



# Trabalho, Liderança e Género no SNS

Nota de Análise

## **FICHA TÉCNICA**

### **Título**

Trabalho, Liderança e Género no SNS – Nota de Análise

### **Data**

Maio de 2024

### **Autoria**

Ana Sofia Ferreira, Assessoria Estratégica

William de Melo e Rita Costa, Equipa Multidisciplinar de Monitorização

Sabina Pereira, Equipa Multidisciplinar de Comunicação e Gestão do Conhecimento

Nuno Duarte, Equipa Multidisciplinar de Avaliação de Políticas e de Impacto Legislativo

### **Revisão e *layout***

Equipa Multidisciplinar de Comunicação e Gestão do Conhecimento

Dados disponibilizados pela Administração Central do Sistema de Saúde IP. Esta nota de análise do PlanAPP integra uma coleção de publicações sobre os Profissionais da Saúde enquadrada pelo Despacho n.º 7985/2023 de 3 de agosto. Emitido conjuntamente pelos Gabinetes da Ministra da Presidência e do Secretário de Estado da Saúde, o diploma determina o estabelecimento de mecanismos de cooperação e de trabalho conjunto do PlanAPP com diversas entidades competentes do Ministério da Saúde, prevendo a realização pelo PlanAPP de um conjunto de estudos exploratórios, com vista ao enquadramento do planeamento e da gestão estratégica de recursos humanos da saúde.

### **PlanAPP – Centro de Competências de Planeamento, de Políticas e de Prospetiva da Administração Pública**

Rua Filipe Folque, 44

1069-123 Lisboa

[planapp@planapp.gov.pt](mailto:planapp@planapp.gov.pt)

[www.planapp.gov.pt](http://www.planapp.gov.pt)

# Índice

Índice de Figuras .....	3
Siglas e Acrónimos .....	4
Síntese .....	5
A relevância do Tema .....	6
Enquadramento geral .....	6
O quadro normativo .....	7
A situação na Administração Pública Central .....	10
Os dados relativos ao SNS .....	13
Representação de género nos cargos de liderança do SNS .....	19
Conclusão.....	26
Referências .....	28

## Índice de Figuras

<b>Figura 1</b> – Índice de Igualdade de Género, Portugal e UE27 (2013 e 2023).....	9
<b>Figura 2</b> – Indicadores do domínio Poder, Portugal (2023) .....	10
<b>Figura 3</b> – Relação de feminilidade (n.º de mulheres por 100 homens) entre os dirigentes no setor das administrações públicas, por cargo (2018-2022) .....	11
<b>Figura 4</b> – Número e percentagem de homens e mulheres – lideranças intermédias do SNS (2018 e 2022) .....	16
<b>Figura 5</b> – Número e percentagem de homens e mulheres – lideranças de topo do SNS (2018 e 2022) .....	17
<b>Figura 6</b> – Proporção de profissionais com cargos de chefia no SNS e no total da população empregada, por género (2018-2022) .....	19
<b>Figura 7</b> – Número e percentagem de homens e mulheres – SNS, liderança intermédia e liderança de topo (2018-2022) .....	21
<b>Figura 8</b> – Relação de feminilidade (mulheres por 100 homens) entre os dirigentes do SNS (N.º) por Cargo (2018-2022) .....	22
<b>Figura 9</b> – Relação de feminilidade (mulheres por 100 homens) entre os dirigentes do SNS (N.º) em categorias específicas (2018-2022) .....	23

## Siglas e Acrónimos

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

CRESAP – Comissão de Recrutamento e Seleção para a Administração Pública

DGAEP – Direção Geral da Administração e do Emprego Público

DI – Dirigentes Intermédios

DT – Dirigentes de Topo

DTM – Dirigentes de topo máximos

EIGE – *European Institute for Gender Equality*

ENIND – Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não Discriminação

EPE – Entidade Pública Empresarial

GEI – *Gender Equality Index*

INE – Instituto Nacional de Estatística

MS – Ministério da Saúde

NP – Número de profissionais

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

ODS – Objetivo(s) do Desenvolvimento Sustentável

OIT – Organização Internacional do Trabalho

PlanAPP – Centro de Competências de Planeamento, de Políticas e de Prospetiva da Administração Pública

RHV – Recursos Humanos e Vencimentos (sistema de informação de processamento remuneratório do SNS)

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UE – União Europeia

UN – *United Nations*

WMID – *Women and Men in Key Decision-making*

## Síntese

- Apesar dos avanços legais e socioeconómicos recentes, as mulheres - mesmo formando a maioria da força de trabalho - continuam sub-representadas nos órgãos de decisão e liderança.
- O domínio que representa a participação feminina nos espaços de Poder é o que apresenta um valor mais baixo no Índice de Igualdade de Género, tanto em Portugal como na União Europeia, embora com intensidades distintas.
- Nesta Nota de Análise, para além da taxa de representação por género, são utilizados dois indicadores do INE, aplicados ao contexto específico dos dados de recursos humanos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), para avaliar o impacto do género no exercício de liderança, tanto intermédia, como de topo, em diferentes grupos de dirigentes. O apuramento tentativo do universo de dirigentes e o cálculo e aplicação destas métricas relacionadas com as desigualdades de género, em anos recentes, é um exercício inovador, permitindo objetivar em que medida o género condiciona o acesso a cargos de liderança especificamente nas organizações que compõem o SNS.
- A realidade analisada demonstra, que a probabilidade de um profissional do SNS, independentemente do seu género, assumir uma posição de liderança é inferior à probabilidade média na população e que o efeito funil é uma realidade no SNS.
- Verificam-se progressos na representatividade de género ao nível dos cargos de poder entre 2018 e 2022. Todavia, considerando a forte presença feminina na força de trabalho do SNS — 3 em cada 4 trabalhadores do SNS são mulheres —, percebe-se que as mulheres enfrentam um “teto de vidro” no acesso e progressão para cargos de liderança, em especial os de topo. Em 2022, menos de 40% dos líderes máximos das organizações do SNS eram mulheres, refletindo obstáculos estruturais e culturais.
- Os dados evidenciam também que as melhorias verificadas no SNS entre 2018 e 2022, bastante díspares entre grupos de dirigentes distintos, foram mais lentas do que as verificadas para a Administração Pública ou para o mercado de trabalho em geral.

# A relevância do Tema

## Enquadramento geral

Apesar dos avanços socioeconómicos alcançados no domínio da igualdade de género, as mulheres continuam sub-representadas nos órgãos e nos processos de tomada de decisão que moldam os ambientes de trabalho e as escolhas políticas, mesmo quando compõem a maioria da força de trabalho.

Conforme apontam Schmidt e Tomei (2021), esta realidade é injusta e contraproducente, representando um risco para os avanços conquistados pelas mulheres e agravando as desigualdades de género no mundo do trabalho. Estes autores consideram que um menor poder de expressão e decisão das mulheres no ambiente profissional é produto de relações desiguais de poder, estereótipos de género persistentes, desvalorização do trabalho feminino e da sobrecarga díspar com tarefas no domínio familiar (que limita, distintamente em função do género, a disponibilidade para a evolução profissional). Estes fatores, combinados, reproduzem e eternizam situações de discriminação, direta e indireta.

Segundo a *UN Women* (2022), a igualdade de género refere-se à garantia de direitos, responsabilidades e oportunidades equitativas para mulheres, homens, meninas e meninos, reconhecendo a diversidade de interesses e necessidades de todas as pessoas, sem depender do seu género. Neste sentido, a luta pela igualdade de género, enquanto dimensão da luta mais ampla pelos direitos humanos, não é uma questão exclusiva das mulheres, e deve preocupar e envolver toda a sociedade e decisores nos diferentes espaços de poder.

Existe extensa investigação sobre a relação entre a igualdade de género e o nível de bem-estar social, ou indicadores de felicidade coletiva. A OCDE, nomeadamente, sintetiza diversa evidência a este respeito. Ferrant *et al.* (2017) determinaram que a discriminação baseada no género nas instituições sociais impacta negativamente no nível de felicidade coletiva. Por um lado, práticas discriminatórias estão associadas a uma diminuição, individual e social, dos níveis de bem-estar das mulheres e também dos homens — ou seja, a satisfação face à vida é maior em países em que homens e mulheres são tratados de forma mais igualitária. Por outro lado, a investigação demonstra que a discriminação com base no género impõe um “fardo”, uma redução, na felicidade individual e coletiva, ao passo que a sua eliminação leva a uma redução dos “níveis de pessoas infelizes” de cerca de 14% para 5% da população. A diminuição da desigualdade de género favorece, portanto, o bem-estar social, de homens e mulheres.

No contexto organizacional, há também uma crescente evidência de que promover a diversidade de género entre os funcionários, gestores intermédios e conselhos de administração tende a impulsionar os negócios e o crescimento económico (Eastman *et al.*, 2016).

Ainda assim, existem diferentes barreiras à promoção desta igualdade, como identifica Chang (2021). O “teto de vidro” representa uma barreira invisível que impede as mulheres de alcançar

os níveis de liderança mais elevados nas organizações, mesmo quando possuem as qualificações e competências necessárias, ou mesmo superiores. Não é a desigualdade de mérito que explica a desigualdade de representação nos cargos de liderança. As mulheres enfrentam obstáculos adicionais, e distintos dos enfrentados pelos homens, à medida que procuram avançar nas suas carreiras<sup>1</sup>, o que muitas vezes resulta numa "fuga" de talentos femininos ao longo do tempo (*leaky-pipeline* no original, em inglês). Isto significa que, apesar de, em diferentes setores, no início das suas carreiras as mulheres existirem em proporções semelhantes aos homens, há uma redução significativa na representação feminina à medida que se sobe na hierarquia organizacional. Por fim, as "paredes de vidro" referem-se à segregação ocupacional de género<sup>2</sup>, através da qual as mulheres são tipicamente direcionadas para funções menos estratégicas e decisórias, enquanto os homens ocupam posições de maior destaque e influência nas organizações.

