes locais que integram a Rede Social; ações de sensibilização dirigidas a públicos específicos (famílias, crianças e jovens, professores/as, dirigentes locais, etc.); organiza e difunde a informação disponível na área da proteção e apoio a situações de violência e intervém em situações de emergência. Para além da violência doméstica incide ainda sobre temáticas como a igualdade de oportunidades, o tráfico de seres humanos, a mutilação genital feminina, o bullying, etc.

No âmbito do SIGO foi elaborado o **Guia de Direitos para a Promoção da Igualdade de Género**, que compila um vasto conjunto de informação sobre a temática e sobre o serviço a esta dedicado na autarquia.

(www.mun-planhoso.pt/accao-social-e-habitacao/servico-para-a-promocao-da-igualdade-de-genero.html)

- › Apoiar o funcionamento de serviços de promoção de igualdade de género e de apoio a vítimas de violência doméstica.



O **Balcão de Igualdade de Género (BIG)**, promovido pela APSD – Associação Portuguesa de Solidariedade, funciona na freguesia de Carnaxide, numa loja cedida pela Câmara Municipal de Oeiras. Assegura o atendimento, aconselhamento e o encaminhamento de vítimas e agressores de violência doméstica. Neste balcão são prestados apoios de âmbito psicológico, social e jurídico, disponibilizando ainda um espaço terapêutico apropriado para Terapia de Grupo direcionado a vítimas e agressores.

(<http://www.cm-oeiras.pt/noticias/Paginas/BalcaodelGualdadedeGeneroemCarnaxide.aspx>)

- › Visibilizar os apoios/serviços/medidas/informações relativas à violência doméstica nos sites das autarquias.



A página inicial do site da Câmara Municipal de Póvoa de Lanhoso visibiliza a “Linha de apoio à Víctima de Violência Doméstica”, permitindo ainda clicar para obter mais informação relativa a este tema.

(<http://www.mun-planhoso.pt/>)

- › Promover ou apoiar serviços integrados e itinerantes de apoio a vítimas de violência doméstica e de tráfico de seres humanos e a agressores, atendendo a tipos de populações específicos.



Balcões de Intervenção itinerantes (BII) nos concelhos de Oeiras, Amadora e Odivelas, promovidos pela Associação Portuguesa de Solidariedade e Desenvolvimento (APSD), em parceria com autarquias e outras entidades. Dirigem-se a vítimas e agressores nacionais de países terceiros, disponibilizando uma resposta integrada e sistematizada, no que respeita a informação, atendimento e acompanhamento psicológico e jurídico nas áreas da Violência Doméstica e Tráfico de Seres Humanos.

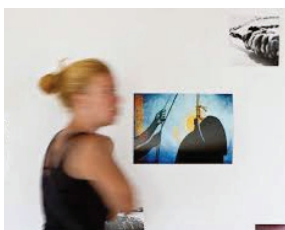
(<http://www.apsd.pt/index.php/noticias/156-balcoes-de-intervencao-itinerantes>)

- › Disponibilizar habitações para mulheres vítimas de violência doméstica, pessoas de etnia cigana, imigrantes e para outros grupos vulneráveis.

Bolsa de fogos para Mulheres Vítimas de Violência Doméstica (adesão de vários municípios). Protocolo de Colaboração celebrado entre a Secretaria de Estado dos Assuntos Parlamentares e da Igualdade e a Associação Nacional de Municípios Portugueses, que tem como objetivo instituir uma relação de cooperação e sensibilização dos municípios no apoio do processo de autonomização das vítimas violência doméstica no momento de saída das casas abrigo. "Os municípios aderentes do protocolo comprometem-se, designadamente, a incluir as vítimas de violência doméstica entre as suas prioridades na atribuição de fogos de habitação social ou, e de acordo com a sua opção, na avaliação da possibilidade de disponibilização de fogos que detenham no seu património para arrendamento a baixo custo. Cada Município deverá, ainda, encontrando-se esgotadas as hipóteses previstas anteriormente, prestar, através dos seus serviços de ação social, o apoio necessário às mulheres vítimas de violência doméstica na procura de habitação no mercado de arrendamento da sua área territorial."

