U.PORTO
FLUP FACULDADE DE LETRAS
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO EM SOCIOLOGIA
ESPECIALIDADE EM DESIGUALDADES E INTERVENÇÃO SOCIAL

O CUIDAR INFORMAL MASCULINO: ESTUDO SOBRE VIVÊNCIAS E NECESSIDADES DE HOMENS COM ESTATUTO DE CUIDADOR INFORMAL

Maria de Lurdes João Cameirão

M

2026



Maria de Lurdes João Cameirão

O CUIDAR INFORMAL MASCULINO: ESTUDO SOBRE VIVÊNCIAS E NECESSIDADES DE HOMENS COM ESTATUTO DE CUIDADOR INFORMAL

Dissertação realizada no âmbito do Mestrado em Sociologia,

especialidade em Desigualdades e Intervenção Social,

orientada pela Professora Doutora Maria Isabel Correia Dias

Faculdade de Letras da Universidade do Porto

2026

Este trabalho está licenciado ao abrigo de uma licença CC BY 4.0

A todos os cuidadores, em particular àqueles que se dispuseram a partilhar comigo as suas vidas, as suas experiências e o seu trabalho de cuidar.

Sumário

Declaração de honra / Declaration of Honour 7
Agradecimentos 8
Resumo 9
Abstract 10
Índice de Quadros 11
Lista de abreviaturas e siglas 12
Introdução 13
1.Enquadramento teórico 15
1.1. Os desafios do envelhecimento 16
1.1.1. Em torno do conceito de envelhecimento 16
1.1.2. Envelhecimento com e sem saúde e a necessidade de cuidados de longa duração 18
1.1.3. As alterações nas estruturas familiares 20
1.2. O Conceito do Cuidar e o Cuidador Informal 21
1.2.1. Uma revisão do conceito do cuidar 21
1.2.2. Cuidados formais e cuidados informais 25
1.2.3. O género no cuidar e o cuidar informal masculino 27
1.3. As políticas de apoio ao cuidado e o retrato dos cuidadores informais 30
1.3.1. O Estatuto do Cuidador Informal em Portugal: reconhecimento, potencialidades e limites 31
1.3.2. O retrato dos cuidadores informais 34
2.Metodologia 37
2.1. Objetivos 37
2.2. Procedimentos metodológicos 38
2.3. Contexto e participantes 38
2.4. Técnicas de recolha e análise de dados 40
2.5. Considerações éticas 42
3.O cuidado informal masculino: resultados e análise do estudo empírico 43
3.1. Caracterização dos cuidadores e das pessoas cuidadas 44
3.2. Resultados da análise de conteúdo das entrevistas 48
3.2.1. O início do cuidar e trajetórias de entrada no papel de cuidador 49

3.2.2. Motivações para o cuidado e significados atribuídos ao cuidar 53
3.2.3. A organização e práticas dos cuidados 55
3.2.3.1. Modelos de organização dos cuidados 55
3.2.3.2. Natureza e diversidade dos cuidados prestados 57
3.2.3.3. Intensidade temporal dos cuidados 59
3.2.3.4. Apoios formais mobilizados e dificuldades de acesso às respostas de apoio 60
3.2.4. Os impactos do cuidado no quotidiano 62
3.2.4.1. Impactos pessoais e identitários 63
3.2.4.2. Impactos sociais e familiares 64
3.2.4.3. Impactos laborais e profissionais 65
3.2.4.4. Impactos económicos 66
3.2.4.5. Sobrecarga e impactos físicos, psicológicos e emocionais 66
3.2.5. Aspetos positivos e benefícios associados ao cuidar 68
3.2.6. Estratégias de adaptação e coping 70
3.2.7. Redefinição das práticas e papéis de género e perceções sociais do cuidar masculino 72
3.2.8. A experiência e avaliação do Estatuto do Cuidador Informal 76
4.O cuidado informal masculino: discussão dos resultados 81
4.1. O cuidado informal masculino: continuidades e especificidades 81
4.2. A entrada no cuidado: entre constrangimentos, motivações e significados 82
4.3. Os impactos do cuidar: trabalho, economia e ambivalência da experiência 84
4.4. Natureza dos cuidados: do envolvimento instrumental ao cuidado integral 85
4.5. Aprendizagem e estratégias de coping 86
4.6. Género, aprendizagem e redefinição das práticas e papéis masculinos 87
4.7. A família como principal suporte e a insuficiência das respostas formais 89
4.8. O Estatuto do Cuidador Informal: entre reconhecimento e limites da resposta pública 90
4.9. Diferentes formas de apropriação do Estatuto 93
4.10. Do reconhecimento do cuidador à partilha social da responsabilidade pelo cuidado 94
Conclusão e Considerações Finais 96
Referências Bibliográficas 103
Legislação 108
Anexos 109
Anexo 1 Declaração – Pedido de autorização ao ISS para realizar o estudo 110

Anexo 2 – Consentimento informado para o Instituto da Segurança Social 112
Apêndices 115
Apêndice 1 – Guião da Entrevista 116
Apêndice 2 – Consentimento Informado 119
Apêndice 3 – Grelha de análise da entrevista 120
Apêndice 4 – Contextos de entrada no cuidar e organização das práticas de cuidado …… 122

Declaração de honra / Declaration of Honour

Declaro que a presente dissertação de mestrado é de minha autoria e não foi utilizada previamente noutro curso ou unidade curricular, desta ou de outra instituição. As referências a outros autores (textos, trabalhos, ideias) respeitam escrupulosamente as regras de atribuição de autoria e encontram-se devidamente indicadas no texto e nas referências bibliográficas, de acordo com as normas de referenciação. Tenho consciência de que a prática de plágio e auto-plágio constitui um ilícito académico.

I hereby declare that this dissertation is of my authorship and has not been used previously in another course, degree, curricular unit or subject, at this or any other institution. References to other authors (statements, ideas, thoughts) scrupulously respect the rules of attribution and are duly indicated in the text and bibliographical references, in accordance with the rules of referencing. I am aware that the practice of plagiarism and self-plagiarism is an academic offence.

Declaro, ainda, que não utilizei ferramentas de inteligência artificial generativa (chatbots baseados em grandes modelos de linguagem) para realização de partes da presente dissertação.

I further declare that I have not used generative artificial intelligence tools (chatbots based on large language models) to carry out parts of this dissertation.

Porto, 30 de setembro de 2026

Mª de Lurdes João Cameirão

Agradecimentos

As primeiras palavras de profundo agradecimento são para a minha orientadora, Professora Isabel Dias, pelas valiosas e sábias orientações e pelo incentivo, sobretudo nos momentos de maior desalento, fundamentais para que este capítulo da minha vida pudesse ser concluído, depois de um interregno de mais de 20 anos.

Um agradecimento muito especial aos 14 participantes neste estudo, pela disponibilidade e generosidade com que partilharam comigo as suas histórias de vida e experiências de cuidar.

Ao Instituto da Segurança Social, agradeço o acolhimento na realização deste estudo e a colaboração na obtenção das autorizações necessárias à sua concretização.

Um muito obrigada às minhas colegas de vida profissional, pelo encorajamento constante à conclusão deste trabalho, muito particularmente à Lurdes e à Carla, pela paciência, disponibilidade e colaboração no recrutamento e na mediação do acesso aos homens entrevistados.

Às minhas amigas Cristinas e ao Belmiro, obrigada pela disponibilidade na revisão dos textos, pelos comentários perspicazes e, sobretudo, pela amizade.

À família e aos amigos, agradeço a compreensão pela minha necessidade de espaço e de tempo e o respeito por este percurso.

Aos meus pais, pelo amor e pelo exemplo de cuidar.

Por último, aos meus filhos, Francisco, António e Francisca, sempre o melhor do meu mundo. É um privilégio ser mãe de pessoas tão incríveis, que me ensinam todos os dias e me fazem querer ser sempre um pouco melhor.

Resumo

O envelhecimento demográfico, o aumento da longevidade e a prevalência da dependência têm reforçado a importância dos cuidados informais prestados no contexto familiar. Apesar da histórica feminização desta atividade, os homens assumem também responsabilidades de cuidado, permanecendo menos visíveis na investigação e nas políticas sociais. Esta dissertação analisa as vivências e necessidades de homens cuidadores informais, procurando compreender as suas trajetórias de entrada no cuidado, a organização e intensidade das tarefas, os impactos nas diferentes dimensões da vida, as estratégias de adaptação e coping e a relação com o Estatuto do Cuidador Informal (ECI).

O estudo qualitativo, de natureza exploratória, baseou-se em 14 entrevistas semiestruturadas a homens reconhecidos como cuidadores informais pela Segurança Social e residentes no concelho de Vila Nova de Gaia.

Os resultados evidenciam experiências marcadas pela elevada intensidade e continuidade das responsabilidades, pela sua concentração no cuidador principal e por impactos significativos nas trajetórias laborais, económicas, pessoais e relacionais. Embora os participantes assumam tarefas tradicionalmente associadas às mulheres, a aprendizagem desses saberes ocorre frequentemente através de figuras femininas da família, revelando a persistência de padrões de género na organização e transmissão dos cuidados. Simultaneamente, o cuidado constitui, para alguns participantes, uma experiência de aprendizagem e transformação pessoal, que pode contribuir para a reconfiguração das práticas e papéis masculinos. A experiência na relação com o ECI revela-se ambivalente, coexistindo o reconhecimento do seu valor enquanto instrumento de legitimação do cuidador com limitações no acesso, nos apoios e no conhecimento dos direitos associados. Os resultados reforçam a necessidade de ultrapassar uma conceção do cuidado como responsabilidade essencialmente privada das famílias, promovendo uma maior partilha social e institucional do cuidado.

Palavras-chave: Cuidado informal; Homens cuidadores; Género; Estatuto do Cuidador Informal; Políticas sociais

Abstract

Population ageing, increased longevity and the prevalence of dependency have reinforced the importance of informal care provided within the family. Despite the historical feminisation of caregiving, men also assume caregiving responsibilities, although they remain less visible in research and social policies. This dissertation analyses the experiences and needs of male informal caregivers, seeking to understand their trajectories into caregiving, the organisation and intensity of care tasks, the impacts on different dimensions of their lives, their adaptation and coping strategies, and their relationship with the Informal Caregiver Statute (ECI).

A qualitative, exploratory study was conducted based on 14 semi-structured interviews with men recognised as informal caregivers by the Portuguese Social Security system and residing in the municipality of Vila Nova de Gaia.

The findings reveal experiences characterised by the high intensity and continuity of caregiving responsibilities, their concentration on the primary caregiver, and significant impacts on employment trajectories, economic circumstances, and personal and relational lives. Although participants undertake tasks traditionally associated with women, caregiving knowledge and skills are frequently acquired through female family members, revealing the persistence of gender patterns in the organisation and transmission of care. At the same time, for some participants, caregiving constitutes an experience of learning and personal transformation that may contribute to the reconfiguration of masculine practices and roles.

Their experience of the ECI is marked by ambivalence, combining recognition of its value as an instrument that legitimises the caregiver role with limitations regarding access, available support, and knowledge of associated rights. The findings reinforce the need to move beyond a conception of care as essentially a private family responsibility, promoting greater social and institutional sharing of care.

Keywords: Informal care; Male caregivers; Gender; Informal Caregiver Statute; Social policies

Índice de Quadros

Quadro 1 - Caracterização dos cuidadores e das pessoas cuidadas…… 45

Quadro 2 - Impactos multidimensionais do cuidar nas vivências dos homens cuidadores informais …….. 63

Lista de abreviaturas e siglas

AIVD ……. Atividades instrumentais da vida diária

AVD ……. Atividades da vida diária

AVC ……. acidente vascular cerebral

ECI ……Estatuto do cuidador informal

CE ……Comissão Europeia

ERPI ……Estrutura residencial para pessoas idosas

IAS …… Indexante de apoios sociais

INE ……... Instituto Nacional de Estatística

IPSS …… Instituição Particular de Solidariedade Social

ISS …… Instituto da Segurança Social IP.

OMS …… Organização Mundial da Saúde

ONU …… Organização das Nações Unidas

OCDE …… Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PC …… Pessoa cuidada

PRSS ……... Profissionais de referência da segurança social

PSP …… Polícia de Segurança Pública

RGPD …… Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados

RNCCI …….. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SACI ……. Subsídio de apoio ao cuidador informal

SAD …….. Serviços de apoio domiciliário

SMN …… Salário mínimo nacional

UE …… União Europeia

WHO …… World Health Organization

Introdução

O envelhecimento da população constitui uma das grandes transformações demográficas das sociedades contemporâneas, colocando novos desafios relacionados com a necessidade crescente de cuidados, particularmente perante situações de dependência prolongada. Neste contexto, a organização social do cuidar e a mobilização de cuidadores assumem crescente relevância social e política, constituindo também um importante objeto de análise sociológica.

É no cruzamento das problemáticas do envelhecimento, da dependência e da necessidade crescente de cuidados que se situa o tema desta dissertação de Mestrado em Sociologia. A temática assume particular relevância no contexto português, marcado por um acentuado envelhecimento demográfico e pelo recente reconhecimento social e político dos cuidadores informais, nomeadamente através da aprovação do Estatuto do Cuidador Informal (ECI), pela Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro.

Os cuidados informais permanecem maioritariamente assegurados por mulheres, sendo estas historicamente associadas às responsabilidades de cuidado no espaço familiar. As teorias feministas do cuidar desempenharam um papel fundamental na denúncia da naturalização desta responsabilidade como tarefa feminina e na visibilização do trabalho não remunerado realizado pelas mulheres (Finch & Groves, 1983; Ungerson, 1990). Contudo, a centralidade das mulheres nestas abordagens contribuiu também para uma menor visibilidade das experiências masculinas de cuidado, surgindo os homens frequentemente como exceção a uma norma predominantemente feminina (Arber & Ginn, 1990).

Embora as estatísticas e a literatura continuem a evidenciar esta prevalência feminina, diversos estudos apontam para uma participação crescente dos homens na prestação de cuidados informais (Arber & Ginn, 1990; Ribeiro, 2007; São José, 2009; Gil, 2010). Esta tendência, particularmente visível entre homens que cuidam dos seus cônjuges em idades mais avançadas, tem vindo a ser conceptualizada como uma crescente *masculinização dos cuidados* (Gil, 2024). Apesar deste gradual interesse, o cuidado informal masculino permanece menos estudado, justificando a pertinência de

aprofundar as experiências destes homens e as formas como assumem, organizam e significam o cuidar.

É neste contexto que se desenvolve a presente investigação, centrada nas vivências, necessidades e experiências de homens cuidadores informais. A investigação parte da seguinte questão: Como vivenciam os homens a experiência de cuidar enquanto cuidadores informais? Procura-se, assim, compreender quem são estes cuidadores, as circunstâncias e motivações que conduziram à assunção do papel de cuidador, a forma como organizam e vivem a prestação de cuidados, os impactos que identificam nas várias dimensões da sua vida, as necessidades que manifestam e as estratégias que mobilizam, bem como a sua relação com as respostas formais de apoio e o ECI.

Para além da introdução, a dissertação encontra-se organizada em quatro capítulos, seguidos das conclusões. No primeiro capítulo desenvolve-se o enquadramento teórico, abordando o envelhecimento, o cuidado, o cuidado informal e, particularmente, o cuidado informal masculino, articulando estas dimensões com a literatura científica e com as políticas de apoio aos cuidadores, com destaque para o ECI.

No segundo apresenta-se o desenho da investigação e as opções e procedimentos metodológicos que orientaram o estudo empírico.

O terceiro capítulo é dedicado à apresentação e análise dos resultados do estudo empírico. Parte da caracterização dos cuidadores e das pessoas cuidadas, para de seguida aprofundar a análise das narrativas, identificando as dimensões comuns e especificidades do cuidar masculino. Este capítulo centra grande parte desta dissertação, discorrendo acerca das trajetórias, das práticas e significados do cuidar, dos impactos, das dificuldades, necessidades e estratégias de adaptação, da redefinição das práticas e papéis de género e da experiência e avaliação destes homens com o ECI. Nesta parte privilegia-se a voz dos participantes e uma análise próxima dos dados empíricos.

O quarto é dedicado à discussão dos resultados, procurando articulá-los com os referenciais teóricos e com a literatura mobilizada. Por fim, apresentam-se as conclusões do estudo, as suas principais limitações, contributos, implicações para a intervenção social, bem como alguns considerandos finais.

1. Enquadramento teórico

A contextualização teórica constitui uma parte central em qualquer investigação científica, na medida em que permite situar o objeto de estudo no campo do conhecimento existente, identificar debates relevantes e enquadrar conceptualmente as opções do investigador. A revisão da literatura pode assumir diferentes modalidades, entre as quais se destacam a revisão tradicional ou narrativa e a revisão sistemática.

A escolha entre uma e outra não deve ser entendida de forma dicotómica, mas antes em função dos objetivos da investigação e da natureza do problema em estudo.

A revisão narrativa é usada quando o objetivo é uma abordagem mais genérica a uma determinada questão. A revisão sistemática é utilizada quando se pretende uma resposta mais concreta e específica a determinados problemas (São José, 2016).

No caso da presente investigação, que pretende contribuir para um maior conhecimento do cuidar informal masculino, optou-se por uma revisão da literatura de caráter tradicional ou narrativa, que permitiu articular contributos teóricos nos temas do envelhecimento, da família, do género e do cuidado, valorizando a interpretação, a contextualização social e a compreensão deste fenómeno.

Assim, neste trabalho começa-se por abordar genericamente as questões do envelhecimento e da longevidade, com e sem saúde, com recurso não só a estudos como a dados estatísticos nacionais e internacionais. De seguida, e de forma mais pormenorizada, problematizam-se os conceitos e os desafios nos cuidados, tanto formais como informais, centrando a análise no cuidar informal masculino. Foram selecionados alguns artigos que resultam da investigação sobre o tema, publicados em Portugal e em outros países, com intuito de identificar as dimensões e as componentes de análise a considerar no estudo empírico.

Ainda no contexto da revisão da literatura abordam-se as políticas de apoio ao cuidador informal, nomeadamente uma análise ao itinerário e um olhar crítico do Estatuto do Cuidador Informal em Portugal, bem como, o retrato dos cuidadores informais, em termos europeus e nacionais.

1.1. Os desafios do envelhecimento

1.1.1. Em torno do conceito de envelhecimento

O envelhecimento demográfico da população é uma das maiores preocupações das sociedades contemporâneas e tem estado na agenda nacional e internacional nos últimos anos. Este envelhecimento é explicado pela transição demográfica, com a diminuição por um lado das taxas de natalidade e por outro da mortalidade, impulsionada principalmente pelos avanços nos cuidados de saúde e pela melhoria da qualidade de vida.

Hoje, pela primeira vez na história das sociedades, por todo o mundo, a maioria da população tem a expetativa de viver para além dos 60 anos (WHO, 2015). Estes anos extras de vida trazem grandes desafios não só em termos individuais, como para as sociedades, com implicações em domínios que vão desde o mercado laboral e financeiro, à procura de bens e serviços, à habitação, aos transportes, nos sistemas de proteção social e saúde, nas estruturas familiares e laços intergeracionais.

De acordo com os dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico e da Comissão Europeia (2024), a percentagem das pessoas com mais de 65 anos, na União Europeia aumentou de 16 % em 2000, para 21% em 2023, com uma previsão de aumento para 29%, em 2050. Paralelamente, as projeções da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2023) apontam para uma duplicação da proporção de pessoas com 80 ou mais anos no conjunto dos países membros, passando de 4,8% em 2021 para 9,8% em 2050.

Nas últimas 3 décadas, um número crescente de idosos viveu até 100 ou mais anos, idades consideradas inatingíveis há poucas décadas atrás. O número de pessoas com mais de 90 anos passou de 8 milhões no início dos anos 2000 para mais de 21 milhões em 2020, dos quais 69% eram mulheres, e deve chegar a mais de 76 milhões até 2050, de acordo com projeções das Nações Unidas (Bonnet *et al*., 2021).

Portugal está na linha da frente desta tendência. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística, entre 2011 e 2020 a população com 65 e mais anos passou de 19,2% para

23,2% (INE, 2023). Em Portugal, as projeções para 2050 apontam para que 34% da população tenha 65 ou mais anos (OCDE & CE, 2024), prevendo-se ainda que mais de uma em cada oito pessoas tenha 80 ou mais anos (OCDE, 2023).

Contudo, o processo de envelhecimento não é só demográfico (Osório & Pinto, 2007), envolvendo também dimensões e aspetos biológicos, psicológicos e sociais, e estende-se sobre toda a trajetória de vida, desde o nascimento à morte (Paúl & Ribeiro, 2012). Ele é correlativo do percurso de vida ou até anterior ao nascimento (Antunes & Leandro, 2016).

O processo de envelhecimento é assim inevitável, imprimindo as suas marcas, embora estas possam variar de indivíduo para indivíduo, não só em função dos marcadores biológicos, mas também das experiências e escolhas individuais, do meio físico e social. Nem todos envelhecemos da mesma maneira. Envelhecer reveste significados diferentes de acordo com o género, com a pertença social, a situação socioeconómica e com os contextos geográficos e sociais (Bonnet *et al*., 2021).

A OCDE e a CE (2024) destacam as grandes desigualdades no estado de saúde de acordo com o estatuto socioeconómico, chamando a atenção para a necessidade de intensificar as políticas de promoção da saúde e prevenção de doenças que possam promover um envelhecimento saudável para todos. É neste contexto que se preconiza a necessidade de promover uma boa saúde física e mental ao longo de todo o ciclo de vida, que permita que as pessoas possam viver de forma ativa e plena durante o maior tempo possível e assim poder reduzir a procura em termos de saúde e sistemas de cuidados de longa duração.

Encarando o envelhecimento, mais do que um problema, um triunfo da humanidade, a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que o envelhecer seja uma experiência positiva para os indivíduos e um processo de otimização de oportunidades de “saúde”, “participação” e “segurança”. É de acordo com estes 3 pilares que a OMS definiu a Estratégia Global e Plano de Ação para o Envelhecimento Saudável, alinhando-se assim à ambiciosa Agenda 2030 do Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas (WHO, 2020).

1.1.2. Envelhecimento com e sem saúde e a necessidade de cuidados de longa duração

O aumento da longevidade constitui uma conquista das sociedades contemporâneas, permitindo um prolongamento das suas trajetórias de vida e participação social das pessoas com mais idade, mas coloca também desafios sociais, económicos, culturais e políticos, particularmente quando os anos adicionais são vividos com doença e dependência.

De acordo com os dados da OCDE & CE (2024), na União Europeia, as mulheres vivem em média mais 5 anos do que os homens (84,2 anos para as mulheres em 2023, em comparação com 78,9 anos para homens). No entanto, esta disparidade de género tem vindo a diminuir desde 2000, à medida que a esperança de vida dos homens tem vindo a aumentar mais rapidamente do que a das mulheres na maioria dos países desta zona.

Em Portugal, a esperança de vida à nascença foi estimada em 81,5 anos em 2021, sendo de 84,4 anos para as mulheres e 78,5 para os homens (INE, 2023). Contudo, nem todos estes anos são vividos com saúde. Ainda de acordo com aquela fonte, para 2021, os anos de vida saudável à nascença foram estimados em 58,3 anos, correspondendo a 59,3 anos para os homens e a 57,4 anos para as mulheres.

A aproximação da esperança de vida entre homens e mulheres, associada ao maior número de anos vividos com saúde pelos homens, poderá contribuir para o aumento da participação masculina nos cuidados, particularmente no cuidado de cônjuges dependentes. Como refere Ribeiro (2007), os homens idosos têm uma maior probabilidade de sobreviver até uma idade em que a esposa se encontra em situação de dependência e a necessitar de cuidados.

Também neste campo a visão estereotipada do envelhecimento acaba por negligenciar a contribuição das pessoas mais velhas como prestadores de cuidados informais. Mais de um terço dos cuidados informais para pessoas com mais de 65 anos é fornecido pelos cônjuges. No Reino Unido, Arber & Ginn (1990) verificaram que, tanto os homens como as mulheres mais velhas, fornecem quantidades iguais de cuidados.

O envelhecimento com doença está frequentemente associado a condições crónicas (tais como as doenças cardiovasculares, a diabetes, o cancro) e neurodegenerativas, como as demências (Alves *et al*., 2024), que aumentam a necessidade e a duração dos cuidados, reforçando a procura de cuidados de longa duração.

Em 2017, quase 11% das pessoas com mais de 65 anos receberam cuidados de longa duração (OCDE, 2019). Os cuidados de longa duração são definidos como toda a assistência recebida regularmente por pessoas que não conseguem realizar certas atividades elementares de forma independente. Abrange ajuda com cuidados pessoais (tais como tomar banho, vestir-se, usar a casa de banho, etc.), definidos como atividades da vida diária (AVDs), mas também se podem estender, dependendo da definição usada (que varia de país para país), às chamadas atividades instrumentais da vida diária (AIVD), (que incluem tarefas como a preparação de refeições, lavar roupa, lavar louça, fazer compras, etc.) e assistência com essas AIVDs (ajuda com transporte, agendamento de consultas, gestão da medicação e todo o tipo de tarefas administrativas, na ligação com entidades oficiais ou outras) (Bonnet *et al*., 2021).

Embora os cuidados de longa duração não sejam exclusivos das pessoas mais velhas, a prevalência das limitações funcionais aumenta significativamente com a idade. Nos países da OCDE, mais de metade dos seus beneficiários tem 80 ou mais anos, tornando o envelhecimento demográfico um importante fator de crescimento da procura de cuidados. (Bonnet *et al*., 2021). Por exemplo, a prevalência da demência aumenta exponencialmente com a idade, duplicando, na Europa Ocidental e Central, a cada aumento de 5-6 anos (Prince *et al*., 2015). As projeções da OCDE apontam igualmente para um aumento significativo da prevalência das demências até 2050, reforçando a sua relevância enquanto fator de crescimento da necessidade de cuidados de longa duração (OCDE, 2019).

Assim, a distinção entre envelhecimento com e sem doença é fundamental para compreender a crescente necessidade de cuidados e a consequente importância dos cuidadores, formais e informais, na resposta às situações de dependência.

1.1.3. As alterações nas estruturas familiares

A par do envelhecimento da população e do aumento da esperança de vida, têm ocorrido outras transformações demográficas com implicações na organização da vida familiar e na disponibilidade para a prestação de cuidados, particularmente às pessoas mais velhas. Entre estas destacam-se o declínio da fecundidade e a redução do número de filhos, as conjugalidades mais longas e a transformação das estruturas familiares, marcada por famílias de menor dimensão, pelo aumento dos divórcios e recasamentos e pelo crescimento das pessoas que vivem sós (Gil, 2024). Estas mudanças contribuem para reconfigurar a disponibilidade e a distribuição dos cuidados no interior das famílias.

Outra transformação relevante prende-se com a crescente participação das mulheres no mercado de trabalho, colocando novos desafios à organização familiar dos cuidados, nomeadamente pela menor disponibilidade daqueles elementos para a prestação de cuidados a tempo inteiro. Tal não significa, contudo, que as famílias tenham deixado de constituir o principal suporte dos cuidados (Hoffmann & Rodrigues, 2010). O que se altera são as formas de organização e distribuição dessas responsabilidades, podendo o menor envolvimento de alguns membros ser compensado por outros, em função da idade, género, situação profissional ou de diferentes transições ao longo do ciclo de vida familiar (Gil, 2024).

Neste contexto, determinadas situações de vida podem conduzir alguns homens a uma maior disponibilidade ou necessidade de participação nos cuidados, nomeadamente perante o desemprego, a precariedade laboral, o divórcio ou o regresso à residência dos pais idosos (Gil, 2024). A prestação de cuidados resulta, assim, não apenas de relações de parentesco, mas também das circunstâncias concretas em que se encontram os diferentes membros da família.

Apesar de uma participação mais paritária de homens e mulheres no mercado de trabalho, persistem desigualdades significativas na distribuição do trabalho não pago. Os resultados do Inquérito Nacional aos Usos do Tempo, de 2016 (Perista *et al*., 2016), mostram que as famílias portuguesas continuam marcadas por uma divisão desigual das tarefas domésticas e de cuidado, com menor participação masculina nestas atividades.

Assim, é neste contexto de transformação das estruturas familiares e da crescente participação laboral feminina, que se torna relevante compreender a crescente participação masculina no cuidado informal.

1.2. O Conceito do Cuidar e o Cuidador Informal

1.2.1. Uma revisão do conceito do cuidar

Cuidar e ser cuidado constitui uma dimensão estruturante da condição humana, presente ao longo de todo o ciclo de vida e assumindo formas diversas consoante os contextos sociais, culturais, económicos e políticos em que se inscrevem (Gil, 2024).