Uma das estratégias para contrariar e combater estas barreiras passa pela ampliação deliberada da presença de mulheres nos lugares de liderança das organizações. Conforme apontam vários estudos, nomeadamente o da OIT (2022), as entidades com maior presença de mulheres nos cargos de direção tendem a ser mais inclusivas e com melhor suporte para a carreira das (e dos) profissionais que trabalham na organização. A igualdade de género na liderança induz implicações benéficas ao nível da gestão estratégica global de recursos humanos e da satisfação dos profissionais nas organizações.

## O quadro normativo

O Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) número 5 da Agenda 2030 das Nações Unidas, com a qual Portugal se encontra comprometido, visa alcançar a igualdade de género e empoderar todas as mulheres e meninas. Este objetivo é fundamental para promover a igualdade de oportunidades, eliminar a discriminação e a violência baseada no género, e garantir a participação plena e efetiva das mulheres em todos os níveis de tomada de decisão, na vida pública e privada. Concretamente, a meta 5.5 desta Agenda visa “garantir a participação plena e efetiva das mulheres e a igualdade de oportunidades para a liderança em todos os níveis de tomada de decisão na vida política, económica e pública.”

No âmbito dos instrumentos de planeamento de políticas públicas, Portugal aprovou em 2018<sup>3</sup> a “Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não Discriminação (ENIND) - Portugal + Igual”, com o objetivo de promover um futuro sustentável para o país, garantindo que os direitos humanos são efetivamente realizados e a participação de todas as pessoas é assegurada. A ENIND prioriza a intervenção nos domínios do mercado de trabalho, educação, prevenção e combate à violência

---

<sup>1</sup> Para uma análise aprofundada deste tema ver a [Nota de Análise Fecundidade, mercado de trabalho e igualdade de género](#) (PlanAPP, 2023)

<sup>2</sup> A Enfermagem, nomeadamente, no passado já foi uma profissão exclusivamente feminina.

<sup>3</sup> Resolução de Conselho de Ministros n.º 61/2018 de 21 de maio.



doméstica e de género, e o combate à discriminação com base no género, orientação sexual, identidade e expressão de género, e características sexuais. Este instrumento surge num contexto de compromisso internacional do nosso país com outras convenções e compromissos, incluindo a “Convenção das Nações Unidas sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres” e a “Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica (Convenção de Istambul)”. Os Planos de Ação da ENIND definem objetivos e medidas concretas para alcançar a não-discriminação e a igualdade de género, contribuindo para a implementação da Agenda 2030 e o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), com os quais toda a Administração Pública deve estar comprometida.

Várias medidas legais foram desenvolvidas a partir da ENIND<sup>4</sup>, nomeadamente a Lei n.º 60/2018 de 21 de agosto, que aprova um conjunto de medidas de promoção da igualdade remuneratória entre mulheres e homens por trabalho igual ou de igual valor; a Lei Orgânica n.º 1/2019 de 29 de março, que estabelece uma representação mínima de 40% entre homens e mulheres nas listas para a Assembleia da República, para o Parlamento Europeu e para as autarquias locais; e a Lei n.º 26/2019 de 28 de março, especificamente dirigida à Administração Pública. Esta última estabelece o “regime da representação equilibrada entre homens e mulheres no pessoal dirigente”, entendendo-se por “limiar mínimo de representação equilibrada: a proporção de 40% de pessoas de cada sexo nos órgãos da Administração Pública” — a ser observada pela Comissão de Recrutamento e Seleção para a Administração Pública (CRESAP), no âmbito dos processos de seleção, e pelos membros do Governo, ou em quem os mesmos deleguem competências, no que toca à efetiva designação de pessoal dirigente.

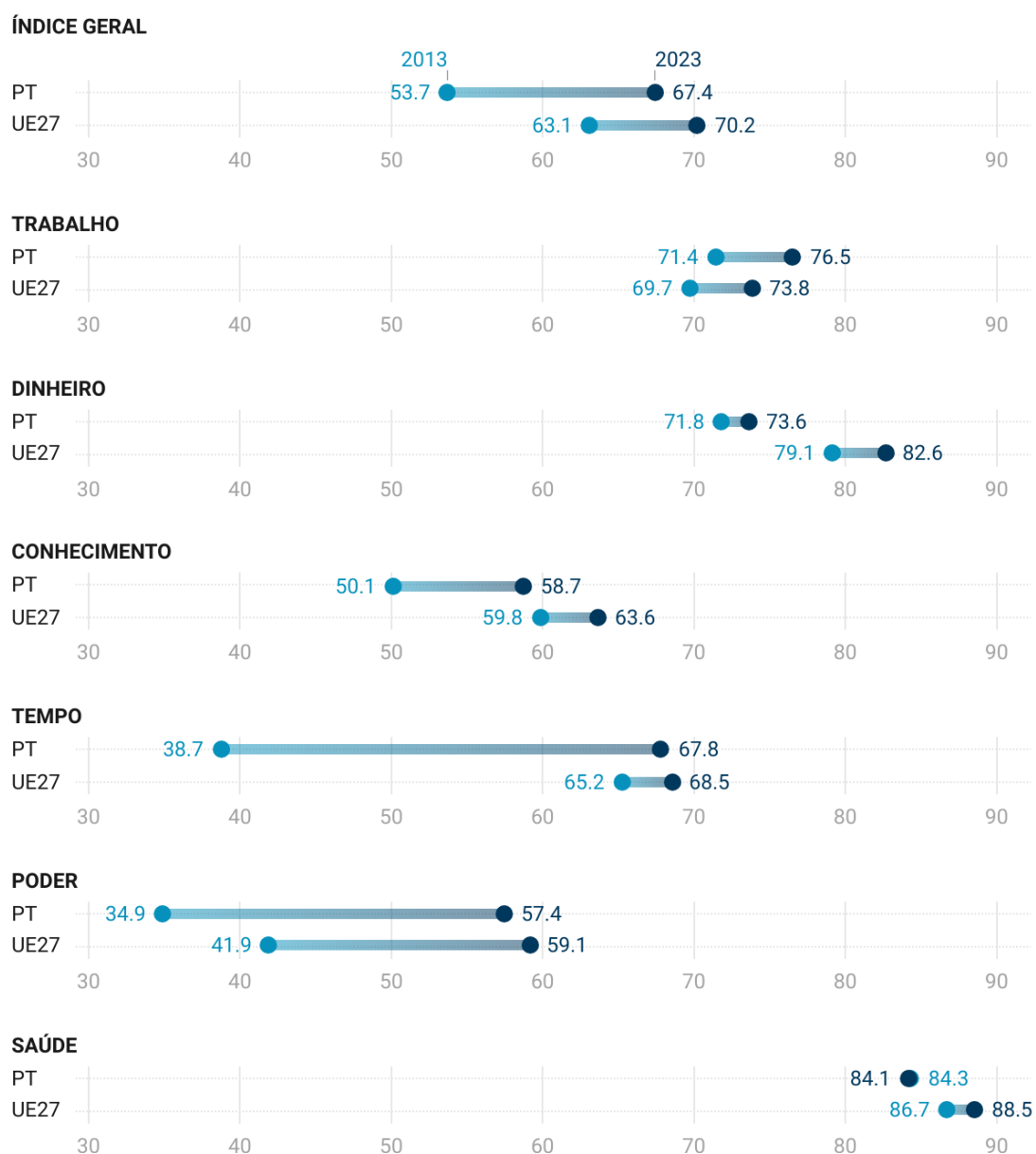
De modo a operacionalizar a desigualdade de género como um problema de política pública, Plantenga *et al.* (2009) discutiram as bases para a formação de um índice capaz de refletir as questões de género dentro da União Europeia, e de responder a três objetivos: identificar desigualdades de género em determinado período; identificar as suas causas e estruturá-las de forma que possam ser respondidas por políticas públicas concretas; e monitorizar os efeitos destas políticas públicas ao longo do tempo.

Nesta linha, foi criado o Índice de Igualdade de Género com 6 domínios, que agregam 14 subdomínios e 31 indicadores nos 27 países da UE. Conforme aponta o relatório metodológico (Barbieri *et al.*, 2017), o índice agrega, em diferentes indicadores, métricas das disparidades baseadas no género, parametrizando-as numa escala que vai de 0 (total ausência de igualdade), até 100 (que indicaria uma plena igualdade entre homens e mulheres). A **Figura 1** apresenta uma comparação entre Portugal e a média da União Europeia (UE27) no índice geral e nos seis domínios, no ano-base de 2013 (início do índice) e a última edição em 2023.

---

<sup>4</sup> Incluindo, mais recentemente, a Estratégia Portugal 2030 (Resolução de Conselho de Ministros n.º 98/2020 de 13 de novembro), na qual este tema é contemplado como um dos aspetos relevantes da Agenda 1 “As pessoas primeiro”, nomeadamente no que se refere ao domínio estratégico “Combate às desigualdades e à discriminação”.