(<http://www.apav.pt/apoios/index.php/protocolos-cartas-compromisso/protocolos/protocolo-de-colaboracao-de-apoio-as-mulheres-vitimas-de-violencia-domestica-entre-a-secretaria-de-estado-dos-assuntos-parlamentares-e-da-igualdade-secretaria-de-estado-da-administracao-local-e-reforma-administrativa-e-a-associacao-nacional-de-municipios>)

- › Integrar projetos de prevenção e combate ao tráfico de seres humanos.



Os projetos **(Es)Forçadas e (Des)Iguais e Mãos (Re)Forçadas**, promovidos pela OIKOS, através de uma metodologia de ação descentralizada, assente na capacidade de alcance e multiplicação de estruturas de base da sociedade civil no combate ao tráfico de seres humanos, envolveram cinco municípios: Barcelos, Braga, Guimarães, Póvoa do Lanhoso e Vila Nova de Famalicão.

(<http://www.oikos.pt/traficosereshumanos/m2-oikos-contra-trafico.html>)

- › Criar Planos/Programas Municipais de Acolhimento de Pessoas refugiadas.



Vários municípios, por exemplo o de Lisboa, dispõem já, ou estão em fase de elaboração, de **Planos Municipais para Acolhimento de Pessoas Refugiadas**, através do estabelecimento de protocolos com entidades que trabalham nesta área e de parcerias com entidades locais.

(<http://www.am-lisboa.pt/documentos/1444307049B9bHL8dw2Fm66PP9.pdf>)

- › Serviços de teleassistência para pessoas idosas e dependentes.



Os Serviços de Teleassistência para pessoas idosas e dependentes estão implementados em vários municípios. Um dos exemplos é o que funciona no município de Serpa.

“Em casa não estou só” – Projeto de Teleassistência Domiciliária, promovido pela Câmara Municipal e Juntas de Freguesia (sinalização) de Serpa. Trata-se de um serviço de Teleassistência

Domiciliária direcionado para a população idosa e/ou dependente, no sentido do combate à solidão e salvaguarda da segurança. Atendimento permanente (24h dia, durante todo o ano), que responde ao/à utente em situações de carácter urgente: acidentes domésticos, agravamento súbito de saúde, pânico, roubos, incêndios e outras situações que atentem contra a segurança do/a utilizador/a. Responde também a situações de carência social, nomeadamente situações de isolamento, mediante possibilidade de contacto com a Central, sempre que o/a utente o desejar. O serviço é gratuito, sendo a aquisição do equipamento e a mensalidade do serviço suportados pelo município. O/A utente suporta apenas o custo com a chamada.

(<http://www.cm-serpa.pt/artigos.asp?id=1063>)

- › Prestação de apoio social ao domicílio à população idosa e dependente.



Projeto Ama Sénior, promovido em parceria pela Câmara Municipal da Amadora e a associação “Os Vigilantes”. Trata-se da prestação de serviços que visam suprimir

necessidades através da criação de uma rede de apoio com deslocação ao domicílio. Tem como principal objetivo apoiar a população mais idosa e socialmente desfavorecida, seja por falta de recursos necessários à sua sobrevivência, seja por se encontrar numa situação de isolamento familiar. O serviço principal é a distribuição de refeições durante a semana e fim-de-semana, mas também a satisfação de outras necessidades quotidianas. O público-alvo é a população idosa que, socialmente desamparada e em situação de isolamento, se desloca aos Centros de Saúde ou Urgências, não na procura de solução para um problema de saúde real, mas de contacto e interação social. A intervenção contribui para uma maior eficácia do funcionamento dos serviços de saúde.

(<http://www.cm-amadora.pt/noticias-solidaria/1685-camara-municipal-apoia-os-seniores>)

- › Oficinas domiciliárias de apoio à população idosa e dependente.



Oficinas Domiciliárias, existentes em vários municípios, promovidas por câmaras municipais e juntas de freguesia.

Trata-se de uma viatura que se desloca ao domicílio para a realização de pequenas reparações. Visa apoiar os/as idosos/as, munícipes com mobilidade reduzida ou com deficiência, através da realização de pequenas reparações ao domicílio, nomeadamente ao nível de canalização, eletricidade, serralharia e intervenções consideradas de pequena *bricolage*.

- › Instrumentos de compilação de informação para pessoas idosas.