Nas últimas décadas, o cuidado tem vindo a afirmar-se como um campo autónomo de investigação e como uma questão social e política central, em particular num contexto marcado pela possibilidade de défice de cuidadores, para fazer face às implicações do envelhecimento demográfico, ao aumento da longevidade e à prevalência de situações de dependência prolongadas. Estes processos tornaram visíveis os limites dos sistemas formais de apoio e a importância dos cuidadores informais, expondo simultaneamente situações de sobrecarga, desigualdade e vulnerabilidade social (São José, 2016; Daly, 2021).

O conceito de cuidar não é consensual, refletindo diferentes abordagens teóricas e analíticas. No presente trabalho, a aproximação ao conceito de cuidar e de cuidado informal apoia-se sobretudo nos contributos de José de São José e Ana Paula Gil, a nível nacional, e de Mary Daly, a nível internacional, articulados com outras perspetivas que permitem compreender o cuidado enquanto prática relacional, forma de trabalho e objeto de políticas públicas.

Até à década de 1980, a investigação sobre o cuidado tendeu a privilegiar uma conceção centrada na relação entre cuidador e pessoa cuidada, frequentemente entendida de forma unidirecional, em que a pessoa dependente era entendida como recetora de apoio. A análise incidia sobretudo nas tarefas realizadas e nos impactos negativos do cuidar, designadamente na saúde, na situação económica, na vida profissional e na

participação social dos cuidadores (Finch & Groves, 1983). Parker (1981) sistematizou diferentes tipos de tarefas, distinguindo cuidados instrumentais, cuidados emocionais e atividades de supervisão ou monitorização, tipologia que continua a ser amplamente utilizada nos dias de hoje.[1]

A partir da década de 1990, sob influência das teorias feministas, esta conceção foi progressivamente alargada. O cuidado passou a ser entendido como um processo relacional e emocional, atravessado por afetos, significados e normas sociais, mas também como uma forma de trabalho físico e emocional, frequentemente invisível e desvalorizado (Graham, 1991; Ungerson, 1990). Esta perspetiva contribuiu para questionar a naturalização do cuidado enquanto responsabilidade feminina e para evidenciar as desigualdades associadas à sua distribuição.

Em paralelo, desenvolveu-se uma abordagem do cuidado orientada por uma ética, que enfatiza uma perspetiva centrada na interdependência humana. A ética do cuidado, tal como formulada por Tronto (1993) sublinha que todos os indivíduos cuidam e são cuidados ao longo da vida, questionando a oposição entre autonomia e dependência e valorizando o cuidado enquanto prática moral e política. Noddings (1984), por sua vez, distingue o cuidado enquanto disposição e enquanto obrigação ética, permitindo compreender o cuidar simultaneamente como expressão de vínculo e como resposta a uma responsabilidade moral.[2] Esta perspetiva contribuiu para conferir maior reconhecimento e valor ao cuidado, mas foi também objeto de críticas feministas, que alertaram para o risco de uma conceção normativa do cuidar contribuir para naturalizar a responsabilidade pelo cuidado e ocultar as desigualdades na distribuição e nas condições em que esse trabalho é realizado (Graham, 1991; Ungerson, 1990).

[1] Os cuidados instrumentais incluem as atividades da vida diária (tais como tomar banho e alimentar) e as atividades instrumentais da vida diária (tais como fazer compras, preparar refeições e tratar da higiene da casa); os cuidados emocionais incluem o apoio afetivo, a escuta e a companhia; e a supervisão ou monitorização, inclui tarefas como a articulação com os serviços formais e a gestão da medicação.

[2] Esta distinção é particularmente relevante para compreender as experiências dos cuidadores informais, permitindo analisar o cuidar tanto como expressão de um vínculo e de uma vontade de cuidar como enquanto resposta a uma responsabilidade percecionada como obrigação.

No início do século XXI, foi consolidada e reconhecida a compreensão do cuidado enquanto relação baseada na interdependência e reciprocidade, reconhecendo-se que o cuidado é simultaneamente fonte de satisfação, sentido e vínculo, mas assumindo também as implicações em termos de desgaste, ambivalência e risco social. Os contextos sociais, institucionais e políticos em que o cuidado ocorre passaram a ser entendidos como fundamentais na configuração das práticas, dos significados e das consequências do cuidar, vinculados à cidadania e ao direito a ser cuidado e a ter cuidados (Carvalho, 2021).

Neste enquadramento, Daly e Lewis (2000) propõem o conceito de "cuidado social", procurando ultrapassar dicotomias como público/privado, formal/informal e trabalho pago/não pago. O cuidado é entendido como uma atividade realizada sob determinadas condições, enquanto responsabilidade social e enquanto prática que envolve custos físicos, emocionais e financeiros, independentemente de quem o assegura.

Mais recentemente, Daly (2021) aprofunda esta abordagem, evidenciando como a pandemia da COVID-19 tornou ainda mais evidente a centralidade do cuidado e, simultaneamente, as suas fragilidades. A autora sublinha que o cuidado deve ser entendido como uma infraestrutura social essencial, sustentando não apenas o bem-estar individual, mas o funcionamento da economia e da vida coletiva.

A crise pandémica revelou, de forma particularmente clara, a dependência dos sistemas sociais e de saúde em relação ao cuidado informal, frequentemente prestado no seio das famílias, e expôs desigualdades pré-existentes, nomeadamente de género, classe e geração. Daly destaca ainda a necessidade de analisar o cuidado de forma integrada, articulando os níveis micro (experiências individuais), meso (família, comunidade, organizações) e macro (políticas públicas, regimes de bem-estar).

Esta evolução conceptual permitiu também alargar o olhar para além da figura tradicional da mulher cuidadora. Os estudos passaram a considerar diferentes perfis de cuidadores, incluindo homens, pessoas de diferentes idades e classes sociais, bem como os contextos sociais, culturais e económicos em que as relações de cuidado se

desenvolvem (Arber & Ginn, 1990). Esta ampliação é particularmente relevante para a presente dissertação, centrada nas experiências de homens cuidadores informais.

É também do início deste século que surgem as análises de nível macro acerca da globalização dos cuidados (Hochschild, 2000), cruzando dimensões como os movimentos migratórios, o emprego e bem-estar, incidindo na crescente migração, principalmente de mulheres dos países em desenvolvimento, para cuidar de crianças e adultos dependentes dos países desenvolvidos, deixando para trás, muitas vezes, os cuidados com os seus próprios filhos e idosos (Dahl, 2022).

No contexto português, os trabalhos de São José, Wall, & Correia (2006) assumem particular relevância na análise da relação entre cuidados, família e atividade profissional. Estes autores evidenciam a persistência de desigualdade de género na distribuição dos cuidados, num contexto marcado por uma cobertura limitada de serviços e por uma forte dependência das redes familiares. A partir do conceito de "cuidados sociais", distinguem ainda entre um modelo familiar, assente na centralização dos cuidados na família, e um modelo misto, que combina cuidados familiares com apoios extrafamiliares, evidenciando os diferentes modos de organização e as desigualdades no acesso aos recursos.

São José (2016) propõe uma conceção abrangente do cuidado enquanto disposição e atividade, materializada numa relação entre cuidador e recetor de cuidados, marcada pela interdependência e inserida em diferentes contextos sociais. Nesta perspetiva, o cuidado pode assentar no afeto, no dever ou noutras motivações, envolver diferentes tipos de tarefas e produzir consequências positivas ou negativas tanto para quem cuida como para quem recebe cuidados. Esta conceção revela-se particularmente adequada ao presente estudo, por permitir analisar o cuidar articulando as dimensões relacional, prática e contextual.

Também Gil (2023) contribui para esta abordagem ao analisar o cuidado enquanto trabalho doméstico, frequentemente desvalorizado social e economicamente. Para esta autora o cuidado traduz-se num trabalho que envolve tempo, tarefas, competências, saberes, gestão de emoções e recursos, numa negociação permanente com outros

membros da família, podendo articular-se com as redes formais de apoio social e de saúde.

Assim, na presente dissertação, o cuidar é entendido como uma prática simultaneamente relacional, material e social, que envolve responsabilidades, competências, afetos e custos e que se desenvolve em contextos familiares concretos. Esta perspetiva permite ultrapassar uma leitura do cuidado exclusivamente centrada na pessoa dependente ou nas tarefas realizadas, considerando também as condições em que o cuidado é prestado, os recursos mobilizados, as relações de género que o atravessam e os seus efeitos sobre a vida dos cuidadores.

1.2.2. Cuidados formais e cuidados informais

Como já demos conta, o envelhecimento demográfico, o aumento da esperança média de vida e a crescente prevalência de doenças crónicas e situações de dependência têm vindo a reforçar a centralidade do cuidado enquanto questão social, política e científica. Neste contexto, a distinção entre cuidados formais e cuidados informais assume particular relevância analítica, permitindo compreender os modos como as sociedades organizam a resposta às necessidades de cuidado, bem como identificar os atores envolvidos nesse processo. Em países do Sul da Europa, como Portugal, esta distinção ganha especial significado, dada a forte centralidade atribuída à família na provisão de cuidados.

De acordo com a Eurocarers (2019), cerca de 80% dos cuidados prestados na União Europeia são assegurados por cuidadores informais, aqui definidos como pessoas que prestam cuidados não remunerados a indivíduos em situação de dependência com quem mantêm uma relação social significativa, como familiares, amigos, vizinhos ou outros membros da rede social próxima. Por contraponto, os cuidados formais são prestados por profissionais qualificados, no âmbito de serviços públicos, privados ou do setor social, encontrando-se enquadrados institucionalmente e sendo objeto de remuneração.

Os cuidados informais desempenham, assim, um papel central na resposta às necessidades quotidianas de pessoas idosas, com doença crónica, deficiência ou incapacidade. O cuidador informal integra, na maioria dos casos, a rede familiar da pessoa cuidada, podendo, contudo, incluir outros elementos significativos da sua rede de proximidade. O cuidar ultrapassa, deste modo, os limites do parentesco formal, enraizando-se em relações de proximidade, compromisso e responsabilidade moral, frequentemente assumidas de forma não planeada. No contexto português, o Relatório do Grupo de Trabalho que antecedeu a aprovação do Estatuto do Cuidador Informal definiu o cuidador informal como a pessoa que, de forma não profissional e não remunerada, assume a responsabilidade principal pela organização e prestação de cuidados a outra pessoa em situação de doença crónica, deficiência ou dependência (Teixeira *et al.,* 2017).

A consagração legal do ECI, através da Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, constituiu um marco no reconhecimento jurídico e social destes cuidadores. O Estatuto, posteriormente alargado pelo Decreto-Lei n.º 86/2024, de 6 de novembro, passou a contemplar outras pessoas da rede social da pessoa cuidada, para além dos familiares, e distingue entre cuidador informal principal e não principal, considerando a intensidade, regularidade e permanência dos cuidados e a sua articulação com a atividade profissional.[3]

A literatura evidencia que a centralidade dos cuidados informais é particularmente significativa em contextos de oferta limitada de respostas formais (Teixeira *et al*., 2017), podendo a prestação continuada de cuidados produzir custos relevantes na saúde física e mental, na vida social e na situação económica dos cuidadores (Hoffmann & Rodrigues, 2010). A sobrecarga, o isolamento e a vulnerabilidade económica tendem a agravar-se quando os cuidadores dispõem de reduzido apoio formal ou de uma articulação insuficiente com os serviços existentes.

[3] O Estatuto do Cuidador Informal em Portugal é objeto de análise mais pormenorizada no subcapítulo 1.3.1

Em Portugal, esta realidade inscreve-se num modelo de provisão de bem-estar marcado pelo "familialismo implícito" (São José, 2012), no qual a família assume um papel central na proteção dos seus membros, enquanto a intervenção do Estado tende a assumir um caráter subsidiário e fragmentado. A insuficiência de respostas de apoio domiciliário e de cuidados continuados, bem como as dificuldades de conciliação entre atividade profissional e cuidado, contribuem para a transferência de responsabilidades excessivas para as famílias (Araújo & Soeiro, 2021).

A distinção entre cuidados formais e informais não deve, contudo, ser entendida de forma dicotómica, mas antes numa lógica de complementaridade (São José, 2012; Gil, 2020; São José *et al*., 2006). Os cuidados resultam frequentemente de combinações híbridas entre apoio familiar, serviços formais e redes comunitárias. Não se pode, contudo, escamotear que estas articulações também são atravessadas por desigualdades sociais e de género, que moldam quem cuida, em que condições e com que reconhecimento social.

A sustentabilidade dos sistemas de cuidado exige uma articulação efetiva entre respostas formais e redes informais, garantindo apoio, reconhecimento e proteção social aos cuidadores informais, sejam mulheres ou homens.

1.2.3. O género no cuidar e o cuidar informal masculino

A revisão da literatura evidencia que as mulheres permanecem como principais prestadoras de cuidados informais de longa duração, assumindo, em geral, maior intensidade, duração e complexidade nas tarefas de cuidado. Contudo, tem-se observado uma crescente participação dos homens, particularmente entre os cônjuges mais velhos, fenómeno que Gil (2024) designa como *masculinização dos cuidados*. Esta tendência não significa a superação das mulheres no cuidado, mas antes a crescente visibilidade e participação masculina num campo que permanece fortemente marcado por desigualdades de género (Hoffmann & Rodrigues, 2010; São José, 2012; Ribeiro, 2007; Gil, 2020; Gösenbauer *et al*., 2025).

Com o aumento da esperança de vida e o prolongamento das relações conjugais, aumenta também a possibilidade de os homens assumirem o papel de cuidadores quando as suas esposas se encontram em situação de dependência. Embora durante a idade ativa persistam diferenças na intensidade e no tipo de cuidados prestados entre homens e mulheres, estas tendem a atenuar-se nas idades mais avançadas (Hoffmann & Rodrigues, 2010).

Durante várias décadas, a investigação sobre o cuidado informal centrou-se predominantemente nas mulheres, refletindo a associação histórica entre cuidado e papéis de género femininos. As teorias feministas do cuidar desempenharam um papel fundamental na denúncia da naturalização do cuidado enquanto responsabilidade feminina e na visibilização do trabalho não pago e das desigualdades dele decorrentes (Finch & Groves, 1983; Ungerson, 1990). Contudo, esta centralidade das experiências femininas contribuiu também para que os homens cuidadores permanecessem relativamente invisíveis na investigação, sendo frequentemente analisados a partir de referenciais construídos sobre as experiências femininas (Arber & Ginn, 1990; Kramer & Thompson, 2002).

Arber e Ginn (1990) evidenciam que as responsabilidades familiares são socialmente construídas de forma diferenciada segundo o género. Tarefas como cozinhar, fazer compras ou prestar cuidados pessoais a um cônjuge dependente podem ser percecionadas como responsabilidades adicionais quando desempenhadas por homens, enquanto tendem a ser consideradas normais e expectáveis no caso das mulheres. Esta diferenciação demonstra que as normas de género influenciam não apenas a distribuição do trabalho de cuidado, mas também a forma como este é socialmente valorizado.

A análise das desigualdades de género no cuidado pode também ser aprofundada a partir da perspetiva de Bourdieu (1996; 1999), nomeadamente através do conceito de *habitus*. Enquanto sistema de disposições incorporadas ao longo das trajetórias de socialização, o *habitus* permite compreender como determinadas formas de percecionar, agir e atribuir significado às responsabilidades de cuidado são construídas e naturalizadas no contexto das relações de género. Estas disposições, embora tendam

a orientar as práticas, não são necessariamente imutáveis, podendo ser confrontadas e transformadas perante novas circunstâncias e exigências da vida quotidiana.

Numa linha convergente, Kramer e Thompson (2002) defendem a necessidade de analisar o cuidado masculino nas suas especificidades, considerando as formas como os homens constroem e interpretam o seu papel de cuidadores e os contextos sociais e familiares em que este se desenvolve. Também Comas-d'Argemir (2016) sublinha que o cuidado constitui um espaço de reprodução, mas também de negociação das identidades de género. Embora algumas práticas masculinas possam assumir um caráter mais instrumental, a autora alerta para o risco de interpretações essencialistas, defendendo que as formas de cuidar dos homens são diversas e dependem dos seus contextos sociais, familiares e biográficos.

A literatura sobre os cuidadores masculinos evidencia, assim, experiências marcadas por desafios emocionais, físicos, sociais e económicos, incluindo sobrecarga, isolamento, alterações nas relações familiares e dificuldades de conciliação entre trabalho e cuidado (Spendelow, Adam & Fairhurst, 2017; Akouamba *et al*., 2025). As normas de masculinidade, associadas à autonomia, força e autossuficiência, podem condicionar o reconhecimento das dificuldades e a procura de ajuda. Contudo, o cuidado não deve ser analisado exclusivamente a partir dos seus custos. Pode igualmente constituir uma experiência de aprendizagem, transformação pessoal e reconstrução identitária, permitindo aos homens desenvolver novas competências e redefinir papéis e prioridades (Spendelow *et al*., 2017; Ilárraz, 2024).

No contexto português, a investigação sobre o cuidado informal masculino permanece relativamente limitada, embora alguns estudos tenham contribuído para tornar visíveis estas experiências. Destaca-se o trabalho de Ribeiro (2007), realizado com 53 homens idosos, cônjuges cuidadores, que analisa a experiência do cuidar numa perspetiva de género. O autor evidencia a coexistência de amor, dedicação, dever e obrigação, bem como dificuldades relacionadas com a transição para o papel de cuidador, os cuidados íntimos, a própria condição de saúde e o enfraquecimento das redes sociais. Simultaneamente, identifica efeitos positivos, nomeadamente sentimentos de satisfação, desenvolvimento de novas competências e atribuição de novos sentidos à

vida. O cuidado surge, deste modo, como uma experiência suscetível de contribuir para a construção de novas formas de identidade masculina.

Também Gil (2020), sem deixar de evidenciar a persistência da centralidade feminina nos cuidados, reconhece a emergência de novos perfis de cuidadores, nomeadamente homens cônjuges. Na sua análise, o significado atribuído ao cuidar varia segundo o género. Entre as mulheres, o cuidado tende a estar mais naturalizado e integrado na identidade familiar e afetiva, enquanto entre os homens surge frequentemente associado ao dever conjugal e à responsabilidade perante a relação. Gil identifica ainda diferenças na organização das tarefas, observando entre os homens maior abertura à delegação e ao recurso a apoios formais e informais, com uma maior concentração em funções de coordenação, gestão e presença.

Estes contributos permitem compreender o cuidado masculino não como uma simples reprodução das formas femininas de cuidar, mas como uma experiência atravessada pelas normas de género e, simultaneamente, capaz de as transformar. Os homens podem assumir tarefas tradicionalmente associadas às mulheres, desenvolver novas competências e redefinir as suas identidades, sem que isso implique necessariamente o desaparecimento das estruturas e representações de género que continuam a organizar a aprendizagem, distribuição e valorização dos cuidados.

1.3. As políticas de apoio ao cuidado e o retrato dos cuidadores informais

A centralidade da família na provisão de cuidados, particularmente evidente nos países do Sul da Europa, tem sido analisada no âmbito das políticas sociais como expressão de um modelo de "familialismo implícito" (São José, 2012). Neste modelo, a família assume um papel central na proteção dos seus membros, enquanto a intervenção do Estado tende a assumir um caráter subsidiário.

Esta organização da provisão de cuidados tem sido problematizada por abordagens que defendem o cuidado enquanto direito social (Daly, 2021). A dependência excessiva das

soluções familiares pode reforçar desigualdades sociais e de género e limitar o acesso equitativo aos cuidados. No contexto português, Soeiro & Araújo (2020) salientam que o reconhecimento institucional dos cuidadores informais, embora constitua um avanço importante, pode coexistir com uma lógica de responsabilização das famílias, sem que isso implique necessariamente uma redistribuição efetiva das responsabilidades de cuidado entre família, Estado e sociedade.

A perspetiva do cuidado enquanto direito de cidadania implica, assim, deslocá-lo da esfera privada e moral para o domínio dos direitos sociais. Comas-d'Argemir (2019) sublinha, neste sentido, o direito a cuidar e a ser cuidado em condições de dignidade e igualdade. Tal perspetiva exige políticas públicas que garantam o acesso universal aos cuidados e condições justas para quem cuida. Igualmente relevante é o reconhecimento do direito a não cuidar dos familiares, sem que essa opção determine a perda do acesso a uma rede adequada de serviços sociais e de saúde (Gil, 2024).

O debate sobre as políticas de cuidado situa-se, deste modo, numa tensão entre a valorização da família enquanto espaço privilegiado de cuidado e a necessidade de garantir o cuidado como responsabilidade social e direito de cidadania. É neste quadro que se inscreve o reconhecimento político e jurídico do cuidador informal em Portugal, materializado na criação do Estatuto do Cuidador Informal.

1.3.1. O Estatuto do Cuidador Informal em Portugal: reconhecimento, potencialidades e limites

O reconhecimento do ato de cuidar, e particularmente do cuidado informal, constituiu durante vários anos uma reivindicação de movimentos da sociedade civil e de associações de apoio aos cuidadores informais. Estes movimentos contribuíram para colocar na agenda política o trabalho não remunerado dos cuidados e para tornar visível uma realidade até então pouco reconhecida social e institucionalmente (Araújo & Soeiro, 2021).

Em Portugal, este processo ocorreu num contexto marcado pelo envelhecimento demográfico, pela transformação das estruturas familiares e pela crescente necessidade de cuidados, criando condições para uma maior atenção política à situação dos

cuidadores informais. A Resolução da Assembleia da República n.º 130/2016, de 18 de julho, constituiu um primeiro marco neste processo, ao reconhecer a necessidade de medidas de apoio aos cuidadores. Este percurso conduziu à aprovação da Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, que criou o ECI, estabelecendo os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada e um conjunto de medidas de apoio.

A criação do ECI representou uma mudança relevante no reconhecimento jurídico do cuidado informal em Portugal. Entre as medidas previstas encontram-se o apoio e acompanhamento por profissionais de referência da segurança social e da saúde, as medidas destinadas ao descanso do cuidador, a articulação com respostas sociais e de saúde, a possibilidade de acesso ao Seguro Social Voluntário e, para os cuidadores informais principais que reúnam as condições previstas, o Subsídio de Apoio ao Cuidador Informal Principal (SACI). O Estatuto distingue ainda entre cuidador informal principal e não principal, considerando a intensidade, regularidade e permanência dos cuidados e a articulação com a atividade profissional.

Numa primeira fase, a implementação do Estatuto desenvolveu-se através de projetos-piloto, sendo posteriormente alargada ao território continental através do Decreto Regulamentar n.º 1/2022, de 10 de janeiro. O ECI viria a sofrer novas alterações. A Lei n.º 20/2024, de 8 de fevereiro, alargou o conceito de cuidador informal não principal, nomeadamente a pessoas sem vínculo familiar que prestem cuidados regulares, e contemplou situações de guarda partilhada. O Decreto-Lei n.º 86/2024 procurou, por sua vez, simplificar o reconhecimento do Estatuto, alargar o universo de cuidadores abrangidos e reforçar as medidas de apoio, descanso e acompanhamento. Entre outras alterações, passou a admitir como cuidador informal principal uma pessoa sem laços familiares que viva em comunhão de habitação com a pessoa cuidada e foi prevista a possibilidade de recurso à bolsa de cuidadores como resposta ao direito ao descanso.

Mais recentemente, o Decreto-Lei n.º 138/2025, de 29 de dezembro, com efeitos a partir de 1 de janeiro de 2026, introduziu uma nova alteração ao ECI, nomeadamente no enquadramento do SACI. O subsídio passou a integrar o subsistema de proteção familiar, no âmbito da eventualidade de encargos com a dependência, deixando de estar enquadrado exclusivamente como uma prestação destinada à proteção perante a

insuficiência de recursos económicos. Esta alteração aproxima formalmente o subsídio de uma política de apoio ao cuidado, reconhecendo a sua dupla dimensão de proteção económica e de resposta aos encargos associados à dependência.

Também as medidas destinadas ao descanso do cuidador têm vindo a ser reforçadas. A regulamentação atualmente em vigor, através da Portaria n.º 335-A/2023, de 3 de novembro, posteriormente alterada pela Portaria n.º 21/2026/1, de 21 de janeiro, contempla, entre outras respostas, o internamento temporário na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), o encaminhamento para respostas sociais, o Serviço de Apoio Domiciliário e a Bolsa de Cuidadores. Esta Portaria de 2026 prevê a implementação de projetos-piloto da Bolsa de Cuidadores, atualmente em curso, que, após avaliação, se prevê que sejam alargados a todo o território nacional.

Paralelamente, foram introduzidas medidas destinadas a facilitar a conciliação entre atividade profissional e cuidado para os cuidadores informais não principais, designadamente no âmbito da Lei n.º 13/2023, de 3 de abril, a Lei da Agenda do Trabalho Digno, incluindo direitos relacionados com faltas, horários flexíveis, trabalho a tempo parcial e teletrabalho. Estas medidas assumem particular relevância num contexto em que a prestação de cuidados pode interferir significativamente com a participação no mercado de trabalho. Persistem, contudo, limitações na concretização do Estatuto. Gil (2023) salienta que o ECI continua a inscrever-se num modelo de provisão marcado por uma forte responsabilidade familiar, podendo o reconhecimento do cuidador coexistir com a manutenção da responsabilidade das famílias pela prestação efetiva dos cuidados. Nesta perspetiva, o reconhecimento institucional não significa necessariamente uma transferência substantiva da responsabilidade de cuidar para o Estado e para os serviços públicos (Gil, 2023; Carvalho, 2021).

Uma das dimensões mais relevantes desta tensão encontra-se no acesso ao SACI. Embora o subsídio constitua formalmente uma medida de apoio ao cuidador informal principal, a sua atribuição está dependente de uma condição de recursos do agregado familiar, tornando o acesso fortemente seletivo. Em 2026, o rendimento de referência do agregado familiar que permita ao cuidador o acesso ao SACI tem de ser inferior a 1,3 vezes o IAS, correspondente a 698,27 euros (ISS, 2026b).

Os dados disponíveis evidenciam a dimensão desta seletividade. Em agosto de 2026, encontravam-se reconhecidos 19.245 cuidadores informais, dos quais 7.083 beneficiavam do SACI. Este universo corresponde a 36,8% do total de cuidadores reconhecidos e a 61% dos cuidadores informais principais, sendo o valor médio da prestação de 428,68 euros mensais (ISS, 2026a). Esta diferença entre o universo dos cuidadores reconhecidos e o dos beneficiários do subsídio evidencia que o reconhecimento do Estatuto não se traduz automaticamente no acesso a este apoio.

A condição de recursos e o valor da prestação levantam, assim, questões quanto à capacidade do SACI para constituir um instrumento efetivo de apoio à prestação de cuidados. Embora a legislação atual reconheça formalmente a dupla finalidade da medida, no contexto analisado, estes elementos sugerem que o SACI assume sobretudo uma função de proteção perante situações de maior vulnerabilidade económica, permanecendo limitada a sua capacidade de compensação dos custos associados ao cuidado.

Persistem igualmente desafios relacionados com a proteção da carreira contributiva, a conciliação entre trabalho e cuidados, o acesso a serviços de apoio e descanso e o reconhecimento da diversidade das situações dos cuidadores. O próprio processo de alteração legislativa evidencia estas dificuldades. O Decreto-Lei n.º 86/2024 justificou a necessidade de intervenção legislativa pela persistência de constrangimentos à aplicação efetiva do Estatuto, nomeadamente no acesso ao descanso e ao pleno reconhecimento do cuidador.

O ECI constitui, deste modo, um marco importante na visibilização e legitimação social e política do cuidado informal em Portugal, mas não elimina as tensões entre reconhecimento e responsabilização familiar.

1.3.2. O retrato dos cuidadores informais

A investigação sobre os cuidados informais identifica a família como a principal fonte de assistência às pessoas com dependência, “independentemente dos modelos específicos de proteção social e das normas familiares de cada país” (Bonnet, Cambois, & Fontaine, 2021).

A dimensão deste fenómeno permanece, contudo, difícil de quantificar. Esta é uma dificuldade evidente no caso português. As estimativas disponíveis são bastante diferenciadas. A Eurocarers (2019) aponta para cerca de 8% da população portuguesa a prestar cuidados informais, enquanto as projeções da Comissão Europeia estimavam essa proporção em 13% da população total (EC, 2018). Já o Inquérito Nacional de Saúde de 2014 identificava aproximadamente 1,1 milhões de pessoas com 15 ou mais anos a prestar cuidados informais a pessoas com problemas de saúde ou relacionados com a velhice, das quais mais de 85% cuidavam sobretudo de familiares e cerca de 470 mil dedicavam mais de dez horas semanais a essa atividade (Araújo & Soeiro, 2021). Estes valores evidenciam a dimensão do fenómeno, mas também a dificuldade em produzir uma estimativa consensual sobre o universo dos cuidadores informais em Portugal.