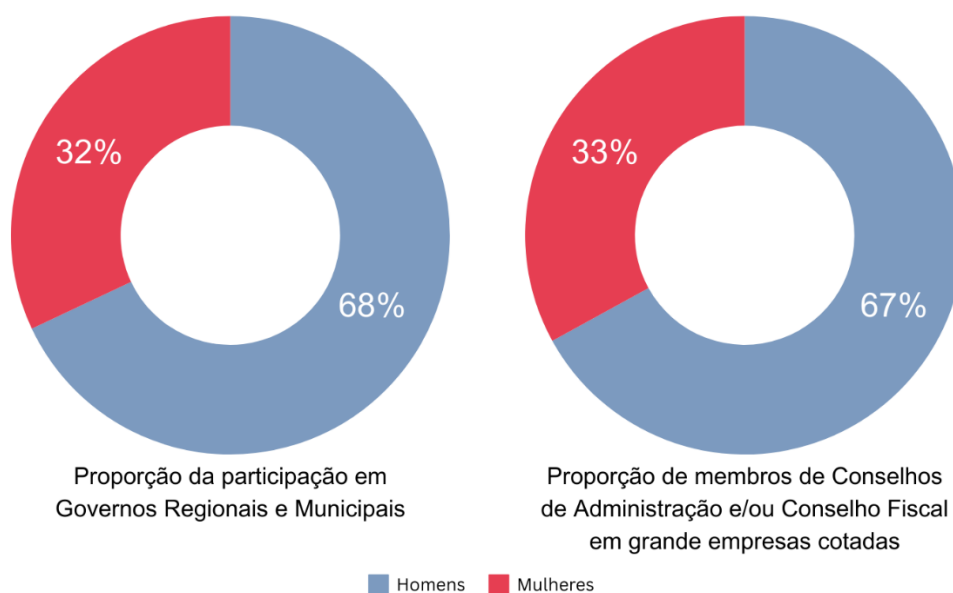


**Figura 1 – Índice de Igualdade de Género, Portugal e UE27 (2013 e 2023)**

Fonte: Gender Equality Index (GUI) – European Institute for Gender Equality (EIGE).

A Figura 1 espelha a existência de avanços em quase todas as dimensões na última década, tanto em Portugal quanto na média da União Europeia, ainda que os diferentes domínios tenham avançado a distintas velocidades e intensidades. O domínio do Poder, que mede a igual participação de homens e mulheres nos espaços de decisão, é aquele que apresenta os piores resultados, tanto ao nível nacional quanto na média da União Europeia. A **Figura 2** exhibe dois indicadores que compõem este domínio.

**Figura 2** – Indicadores do domínio Poder do Índice de Igualdade de Género, Portugal (2023)



**Fonte:** EIGE, Gender Statistics Database, WMID, 2022. EIGE's calculation.

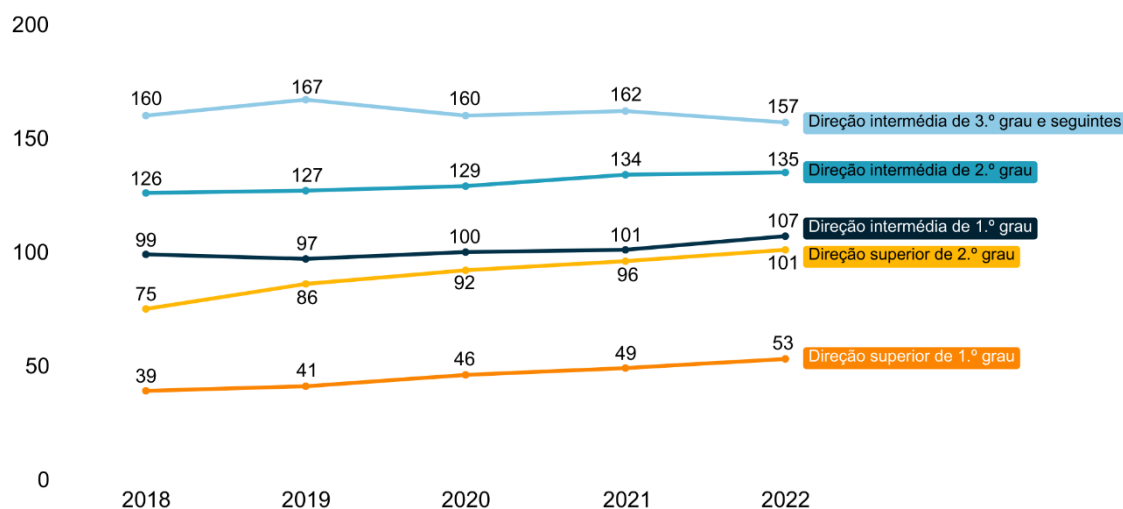
A figura destaca que, seja nas administrações públicas locais, seja nos conselhos de administração (ao nível executivo e fiscalizador) das grandes empresas, há, em média, dois homens em posição de poder para cada mulher.

## A situação na Administração Pública Central

No caso da Administração Pública portuguesa, em 2023, cerca de 62% dos postos de trabalho eram ocupados por mulheres<sup>5</sup>. Isto implica que, se se mantivesse esta proporção nos cargos de liderança da Administração Pública, e na ausência abstrata da representação mínima de 40% de cada género prevista na lei, a relação “natural” seria de cerca de 163 mulheres dirigentes para cada 100 homens. A **Figura 3** apresenta os dados de relação de feminilidade por cargo dirigente na Administração Pública na última década.

<sup>5</sup> Boletim estatístico do emprego público n.º 25 (DGAEP, 2023).

**Figura 3** - Relação de feminilidade (n.º de mulheres por 100 homens) entre os dirigentes no setor das administrações públicas, por cargo (2018-2022)



Fonte: INE / Direção Geral da Administração e do Emprego Público.

A Figura 3 ilustra que apenas no cargo de Direção Intermédia de 3º grau e seguintes, a relação de feminilidade é próxima dos valores expectáveis dada a proporção de mulheres nos quadros gerais de base da Administração. A partir daí, inicia-se um processo de funil, no qual, quanto maior o grau hierárquico do cargo a ocupar, menor a participação de mulheres nestes lugares de liderança. É de destacar que a Lei da Paridade ainda não é cumprida, no que se prende com os cargos de Direção superior de 1º grau (liderança de topo) da nossa Administração Pública.

No contexto dos serviços de saúde na União Europeia, o relatório do *European Institute for Gender Equality*<sup>6</sup> evidencia que a força de trabalho na área da saúde é predominantemente composta por mulheres. No entanto, as mulheres profissionais de saúde tendem a ocupar posições consideradas de menor estatuto, ou menor posição hierárquica, como era tradicionalmente a enfermagem, ou é hoje a profissão de auxiliar de enfermagem, e, ao mesmo tempo, a sua proporção diminui consideravelmente entre os profissionais de saúde com mais anos (e intensidade) de formação, como os médicos especialistas. Esta tendência tem vindo a mitigar-se ao longo do tempo, mas constituía um padrão histórico. Além disso, as mulheres estão sub-representadas nos cargos de liderança e com poder para a tomada de decisão no setor. O relatório conclui que, devido à elevada presença de mulheres no setor da saúde, é essencial dedicar atenção específica à formação e educação sensíveis ao género, no mesmo.

Instituições como o Serviço Nacional de Saúde (SNS) apresentam uma orgânica intrincada, em que cada entidade apresenta grande complexidade *per se*. Os organismos do Ministério da Saúde<sup>7</sup> em geral, e do SNS em particular, para além de prosseguirem finalidades importantes

<sup>6</sup> EIEG (2016).

<sup>7</sup> Nesta Nota fala-se genericamente em Serviço Nacional de Saúde em sentido amplo, abarcando não só as entidades públicas diretamente prestadoras de cuidados de saúde, mas também os demais organismos que prosseguem finalidades na política de saúde pública e que integram a orgânica mais vasta do Ministério da Saúde.

para toda a sociedade (genericamente, garantir acesso igualitário e com qualidade a cuidados de saúde, de forma a assegurar a melhoria do estado de saúde da população), são extremamente complexos, *per se* e na sua interligação com os demais. Envolvem diversos grupos profissionais que trabalham em equipas multidisciplinares e, desejavelmente, de forma intimamente coordenada, dentro e entre distintas organizações do SNS; assentam, na sua base, num nível de investimento público na educação e na formação técnica e científica ímpares, face aos demais setores; operam em domínios em que a inovação tecnológica, traduzida tanto em sistemas de informação, soluções digitais, ou inteligência artificial, como em medicamentos e dispositivos médicos de última geração, coexistem com um capital humano de enorme valor social; enfrentam forte concorrência, pela escassez de profissionais de saúde, de outros países e por parte do setor prestador privado; produzem “*outputs*” cuja avaliação é difícil e que são meramente instrumentais para a finalidade última que se pretende alcançar — potenciar a saúde humana e favorecer a equidade social; e o trabalho que diariamente prosseguem está imbuído de uma carga ético-moral, emocional e relacional que é incomum face aos demais setores de política pública. O exercício de liderança destas entidades representa, por tudo isto, um enorme desafio.

No contexto português, resulta evidente que, por um lado, a estrutura dirigente dos organismos do SNS tem de apresentar posições de liderança em número e em grau adequado, e que, por outro, o exercício desta liderança, aos vários níveis, é, na saúde, muito exigente (e tendencialmente mais exigente que noutros setores, atentas as especificidades descritas), pelo que exige grande qualificação por parte de quem ocupe essas posições. Tal pressupõe que os critérios de escolha e nomeação dos vários dirigentes no SNS devem ser consentâneos com a complexidade e diversidade de funções a desempenhar, publicitados e escrutinados de forma transparente. Não é, todavia, objetivo desta Nota aprofundar estes aspetos, mas sim perceber se estas escolhas e nomeações são condicionadas pelo género.

O [Estudo](#) recente do PlanAPP (2024) sobre os recursos humanos no SNS destaca que, em 2022, 77,8% dos trabalhadores do SNS são mulheres<sup>8</sup>, sendo elas 65,6% dos quadros profissionais no grupo dos Médicos (Internos e Especialistas) e 83,5% no caso dos Enfermeiros. A força de trabalho do SNS é, portanto, esmagadoramente feminina, o que acarreta desafios específicos em termos de política de gestão de recursos humanos. Importa assim perceber, com base neste quadro profissional, como é que a estrutura de poder decisório no SNS, tanto ao nível intermédio como de direção de topo, se encontra preenchida com base numa perspetiva de género. Ao mesmo tempo, visa-se a identificação de tendências que contribuam para mapear desafios e oportunidades para promover a igualdade de género no SNS.