Guia de Lisboa para a Idade Maior. A Câmara Municipal de Lisboa criou o “Guia de Lisboa para a Idade Maior”, com o objetivo de divulgar e informar a população sénior, famílias e técnicos/as que trabalham na área do envelhecimento sobre os recursos existentes nesta área, tais como serviços de utilidade pública, serviços de urgência, saúde, segurança social, apoio jurídico, cultura e lazer. A informação contida no Guia é atualizada regularmente. O grande objetivo é incentivar a participação ativa e promover os direitos de cidadania e a inclusão

social, criando condições ao desenvolvimento pessoal e social da população sénior.

(<http://www.cm-lisboa.pt/viver/intervencao-social/envelhecimento/guia-para-a-idade-maior>)

- › Apoio e encaminhamento institucional das pessoas sem-abrigo.



Projeto Um Sem-Abrigo, Um Amigo da Associação Conversa Amiga.

O Projeto desenvolve-se desde 2006, fornecendo um apoio emocional e humano, no sentido da diminuição da solidão. Disponibilizando algum tempo e motivação, pretende-se que a pessoa sem-abrigo tenha alguém que a ouça ativamente, que se interesse por ela e que se preocupe: “um/a amigo/a”. Procura promover a dignidade e a autoestima, e encontrar soluções, nomeadamente encaminhamento para respostas sociais, para cada pessoa sem-abrigo.

Este projeto inclui ainda a vertente **“Saúde na rua”**, que presta cuidados de saúde a este tipo de população na cidade de Lisboa.

(<http://conversa.pt/portfolio/projecto-um-sem-abrigo-um-amigo/>)

- › Promover medidas de dessegregação do mercado de trabalho, dando preferência, em igualdade de circunstâncias, ao sexo menos representado nos serviços de prestação de cuidados em lares e outras instituições de cuidado a pessoas dependentes.
- › Incluir representantes de grupos desfavorecidos/discriminados nos serviços, na lógica da diversificação de experiência e da autorrepresentação, nas estruturas de decisão e intervenção para com esses mesmos grupos.

Programa Mediadores Municipais Ciganos, financiado pelo Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo intercultural (ACIDI), que contempla a colocação de um mediador num programa de formação-trabalho em serviços e/ou projetos do município de modo a melhorar a intervenção e diálogo com esta comunidade específica.

(<http://www.programaescolhas.pt/conteudos/noticias/ver-noticia/4dd2aa058b7ec/projecto-piloto-mediadores-municipais>)

- › Estabelecer critérios para o recrutamento inclusivo e diversificado nos serviços municipais (por exemplo, contratando pessoas de etnia cigana para trabalhar com essa população, numa lógica de autorrepresentação).



No Oslo District of Grünerlokka – Departamento de Diversidade e Integração do município de Oslo –, foram estabelecidos **critérios para o recrutamento que fomentam o recrutamento de pessoas com backgrounds culturais distintos para os serviços do município**, promovendo a diversidade, a proximidade com os problemas e a autorrepresentação.

Referências bibliográficas

Castro, Alexandra e Santos, Marta. 2015. *Mediadores Municipais Ciganos. Balanço da Avaliação de um Projeto Experimental (2009-2013). Relatório Síntese*. Lisboa: ACM – Alto Comissariado para as Migrações. Disponível em http://www.obcig.acm.gov.pt/exemplosubsubarea/-/asset_publisher/qy5WF05cgRGZ/document/id/295170.

CIG – Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. 2015. *III Plano nacional de Combate ao Tráfico de Seres Humanos (2014-2017). Relatório Intercalar de Execução, 2014*. Lisboa: CIG. Disponível em <https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2015/03/Relatorio-Intercalar-de-Execu%C3%A7%C3%A3o-do-III-PNPCTSH-2014.pdf>.

CMRE – Conselho dos Municípios e Regiões da Europa e seus parceiros. 2006. *Carta Europeia para a Igualdade das Mulheres e dos Homens na Vida Local*. Conselho dos Municípios e Regiões da Europa e seus parceiros. Disponível em http://www.ccre.org/docs/charte_egalite_pt.pdf.

CNE – Conselho Nacional de Educação. 2014. *Estado da Educação 2014*. Lisboa: CNE. Disponível em http://www.cnedu.pt/content/edicoes/estado_da_educacao/Estado_da_Educa%C3%A7%C3%A3o_2014_VF.pdf.

Comissão Parlamentar de Ética, Sociedade e Cultura. 2009 *Relatório das audições efectuadas sobre Portugueses Ciganos no âmbito do Ano Europeu para o Diálogo Intercultural. Subcomissão para a Igualdade de Oportunidades e Família*.