Por outro lado, a distribuição dos cuidados permanece fortemente marcada pelo género. Nos países da OCDE, em média, 61% das pessoas que prestam cuidados informais diariamente são mulheres, sendo Portugal, a par da Grécia, um dos países onde esta desigualdade é mais acentuada, com mais de 70% de mulheres entre os cuidadores informais (OCDE, 2024). Esta feminização constitui um elemento estruturante do fenómeno e ajuda a compreender a menor visibilidade dos homens enquanto cuidadores, apesar da sua participação crescente.

De acordo com o Relatório da Comissão de Acompanhamento, Monitorização e Avaliação do Estatuto do Cuidador Informal (2025), e sem prejuízo dos restantes requisitos legais, eram identificados 146.041 potenciais cuidadores informais tendo por referência as prestações sociais atribuídas às pessoas cuidadas que podem conferir acesso ao reconhecimento do Estatuto[4]. Um ano depois, em agosto de 2026, deste universo, apenas 19.245 cuidadores tinham o Estatuto efetivamente reconhecido, dos quais 11.589 (60,2%) eram cuidadores principais e 7.656 (39,8%) não principais (ISS, 2026a). Verifica-se, assim, uma diferença expressiva entre o universo potencialmente

[4] Incluem-se o Subsídio de Assistência a Terceira Pessoa e o Complemento por Dependência de 1.º e 2.º grau, associados a situações de dependência que requerem assistência de terceiros.

abrangido e o número de cuidadores efetivamente reconhecidos, aspeto que merece particular atenção na análise do acesso às políticas de apoio.

Ainda de acordo com os dados relativos a agosto de 2026, entre os cuidadores com Estatuto reconhecido, mantém-se um claro predomínio feminino: 84,2% são mulheres e apenas 15,8% são homens. A idade média situa-se nos 59 anos, encontrando-se 72,7% dos cuidadores acima dos 50 anos, e 97% prestam cuidados a apenas uma pessoa (ISS, 2026a). Este perfil é globalmente consistente com o retrato produzido pela investigação nacional (Carvalho, 2021; Gil, 2020), confirmando a persistência da feminização dos cuidados.

Quanto às pessoas cuidadas (ISS, 2026a), encontravam-se integradas no ECI 19.460 pessoas, 54,1% mulheres e 45,9% homens. A idade média era de 61 anos, embora se observasse uma diferença entre mulheres (69 anos) e homens (51 anos). Mais de metade (54%) tinha 65 ou mais anos. Estes dados confirmam que, embora o envelhecimento constitua um dos principais contextos de dependência e necessidade de cuidados, o cuidado informal não se circunscreve às pessoas mais velhas, abrangendo também pessoas de diferentes grupos etários em situação de doença, deficiência ou incapacidade.

Em síntese, os dados disponíveis evidenciam um fenómeno de grande dimensão, marcado por forte desigualdade de género e por uma significativa dificuldade de quantificação. O retrato dos cuidadores reconhecidos pelo ECI confirma a predominância das mulheres, mas revela igualmente a existência de um contingente masculino que, embora minoritário, assume responsabilidades também intensas no cuidado. É neste espaço ainda pouco visível que se inscreve o presente estudo, procurando compreender quem são estes homens, como chegaram à condição de cuidadores com ECI e como experienciam o cuidado.

2. Metodologia

Neste capítulo é desenvolvida a metodologia orientadora desta investigação, identificando os objetivos e analisando os procedimentos metodológicos; o contexto e os participantes e ainda as técnicas de recolha e análise de dados. Termina com os procedimentos éticos subjacentes, não só a todo o trabalho empírico, como de análise dos dados e elaboração da presente Dissertação.

2.1. Objetivos

Esta investigação parte da seguinte questão: Como vivenciam os homens a experiência de cuidar enquanto cuidadores informais? Assume-se como um estudo exploratório e tem como objetivo geral contribuir para um maior conhecimento da experiência do cuidar informal masculino, particularmente entre os homens com ECI. De acordo com este objetivo estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar em termos sociodemográficos e socioeconómicos os cuidadores homens com ECI e as pessoas de quem cuidam;
- Analisar as trajetórias e razões do cuidar informal masculino;
- Identificar a natureza dos cuidados prestados, o tempo e os recursos mobilizados;
- Analisar os impactos associados à experiência do cuidar informal masculino;
- Identificar necessidades, dificuldades e as estratégias de coping dos cuidadores homens;
- Compreender as experiências e perceções dos homens cuidadores relativamente ao ECI.

Importa, contudo, sublinhar que este estudo não pretende representar a totalidade dos homens cuidadores informais, mas entender as experiências daqueles que se encontram formalmente reconhecidos como cuidadores informais. Do mesmo modo, não se pretendeu avaliar o impacto ou a eficácia global do ECI, mas de compreender as experiências, perceções e significados que os participantes lhe atribuem.

2.2. Procedimentos metodológicos

Reconhecendo a heterogeneidade dos cuidadores informais e procurando compreender os significados e interpretações que os homens atribuem às suas práticas de cuidado, optou-se neste trabalho por uma abordagem qualitativa. Esta abordagem permite compreender os significados atribuídos pelos sujeitos às suas vivências e contextos de vida (Creswell, 2014).

A opção metodológica deve resultar da natureza da questão de investigação e do conhecimento que se pretende produzir, mais do que de uma preferência entre metodologias quantitativas ou qualitativas (Augusto, 2014). Esta investigação assume, assim, um caráter exploratório, na medida em que procura aprofundar a compreensão da experiência do cuidar informal masculino a partir das perspetivas dos próprios cuidadores, explorando as circunstâncias, significados, necessidades e formas de organização do cuidado que emergem dos seus discursos. Esta opção é coerente com uma abordagem que privilegia a compreensão dos fenómenos sociais a partir das experiências e interpretações dos sujeitos, em vez da sua mensuração ou generalização.

Para a recolha de dados recorreu-se à entrevista semiestruturada, por permitir conjugar um conjunto de temas previamente definidos com a flexibilidade necessária ao aprofundamento de aspetos emergentes durante a entrevista. Esta modalidade assegura uma orientação comum na recolha de informação, preservando simultaneamente a liberdade de expressão e a singularidade das experiências dos participantes (Quivy & Campenhoudt, 2008).

2.3. Contexto e participantes

Foi utilizada uma amostra intencional de 14 homens com Estatuto do Cuidador Informal (ECI), residentes no concelho de Vila Nova de Gaia. O ECI constituiu, assim, simultaneamente uma condição de inclusão na amostra e uma dimensão analítica da investigação. Embora o enquadramento teórico tenha privilegiado o cuidado associado ao envelhecimento e à longevidade, a seleção dos participantes procurou assegurar a diversidade de perfis, considerando a idade, a relação com a pessoa cuidada, a escolaridade, o ciclo de vida e a situação face ao trabalho remunerado.

A escolha de Vila Nova de Gaia obedeceu a critérios de conveniência, por se tratar do concelho de residência e de intervenção profissional da investigadora, que exerce funções de Profissional de Referência da Segurança Social (PRSS) para o ECI. Após as devidas autorizações por parte do Instituto da Segurança Social (ISS) (Anexo 1), o recrutamento foi mediado pelos outros dois PRSS com intervenção no concelho, responsáveis pela identificação e pelo contacto inicial com os potenciais participantes. Para prevenir eventuais conflitos de interesse, foram excluídos cuidadores com os quais a investigadora mantivesse ou tivesse mantido contacto profissional.

A dupla condição de investigadora e profissional do ISS facilitou a compreensão do contexto em estudo, mas constituiu também uma possível fonte de enviesamento. A associação institucional poderia influenciar os discursos dos participantes, nomeadamente pelas expectativas relativas ao acesso ao Subsídio de Apoio ao Cuidador Informal (SACI) ou a outros apoios. Acresce que a intervenção das colegas enquanto mediadoras do recrutamento (gatekeepers) poderá ter condicionado a composição da amostra. Para minimizar estes riscos, procurou-se adotar uma postura de neutralidade durante as entrevistas, tendo os participantes sido esclarecidos de que a investigação decorria exclusivamente no âmbito académico e de que a sua participação, recusa ou desistência não teria consequências no reconhecimento do ECI ou no acesso aos apoios sociais.

Os potenciais participantes foram inicialmente contactados pelos PRSS, maioritariamente por telefone, tendo quatro sido abordados presencialmente. Nesse contacto, foram informados sobre os objetivos do estudo e a participação solicitada. Aos que manifestaram interesse foi pedido um primeiro consentimento (Anexo 2), autorizando a disponibilização do seu contacto telefónico à investigadora, que posteriormente os contactou para esclarecer eventuais dúvidas e agendar a entrevista, em local e data acordados individualmente.

Durante o recrutamento, registaram-se três recusas, justificadas pelo reduzido à-vontade dos potenciais participantes em partilhar a sua experiência de cuidar. Verificou-se ainda uma situação em que um cuidador, apesar de inicialmente ter manifestado

disponibilidade, não respondeu às posteriores tentativas de contacto, não tendo integrado a amostra.

A recolha de dados foi encerrada após a realização de 14 entrevistas, momento em que se verificou uma recorrência dos principais temas e experiências relatados, considerando-se que a informação recolhida apresentava diversidade e consistência suficientes para responder aos objetivos do estudo.

No pedido de colaboração dirigido ao ISS, foram também solicitados dados agregados relativos ao concelho de Vila Nova de Gaia e informação referente à aplicação da Escala de Zarit. Contudo, estes elementos não foram disponibilizados, impossibilitando a sua análise e integração no estudo. Optou-se, por isso, pela utilização dos dados nacionais disponíveis nas fontes consultadas.

2.4. Técnicas de recolha e análise de dados

A recolha da informação foi efetuada com recurso à entrevista individual pessoal, semiestruturada (Apêndice 1), cujo guião foi desenvolvido com base na revisão da literatura.

A entrevista integrou 4 momentos. O primeiro momento, de acolhimento, com a identificação do entrevistador e do entrevistado, a explicitação dos objetivos do estudo e da entrevista e a leitura e recolha de um segundo consentimento informado, livre e esclarecido, para fins académicos (Apêndice 2).

O segundo momento destinou-se à recolha de dados acerca da caracterização sociodemográfica e socioeconómica dos cuidadores, incluindo dimensões como as idades, a relação de parentesco, a escolaridade, a situação profissional antes e após o início dos cuidados, os rendimentos, a duração e tipo de cuidado, bem como alguns dados socio biográficos, problemáticas de saúde e grau/tipo de dependência das pessoas cuidadas.

O terceiro momento constituiu o núcleo da entrevista e integrou 14 questões abertas, organizadas em torno das principais dimensões do estudo: trajetória e razões do cuidar; natureza e intensidade dos cuidados; impactos positivos e negativos associados à

experiência; dificuldades e redes de apoio; aprendizagens e significados; experiência masculina no cuidar; conhecimento e experiência com as políticas de apoios aos cuidadores em geral e o ECI em particular. Por fim, foi disponibilizado um espaço aberto para comentários e reflexões dos entrevistados, seguindo-se o agradecimento pela participação.

As entrevistas decorreram entre julho e setembro de 2025, no local mais conveniente para os participantes, tendo todas ocorrido nos seus domicílios.

Ao longo da apresentação dos resultados, e por questões éticas, na garantia da total confidencialidade, todos os nomes foram substituídos por códigos alfanuméricos.

No seu total as entrevistas tiveram uma duração mínima de 40 minutos e máxima de 1 h30.

Com a devida autorização dos participantes, as entrevistas foram gravadas em formato áudio e integralmente transcritas, correspondendo a gravação e transcrição ao momento de aplicação do guião de entrevista semiestruturada. Não foram gravados os momentos de acolhimento e apresentação, a explicação do estudo, a leitura e recolha do consentimento informado, nem a despedida, por não integrarem o corpus discursivo objeto de análise.

As transcrições procuraram preservar a forma e o conteúdo dos discursos dos participantes, mantendo hesitações, repetições, ocorrências não verbais, como o riso e o choro e outras marcas da oralidade consideradas relevantes para a análise. Não foi utilizado qualquer software de apoio.

Após a transcrição das entrevistas, procedeu-se à análise de conteúdo, entendida como um processo que permite não apenas descrever as situações, mas interpretar os sentidos atribuídos pelos participantes aos seus discursos (Guerra, 2006). Para o efeito, foi construída uma grelha de análise, baseada nas categorias e subcategorias identificadas na revisão da literatura e nos objetivos do estudo (Apêndice 3). A partir desta grelha foram elaboradas sinopses das entrevistas, permitindo organizar e comparar os discursos, bem como identificar dimensões emergentes (Guerra, 2006).

A natureza exploratória e qualitativa do estudo permitiu que a análise não se limitasse às dimensões inicialmente previstas. Embora o ECI tenha constituído um critério central na seleção dos participantes e um importante eixo de análise, a riqueza dos discursos conduziu à identificação de outras dimensões fundamentais da experiência de cuidar, incluindo os seus significados, organização, impactos, estratégias de adaptação e representações de género. As categorias analíticas resultaram, assim, da articulação entre os objetivos da investigação e os dados empíricos.

2.5. Considerações éticas

O estudo respeitou os princípios éticos previstos no Código Ético de Conduta Académica da Universidade do Porto.

Foi obtida autorização do Instituto da Segurança Social, I.P., para o acesso aos cuidadores homens com ECI reconhecido, residentes em Vila Nova de Gaia. A participação foi voluntária e precedida de informação sobre os objetivos do estudo e de consentimento informado, livre e esclarecido. Para salvaguardar a confidencialidade e evitar conflitos de interesse, foram excluídos participantes com contacto profissional prévio com a investigadora.

Este estudo não foi submetido a apreciação de uma Comissão de Ética, atendendo à natureza dos dados tratados e aos procedimentos adotados para salvaguardar a identidade dos participantes. Foram recolhidos apenas os dados sociodemográficos e socioeconómicos necessários aos objetivos da investigação, sendo os participantes identificados por códigos alfanuméricos (E1–E14) e eliminada informação potencialmente identificativa dos participantes. Foi ainda realizado mediante autorização do Instituto da Segurança Social (Anexo 1) e com adoção de procedimentos destinados a salvaguardar a confidencialidade dos participantes e das pessoas cuidadas.

Os dados pessoais, gravações áudio e transcrições foram tratados de acordo com o RGPD, assegurando o sigilo e a confidencialidade. As gravações foram utilizadas exclusivamente para transcrição e análise e serão destruídas após a conclusão do estudo, conforme informado aos participantes no consentimento.

3. O cuidado informal masculino: resultados e análise do estudo empírico

Neste capítulo procede-se à análise dos dados empíricos recolhidos através de 14 entrevistas semiestruturadas realizadas a cuidadores informais do sexo masculino, com ECI reconhecido pelo Instituto da Segurança Social, residentes no concelho de Vila Nova de Gaia.

Embora um dos objetivos do estudo incidisse sobre a experiência dos participantes enquanto cuidadores informais com Estatuto reconhecido pela Segurança Social, um dos critérios de inclusão na amostra, a análise das entrevistas evidenciou que as suas narrativas ultrapassam amplamente esta dimensão institucional, centrando-se sobretudo na sua experiência quotidiana do cuidar. Consequentemente, os resultados organizam-se em torno dos principais temas emergentes dos discursos, integrando também a análise das experiências dos entrevistados face ao ECI.

A apresentação dos resultados empíricos encontra-se organizada em dois subcapítulos. Num primeiro procedeu-se à caracterização sociodemográfica dos cuidadores e das pessoas cuidadas, procurando contextualizar em termos sociais e familiares as trajetórias de cuidado analisadas.

Num segundo subcapítulo apresenta-se a análise de conteúdo das entrevistas realizadas, privilegiando os discursos e significados atribuídos pelos participantes às suas experiências de cuidado. A análise procura simultaneamente evidenciar a singularidade das trajetórias individuais e identificar dimensões comuns e padrões transversais às narrativas recolhidas.

O capítulo encontra-se estruturado em torno de diferentes temas e categorias de análise emergentes dos dados empíricos, integrando descrição e interpretação analítica, sustentadas pelos excertos das entrevistas, considerados mais ilustrativos. Procurou-se, deste modo, privilegiar uma abordagem compreensiva das experiências dos participantes. A discussão e problematização destes resultados serão desenvolvidas no capítulo seguinte.

3.1. Caracterização dos cuidadores e das pessoas cuidadas

A caracterização sociodemográfica e socioeconómica dos entrevistados permite contextualizar as práticas de cuidado informal masculino e os contextos sociais, familiares e económicos em que estas se desenvolvem e encontra-se sistematizada no quadro 1.

A amostra é constituída por 14 cuidadores homens, com idades compreendidas entre os 25 e os 80 anos, sendo a média etária de 57 anos. Predominam os cuidadores entre os 60 e os 72 anos, em consonância com estudos anteriores sobre os cuidados informais (Gil, 2010; Ribeiro, 2007; Carvalho, 2021). Contudo, a presença de um participante com 25 e dois com 33 anos evidencia também a existência de cuidadores em fases mais precoces do percurso de vida.

Relativamente às habilitações literárias, observa-se uma elevada heterogeneidade. Sete participantes apresentam baixos níveis de escolaridade, sobretudo os seis que possuem apenas a antiga instrução primária (2.ª ou 4.ª classe). Cinco concluíram o ensino secundário e dois possuem licenciatura, verificando-se maior escolarização entre os cuidadores mais jovens.

A comparação entre a situação profissional anterior ao início dos cuidados e a observada no momento da entrevista evidencia alterações nas trajetórias laborais. Antes do início da prestação de cuidados, sete participantes encontravam-se profissionalmente ativos, seis estavam desempregados e um era pensionista.

No momento da entrevista, cinco cuidadores eram pensionistas, três dos quais por reforma antecipada. Destes, dois anteciparam a reforma devido à impossibilidade de conciliar a atividade profissional com a prestação de cuidados, embora E8 mantivesse alguma atividade profissional, apesar de reformado. Já E7, desempregado antes de assumir o papel de cuidador, viu-se obrigado a recusar novas oportunidades de trabalho. Neste contexto, a reforma antecipada surgiu como alternativa para assegurar rendimentos, ainda que com penalizações na pensão. Outros dois cuidadores, ambos com 66 anos, encontravam-se afastados do mercado de trabalho e aguardavam o cumprimento do requisito etário para acesso à pensão de velhice.

Quadro 1 – Caracterização dos cuidadores e das pessoas cuidadas

Cuidador	*Idade*	*Duração do cuidado*	*Habilitações Literárias*	*Situação perante o trabalho*		*Profissões do cuidador*	*Proveniência dos rendimentos do cuidador*	*Rendimentos[5](em SMN)*	*Tipo de cuidador[6]*	*Vínculo com a PC*	*Idade PC*	*Diagnóstico principal*	*Grau de dependência[7]*
				Antes dos cuidados	*Atual*								
E1	33	4 anos	12º ano	Ativo	Inativo	Administrativo	SACI	1 a 2 SMN	Principal	Pai	69	Demência	2º grau
E2	67	+ 10 anos	12º ano	Ativo	pensionista	Empresário	Pensão velhice	2 a 3 SMN	Principal	Pai	92	Demência	1º grau
E3	66	9 anos	4ª classe	Desempregado	Inativo	Indiferenciado da construção civil	SACI	1 a 2 SMN	Principal	Mãe	94	Demência	1º grau
E4	60	10 anos	12º ano	Desempregado	Inativo	Empregado balcão	SACI	1 a 2 SMN	Principal	Filho	12	Autismo	2º grau
E5	62	7 anos	2ª classe	Desempregado	Inativo	Indiferenciado	SACI	1 a 2 SMN	Principal	Companheira	67	Osteoporose	2º grau
E6	80	2 anos	4ª classe	Pensionista	Pensionista	Pedreiro	Pensão velhice	1 a 2 SMN	Principal	Esposa	80	AVC	1º grau
E7	60	4 anos	2ª classe	Desempregado	Reforma Antecipada	Indiferenciado	Pensão antecipada	1 a 2 SMN	Principal	Mãe	96	Demência	2º grau
E8	72	+ 10 anos	2ª classe	Ativo	Reforma Antecipada, com algum trabalho	Serralheiro	Pensão antecipada Algum trabalho	1 a 2 SMN	Principal	Esposa	80	Demência	2º grau
E9	66	+10 anos	12º ano	Desempregado	Inativo	Contabilista	SACI	1 a 2 SMN	Principal	Esposa	61	Esclerose Múltipla	2º grau
E10	42	- 1 ano	licenciado	Ativo	Ativo, mas de baixa médica	Trabalhador do setor bancário	Baixa médica	+ de 3 SMN	Não Principal	Esposa	40	Doença prolongada	1º grau
E11	63	5 anos	7º ano	Desempregado	Inativo	Indiferenciado	SACI	1 a 2 SMN	Principal	Mãe	98	Demência	1º grau
E12	67	10 anos	4ª classe	Ativo	Reforma Antecipada	Estivador	Pensão antecipada	1 a 2SMN	Principal	Esposa	61	AVC	1º grau
E13	25	8 anos	12º ano	Ativo	Ativo	Serviço público por turnos	Trabalho	2 a 3 SMN	Não Principal	Pai	60	Demência	1º grau
E14	33	5 anos	Licenciado	Ativo	Ativo	Informático	Trabalho	+ de 3 SMN	Não principal	Avô	93	Demência	1º grau

Fonte: Elaboração pela própria

[5] Considerou-se o salário mínimo nacional (SMN), relativo a 2025, ano de aplicação das entrevistas, que era de 870€.

[6] Tipificação de acordo com os critérios do ECI

[7] De acordo com a classificação do Complemento por Dependência atribuído pelo Instituto da Segurança Social.

Entre os restantes sete cuidadores em idade ativa, apenas três permaneciam profissionalmente ativos, encontrando-se um em situação de baixa médica devido à incapacidade física e psicológica para conciliar o trabalho com as exigências do cuidado. Os outros quatro encontravam-se afastados do mercado de trabalho, dedicando-se exclusivamente à prestação de cuidados ao familiar.

As trajetórias profissionais destes cuidadores são diversificadas, abrangendo sobretudo atividades na construção civil, mas também serralharia, estiva e funções administrativas, bem como profissões qualificadas, designadamente contabilista, profissional de serviço público por turnos, trabalhador do setor bancário e informático.

Quanto à situação económica, considerou-se o rendimento do agregado familiar (e não apenas o do cuidador informal), tendo como referência o salário mínimo nacional[8]. Dez participantes integram agregados com rendimentos iguais ou inferiores a dois salários mínimos nacionais. Os rendimentos mais elevados concentram-se sobretudo nos agregados dos cuidadores ainda ativos (E10, E13 e E14).

O SACI é recebido por seis participantes. A atribuição desta prestação, sujeita a condição de recursos, deve ser analisada conjuntamente com os baixos níveis de rendimento observados em parte significativa dos agregados familiares.

A maioria dos entrevistados assume a condição de cuidador informal principal (n=11), coabitando com a pessoa cuidada, encontrando-se fora do mercado de trabalho e assumindo a responsabilidade predominante pela organização e prestação dos cuidados. Dos três participantes reconhecidos como cuidadores informais não principais, apenas E14 desempenha um papel complementar ou ocasional. E10 e E13, embora juridicamente classificados como não principais por estarem inseridos no mercado de trabalho, coabitam com a pessoa cuidada e assumem-se como principal referência na prestação quotidiana de cuidados, encontrando-se um deles de baixa médica prolongada para assegurar disponibilidade permanente para essa função.

[8] Ver nota 5.

A duração das trajetórias de cuidado varia entre menos de um ano e mais de dez anos, destacando-se cinco participantes que prestam cuidados há 10 ou mais anos.

As relações entre cuidadores e pessoas cuidadas distribuem-se igualmente entre o cuidado conjugal (n=6) e o cuidado filial (n=6). A amostra inclui ainda um cuidador parental, o pai de um filho de 12 anos, e um cuidador intergeracional, um neto que presta cuidados ao avô.

Relativamente às pessoas cuidadas, as idades variam entre os 12 e os 98 anos, situando-se a média nos 71,6 anos. Predominam as mulheres (n=9). As demências e os défices cognitivos associados ao envelhecimento constituem os diagnósticos mais frequentes (n=8), seguindo-se as doenças neurológicas ou incapacitantes, designadamente os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) e a esclerose múltipla (n=3). As restantes situações correspondem a doença física degenerativa, doença prolongada e autismo.

Em todas as situações a pessoa cuidada possui reconhecimento pela Segurança Social de dependência de terceiros, de 1.º ou 2.º grau, condição obrigatória ao reconhecimento do ECI. A amostra integra, assim, situações de elevada intensidade de cuidados, envolvendo supervisão, apoio nas atividades da vida diária e acompanhamento continuado. Em seis casos, a pessoa cuidada encontrava-se semiacamada ou acamada.

Globalmente, a amostra caracteriza-se pela diversidade etária e socioprofissional dos cuidadores, mas também pela predominância de situações de cuidado prolongado, elevada intensidade e centralização das responsabilidades no cuidador principal. Destacam-se ainda alterações significativas nas trajetórias laborais e a presença de situações de vulnerabilidade económica. Estes elementos constituem dimensões relevantes para a análise das experiências de cuidado que serão desenvolvidas nas secções seguintes.

3.2. Resultados da análise de conteúdo das entrevistas

Após a caracterização sociodemográfica dos participantes, procede-se à análise de conteúdo das 14 entrevistas, procurando compreender como é que os participantes experienciam o cuidado no quotidiano, os significados que lhe atribuem, os impactos nas suas trajetórias pessoais, familiares e profissionais e a relação com os dispositivos formais de apoio, nomeadamente com o ECI.

A análise das narrativas permitiu identificar dimensões comuns e especificidades nas trajetórias de cuidado, evidenciando simultaneamente a heterogeneidade das experiências e a existência de padrões associados à assunção do papel de cuidador informal masculino. A apresentação dos resultados organiza-se em torno dos principais eixos temáticos emergentes das entrevistas: as trajetórias de entrada no cuidar; as motivações para cuidar e os significados atribuídos ao cuidado; a organização e prática dos cuidados; os apoios formais mobilizados e as dificuldades no acesso às respostas; os impactos do cuidado e as estratégias de adaptação e coping; a redefinição das práticas e papéis de género e as perceções sociais do cuidar masculino e, finalmente, a experiência e perceção dos participantes com o Estatuto do Cuidador Informal.

Importa sublinhar que, embora os temas sejam apresentados separadamente por razões analíticas, as experiências relatadas pelos participantes revelam forte interligação entre dimensões emocionais, familiares, sociais e institucionais do cuidado, confirmando a complexidade do cuidar enquanto fenómeno social e relacional.

Um elemento transversal às entrevistas foi a intensidade emocional que acompanhou muitos dos testemunhos. As hesitações, os silêncios, as pausas prolongadas, os embargos da voz e, em alguns casos, o choro, foram particularmente evidentes quando os participantes abordavam a progressão da doença, a perda de autonomia da pessoa cuidada, o medo do futuro, o isolamento, a exaustão ou as transformações nas relações familiares e conjugais, principalmente entre os cuidadores conjugais de pessoas com doenças neurodegenerativas ou situações de elevada dependência.

3.2.1. O início do cuidar e trajetórias de entrada no papel de cuidador

Considerou-se pertinente sistematizar os contextos de entrada no cuidar e as circunstâncias associadas ao início da prestação de cuidados, bem como a organização das práticas de cuidado, uma vez que estas dimensões assumem particular relevância na compreensão das trajetórias e vivências dos cuidadores entrevistados (Apêndice 4).

A entrada no papel de cuidador emerge maioritariamente como uma transição não planeada, desencadeada por diferentes circunstâncias: o surgimento ou agravamento da doença e da dependência; acontecimentos súbitos; alterações na configuração familiar ou a ausência de alternativas para assegurar os cuidados.

Na maioria das situações, o cuidado surge na sequência do agravamento progressivo do estado de saúde e dependência da pessoa cuidada, tornando-se gradualmente necessária a assunção de novas responsabilidades. Esta situação é particularmente evidente nos casos associados às demências e doenças neurodegenerativas, identificados nos percursos de E2, E8, E11 e E13. Nestes casos, a entrada no cuidar ocorre de forma progressiva, à medida que a doença evolui e aumenta a necessidade de apoio. E8, cuidador da esposa com doença de Alzheimer há cerca de dezoito anos,[9] descreve este processo como algo que se foi instalando no quotidiano: "*Começou devagarinho… primeiro eram pequenas coisas, depois deixou de conseguir fazer quase nada sozinha*."(E8, 72 anos, marido)

Por seu lado, nos casos de E6, E10 e E12, a entrada no cuidar decorreu de acontecimentos súbitos que produziram uma rutura com o quotidiano anterior. Nos casos de E6 e E12, esta transição ocorreu na sequência de acidentes vasculares cerebrais, enquanto no caso de E10 esteve associada a uma doença prolongada da esposa. Nestas situações, a passagem para o papel de cuidador ocorre num período relativamente curto, frequentemente associada ao regresso da pessoa cuidada ao domicílio, após hospitalização e à necessidade de assegurar imediatamente os cuidados. E6 descreve de forma particularmente expressiva essa transição: "*Foi tudo de um*

[9] Integrado no escalão de duração dos cuidados superior a dez anos, apresentado no Quadro 1

momento para o outro… saímos do hospital e a responsabilidade ficou toda comigo". (E6, 80 anos, marido).

De forma semelhante, E10 de 42 anos, associa o início do cuidar à alta hospitalar da esposa, reconhecendo nesse momento a necessidade de assumir a totalidade das tarefas: "*Quando ela veio para casa percebi que tinha de ser eu a fazer tudo*."(E10, 42 anos, marido)

Também se identificam situações em que a entrada no cuidar resulta de uma reconfiguração da estrutura familiar. No caso de E1, a morte da mãe, que anteriormente assegurava os cuidados ao pai, determinou uma mudança abrupta da sua vida: "*Quem cuidava do meu pai era a minha mãe. Ela morreu há 4 anos. Sou filho único e não havia mais ninguém para cuidar dele*. (…)." (E1, 33 anos, filho). De forma semelhante, E7 assumiu os cuidados na sequência do afastamento de uma irmã que anteriormente participava nessa função, conjugando-se esta situação com a vontade expressa pela mãe de permanecer no domicílio. Nestes casos, a alteração das possibilidades de organização familiar contribuiu diretamente para a concentração dos cuidados nestes homens.

Embora diversas, estas situações apresentam como elemento comum a necessidade de responder às circunstâncias concretas da pessoa cuidada, mais do que a existência de uma decisão previamente planeada de assumir o papel de cuidador.

Esta ausência de uma decisão é particularmente ilustrada no discurso de E11, de 63 anos em que o cuidado surge como uma consequência natural da coabitação com a mãe: "*(…) Foi assim naturalmente, como eu estava a viver aqui, igualzinho." (*E11, 63 anos, filho*)*

Contudo, esta lógica não é transversal a todos os participantes. No caso de E2, de 67 anos, cuidador do pai de 92 anos, a entrada no cuidar é explicitamente apresentada como uma decisão pessoal e consciente: "*Eu tomei conta do meu pai porque quis*" (E2, 67 anos, filho)

A entrada no cuidar pode ainda ocorrer em diferentes momentos do percurso de vida. Para alguns participantes, a assunção desta responsabilidade surge numa fase mais expectável do ciclo de vida, como no caso de E6, de 80 anos, reformado, que passou a

cuidar da esposa, também de 80 anos, após esta sofrer um ataque cardíaco e, posteriormente, uma trombose que a deixou sem capacidade de andar:

> "*Porque a ela deu-lhe um ataque cardíaco. (...) E passado também quatro dias deu-lhe uma trombose. E deixou de andar. (...)Eu entendi que tinha capacidade para olhar por ela." (E6, 80 anos, marido)*

Já no caso de E13, a entrada no cuidado ocorre numa fase muito mais precoce do percurso de vida. Aos 25 anos, o entrevistado assume os cuidados ao pai, atualmente com 60 anos, após um processo prolongado de doença e dependência que se iniciou quando tinha apenas 17 anos e que esteve associado ao esgotamento da mãe e posterior divórcio dos pais:

> "*Eu tenho 25 anos… O meu pai tem 60 anos atualmente... Eu já comecei a andar em cima dos comportamentos dele, desde os meus 17 anos. (…) derivado ao esgotamento da minha mãe, procedeu-se ao divórcio (…) Não tinha muitas alternativas… era eu*." (E13, 25 anos, filho)

Neste caso, a entrada precoce no cuidado ocorre não apenas em função da doença do pai, mas também da transformação das possibilidades familiares de prestação de cuidados.

O discurso de E13 evidencia ainda uma forte componente de inevitabilidade, presente também noutros participantes, como o E12, em que o cuidado é apresentado como uma resposta necessária e incontornável às circunstâncias: "*Tive que olhar por ela*." (E12, 67 anos, marido).

A disponibilidade para cuidar constitui igualmente um elemento relevante nas trajetórias analisadas. Em alguns casos, fatores socioeconómicos e profissionais, como o desemprego ou a reforma antecipada, contribuíram para tornar estes homens mais disponíveis para assumir os cuidados (E3, E4, E5, E7, E8 e E11). O cuidado pode surgir, assim, articulado com processos de reorganização das trajetórias pessoais e profissionais, podendo a disponibilidade temporal constituir um fator determinante na distribuição das responsabilidades dentro da família. E3 ilustra esta relação entre

situação profissional e assunção do cuidado: "*Na altura fiquei sem trabalho… e como não havia dinheiro para pagar alguém, fiquei eu*." (E3, 66 anos, filho)

De forma semelhante, E4 descreve a decisão familiar de assumir os cuidados ao filho de 12 anos em função da situação profissional do casal: "*Os horários dela eram impossíveis… como eu estava desempregado, acabámos por decidir que ficava eu*." (E4, 60 anos, pai)

Também as situações de divórcio e o regresso ou permanência no agregado familiar de origem podem contribuir para colocar alguns homens numa posição de maior disponibilidade para os cuidados. E11, divorciado há vinte e cinco anos e a residir com a mãe durante esse período, descreveu assim este processo:

> *"Porque eu estou divorciado há vinte e cinco anos. Estou estes vinte e cinco anos com a minha mãe. … Ela já tinha esse problema da visão e depois disso com o tempo é que... Sempre a agravar. Sempre. Claro que, entretanto, já não era só a cegueira, começou a ser também a demência e claro a precisar de mais cuidados…" (*E 11, 63 anos, filho*)*

A análise das entrevistas permite, assim, identificar alguns padrões transversais nas trajetórias de entrada no cuidar. Em primeiro lugar, e ainda que alguns participantes apresentem o cuidar como uma escolha, ele surge predominantemente como uma transição não planeada, desencadeada pela evolução da doença, por acontecimentos súbitos ou por alterações nas condições familiares. Em segundo lugar, as relações familiares próximas assumem uma importância central na definição de quem passa a cuidar, sobretudo quando se reduzem ou desaparecem outras possibilidades de resposta, nomeadamente as tradicionais respostas femininas. Por fim, a disponibilidade decorrente de situações de desemprego, reforma, reorganização familiar ou ausência de alternativas formais pode contribuir para a concentração dos cuidados nestes homens. Confirma ainda que o cuidado informal masculino não constitui uma realidade homogénea, mas antes uma experiência plural, atravessada por diferentes configurações familiares, disponibilidade de recursos e modalidades de entrada no cuidar.

3.2.2. Motivações para o cuidado e significados atribuídos ao cuidar

Se as circunstâncias de entrada permitem compreender as condições que conduziram os participantes à assunção do cuidado, a análise das motivações e dos significados atribuídos ao cuidar permite compreender as razões que os levam a assumir ou a dar continuidade a essa responsabilidade e o sentido que atribuem à experiência. Embora estas dimensões estejam interligadas, a sua distinção permite evidenciar que as condições que conduzem ao cuidado não coincidem necessariamente com as razões que sustentam essa decisão ou com os significados posteriormente atribuídos à experiência de cuidar.

As motivações associadas à prestação de cuidados são diversificadas. No estudo desenvolvido por Gil (2010), foram identificados diferentes modos de justificar a assunção do cuidado, nomeadamente: o cuidar enquanto dádiva, associado ao amor e à disponibilidade para cuidar; o cuidar/dever ancorado nas obrigações conjugais; o cuidar/justiça, relacionado com a ausência de alternativas, a indisponibilidade de outros familiares ou a rejeição da institucionalização; e o cuidar/violência, em que a prestação de cuidados é vivida como uma imposição, sem vínculo afetivo significativo e com forte perceção de sobrecarga. Embora estas categorias não possam ser transpostas mecanicamente para os dados da presente investigação, constituem um referencial útil para compreender a coexistência de razões afetivas, morais e circunstanciais nos discursos dos participantes.

À semelhança do observado por Ribeiro (2007) e Gil (2010), o vínculo afetivo constitui uma dimensão central nos discursos dos participantes. O amor, o carinho e a relação construída ao longo da vida surgem como razões para cuidar, particularmente nas relações conjugais, mas também nas relações filiais e intergeracionais:

> *"É muita coisa cuidar dela… cuido com todo o carinho."/" Já são 60 anos, não é? São muitos anos" (*E6, 80 anos, marido*)*

Estas referências coexistem, contudo, com motivações associadas ao dever, à responsabilidade e à reciprocidade, revelando que o cuidar na maior parte das situações

não é explicado por uma única razão. O E8 articula diretamente o cuidado simultaneamente como reciprocidade e vínculo afetivo:

> "*Cuido dela porque também, se fosse ao contrário, tenho a certeza que ela também cuidaria de mim… Embora haja dias melhores e dias piores, mas isso, sem dúvida nenhuma, faço do coração mesmo. Adoro a minha mulher*." (E8, 72 anos, marido)

A par do afeto, o cuidar é frequentemente apresentado como dever, obrigação e responsabilidade. Esta dimensão é particularmente evidente no discurso de E12, que associa explicitamente o cuidado à condição de marido: "*É amor e obrigação*." (E12, 67 anos, marido). E acrescenta: "*Foi o AVC que lhe deu. (…) Porque ela ficou muito mal. Tive que olhar por ela." / "É um dever. É um dever do marido. É a minha responsabilidade (…) Não quero filhos a fazer isso (…) Nem filho, nem filha, ninguém. Só eu é que ajudo a mulher, só eu é que cuido da mulher*." (E12)

A responsabilidade pelo cuidado surge, neste caso, fortemente centrada na relação conjugal, sendo assumida pelo participante como uma obrigação que não deve ser transferida para os filhos.

A reciprocidade surge igualmente como fundamento do cuidar. E5 estabelece uma relação entre os cuidados prestados e aquilo que anteriormente recebeu da esposa: "*Eu estou a cuidar dela porque ela também, se calhar, já fez algumas coisas para mim*." (E5, 62 anos, companheiro)

Esta lógica de reciprocidade, com dever de missão e gratidão aparece também associada aos cuidados prestados aos pais, como o ilustra o E13:

> "*Não, porque ele enquanto pai fez a sua função, quando era mais novo. [...] nunca tive esse desejo ou qualquer vontade de abandono. Não é a minha ambição largá-lo. Por isso, nunca me faltou nada, agora ele é que nunca vai faltar nada da minha parte. É um dever de missão*. (E13, de 25 anos, filho)"

Entre os cuidadores de outras gerações, o cuidado surge ainda associado à pertença familiar e à responsabilidade perante a relação. E14, cuidador do avô, sintetiza esta

dimensão: "*Cuidar é estar presente. É compaixão (…) É o meu avô. Eu cuido dele. Eu pertenço a esta família. E acho que cuidar intensifica um bocadinho esse tipo de sentimentos*." (E14, 33 anos, neto)

Os significados positivos atribuídos ao cuidar coexistem, contudo, com sentimentos de cansaço, desgaste e ambivalência. E1, de 33 anos, filho, expressa assim essa coexistência: "*Tem as coisas boas e tem as coisas más. Porque ele é meu pai. Ele cuidou de mim e agora eu cuido dele*."

A ambivalência torna-se particularmente evidente no caso de E7, que associa o cuidado à reciprocidade e ao respeito pela vontade da mãe de permanecer em casa, mas reconhece igualmente o peso da experiência: "*Ela ajudou-me muito… eu não tenho coragem para a deixar num Lar*." (E7, 60 anos, filho) O próprio participante recorre à expressão "*prisão*" para caracterizar a experiência de cuidar.

Do mesmo modo, E4, de 60 anos, pai, associa o cuidado ao amor, mas reconhece a preocupação e a incerteza que o acompanham: "*É preciso muito amor. Muito amor. É um ato de amor*." E acrescenta: "*Aquele peso sempre de... o que é que vai acontecer amanhã, não é*?"

Assim, os discursos evidenciam ainda que os significados atribuídos ao cuidar não são unívocos. Amor, dever, responsabilidade, reciprocidade e pertença familiar coexistem com desgaste, preocupação e ambivalência, podendo estas diferentes dimensões estar presentes na experiência do mesmo cuidador.

3.2.3. A organização e práticas dos cuidados

3.2.3.1 Modelos de organização dos cuidados

A análise das entrevistas permite identificar 4 diferentes modelos de organização do cuidado.

Num primeiro grupo, onde encontramos os E1 e E12, observa-se uma forte centralização das tarefas no cuidador principal, frequentemente em contextos de isolamento e ausência de apoio formal ou informal. Nestes casos, os participantes descrevem

experiências marcadas por forte isolamento, centralização das responsabilidades e com elevada sobrecarga:

> *"Sou eu para tudo." (E1, 33 anos, filho)*
>
> *"Só eu é que cuido. Só se eu não puder. Mas enquanto puder.... É a minha responsabilidade*." (E12, 67 anos, marido)

Num segundo grupo, o mais numeroso, onde encontramos os E3, E4, E7, E10 e E11, identifica-se a existência de apoio familiar, ainda que parcial, geralmente assegurado por mulheres da rede familiar (irmãs, filhas ou outras familiares). *Como é o caso do E3, que tem o apoio da esposa: "Somos só nós, eu e a minha mulher" (E3, 66 anos, filho).* Ou do E11, que descreve assim*: "A minha irmã vem aqui passar o sábado à tarde. E de manhã faz aqui uma limpezinha e tudo, e eu posso dar uma volta. Ao sábado é a minha folga*". (E11, 63 anos, filho)

Num terceiro grupo encontramos os cuidadores E5, E8, E9 e E13 sem apoio familiar, mas com suporte de rede formal ou informal pago. No caso do E9 com serviço de apoio domiciliário institucional e informal pago (para algumas das tarefas domésticas); o E13, com apoio de Centro de Dia e o E8, que dispõe de apoio domiciliário informal pago e nos últimos 2 anos, fez ainda recurso a acolhimento temporário em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), nas férias daquela cuidadora, também para garantir o seu próprio descanso.

> "*Tenho apoio das 8h30 às 20h30. Em agosto, nas férias da [nome], paguei 1600€ por um mês no lar*" (E8, 72 anos, marido)

Num quarto grupo, onde se insere o E2, o E6 e o E14, o cuidado é organizado em rede, com distribuição de tarefas entre diferentes elementos familiares, articulado com apoio formal ou informal pago, permitindo uma partilha mais equilibrada das responsabilidades.

> "*Há uma senhora que vem aqui de manhã e à tarde. Estamos a pagá-la (…) E um dos meus filhos, que tem carro, que nos leva ao médico. É esse que faz as*

*compras… (…) A minha filha também … vem uma vez de semana… A limpar e a ajudar" (*E6, 80 anos, marido*)*

*"É uma coisa em rede. Vários familiares contribuem … (…) e tem o apoio aqui do Centro Social que lhe traz a comida todos os dias" (*E14, 33 anos, neto*)*

A análise das entrevistas evidencia que, independentemente da configuração identificada, a responsabilidade principal pelos cuidados permanece fortemente concentrada no cuidador informal. Mesmo nos modelos apoiados por rede formal ou familiar, estes homens assumem funções centrais de supervisão, coordenação e prestação direta dos cuidados, confirmando a persistência de uma forte responsabilização individual e familiar na organização quotidiana do cuidado.

3.2.3.2 Natureza e diversidade dos cuidados prestados

Os dados permitem evidenciar que os participantes assumem um conjunto alargado de tarefas de cuidado. E1 sintetiza assim a amplitude das responsabilidades assumidas:

"*Presto todo o tipo de cuidados (…) Desde a higiene pessoal, alimentação, lida da casa, o pagamento das contas, das despesas da casa, o tratamento da medicação e o que está inerente à vida do meu pai. Em termos de saúde, eu tenho de levá-lo ao Hospital várias vezes, às consultas, neurologia, fisioterapia, psiquiatria*." (E1, 33 anos, filho)

A prestação de cuidados corporais e íntimos surge igualmente de forma expressiva nos discursos dos participantes, "*Sou eu que a lavo. Sou eu que ponho a fralda. Dou-lhe a comida*…" (E7, 60 anos, filho). Já o E12 alarga aquela participação instrumental do cuidado: "*Dou-lhe banho, ajudo-a a comer, falo com ela para não se sentir sozinha*". Nestes casos, a prestação de cuidados físicos articula-se com a presença emocional e a interação quotidiana, evidenciando a inseparabilidade entre as dimensões instrumental, corporal e relacional do cuidar.

Em alguns cuidadores conjugais, o envolvimento estende-se ainda aos cuidados associados à imagem e à aparência das esposas, incluindo rotinas de higiene, cuidados de pele e cabelo:

> "*Como a minha mulher trabalhava em estética e tem uma série de procedimentos que faz de higiene pessoal, de skincare, de cremes de manhã à noite. Eu faço as rotinas de cremes de manhã; faço a rotina de cremes à noite; dou-lhe o banho de manhã, faço a higiene pessoal à noite. Todos os dias*." (E10, 42 anos, marido)

Este testemunho evidencia que o cuidado não se limita à satisfação de necessidades funcionais, podendo integrar atenção à aparência, identidade e dignidade da pessoa cuidada.

A dimensão relacional e social do cuidado assume particular expressão no discurso de E14, que distingue as necessidades básicas da pessoa cuidada de outras dimensões igualmente importantes: "*O meu avô tem várias necessidades. Claro. Comer, tomar banho, descansar, mas a parte social, que é conversar, ir ao café, sair de casa e ver as obras de [localidade], que é uma coisa que é importante para ele*." (E14, 33 anos, neto)

Este testemunho evidencia uma conceção do cuidar que inclui a manutenção da participação social, do convívio e de atividades significativas para a pessoa cuidada. Este entrevistado associa ainda esta dimensão à sua condição de cuidador homem, referindo estar particularmente atento a "*garantir que ele tenha atividades sociais que sejam (…) preenchedoras para ele*" (E14, 33 anos, neto).

Por fim, os discursos evidenciam a intensidade e a extensão das tarefas assumidas por alguns participantes. E5, 62 anos, companheiro, sintetiza essa multiplicidade: "*a limpeza que ela precisa. O corpo, lavar, estender, passar a ferro, fazer o comer, o pequeno-almoço, o almoço, jantar, tudo, tudo. E as compras*…". Já o E12 descreve assim esta intensidade: *"… acho que é muito trabalho. Muito, muito, muito, muito, muito trabalho mesmo. O tratador tem muito, muito, muito, muito que fazer mesmo." (*E12, 67 anos, marido*).* A repetição de expressões como "*tudo*" ou "*muito trabalho*" traduz, para além da diversidade das tarefas, a perceção de continuidade e intensidade associada ao cuidar.

Os discursos revelam, assim, que o cuidado masculino ultrapassa a execução de tarefas práticas, envolvendo igualmente cuidados pessoais e íntimos, acompanhamento da

saúde e presença afetiva. Os dados permitem assim referir que os cuidados prestados por estes cuidadores abrangem tanto as dimensões instrumentais, corporais, emocionais, como as relacionais (São José, 2012).

3.2.3.3 Intensidade temporal dos cuidados

Quanto ao tempo despendido nos cuidados, a regra dos vários cuidadores entrevistados é o cuidar contínuo e permanente, sem descanso, ou com escassas pausas. Os discursos revelam uma perceção de disponibilidade constante e total para responder às necessidades da pessoa cuidada.

"*É 24 horas, sobre 24 horas*" (E12, 67 anos, marido)

"*É sempre, de domingo a domingo*" (E7, 60 anos, filho)

Expressões como "*24 horas*" ou "*de domingo a domingo*" traduzem não apenas a duração dos cuidados, mas também a dificuldade em delimitar o tempo de cuidar face ao tempo pessoal, familiar ou de descanso. Esta perceção de disponibilidade permanente é particularmente evidente entre os cuidadores que coabitam com a pessoa cuidada e assumem a responsabilidade predominante pelos cuidados.

"*Estou sempre aqui (…) Nunca a deixo sozinha*" (E3, 66 anos, filho)

Nestes casos, a presença no domicílio não significa apenas a realização de tarefas específicas, mas uma atenção contínua à possibilidade de surgirem novas necessidades, contribuindo para que o cuidado se prolongue ao longo de todo o dia e por vezes da noite: "*Às noites já foram complicadas. (…) Não dormia praticamente nada*."(E11, 63 anos, filho).

Esta intensidade assume, contudo, configurações distintas. Para alguns participantes, a continuidade dos cuidados traduz-se numa presença praticamente permanente, na organização do quotidiano em torno de rotinas de cuidado. E10 descreve cuidados intensivos e contínuos, organizados segundo rotinas fixas, enquanto E13 refere cuidados diários e permanentes, que procura conciliar com o trabalho por turnos. Neste último caso, a intensidade dos cuidados não implica uma disponibilidade exclusiva, mas exige

uma articulação constante entre as responsabilidades profissionais e as necessidades da pessoa cuidada.

A dimensão temporal manifesta-se também na duração prolongada da própria experiência de cuidar. E2, de 67 anos, cuida do pai há mais de uma década: "*A minha mãe faleceu nos meus braços, vai fazer 11 anos, e o meu pai foi-se muito baixo. E alguém tinha que tomar conta dele*.", descrevendo ainda assim a sua dedicação diária: "*De manhã, por volta das 10 dou-lhe o pequeno-almoço… depois quando acaba de se vestir, já é hora de almoço (…) Até que se deite*".

Importa, contudo, considerar que esta intensidade temporal está também relacionada com as características da própria amostra. Ao centrar-se em homens com ECI, o estudo incide sobre cuidadores cuja situação pressupõe, entre outros critérios formais, a existência de necessidades de cuidados permanentes, definitivos ou temporários. Esta condição poderá contribuir para a predominância de experiências de cuidado prolongado e intenso identificadas nos discursos dos participantes.

3.2.3.4 Apoios formais mobilizados e dificuldades de acesso às respostas de apoio

Apesar de alguns participantes recorrerem a serviços de apoio domiciliário, centros de dia, estruturas residenciais para pessoas idosas, apoio psicológico ou cuidadoras informais remuneradas, os seus discursos evidenciam dificuldades no acesso a estas respostas, bem como limitações no seu funcionamento. Revelam ainda serviços com custos desajustados à capacidade económica das famílias.

As dificuldades económicas constituem, aliás, uma das principais barreiras identificadas. E1 refere ter retirado o pai do Centro de Dia devido ao custo e à incompatibilidade dos horários com o seu regresso ao trabalho: "*Por motivos económicos. Optei por tirá-lo porque pagava cerca de 200€. E depois porque eu queria voltar a trabalhar, mas as horas a que levavam e traziam o meu pai não dava*". Também E8, de 72 anos, cuidador da esposa com doença de Alzheimer, perante a necessidade de usufruir de períodos de

descanso enquanto cuidador, viu-se obrigado a recorrer ao mercado privado para assegurar o acolhimento temporário da esposa: "*Primeiro procurámos nos Lares daqui e disseram todos que não. Depois a [nome] começou a ligar para outros e o de [localidade] lá me disse que tinha vaga. Mas fui eu que paguei*, *1600€ por um mês*". O mesmo participante reconhece que gostaria de beneficiar de apoio domiciliário durante um período mais alargado, mas afirma: "*Não faço também por uma questão de dinheiro. Que não tenho*."

As limitações das respostas disponíveis são igualmente evidentes na sua reduzida capacidade para substituir efetivamente o cuidador principal. E7 embora conheça a existência de apoio domiciliário para higiene, questiona a sua utilidade quando este não permite assegurar o conjunto das necessidades da pessoa cuidada: "*Mas de que me adianta isso? Eu depois tenho que ficar aqui para lhe fazer o resto!*". O participante identifica, por isso, a necessidade de respostas que permitam uma verdadeira substituição temporária do cuidador: "*Ao menos pôr aqui uma pessoa alguns dias e dizer: 'Agora o senhor vá descansar*'." (E7, 60 anos, filho)

As dificuldades de acesso ao descanso são também ilustradas por E1, que refere ter aguardado vários meses por uma resposta de acolhimento temporário para o pai, condicionada quer pela disponibilidade dos serviços, quer pela capacidade económica da família: "*A reforma dele não dava para pagar o lar. E depois? A renda e o resto das despesas?". (*E1, 33 anos, filho*)*

Para além da disponibilidade e dos custos, os testemunhos revelam problemas de adequação das respostas às características das pessoas cuidadas. O caso de E13 é particularmente expressivo, por se tratar de um cuidador jovem, em idade ativa, cujo pai desenvolveu demência aos 51 anos. O Centro de Dia utilizado é percecionado como inadequado à sua idade e condição: "*Aquele é um Centro de Dia mais direcionado para situações de idosos. Ao contrário do meu pai que tem 60 anos (…) até mesmo, o próprio ambiente não é adaptado à idade dele.*" (E13). A insuficiente adequação das respostas às situações de demência de início precoce limita, neste caso, as possibilidades de conciliação entre atividade profissional e cuidado.

O E10, 42 anos marido, defende apoio imediato, após alta hospitalar, com equipas multidisciplinares, que assegurem o acompanhamento domiciliário e a formação prática nos primeiros dias de prestação de cuidados: "*Seria importante logo nos primeiros dias ter alguém em casa a apoiar e ensinar*."

Finalmente, alguns participantes identificam lacunas no apoio dirigido aos próprios cuidadores, nomeadamente ao nível psicológico. E13 sintetiza esta necessidade de forma clara: "*Acho que o apoio psicológico é importante… muitos cuidadores passam esgotamentos*." (E13, 25 anos, filho)

3.2.4. Os impactos do cuidado no quotidiano

Quando falamos em cuidadores principais, que prestam cuidados de longa duração a pessoas com necessidades de cuidados permanentes, os impactos do cuidar são multidimensionais, com repercussões: pessoais e identitárias; sociais e familiares; laborais e profissionais; económicas; ao nível da saúde, tanto física, como psicológica e emocional; a solidão e responsabilização individual do cuidar. Contudo, o cuidar também tem impactos positivos e estes também foram verbalizados pelos cuidadores que participaram neste estudo. O Quadro 2 sintetiza os principais impactos identificados nas entrevistas.