---

<sup>8</sup> Na presente Nota o número de profissionais do SNS é avaliado em *head count*, uma vez que o dos dirigentes também o é. Os dados de base são os trabalhados pelo PlanAPP no Estudo anterior, também disponíveis em *dashboard*: <https://www.planapp.gov.pt/estudo-sobre-profissionais-sns/>

## Os dados relativos ao SNS

Os dados (anonimizados) sobre trabalho, liderança e género no SNS apresentados e analisados nesta Nota, têm a mesma origem dos analisados no Estudo anterior do PlanAPP sobre [os Profissionais do SNS](#) (PlanAPP, 2024). Partem da informação disponível e acessível junto da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS), no âmbito dos trabalhos desenvolvidos pelo PlanAPP, enquadrados pelo Despacho n.º 7985/2023 de 3 de agosto, em articulação com os organismos competentes do Ministério da Saúde (MS). Informação detalhada a este respeito pode ser consultada no Anexo 1 do Estudo citado.

Optou-se, nesta Nota, pela análise dos dados de 2018 (o primeiro com dados do RHV<sup>9</sup> mais estabilizados) comparados com os disponíveis para o último ano completo, 2022, e que nos permitem ter uma ideia da evolução recente da realidade que se pretende avaliar.

De forma a, primeiramente, identificar e categorizar o universo de cargos de liderança, quer de topo quer intermédia, das entidades que compõem o Ministério da Saúde e a atividade desenvolvida no Serviço Nacional de Saúde (incluindo os Serviços Centrais), a análise não se limitou aos cargos de direção “clássicos” da Administração Pública identificáveis no RHV, uma vez que a diversidade e complexidade de situações das entidades do SNS apresenta especificidades múltiplas. Assim, avançou-se por etapas.

No que se prende com a liderança de topo das organizações, o ficheiro de dados original da ACSS permitiu identificar:

- O subconjunto de dirigentes máximos das entidades (Diretor-executivo do SNS<sup>10</sup>, Presidente de Conselho de Administração ou de Conselho Diretivo, Diretor-geral, Secretário-geral ou Inspetor-geral) — designados por dirigentes de topo máximos (DTM);
- O subconjunto de elementos de liderança de topo distintos dos dirigentes máximos, ou seja, vogais de conselhos de administração ou subdiretores gerais e equiparados, designados por dirigentes de topo não-clínicos;
- No caso das entidades (basicamente Hospitais / Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde) com Diretores Clínicos ou Diretores de Enfermagem (“Enfermeiros Diretores”) enquanto líderes de topo, isolaram-se essas categorias, de forma a poderem ser relacionáveis com o grupo profissional específico de origem. De notar, todavia, que o número total de Dirigentes de topo clínicos parece ser ligeiramente inferior ao do universo real existente, a avaliar pelo número de Hospitais / Centros Hospitalares e/ou Unidades Locais de Saúde EPE que sabemos existir, o que se deve, muito provavelmente, a lapsos / dificuldades de identificação na base de dados original (por exemplo, estarem categorizados como vogais não clínicos).

---

<sup>9</sup> Sistema de informação de processamento de vencimentos e gestão de recursos humanos usado no Ministério da Saúde/SNS.

<sup>10</sup> Existente apenas no ano de 2022.

Identificaram-se, portanto, para 2018 e 2022, quatro subgrupos de líderes de topo:

- i. Direção de topo máxima,
- ii. Direção de topo não clínica,
- iii. Direção de topo clínica – médica,
- iv. Direção de topo clínica – enfermagem.

Quanto às funções de liderança intermédia, inicialmente partiu-se da sua identificação desagregando o grupo profissional de “Outros” profissionais, nos ficheiros originais da ACSS usados no Estudo anterior, utilizando as nomenclaturas existentes na categorização dos grupos profissionais a partir das chaves de classificação disponibilizadas pela ACSS para a devida identificação e equiparação do Pessoal Dirigente<sup>11</sup>.

Todavia, e, em especial, atendendo ao caso dos elementos que exercem atividade clínica tanto no setor hospitalar como nos cuidados de saúde primários, é necessário salientar algumas questões e ajustamentos:

- No caso do grupo profissional dos Enfermeiros, considerou-se como dirigentes intermédios todas as categorias profissionais associadas a “enfermeiro gestor” (com um estatuto e legislação própria que lhes confere competências de direção e de gestão, a qual foi aplicada, essencialmente, a partir de 2019). Para assegurar a comparabilidade com o ano inicial de 2018, reagruparam-se todas as categorias profissionais dentro deste grupo profissional que correspondiam, então, a “enfermeiros-chefes” e “enfermeiros gestores”.
- No caso dos profissionais Médicos, e por limitação original das categorias dos dados<sup>12</sup>, foi identificada uma sub-representação das direções de serviço (e departamento) médicas dentro do pessoal classificado (e equiparado) como Dirigente, face ao universo conhecido e funcionamento real das instituições do SNS (em particular, no caso das entidades do SNS prestador direto de cuidados). Neste sentido, e para complementar esta informação, foi feito um trabalho de exploração dos dados inicialmente disponibilizados pela ACSS (em formato bruto), no qual se identificou, dentro dos profissionais afetos ao grupo profissional dos Médicos Especialistas, quais as pessoas que auferiam um suplemento remuneratório legalmente previsto e associado a acréscimo de funções de direção. Por sua vez, analisando o descritivo funcional destes registos aferiu-se e selecionaram-se aqueles que apresentavam funções compatíveis de

---

<sup>11</sup> A identificação da equiparação a dirigente de 1.º, 2.º ou 3.º grau encontrava-se disponível no RHV. Note-se que esta classificação não se confunde meramente com chefia técnica direta, comum em muitas das carreiras do SNS, e que decorre da evolução na carreira respetiva. A metodologia desta nota pressupõe a equiparação de funções e/ou remuneração ao previsto no estatuto do pessoal dirigente da Administração Pública,

<sup>12</sup> No caso específico do grupo profissional dos Médicos, e por limitações das bases de dados originais, a categorização como “Dirigente” eliminaria a categorização como “Médico”, questão que se procurou ultrapassar cruzando diversas variáveis, de modo a construir a amostra necessária.

direção clínica (nível intermédio) de serviços, e que complementaram os médicos que se encontravam de origem classificados enquanto dirigentes<sup>13</sup>.

Desta forma, no que respeita às lideranças intermédias, foram mobilizadas as seguintes quatro categorias de Dirigentes Intermédios (DI)<sup>14</sup>:

- i. Direção intermédia clínica – Médica: engloba todos os profissionais médicos com funções efetivas de dirigentes (equiparadas a cargos dirigentes da Administração Pública) ou com atribuição de acréscimo de funções de direção clínica (intermédia) dos serviços do SNS;
- ii. Direção intermédia clínica – Enfermagem: engloba todos os profissionais de enfermagem enquadrados nas categorias profissionais associadas a enfermeiro gestor. De notar que estas funções decorrem, iminentemente, da própria evolução na carreira;
- iii. Direção intermédia não-clínica: associada a todos os profissionais em exercício de funções de liderança intermédia, equiparadas a cargos dirigentes da Administração Pública, mas não diretamente associadas a funções clínicas (médicas ou de enfermagem) nem à profissão específica de Administrador Hospitalar (por exemplo, Diretor Executivo nos Agrupamentos de Centros de Saúde, ou Diretor/a Financeiro, de Recursos Humanos ou de Logística, nas várias entidades, tipicamente nomeados em comissão de serviço, na sequência de um processo de seleção e escolha).
- iv. Direção intermédia – Administradores Hospitalares: corresponde a todos os registos de profissionais com uma classificação na base de dados com esta terminologia<sup>15</sup>. Sublinhe-se que esta carreira é, legalmente, considerada uma carreira de dirigentes e, ao longo da evolução dentro da carreira, equiparada a vários níveis de cargos dirigentes para efeitos remuneratórios. Assim, neste caso, não há propriamente um exercício de escolha, concurso ou nomeação para posições de liderança, a não ser no momento original da admissão no SNS.

O universo que resultou deste tratamento dos dados resume-se do seguinte modo<sup>16</sup> (ver **Figuras 4 e 5**):

<sup>13</sup> Por exemplo, um/a Chefe de Equipa de Urgência aufere este tipo de suplemento, mas não é considerado dirigente intermédio no que se prende com a metodologia desta nota, atenta a natureza (pontual) das suas funções de chefia.

<sup>14</sup> Incluindo todos os setores: serviços centrais, cuidados de saúde hospitalares ou cuidados de saúde primários.

<sup>15</sup> Salienta-se que podem existir Administradores Hospitalares em funções no SNS, mas que estejam contratados como Técnico Superior, ou, de origem, noutros grupos profissionais, o que os exclui desta categorização. Por outro lado, há que referir que este grupo apresenta uma tendência de decréscimo que se pensa associada à deficiente categorização e classificação destes registos em sede de RHV, ou à eventual assunção de funções como dirigentes intermédios não clínicos, caso em que teriam passado a ser contabilizados na categoria de dirigentes anterior (Direção intermédia não-clínica).

<sup>16</sup> Sublinha-se que, por limitações de identificação nos dados de origem, o número de dirigentes identificados pode pecar por alguma subestimação. Não existe, no entanto, evidência de que isso possa causar enviesamentos na representação por género que se apurou.