DGS – Direção Geral da Saúde. 2008. *Saúde, Sexo e Género. Factos, Representações e Desafios*, Lisboa: DGS.

DGS. 2014. *Portugal. Infecção VIH, SIDA e Tuberculose em números – 2014*. Lisboa: DGS.

DGS. 2015. *A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015*. Lisboa: DGS.

EIGE – European Institute for Gender Equality. 2015. *Gender Gap in Pensions in the EU*. Vilnius: EIGE. Disponível em http://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/MH0415087ENN_Web.pdf.

Entidade Reguladora da Saúde. 2015. *Acesso a cuidados de Saúde por Imigrantes*. Porto: ERS. Disponível no endereço https://www.ers.pt/pages/143?news_id=1194.

Fernandes, Ana. 2012. *Envelhecimento e Saúde. Uma análise de género*. Lisboa: FCSH-CESNOVA.

FRA – Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia. 2009. *Annual Report*: FRA.

GEP – Gabinete de Estratégia e Planeamento. 2015. *Carta Social. Folha Informativa n.º 19, Outubro de 2015*. Lisboa: GEP. Disponível em www.cartasocial.pt/pdf/FI192015.pdf.

García, Carmen Castro. 2006. *Guia Orientadora para a Definição de Padrões de Qualidade (e possíveis cartas de serviços) que favoreçam a prática de serviços de qualidade a serem criados ou já existentes*. Santa Cruz de Tenerife: Cabildo Insular de Tenerife.

Gómez, Olga Gómez e Javier Martin Nieto. 2012. *Estudio de las campañas de prevención de drogas desde la perspectiva de género*. Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD). Disponível no endereço http://unad.org/ARCHIVO/documentos/biblioteca/Estudio_campanas_de_prevenccion_desde_la_perspectiva_de_genero.pdf.

Guerreiro, Maria das Dores (coord.); Patrício, Joana Aguiar; Coelho, Ana Rita e Saleiro, Sandra Palma. 2015. *Processos de Inclusão de mulheres Vítimas de Violência Doméstica*. Lisboa: CIES-IUL. Disponível em <https://www.cig.gov.pt/2015/05/estudo-sobre-processos-de-inclusao-de-mulheres-vitimas-de-domestica/>.

ILGA Portugal. 2014. *Saúde em Igualdade. Pelo acesso a cuidados de saúde adequados e competentes para pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans*, ILGA. Disponível <http://ilga-portugal.pt/ficheiros/pdfs/igualdadensaude.pdf>.

INE – Instituto Nacional de Estatística. 2011a. *Censos 2011*. Lisboa. INE. Disponível em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos2011_apresentacao&xpid=CENSOS.

INE. 2011b. *Estatísticas do Emprego – 2.º Trimestre de 2011*. Lisboa: INE. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=109727373&PUBLICACOESmodo=2.

INE. 2015a. *Inquérito Nacional de Saúde – 2014*. Lisboa: INE. Disponível em <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Novembro/11INS2014.pdf>.

INE. 2015b. *Inquérito às condições de Vida e Rendimentos*. Lisboa: INE.

Lisboa, Manuel (coord.). 2015. *Mutilação Genital Feminina: prevalências, dinâmicas socio-culturais e recomendações para a sua eliminação*. Lisboa: FCSH-UNL. Disponível no endereço https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2015/07/Relat_Mut_Genital_Feminina_p.pdf.

Malheiros, Jorge e Fonseca, Lucinda (orgs.). 2011. *Acesso à habitação e Problemas Residenciais dos Imigrantes em Portugal*. Lisboa: ACIDI.

Mendes, Maria Manuela. 2007. *Representações Face à Discriminação. Ciganos e Imigrantes Russos e Ucrrianos na Área Metropolitana de Lisboa*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais. Tese de doutoramento.

Mendes, Manuela; Magano, Olga e Candeias, Pedro. 2014. *Estudo Nacional sobre a Comunidade Cigana*. Edição ACM.

MTSS – Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. 2006. “Decreto-Lei n.º 115/2006: Regulamenta a rede social, definindo o funcionamento e as competências dos seus órgãos, bem como os princípios e regras subjacentes aos instrumentos de planeamento que lhe estão associados, em desenvolvimento do regime jurídico de transferência de competências para as autarquias locais”, *Diário da República*, 114, Série I-A, 14 de junho de 2006: 4276-4282. Disponível em <https://dre.pt/application/file/124705>.