Aquela multidimensionalidade nos custos do cuidar está particularmente ilustrada no relato do E1, 33 anos, filho:

> "*Perdi o emprego. As relações pessoais também, pronto, tive de cortar. Pronto, porque perdi muito tempo com o meu pai, portanto deixei de poder sair, de estar com os meus amigos. Família, a mesma coisa. Perdi o meu tempo, o meu tempo livre. E em termos financeiros também fiquei um bocado apertado…. Deixei de ter os meus rendimentos, de ter o meu salário. Passei a viver às custas das pensões do meu pai. E há meses mais apertados.(…) A minha vida está em pausa*"

Quadro 2 – Impactos multidimensionais do cuidar nas vivências dos homens cuidadores informais

Dimensões	Principais manifestações identificadas pelos entrevistados
Impactos pessoais e identitários	Suspensão dos projetos pessoais; sentimento de perda de liberdade; alteração profunda das rotinas quotidianas, em função das necessidades da pessoa cuidada; vigilância e disponibilidade permanentes; dificuldade em conciliar momentos de descanso, lazer ou autocuidado; sensação de aprisionamento e de suspensão da vida anterior "vida em pausa"; redefinição da identidade em função do cuidar; reconfiguração do papel masculino e das responsabilidades familiares.
Impactos sociais e familiares	Redução ou abandono de atividades sociais e recreativas; afastamento de amigos e familiares; limitação da participação comunitária; alteração das dinâmicas familiares; isolamento social; redução das oportunidades de convívio e lazer; centralização da vida quotidiana na prestação de cuidados; alterações na intimidade conjugal; reorganização das relações familiares; afastamento físico e emocional do casal.
Impactos laborais e profissionais	Interrupção ou abandono da atividade profissional; reformas antecipadas, com penalizações; dificuldades de conciliação entre trabalho e cuidados; redução da disponibilidade laboral; perda de estatuto profissional; transformação da identidade profissional em identidade de cuidador; redefinição das prioridades de vida em função do cuidar.
Impactos económicos	Perda ou redução de rendimentos; dependência das pensões da pessoa cuidada; penalizações económicas decorrentes da reforma antecipada; aumento das despesas com medicação, produtos de apoio e cuidados; insuficiência dos apoios sociais; vulnerabilidade financeira agravada pela permanência no domicílio e pela redução da atividade laboral.
Impactos físicos	Cansaço físico acumulado; desgaste corporal; fadiga associada à continuidade dos cuidados; alterações do sono; privação de descanso; agravamento de problemas de saúde previamente existentes; desgaste associado às tarefas de mobilização, higiene e vigilância contínua.
Impactos psicológicos e emocionais	Sobrecarga emocional; sofrimento psicológico; ansiedade e preocupação constantes; sentimentos de tristeza, solidão e impotência; desgaste mental; exaustão emocional; experiências de choro e fragilidade emocional; sofrimento associado à progressão da dependência e à perda gradual da pessoa anteriormente conhecida
Solidão e responsabilização individual do cuidar	Assunção quase exclusiva das responsabilidades de cuidado; resistência em pedir ajuda; sentimento de estar sozinho na prestação de cuidados; perceção de insuficiência das redes formais e informais de apoio; centralização da responsabilidade do cuidar num único cuidador principal.
Sentidos positivos, aprendizagens e transformações associadas ao cuidar	Sentimento de dever moral, reciprocidade e responsabilidade familiar; valorização afetiva da relação com a pessoa cuidada; sentimento de utilidade e compromisso; reforço dos vínculos afetivos; desenvolvimento de competências relacionais e de cuidado; aprendizagem de novas tarefas e papéis; redefinição de prioridades de vida; crescimento pessoal e humano; maior valorização da presença, da proximidade e do cuidado ao outro.

Fonte: Elaborado pela própria

3.2.4.1 Impactos pessoais e identitários

A ideia da "vida em pausa" está muito presente nos testemunhos dos entrevistados, traduzindo sentimentos de perda de liberdade, suspensão dos projetos pessoais e profunda transformação da vida quotidiana.

> *"Mudou tudo, porque é quase uma prisão."* (E7, 60 anos, filho*)*

A experiência do cuidar aparece associada a uma disponibilidade permanente e à impossibilidade de separar tempo pessoal e tempo de cuidado. A vida quotidiana passa a estruturar-se em função dos horários, necessidades e rotinas da pessoa cuidada,

limitando profundamente a autonomia temporal dos cuidadores. O E7 descreve esta exigência de permanência ao afirmar: "*Tenho que estar aqui permanente nessas horas*".

Ilustrativo é o testemunho do E9, que inicialmente começa por nos estimar que dedica ao cuidado "*3 ou 4 horas diárias*", acabando depois por reconhecer que "*então se calhar é o dia todo*…", evidenciando como o cuidar assume junto destes cuidadores uma dimensão contínua e difusa, dificilmente delimitável no tempo.

3.2.4.2 Impactos sociais e familiares

Ao nível social e familiar, os participantes relatam um progressivo retraimento da vida social, redução do convívio e abandono de atividades anteriormente valorizadas. A prestação de cuidados conduz frequentemente ao isolamento social e à centralização da vida quotidiana na pessoa dependente. Os discursos ficam marcados, sobretudo, por aquilo que deixou de ser possível:

> "*Nunca mais fui a restaurante nenhum. (…) Tinha um lugar cativo no [local], nunca mais fui ver um jogo*." (E10, 42 anos, marido)

> "*às vezes ia para aqui e para acolá com uns amigos ou outros. Jogava uma bilharada … Agora hoje... isso já não*" (E5, 62 anos, companheiro)

> "*Ia muitas vezes a [localidade], de comboio. Ia e vinha, lá mais uns amigos, ainda lanchava*." (E6, 80 anos, marido)

> "*O que mudou? Liberdade. Liberdade. Liberdade pessoal. Fazer umas competições, trails, corridas e essas coisas todas. Tive que deixar de fazer. Ia com os meus amigos, com o meu filho jogar à bola… aos sábados. Convivia. E deixei de o fazer…" (*E9, 66 anos, marido)

Em alguns casos, o cuidar produz igualmente tensões e alterações nas dinâmicas familiares, com repercussões na vida conjugal.

> "*Já esteve quase para haver separação por causa disso*." (E7, 60 anos, filho)

3.2.4.3 Impactos laborais e profissionais

Os impactos laborais e profissionais constituem uma dimensão fortemente presente nos discursos. A prestação continuada de cuidados produziu, em vários casos, alterações significativas nas trajetórias profissionais, traduzidas na saída do mercado de trabalho, na reforma antecipada ou na dificuldade de conciliação entre atividade profissional e cuidado.

E1 exemplifica uma situação de saída abrupta do mercado de trabalho na sequência da assunção do cuidado ao pai: "*Perdi o emprego. (…) Deixei de ter os meus rendimentos, de ter o meu salário. Passei a viver às custas das pensões do meu pai*" (E1, 33 anos, filho).

Nos casos de E7, E8 e E12, a reforma antecipada surge associada às exigências da prestação continuada de cuidados, embora através de trajetórias profissionais distintas, implicando penalizações económicas. Em E8 e E12, esta decisão decorreu da impossibilidade de conciliar a atividade profissional com o cuidar. E12 explica: "Percebi que não conseguia trabalhar e cuidar dela ao mesmo tempo. Então, meti a reforma antecipada…. Fui prejudicado na idade (…) que fica para sempre" (E12, 67 anos, marido). Já no caso de E7, anteriormente desempregado, as responsabilidades de cuidado impediram-no de aceitar novas oportunidades de trabalho, conduzindo igualmente ao recurso à reforma antecipada como forma de assegurar rendimentos. O participante sintetiza esta experiência afirmando: "Não tinha ninguém. Não a ia abandonar. Eu tive que deixar de trabalhar. Tive que meter a reforma antecipada" (E7, 60 anos, filho).

Para os cuidadores que permanecem em idade ativa, a conciliação entre trabalho e cuidado pode igualmente revelar-se difícil. E10, que exerce funções de chefia, encontra-se afastado da atividade profissional, referindo: "*Era chefe de uma equipa...Neste momento não consigo (…) estou com baixa médica*" (E10, 42 anos, marido).

Os testemunhos evidenciam, assim, que a assunção continuada do cuidado pode implicar uma reconfiguração profunda das trajetórias profissionais, através da interrupção ou redução da atividade laboral, da reforma antecipada e da perda de rendimentos.

3.2.4.4 Impactos económicos

Os impactos económicos aparecem igualmente associados à perda de rendimentos por redução do trabalho. O E10 descreve assim: "*Recebi dois ordenados e meio de prémio em 2024. Em 2026 não vou receber nada*." (E10, 42 anos, marido)

Já o E7 relatou-nos: *"Tive que meter a reforma antecipada. Só ganho cerca de 400 e tal euros, veja lá o corte que eu levei, para cuidar da minha mãe." (*E7, 60 anos, filho*)*

Com agravamento da vulnerabilidade financeira, o E1, 33 anos, filho, descreve que passou a viver "*às custas das pensões do meu pai*", quando teve que deixar de trabalhar. O E13, 25 anos, filho, refere que existem meses em que necessita de utilizar o próprio salário para suportar despesas relacionadas com os cuidados do pai.

Os discursos revelam ainda perceções de insuficiência dos apoios sociais e preocupação com o aumento das despesas associadas a medicação, produtos de apoio e cuidados domiciliários. "*E o dinheiro, é assim, o dinheiro ao primeiro não chegava para pagar os medicamentos e as fraldas*" (E5, 62 anos, companheiro).

3.2.4.5 Sobrecarga e impactos físicos, psicológicos e emocionais

A sobrecarga emerge como transversal, tanto em termos físicos, como psicológicos e emocionais: "Sinto-me *mais cansado, não sou o mesmo que era*." (E8, 72 anos, marido) A sobrecarga emocional, vê-se agravada pela idade avançada e situação de doença de alguns dos cuidadores.

Ainda que os modelos tradicionais de masculinidade tendam frequentemente a associar os homens a formas mais contidas de expressão emocional, observamos situações de homens capazes de expressar vulnerabilidade e sofrimento, ao identificar os impactos e as contingências do cuidar.

"*Isto é para mim* (pausa, emociona-se e começa a chorar)" (E6, 80 anos, marido)

"*Ela é a minha mãe e eu gosto muito dela. (pausa. emociona-se)*."(E3, 66 anos, filho)

O cuidar surge frequentemente associado à privação do descanso, com alterações do sono, fadiga acumulada e sofrimento psicológico. O E7, 60 anos, filho, verbaliza explicitamente que não possui "*descanso nenhum*" e descreve um "*cansaço físico e mental*". Já o E12, 67 anos, marido, descreve "*Muito, muito trabalho… não durmo*", enquanto o E1, 33 anos, filho, identifica como principal dificuldade "*o desgaste mental e psicológico*".

Alguns entrevistados relatam igualmente agravamento do estado de saúde após assumirem o papel de cuidador. O E4, 60 anos, pai, refere ter desenvolvido hipertensão num contexto marcado pelo desemprego, pela doença do filho e pela intensificação das responsabilidades de cuidado.

Uma outra dimensão que emerge dos discursos dos participantes, particularmente entre os cuidadores de pessoas em processo demencial, relaciona-se com o sentimento de perda progressiva da pessoa cuidada. Nestes casos, os entrevistados tendem a descrever o sofrimento associado ao cuidado não apenas em função das tarefas realizadas ou da sobrecarga quotidiana, mas também da transformação gradual da relação anteriormente existente.

Esta realidade surge de forma particularmente evidente no discurso de E8, de 72 anos, cuidador da esposa com doença de Alzheimer, quando afirma: "*O que me custou mais foi perder a minha mulher*", sugerindo que o sofrimento associado à demência ultrapassa a dimensão das tarefas quotidianas. Embora a esposa permaneça fisicamente presente, o entrevistado descreve a experiência como uma perda gradual da pessoa e da relação conjugal anteriormente existente. Este resultado aproxima-se das conclusões de Ribeiro (2007), que identificou entre homens cuidadores de esposas com demência um sofrimento associado sobretudo ao sentimento de perda da pessoa e da esposa, ainda fisicamente presente[10].

[10] Oscar Ribeiro (2007) aborda o conceito de perda ambígua (*ambiguous loss*), desenvolvido por Boss (1999, citado por Ribeiro, 2007), articulando-o com os trabalhos de outros autores: "tal como Motenko (1988) havia indicado para os homens cuidadores das esposas com demência do seu estudo, o stress e a

Paralelamente à sobrecarga, emerge de forma muito significativa a experiência de solidão associada ao cuidar. Apesar da existência pontual de redes familiares ou institucionais de apoio, muitos participantes sentem-se os principais — ou únicos — responsáveis pelos cuidados quotidianos. Esta perceção encontra expressão no testemunho de E7, que, apesar de contar com algum apoio da esposa, integrada no mercado de trabalho, sublinha a centralidade da sua responsabilidade: "*Sou eu que faço tudo (…) Não tenho mais ninguém"* (E7, 60 anos, filho).

Esta responsabilização individualizada do cuidar reforça sentimentos de isolamento e intensifica a sobrecarga emocional, aparecendo nos discursos dos participantes as tensões, as dificuldades e a sobrecarga (o cansaço físico e psicológico). Como descreve o E12: *"Nunca julguei que a vida fosse muito complicada. É muito difícil de olhar pela mulher*" (E12, 67 anos, marido)

3.2.5. Aspetos positivos e benefícios associados ao cuidar

Apesar da sobrecarga, dos impactos negativos e das dificuldades relatadas, os discursos dos participantes evidenciam igualmente dimensões positivas e gratificantes associadas à experiência de cuidar. O cuidado surge associado à proximidade afetiva, ao sentido de utilidade, à reciprocidade familiar, à satisfação decorrente da possibilidade de contribuir para o bem-estar da pessoa cuidada e a processos de aprendizagem e transformação pessoal.

A ambivalência constitui, ainda assim, uma característica presente nos discursos. E9 sintetiza esta coexistência de sentimentos:

> "*Cuidar às vezes é uma revolta. Às vezes não é. Outra vez... digo 'Já estou farto disto'. Às vezes é assim. Há um sentimento de misto, mas normalmente é… 100%. É maioritariamente positivo*" (E9, 66 anos, marido).

sobrecarga não resultam maioritariamente do cuidar *per se*, mas, sobretudo, de um sentido global de perda" (Ribeiro, 2007, p. 350).

Assim, as dificuldades associadas ao cuidado não anulam a existência de sentimentos de satisfação e realização.

Uma das dimensões positivas mais evidentes relaciona-se com a preservação dos vínculos afetivos e familiares. Para vários participantes, cuidar constitui uma forma de expressar afeto, gratidão e compromisso, sendo frequentemente associado à reciprocidade e ao sentimento de retribuição pelos cuidados anteriormente recebidos[11]. E3, 66 anos, filho, traduz esta dimensão de forma particularmente clara: "*Ela é minha mãe e eu gosto muito dela… É uma gratificação. Que eu estou a fazer aquilo que ela já me fez a mim. É como pagar uma dívida*". Também E2, 67 anos, filho, associa o cuidado prestado ao pai à reciprocidade intergeracional, afirmando: "*Cuidar do meu pai significa dar-lhe aquilo que ele me deu a mim em criança (…) O que é mais importante é vê-lo sorrir*".

Entre os cuidadores conjugais, esta dimensão articula-se com a valorização da permanência da pessoa cuidada no domicílio e da continuidade da relação familiar. E8, cuidador da esposa com doença de Alzheimer, embora tenha recorrido temporariamente a uma estrutura residencial para assegurar períodos de descanso, rejeita a possibilidade de uma institucionalização definitiva: "*É a minha mulher. Quero-a aqui comigo. Enquanto eu puder*" (E8, 72 anos, marido). A proximidade e a possibilidade de proporcionar bem-estar à pessoa cuidada assumem, assim, um significado que ultrapassa a execução das tarefas, estando associado à preservação da relação e da vida em comum.

Outra dimensão relevante corresponde aos processos de aprendizagem desencadeados pela experiência de cuidar. Estes incluem tanto a aquisição de competências instrumentais, relacionadas com a alimentação, higiene, medicação e organização doméstica, como aprendizagens pessoais associadas à adaptação à doença, à redefinição de prioridades e à capacidade de enfrentar situações anteriormente desconhecidas. E5, 62 anos, companheiro, ilustra este processo: "*Eu não estava*

[11] Aspetos já abordados de forma mais detalhada no subcapítulo 3.2.2.

preparado para isto. Agora, hoje, já estou. (…) Aprendi muita coisa sobre a doença dela. Aprendi muita coisa" De forma semelhante, E9, 66 anos, marido, reconhece: "*Nunca pensei que conseguisse, mas aprende-se tudo*". Estas experiências aproximam-se da ideia de "aprendizagem transformadora" identificada por Ribeiro (2007), na medida em que o cuidar pode constituir um processo de aquisição de competências e de transformação da relação do indivíduo consigo próprio e com as suas responsabilidades.

Os discursos revelam ainda processos de transformação pessoal mais amplos. E13, 25 anos, assumiu responsabilidades de cuidado pelo pai desde a adolescência, afirma simplesmente: "*Cresci muito rápido*", associando a experiência do cuidar a uma antecipação de responsabilidades próprias de outras fases da vida. No caso de E11, 63 anos, filho, a experiência de cuidar surge igualmente associada a uma mudança significativa no seu percurso pessoal, que o participante relaciona com a assunção da responsabilidade de cuidar.

Por fim, alguns participantes identificam uma aproximação ou reforço dos vínculos decorrente da experiência de cuidar. E9, 66 anos, marido, afirma: "*Estamos mais unidos agora do que antes*", evidenciando como, apesar das exigências do cuidado, a experiência pode também contribuir para aprofundar a relação com a pessoa cuidada.

3.2.6. Estratégias de adaptação e coping

Apesar da intensidade dos cuidados e dos impactos identificados, as entrevistas evidenciam diversas estratégias de adaptação e coping[12] que permitem responder às exigências do cuidar e assegurar a continuidade dos cuidados. Estas articulam-se com aprendizagens, significados e aspetos positivos anteriormente analisados, considerados aqui pela sua função adaptativa na gestão das exigências e reorganização do quotidiano.

[12] Neste estudo, o conceito de coping é utilizado para designar o conjunto de esforços e estratégias mobilizados pelos cuidadores para lidar com as exigências, dificuldades e mudanças decorrentes da situação de cuidado.

Uma das estratégias mais evidentes consiste na aprendizagem progressiva das tarefas e competências necessárias à prestação dos cuidados. Vários participantes assumiram responsabilidades anteriormente ausentes das suas rotinas, adquirindo competências domésticas e de cuidado pessoal. E9, de 66 anos, marido, sintetiza este processo: "*Não me sentia capaz para isso. [...] Nem de cozinhar, nem... Nem de tratar da casa, nem da roupa. (…) Nunca pensei que conseguisse, mas aprende-se tudo*."

Esta aprendizagem surge, em alguns casos, acompanhada de uma atitude ativa de preparação e antecipação das necessidades. E10, perante a doença súbita da esposa, procurou observar os procedimentos dos profissionais de saúde e preparar o espaço doméstico antes do regresso ao domicílio: "*Eu, como estava sempre lá, fui vendo. Fui aprendendo. [...] Eu pedi-lhes mais alguns dias, porque estava a acabar de preparar aqui a casa*" (E10, 42 anos, marido). A aquisição de conhecimentos e a preparação constituem, assim, recursos para reduzir a incerteza e aumentar a capacidade de resposta.

Outra estratégia consiste na mobilização de recursos familiares e formais para distribuir ou complementar as responsabilidades. E11, 63 anos, filho, refere a colaboração da irmã — "*Ao sábado é a minha folga*" —, enquanto E14, 33 anos, neto, descreve uma organização "*em rede*", na qual "*vários familiares contribuem*". Quando estes recursos são insuficientes, alguns participantes recorrem a respostas formais ou a apoio remunerado, como E8, E9 e E13, constituindo estes apoios, apesar das limitações já analisadas, um recurso para a sustentação dos cuidados no domicílio.

A preservação de espaços pessoais e relacionais constitui igualmente uma estratégia de adaptação. Alguns participantes procuram manter atividades profissionais, de lazer ou convívio, preservando dimensões da vida para além do papel de cuidador. No caso de E8, de 72 anos, marido, a manutenção de alguma atividade profissional, apesar de se encontrar reformado, assume uma dupla função. Por um lado, permite-lhe complementar os rendimentos para fazer face às despesas associadas aos cuidados prestados à esposa; por outro, constitui uma forma de se manter ocupado, preservar rotinas e gerir emocionalmente as exigências do cuidar — "*Eu sinto-me bem a trabalhar*

(...). Gosto de estar ocupado". Já o E9, de 66 anos, marido, retomou a prática desportiva: "*Agora comecei outra vez a fazer uns treinos (risos), umas corridas*."

No plano emocional, o humor e a aceitação pragmática surgem como formas de lidar com as dificuldades. E12, de 67 anos, marido, recorre ao humor na interação com a esposa — "*Tem momentos que ela ri, que eu sou palhaço*" —, enquanto E2, de 67 anos, filho, sintetiza a sua postura na expressão "*aquilo que tem de ser feito*". De forma semelhante, E8 afirma: "*Tive que aceitar e aceitei. [...] A minha vida agora é isto*." Estes discursos traduzem processos de adaptação assentes na integração das dificuldades no quotidiano.

Por fim, a redefinição das expectativas e prioridades pessoais surge perante situações prolongadas de doença e dependência. E13, 25 anos, cuidador do pai com demência de início precoce, refere: "É *mesmo o facto de aproveitar a vida ao máximo, dentro das possibilidades. Porque de um momento para o outro podemos perder essa noção. E aceitar as dificuldades como elas são e não como o fim do mundo*". O testemunho traduz uma maior valorização do presente e uma atitude de aceitação perante aquilo que não pode ser controlado.

Globalmente, estas estratégias não eliminam os constrangimentos do cuidar, mas permitem ajustar práticas, mobilizar recursos e reorganizar o quotidiano perante as suas exigências.

3.2.7. Redefinição das práticas e papéis de género e perceções sociais do cuidar masculino

Embora a análise da masculinidade não constitua um objetivo central deste estudo, os cuidadores entrevistados foram convidados a refletir sobre a sua experiência de cuidar enquanto homens.

Para alguns entrevistados, os discursos revelam que o género não constitui uma dimensão relevante na capacidade de cuidar. E13, 25 anos, filho, afirma: "*Acho que qualquer pessoa consegue prestar esse cuidado. Porque se sentir essa obrigação e dever*

de missão de cuidar do próximo, acho que é indiferente ser mulher ou homem." Também há cuidadores que, ainda que não vejam diferenças essenciais entre homens e mulheres, reconhecem estranheza social: "*É indiferente ser homem ou mulher. Mas se ele fosse menina, não sei se estaria tão à vontade como estou com ele. Não sei… Podia estar até, mas não sei*" (E4, 60 anos, pai).

Há, contudo, cuidadores que reconhecem diferenças associadas à socialização e à experiência prévia. E8, 72 anos marido, considera que: "*Acho que a mulher tem outra maneira de fazer as coisas. Mais meiga, mais suave*." Ou do E7, 60 anos, filho, que diz: "*Assim, uma mulher, acho, acho, na minha maneira de ver, que tem mais jeito para tratar dessas coisas, não é? Acho eu. (…) Eu vejo pela minha mulher. Às vezes ela diz "Faz assim, faz assado". E tem razão… Não quer dizer que há homens que até fazem melhor que as mulheres. No meu caso eu tive que aprender… E uma aprendizagem até … muito boa mesmo*."

Esta necessidade de aprendizagem é particularmente evidente entre os cuidadores de gerações mais velhas, com mais de 65 anos, cuja trajetória de vida decorreu num contexto de maior diferenciação dos papéis domésticos e familiares, como é o caso dos E6, E8, E9 e E12. Perante a doença ou dependência de familiares próximos, estes homens passaram a assumir tarefas anteriormente pouco presentes nas suas experiências, incluindo cozinhar, limpar, lavar roupa, prestar cuidados de higiene e gerir a alimentação. E6 sintetiza assim, este processo: "*Nunca mudei uma fralda… agora faço tudo… cozinho, lavo, limpo… Ela fazia o comer, e agora sou obrigado a cozinhar. Mas olhe, até aprendi a gostar… Quem cozinha sou eu. Ainda agora vou fazer uma canjita para ela… E eu é que estendo a roupa*." (E6, 80 anos, marido)

De modo semelhante, E8 descreve como tarefas inicialmente desconhecidas foram progressivamente integradas no quotidiano: "*No começo tudo era difícil… não estava habituado àquilo. Tudo era uma primeira vez. Mas agora, hoje, é uma coisa que a pessoa já nem liga. É normal. É o dia a dia*…". (E8, 72 anos, marido)

Outro aspeto particularmente relevante prende-se com o modo como esta aprendizagem foi construída. Vários entrevistados reconhecem ter aprendido a cuidar

com o apoio de mulheres da família, nomeadamente das próprias esposas, das filhas, irmãs ou cunhadas, ou de cuidadoras remuneradas. E8 descreve este processo de forma particularmente expressiva:

> "*Pegava no telefone: 'Ó [nome} é isto assim, assim?' (...). Ou então ligava à minha cunhada (…) 'Faz assim, desta maneira'. E foi assim que eu fui aprendendo*."(E8, 72 anos, marido)

Também E9 refere que continua a recorrer à esposa para a preparação de refeições mais elaboradas: "*Ela vai para a minha beira e explica-me tudo. Ela explica e eu faço*." (E9, 66 anos, marido)

Estes testemunhos mostram que, embora os homens assumam o cuidado, as mulheres continuam a desempenhar um papel relevante naquelas aprendizagens, enquanto transmissoras de saberes e competências.

Os cuidados íntimos, como a muda da fralda, constituíram, para alguns, uma dificuldade inicial particular, mas a generalidade dos participantes acabou por os incorporar nas rotinas quotidianas. E7, 60 anos, filho, refere, de forma direta, "*Ela toda borrada… e eu limpava*.", enquanto E9, 66 anos, marido, afirma: "*Limpei-a… sem problema nenhum*." Apenas E11 mantém algum desconforto relativamente à higiene corporal da mãe, recorrendo à irmã ou à sobrinha para essa tarefa específica.

A experiência concreta do cuidado parece igualmente favorecer alguma renegociação dos papéis de género. E3, de 66 anos, cuidador da mãe de 94 anos, ilustra particularmente bem esta renegociação. Embora inicie o seu discurso reproduzindo a representação tradicional do homem enquanto principal responsável pelo sustento económico da família: *"A gente (...) deve cuidar primeiro da casa, dar o sustento à casa"* —, acaba por relativizar essa distinção ao afirmar depois que *"Homens e mulheres têm o mesmo papel"*. Esta mudança de perspetiva surge diretamente associada à experiência concreta do cuidar, acrescentando: *"Eu não sabia cozinhar e aprendi. E não gosto de passar a ferro e tenho que fazê-lo." (E3, 66 anos, filho)*. A redistribuição das tarefas parece, assim, resultar menos de uma rejeição consciente dos papéis tradicionais do que

da necessidade de responder às exigências concretas da doença e dependência do familiar.

Em alguns participantes, esta experiência parece igualmente associar-se a uma reflexão sobre a própria identidade masculina. O testemunho de E12, 67 anos, marido, assume particular significado quando afirma: "*Pôs-me mais homem. Cuidar pôs-me muito mais homem*." Ao explicar esta afirmação acrescenta: " *Além de orientar as coisas, eu fui um homem que não sabia fazer nada, não sabia cozinhar. Era estrelar um ovo e ficava por aí*."

De igual modo, também o E9, 66 anos, marido, descreve, "*Ao início pensei que isto era trabalho de mulher, mas agora é meu dever*". Estes testemunhos sugerem que a assunção de tarefas tradicionalmente femininas não é necessariamente percecionada pelos participantes como incompatível com os papéis e expectativas socialmente associados aos homens, podendo antes ser integrada numa conceção de responsabilidade familiar que valoriza igualmente a capacidade de cuidar.

Também E14, de 33 anos, cuidador do avô de 93 anos, evidencia uma reflexão consciente sobre o seu papel enquanto homem cuidador, valorizando particularmente a dimensão relacional do cuidado: "*O meu avô tem várias necessidades. Claro. Comer, tomar banho, descansar, mas a parte social, que é conversar, ir ao café, sair de casa (...) é uma coisa que é importante para ele*." Acrescentando: "*Como um cuidador homem, eu tenho estado mais dedicado nessa componente de garantir que ele tenha atividades sociais que sejam, enfim, preenchedoras para ele, por assim dizer". (E14, 33 anos, neto)*

Ao afirmar "*como um cuidador homem*", E14 sugere consciência das especificidades associadas à sua forma de cuidar.

Por fim, as entrevistas revelam que os homens cuidadores tendem a sentir-se socialmente reconhecidos pelo papel que desempenham. Vários participantes referem receber manifestações de valorização por parte da família, dos amigos ou da comunidade. E8, 72 anos, marido, relata ouvir frequentemente expressões como "*Você é um grande homem*" ou "*Oh pai, para mim és um campeão*". Contudo, relativiza esse

reconhecimento ao afirmar: "*Não sou grande homem (…) Eu faço a minha obrigação*." Esta resposta é particularmente significativa, na medida em que traduz uma tensão entre o olhar social que tende a apresentar o homem cuidador como excecional e a forma como o próprio participante interpreta o cuidado como responsabilidade e dever.

Quando questionados sobre a forma como a sociedade perceciona os homens cuidadores, vários entrevistados referem sentir valorização e reconhecimento pelo papel que desempenham. E9 afirma: "*Toda a gente me diz que sou um exemplo*" (E9, 66 anos, marido). Também E5 relata receber manifestações de reconhecimento por parte das pessoas que o rodeiam: "*Eu tenho vizinhos meus… Só me dão os parabéns pelo aquilo que eu tenho feito. Estou a fazer uma grande atitude, como não há qualquer um que fazia.*" (E5, 62 anos, companheiro).

Contudo, estes discursos sugerem que a valorização social do homem cuidador pode estar também associada à perceção do seu desempenho como algo pouco habitual ou excecional. Esta dimensão surge de forma particularmente clara em E10, de 42 anos, marido, que afirma não sentir constrangimento em prestar cuidados íntimos e continuados à esposa, mas reconhece que a sua presença enquanto cuidador no contexto hospitalar era encarada como invulgar: "*No hospital, era o único homem. As enfermeiras diziam que era raro*" (E10, 42 anos, marido).

3.2.8. A experiência e avaliação do Estatuto do Cuidador Informal

A análise das entrevistas evidencia que a relação dos entrevistados com o ECI é marcada pela ambivalência, sendo possível identificar diferentes níveis de conhecimento e apropriação desta medida de apoio ao cuidado.

Para os entrevistados E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E11 e E12, a principal motivação para solicitar o Estatuto esteve associada à expectativa de acesso ao SACI. O E8, 72 anos, marido, por exemplo, reconhece que iniciou o processo "*a pensar nos 520 euros, que falavam na televisão*". Já o E4, 60 anos, pai diz: "*Foi o subsídio. Foi a possibilidade de estar em casa, cuidar e ter mais aquele bocadinho".*

Apesar desta expectativa inicial, vários participantes manifestam desilusão com a experiência posteriormente vivida. Dos 11 cuidadores principais, apenas 6 tiveram direito ao subsídio. Os demais não reuniram as condições necessárias para beneficiar desta medida de apoio, sobretudo devido aos critérios de elegibilidade associados à condição de recursos.

Entre aqueles que recebem o SACI, as perceções sobre a adequação do respetivo montante não são consensuais. Para alguns cuidadores, a prestação é considerada insuficiente face aos custos e às exigências decorrentes da prestação continuada de cuidados, como ilustra o testemunho de E4, de 60 anos, pai: "*é muito baixinho, mas pronto. É muito baixo. Mas, pronto, no fim ter aquele ou não ter nenhum.... É bom. Pronto… Eu trabalho a tempo inteiro. Recebo como part-time, praticamente (risos*)..." Em contrapartida, outros participantes atribuem-lhe um significado mais positivo, valorizando-o como um apoio relevante para a economia familiar. Particularmente ilustrativo é o caso de E3, de 66 anos, filho, que considera o SACI uma "*boa ajuda*".

Ilustrativa da perceção da utilidade concreta do SACI por um lado, e da insuficiência perante as necessidades económicas do agregado familiar, por outro, é o depoimento do E5: "*Muito útil. Nem dá para pôr em palavras. Nesse bocadinho que a Segurança Social me dá. Já dá para comprar mais algumas coisinhas. Para comermos mais à vontade (…) É para a boquinha que ajuda muito. É para isso que ajuda muito. É só para isso, não dá para fazer mais*…" (E5, 62 anos, companheiro)

A experiência de E2, 67 anos, filho, evidencia de forma particularmente clara a diferença entre o reconhecimento formal da medida e a sua experiência concreta. Tendo assumido os cuidados ao pai por iniciativa própria, considera que, na ausência de benefícios concretos, nomeadamente o acesso ao subsídio, o reconhecimento jurídico pouco acrescenta à sua situação. Nas suas palavras: "*Ninguém me veio dizer que eu sou obrigado a tomar conta do meu pai, eu tomei conta do meu pai porque quis (…) Eu já era cuidador informal do meu pai. Que é que me interessa o estatuto?*".

De igual modo o E12, de 67 anos, marido refere: "*Para que é que me dão o Estatuto do Cuidador e não me dão nada em troca*?".

Particularmente evidente acerca do desconhecimento do ECI e dos seus direitos são os depoimentos dos E6 e E9, que sendo cuidadores que requereram e beneficiam do Estatuto nos referiram: "*Nunca vi esses Estatutos. Só recebi uma carta da Segurança Social. Aliás até recebi duas.*" (E6, 80 anos, marido)

Quanto ao E9, embora afirme desconhecer o Estatuto do Cuidador Informal enquanto enquadramento jurídico e organizacional, "*Nunca ouvi falar desse Estatuto, não sei como funciona*". (E9, 66 anos, marido), demonstra conhecer e valorizar duas das medidas de que beneficia diretamente, o SACI e o Seguro Social Voluntário. Tendo interrompido a sua atividade profissional para assumir os cuidados permanentes à esposa, o E9 beneficia do subsídio ao cuidador e encontrou no Seguro Social Voluntário uma forma de minimizar os efeitos negativos do afastamento do mercado de trabalho sobre a futura pensão de velhice, ao manter uma carreira contributiva ativa na Segurança Social, mesmo não exercendo uma atividade profissional remunerada. Conforme refere, "*foi mais dessa parte. De maneira a poder ir buscar... mais um bocadito agora na reforma*", acrescentando que considera justo que "*quem cuida possa receber qualquer coisa e possa fazer descontos. Já que não pode trabalhar*". (E9, 66 anos, marido)

Esta aparente incongruência no E9 sugere que o conhecimento do ECI parece ser sobretudo funcional e seletivo, centrado nas medidas com efeitos diretos na sua vida quotidiana, nomeadamente ao nível da proteção do rendimento e da salvaguarda da carreira contributiva.

Paralelamente, os entrevistados recorrentemente identificam outras limitações associadas ao Estatuto, designadamente a complexidade dos procedimentos administrativos, a morosidade dos processos de decisão e a sucessiva solicitação de documentação, aspetos que contribuem para uma perceção de burocracia. E3, 66 anos, filho, resume esta perceção afirmando: "*São muitos papéis para ter o estatuto*", enquanto E14, 33 anos, neto, considera que "*devia ser mais fácil poder ser cuidador. Mais rápido, menos burocracia*".

Embora menos frequente, alguns participantes valorizam o Estatuto enquanto mecanismo de reconhecimento institucional do papel do cuidador. O E4 refere que o reconhecimento formal alterou a forma como passou a ser percecionado socialmente, afirmando que "q*uando digo 'sou cuidador informal dele', as pessoas olham logo de outra maneira*". (E4, 60 anos, pai)

Para outros entrevistados, a relevância do ECI prende-se sobretudo com o acesso a direitos laborais que permitem conciliar o cuidado com a atividade profissional, caso do E10, E13 e E14. O E14, 33 anos, neto, afirmou mesmo que: "*Só cuido porque o Estatuto existe*", referindo-se ao regime de teletrabalho, autorizado ao abrigo do ECI, que lhe permite compatibilizar a atividade profissional em teletrabalho (de uma empresa com sede numa outra localidade), com a prestação de cuidados ao avô, em Vila Nova de Gaia. Alertou, contudo: "*o Estatuto atualmente apenas dar um período de teletrabalho de 4 anos (…) Eu não sei quantos anos é que o meu avô vai viver. Mas pode viver mais 10. Então, daqui a 3 anos terei que voltar ao escritório?...*". (Código do Trabalho, na redação da Lei nº 13/2023).

Também o E13 centra o pedido do ECI na procura de melhor conciliação da atividade profissional exercida como profissional de um serviço público por turnos, destacado noutra localidade, com os cuidados ao pai a residir em Vila Nova de Gaia, neste caso como cuidador familiar único. Depois de uma primeira recusa na transferência, foi a própria entidade patronal a falar-lhe no Estatuto: "*Aliás, eu recebi no meu email institucional as informações do cuidador informal…para voltar a meter ao processo para vir cá para o Porto…* "(E13, 25 anos, filho)

Quando questionados sobre as necessidades decorrentes do cuidar, os participantes identificam, contudo, sobretudo lacunas nas respostas de apoio ao próprio cuidador. Para além das questões associadas às prestações económicas: "*O Estado deveria auxiliar mais… eu deveria estar a receber qualquer coisa por olhar por ela*." (E6, 80 anos, marido). De igual forma também o E3, 66 anos, filho, defendeu a manutenção do subsídio ao cuidador mesmo após a reforma, enquanto durar o cuidado "*Enquanto ela fosse viva, deveria manter o subsidio*".

As referências ao descanso, ao apoio psicológico, ao apoio domiciliário e às respostas de acolhimento temporário surgem de forma expressiva: "*Eu acho que o apoio psicológico, porque acredito que muitos cuidadores passam… esgotamentos, depressões…. E pronto, os apoios do Estado*." (E13, 25 anos, filho)

Já o E11, 63 anos, filho, sintetiza a necessidade de descanso: "*Sinto falta de ter alguém que me alivie, nem que seja umas horas (…) o cuidador pode ter dois dias de folga como um trabalhador*". Também E1, apesar de considerar útil o subsídio, identifica como principal insuficiência do ECI a ausência de respostas efetivas de descanso do cuidador: "*Descanso. Atribuição efetiva de descanso aos cuidadores… O sistema não está a dar resposta à estas necessidades do cuidador."* (E1, 33 anos, filho)

Por outro lado, também foi referida por vários cuidadores a necessidade de apoio económico mais robusto às famílias por parte do Estado para fazer face ao aumento das despesas associadas à doença e dependência:

> "*Acho que o Estado devia ajudar mais. Pôr a luz mais barata, pôr o gás mais barato. (…) Eu vejo-me com cada tombo…. Ainda hoje pagamos 84€ de água. 84€. Eu acho que até houve engano*." (E6, 80 anos, marido)

4. O cuidado informal masculino: discussão dos resultados

A presente discussão, construída a partir dos resultados apresentados, procura interpretá-los à luz dos referenciais teóricos e da literatura mobilizada ao longo deste trabalho.

Os resultados permitem compreender o cuidado informal masculino como uma experiência pessoal, familiar, social, económica e política, vivida de formas distintas consoante as relações familiares, as condições económicas e profissionais e o acesso a apoios formais e informais. Os discursos evidenciam dimensões comuns às experiências de cuidado identificadas na literatura, historicamente centrada nas mulheres cuidadoras, mas também especificidades relacionadas com as trajetórias de vida e experiências de cuidar. A assunção de responsabilidades de cuidado por homens permite, igualmente, observar continuidades e transformações na organização familiar e nos papéis tradicionalmente associados ao género.

4.1. O cuidado informal masculino: continuidades e especificidades

A predominância de cuidadores em idades intermédias e avançadas, a existência de trajetórias prolongadas de cuidado e o peso das relações conjugais e filiais confirmam as tendências identificadas na literatura nacional e internacional sobre o cuidado masculino (Gil, 2024; Ribeiro, 2007; Hoffmann & Rodrigues, 2010).

O aumento da esperança média de vida masculina e a maior longevidade conjugal têm contribuído para uma participação mais expressiva dos homens no cuidado, sobretudo em fases mais tardias do ciclo de vida. Apesar das limitações da amostra, a presença de situações de demência (Alves et al., 2024) e de trajetórias prolongadas de cuidado revela-se consistente com as transformações demográficas e epidemiológicas associadas ao envelhecimento, bem como com o aumento da procura de cuidados de longa duração, frequentemente assegurados pelas famílias, como sublinham Bonnet et al., (2021).

A predominância de cuidadores principais na amostra é particularmente relevante, evidenciando que, entre os homens estudados, o envolvimento no cuidado não se

circunscreve a posições secundárias ou complementares, podendo assumir responsabilidades centrais, permanentes e intensivas na organização quotidiana dos cuidados. Kramer & Thompson (2002) chamaram precisamente a atenção para a invisibilidade histórica dos homens cuidadores, frequentemente interpretados a partir de modelos construídos sobre a experiência feminina.

Simultaneamente, a heterogeneidade etária, social e profissional dos participantes confirma que o cuidado informal masculino não constitui uma realidade homogénea, mas antes uma experiência plural, atravessada por diferentes condições sociais, económicas e biográficas (Comas-d'Argemir, 2016; Spendelow *et al.,* 2017; Akouamba, *et al.,* 2025).

Apesar daquelas diferenças, identificam-se importantes continuidades com a experiência feminina do cuidar: a elevada intensidade e continuidade dos cuidados, a centralização das responsabilidades no cuidador principal, os impactos físicos, emocionais e económicos e as dificuldades de conciliação com outras dimensões da vida, nomeadamente com as trajetórias profissionais. Neste sentido, os resultados levam-nos a considerar que serão sobretudo as características e a intensidade do cuidado, mais do que o género do cuidador isoladamente, que ajudam a explicar muitos dos impactos identificados.

4.2. A entrada no cuidado: entre constrangimentos, motivações e significados

A entrada dos entrevistados no papel de cuidador não pode ser compreendida exclusivamente como uma escolha individual. Assim, e embora alguns participantes apresentem explicitamente o cuidar como uma decisão pessoal, caso do E2, que afirma ter cuidado do pai "porque quis", a maioria descreve a sua entrada no cuidado como uma resposta necessária às condições concretas em que se encontrava. No caso de E1, a condição de filho único, associada à morte da mãe e à ausência de outros familiares disponíveis, restringiu significativamente as alternativas existentes. Em E3 e E4, o desemprego assumiu particular relevância na reorganização das responsabilidades

familiares. Já em E11, a coabitação prolongada com a mãe e a progressão da doença contribuíram para que a assunção dos cuidados surgisse como uma consequência gradual da trajetória familiar. Neste sentido, os resultados aproximam-se da literatura que evidencia o caráter frequentemente não planeado da entrada no cuidado informal (Ribeiro, 2007; Gil, 2010; São José, 2012).

No entanto, e ainda que a entrada no cuidar tenha ocorrido, na maior parte das situações, sem planeamento prévio, posteriormente pode ser reconhecida como uma responsabilidade assumida. A análise das motivações permite compreender que a necessidade de cuidar não é incompatível com a existência de vínculos afetivos e de compromisso moral. O amor, a reciprocidade, o dever e a responsabilidade familiar surgem como razões mobilizadas para cuidar e, simultaneamente, como elementos através dos quais os participantes interpretam e atribuem sentido à experiência. Assim, a assunção do papel de cuidador pode resultar de uma circunstância não escolhida e, simultaneamente, ser vivida como uma responsabilidade que o participante reconhece e aceita como sua.

Esta articulação é particularmente visível nos discursos de E8 e E12. Enquanto E8 associa o cuidado à reciprocidade e ao compromisso conjugal, E12 sintetiza a relação entre afeto e obrigação na expressão "*É amor e obrigação*". Nestes casos, a responsabilidade não é apresentada como inteiramente livre nem como mera imposição externa, sendo construída no interior das relações familiares e conjugais e marcada ao mesmo tempo por afetos e constrangimentos. Mesmo quando o cuidado é descrito como obrigação ou como "*aquilo que tem de ser feito*" (E2, 67 anos, filho), isso não significa necessariamente ausência de vontade ou de compromisso afetivo.

Esta leitura aproxima-se de Ribeiro *et al.* (2007), que mostram como os homens cuidadores constroem e legitimam a sua presença no cuidado a partir, entre outros elementos, da relação conjugal e das responsabilidades associadas à condição de marido. No presente estudo, esta margem de decisão de cuidar parece igualmente ser uma decisão situada, condicionada pelas relações familiares, pelas trajetórias biográficas e profissionais e pelos recursos disponíveis.

Assim, “querer cuidar” e “ter de cuidar” podem coexistir quando as possibilidades de decisão são condicionadas pelas alternativas familiares, institucionais ou económicas.

4.3. Os impactos do cuidar: trabalho, economia e ambivalência da experiência

Um dos resultados mais expressivos deste estudo diz respeito à reconfiguração das trajetórias laborais. A redução ou abandono da atividade profissional, a reforma antecipada e as dificuldades de conciliação entre emprego e cuidado evidenciam que a prestação continuada de cuidados pode produzir consequências profundas na vida profissional e económica também dos homens cuidadores (Daly, 2021; Gil, 2022; São José, 2012).

Os efeitos sobre o trabalho remunerado são particularmente evidentes nos casos de E1, E7, E8 e E12, cujas trajetórias foram marcadas pela perda do emprego, pela antecipação da reforma ou pela impossibilidade de regressar ao mercado de trabalho. Particularmente ilustrativo é o caso de E8, que, apesar de reformado antecipadamente, mantém alguma atividade profissional, conciliando a necessidade de complementar os rendimentos para suportar os custos dos cuidados com a procura de ocupação e de equilíbrio emocional.

Em vários casos, o cuidado constitui simultaneamente causa e fator de agravamento da vulnerabilidade económica dos cuidadores. A necessidade de reduzir ou abandonar o emprego, de recorrer à reforma antecipada ou de suportar diretamente os custos de respostas privadas de apoio evidencia que o exercício do cuidado pode contribuir para a fragilização das condições de vida dos agregados familiares.

O afastamento do mercado de trabalho não deve, contudo, ser entendido simplesmente como inatividade. O trabalho remunerado é, em muitos casos, substituído por uma atividade de cuidado intensiva, contínua e socialmente necessária, embora pouco reconhecida e não remunerada, um verdadeiro *trabalho de cuidados* (Gil, 2023). Esta leitura aproxima-se da conceptualização de *care work* de Daly e Lewis (2000) e da

perspetiva de Joan Tronto (1993), que permitem compreender o cuidado como trabalho indispensável à vida social.

A dimensão económica articula-se ainda com a ambivalência presente nos discursos. O cuidar é simultaneamente vivido como responsabilidade, obrigação, afeto, satisfação, utilidade e desgaste (Gil, 2020; Ribeiro, 2007). A experiência do cuidado familiar não pode ser reduzida exclusivamente à sobrecarga ou, inversamente, à realização pessoal. Como descreve E9: "*Cuidar às vezes é uma revolta. Às vezes não é.*"

Nos cuidados conjugais e, particularmente, perante situações de demência, esta ambivalência pode assumir uma dimensão relacional mais profunda. A transformação da pessoa cuidada e da relação anteriormente existente pode produzir experiências de perda difíceis de delimitar, aproximando-se da noção de perda ambígua de Boss, articulada por Ribeiro (2007). A valorização da permanência da pessoa cuidada no domicílio, com a recusa da institucionalização, particularmente evidente em E7 e E8, parece igualmente expressar não apenas uma preferência pela continuidade dos cuidados familiares, mas a preservação da relação, da história partilhada e da vida familiar.

4.4. Natureza dos cuidados: do envolvimento instrumental ao cuidado integral

Os resultados permitem igualmente problematizar a ideia de que o envolvimento masculino no cuidado se circunscreve sobretudo às dimensões instrumentais, de gestão ou de acompanhamento. Os participantes deste estudo alargam os cuidados a outras dimensões. Assumem tarefas domésticas, cuidados corporais e íntimos, acompanhamento da saúde, apoio emocional e manutenção da vida relacional e social da pessoa cuidada (São José, 2012). O testemunho de E10, por exemplo, evidencia claramente que os cuidados prestados à esposa não se limitam à satisfação de necessidades funcionais. Os cuidados de *skincare* integram preocupações com a aparência, a identidade e a dignidade da pessoa cuidada. O mesmo se observa no discurso de E14, que leva regularmente o avô a acompanhar a evolução das obras no

metro, contribuindo dessa forma num modo de participação social, particularmente importante para ele.

Esta diversidade converge com Ribeiro (2007) e Comas-d'Argemir (2016), que alertam para a necessidade de evitar interpretações essencialistas das práticas de cuidado masculino. Embora Gil (2020) identifique entre os homens uma maior concentração em funções de coordenação e gestão e uma maior abertura à delegação de determinadas tarefas, sobretudo as relacionadas com a intimidade, os resultados deste estudo mostram que essa tendência não impede um envolvimento direto e continuado nos cuidados pessoais e corporais.

4.5. Aprendizagem e estratégias de coping

Apesar da intensidade dos cuidados e dos impactos identificados, os participantes revelam capacidade de adaptação às exigências do cuidar. As estratégias mobilizadas incluem aprendizagem de novas competências, reorganização das rotinas, procura de informação, mobilização de redes de apoio e construção de novos significados para a experiência.

A aprendizagem assume particular importância entre os participantes mais velhos, como os E6 e E8 que passaram a realizar tarefas anteriormente afastadas das suas trajetórias, como cozinhar, tratar da roupa ou prestar cuidados de higiene. A experiência do cuidar implica, deste modo, não apenas a execução de novas tarefas, mas uma reorganização prática do quotidiano. Esta dimensão aproxima-se das conclusões de Ribeiro (2007) e da revisão de Spendelow *et al*. (2017), que identifica entre os homens cuidadores processos de aprendizagem, reconstrução de papéis, procura de significado e mobilização de recursos.

A experiência de E10 é particularmente ilustrativa de uma estratégia de coping centrada na resolução do problema, através da procura ativa de informação, observação dos profissionais de saúde e preparação antecipada do espaço doméstico.

Paralelamente, a mobilização de familiares, cuidadoras remuneradas e serviços formais constitui outro recurso fundamental, embora a sua disponibilidade e acessibilidade sejam desiguais.

Para além das estratégias de natureza prática, os discursos revelam aprendizagens pessoais e existenciais. Alguns participantes descrevem mudanças na forma de encarar a vida, nas prioridades e na própria perceção de si. O testemunho de E13, ao referir a aprendizagem de "*aproveitar a vida ao máximo*" e de "*aceitar as dificuldades como elas são*", evidencia uma forma de adaptação que ultrapassa a resolução das tarefas quotidianas, envolvendo uma transformação da forma como a própria situação é interpretada.

Os resultados sugerem que estes homens, a par das vulnerabilidades e sobrecargas experienciadas, mobilizam também recursos individuais e relacionais que lhes permitem responder às exigências do cuidado, o que se aproxima das leituras de Spendelow *et al*. (2017) e Akouamba *et al.* (2025), ao defender uma compreensão dos homens cuidadores que reconheça simultaneamente as dificuldades e os recursos mobilizados para lhes fazer face.

4.6. Género, aprendizagem e redefinição das práticas e papéis masculinos

A experiência do cuidado permite ainda refletir sobre a relação entre género e práticas de cuidar. Os discursos revelam processos de adaptação particularmente significativos, sobretudo entre os participantes de gerações mais velhas.

Homens socializados em contextos marcados por uma divisão sexual do trabalho mais rígida passaram a realizar tarefas domésticas e de cuidado anteriormente associadas às mulheres. A experiência concreta da doença e da dependência parece, assim, criar condições para a alteração de práticas anteriormente incorporadas. Estas mudanças são particularmente evidentes em E6 e E12, que passaram a cozinhar, tratar da roupa e realizar cuidados pessoais, apesar dessas tarefas terem estado anteriormente afastadas das suas experiências quotidianas.

O discurso de E3 é particularmente expressivo desta negociação entre continuidade e mudança. Ao afirmar que o homem deve "*dar o sustento à casa*", reproduz uma representação tradicional da masculinidade associada ao papel de provedor. Contudo, acrescenta que não encontra diferença entre homens e mulheres na prestação de cuidados e afirma: "*Eu não sabia cozinhar e aprendi. E não gosto de passar a ferro e tenho que fazê-lo*." A leitura de Bourdieu (1996; 1999) permite compreender esta tensão entre a persistência de disposições de género incorporadas ao longo das trajetórias de socialização e a sua possibilidade de transformação perante novas condições de vida e exigências quotidianas.

Esta tensão pode igualmente ser interpretada à luz do conceito de masculinidade hegemónica, discutido por Connell e Messerschmidt (2005), que permite compreender como os homens negoceiam modelos dominantes de masculinidade perante novas experiências e responsabilidades. Neste sentido, Ribeiro et al. (2007) contribuem para compreender o cuidado como um contexto de negociação e reconstrução das identidades masculinas, sem que a realização de tarefas tradicionalmente femininas implique necessariamente a rejeição dos modelos de masculinidade anteriormente incorporados.

Esta reconfiguração das práticas e dos papéis não se limita, contudo, à aquisição de competências domésticas ou de cuidado pessoal. Também a relação com o trabalho e com as responsabilidades profissionais parece ser reconfigurada perante a necessidade de cuidar. O caso de E10, que anteriormente ocupava uma posição profissional de elevada responsabilidade e que, perante a doença da esposa, deixou temporariamente de exercer a sua atividade, evidencia como o cuidado pode conduzir a uma reorganização das prioridades entre trabalho, responsabilidade familiar e cuidado.

Estas alterações nos papéis não significam, contudo, o desaparecimento das relações de género que estruturam o cuidado. Um aspeto particularmente relevante é o facto de vários homens aprenderem a cuidar com mulheres da família ou cuidadoras remuneradas. Esposas, filhas, irmãs e cunhadas permanecem importantes transmissoras dos saberes necessários à realização das tarefas. Assim, embora os

homens passem a executar práticas tradicionalmente femininas, os conhecimentos associados ao cuidar continuam frequentemente a circular através das mulheres. A feminização do cuidado manifesta-se, deste modo, não apenas na distribuição das tarefas, mas também na transmissão dos seus saberes.

Neste sentido, os resultados parecem aproximar-se das perspetivas de Comas-d'Argemir (2016) e Spendelow *et al*. (2017), ao evidenciarem que o cuidado pode constituir um espaço de reconstrução das práticas e dos papéis masculinos, sem que isso implique necessariamente o desaparecimento das estruturas de género que historicamente organizam o cuidado.

4.7. A família como principal suporte e a insuficiência das respostas formais

A organização dos cuidados observada confirma a persistência de um modelo fortemente assente nas famílias. Mesmo quando existem respostas formais, estas surgem frequentemente como complementares à ação do cuidador principal, não retirando à família a responsabilidade pela organização quotidiana do cuidado (São José *et al*., 2006).

A centralidade da família é evidente em E1, E7, E10 e E12, que concentram grande parte das responsabilidades, enquanto E8, E9 e E13 ilustram diferentes formas de recurso a respostas formais. Contudo, os casos de E1, E7, E8 e E13 mostram igualmente que a existência desses serviços não garante descanso, acessibilidade económica ou adequação às necessidades das famílias.

Esta realidade aproxima-se do modelo de "familialismo implícito" identificado por São José (2012), segundo o qual a responsabilidade pelos cuidados permanece fortemente concentrada nas famílias, enquanto a intervenção pública assume frequentemente um caráter subsidiário.

As dificuldades de acesso ao descanso do cuidador, ao acolhimento temporário, bem como as limitações nas respostas de apoio domiciliário, maioritariamente centradas em serviços básicos de alimentação e higiene, de horários reduzidos, mostram que a

existência formal de serviços não garante, por si só, uma efetiva partilha da responsabilidade pelo cuidado (Carvalho et al., 2026). O recurso ao setor privado, particularmente evidente em E8, pode ainda transferir para as famílias custos económicos elevados. Do mesmo modo, a inadequação de determinadas respostas às características da pessoa cuidada, como no caso de E13, limita a possibilidade de conciliar cuidado e atividade profissional.

Esta realidade pode ser compreendida através do conceito de *social care* desenvolvido por Daly e Lewis (2000), que situa o cuidado na interseção entre Estado, família, mercado e comunidade. Os resultados sugerem, contudo, que essa articulação permanece incompleta. Quando as respostas públicas são insuficientes ou inadequadas, a responsabilidade regressa à família, que suporta os custos temporais, económicos e emocionais da continuidade do cuidado.

A perspetiva de Tronto (1993) permite aprofundar esta questão ao considerar o cuidado uma responsabilidade social e política, e não uma obrigação exclusivamente privada. A experiência destes homens evidencia precisamente a tensão entre o reconhecimento da importância do cuidado e a permanência de uma organização social que continua a depender fortemente da disponibilidade das famílias.

4.8. O Estatuto do Cuidador Informal: entre reconhecimento e limites da resposta pública

A análise da relação dos participantes com o Estatuto do Cuidador Informal deve ser interpretada tendo em consideração a natureza qualitativa deste estudo. Os dados permitem compreender as experiências, perceções e necessidades dos cuidadores relativamente às medidas existentes, mas não permitem avaliar, de forma objetiva e causal, a eficácia global do ECI. Assim, as considerações apresentadas incidem sobretudo sobre a adequação percebida dos apoios e sobre as dificuldades identificadas no acesso e utilização das respostas disponíveis.

O ECI constitui uma mudança importante no reconhecimento jurídico e político de uma atividade historicamente pouco visível. No entanto, os dados desta investigação não

permitem afirmar se esse reconhecimento formal se traduz, de forma generalizada, numa maior identificação dos participantes enquanto cuidadores. Ainda assim, em alguns casos, particularmente entre aqueles que demonstram conhecer o Estatuto e as medidas que dele decorrem, observa-se uma maior identificação com o papel de cuidador, para além do de marido, filho, pai ou neto, aproxima-se apenas parcialmente do observado por Ribeiro (2007) em alguns dos homens que estudou. Contudo, esta identificação não é transversal, verificando-se também situações de desconhecimento do próprio Estatuto, apesar do reconhecimento formal enquanto cuidador informal.

Neste sentido, se um dos contributos do ECI parece residir na visibilização do cuidador enquanto sujeito de direitos, os resultados mostram igualmente uma distância significativa entre o reconhecimento formal e a experiência concreta dos apoios.

A principal motivação para requerer o Estatuto não foi, para a maioria dos participantes, a procura de reconhecimento jurídico ou simbólico, mas a expectativa de acesso ao SACI, tal como foi claramente verbalizado pelos E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E11 e E12. Esta centralidade do SACI revela que o ECI é frequentemente conhecido sobretudo através da sua dimensão monetária.

A experiência dos participantes evidencia, contudo, um desfasamento entre a expectativa e a concretização. As restrições decorrentes da condição de recursos excluem parte dos cuidadores do acesso ao subsídio e, entre os que dele beneficiam, os valores são frequentemente percecionados como insuficientes perante a intensidade do cuidado, a perda de rendimento e os custos associados à dependência: "*Eu trabalho a tempo inteiro. Recebo como part-time* (E4, 60 anos, pai).

O testemunho de E5 sugere que o reconhecimento formal de um apoio financeiro não elimina necessariamente a vulnerabilidade económica associada ao cuidado, podendo o subsídio ser simultaneamente percecionado como indispensável, "*Muito útil. Nem dá para pôr em palavras*" e insuficiente perante a amplitude das necessidades quotidianas.

Os resultados sugerem, assim, que o SACI tende a assumir, na experiência destes participantes, uma função predominantemente compensatória em matéria de

rendimento, aproximando-se mais de uma medida de mitigação da vulnerabilidade económica do que de um instrumento suficientemente robusto de apoio à prestação de cuidados. Esta questão é particularmente relevante porque o próprio cuidado pode contribuir para produzir ou agravar essa vulnerabilidade, através do abandono ou redução da atividade profissional, da reforma antecipada e do aumento das despesas familiares.

É nesta tensão que se explica o discurso do E1 que poderá parecer contraditório, uma vez que o participante ainda que beneficie do SACI, afirmou "*viver às custas das pensões do meu pai*". Esta expressão parece revelar a forma como ele interpreta a sua situação económica: deixou de ter autonomia financeira e passou a depender dos recursos económicos associados ao pai. O SACI surge, assim, como um apoio complementar, mas não como um rendimento capaz de restaurar a autonomia económica anteriormente assegurada pelo trabalho remunerado.

Esta leitura converge com Gil (2023), que identifica no ECI uma política marcada por avanços importantes, mas também por ambiguidades e contradições. O reconhecimento jurídico do cuidador constitui uma mudança significativa, mas a capacidade efetiva da política para sustentar o cuidado permanece condicionada não só pelos critérios de acesso ao subsídio, como pela insuficiência das respostas de apoio.

Também os trabalhos de Araújo e Soeiro (2021) evidenciam a persistência de um regime de cuidados fortemente familiarizado, no qual uma parte significativa dos custos económicos, temporais e emocionais continuam a ser suportados pelas famílias. Os resultados desta investigação parecem corroborar esta leitura. O Estado reconhece o cuidador, mas a responsabilidade quotidiana pela prestação dos cuidados permanece fortemente concentrada na família.

Esta tensão torna-se ainda mais evidente perante as necessidades expressas pelos participantes. Embora muitos tenham inicialmente procurado o Estatuto motivados pelo apoio financeiro, quando questionados sobre as suas necessidades identificam, para além desta, respostas de natureza diferente: apoio domiciliário, descanso do

cuidador, acolhimento temporário, formação, acompanhamento e maior articulação com os serviços de saúde e apoio social.

Neste sentido, a sustentabilidade do cuidado parece depender menos de uma prestação monetária isolada do que da existência de uma rede de respostas capaz de partilhar efetivamente a responsabilidade pelo cuidado. O ECI poderá reconhecer o cuidador, mas o reconhecimento jurídico revela-se insuficiente quando não é acompanhado por serviços que reduzam a intensidade e a centralização do cuidado.

Um outro aspeto relevante evidenciado pela investigação prende-se com a tensão entre a classificação jurídica prevista no ECI e a realidade quotidiana da prestação de cuidados. Embora dois participantes E10 e E13 se encontrem formalmente reconhecidos como cuidadores informais não principais, os seus discursos revelam que assumem, na prática, a responsabilidade predominante pela organização e prestação dos cuidados, coabitando com a pessoa cuidada e constituindo a sua principal referência de apoio. Este resultado sugere que a distinção administrativa entre cuidador principal e não principal nem sempre traduz a efetiva centralidade do papel assumido por aqueles na organização dos cuidados.

4.9. Diferentes formas de apropriação do Estatuto

Os resultados identificam diferentes níveis de relação com o ECI, mostrando que o reconhecimento formal não implica necessariamente conhecimento ou apropriação efetiva da política pública.

Numa primeira forma encontra-se um conhecimento predominantemente instrumental, associado à expectativa de acesso ao subsídio, onde se enquadram os E2, E3, E5, E7, E8, E12 e E11. Para estes cuidadores, o Estatuto é conhecido sobretudo enquanto possibilidade de apoio económico. A sua utilidade é, consequentemente, avaliada em função da obtenção ou não dessa prestação.

Numa segunda forma surge um conhecimento mais administrativo. Os casos de E6 e E9 são particularmente expressivos: embora tenham requerido e beneficiem do Estatuto, revelam desconhecer o seu conteúdo e alcance. E6 afirma: "*Nunca vi esses Estatutos. Só*

recebi uma carta da Segurança Social", enquanto E9 refere: "*Nunca ouvi falar desse Estatuto, não sei como funciona*." Estes testemunhos sugerem que o reconhecimento formal nem sempre é acompanhado por informação e capacitação suficientes.

Por fim, alguns participantes evidenciam um conhecimento mais informado e crítico, sendo capazes de refletir sobre benefícios, limitações e necessidades de melhoria. E1, E4, E10, E13 e E14 ultrapassam a dimensão estritamente económica, valorizando aspetos como a conciliação entre o trabalho e o cuidado, a necessidade de formação, a preparação para a alta hospitalar, a articulação entre os serviços de saúde e de apoio social ou a insuficiência e desadequação das respostas formais existentes. Nestes casos, o Estatuto é analisado numa perspetiva mais ampla, enquanto instrumento de política de apoio às famílias cuidadoras.

Esta diversidade sugere que a consolidação do ECI depende não apenas do reforço das medidas de apoio, mas da capacidade dos cuidadores para conhecer e mobilizar os seus direitos. Os discursos dos participantes apontam para a necessidade de uma maior proximidade entre a política pública e os cuidadores, com estratégias de informação, acompanhamento e capacitação mais eficazes.

Esta conclusão articula-se com a análise de Gil (2023), ao evidenciar a distância entre a intenção de reconhecimento e a concretização prática da política, e com Araújo e Soeiro (2021), ao mostrar que a formalização dos direitos não elimina automaticamente a responsabilização familiar pelo cuidado. Os resultados acrescentam, contudo, uma dimensão importante: para alguns cuidadores, o ECI permanece mais próximo de uma decisão administrativa do que de um conjunto de direitos efetivamente apropriados enquanto instrumentos de cidadania social.

4.10. Do reconhecimento do cuidador à partilha social da responsabilidade pelo cuidado

Considerados globalmente, os resultados evidenciam uma tensão central. O ECI representa uma mudança importante porque retira o cuidador informal de uma

condição de invisibilidade jurídica e social. Contudo, o reconhecimento não é suficiente para alterar, por si só, o modelo de organização dos cuidados.

A experiência dos participantes mostra que o cuidado continua fortemente privatizado e familiarizado. A perspetiva de Tronto (1993) permite, neste ponto, deslocar a discussão do reconhecimento individual do cuidador para a responsabilidade coletiva pelo cuidado. Se cuidar é uma necessidade social e uma condição para a reprodução da vida, não pode ser tratado apenas como uma obrigação privada das famílias. A perspetiva de Daly e Lewis (2000) reforça igualmente esta ideia ao defender uma organização do *care* assente numa articulação entre Estado, família, mercado e comunidade.

Os resultados desta investigação sugerem, assim, que a principal questão não é apenas saber se os homens estão a cuidar mais, mas em que condições sociais, económicas e institucionais o fazem. A crescente presença masculina no cuidado não significa necessariamente uma transformação estrutural do regime de cuidados. Os homens podem substituir ou complementar as mulheres na prestação direta dos cuidados, mas continuam a fazê-lo num contexto de insuficiência de respostas públicas.

Neste sentido, a experiência dos participantes permite compreender o cuidado informal masculino simultaneamente como expressão de mudança e de continuidade. Há mudança porque homens de diferentes gerações assumem tarefas anteriormente afastadas das suas trajetórias, desenvolvem novas competências, reorganizam as suas identidades e, em alguns casos, reinterpretam positivamente a própria masculinidade. Há continuidade porque o cuidado permanece fortemente sustentado pelas famílias, os saberes continuam frequentemente a circular através das mulheres e o Estado permanece, em muitos casos, numa posição complementar relativamente à responsabilidade quotidiana pelo cuidar.

Conclusão e Considerações Finais

O presente estudo procurou compreender a experiência de homens cuidadores informais com Estatuto do Cuidador Informal reconhecido.

Em resposta à pergunta de partida — "Como vivenciam os homens a experiência de cuidar enquanto cuidadores informais?" —, os resultados mostram que esta é uma experiência heterogénea, marcada por diferentes trajetórias, intensidades e formas de organização do cuidado, que envolve impactos pessoais, familiares, sociais, profissionais e económicos, mas também aprendizagens, significados positivos e processos de redefinição de papéis.

A análise das 14 entrevistas evidencia que a entrada no cuidado ocorre maioritariamente em resposta à doença, dependência ou envelhecimento de um familiar, sendo sustentada por relações de dever, reciprocidade e compromisso afetivo, mais do que por uma decisão previamente planeada. A experiência de cuidar revela-se profundamente ambivalente: constitui uma fonte de proximidade, aprendizagem e sentido, mas também de sobrecarga emocional, social, profissional e económica. Esta ambivalência encontra-se igualmente identificada na literatura sobre os cuidados familiares (Gil, 2020).

Neste contexto, a análise sugere que são sobretudo as características e a intensidade do cuidado, mais do que o género do cuidador considerado isoladamente, que contribuem para explicar muitos dos impactos identificados.

A experiência dos participantes evidencia igualmente que o cuidado pode favorecer a redefinição de práticas e papéis masculinos, levando muitos a assumir tarefas domésticas, cuidados corporais e apoio emocional tradicionalmente associados ao feminino. Contudo, esta transformação individual convive com a persistência de desigualdades estruturais, mantendo-se as famílias como principais responsáveis pela sustentabilidade do cuidado, em consonância com outros estudos sobre a persistência da centralidade familiar na provisão de cuidados (São José, 2012; Gil, 2023).

No que respeita ao Estatuto do Cuidador Informal, o estudo evidencia a sua importância enquanto instrumento de reconhecimento jurídico e institucional, mas também a existência de uma distância significativa entre os direitos formalmente consagrados e a sua efetiva apropriação e exercício. A burocracia, o desconhecimento das medidas, a morosidade processual e as limitações no acesso a alguns apoios revelam que o reconhecimento formal, por si só, não garante uma proteção social efetiva dos cuidadores.

Limitações e potencialidades do estudo

A interpretação dos resultados deve ser realizada tendo em consideração algumas limitações do presente estudo.

A primeira prende-se com a dimensão da amostra, constituída por 14 participantes. Embora esta dimensão possa ser adequada à natureza qualitativa e exploratória da investigação e tenha permitido uma análise aprofundada dos discursos, limita a possibilidade de generalização dos resultados ao conjunto dos homens cuidadores informais em Portugal.

Uma segunda limitação decorre da natureza não probabilística da amostragem. Ao centrar a seleção dos participantes nos cuidadores homens com ECI, a amostra permitiu compreender as situações de cuidado continuado e intenso, mas não permitiu abranger outras formas de cuidado masculino, nomeadamente cuidados de menor intensidade, situações de dependência ligeira ou homens que prestam apoio sem reconhecimento formal.

Ao centrar a amostra em homens residentes em Vila Nova de Gaia, um território predominantemente urbano, este estudo não permite aferir em que medida as experiências quotidianas de cuidado e a relação com o ECI assumiriam características semelhantes ou distintas em contextos rurais.

Por outro lado, este estudo não permite, nem pretende, avaliar de forma objetiva e causal, a eficácia global do ECI. Os dados recolhidos analisam a experiência subjetiva dos

participantes relativamente ao reconhecimento, conhecimento, utilização e adequação percebida das medidas.

O caráter transversal da investigação constitui igualmente uma limitação. As entrevistas permitem conhecer as experiências dos participantes num determinado momento, mas não possibilitam acompanhar longitudinalmente a evolução das situações de dependência, das estratégias de coping, das relações familiares ou da relação com o mercado de trabalho. Estudos futuros poderão beneficiar de abordagens longitudinais capazes de acompanhar a transformação das necessidades ao longo das diferentes fases do cuidado.

Como acontece em qualquer investigação qualitativa baseada em entrevistas, os resultados assentam nos discursos dos próprios participantes. Neste contexto os relatos são construídos a partir das memórias, perceções e interpretações dos entrevistados e não constituem uma descrição objetiva ou exaustiva de todas as situações de cuidado.

Reconhece-se ainda a possibilidade da associação institucional da investigadora ao ISS ter influenciado, em alguma medida, os discursos dos participantes, sobretudo nas questões relacionadas com as suas perceções sobre o ECI.

Por fim, importa reconhecer a possível influência da própria investigadora no processo de construção e interpretação dos dados. Como em qualquer estudo qualitativo, a interpretação dos dados pode ser influenciada pela perspetiva do investigador, nomeadamente na definição das categorias analíticas e na leitura dos discursos.

Estas limitações apontam igualmente para a pertinência de estudos futuros que incluam homens cuidadores com e sem Estatuto do Cuidador Informal, permitindo comparar diferentes modalidades e intensidades de cuidado e compreender em que medida o reconhecimento formal pelo ECI influencia as experiências, necessidades e estratégias dos cuidadores.

Estas limitações não anulam, contudo, as potencialidades do estudo. Pelo contrário, a natureza qualitativa da investigação permitiu aceder a dimensões da experiência do cuidado dificilmente apreensíveis através de abordagens exclusivamente quantitativas.

Os testemunhos dos participantes possibilitaram conhecer não apenas as tarefas realizadas, mas também os significados atribuídos ao cuidar, as transformações das trajetórias de vida, os processos de aprendizagem, as estratégias de adaptação, as experiências emocionais e as perceções acerca das respostas institucionais.

A inclusão de homens de diferentes idades, relações de parentesco, situações profissionais e contextos de prestação de cuidados permitiu igualmente captar a diversidade existente no interior do cuidado informal masculino. Esta heterogeneidade constitui uma das potencialidades do estudo, evitando uma representação homogénea dos homens cuidadores.

Outra potencialidade reside na articulação entre a dimensão das vivências e a análise do Estatuto do Cuidador Informal. Esta articulação permitiu não apenas conhecer como os homens cuidam, mas também compreender em que medida as respostas institucionais existentes respondem às necessidades identificadas pelos próprios cuidadores. O estudo permite, deste modo, aproximar a análise sociológica das experiências concretas dos cuidadores, da reflexão sobre as políticas públicas de cuidado.

Implicações para a intervenção social

Os resultados deste estudo evidenciam a necessidade de reforçar uma intervenção social mais precoce, integrada e próxima das necessidades que atravessam o cuidado informal. Destaca-se a importância de um acompanhamento dos cuidadores desde a alta hospitalar, através de equipas multidisciplinares que assegurem informação, capacitação e articulação entre os serviços de saúde, segurança social e respostas comunitárias.

Por outro lado, importa fomentar uma maior proximidade entre a política pública e o cuidador, através de estratégias de informação e acompanhamento mais eficazes por parte dos Profissionais de Referência da Saúde e da Segurança Social, que promovam um conhecimento e uma apropriação efetivos dos direitos e recursos disponíveis. A concretização deste acompanhamento exige, contudo, que as equipas de ambos os

setores estejam dimensionadas, de modo a assegurar a proximidade e a regularidade no acompanhamento de que os cuidadores necessitam.

Uma terceira dimensão prende-se com o acesso a respostas de descanso e substituição temporária. Torna-se relevante reforçar a disponibilidade de respostas de descanso flexíveis e acessíveis, bem como garantir que os cuidadores conhecem as possibilidades existentes e dispõem de apoio e recursos, inclusive económicos, para a sua mobilização.

A intervenção deverá igualmente contemplar o bem-estar psicológico e emocional dos cuidadores, através da identificação precoce de situações de sobrecarga e da disponibilização de respostas de apoio psicológico e psicossocial. A intensidade e continuidade dos cuidados, associadas ao isolamento e à dificuldade em dispor de períodos de descanso, evidenciam a importância de uma intervenção que não se limite às necessidades da pessoa cuidada, mas acompanhe também as condições físicas e emocionais de quem cuida.

Os resultados apontam ainda para a importância de respostas suficientemente flexíveis e diferenciadas para atender à diversidade das situações de dependência e dos contextos familiares. A adequação dos serviços às características e necessidades das famílias constitui uma condição importante para favorecer a permanência das pessoas cuidadas no domicílio e, simultaneamente, assegurar um apoio efetivo aos cuidadores, facilitando a conciliação entre o cuidado, a vida pessoal e a atividade profissional.

Dos discursos salienta-se também a necessidade de simplificar os procedimentos de acesso ao Estatuto do Cuidador Informal, reduzindo a burocracia e assegurando um acompanhamento técnico durante o processo de reconhecimento, promovendo uma efetiva acessibilidade aos direitos e evitando que a complexidade administrativa constitua um fator adicional de desigualdade.

Os resultados relativos ao SACI apontam igualmente para a necessidade de refletir sobre a adequação desta prestação à função de proteção e reconhecimento do cuidado. Neste sentido, importa ponderar modelos de apoio que articulem a dimensão de proteção económica com o reconhecimento efetivo do trabalho de cuidado.

Finalmente, a intervenção deverá reconhecer os homens como cuidadores de pleno direito, promovendo práticas profissionais que considerem as especificidades das suas experiências sem reproduzir estereótipos de género.

Estas recomendações apontam, assim, para uma intervenção centrada não apenas na pessoa dependente, mas também no cuidador enquanto sujeito de direitos e necessidades próprias. Uma intervenção social orientada para a redução das desigualdades deverá considerar que a possibilidade de cuidar em condições sustentáveis depende não apenas da vontade ou disponibilidade individual, mas também dos recursos familiares, económicos, institucionais e comunitários a que cada cuidador consegue efetivamente aceder.

Considerações finais

Mais do que demonstrar simplesmente que existem homens a cuidar, este estudo procurou compreender como, porquê e em que condições esses homens cuidam e contribuir para tornar mais visível uma realidade ainda pouco explorada na investigação. Ao dar voz a 14 cuidadores com percursos, idades e contextos distintos, demonstra que o cuidar masculino é heterogéneo, e permite compreender como é que as suas experiências se inscrevem nas transformações demográficas, familiares e sociais que atravessam a sociedade portuguesa.

Mais do que uma questão privada ou exclusivamente familiar, o cuidado revela-se uma questão de cidadania, proteção social, igualdade de género e justiça social. Neste sentido, a sustentabilidade do cuidado depende da capacidade de construir políticas públicas que ultrapassem o mero reconhecimento jurídico do cuidador e assegurem, para além de prestações económicas mais robustas, condições efetivas para cuidar com dignidade, através de respostas de proximidade, descanso, formação, conciliação entre trabalho e vida familiar e acompanhamento.

Os resultados apontam para a urgência de políticas públicas mais robustas e inclusivas, capazes de reconhecer e apoiar efetivamente os cuidadores informais, independentemente do género, e de promover uma distribuição mais equitativa das

responsabilidades de cuidado entre as famílias, o Estado, a comunidade e o mercado. Mais do que reconhecer quem cuida, importa criar condições sociais para que ninguém tenha de suportar sozinho o custo de cuidar.

É neste deslocamento — do reconhecimento individual do cuidador para a responsabilidade coletiva pelo cuidado — que nos parece se deverá situar um dos principais desafios futuros das políticas de cuidado em Portugal.

Referências Bibliográficas

Akouamba, B. S., Audette-Chapdelaine, S., Gheorghiu, I., Lai, H., Wassef, M., Mares, A., & Marcantoni, W. (2025). Male Caregivers: a scoping review of impacts, needs, challenges, and best practices. *Discover Health Systems*, article 104.

Alves, S., Duarte, N., & Gomes, B. (2024). Forecasted Dementia Prevalence in Portugal (2020-2080). *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 37*(5), 403-412. doi:10.1177/08919887241237220.

Antunes, M., & Leandro, M. (2016). *Envelhecimento: Perspetivas, Projetos e Práticas Inovadoras.* Edições Húmus.

Araújo, M., & Soeiro, J. (2021). Trabalho, reconhecimento e justiça social: o caso dos cuidados informais em Portugal. *E-Cadernos CES - Centro Estudos Sociais, Universidade Coimbra*, (35), 37-66. doi:10.4000/eces.6164

Arber, S., & Ginn, J. (1990). The meaning of informal care: Gender and the contribution of elderly people. Ageing & Society , *10*(4), 429-454. doi:10.1017/S0144686X00007406.

Augusto, A. (2014). Metodologias quantitativas/metodologias qualitativas: mais do que uma questão de preferência. *Forum Sociológico [Online], 24,* 73-77. doi:10.4000/sociologico.1073

Bonnet, C., Cambois, E., & Fontaine, R. (2021). Population ageing in high-longevity countries: demographic dynamics and social-economic challenge. *Population*, *76*(2), 217-310. https://www.jstor.org/stable/27093193

Bourdieu, P. (1996). *Razões práticas: Sobre a teoria da acção.* Oeiras: Celta Editora.

Bourdieu, P. (1999). *A dominação masculina.* Oeiras: Celta Editora.

Carvalho, M. I. (Coord.) (2021). *Estudo sobre o Perfil do Cuidador Familiar/Informal da Pessoa Sénior em Portugal: Relatório Científico.* Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Carvalho, M. I., Ribeirinho, C., Costa, D., Costa, J. L., Mesquita, M., Bárrios, M. J., Candeias, M., & Borrego, P. (2026). *(Re)Imaginar os Cuidados no Domicílio em Portugal: Diagnóstico de Necessidades e Propostas para Respostas Inovadoras, Integradas e Sustentáveis.* S4P-25 Policy Brief 8030/2025, PLANAPP – Centro de Planeamento e de Avaliação de Políticas Públicas.

Comas-d'Argemir, D. (2016). Hombres cuidadores: Barreras de género y modelos emergentes. *Psicoperspectivas, individuo y sociedad, 15*(3), 10-22. doi:10.5027/psicoperspectivas-Vol15-Issue3-fulltext-750

Comas-d´Argemir, D. (2019). Cuidados Y derechos: El avance hacia la democratization de los cuidados. *Cuadernos de Antropologia Social*(49), 13-29. doi:10.34096/cas.i49.6190

Comissão de Acompanhamento, Monitorização e Avaliação do Estatuto do Cuidador Informal. (2025). *Estatuto do Cuidador Informal: Monitorização e avaliação do Estatuto do Cuidador Informal*. Lisboa: Instituto da Segurança Social, I. P., & Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.

Connell, R. W., & Messerschmidt, J. W. (2005). *Hegemonic masculinity: Rethinking the concept. Gender & Society, 19(6), 829–859. doi.org/10.1177/0891243205278639*

Creswell, J. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches (4th ed.).* London: SAGE.

Dahl, H. M. (2022). The "care crisis": Its scientific framing and silences. In L. Hansen, H. Dahl e L. Horn (eds), *A care crisis in the Nordic welfare states? Care work, gender equality and welfare state sustainability* (pp. 20-38). Bristol: Bristol University Press.

Daly, M. (2021). The concept of care: Insights, challenges and research avenues in COVID-19 times. *Journal of European Social Policy,* 31(1), 108-118. doi:10.1177/0958928720973923

Daly, M., & Lewis, J. (2000). The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *The British Journal of Sociology, 51*(2), 281-298. doi.org/10.1111/j.1468-4446.2000.00281.x

European Commission (2018). *Informal care in Europe: Exploring formalisation, availability and quality.* Luxembourg: Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion.

Eurocarers. (2019). *Valuing Informal Care in Europe.* Bruxelas: Eurocarers.

Finch, J., & Groves, D. (1983). *A Labour Of Love. Women, Work and Caring.* London: Routledge & Kegan Paul.

Gil, A. P. (2010). *Heróis do Quotidiano – Dinâmicas familiares na dependência.* Lisboa: Ed. Fundação Calouste Gulbenkian.

Gil, A. P. (2020). Os cuidados familiares à luz da teoria da ambivalência sociológica: Os dois lados da moeda. In H. Canhão, A. P. Gil, P. P. Barros, & J. D. Cunha (Eds.), *Psiquiatria social e cultural: Diálogos e convergências* (pp. 399-420). Imprensa da Universidade de Coimbra.

Gil, A. P. (2022). Os cuidados (in)formais numa sociedade envelhecida. in Canhão, H., Gil, A. P., Pita Barros, P. e Branco, J. (coord.) *Desafios do Envelhecimento para a Saúde, a Economia e a Sociedade,* (pp. 127-143). Lisboa: Principia.

Gil, A. P. (2023). Itineraries and contradictions of a family policy: The Informal Caregiver Statute in Portugal. *International Journal of Care and Caring, 7*(3), 1-22. doi:10.1332/239788223X16801795894143

Gil, A. P. (2024). *Quem Cuidará de mim? Problemáticas em Torno dos Cuidados (In)Formais.* Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Gösenbauer, B., Braun, A., & Bilger, M. (2025). Informal long-term care and its gender distribution: A systematic review. *Journal of Integrated Care, 33*(5), 17-35. doi:10.1108/JICA-10-2024-0058.

Graham, H. (1991). The concept of caring in feminist research: The case of domestic service. *Sociology, 25*(1), 61-78. doi: 10.1177/0038038591025001004.

Guerra, I. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo, Sentidos e Formas de Uso.* Principia.

Hochschild, A. R. (2000). Global care chains and emotional surplus value. In W. Hutton & A. Giddens (Eds.), On the edge: Living with global capitalism (pp. 130–146). Jonathan Cape.

Hoffmann, F., & Rodrigues, R. (2010). Informal Carers: who takes care of them. *Policy Brief, Viena: European Centre for Social Welfare Policy and Research*.

INE. (2023). *Estatísticas de Saúde 2021.* Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.

ISS. (agosto de 2026a), consulta ao site *https://www.seg-social.pt/ptss/pssd/estatisticas/estatisticas-cuidador-informal?type=monthly*.

ISS (2026b). Guia prático – Estatuto do Cuidador Informal Principal e Cuidador Informal não Principal (8004 – v1.22). Departamento de Prestações e Contribuições. Consultado em 30 de setembro de 2026, EM https://www.seg-social.pt/ptss/pssd/documento/cmc20e8l500pnkl2y1hmvyxo8?dswid=950

Ilárraz, I. (2024). Hombres cuidadores: cambio de roles de género en los cuidados no profesionales a la dependencia. *Zerbitzuan*, (82), 47-59.

Kramer, B. J., & Thompson, E. H., Jr. (Eds.). (2002). *Men as caregivers: Theory, research, and service implications.* Springer Publishing Company.

Noddings, N. (1984). *Caring: A feminine approach to ethics and moral education.* University of California Press.

OCDE (2019). *Health at a Glance* 2019: OECD Indicators. Paris: OCDE.

OECD. (2023). Health at a glance 2023: OECD indicators. OECD Publishing.

doi.org/10.1787/7a7afb35-en

OCDE & Comissão Europeia. (2024). *Health at a Glance: Europe 2024:* State of health in the EU cycle. OECD Publishing. doi.org/10.1787/b3704e14-en

Osório, A., & Pinto, F. (2007). *As Pessoas Idosas: Contexto Social e Intervenção Educativa.* Lisboa: Instituto Piaget.

Parker, R. (1981). Tending and social policy. In E. Goldberg & S. Hatch (Eds.), *A new look at the personal social services: Discussion paper* (pp. 22-44). London: Policy Studies.

Paúl, C., & Ribeiro, O. (Coords.). (2012). *Manual de gerontologia: Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento.* Lisboa: Lidel.

Perista, H., Cardoso, A., Brázia, A., Abrantes, M., & Perista, P. (2016). *Os Usos do Tempo de Homens e de Mulheres em Portugal.* Lisboa: CESIS.

Prince, M. J., Wimo, A., Guerchet, M. M., Ali, G. C., Wu, Y.-T., & Prina, M. (2015). World Alzheimer report 2015: The global impact of dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. Alzheimer's Disease International. https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2015.pdf

Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais (5.ª ed.).* Lisboa: Gradiva.

Ribeiro, O. (2007). *O Idoso Prestador Informal de Cuidados: Estudo sobre a experiência masculina do cuidar.* Dissertação de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

Ribeiro, O., Paúl, C., & Nogueira, C. (2007). Real men, real husbands: Caregiving and masculinities in later life. *Journal of Aging Studies, 21*(4), 302–313. doi:10.1016/j.jaging.2007.05.005.

São José, J. (2009). *Cuidar de um familiar Idoso dependente: Trajetórias de cuidar e seus significados, Tese de Doutoramento em Ciências Sociais, Especialidade Sociologia Geral.* Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

São José, J. (2012). A divisão dos cuidados sociais prestados a pessoas idosas: Complexidades, desigualdades e preferências. *Sociologia, Problemas e Práticas, 69,* (63–85). doi: 10.7458/SPP201269787.

São José, J. (2016). What are we talking about when we talk about care? A Conceptual Review of the Literature. *Sociologia, Problemas e Práticas, 81*(57–74). doi:10.7458/SPP2016816958.

São José, J., Wall, K., & Correia, S. V. (2006). Trabalhar e Cuidar de um Idoso Dependente: Problemas e Soluções. *Cadernos Sociedade e Trabalho*, (7), 119–154.

Soeiro, J., & Araújo, M. (2020). Rompendo uma clandestinidade legal: Génese e evolução do movimento de cuidadores e cuidadoras informais em Portugal. *Cidade, Comunidades e Territórios*(40), 47-66. doi:10.15847/cct.jun2020.040.doss-art04

Spendelow, J. S., Adam, L. A., & Fairhurst, B. R. (2017). Coping and adjustment in informal male carers: A systematic review of qualitative studies. *Psychology of Men & Masculinity, 18*(2), 134-143. doi:10.1037/men0000049.

Teixeira, A. R., Alves, B., Augusto, B., Fonseca, C., Nogueira, J. A., Almeida, M. J., ... Nascimento, R. (2017). *Medidas de Intervenção junto dos Cuidadores Informais: Documento enquadrador, perspetivas nacionais e internacionais.* Lisboa: Gabinete de Estratégia e Planeamento, Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social.

Tronto, J. C. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care.* Londres: Routledge.

Ungerson, C. (1990). *Gender and caring: Work and welfare in Britain and Scandinavia.* Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.

WHO. (2015). *World Report on Ageing and Health.* Genebra: WHO.

WHO. (2020). Decade of healthy ageing 2020–2030. https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/full-decade-proposal/decade-proposal-fulldraft-en.pdf

Legislação

Resolução da Assembleia da República n.º 130/2016, de 18 de julho: Recomenda ao Governo medidas de apoio aos cuidadores informais e a aprovação do seu estatuto. Diário da República, 1.ª série, n.º 136.

Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro: Aprova o Estatuto do Cuidador Informal, altera o Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social e a Lei n.º 13/2003, de 21 de maio. Diário da República, 1.ª série, n.º 171

Lei n.º 13/2023, de 3 de abril: Altera o Código do Trabalho e legislação conexa, no âmbito da agenda do trabalho digno. Diário da República, 1.ª série, n.º 66. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/13-2023-211340863

Lei n.º 20/2024, de 8 de fevereiro: Alteração ao regime do Estatuto do Cuidador Informal, aprovado em anexo à Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro. Diário da República, 1.ª série, n.º 28.

Decreto-Lei n.º 86/2024, de 6 de novembro: Procede à segunda alteração ao Estatuto do Cuidador Informal, aprovado em anexo à Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro. Diário da República, 1.ª série, n.º 215.

Decreto-Lei n.º 138/2025, de 29 de dezembro: Altera o Estatuto do Cuidador Informal, aprovado pela Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, e o Decreto Regulamentar n.º 5/2024, de 6 de novembro. Diário da República, 1.ª série, n.º 249.

Decreto Regulamentar n.º 1/2022, de 10 de janeiro: Estabelece os termos e as condições do reconhecimento do estatuto de cuidador informal bem como as medidas de apoio aos cuidadores informais e às pessoas cuidadas. Diário da República, 1.ª série, n.º 6.

Decreto Regulamentar n.º 5/2024, de 6 de novembro: Procede à primeira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 1/2022, de 10 de janeiro, que estabelece os termos e as condições do reconhecimento do estatuto de cuidador informal bem como as medidas de apoio aos cuidadores informais e às pessoas cuidadas. Diário da República, 1.ª série, n.º 215.

Portaria n.º 335-A/2023, de 3 de novembro: Define e estabelece os termos e as condições para o descanso do cuidador informal e procede à sétima alteração à Portaria n.º 196-A/2015, de 1 de julho, na sua redação atual. Diário da República, 1.ª série, n.º 213, 1.º suplemento.

Portaria n.º 21/2026/1, de 21 de janeiro: Procede à primeira alteração à Portaria n.º 335-A/2023, de 3 de novembro, que define e estabelece os termos e as condições para o descanso do cuidador informal, e cria o projeto-piloto da Bolsa de Cuidadores. Diário da República, 1.ª série, n.º 14.

Anexos

Anexo 1 – Declaração – Pedido de autorização ao ISS para realizar o estudo



SEGURANÇA SOCIAL

INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL, I.P.

Declaração

Dados para Investigação

Dados do estudo

1

Título do projeto

O Cuidar Informal Masculino: Estudo sobre Vivências e Necessidades de Homens com Estatuto de Cuidador Informal

Enquadramento *(estudo no âmbito de mestrado, doutoramento, projeto de investigação financiado e respetiva instituição de ensino/científica)*

Estudo no âmbito da Tese do Curso de Mestrado em Sociologia, pela Faculdade de Letras, da Universidade do Porto

Descrição *(breve resumo, objetivos e hipóteses científicas)*

O estudo pretende cruzar a problemática do envelhecimento e a necessidade crescente de cuidados e procura de cuidadores, num contexto de aprovação recente do Estatuto do Cuidador Informal. Embora todos os estudos e estatísticas nacionais e internacionais continuem a destacar as mulheres como maioritárias na prestação dos cuidados informais, também apontam para uma crescente participação dos homens na cena dos cuidados. Centrando a análise no cuidar informal masculino, tem como objetivos: identificar as características sociodemográficas dos cuidadores homens com Estatuto do Cuidador Informal (ECI) e das pessoas de quem cuidam; conhecer as trajetórias e razões deste cuidar informal masculino; identificar a natureza dos cuidados, os tempos e os recursos; conhecer os custos e benefícios do cuidar informal masculino e identificar necessidades, dificuldades e as estratégias de coping dos cuidadores homens.

Metodologia *(instrumentos de investigação e tratamento de dados)*

Este estudo vai seguir uma metodologia de carácter qualitativo. A recolha da informação será efetuada com recurso à entrevista individual semiestruturada, acompanhada de um breve questionário sociodemográfico. Utilizar-se-á uma amostra intencional, constituída entre 10-15 cuidadores homens com Estatuto como Cuidador Informal (ECI) reconhecido pela Segurança Social no concelho de V. N. Gaia, com diversidade na idade, escolaridade e nível rendimento do cuidador e tipo e grau de dependência da pessoa cuidada. O tratamento dos dados será com recurso a análise de conteúdo, de acordo com as dimensões e as componentes de análise que resultaram da revisão da literatura.

Resultados esperados

O trabalho empírico desta dissertação pretende contribuir para um maior conhecimento do cuidar informal masculino. Reconhecendo a heterogeneidade dos cuidadores informais o que se espera é uma análise das ações, significados e interpretações que individualmente os cuidadores homens atribuem às suas práticas.

Cronograma

Abril/2025 - Aguarda-se as autorizações devidas e recolha prévia por parte do ISS dos consentimento dos participantes no estudo
Maio/2025 - aplicação das entrevistas
Junho/2025 - análise do conteúdo das entrevistas
Julho/2025 - entrega da Tese de Dissertação

Variáveis de dados solicitadas e respetiva desagregação

Embora todos os estudos e estatísticas nacionais e internacionais, continuem a destacar as mulheres como maioritárias na prestação dos cuidados informais, também apontam para uma crescente participação dos homens, dando ênfase principalmente aos cuidados prestados por conjugues homens, com mais de 65 anos. Assim, e com o objetivo de retratar essa realidade nos cuidadores informais com ECI solicitávamos os seguintes dados:
- desagregar os dados já publicados sexo/escalão etário do cuidador, por tipo de ECI (principal e não principal), total e Gaia
- desagregar os dados do sexo/escalão etário do cuidador, por referência ao tipo de relação mantida com a PC, total e Gaia
Se possível pedia ainda:
- Valor médio global das Escalas de Zarit anotas nos PIE´s; valor médio das Zarit´s por sexo do cuidador; tipos de ação anotados nos PIE´s por sexo do cuidador.

www.seg-social.pt | PRC 09/2024 | Página 1/2

2 Declarações

- A/O Faculdade de Letras da Universidade do Porto com morada em
  nome da instituição de ensino/científica

aqui representada pelo/a Diretora no âmbito do estudo identificado,
cargo

- **declara** que a informação recebida do Instituto da Segurança Social, I.P. (ISS, I.P.) e descrita acima, destina-se exclusivamente a uso próprio ou da entidade por si representada e não será comercializada ou utilizada para fins diferentes de trabalhos académicos ou de investigação, não remunerados;
- **tem conhecimento** que a utilização da informação agora disponibilizada para outros fins além do direito normal de citação, carece de autorização prévia do ISS, I.P., em termos a acordar;
- **compromete-se** a mencionar a fonte da informação da seguinte forma "Fonte: Instituto da Segurança Social, I.P.", ainda que apenas utilizada como suporte de análise, estudos, quadros ou gráficos.

Data

____ - __ - __ -
ano mês dia

Assinatura e carimbo da instituição de ensino/científica



3 Informações

Documentos a apresentar

Esta declaração deve ser enviada juntamente com o projeto de estudo aprovado pela entidade de ensino e pelo orientador.

Anexo 2 – Consentimento Informado para o Instituto da Segurança Social

SEGURANÇA SOCIAL | INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL I.P

Declaração

Consentimento Informado

Esta declaração é composta por 3 páginas: após leitura e concordância, as páginas 1 e 2 devem ser entregues ao participante e a página 3 (consentimento) deve ser entregue ao investigador, depois de assinada.

1 Dados do estudo

Título do projeto

O Cuidar Informal Masculino: Estudo sobre Vivências e Necessidades de Homens com Estatuto de Cuidador Informal

Enquadramento *(estudo no âmbito de mestrado, doutoramento, projeto de investigação financiado e respetiva instituição de ensino/científica)*

Estudo no âmbito da Tese do Curso de Mestrado em Sociologia, pela Faculdade de Letras, da Universidade do Porto

Descrição *(breve resumo, objetivos e hipóteses científicas)*

O estudo pretende cruzar a problemática do envelhecimento e a necessidade crescente de cuidados e procura de cuidadores, num contexto de aprovação recente do Estatuto do Cuidador Informal. Embora todos os estudos e estatísticas nacionais e internacionais continuem a destacar as mulheres como maioritárias na prestação dos cuidados informais, também apontam para uma crescente participação dos homens na cena dos cuidados. Centrando a análise no cuidar informal masculino, tem como objetivos: identificar as características sociodemográficas dos cuidadores homens com Estatuto do Cuidador Informal (ECI) e das pessoas de quem cuidam; conhecer as trajetórias e razões deste cuidar informal masculino; identificar a natureza dos cuidados, os tempos e os recursos; conhecer os custos e benefícios do cuidar informal masculino e identificar necessidades, dificuldades e as estratégias de coping dos cuidadores homens.

2 Dados pessoais

2.1. Responsabilidade

▸ A/O Faculdade de Letras, da Universidade do Porto *(nome da instituição de ensino/científica)* é responsável pelo tratamento dos seus dados pessoais. Os dados recolhidos são tratados exclusivamente para as finalidades do estudo, tendo como base legal o seu consentimento.

Regulamento Geral de Proteção de Dados, artigo 6.º, n.º 1, alínea a) e/ou artigo 9.º, n.º 2, alínea a)

▸ O estudo é realizado por Maria de Lurdes João Cameirão *(nome do investigador/a)*. Caso pretenda esclarecer alguma dúvida, partilhar algum comentário ou exercer os seus direitos relativos ao tratamento de dados pessoais (solicitar o acesso, retificar, apagar ou limitar o tratamento), utilize o seguinte endereço de correio eletrónico:

up200001219@edu.letras.up.pt *(e-mail do investigador/a)*.

▸ A/O Faculdade de Letras, da Universidade do Porto *(nome da instituição de ensino/científica)* tem um Encarregado de Proteção de Dados, contactável através do endereço de correio eletrónico dpo@reit.up.pt *(e-mail do Encarregado de Proteção de Dados)*.

Pode ainda exercer o direito de apresentar reclamação à Comissão Nacional de Proteção de Dados (www.cnpd.pt).

Dados pessoais (continuação)

2.2. Tratamento

- Os seus dados pessoais serão conservados por **tempo estritamente necessários ao estudo e destruídos posteriormente**
  tempo, critério ou momento do estudo em que serão destruídos ou anonimizados

garantindo-se o seu anonimato. Os resultados do estudo são apenas divulgados para efeitos estatísticos, de ensino, comunicação em encontros ou publicações científicas.

- Não existem riscos significativos expectáveis associados à sua participação no estudo.[1]

- A/O **Faculdade de Letras da Universidade do Porto** não divulga ou partilha com terceiros a informação relativa aos seus dados pessoais.
  instituição de ensino/científica

- Não está prevista subcontratação ou partilha de dados com outras equipas de investigação ou entidades prestadoras de serviços.[2]

- Não haverá lugar a transferência de dados pessoais para um país terceiro ou uma organização internacional fora do Espaço Económico Europeu.[3]

- O tratamento de dados pessoais não envolve decisões automatizadas, incluindo a definição de perfis.[4]

Regulamento Geral de Proteção de Dados, artigo 22.º, n.º 1 e n.º 4

[1] Caso existam, deve o/a investigador/a informar os participantes em que consistem e quais as medidas adotadas para reduzir/controlar os seus efeitos.
[2] Em caso de subcontratação ou partilha de dados com outras equipas de investigação ou entidades prestadoras de serviços, deve o/a investigador/a identificar essas equipas de investigação e entidades prestadoras de serviços.
[3] Em caso de transferência de dados pessoais para um país terceiro ou uma organização internacional fora do Espaço Económico Europeu, deve o/a investigador/a informar os participantes e assinalar a existência ou não de uma decisão de adequação adotada pela Comissão Europeia; caso não exista essa decisão de adequação, deve informar os participantes sobre os riscos que podem decorrer da sua participação no estudo e de medidas adotadas para os mitigar.
[4] Caso o tratamento de dados pessoais envolva decisões automatizadas, deve o/a investigador/a informar os participantes da lógica subjacente, bem como da importância e consequências previstas deste tratamento.

Condições de participação

- A participação neste estudo é **confidencial**. Os seus dados pessoais serão sempre tratados por pessoal autorizado ao dever de sigilo e confidencialidade. A/O **Faculdade de Letras da Universidade do Porto** garante a utilização das técnicas, medidas organizativas e de segurança adequadas para proteger as informações pessoais. É exigido a todos os investigadores que mantenham os dados pessoais confidenciais.
  instituição de ensino/científica

- A participação neste estudo é **voluntária**: pode escolher participar ou não participar. Se escolher participar, pode interromper a participação e retirar o consentimento para o tratamento dos seus dados pessoais em qualquer momento, sem ter de justificar. A retirada de consentimento não afeta a legalidade do tratamento anteriormente efetuado com base no consentimento prestado.

4 Consentimento

Declaro que:

- compreendi os objetivos do estudo;
- tive a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o estudo;
- todas as minhas dúvidas foram esclarecidas;
- aceito participar no estudo;
- consinto que os meus dados pessoais sejam tratados de acordo com as informações que me foram disponibilizadas.

Data

____ - __ - __
ano mês dia

Assinatura

Assinatura do participante.

Apêndices

Apêndice 1 – Guião da entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. **Introdução e Contextualização**

Apresentação do entrevistador

Identificar o objetivo da entrevista

Leitura e assinatura do Consentimento Informado

2. **Caraterização sociodemográfico do cuidador e da pessoa(s) cuidadas (PC):**

Codificação do entrevistado _____

Idade: _____

Estado Civil: _____

Habilitações Literárias: _____

Situação perante o trabalho: _____

Profissão que exerce/ou exerceu: _____

Composição agregado familiar: _____

Rendimentos do agregado: Menos de 1 SMN _____

Entre 1 e 2 SMN _____

Entre 2 e 3 SMN _____

Mais de 3 SMN _____

Longevidade do cuidado: _____

Tipo de ECI (principal ou não principal) _____

Cuidador coabitante ou não coabitante com a PC _____

Grau de parentesco/relação com a pessoa cuidada: _____

Idade da Pessoa cuidada _____

Diagnóstico principal e/ou secundário: _____

Tipo de dependência: Física _____; Cognitiva _____ Ambas _____

Grau dependência (1º ou 2º grau) _____

3. **Entrevista**

Gostaria que falasse um pouco sobre a sua situação atual e dos cuidados que presta à pessoa que está em situação de dependência.

1. Pode-me dizer qual é a relação de parentesco que tem com a pessoa a quem presta cuidados? Quando e porque começou a prestar cuidados a essa pessoa?

2. Que tipo de cuidados e tarefas presta? (AVD´s, AIVD`s; apoio socio emocional, coordenação e cuidados holísticos)

3. Quanto tempo dedica a prestação desses cuidados?

4. O que é que mudou na sua vida desde que começou a prestar esses cuidados? (campo pessoal/saúde, familiar, social, laboral, económico)

5. O que é que lhe custa mais na sua situação? Quais são as suas principais necessidades ou preocupações? Conseguiu resolver ou ultrapassar essas dificuldades?

6. Tem alguém a quem possa recorrer para o ajudar a prestar os cuidados? Se sim, quem são essas pessoas e que tipo de ajuda recebe?

7. Partilha os cuidados com mais alguém? Quem? E como é feita essa partilha? (cuidadores executantes, decisores e secundários; participação ou não de serviços pagos: informais ou formais; públicos; privados lucrativos ou não lucrativos)

8. O que é que significa para si o ato de cuidar? Como é que qualifica a sua experiência de cuidar? Como é que se sente? Que sentimento experiencia associados ao ato de cuidar?

9. O que é mais significativo para si no ato de cuidar?

10. Que aprendizagens tira para si como cuidador?

11. Alguma vez se imaginou a cuidar/garantir cuidados a alguém? O facto de ser homem interfere na forma como presta os cuidados? Sente mais ou menos dificuldades na prestação dos cuidados pelo fato de ser homem? O que é que lhe custa mais fazer?

12. O que pensa do facto de os homens terem que ser cuidadores? Como acha que a sociedade olha para os homens cuidadores?

13. O Senhor tem o Estatuto reconhecido pela Segurança Social como cuidador Informal.

    a) O que o levou a pedir o ECI?
    b) Conhece os seus direitos enquanto cuidador informal?
    c) O ECI tem sido útil para si? Em que aspetos?

14. Se pudesse mudar algo no sistema de apoio ao cuidador, o que mudaria? Que tipo de apoios é que ainda fazem falta aos cuidadores informais? E aos homens cuidadores, em particular?

4. Encerramento

Há mais alguma coisa que gostaria de partilhar acerca da sua experiência de cuidador informal?

Muito obrigada pela colaboração. As suas respostas são muito importantes para este estudo. Se tiver alguma dúvida pode contatar-me pelo telemóvel nº 96----. Mais uma vez ressalvo que todas as informações partilhas serão confidenciais, serão usadas apenas para a elaboração de uma tese de mestrado.

Apêndice 2 – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Título do estudo: *O Cuidar Informal Masculino: Estudo sobre Vivências e Necessidades de Homens com Estatuto de Cuidador Informal*

Enquadramento: Trata-se de um estudo qualitativo, realizado no âmbito do Mestrado em Sociologia, pela Faculdade de Letras, da Universidade do Porto, orientado pela Professora Dr.ª Maria Isabel Dias.

Explicação do Estudo: O objetivo deste estudo é compreender as vivências e necessidades dos homens que exercem o papel de cuidadores informais, considerando o atual enquadramento legal do Estatuto do Cuidador Informal.

Participação na pesquisa: A participação consistirá numa entrevista individual com a duração aproximada de 1h, que será gravada. Esta gravação será depois transcrita para fins de análise, de forma totalmente anónima que será destruída mal termine o estudo.

Condições e financiamento: O presente estudo não apresenta qualquer despesa ou risco para si.

Confidencialidade e anonimato: Garante-se total anonimato e confidencialidade a respeito da informação obtida, sendo esta utilizada unicamente para fins académicos. A participação neste estudo é totalmente livre e pessoal, com direito a abandoná-lo no seu decurso, sendo respeitado o direito à reserva pessoal no que concerne às questões/temas abordados no decurso da entrevista.

Nome do participante _____, declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela investigadora. Desta forma, aceito participar neste estudo, realizado no âmbito da Tese de Dissertação de Mestrado em Sociologia, pela Faculdade de Letras, da Universidade do Porto, com o título "*O Cuidar Informal Masculino: Estudo sobre Vivências e Necessidades de Homens com Estatuto de Cuidador Informal*", fornecendo a informação de forma informada e voluntária.

Assinatura: _____ **Data:** ___/___/_____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

Apêndice 3 – Grelha de análise da entrevista

Grelha de análise da entrevista

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	SÍNTESE/ANÁLISE	EXCERTOS DAS ENTREVISTAS
Contexto atual do cuidador	Tipo de cuidado, rotina, grau de envolvimento		
Início da prestação de cuidados	Relação com a pessoa cuidada,		
	Motivação, circunstância de início		
Tipos de cuidados prestados	AVD, AIVD, cuidados emocionais, coordenação, cuidados holísticos		
Tempo despendido	Horas/dia, frequência, continuidade		
Impacto do cuidado	Pessoal,		
	saúde,		
	social,		
	familiar,		
	laboral,		
	económico		
Dificuldades e necessidades	Emocionais,		
	físicas,		
	materiais,		
	relacionais		
Rede de apoio	Informal (família, amigos),		
	formal (serviços sociais/saúde), tipo de apoio		
Partilha de cuidados	Cuidadores secundários, partilha por função, apoio pago ou não pago, institucional		
Significado subjetivo do cuidar	Valores atribuídos ao cuidado, sentimentos associados, realização, exaustão		

Elementos significativos da experiência	Vínculo, reconhecimento, desenvolvimento pessoal		
Aprendizagens	transformação pessoal; Competências desenvolvidas, mudanças de perspetiva		
Identidade de género no cuidar	Expectativas sociais		
	barreiras de género		
	tarefas difíceis		
Perceção social do homem cuidador	Estigma, reconhecimento, normatividade		
Adesão ao ECI	Motivações para requerer o estatuto		
	processo		
Conhecimento e utilidade do ECI	Direitos conhecidos, acesso, benefícios práticos		
Avaliação dos apoios e sugestões	Lacunas identificadas, propostas de melhoria, apoios desejados, com foco nos homens		
Considerações finais	Narrativas espontâneas, temas emergentes		

Apêndice 4 – Contextos de entrada no cuidar e organização das práticas de cuidado

Entrevistado	Contexto e início do cuidar	Tipo de entrada no cuidar	Configuração do cuidado
E1	Homem, solteiro, de 33 anos, cuidador principal e exclusivo do pai há 4 anos. A entrada no cuidar ocorreu de forma súbita, após o falecimento da mãe, até então principal cuidadora. Filho único, assume cuidados permanentes, sem rede de apoio significativa. O pai apresenta patologia psiquiátrica grave associada a demência.	Entrada súbita por substituição familiar após evento crítico	Cuidado filial exclusivo e intensivo, em contexto de isolamento
E2	Homem, de 67 anos, unido de facto, reformado, cuidador do pai de 92 anos, há mais de dez anos. O cuidado surgiu de forma gradual, associado ao agravamento da dependência física e cognitiva dos pais, tendo anteriormente cuidado também da mãe, entretanto falecida.	Entrada gradual associada ao envelhecimento e agravamento progressivo da dependência	Cuidado filial prolongado, partilhado com rede familiar e cuidadora informal paga
E3	Homem, casado, de 66 anos, cuidador da mãe de 94 anos, há nove anos. O início do cuidar resultou da conjugação de desemprego, insuficiência económica e agravamento da dependência materna. Conta com apoio da esposa, ainda integrada no mercado de trabalho.	Entrada gradual condicionada por fatores económicos e familiares	Cuidado filial partilhado em contexto conjugal
E4	Homem, casado, de 60 anos, cuidador principal do filho de 12 anos com necessidades especiais. A prestação de cuidados iniciou-se após decisão familiar associada ao desemprego do cuidador e à incompatibilidade laboral da esposa.	Entrada negociada no contexto familiar	Cuidado parental intensivo e permanente, apoio parcial da esposa
E5	Homem, de 62 anos, cuidador da companheira de 67 anos, dependente há cerca de sete anos devido a osteoporose grave. O agravamento progressivo da dependência da esposa coincidiu com períodos de desemprego e precariedade laboral do cuidador. Beneficia de apoio parcial informal pago.	Entrada gradual associada ao agravamento da doença e vulnerabilidade laboral	Cuidado conjugal intensivo com apoio informal pago
E6	Homem, de 80 anos, cuidador da esposa há 2 anos, após episódio súbito de AVC e ataque cardíaco. Assume cuidados físicos, vigilância e gestão quotidiana. Conta com apoio dos filhos e cuidadora informal paga.	Entrada súbita após episódio agudo de doença	Cuidado conjugal intensivo com apoio familiar e informal pago
E7	Homem, casado, de 60 anos, cuidador principal da mãe de 96 anos, há cerca de quatro anos. O cuidado iniciou-se após o afastamento da irmã, até então a sua cuidadora. Reformou-se antecipadamente para assegurar os cuidados.	Entrada súbita por ausência de alternativa familiar	Cuidado filial intensivo, com apoio parcial da esposa
E8	Homem, de 72 anos, cuidador principal da esposa de 80 anos, com Alzheimer, há cerca de dezoito anos. O cuidado desenvolveu-se progressivamente, acompanhando a evolução da doença. Reformou-se antecipadamente, mas mantém ainda alguma atividade profissional.	Entrada gradual associada à progressão da doença neurodegenerativa	Cuidado conjugal prolongado com suporte informal e formal pago
E9	Homem, de 66 anos, cuidador da esposa de 61 anos, portadora de doença neurológica, há mais de dez anos. Os cuidados intensificaram-se após agravamento da dependência, coincidindo com situação de desemprego.	Entrada gradual associada à progressão da doença e desemprego	Cuidado conjugal intensivo articulado com apoio formal
E10	Homem, de 42 anos, cuidador da esposa de 40 anos, em situação de doença prolongada. O cuidado iniciou-se abruptamente após alta hospitalar. Trabalhador do setor bancário, recorreu a baixa médica prolongada para assegurar os cuidados.	Entrada súbita após doença grave incapacitante	Cuidado conjugal intensivo conciliado com suspensão laboral e apoio familiar parcial
E11	Homem, divorciado, de 63 anos, cuidador da mãe de 98 anos. O cuidado desenvolveu-se progressivamente após regresso à coabitação materna, no contexto do divórcio e desemprego, intensificando-se com o agravamento da dependência associada a quadro demencial.	Entrada gradual associada à coabitação pós-divórcio, desemprego e progressão da dependência	Cuidado filial prolongado, com apoio familiar parcial
E12	Homem, de 67 anos, cuidador da esposa de 61 anos após AVC há dez anos. A entrada no cuidar ocorreu de forma súbita, levando posteriormente à reforma antecipada.	Entrada súbita após evento incapacitante	Cuidado conjugal intensivo e exclusivo
E13	Homem, solteiro, de 25 anos, profissional de um serviço público por turnos, cuidador do pai com demência frontotemporal e insuficiência renal. Iniciou o cuidado ainda na menoridade, intensificado após divórcio dos pais, num contexto de ausência de outros familiares disponíveis.	Entrada precoce por obrigação filial e ausência de outro suporte familiar	Cuidado filial precoce articulado com apoio formal e informal
E14	Homem, solteiro, de 33 anos, quadro superior na área informática, cuidador do avô há cerca de cinco anos. O envolvimento surgiu após morte da avó e agravamento da fragilidade do avô, sobretudo durante a pandemia.	Entrada gradual por reorganização familiar	Cuidado intergeracional partilhado com rede familiar e apoio formal e informal pago

Fonte: Elaborado pela própria