**Figura 4 – Número e percentagem de homens e mulheres – lideranças intermédias do SNS (2018 e 2022)**

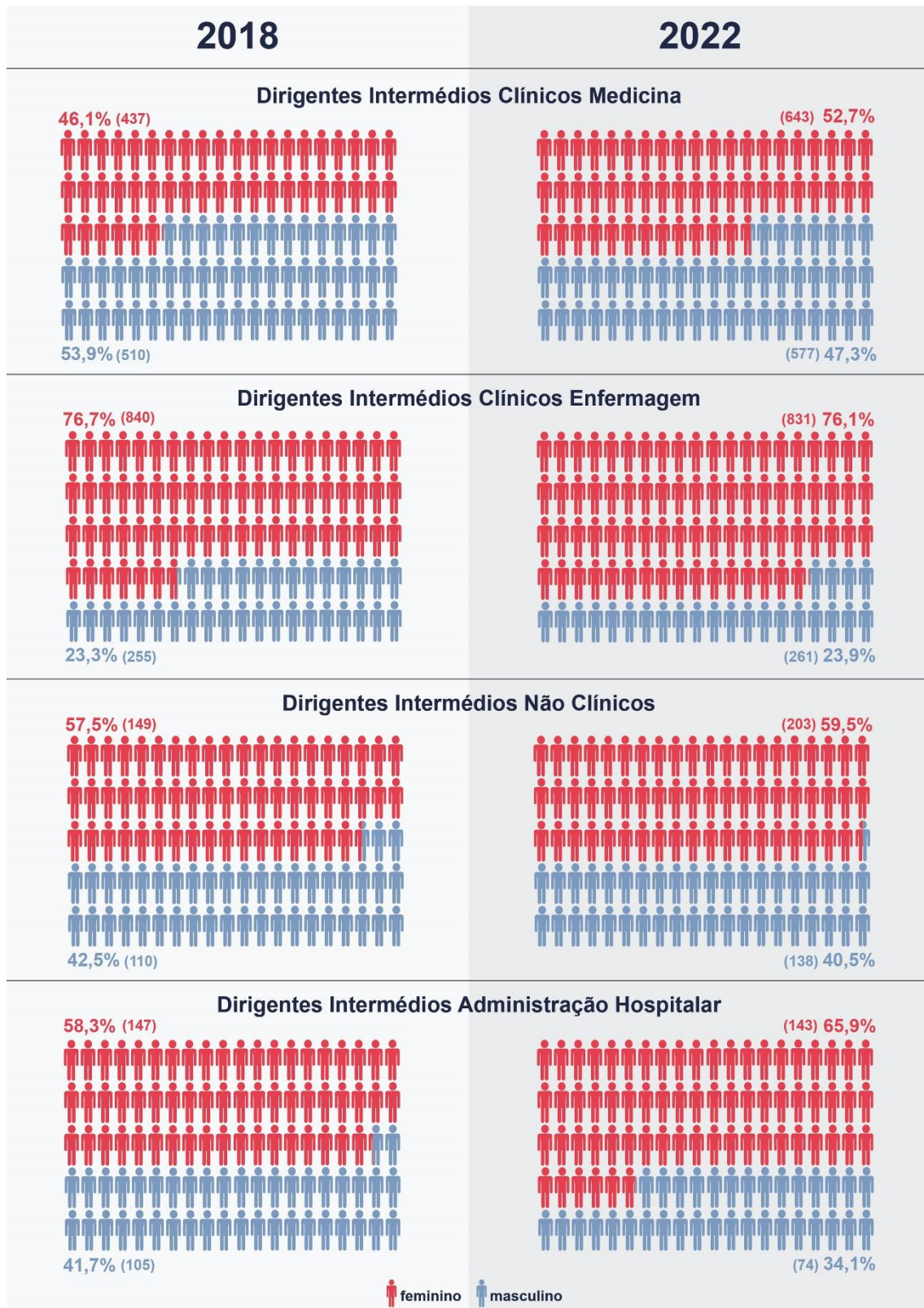
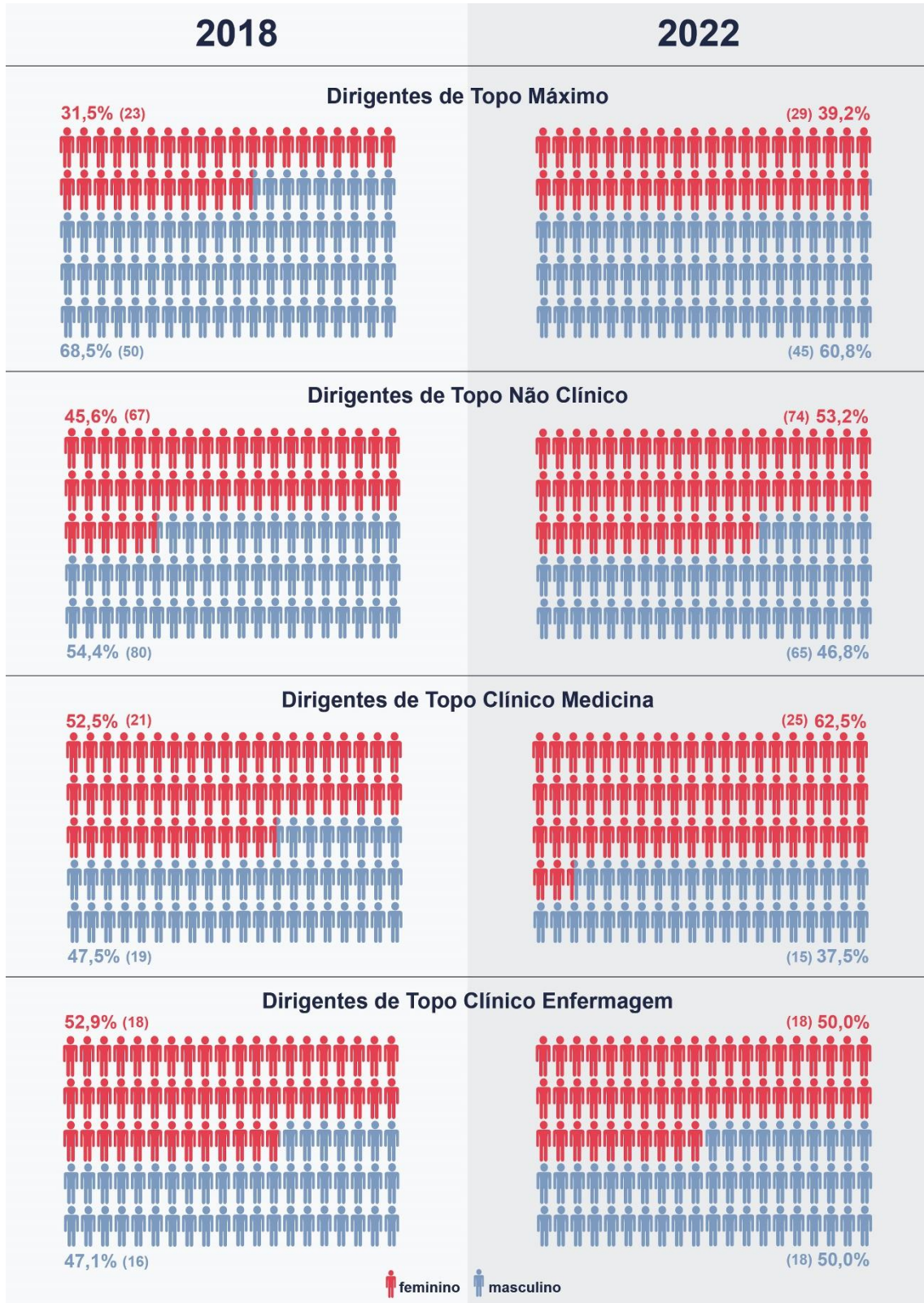


Figura 5 – Número e percentagem de homens e mulheres – lideranças de topo do SNS (2018 e 2022)



Os dados obtidos foram posteriormente tratados para estabelecer uma correspondência com os indicadores trabalhados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), sobretudo na monitorização do ODS 5 e Meta 5.5. Assim, e para além da comum taxa de representação por género, esta Nota de Análise utiliza dois indicadores do INE, adaptados ao contexto dos dados de recursos humanos do SNS:

- **Proporção da população empregada com cargos de chefia** – calculada com base na seguinte fórmula:  $(\text{População empregada com cargos de chefia} / \text{Total da população empregada}) * 100$ , e expressa em percentagem (%). No caso dos dados do SNS, o cálculo realizado é:  $(\text{N.º Total de Dirigentes do SNS} / \text{Número de Profissionais (NP) no SNS}) * 100$ , e expressa em percentagem (%).
- **Relação de feminilidade entre os dirigentes no setor das administrações públicas** – calculada com base na seguinte fórmula:  $(\text{Quociente entre os efetivos populacionais do sexo feminino e os dos sexo masculino [expresso por 100 homens]} * 100)$ , e expressa em número (N). No caso dos dados do SNS, o cálculo realizado é:  $\text{N.º de Dirigentes do SNS (feminino)} / (\text{N.º de Dirigentes do SNS (masculino)} / 100)$ , e expressa em número (N).

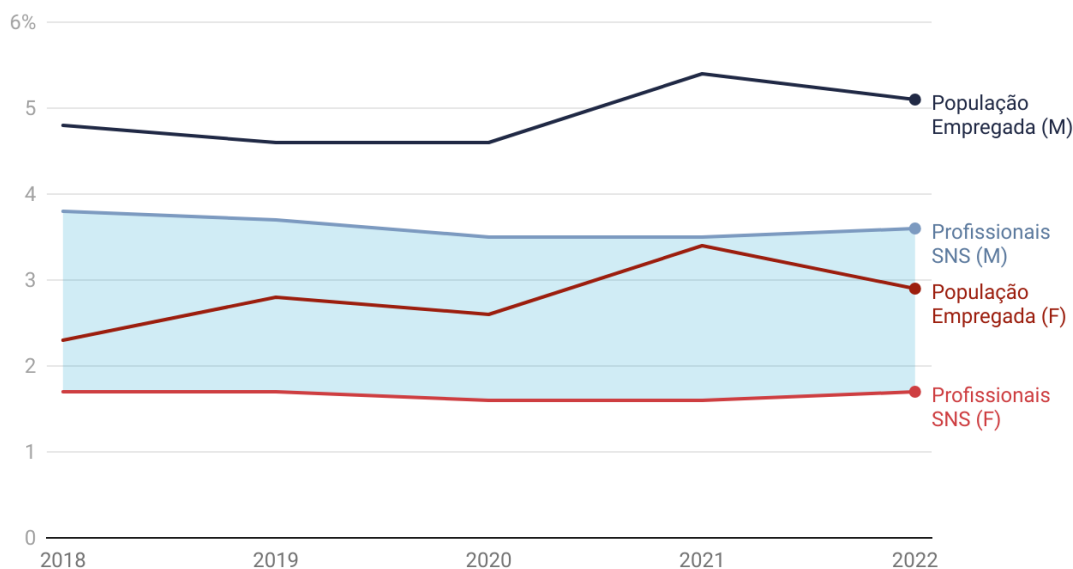
## Representação de género nos cargos de liderança do SNS

A análise da representação de género nos cargos de liderança no SNS permite aprofundar a compreensão sobre os desafios enfrentados pelas mulheres na progressão de carreira e na ocupação de posições estratégicas de liderança dentro das entidades que o compõem. Este contexto é particularmente relevante dada a predominância feminina na força de trabalho do SNS: cerca de 3 em cada 4 trabalhadores do SNS são mulheres.

Através da análise de dados no período de 2018 a 2022, pode-se calcular indicadores específicos para a realidade do SNS, identificar as tendências de ocupação dos cargos intermédios e superiores pelas mulheres e comparar a situação e evolução com a do resto da Administração Pública ou setor empregador em geral.

Neste contexto, importa, antes de mais, comparar a proporção de cargos de liderança no SNS com a da média da população empregada em Portugal, decompondo-a com base no género<sup>17</sup>. A **Figura 6** resume a comparação da situação do SNS face à média dos setores empregadores da população portuguesa, e sua evolução recente.

**Figura 6** – Proporção de profissionais com cargos de chefia no SNS e no total da população empregada, por género (2018-2022)



**Fonte:** Elaboração própria com os dados do SNS e dados da População obtidos do INE (Inquérito ao emprego)

A figura evidencia duas situações relevantes e complementares.

<sup>17</sup> Consideraram-se os dados do INE do Inquérito ao Emprego que abrangem toda a população empregada em Portugal.



Primeiramente, verifica-se que a proporção de cargos de liderança no SNS é bastante inferior à da média de todos os setores empregadores, evidenciando um desajuste relativo no número de posições de chefia no SNS, que apresenta uma estrutura de gestão intermédia mais escassa. Assim, a probabilidade de um profissional do SNS, independentemente do seu género, assumir uma posição de liderança na sua organização afigura-se inferior à probabilidade média verificada na população empregada, indiciando a existência de estruturas administrativas (pelo menos intermédias) com menor densidade de gestores no SNS, quando comparadas com outros modelos de estruturas de gestão, sobretudo do setor privado. Este facto merece, pela sua relevância e implicações, maior aprofundamento, não sendo, todavia, o objeto desta Nota.

Em segundo lugar, as desigualdades na distribuição dos cargos de chefia por género são observadas nas duas realidades: tanto no SNS como no mercado de trabalho em geral, as mulheres apresentam sempre, em percentagem, menos cargos de chefia do que os homens. Todavia, como o SNS apresenta uma estrutura de cargos de chefia mais restrita, isso também afeta a razão de probabilidade de ocupar um cargo de chefia para as mulheres, em relação aos homens<sup>18</sup>: no SNS, de 0 a 1, as mulheres apresentam cerca de 0,47 das possibilidades de um homem de ocupar um cargo de chefia, ao passo que na população em geral, as mulheres têm cerca de 0,57 das hipóteses de um homem de ocupar cargos de liderança. Vale a pena ainda referir que, ao longo do tempo, no mercado de trabalho em geral este rácio melhorou mais, entre 2018 e 2022, do que no SNS, que denota uma progressão mais lenta na evolução da proporção de mulheres a ocuparem cargos de liderança.

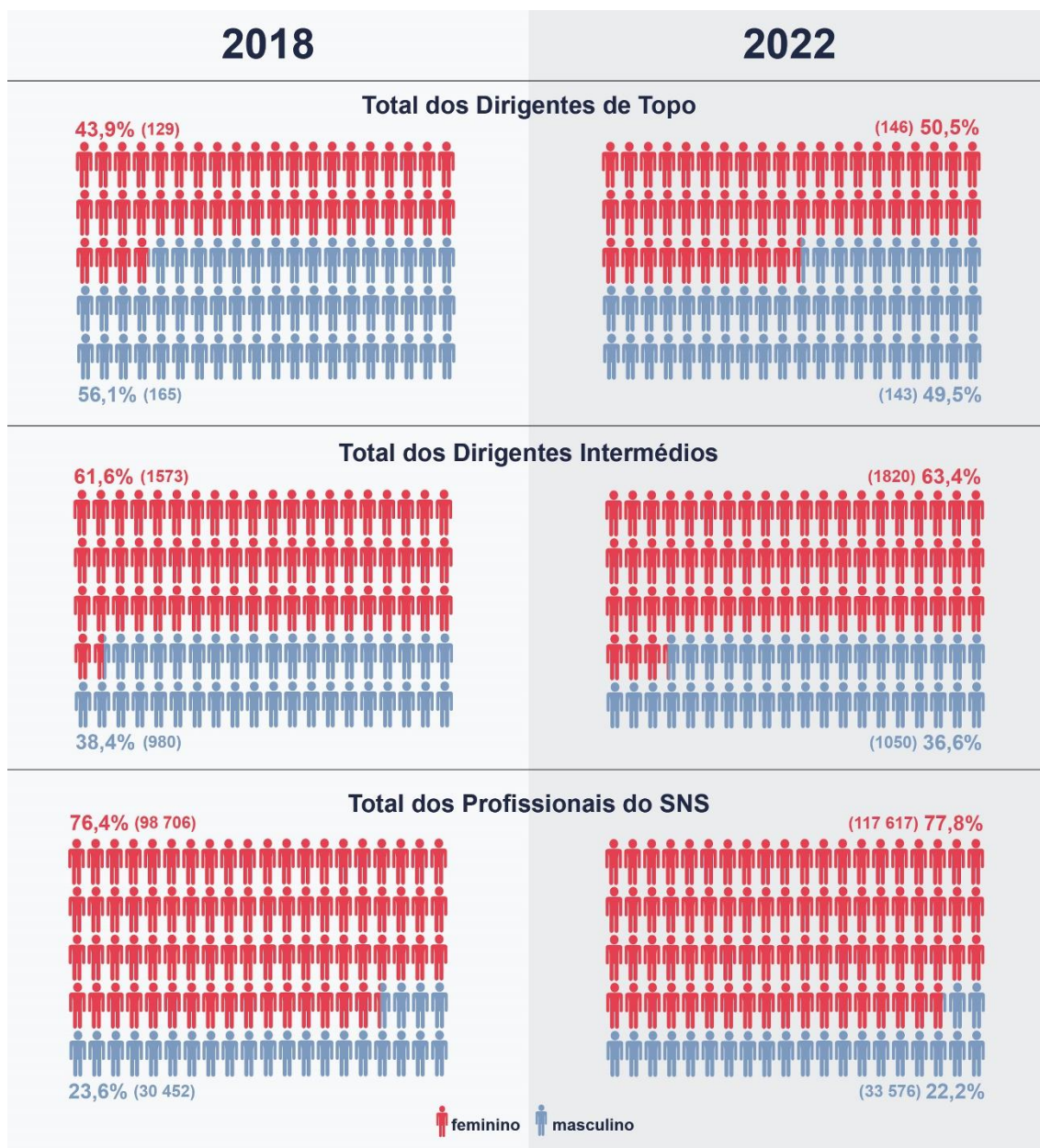
Relativamente à representação por género nos cargos de liderança do SNS<sup>19</sup>, os dados evidenciam que, por comparação com a taxa de feminização dos trabalhadores do SNS, a representação feminina nos cargos de liderança é sempre, proporcionalmente, inferior, apesar de já atingir níveis que respeitam o limiar mínimo de representação por género fixado na Lei. A **Figura 7** apresenta, em termos percentuais, a proporção de homens e mulheres que ocupam cargos de direção intermédia e de topo no SNS, por comparação com a sua importância relativa entre os trabalhadores que o compõem.

---

<sup>18</sup> Razão de probabilidade, ou *odds ratio* no original, em inglês, significa a probabilidade de ocorrência/probabilidade de não ocorrência, neste caso, a probabilidade de ser mulher a ocupar um cargo de chefia sobre a probabilidade de ser homem.

<sup>19</sup> Recordar-se que nos referimos a SNS em sentido amplo, ou seja, aos organismos e serviços do Ministério da Saúde, incluindo os de prestação direta de cuidados que compõem o SNS, cujo processamento salarial é efetuado através do RHV.

**Figura 7** – Número e percentagem de homens e mulheres – SNS, liderança intermédia e liderança de topo (2018-2022)

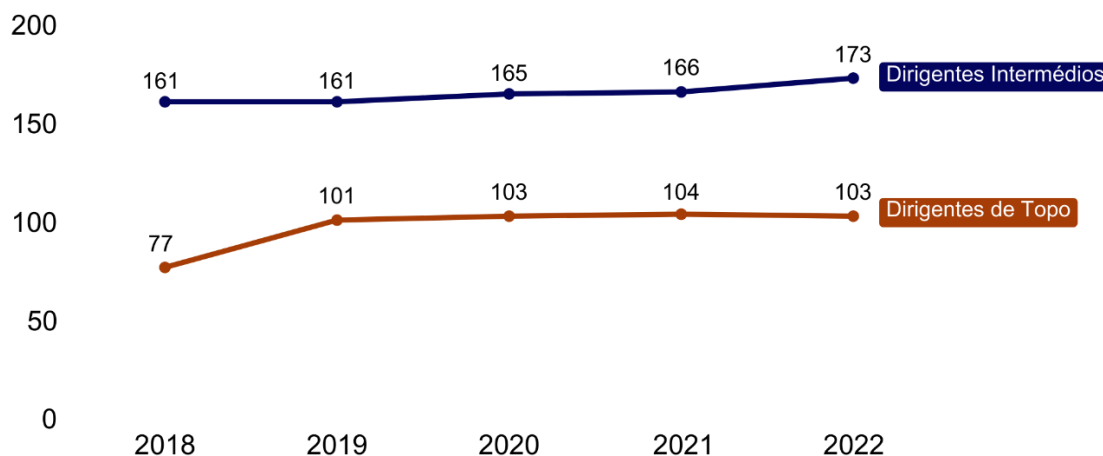


A Figura 7 permite observar com nitidez o efeito funil que evidencia a sub-representação de mulheres nos cargos de liderança, face à sua proporção na população trabalhadora, mais evidente à medida que se ascende na hierarquia dirigente.

Todavia, atendendo ao limiar mínimo de representação de género, previsto na lei, de 40%, é factual que o mesmo já foi atingido, no SNS, quer ao nível dos dirigentes intermédios, como ao nível dos dirigentes de topo. Assim, uma primeira análise poderia induzir a consideração de que as mulheres estejam bem representadas nos cargos de decisão do SNS. Contudo, o problema de representação torna-se mais evidente quando são consideradas as relações entre o perfil de género dos profissionais do SNS e o perfil de ocupação dos cargos de liderança respetivos.

A **Figura 8** apresenta o cálculo da Relação de Feminilidade nos cargos de direção intermédia e de topo no SNS. Nas posições de direção intermédia, as mulheres sobressaem e aparecem quase na proporção de 2:1 em relação aos homens, enquanto nos cargos de topo, elas estão representadas na proporção de cerca de 1:1 em relação aos dirigentes homens.

**Figura 8** – Relação de feminilidade (mulheres por 100 homens) entre os dirigentes do SNS (N.º) por Cargo (2018-2022)



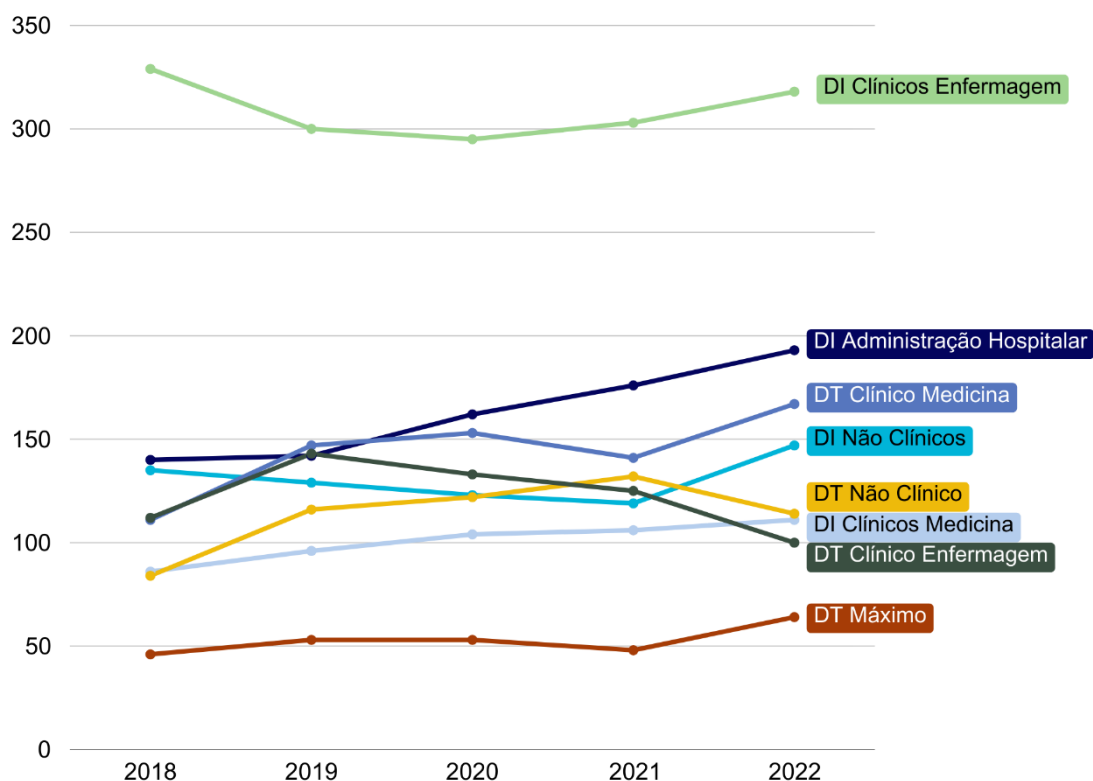
A Figura 8 evidencia, para o SNS, o fenómeno de funil semelhante ao que ocorre para os cargos dirigentes gerais da Administração Pública. Se fosse considerada a proporção de profissionais do sexo feminino na força de trabalho do SNS (77,8% em 2022), isso implicaria que o número proporcional na relação de feminilidade no SNS (caso não houvesse enviesamentos de género na ascensão/seleção para a liderança, nem, por outro lado, limiares mínimos legais de representação por género a respeitar), seria de 350 dirigentes do sexo feminino por cada 100 homens — ou, expresso de outra maneira, por cada profissional masculino em posição de liderança seria “expectável” que existissem 3,5 mulheres em posições semelhantes. O que sucede, todavia, é que os números reais são inferiores a esse patamar, na verdade, menos de metade do “normal” na população trabalhadora do SNS, sendo de 1,7 mulheres líderes para cada homem dirigente intermédio e de 1:1 entre homens e mulheres nos cargos de topo.

Em todo o caso, é possível destacar uma tendência de crescimento na participação das mulheres, sobretudo nos cargos de dirigentes intermédios, ao passo que nos cargos de topo, a relação se estabilizou, e não progrediu, no período pós-2019.

A **Figura 9** aprofunda a análise da relação de feminilidade nos cargos de gestão do SNS separando-as nas várias categorias específicas de liderança, de topo e intermédia, identificadas na secção anterior.



**Figura 9** – Relação de feminilidade (mulheres por 100 homens) entre os dirigentes do SNS (N.º) em categorias específicas (2018-2022)



A realidade evidenciada na figura permite desenvolver quatro tipos de análises complementares sobre a presença das mulheres nos cargos de direção no SNS.

O primeiro diz respeito aos cargos de direção intermédia associados com grupos profissionais específicos, nomeadamente os clínicos, de médicos e enfermeiros. No caso da enfermagem, grupo profissional com a maior presença feminina, 84% dos profissionais, verifica-se igualmente a mais elevada relação de feminilidade dos dirigentes nas categorias analisadas. Ainda assim, se a representação por género nos cargos de direção intermédia de enfermagem seguisse a mesma proporção de mulheres trabalhadoras enfermeiras, a relação de feminilidade nestes cargos seria de 525 enfermeiras gestoras para cada centena de enfermeiros gestores (“diretores intermédios” do sexo masculino)<sup>20</sup>, mas, na realidade, é bastante inferior — o que reflete maiores dificuldades na progressão na carreira das enfermeiras mulheres, por comparação com os seus colegas homens.

No caso dos médicos, a relação de feminilidade tem crescido gradualmente ao longo dos anos, mas ainda se concentra em torno da relação 1:1 nos casos de direção intermédia, evidenciando uma sub-representação feminina no acesso à liderança de serviços na área médica. Sendo as mulheres cerca de 2/3 dos profissionais médicos, esta relação nos cargos de liderança refletiria

<sup>20</sup> De notar, todavia, que, neste caso, a Lei da Paridade favorece a representatividade masculina no acesso à liderança.

o perfil de género da força de trabalho se a relação de feminilidade fosse de 1,5 mulheres líderes intermédias para cada 1 médico nesta posição — rácio que aliás refletiria o limiar mínimo previsto na Lei da Paridade.

O segundo tipo de análise possível diz respeito às posições de gestão e liderança intermédia não clínicas. Neste caso, destaca-se a direção intermédia dos Administradores Hospitalares. Nesta categoria, ao longo dos cinco anos analisados, a relação de feminilidade passou de menos de 1,5:1 para cerca de 2:1, um crescimento de cerca de 33% na participação das mulheres nestas posições de decisão. Recorda-se, todavia, que no caso deste grupo profissional, embora funcional e especificamente dedicado à gestão intermédia das entidades que compõem o SNS, o acesso à profissão depende de contratação na base e não propriamente de progressão profissional ou ascensão na carreira (que aliás se encontra limitada e/ou impossibilitada, pela tutela, há muitos anos).

Curiosamente, verifica-se que a representação das mulheres nos cargos de liderança intermédia se encontra mais em linha com a sua representação na população trabalhadora do SNS, no caso dos dois grupos em que a ocupação desses lugares está menos dependente da nomeação por terceiros e mais ligada à natureza da própria carreira de base — caso dos enfermeiros gestores e dos administradores hospitalares. Ao contrário, no caso dos líderes clínicos médicos e dos dirigentes intermédios não clínicos, cuja escolha se encontra mais dependente de decisões dos dirigentes de topo das organizações, o enviesamento de género em desfavor das mulheres é comparativamente maior.

Em terceiro lugar, a análise detalhada da representação de género nas posições de liderança de topo do SNS<sup>21</sup>, evidencia que o progresso da representação feminina na liderança é mais limitado. As mulheres estão, de um modo geral, bastante mais sub-representadas, sendo de destacar que, no caso da liderança máxima das organizações do SNS — o equivalente a Presidente do Conselho de Administração ou Diretor-geral —, em 2022 o limiar mínimo de 40% previsto na lei ainda não era alcançado no SNS. No que se refere aos dirigentes de topo não clínicos<sup>22</sup>, verifica-se algum crescimento gradual, com as mulheres a ocuparem pouco mais de metade dos cargos máximos de decisão (53,2%) em 2022. No caso das lideranças de topo clínicas, verifica-se algo de particular relevo no caso da profissão de enfermagem: apenas metade das posições de Enfermeiro Diretor das entidades do SNS são ocupadas por mulheres enfermeiras, tendo a situação piorado face a 2018, apesar de, nesse grupo profissional, cerca de 84% do total de profissionais serem mulheres. No caso dos médicos, em que 66% são mulheres, as Diretoras clínicas mulheres são 63% do total deste grupo de líderes de topo, sendo esta aliás a única categoria de dirigentes em que o enviesamento de género no acesso à liderança praticamente não existe.

---

<sup>21</sup> Ver também a Figura 5.

<sup>22</sup> O equivalente a vogais não clínicos, subdiretores gerais ou cargos equiparáveis.

Por fim, em termos de evolução ao longo do período, a figura evidencia evoluções díspares, por grupo dirigente, na representação feminina nos cargos de liderança, apesar de uma tendência “média” para alguma melhoria no período. Recorda-se, todavia, que esta melhoria ligeira na representação e acesso das mulheres a cargos de liderança no SNS tem sucedido a um ritmo mais lento do que para a média dos setores empregadores.

Com base nos indicadores apresentados é, portanto, possível identificar a presença de obstáculos tipicamente referenciados na literatura e teoria sobre desigualdade de género, no interior da estrutura de poder e decisão do SNS. Os dados evidenciam a existência do que normalmente se designa por “teto de vidro”, e que pressupõe uma barreira que desincentiva / impede as mulheres de alcançarem os níveis de liderança mais elevados nas organizações, mesmo quando possuem as qualificações e competências necessárias. No caso do SNS, observa-se que, apesar de uma forte presença feminina na força de trabalho - mais marcada do que na média da Administração Pública -, a representação das mulheres nos cargos de liderança de topo ainda é limitada. Por exemplo, a relação de feminilidade média nos cargos de direção de topo é aproximadamente 1:1, o que, à partida, poderia sinalizar uma situação de equidade, mas, quando considerada a proporção de mulheres que preenchem os quadros profissionais do SNS, percebe-se que o acesso aos cargos de topo se encontra mais facilitado aos homens. E no caso das funções de direção máxima, a paridade mínima de 40% (para as mulheres) não era sequer ainda uma realidade, em 2022.

O já referido conceito de “fuga” (*leaky pipeline*) descreve esta tendência de haver uma redução significativa na representação feminina à medida que se avança na hierarquia organizacional. No SNS, observa-se esse fenómeno, especialmente ao analisar as relações de feminilidade nos diferentes níveis de liderança ao longo do tempo. Embora as mulheres possam iniciar as suas carreiras em proporções semelhantes, ou até superiores, às dos homens, há uma diminuição progressiva na representação feminina nos cargos mais elevados na hierarquia, formando uma espécie de funil que dificulta mais a progressão nos cargos de direção para as mulheres, a cada nova etapa ou nível. A relação de feminilidade nos cargos de topo no SNS é menor do que nos níveis intermédios, sugerindo que as mulheres enfrentam obstáculos adicionais para progredirem nas suas carreiras, tais como discriminação, estereótipos de género, desigual partilha de responsabilidades nas respetivas vidas familiares e falta de oportunidades equitativas de desenvolvimento profissional<sup>23</sup>.

---

<sup>23</sup> A este propósito, consultar, por favor, a referência da nota de rodapé n.º1.

## Conclusão

A análise da representação de género nos cargos de liderança no SNS aponta para desafios e especificidades no domínio da igualdade de género. Apesar do crescimento gradual da participação feminina em cargos de liderança, a proporção de mulheres face aos homens ainda se encontra aquém do expectável, especialmente quando consideramos a forte presença das mulheres na força de trabalho do SNS.

Os dados analisados evidenciam, desde logo, que a probabilidade de um profissional do SNS, independentemente do seu género, assumir uma posição de liderança na sua organização é inferior à probabilidade média na população empregada em Portugal — indiciando a existência de estruturas administrativas com menor densidade de gestores no SNS, quando comparadas com outros modelos de estruturas de gestão, sobretudo do setor privado. Esta realidade afeta, mais intensamente no SNS, a probabilidade de ocupar um cargo de chefia para as mulheres, em relação aos homens: no SNS, de 0 a 1, as mulheres apresentam cerca de 0,47 das possibilidades de um homem de ocupar um cargo de chefia, ao passo que na população em geral, as mulheres têm cerca de 0,57 das hipóteses de um homem de ocupar cargos de liderança.

O cálculo dos indicadores sobre disparidades de género na liderança, utilizados pelo INE, especificamente para o SNS, demonstrou também que as mulheres continuam sub-representadas nos cargos de topo e enfrentam barreiras específicas à medida que avançam na hierarquia organizacional. A proporção equilibrada de mulheres em posições de liderança do SNS, mais em linha com a sua representatividade na força de trabalho da saúde, tem tido progressos, mas ainda não foi alcançada, especialmente nos cargos mais estratégicos e de maior influência.

Por outro lado, a evolução desta realidade, nos anos recentes, tem evidenciado progressos limitados no SNS e mais lentos de um modo geral do que para o resto da Administração Pública ou do setor empregador. De notar que existe todavia uma diversidade de situações e ritmos distintos de progresso quando analisamos (sub)grupos específicos de dirigentes dentro das estruturas de liderança do SNS. É possível observar uma tendência de crescimento na participação das mulheres na liderança nos cargos de dirigentes intermédios, ao passo que nos cargos de topo, a relação se estabilizou, e não progrediu, no período pós-2019.

Estes padrões são reflexo de desafios estruturais mais amplos que persistem no ambiente de trabalho e na sociedade em geral. No entanto, é encorajador notar que há uma tendência positiva de crescimento na representação feminina em certos domínios, como na liderança médica de topo, embora ainda haja um caminho a percorrer para alcançar uma verdadeira igualdade de oportunidades e representação.

Para promover a igualdade de género e superar esses desafios, é crucial adotar estratégias e políticas deliberadas que ampliem a presença e a voz das mulheres nos espaços de decisão no SNS. Este é um esforço contínuo que requer comprometimento tanto no nível organizacional

dentro do Ministério da Saúde, como nas políticas públicas transversais. É fundamental ter presente que a promoção da igualdade de género não é uma questão que diga apenas, ou sobretudo, respeito às mulheres, mas antes uma responsabilidade coletiva que deve envolver toda a sociedade e os decisores nos diferentes níveis de poder.

Os progressos em direção à igualdade de género no SNS exigem uma abordagem abrangente e coordenada, integrando políticas específicas, sensibilidade às questões de género na formação e desenvolvimento profissional, e ações concretas para superar os estereótipos e as barreiras estruturais que perpetuam a desigualdade, inclusive ao nível da formação em liderança.

Estes esforços são essenciais para construir um ambiente de trabalho mais inclusivo, equitativo e eficaz, que promova o bem-estar, satisfação e o sucesso profissional de todos os trabalhadores do SNS, independentemente do seu género.

## Referências

- Barbieri, D., Karu, M., Lestón, I. R., Mollard, B., & Reingardé, J. (2017). Gender equality index 2017: methodological report. Publications Office of the European Union.
- Centro de Competências de Planeamento, de Políticas e de Prospetiva da Administração Pública (PlanAPP). (2024). Os Profissionais do SNS: Retrato e Evolução. PlanAPP.
- Chang, Jae-Hee. (2021). Unpacking the business case for gender diversity. In: International Labour Organization (ILO). The future of diversity. International Labour Office – Geneva: ILO.
- Eastman, M. T., Rallis, D., & Mazzucchelli, G. (2016). The tipping point: Women on boards and financial performance. Women on Boards Report 2016, MSCI
- European Institute for Gender Equality (EIEG). (2016). Gender in Health. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Ferrant, G., A. Kolev & C. Tassot. (2017). The pursuit of happiness: does gender parity in social institutions matter?" OECD Development Centre Working Papers, No. 337. OECD Publishing.
- International Labour Organization (ILO). (2022). Transforming enterprises through diversity and inclusion. International Labour Office – Geneva: ILO.
- Plantenga, J., Remery, C., Figueiredo, H., & Smith, M. (2009). Towards a European Union gender equality index. *Journal of European Social Policy*, 19(1), 19-33.
- Schmidt, V. & Tomei, M. (2021). Improving gender equality through collective bargaining. In: International Labour Organization [ILO]. The future of diversity. International Labour Office – Geneva: ILO.
- UN Women. (2022). Handbook on Gender Mainstreaming for Gender Equality Results. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UN Women).



[www.planapp.gov.pt](http://www.planapp.gov.pt)



[PlanAPP](#)



[@planapp\\_](#)



[Newsletter](#)