OMS – Organização Mundial de Saúde. 2002. *Active Ageing: A policy framework*. Genebra: OMS. Disponível em http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/.

PCM – Presidência do Conselho de Ministros. 2013. “Resolução do Conselho de Ministros n.º 103/2013: Aprova o V Plano Nacional para a Igualdade, Género, Cidadania e Não-discriminação 2014-2017”, *Diário da República*, 253, Série I, de 31 de dezembro: 70397046. Disponível em <https://dre.pt/application/file/136551>.

Perista, Heloísa (coord.) e Perista, Pedro 2012. *Mulheres, Homens e Envelhecimento. Um Guia para Serviços de Ação Social*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. Disponível em <https://www.cig.gov.pt/siic/wp-content/uploads/2015/01/GUIA-A%C3%A7%C3%A3o-Social.pdf>.

Pordata. 2016a. *Anos de vida saudável aos 65 anos: por sexo*. Disponível no endereço <http://www.pordata.pt/Europa/Anos+de+vida+saud%C3%A1vel+aos+65+anos+por+sexo-1590>.

Pordata. 2016b. *Alunos do sexo feminino em % dos matriculados no ensino superior: total e por área de educação e formação referente ao ano de 2015*. Disponível no endereço <http://www.pordata.pt/Portugal/Alunos+do+sexo+feminino+em+percentagem+dos+matriculados+no+ensino+superior+total+e+por+%C3%A1rea+de+educa%C3%A7%C3%A3o+e+forma%C3%A7%C3%A3o+-1051>.

Pordata. 2016c. *Famílias clássicas monoparentais do sexo feminino (%) referente ao ano de 2015*. Disponível no endereço [http://www.pordata.pt/Portugal/Fam%C3%ADlias+cl%C3%A1ssicas+monoparentais+d+o+sexo+feminino+\(percentagem\)-532](http://www.pordata.pt/Portugal/Fam%C3%ADlias+cl%C3%A1ssicas+monoparentais+d+o+sexo+feminino+(percentagem)-532).

Projeto Euro TrafGulD, 2014. 2014. *Sistema de Referenciação para Vítimas de Tráfico de Seres Humanos: Orientações para a Sinalização de Vítimas de Tráfico de Seres Humanos em Portugal*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. Disponível em <https://www.cig.gov.pt/2015/01/novas-publicacoes-cig-sobre-traffic-de-seres-humanos/>.

SIDAC - Serviços de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. 2014. *A Situação do País em Matéria de Álcool. Relatório Anual 2013*. Lisboa: SIDAC. Disponível no endereço http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/74/Relatorio_Anual_2013_A%20Situacao_do_Pais_em_Materia_de_%C3%81lcool.pdf.

SCML - Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. 2014. *Relatório Final do Programa Intersituações de Exclusão e Vulnerabilidade Social*. Lisboa: SCML. Disponível em [http://imgs.santacasa.viatecla.com/share/2014-03/2014-03-07113600_f7664ca7-3a1a-4b25-9f46-2056eef44c33\\$72F445D4-8E31-416A-BD01-D7B980134D0F\\$4C58DD97-65CF-4679-A945-DE4C3BC23644\\$storage_image\\$pt\\$1.pdf](http://imgs.santacasa.viatecla.com/share/2014-03/2014-03-07113600_f7664ca7-3a1a-4b25-9f46-2056eef44c33$72F445D4-8E31-416A-BD01-D7B980134D0F$4C58DD97-65CF-4679-A945-DE4C3BC23644$storage_image$pt$1.pdf).

Sistema de Segurança Interna, 2015. *Relatório Anual de Segurança Interna 2014*. Lisboa: Sistema de Segurança Interna. Disponível em <http://www.portugal.gov.pt/media/6877606/20150331-rasi-2014.pdf>

UNPF - United Nations Population Fund. 2014. *Programme of Action of the International Conference on Population Development, 20th Anniversary Edition*. UNPF.

UNFPA – United Nations Population Fund. 2003, *It Takes 2. Partnering with men in reproductive & sexual health*. Disponível em <http://www.unfpa.org/publications/it-takes-2>

Vicente, Maria José. 2009. *As Comunidades Ciganas e a Saúde. Um primeiro retrato nacional*. Porto: REAPN – Rede Europeia Anti-Pobreza/Portugal.

PROMOTOR:



PARCEIROS:



FINANCIAMENTO:

