



Oportunidade de carreiras para homens no Setor de Cuidados

**OpenCARE – Modelo de relatório da UE
Resultado 2.3**

Cofinanciado pela União Europeia. As opiniões e pontos de vista expressos são, no entanto, da exclusiva responsabilidade do(s) autor(es) e não refletem necessariamente os da União Europeia ou da Comissão Europeia. Nem a União Europeia nem a Comissão Europeia podem ser responsabilizadas por eles.



Co-funded by
the European Union

101190943



Índice

Resumo	4
1. Introdução	6
1.1 Contexto e Enquadramento	6
1.2 Visão geral do projeto	7
1.3 Objetivos da investigação	8
1.4 Estrutura do relatório	9
1.5 Definições e conceitos-chave	10
1.6 Breve histórico e enquadramento sobre a forma como cada país organiza os cuidados a adultos mais velhos	12
2. Metodologia	15
2.1 Desenho e abordagem da investigação	15
2.2 Métodos de recolha de dados	15
2.2.1 Estratégia de amostragem	15
2.3 Instrumentos de recolha de dados:	15
2.4 Plano de análise de dados	16
2.5 Considerações éticas	16
3. Principais conclusões	17
3.1 Caracterização demográfica	17
3.1.1 Dados demográficos dos cuidadores formais homens	17
3.1.2 Dados demográficos dos prestadores de cuidados/empregadores	24
3.1.3 Dados demográficos dos recetores de cuidados	29
3.2 Perspetivas comparativas de cinco países europeus	37
3.2.1 Experiências e desafios dos cuidadores formais homens	37
3.2.2 Perceções das entidades empregadoras e prestadores de cuidados	41
3.2.3 Perspectivas dos recetores de cuidados	45
3.3 Comparação entre países	49
3.3.1 Portugal: inclusão emergente e reconhecimento profissional	50
3.3.2 Itália: Estereótipos persistentes e mudanças emergentes	51
3.3.3 França: Igualdade profissional e inovação organizacional	51
3.3.4 Roménia: Barreiras culturais e baixo reconhecimento	52
3.3.5 Chipre: Entrada pragmática e aceitação em evolução	52
4. Recomendações políticas e práticas	53
5. Conclusão – Mensagens-chave	60
6. Referências Bibliográficas	62
7. ANEXOS	64
7.1 ANEXO I: TRADUÇÕES.	64

Resumo

O presente relatório analisa a participação e as experiências dos homens nos cuidados de longa duração em cinco países europeus (França, Itália, Portugal, Roménia e Chipre). Desenvolvido pela parceria OpenCARE, o estudo examina as dinâmicas de género no cuidado e desafia a ideia do trabalho de cuidado como uma “vocação feminina”. Contribui para a Estratégia Europeia para os Cuidados (2022) e para a Estratégia para a Igualdade de Género (2020–2025), ao abordar a escassez de mão de obra, promover a inclusão e reforçar a igualdade no setor dos cuidados.

ÂMBITO E MÉTODOS DA NOSSA INVESTIGAÇÃO

O estudo combinou métodos qualitativos, incluindo entrevistas semiestruturadas e grupos focais, para recolher dados de três grupos principais de partes interessadas:

- Cuidadores formais masculinos, para explorar motivações, experiências e desafios percebidos;
- Entidades prestadores de cuidados/empregadores, para avaliar as práticas institucionais e as barreiras ao recrutamento;
- Beneficiários de cuidados, para compreender as perceções, os níveis de conforto e as atitudes em relação aos cuidadores masculinos.

Participaram um total de 136 pessoas nos cinco países. Os dados foram codificados tematicamente para identificar tendências comuns e específicas de cada país.

PRINCIPAIS CONCLUSÕES DA INVESTIGAÇÃO

Os resultados destacam temas comuns e nuances específicas de cada país, revelando, contudo, um padrão geral de sub-representação e persistência de preconceitos de género nos cuidados de longa duração.

1) Motivações e identidade dos cuidadores formais homens

Os cuidadores formais homens escolhem frequentemente o trabalho de cuidados por motivos pessoais ou altruístas, desafiando normas tradicionais de masculinidade, mas enfrentando incompreensão social.

2) Estereótipos e distribuição de tarefas no local de trabalho

Os cuidadores formais homens são muitas vezes atribuídos a funções físicas ou técnicas, reforçando visões de género e limitando o reconhecimento das suas competências emocionais.

3) Integração dos cuidadores formais homens e perceção por colegas e recetores de cuidados

A maioria sente-se aceite após a criação de confiança, embora alguma resistência persista, especialmente em situações de cuidado íntimo.

4) As perspetivas dos empregadores

Os empregadores valorizam a diversidade de género, mas carecem de estratégias para recrutar e apoiar os cuidadores formais homens. As culturas institucionais continuam a ser largamente feminizadas.

5) As barreiras sistémicas e culturais identificadas

Os baixos salários, a progressão limitada e as expectativas culturais desencorajam os homens a entrar ou permanecer no trabalho de cuidados de longa duração.

6) As perspetivas dos beneficiários dos cuidados

Os beneficiários valorizam principalmente a empatia e a competência em detrimento do género, e as experiências positivas reduzem o preconceito inicial.

RELEVÂNCIA POLÍTICA DA NOSSA INVESTIGAÇÃO

Os resultados apoiam os objetivos da Estratégia Europeia para os Cuidados e da Estratégia da UE para a Igualdade de Género (2020–2025). Apela à ação para reduzir a segregação de género nos cuidados, criando caminhos de entrada para cuidadores formais homens, melhorando os sistemas de recrutamento e formação, e promovendo o cuidado como uma área profissional neutra em termos de género. O estudo recomenda também campanhas de sensibilização para desestigmatizar cuidadores formais homens, culturas de trabalho mais inclusivas e integração de perspetivas de género nas estratégias nacionais e regionais de cuidados.

RECOMENDAÇÕES E AÇÕES FUTURAS

Com base nestas conclusões, a parceria OpenCARE propõe várias recomendações práticas para promover inclusão e igualdade nas profissões de cuidados:

Visibilidade das suas histórias: Incentivar cuidadores formais homens a partilhar as suas experiências publicamente através de testemunhos, vídeos curtos ou eventos de sensibilização locais, para inspirar outros homens a ingressar no setor.

Fomentar espaços de aprendizagem entre pares e workshops sobre género: Propor sessões para cuidadores de todos os géneros refletirem sobre desafios, trabalho emocional e identidade profissional.

Promover estratégias de recrutamento mais inclusivas: Criar campanhas sensíveis ao género, focadas em competências, valores e impacto social do trabalho de cuidados, e sensibilizar recrutadores e diretores de instituições.

Integração nas políticas públicas: Defender a inclusão de metas de participação masculina ou mecanismos de monitorização nos planos regionais e nacionais de recursos humanos na área dos cuidados. Promover também carreiras de cuidados junto das gerações mais jovens.

Promoção junto das gerações mais jovens: Incentivar carreiras no setor dos cuidados nas escolas, através de testemunhos de profissionais, para inspirar rapazes a considerar e seguir carreiras na área.

CONTRIBUIÇÃO PARA A ESTRATÉGIA EUROPEIA PARA OS CUIDADOS

Este relatório contribui diretamente para a Estratégia Europeia para os Cuidados (2022), abordando dois dos seus pilares principais: sustentabilidade da força de trabalho e qualidade dos cuidados. Ao promover uma participação equilibrada entre géneros, apoia esforços para responder a carências laborais, melhorar as condições de trabalho e reforçar o reconhecimento social das profissões de cuidado.

Alinha-se também com a Estratégia da UE para a Igualdade de Género (2020–2025), ao desafiar a segregação ocupacional, promover sistemas de educação e emprego inclusivos e reforçar a igualdade nas políticas de proteção social e equilíbrio entre vida profissional e pessoal.

Deste modo, a parceria OpenCARE oferece uma contribuição prática e baseada em evidência para um ecossistema de cuidados mais justo e

inclusivo, que reconhece o cuidado como direito humano e responsabilidade social partilhada, aberto a todos os géneros.

1. Introdução

1.1 Contexto e Enquadramento

Nas últimas décadas, a Europa tem vindo a sofrer profundas alterações demográficas, impulsionadas pelo aumento da esperança média de vida, pelos avanços médicos e pela diminuição das taxas de fertilidade. Estas tendências contribuem para o crescimento contínuo da população idosa, muitos dos quais vivem com doenças crónicas ou limitações funcionais, gerando uma procura crescente por serviços de cuidados de longa duração (CLD). As projeções sugerem que o número de cidadãos da UE que necessitam de cuidados aumentará de cerca de 19,5 milhões em 2016 para aproximadamente 23,6 milhões em 2030, podendo atingir mais de 30 milhões em 2050. Paralelamente, entre 2021 e 2031, são esperadas cerca de oito milhões de vagas de emprego no setor da saúde e dos cuidados. Sem intervenções direcionadas para tornar as profissões de cuidados mais atrativas e para reter a força de trabalho, muitos Estados-Membros da UE correm o risco de que a oferta fique aquém da procura.

Ainda assim, os cuidados de longa duração permanecem fortemente marcados pelo género. As mulheres constituem aproximadamente 76% dos 49 milhões de trabalhadores de cuidados da UE e 86% dos trabalhadores de cuidados pessoais em serviços de saúde. Em contraste, os homens representam apenas cerca de 14% da força de trabalho dedicada aos cuidados. Este desequilíbrio vai para além do aspeto numérico; reflete normas culturais, práticas institucionais e estruturas económicas que limitam a participação dos homens. Salários baixos, progressão profissional limitada, perceções sociais e culturais do cuidado como “trabalho de mulheres” e estigma em torno dos homens em funções de cuidado são barreiras significativas. Abordar estas questões é essencial tanto para garantir a adequação da força de trabalho como para promover a igualdade de género.

A presente iniciativa surge neste contexto. Pretende desafiar estereótipos e estigmas associados aos cuidadores formais homens, promovendo educação e sensibilização, bem como a sua inclusão através de estratégias e recrutamento dedicados. Ao incentivar valores de interdependência, empatia e cuidado a serem integrados nas identidades profissionais masculinas, o OpenCARE procura criar um caminho que transforme tanto

a prática como a perceção do cuidado. Além disso, a iniciativa está alinhada com políticas mais amplas da UE: a Estratégia Europeia para os Cuidados (2022) e a Estratégia da UE para a Igualdade de Género (2020–2025), que defendem a melhoria das condições de trabalho no setor de cuidados, o aumento da disponibilidade de serviços formais, o reconhecimento dos trabalhadores de cuidados e o desmantelamento da segregação ocupacional de género.

1.2 Visão geral do projeto

O OpenCARE é uma iniciativa multinacional liderada pela Anziani e Non solo. Desenvolve-se através de um modelo estruturado de investigação-política, com o objetivo de criar oportunidades de carreira para homens nos cuidados formais de longa duração, enfrentando preconceitos profundamente enraizados e ajudando a colmatar a crescente escassez de profissionais qualificados, fator crucial para apoiar o equilíbrio entre vida profissional e pessoal de todos os trabalhadores.

A iniciativa engloba vários pacotes de trabalho; destacam-se os principais:

Resultado n.º 2: Identificação das Necessidades e Barreiras dos Cuidadores Formais Homens	Liderado pela CUT. Este output visa identificar as motivações, necessidades e barreiras experienciadas pelos cuidadores formais homens através de investigação qualitativa, incluindo entrevistas com cuidadores formais homens, entidades prestadoras de cuidados / empregadores e recetores de cuidados, resultando num relatório comparativo europeu e num White Paper com os principais resultados e recomendações.
Resultado n.º 3: Workshops e eventos de sensibilização para quebrar o estigma	Liderado pela APPDI. Baseando-se nestes resultados, este output concentra-se no desenho, teste e implementação de workshops de sensibilização nos países parceiros, para desafiar estereótipos de género no trabalho de cuidados, promover modelos masculinos positivos e produzir um Guia de Sensibilização final, com base em materiais testados e feedback dos participantes.

Resultado n.º 4: Toolkit para Reduzir o Estigma no Trabalho de Cuidados	Liderado pela Aproximar. Desenvolve e pilota um Toolkit Europeu interativo, co-criado por todos os parceiros, para fornecer ferramentas práticas, métodos e estratégias para reduzir o estigma e promover a inclusão de género nas profissões de cuidados, culminando numa versão final validada e traduzida para ampla divulgação.
Resultado n.º 5: Disseminação	Liderado pela EASI. Estabelece uma estratégia para promover, partilhar e garantir a utilização sustentável dos resultados da iniciativa OpenCARE através de comunicação direcionada, ampla disseminação e ações de exploração eficazes nos países parceiros.

1.3 Objetivos da investigação

Esta investigação tem como objetivo analisar de forma sistemática a posição e a perceção dos cuidadores formais homens nas profissões de cuidados de longa duração (CLD), através de uma abordagem em quatro dimensões:

IDENTIFICAR
Identificar a natureza do estigma, dos estereótipos e das barreiras institucionais baseadas no género que afetam os cuidadores formais homens nas profissões de cuidados de longa duração (incluindo auxiliares de ação direta, técnicos auxiliares de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros qualificados, entre outros).
COMPREENDER



Examinar como três grupos-chave de partes interessadas percebem os cuidadores formais homens em contextos de cuidados de longa duração:

- Cuidadores formais homens, com foco nas suas motivações, experiências vividas e desafios enfrentados;
- Recetores de cuidados, particularmente adultos mais velhos, no que respeita às suas expectativas, confiança, aceitação e conforto ao receber cuidados prestados por homens;
- Empregadores, entidades prestadoras de cuidados, recrutadores e, diretores técnicos e diretores de serviço/estabelecimentos de cuidados e de saúde, no que se refere às suas práticas de contratação, cultura institucional e à influência das normas de género nas suas percepções sobre o trabalho de cuidados.

COMPARAR

Comparar estas experiências em cinco contextos europeus — França, Itália, Portugal, Chipre e Roménia — a fim de identificar tanto padrões comuns como dinâmicas específicas de cada país (como legislação, cultura ou constrangimentos de recursos).

PROPOR

Propor soluções concretas: estratégias de recrutamento, reformas educativas e de formação, ações de sensibilização e reformas políticas destinadas a reduzir o estigma, melhorar a retenção e aumentar o interesse dos homens em funções no setor dos cuidados de longa duração.

1.4 Estrutura do relatório

Introdução: enquadramento do problema, definição dos conceitos-chave, apresentação dos contextos nacionais e formulação dos objetivos da investigação.

Metodologia: descrição do desenho qualitativo, da estratégia de amostragem, dos instrumentos de recolha de dados (entrevistas, grupos focais), das considerações éticas e da abordagem analítica, incluindo a análise temática e a comparação transnacional.

Principais conclusões: exploração dos perfis demográficos; experiências e desafios dos cuidadores formais homens; perceções dos empregadores e entidades prestadoras de cuidados; perspetivas dos recetores de cuidados; variações e exemplos de boas práticas entre países; incluindo citações ilustrativas.

Recomendações políticas e práticas: formulação de recomendações baseadas nos resultados, dirigidas a decisores políticos, instituições de formação, organizações de cuidados, sociedade civil e meios de comunicação, com vista a promover a inclusão de género nos cuidados de longa duração.

Conclusão: síntese dos principais contributos, implicações para a igualdade de género no setor dos cuidados e perspetivas de implementação através dos resultados da iniciativa OpenCARE (Toolkit, estudos adicionais e integração em políticas públicas).

1.5 Definições e conceitos-chave

B

Barreiras baseadas no género: Obstáculos de natureza sistémica (económicos, legais, culturais ou institucionais) que limitam ou desencorajam a participação dos homens nos cuidados de longa duração, tais como baixos salários, contratos precários, falta de modelos masculinos de referência ou normas culturais discriminatórias.

C

Cuidados de longa duração (CLD): Serviços formais e informais que apoiam indivíduos que, devido ao envelhecimento, deficiência, doença crónica ou comprometimento cognitivo, necessitam de assistência nas atividades da vida diária, nas atividades instrumentais da vida diária ou de supervisão continuada. Incluem estruturas residenciais, cuidados domiciliários, centros de dia e serviços de reabilitação.

Cuidados informais / Cuidadores informais: Cuidados prestados fora do mercado de trabalho formal, geralmente por familiares, amigos, voluntários ou trabalhadores domésticos migrantes; são habitualmente não remunerados ou mal pagos e tendem a ser marginalizados nas políticas públicas.

Cuidados institucionais versus cuidados comunitários / domiciliários: Cuidados institucionais: prestados em estruturas como lares de adultos mais velhos, residências assistidas ou unidades hospitalares de longa permanência. Cuidados comunitários ou domiciliários: prestados nas casas dos beneficiários ou em espaços comunitários (como centros de dia), permitindo maior autonomia e menor institucionalização.

Cuidadores formais homens: Homens (remunerados) que trabalham em funções de cuidados de longa duração ou em contextos médico-sociais (como enfermeiros, auxiliares de cuidados, entre outros), bem como cuidadores informais (familiares ou comunitários) que prestam serviços de cuidado.

D

DEPENDÊNCIA: Condição em que uma pessoa necessita de ajuda para realizar tarefas básicas da vida quotidiana, devido à idade, doença ou deficiência.

E

Empregadores / Entidades prestadoras de cuidados / Recrutadores: Organizações, diretores de estabelecimentos, responsáveis de recursos humanos, coordenadores e outros profissionais que contratam ou gerem trabalhadores do setor dos cuidados, definindo práticas e políticas institucionais.

Estereótipos: Crenças ou imagens amplamente partilhadas, mas simplificadas, sobre as características, papéis ou comportamentos considerados apropriados para homens ou mulheres — por exemplo, a ideia de que o cuidado é “trabalho feminino” ou de que o trabalho emocional é menos masculino.

Estigma: Desaprovação social, atitudes negativas ou discriminação dirigidas a indivíduos por se afastarem das normas de género — neste caso,

especialmente homens que desempenham funções socialmente percecionadas como femininas ou inapropriadas.

M

Masculinidade cuidadora: Formas de masculinidade que incorporam valores associados ao cuidado, como empatia, trabalho emocional, capacidade de nutrir e interdependência, desafiando as normas de género tradicionais que tendem a situar o cuidado e o apoio emocional como características femininas.

S

Setor Médico-Social: Um domínio de prestação de serviços que integra cuidados médicos ou de enfermagem com serviços de apoio social (tais como assistência na vida diária, autonomia, inclusão social). Distingue-se dos cuidados agudos puramente hospitalares ou da assistência social estrita.

R

Rácio de dependência na velhice: Número de adultos mais velhos (geralmente com 65 ou mais anos) em relação à população em idade ativa (habitualmente entre os 15 e os 64 anos); indicador que reflete o potencial aumento da procura de cuidados.

Recetores de cuidados: Indivíduos que recebem serviços de cuidado, formais ou informais; neste estudo, especialmente adultos mais velhos (65+) e pessoas com deficiência ou situação de dependência.

1.6 Breve histórico e enquadramento sobre a forma como cada país organiza os cuidados a adultos mais velhos

França

O setor médico-social francês evoluiu gradualmente ao longo do século XX e início do século XXI, combinando políticas públicas, proteção social e reformas na área da saúde. Uma reforma de grande impacto ocorreu em 2002 (Lei n.º 2002-2, de 2 de janeiro de 2002), que visou “medicalizar” os lares

de pessoas idosas, conferindo maior estrutura aos cuidados dirigidos a pessoas dependentes. Esta reforma criou e reforçou os EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes — Estabelecimentos Residenciais para Pessoas Idosas Dependentes), que integram alojamento, apoio nas atividades diárias e cuidados médicos.

Para além dos EHPAD, existem as USLD (Unités de Soins de Longue Durée — Unidades de Cuidados de Longa Duração), localizadas em hospitais, e as résidences autonomie (Residências de Autonomia), destinadas a pessoas mais autónomas, mas que ainda necessitam de apoio social. Com o tempo, o papel das autoridades locais, dos Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) e de apoios financeiros personalizados como a Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) ganhou relevância, com o objetivo de apoiar os cuidados no domicílio e reduzir a dependência de soluções institucionais.

Os desafios atuais incluem a coordenação entre os serviços de saúde e sociais, a sustentabilidade do financiamento, a escassez de profissionais e a garantia de qualidade e supervisão nos EHPAD.

Chipre

O Chipre tem vindo a implementar reformas mais recentes no setor dos cuidados de longa duração e médico-sociais; o sistema é ainda menos consolidado e mais fragmentado do que em muitos países da Europa Ocidental.

O sistema universal de seguro de saúde (GeSY – General Healthcare System), introduzido em 2019, começou a integrar gradualmente alguns serviços relacionados com cuidados de longa duração, como os cuidados domiciliários e a reabilitação.

A governação está dividida entre o Ministério da Saúde e os Serviços de Ação Social sob tutela do Ministério do Trabalho e Segurança Social.

A despesa pública em cuidados de longa duração continua entre as mais baixas da União Europeia, sendo que grande parte dos cuidados ainda é assegurada informalmente por familiares ou por trabalhadoras domésticas migrantes.

Desenvolvimentos recentes incluem a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo (2025–2030) e as reformas no âmbito do Plano de

Recuperação e Resiliência (2021–2026), que visam expandir os serviços de cuidados domiciliários, comunitários e residenciais.

Itália

Historicamente, os cuidados a pessoas idosas em Itália baseavam-se fortemente no apoio familiar e em instituições de caridade ou religiosas, com uma intervenção limitada do Estado. Este modelo “familista”, típico dos sistemas de bem-estar do sul da Europa, implicava que a maioria das pessoas idosas dependentes fosse cuidada em casa, em vez de em instituições públicas.

A criação do Serviço Nacional de Saúde (Servizio Sanitario Nazionale, SSN) em 1978 promoveu uma abordagem mais integrada entre os cuidados de saúde e sociais, expandindo gradualmente os serviços comunitários e domiciliários. Nas décadas seguintes, foram desenvolvidos os Serviços de Assistência Domiciliária (Servizi di Assistenza Domiciliare) e os Centros de Dia (Centri Diurni) para apoiar o envelhecimento no domicílio. No entanto, a maioria dos cuidados de longa duração continua a depender de cuidadores familiares informais e de assistentes familiares (assistenti familiari ou badanti).

Atualmente, o sistema italiano de cuidados de longa duração combina apoios monetários (nomeadamente a Indennità di Accompagnamento, um subsídio de assistência destinado a adultos mais velhos dependentes) com serviços prestados em espécie pelas regiões e municípios. Contudo, a oferta mantém-se altamente descentralizada e persistem disparidades territoriais: as regiões do norte dispõem de melhor infraestrutura e maior acesso a serviços residenciais e comunitários do que o sul e as ilhas.

Em 2023, o governo adotou uma reforma significativa, a Lei-Quadro sobre a Não-Autossuficiência (Legge Delega per la Non Autosufficienza), destinada a criar um sistema nacional mais coordenado de cuidados de longa duração. A reforma procura integrar melhor os serviços de saúde e sociais, reforçar os cuidados domiciliários e comunitários e apoiar os cuidadores familiares. A implementação está em curso e representa um passo essencial para responder ao envelhecimento demográfico e garantir um acesso mais equitativo aos cuidados a adultos mais velhos em todo o país.

Portugal

A história dos cuidados e da deficiência em Portugal reflete o modelo do sul da Europa, baseado tradicionalmente em redes informais, familiares e

religiosas. Após a Revolução de 25 de Abril de 1974, a Constituição de 1976 reconheceu os direitos das pessoas com deficiência e dos adultos mais velhos à proteção social.

Durante as décadas de 1980 e 1990, o Estado português começou a formalizar a prestação de cuidados sociais através da criação das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), organizações sem fins lucrativos que continuam a constituir a espinha dorsal do sistema nacional de cuidados e apoio a adultos mais velhos.

Entre os principais marcos legislativos destaca-se a Lei n.º 38/2004 (Regime Jurídico da Deficiência), que estabeleceu um quadro de direitos e proteção para as pessoas com deficiência, bem como a ratificação da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (UN CRPD) em 2009.

O envelhecimento populacional levou ao desenvolvimento de serviços de cuidados de longa duração no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criada em 2006 para coordenar o apoio de saúde e social a pessoas dependentes, particularmente adultos mais velhos.

Portugal tem progredido em direção à inclusão e à desinstitucionalização, promovendo serviços domiciliários e comunitários. Contudo, persistem desafios estruturais, como as disparidades regionais e a dependência de cuidadores familiares e de entidades do setor solidário.

Roménia

Durante o regime comunista de Nicolae Ceaușescu, os cuidados de longa duração, especialmente para pessoas com deficiência e adultos mais velhos, eram institucionalizados em grandes asilos ou orfanatos (case de copii), frequentemente em condições precárias e com escassa supervisão. Os adultos mais velhos sem apoio familiar eram muitas vezes colocados em instituições estatais com recursos limitados e baixos padrões de qualidade.

Após a revolução de 1989, a atenção internacional e a exposição mediática revelaram condições desumanas em muitas dessas instituições, impulsionando um processo de desinstitucionalização e reforma sistémica. Esta transição centrou-se no encerramento ou transformação das instituições, no desenvolvimento de serviços comunitários e domiciliários e no reforço das proteções legais para pessoas com deficiência e adultos mais velhos.

Durante a década de 2000, a Roménia implementou diversas reformas alinhadas com as normas da União Europeia, promovendo uma mudança gradual dos cuidados institucionais para os cuidados comunitários. As autoridades locais e as Direções Gerais de Assistência Social e Proteção da Criança (DGASPC) tornaram-se atores centrais na implementação dos serviços sociais.

A Estratégia Nacional para os Cuidados de Longa Duração e Envelhecimento Ativo (2023–2030) fornece agora um quadro abrangente para integrar os serviços de saúde e sociais destinados a adultos mais velhos, expandir o apoio domiciliário e melhorar a formação e a monitorização da qualidade dos profissionais. Apesar destes avanços, persistem desafios significativos, nomeadamente ao nível do financiamento, da escassez de profissionais e da uniformização dos padrões entre áreas rurais e urbanas.

2. Metodologia

2.1 Desenho e abordagem da investigação

O estudo adotou um desenho de investigação qualitativa exploratória, considerado adequado para examinar fenómenos sociais complexos e pouco explorados, como a participação dos homens nos cuidados de longa duração (CLD).

Foi aplicada uma análise temática (Braun & Clarke, 2006) para identificar e interpretar padrões recorrentes nos dados. A análise seguiu uma orientação dedutiva, guiada pela Teoria do Papel Social (Eagly, 1987).

2.2 Métodos de recolha de dados

2.2.1 Estratégia de amostragem

Foi utilizada uma amostragem intencional para selecionar participantes com experiência e conhecimentos relevantes no âmbito dos cuidados de longa duração (CLD) em cinco países europeus: Chipre (CY), França (FR), Roménia (RO), Itália (IT) e Portugal (PT).

O estudo incluiu 145 participantes: 49 cuidadores formais homens, 42 prestadores de cuidados/empregadores e 45 beneficiários de cuidados.

Participantes do sexo feminino foram incluídas intencionalmente, a fim de permitir perspetivas comparativas de género e reforçar a análise.

2.3 Instrumentos de recolha de dados:

Foram utilizadas dois instrumentos qualitativas:

- **Entrevistas semiestruturadas (cuidadores formais homens):** para explorar experiências pessoais, motivações, desafios, estigma e desenvolvimento profissional.
- **Grupos focais (beneficiários de cuidados e prestadores de cuidados/empregadores):** para explorar perceções partilhadas, atitudes sociais e práticas organizacionais relacionadas com o género e os cuidados.

Todas as sessões foram gravadas em áudio com consentimento, transcritas integralmente e anonimizadas. Os investigadores mantiveram notas estruturadas com recurso a modelos normalizados. As transcrições foram codificadas com pseudónimos e identificadores de país (por exemplo, CY_01) e armazenadas de forma segura em servidores institucionais encriptados.

Todas as transcrições foram traduzidas para inglês antes da análise, assegurando equivalência conceptual e linguística entre os países.

2.4 Plano de análise de dados

A análise baseou-se numa abordagem dedutiva de análise de conteúdo, com o objetivo de interpretar os dados através de categorias pré-definidas relacionadas com papéis de género, estereótipos e barreiras enfrentadas pelos homens nos CLD.

Os dados foram codificados, comparados entre os diferentes contextos nacionais e revistos colaborativamente pelas equipas parceiras, de forma a garantir consistência e fiabilidade.

A validade da análise foi assegurada através de triangulação entre investigadores e países, bem como por meio de sessões de debriefing entre pares, nas quais os resultados preliminares foram discutidos e comparados. Este processo reforçou a coerência, a fiabilidade e a credibilidade da interpretação.

A análise foi não apenas um processo científico, mas também profundamente humano. Através das vozes dos participantes, os investigadores envolveram-se com realidades sociais, estereótipos e perceções que muitas vezes permanecem invisíveis. A postura reflexiva

adotada face aos dados foi essencial, permitindo interpretar as experiências com respeito, rigor e sensibilidade..

2.5 Considerações éticas

O estudo seguiu os princípios éticos de consentimento informado, confidencialidade, respeito e integridade (Christians, 2005; World Medical Association, 2008).

Procedimentos de consentimento: O consentimento escrito e verbal foi obtido antes da recolha de dados.

Anonimato: Pseudónimos e identificadores codificados foram usados em todas as transcrições e relatórios.

Proteção de dados: Os ficheiros de áudio e transcrições foram armazenados em servidores criptografados e protegidos por senha, acessíveis apenas a pesquisadores autorizados.

Retenção e eliminação: As gravações foram eliminadas seis meses após a análise; as transcrições anonimizadas permaneceram arquivadas para relatórios do projeto.

Aprovação ética: Foi concedida pelo Comité Nacional de Bioética do Chipre [EEBK EΠ 2025.01.135].

Os participantes mantiveram o direito de se retirar em qualquer fase, sem penalização ou consequências. O estudo garantiu o pleno respeito pela dignidade e autonomia dos participantes e cumpriu os mais elevados padrões de integridade ética e científica.

3. Principais conclusões

3.1 Caracterização demográfica

Nos cinco países participantes, o estudo incluiu um total de 136 participantes: 49 cuidadores formais homens, 42 prestadores de cuidados/empregadores (30 homens e 12 mulheres) e 45 beneficiários de cuidados (27 homens e 18 mulheres). As características demográficas detalhadas de cada grupo-alvo são apresentadas de seguida.

3.1.1 Dados demográficos dos cuidadores formais homens

A amostra total incluiu 49 cuidadores masculinos: 10 de Chipre, 10 de Itália, 12 de França, 7 da Roménia e 10 de Portugal (Figura 1).

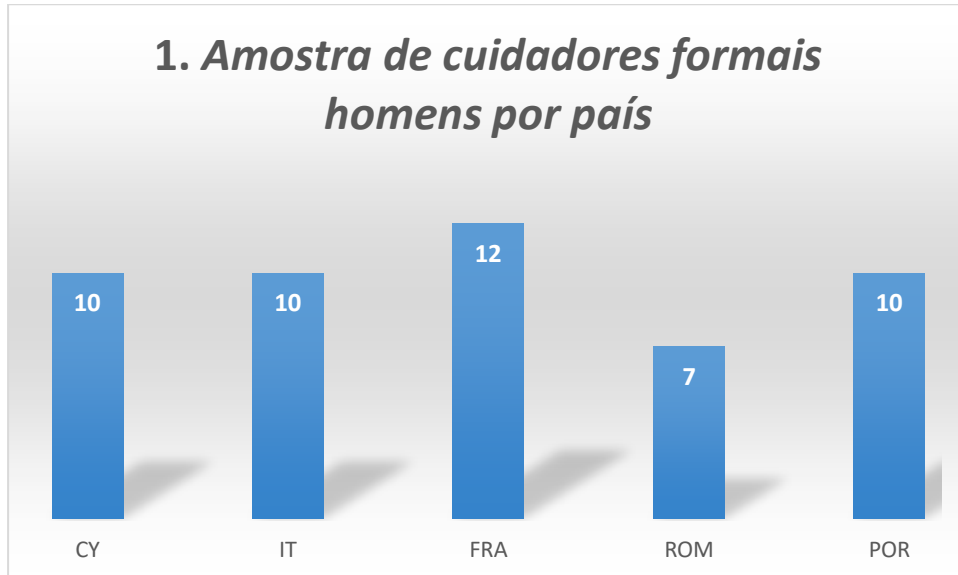


Figura 1: Amostra de cuidadores formais homens por país (n = 49)

A maioria dos participantes tinha entre 21 e 40 anos, sendo os grupos etários mais velhos (41–60 anos) mais comuns em Chipre e Portugal (Figuras 2 e 3).

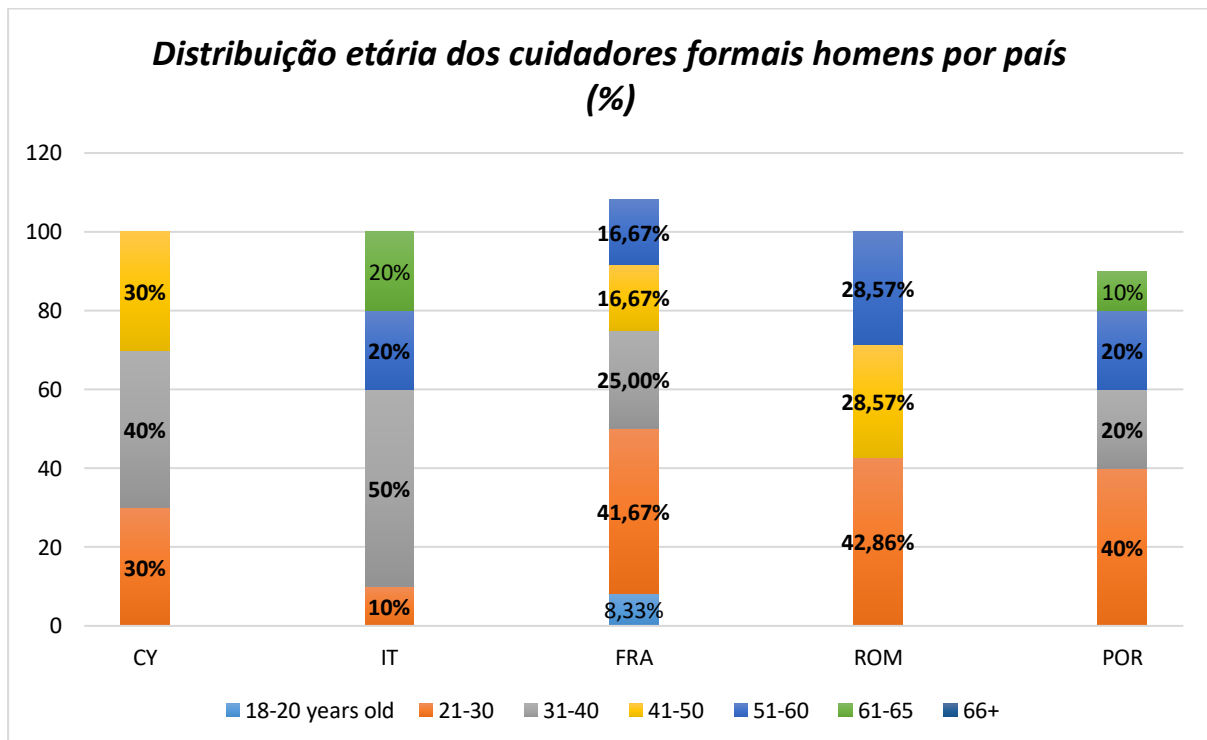


Figura 2: Distribuição etária dos cuidadores formais homens por país (%)

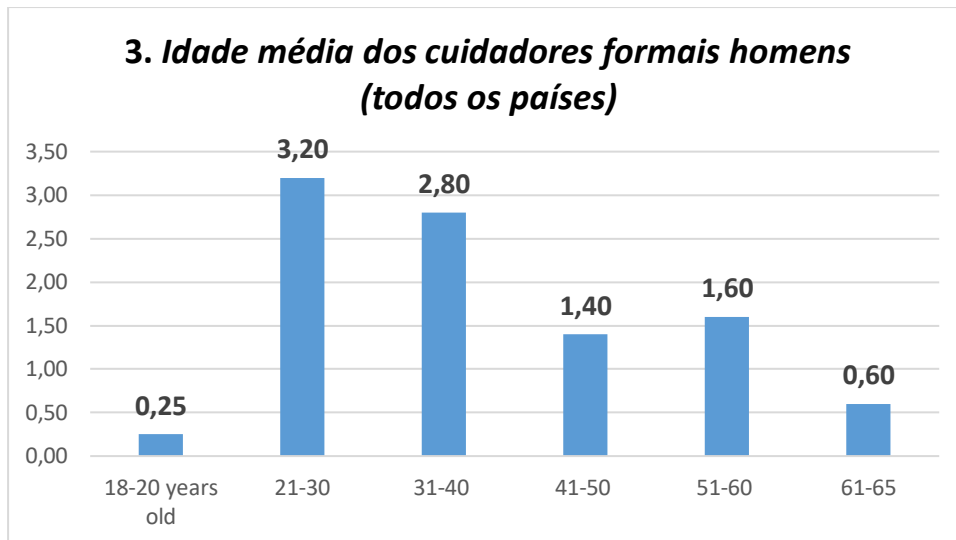


Figura 3: Idade média dos cuidadores formais homens (todos os países)

A maioria dos cuidadores formais homens concluiu estudos de nível médio ou superior, principalmente em áreas ligadas à saúde (Figura 3). Os perfis académicos são comparáveis entre os países, embora a França apresente maior diversidade de qualificações (Figuras 3 e 4).

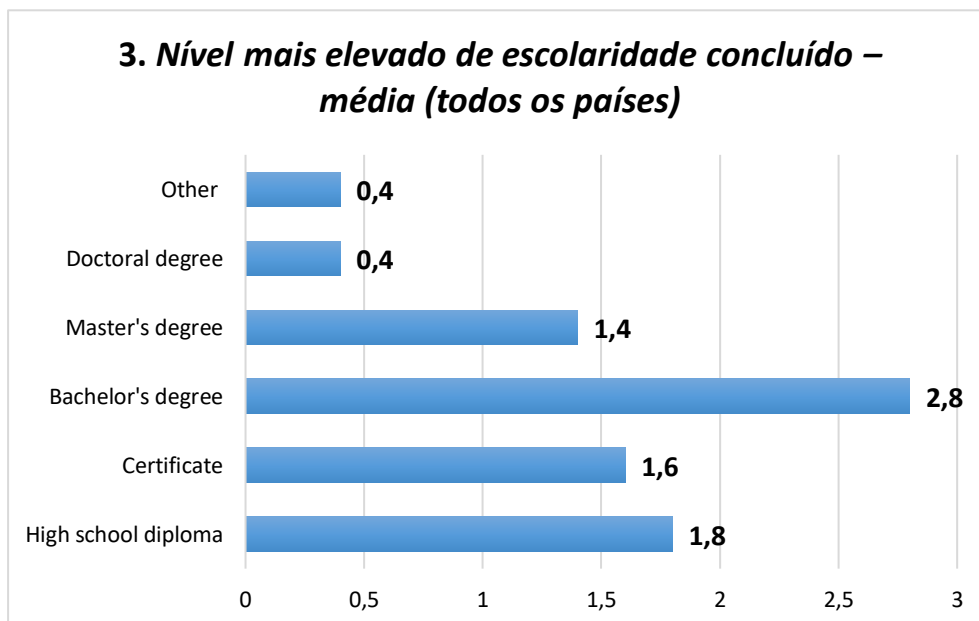


Figura 3: Nível mais elevado de escolaridade concluído – média (todos os países)

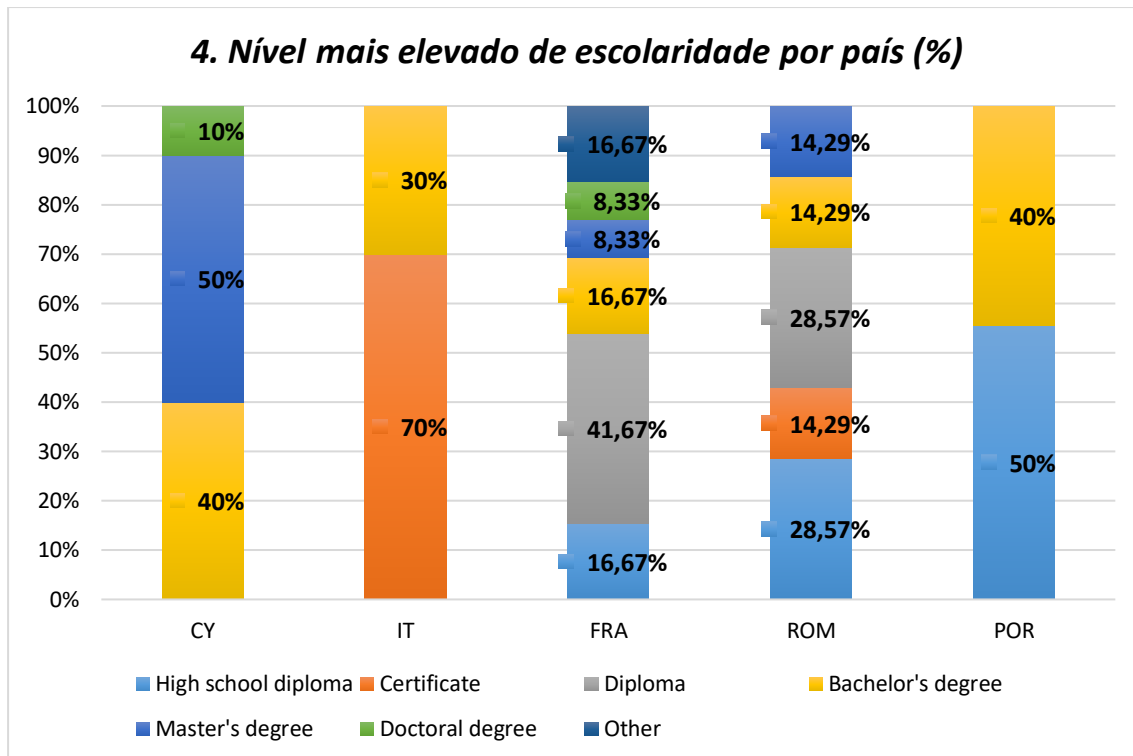


Figura 4: Nível mais elevado de escolaridade por país (%)

Área de estudo

Os participantes de Chipre, Itália e Portugal estudaram, sobretudo, enfermagem ou áreas relacionadas com os cuidados de saúde, enquanto os de França apresentam formações mais diversificadas, incluindo medicina, fisioterapia e até áreas não relacionadas com a saúde, como design de moda.

Em todos os países, os cuidadores formais homens possuíam, em média, mais de cinco anos de experiência no setor da saúde (Figuras 5 e 6).

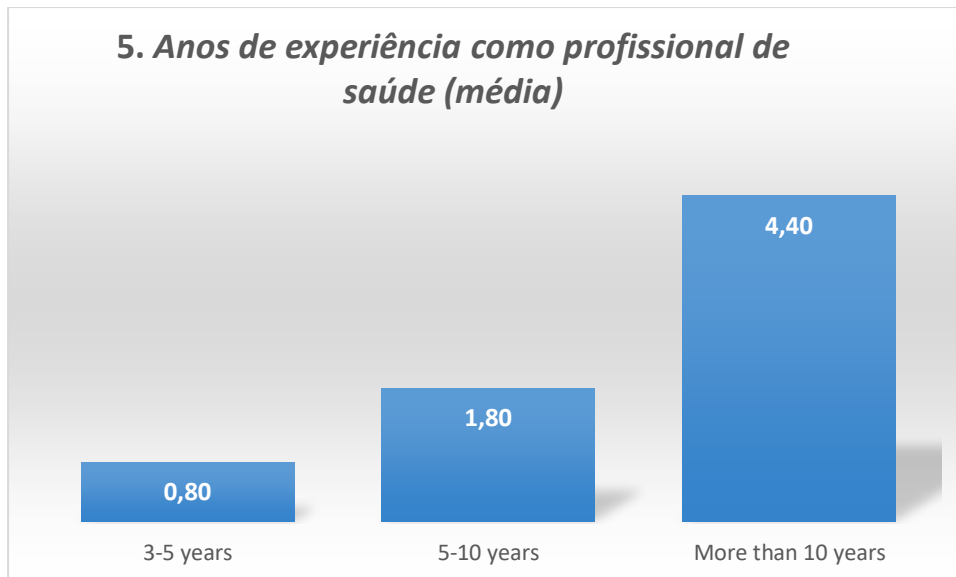


Figura 5: Anos de experiência como profissional de saúde (média)

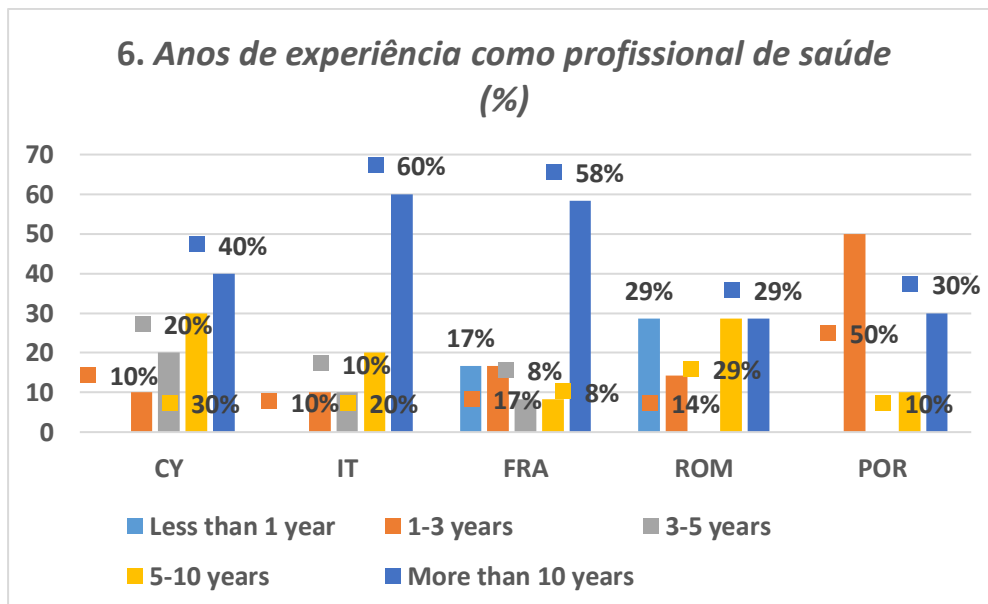


Figura 6: Anos de experiência como profissional de saúde (%)

A maioria dos participantes encontrava-se empregada a tempo inteiro, quer em instituições públicas, quer privadas. Contratos a tempo parcial ou temporários também estavam presentes, embora em menor proporção (Figura 7).

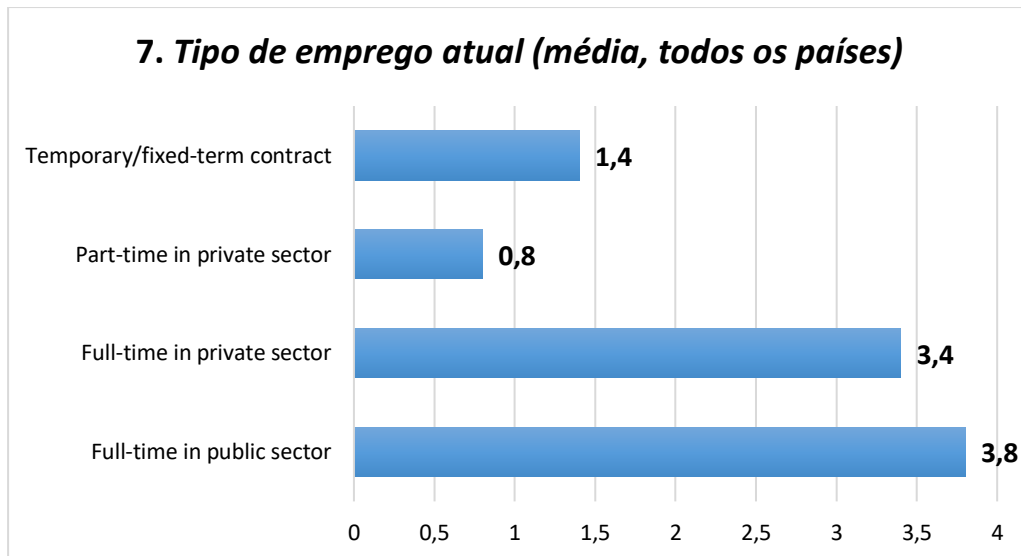


Figura 7: Tipo de emprego atual (média, todos os países)

A maioria dos cuidadores formais homens trabalha em contextos hospitalares, seguindo-se os que exercem funções em instituições residenciais ou de cuidados de longa duração (Figura 8). Outros contextos de trabalho, como serviços comunitários ou de cuidados domiciliários, são menos frequentes.

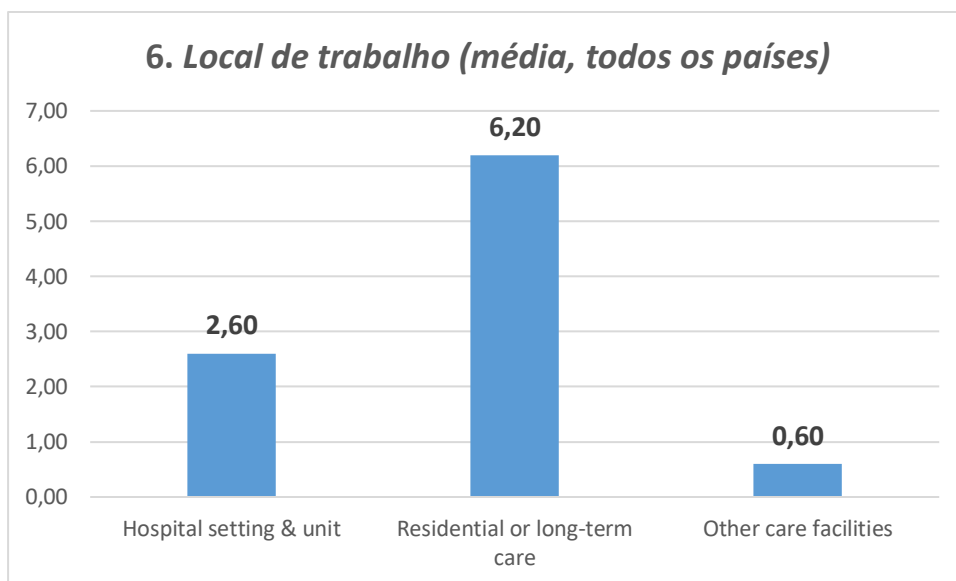


Figura 8: Local de trabalho (média, todos os países)

Os cuidadores formais homens identificaram como aspetos mais gratificantes o “relacionamento com os beneficiários de cuidados”, o “sentimento de realização emocional” e a “sensação de segurança e reconhecimento profissional” (Figura 9). Por outro lado, os principais desafios referidos foram as “cargas de trabalho elevadas”, a “baixa remuneração” e a dificuldade em manter um equilíbrio

saudável entre vida profissional e pessoal — fatores comuns a todos os países (Figura 10).

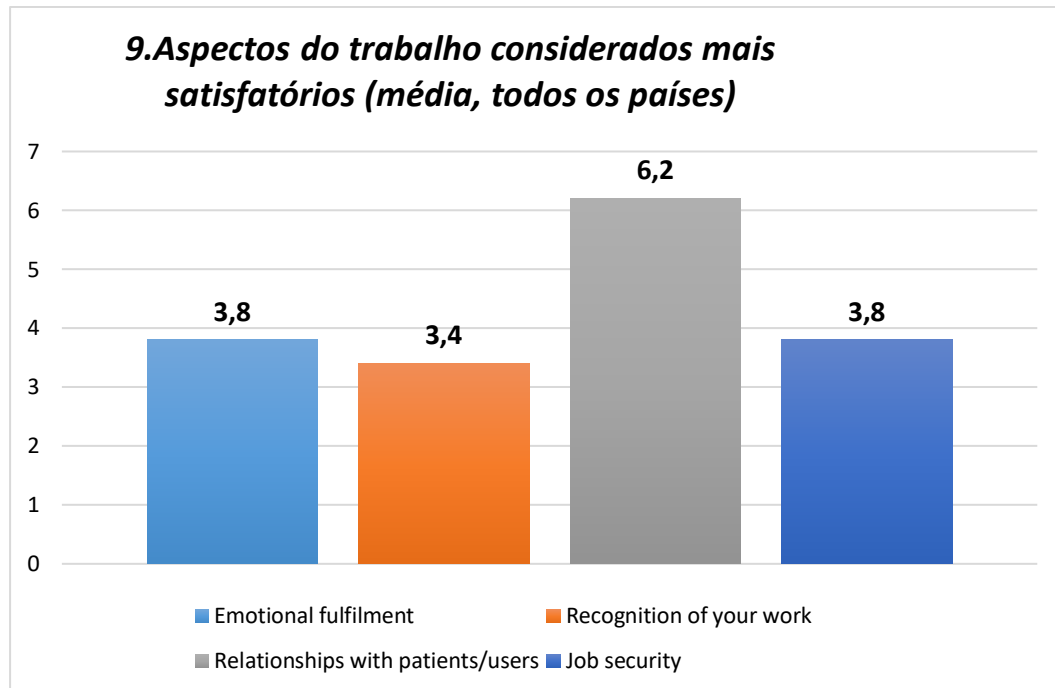


Figura 9: Aspectos do trabalho considerados mais satisfatórios (média, todos os países)

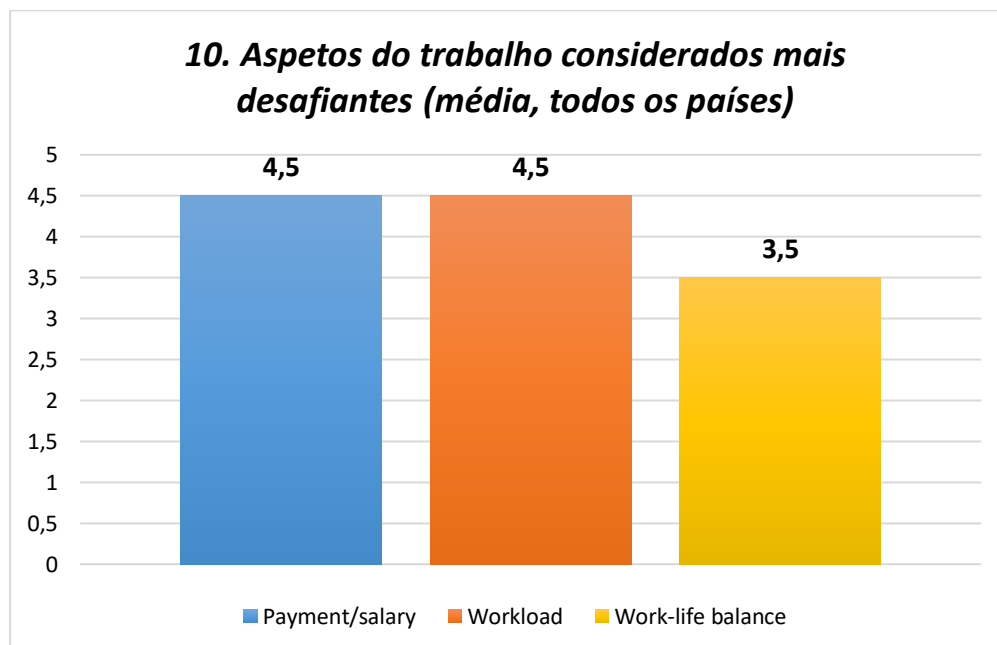


Figura 10: Aspetos do trabalho considerados mais desafiantes (média, todos os países)

Uma proporção considerável de participantes relatou ter experienciado preconceito ou discriminação de género no local de trabalho — até 80% em

Chipre e 50% em Portugal. Em contraste, 80% dos participantes em Itália e França e 50% na Roménia afirmaram não ter experienciado discriminação ou enviesamento de género (Figura 11).

As situações mais comuns incluíram “desconforto ou resistência de beneficiárias do sexo feminino”, “preferência das beneficiárias por cuidadoras mulheres”, “suposições de que os homens são menos adequados para funções de cuidado” e “questionamento das suas competências por parte de colegas” (Figura 12). Estes padrões foram observados em todos os países, evidenciando estereótipos persistentes sobre os homens no setor dos cuidados (Figura 13).

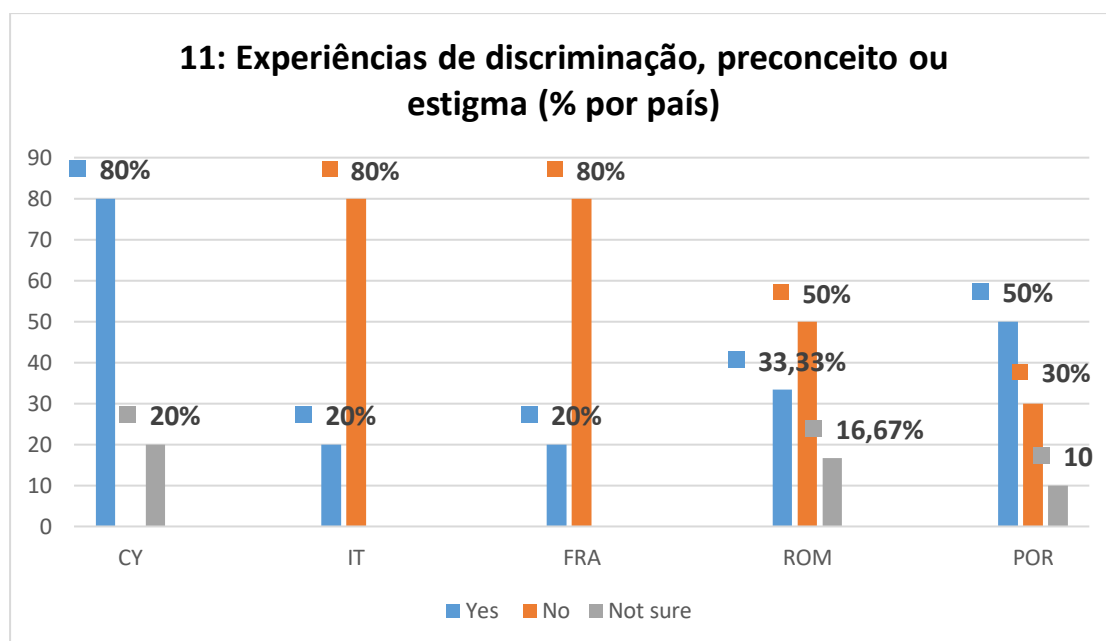


Figura 11: Experiências de discriminação, preconceito ou estigma (% por país)

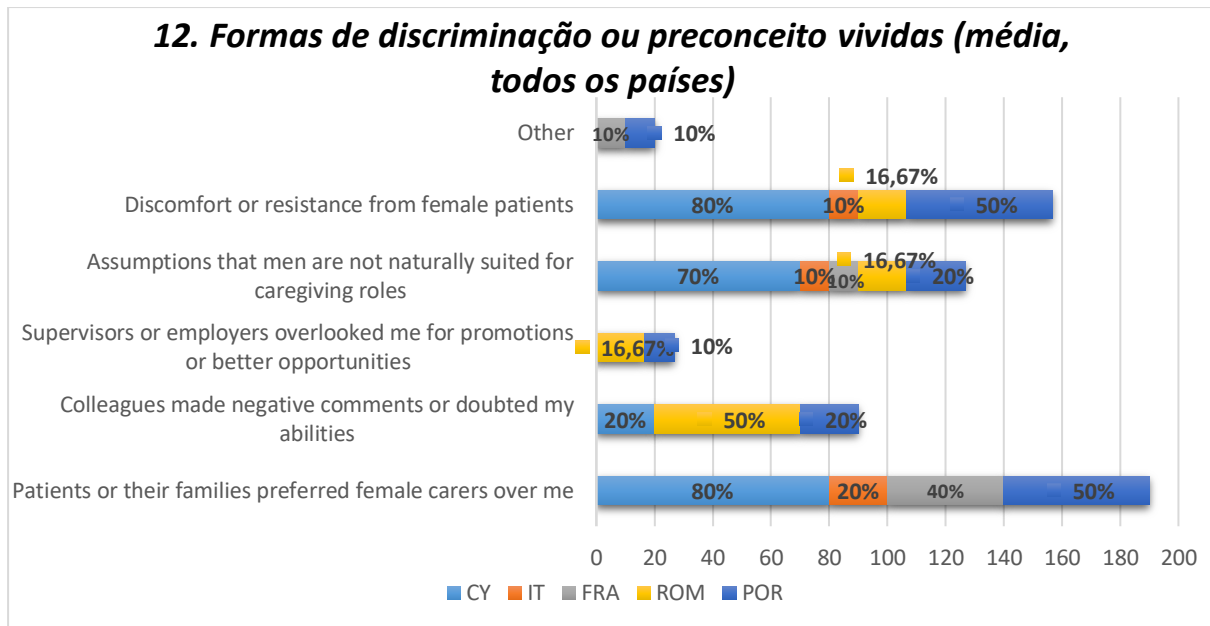


Figura 12: Formas de discriminação ou preconceito vividas (média, todos os países)

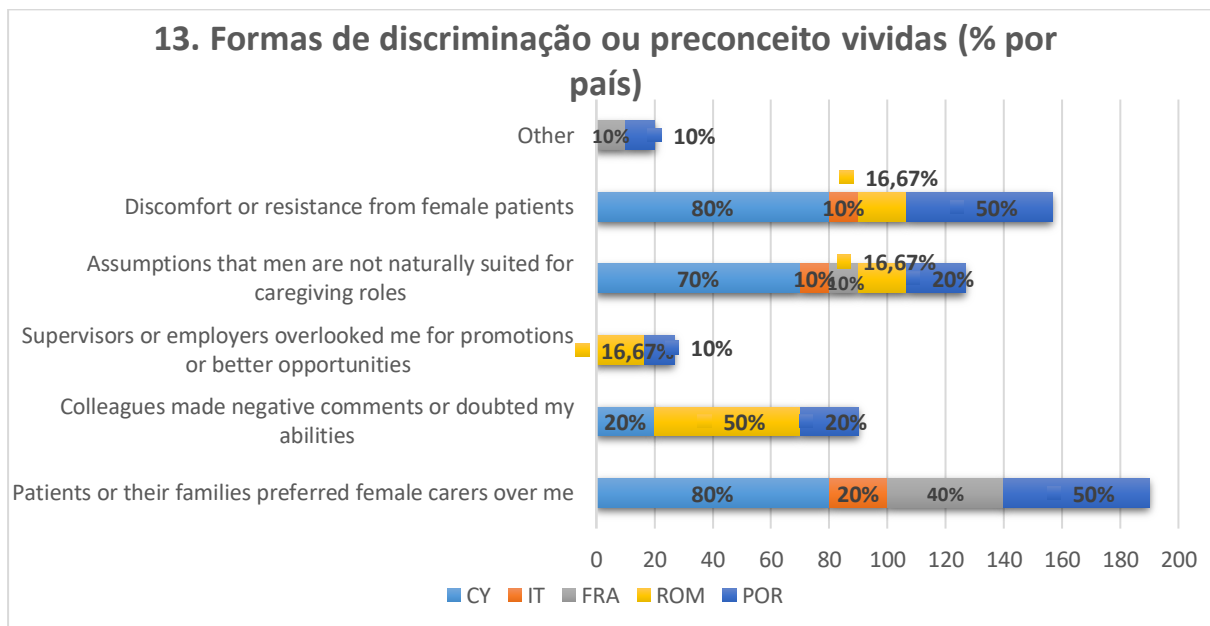


Figura 13: Formas de discriminação ou preconceito vividas (% por país)

3.1.2 Dados demográficos dos prestadores de cuidados/empregadores

A amostra total consistiu em 42 prestadores de cuidados/empregadores: 9 de Chipre, 8 da Itália, Roménia e Portugal, e 9 da França (Figura 16).

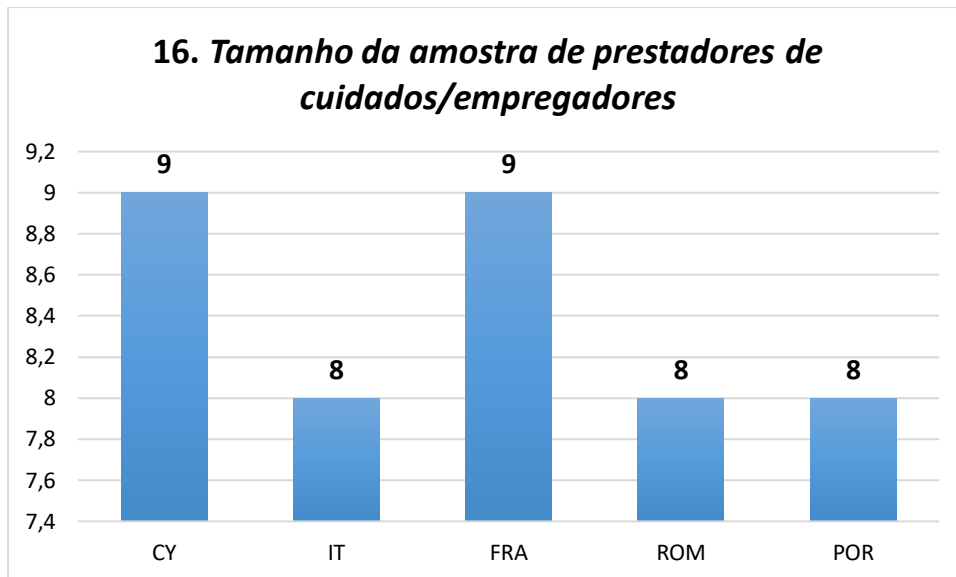


Figura 16: Tamanho da amostra de prestadores de cuidados/empregadores (n = 42)

A distribuição por género dos prestadores de cuidados/empregadores varia entre países. Os homens constituem a maioria em Chipre, Itália, França e Portugal, enquanto na Roménia observa-se uma maior presença de mulheres nestas funções (Figura 14).

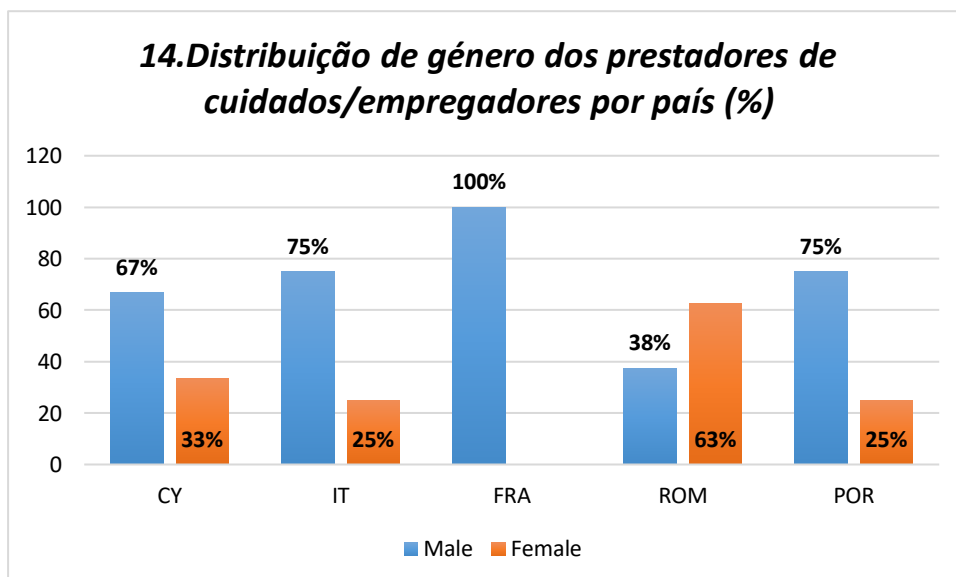


Figura 14: Distribuição de género dos prestadores de cuidados/empregadores por país (%)

A maioria dos prestadores de cuidados/empregadores tinha entre 41 e 60 anos e possuía licenciatura ou mestrado, geralmente em áreas da saúde, serviço social ou gestão (Figura 15).

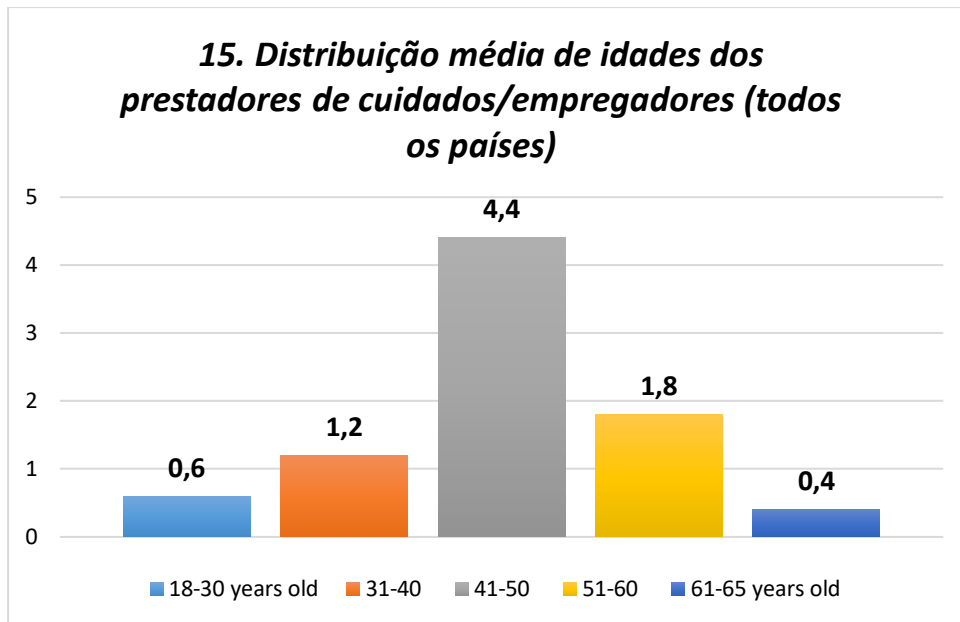


Figura 15: Distribuição média de idades dos prestadores de cuidados/empregadores (todos os países)

O grupo de participantes apresenta um elevado nível de qualificação, com a maioria a deter graus académicos de licenciatura ou mestrado (Figura 16). A maioria possui formação em áreas ligadas à saúde e aos cuidados, como enfermagem, serviço social e gerontologia. Uma proporção menor apresenta formação em gestão, ciências humanas ou direito, refletindo o perfil multidisciplinar dos profissionais em funções de coordenação e liderança no setor dos cuidados.

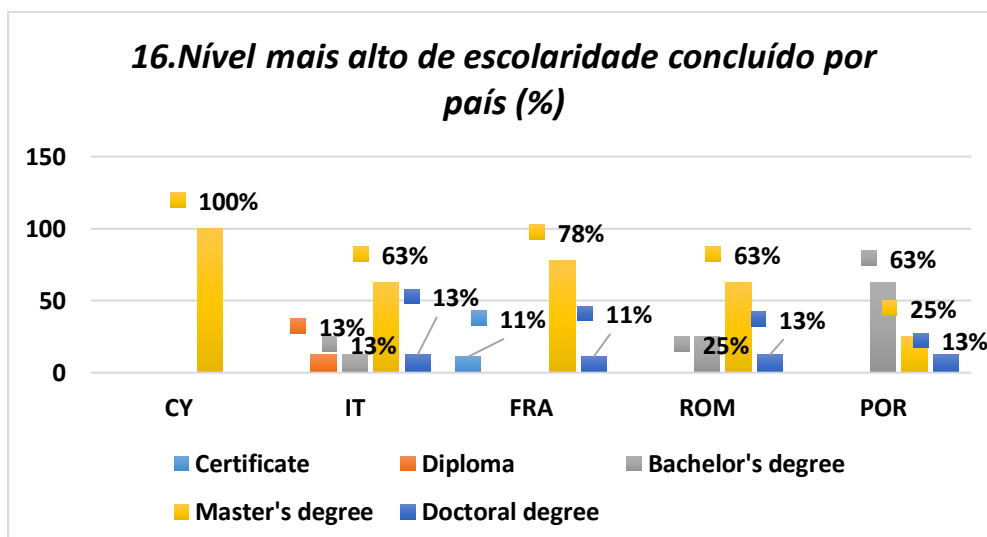


Figura 16: Nível mais alto de escolaridade concluído por país (%)

Muitos participantes relataram mais de 10 anos no setor, confirmando uma experiência profissional substancial (Figuras 17 e 18).

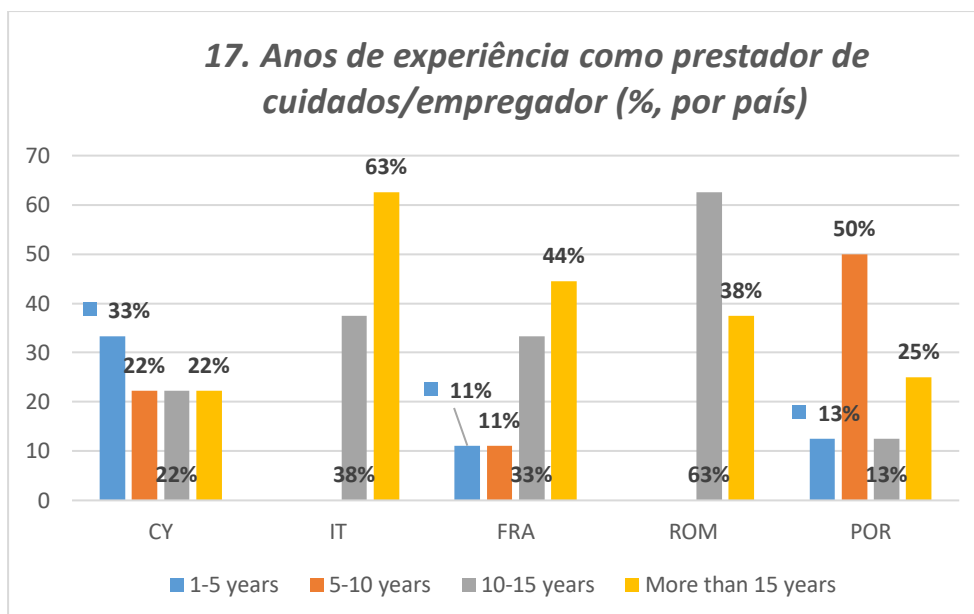


Figura 17: Anos de experiência como prestador de cuidados/empregador (% por país)

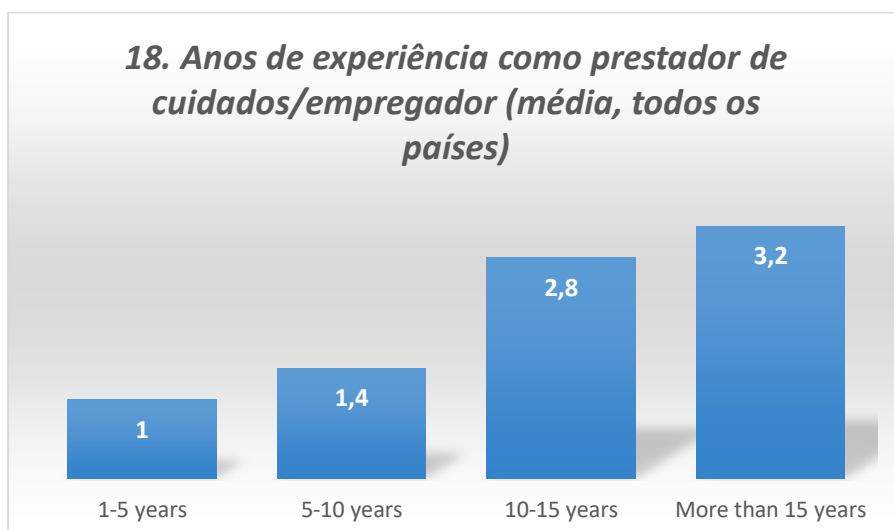


Figura 18: Anos de experiência como prestador de cuidados/empregador (média, todos os países)

No que respeita ao tipo de vínculo laboral, os participantes indicaram maioritariamente exercer funções a tempo inteiro, sendo a maioria empregada em lares, estruturas residenciais e unidades de cuidados de longa duração. Proporções menores trabalhavam em contextos hospitalares (cuidados agudos, unidades especializadas, etc.) e centros de reabilitação (Figuras 19 e 20).

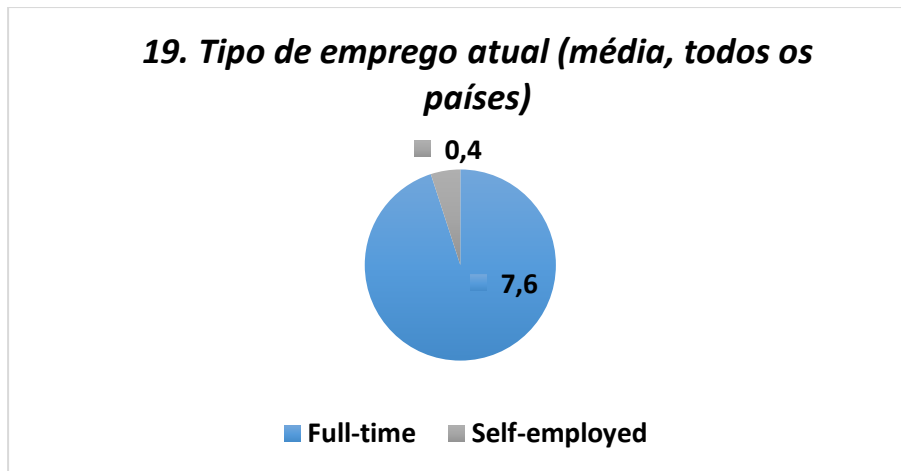


Figura 19: Tipo de emprego atual (média, todos os países)

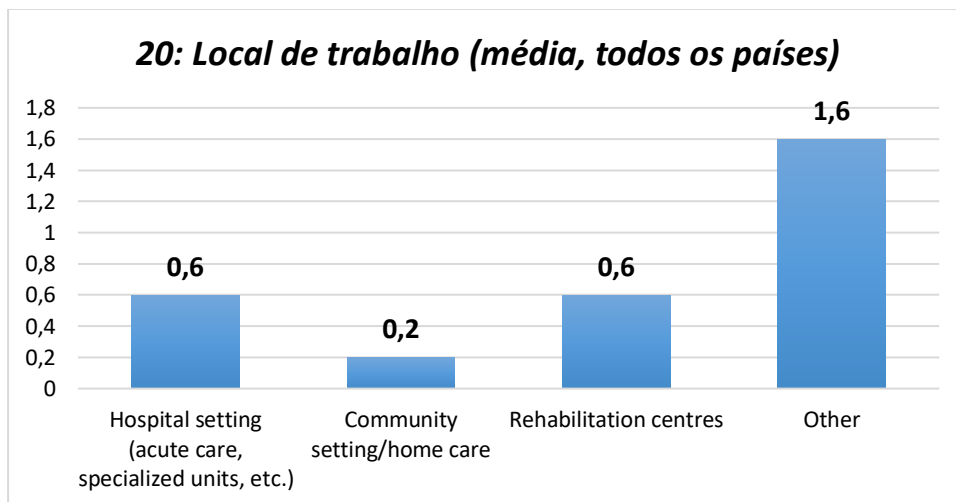


Figura 20: Local de trabalho (média, todos os países)

De forma geral, o nível de satisfação entre coordenadores e responsáveis foi moderadamente elevado, com pontuações médias entre 1,6 e 1,8 numa escala de cinco pontos (em que valores mais baixos indicam maior satisfação) (Figura 21).

Os dados indicam que Itália, Roménia e Portugal registaram os níveis de satisfação mais altos (média $\approx$ 1,6), enquanto Chipre e França apresentaram valores ligeiramente inferiores (média $\approx$ 1,8). Apesar dessas pequenas variações nacionais, os participantes de todos os países relataram experiências positivas relativamente ao equilíbrio entre vida profissional e pessoal, ao reconhecimento e ao apoio da gestão.

No entanto, fatores como remuneração, carga de trabalho e oportunidades de progressão na carreira continuam a ser as dimensões onde a satisfação é comparativamente mais baixa.

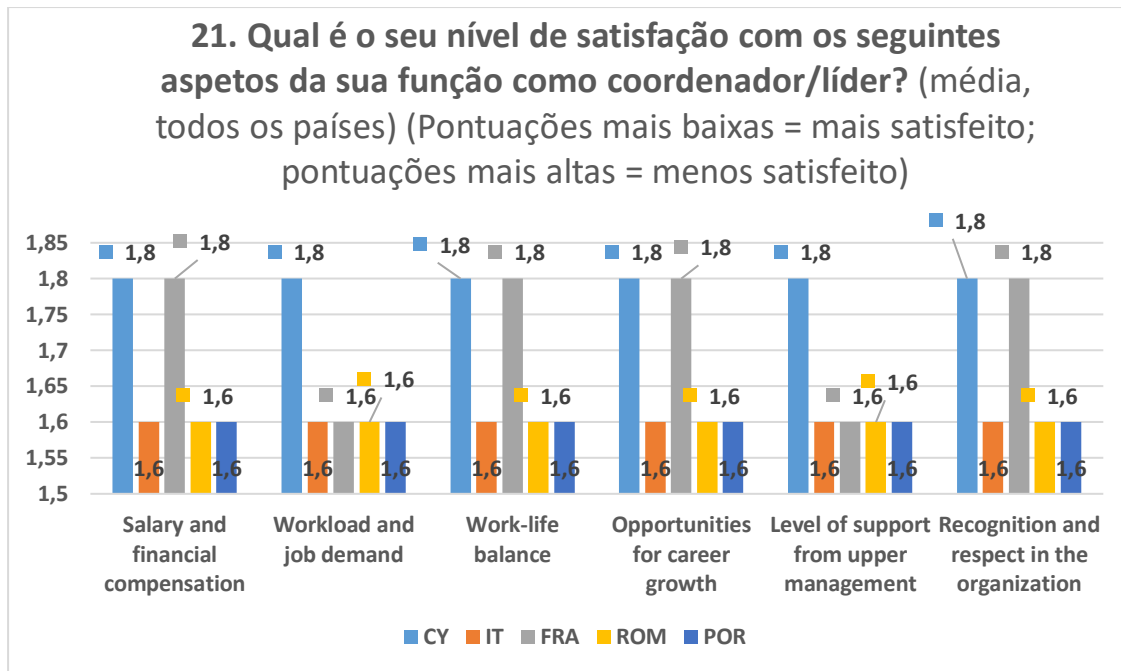


Figura 21: Satisfação média com os principais aspetos da função de coordenador/líder (todos os países)

3.1.3 Dados demográficos dos recetores de cuidados

Participaram no estudo 45 recetores de cuidados: 13 de Itália, 8 de Chipre, 8 de França, 8 da Roménia e 8 de Portugal (Figura 26).

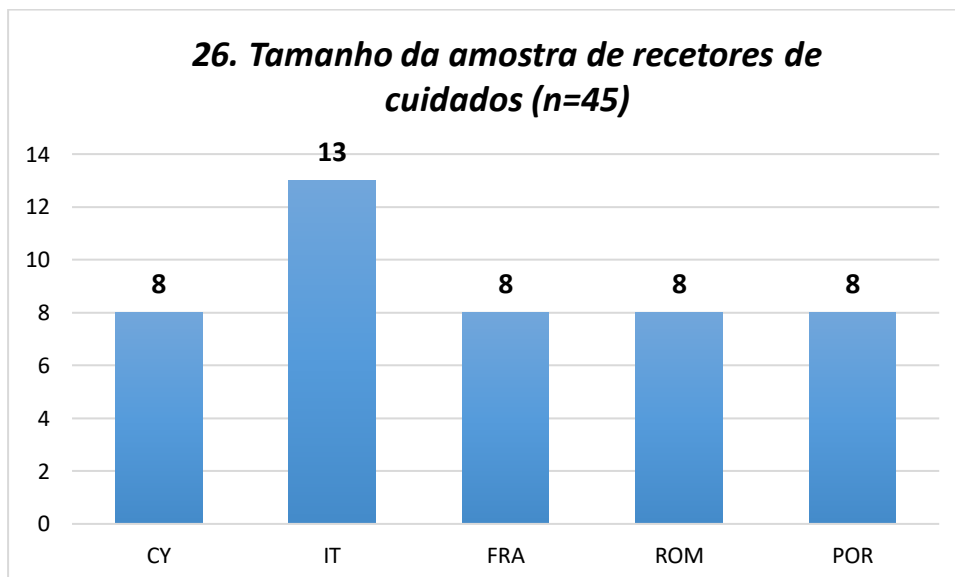


Figura 26: Tamanho da amostra de recetores de cuidados (n=45)

A distribuição de género entre os recetores de cuidados varia entre países. Os homens estão mais representados em Chipre, Itália, Roménia e Portugal, enquanto as mulheres são maioria em França (Figura 27).

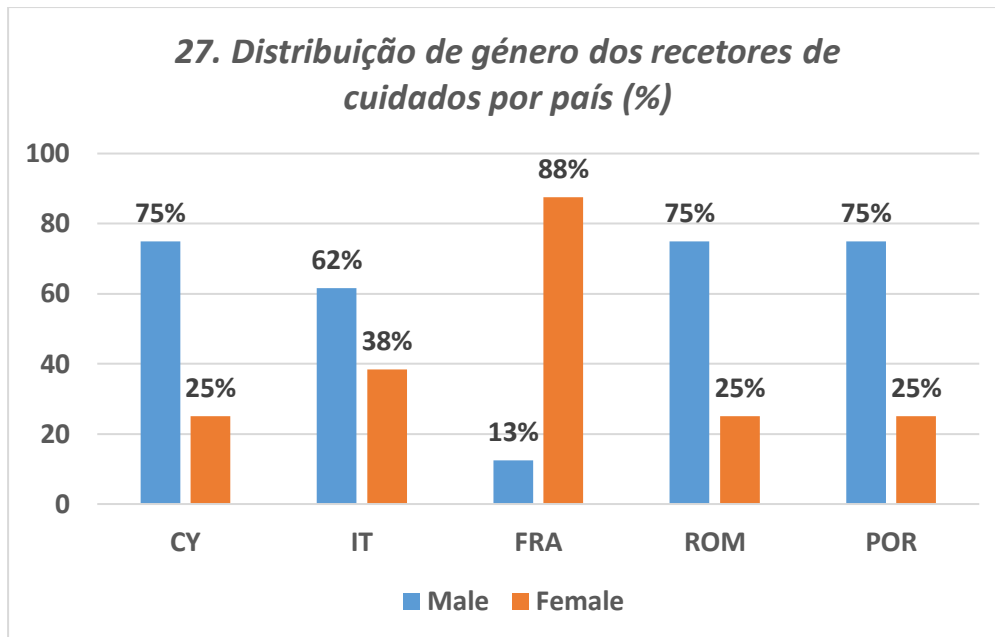


Figura 27: Distribuição de género dos recetores de cuidados por país (%)

A maioria dos recetores de cuidados eram adultos mais velhos, com idades entre 65 e 75 anos, seguidos pelos grupos entre 76 e 85 anos (Figura 28). Apenas em Chipre 63% dos participantes tinham mais de 86 anos (Figura 29).

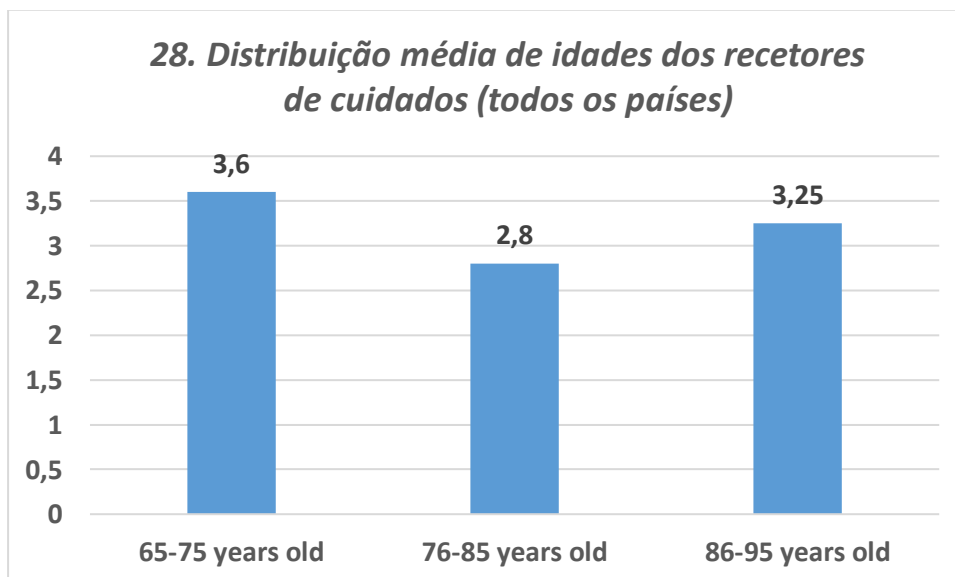


Figura 28: Distribuição média de idades dos recetores de cuidados (todos os países)

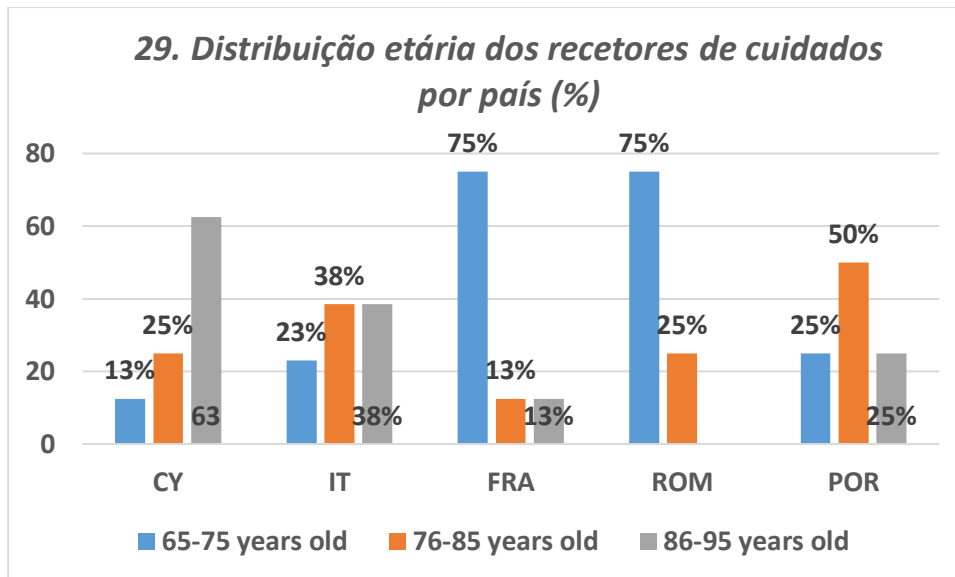


Figura 29: Distribuição etária dos recetores de cuidados por país (%)

Os níveis de escolaridade entre os recetores de cuidados foram variados. A maioria completou o ensino básico ou secundário, uma proporção menor concluiu cursos técnicos ou licenciaturas, e apenas um número reduzido declarou não possuir educação formal (Figura 30).

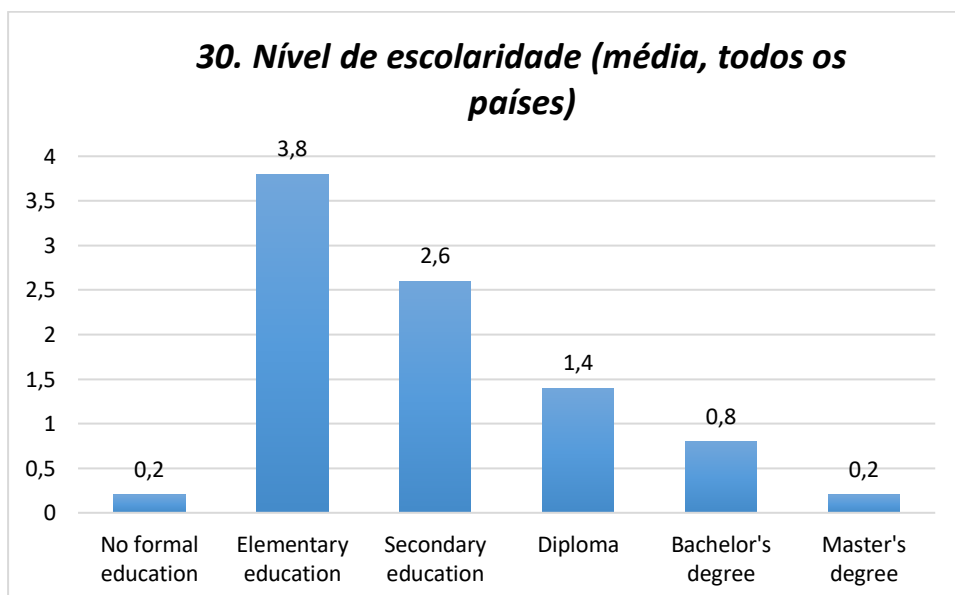


Figura 30: Nível de escolaridade (média, todos os países)

A maioria dos participantes referiu ter recebido cuidados de um cuidador formal homem, com a duração da assistência a variar normalmente entre um e três anos (Figuras 31 e 32).

31: Experiência de receber cuidados de um cuidador formal homem (média, todos os países)

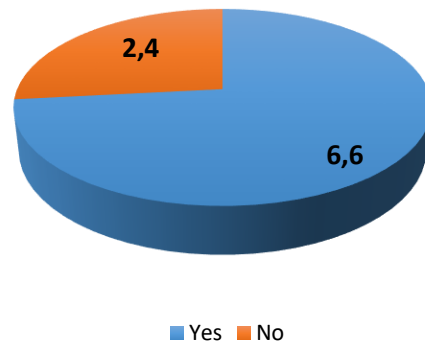


Figura 31: Experiência de receber cuidados de um cuidador formal homem (média, todos os países)

32. Se sim, há quanto tempo recebe assistência de um cuidador do sexo masculino? (Média, todos os países)

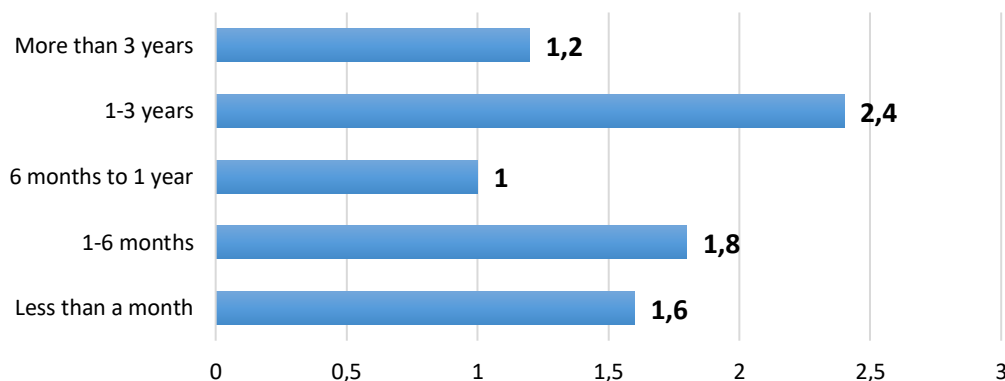


Figura 32: Duração dos cuidados recebidos de um cuidador formal homem (média, todos os países)

Os tipos de cuidados mais comuns incluíram cuidados médicos básicos (administração de medicação, tratamento de feridas, monitorização de sinais vitais), cuidados pessoais (higiene, apoio social), serviços de reabilitação e terapia, e apoio nas atividades da vida diária (tarefas domésticas, confeção de refeições, limpeza, transporte). Um número mais reduzido recebeu apoio emocional (Figuras 33 e 34).

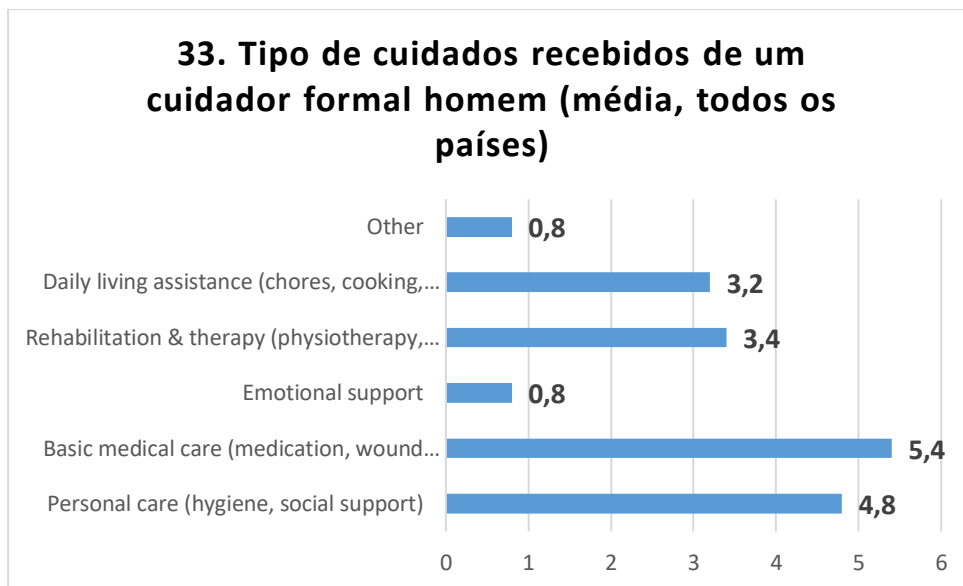


Figura 33: Tipo de cuidados recebidos de um cuidador formal homem (média, todos os países)

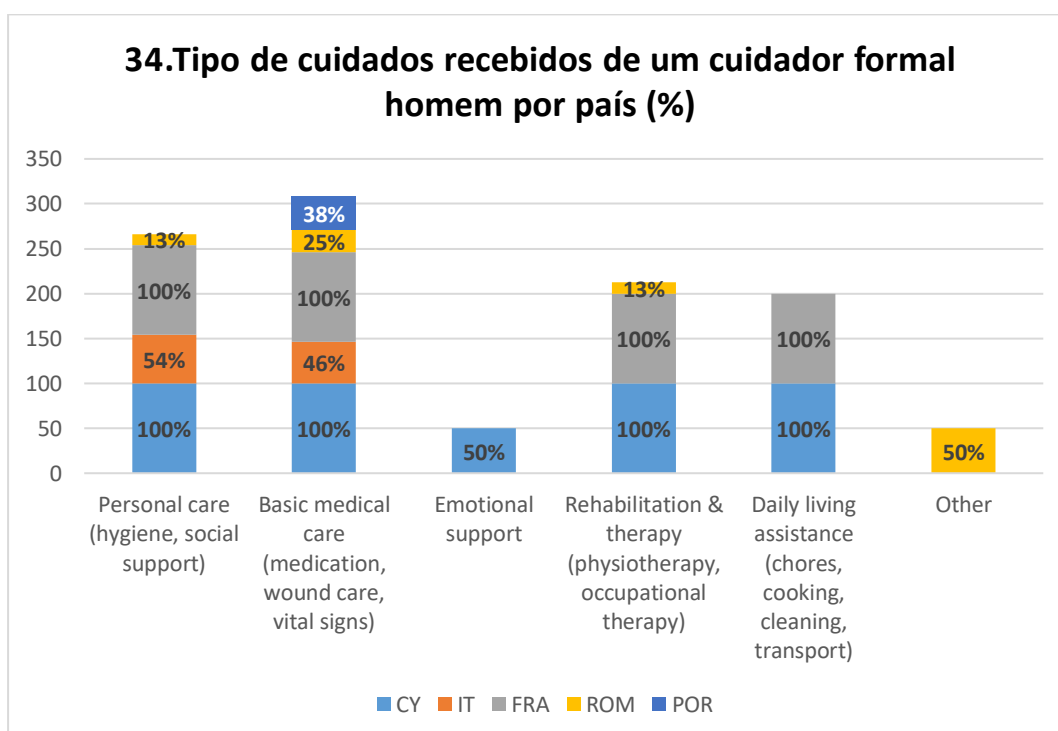


Figura 34: Tipo de cuidados recebidos de um cuidador formal homem por país (%)

Os cuidados foram prestados principalmente em unidades residenciais, estruturas residenciais para idosos e cuidados de longa duração, seguidos por unidades hospitalares e ambientes comunitários (Figura 35).

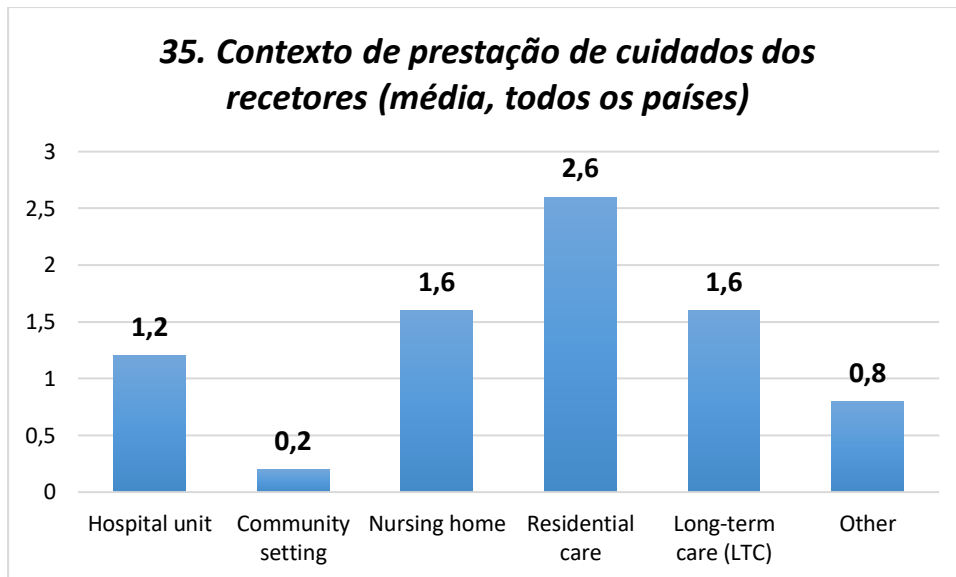


Figura 35: Contexto de prestação de cuidados dos recetores (média, todos os países)

De forma geral, a satisfação com os cuidadores formais homens foi positiva em todos os países participantes. Os recetores de cuidados referiram estar particularmente satisfeitos com a força física e a capacidade dos cuidadores para prestar apoio à mobilidade, com a sua abordagem profissional e técnica, bem como com a atitude, empatia e qualidade global dos cuidados (Figuras 36 e 37).

Casos de desconforto ao receber cuidados de cuidadores formais homens foram raros (Figuras 38 e 39). Quando ocorreram, estiveram sobretudo relacionados com preocupações de privacidade, perceção de menor empatia ou apoio emocional, dúvidas sobre profissionalismo ou competência e, ocasionalmente, dificuldades de comunicação (Figura 40).

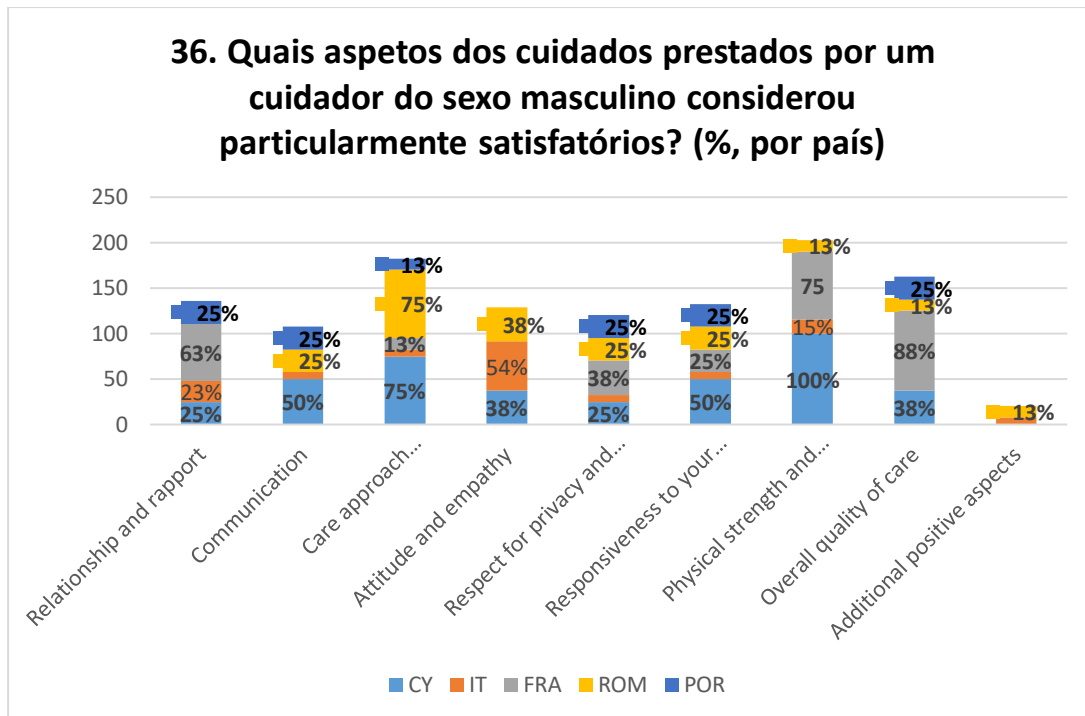


Figura 36: Satisfação com os cuidadores formais homens (%)

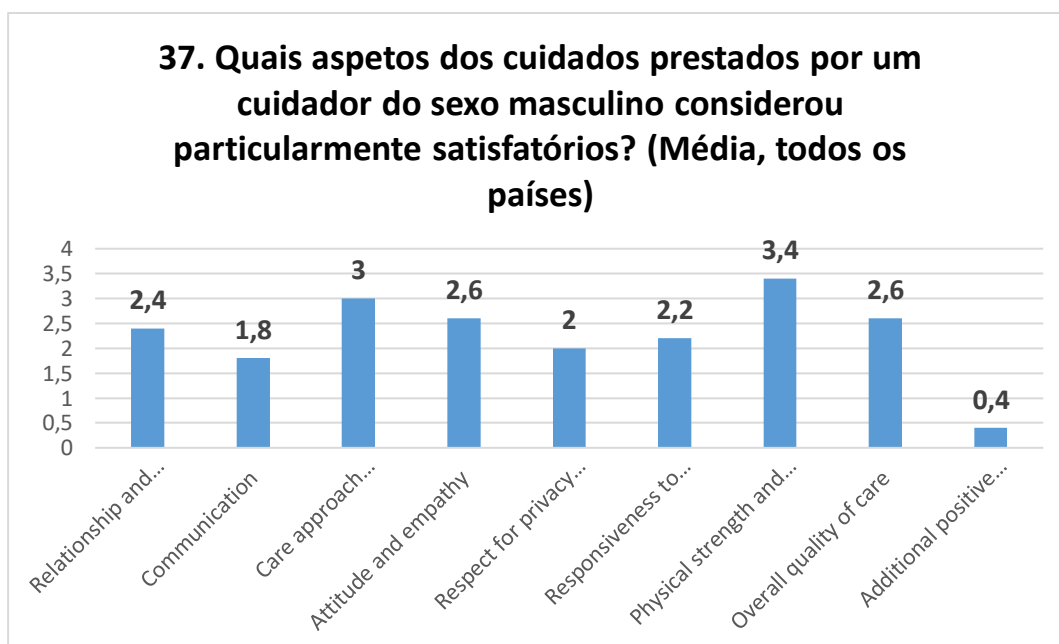


Figura 37: Satisfação com os cuidadores formais homens (pontuações médias)

38. Alguma vez se sentiu desconfortável ao receber cuidados de um cuidador do sexo masculino? (Média, todos os países)

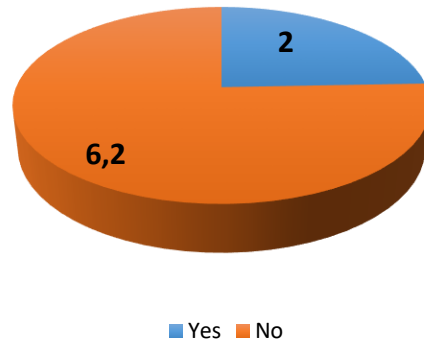


Figura 38: Desconforto ao receber cuidados de um cuidador formal homem (média, todos os países)

39. Alguma vez se sentiu desconfortável ao receber cuidados de um cuidador do sexo masculino? (% por país)

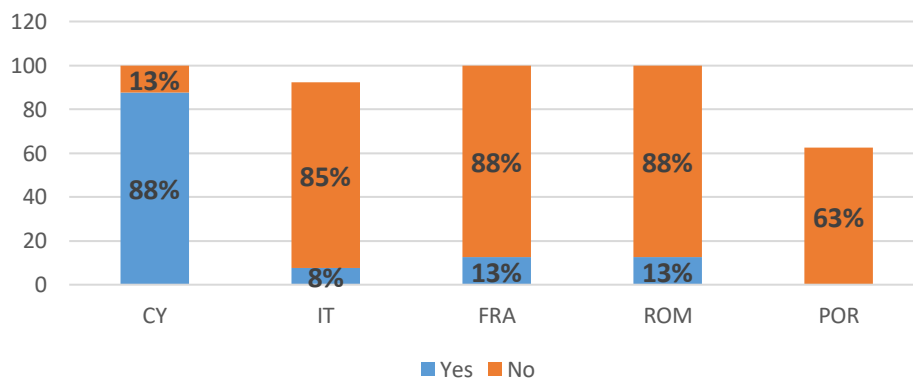


Figura 39: Desconforto ao receber cuidados de um cuidador formal homem por país (%)

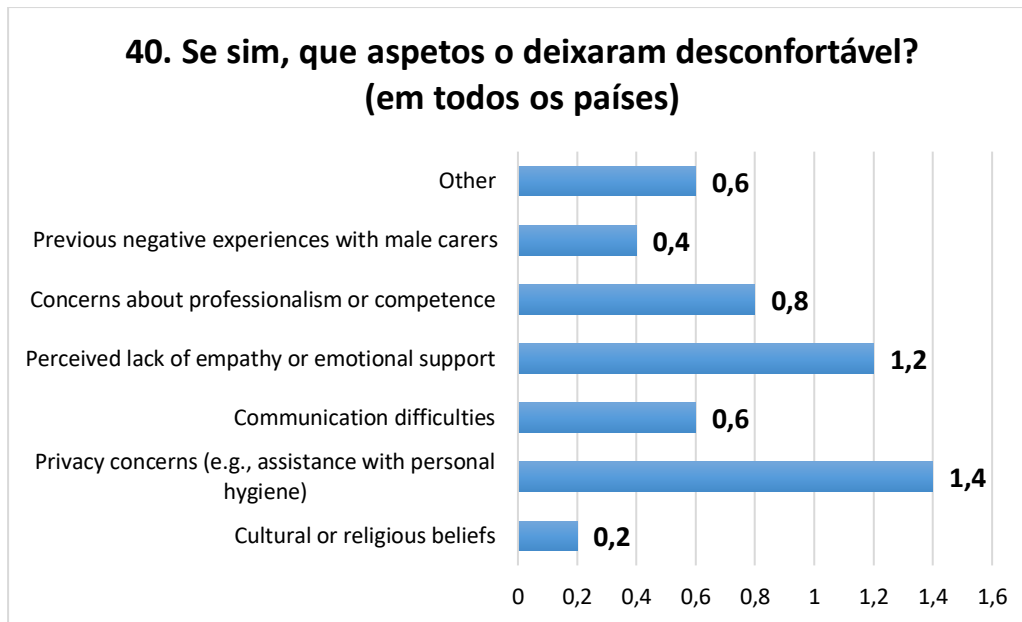


Figura 40: Razões para o desconforto ao receber cuidados de um cuidador formal homem (média, todos os países)

Quando questionados sobre a preferência quanto ao género do cuidador, a maioria dos recetores de cuidados afirmou não ter preferência, enquanto um grupo menor expressou preferência por cuidadoras mulheres. Um número muito reduzido indicou preferência específica por cuidadores homens (Figura 41).

Figura 41: Figura 41. Preferência dos recetores de cuidados quanto ao género do seu cuidador

3.2 Perspetivas comparativas de cinco países europeus

Esta secção apresenta uma síntese comparativa dos resultados obtidos nos cinco países participantes — Portugal, Itália, França, Roménia e Chipre —, analisando as experiências, desafios e perceções em torno da participação dos homens no setor dos cuidados de longa duração (CLD).

Com base nos dados qualitativos recolhidos junto de cuidadores formais homens, entidades empregadoras e recetores de cuidados, a análise explora de que forma os papéis de género, as expectativas culturais e as estruturas organizacionais moldam a participação dos homens nas funções de cuidado.

Os principais temas estão organizados em três áreas:

- (1) **Experiências e desafios dos cuidadores formais homens**, destacando motivações, barreiras e discriminação no local de trabalho;
- (2) **Perceções das entidades empregadoras e prestadores de cuidados**, centrando-se nos enviesamentos institucionais, práticas de recrutamento e dinâmicas de género nos contextos de cuidado;
- (3) **Perspetivas dos recetores de cuidados**, analisando confiança, níveis de conforto e atitudes culturais face a ser cuidado por homens.

Em conjunto, estas conclusões proporcionam uma compreensão transnacional de como os homens navegam numa profissão predominantemente feminina, revelando tanto barreiras estruturais comuns como mudanças emergentes no sentido de uma maior inclusão e reconhecimento profissional em toda a Europa.

3.2.1 Experiências e desafios dos cuidadores formais homens

3.2.1.1 Barreiras à entrada e progressão na carreira

Nos cinco países, os cuidadores formais homens descreveram de forma consistente a resistência cultural e a mobilidade profissional limitada como as principais barreiras à entrada e progressão no setor dos cuidados.

Na Roménia e em Portugal, os homens que ingressam na área enfrentam crenças tradicionais de que cuidar é “trabalho de mulher”, sendo frequentemente alvo de surpresa ou desaprovação subtil por parte da família e da sociedade. Este ceticismo inicial funciona como uma barreira psicológica e social, superada apenas com persistência e demonstração de competência.

«Muitos dizem: “Isso é trabalho de mulher, o que estás a fazer aí?” Mas acredito que os homens também podem ajudar.» (P7, Roménia)

«Eu era o único homem aqui quando comecei... precisamos de aumentar o papel masculino nesta profissão.» (P7, Portugal)

Em Itália e França, embora a resistência de género seja menos evidente, persistem barreiras estruturais, como a falta de progressão na carreira, a baixa remuneração e o reduzido reconhecimento institucional. Muitos referem sentir-se “invisíveis” em grandes sistemas de cuidados, onde o avanço é limitado e o trabalho emocional desvalorizado.

«A valorização, a progressão e até mesmo algum respeito têm sido muitas vezes difíceis de alcançar.» (P1, França)

«Fisicamente exigente, mas significativo — somos invisíveis e indispensáveis.» (P2, Itália)

No Chipre, a escolha pela profissão tende a ser pragmática, sendo vista como uma oportunidade de entrada imediata no mercado de trabalho. Contudo, para muitos, permanece uma ocupação temporária, dada a ausência de estruturas de desenvolvimento profissional.

«Era uma daquelas profissões em que se encontrava imediatamente um emprego.» (P1, Chipre)

De forma geral, em todos os contextos, os cuidadores formais homens percecionam o seu papel como profissionalmente estagnado, mas socialmente significativo, mantendo-se motivados sobretudo pela dimensão relacional do seu trabalho..

«Para mim, é o mesmo nível... Pretendo fazer um curso para subir de nível.» (P5, Portugal)

3.2.1.2 Discriminação no local de trabalho e preconceitos de género

A discriminação no local de trabalho raramente era explícita, mas as expectativas de género moldavam as experiências diárias dos homens. Em Itália e Portugal, os homens eram frequentemente valorizados pela força física e fiabilidade em situações exigentes. No entanto, esta valorização coexistia com uma segregação funcional: os homens tratavam das tarefas

físicas — levantar, transferir ou gerir comportamentos difíceis — enquanto as mulheres eram responsáveis pelos cuidados pessoais íntimos.

«Fisicamente, como é um trabalho físico, os homens são procurados... Muitos residentes procuram cuidadores do sexo masculino porque isso os faz sentir à vontade.» (P2, Itália)

«Eles preferiam que eu fosse, porque achavam que eu era mais forte e não os deixaria cair.» (P1, Portugal)

Na Roménia, esta divisão era ainda mais acentuada — os cuidadores homens eram, por vezes, orientados para funções de manutenção, reforçando a ideia de que estariam menos aptos para o cuidado emocional ou relacional.

«Os homens eram designados para tarefas mais pesadas, enquanto as mulheres ficavam com os cuidados diretos.» (P2, Roménia)

Na França, vários cuidadores relataram falta de identidade profissional e de reconhecimento, sentindo-se facilmente substituíveis. Embora homens e mulheres enfrentem desafios estruturais semelhantes, os primeiros notaram que o seu contributo era mais facilmente ignorado por estereótipos que os classificam como “ajudantes” e não como cuidadores.

«Somos números. No contexto macro da minha unidade hospitalar, sou um número.» (P1, França)

Vários participantes portugueses explicaram que a aceitação por parte das colegas e famílias aumentou com o tempo e a confiança. O ceticismo inicial tendia a desaparecer quando os pacientes experimentavam o profissionalismo e a empatia dos cuidadores masculinos, sugerindo que o preconceito pode ser reduzido através de uma interação positiva consistente.

«Algumas famílias inicialmente duvidaram de mim por ser homem, mas depois confiaram plenamente em mim.» (P7, Portugal)

Assim, em toda a Europa, a discriminação tinha menos a ver com exclusão e mais com expectativas de papéis, uma persistência silenciosa de estereótipos de género que definem o que os homens «devem» ou «não devem» fazer nos cuidados.

3.2.1.3 Motivações e percursos profissionais

Apesar dos desafios estruturais e sociais, os cuidadores masculinos de todos os países expressaram um profundo compromisso pessoal e significado no seu trabalho. As suas motivações muitas vezes derivavam de experiências pessoais ou familiares com doença ou vulnerabilidade, moldando a empatia e um sentido de dever moral. Na Roménia e em Portugal, essas experiências inspiraram muitos a seguir a carreira de cuidador como uma forma de “retribuir” e apoiar outras pessoas necessitadas.

«Vi o trabalho de todos aqueles profissionais... Disse que talvez pudesse contribuir para ajudar os outros.» (P1, Roménia)

«Os cuidados estão lá, com os pacientes, sempre perto deles. É algo que gosto muito.» (P6, Portugal)

Em Itália, a prestação de cuidados foi descrita como fisicamente exigente, mas emocionalmente gratificante, uma vocação que trazia orgulho, apesar do estatuto social limitado. Os participantes destacaram as relações humanas e o sentido de utilidade que contrabalançavam as dificuldades do trabalho.

«Fisicamente exigente, mas significativo, somos invisíveis e indispensáveis.» (P2, Itália)

Os participantes franceses também associaram a motivação a um sentimento de responsabilidade cívica e compaixão, mas lamentaram a falta de reconhecimento institucional, que consideraram uma falha de justiça social tanto para os cuidadores como para os destinatários dos cuidados.

«Tenho orgulho de fazer este trabalho, mesmo que não seja valorizado.»

(P5, França)

No Chipre, as motivações eram em grande parte económicas e práticas, mas vários participantes observaram que a satisfação emocional cresceu com o tempo, transformando o que começou como uma necessidade numa fonte de propósito.

«Era uma daquelas profissões em que se encontrava emprego imediatamente.» (P1, Chipre)

Em todos os contextos, os homens entraram no setor dos cuidados por diferentes motivos, mas permaneceram nele devido à recompensa emocional e ao sentimento de conexão humana. As suas narrativas refletem resiliência e orgulho em desempenhar uma função que, embora subvalorizada, consideram moralmente essencial.

«Mesmo que seja difícil, gosto do que faço. Ajudo e isso faz com que valha a pena.» (P8, Portugal)

3.2.2 Perceções das entidades empregadoras e prestadores de cuidados

3.2.2.1 Preconceitos organizacionais e desafios de recrutamento (preconceito na contratação)

Em todos os países, os empregadores reconheceram que o recrutamento de homens para cuidados continua a ser raro e muitas vezes limitado por expectativas culturais. Na Roménia e em Itália, vários diretores admitiram que os candidatos masculinos *«nunca foram considerados»* ou foram considerados inadequados para funções de cuidados íntimos. As decisões de recrutamento foram influenciadas não por qualificações, mas por estereótipos relativos à competência emocional ou adequação.

«Os candidatos masculinos nunca foram considerados; na altura, não sei a razão, só posso adivinhar qual foi.» (P5, Roménia)

«A porta está sempre muito fechada para os homens, é verdade.» (P1, Itália)

Ao mesmo tempo, vários empregadores portugueses e franceses destacaram mudanças positivas em direção à inclusão, observando que os profissionais masculinos muitas vezes trazem equilíbrio e estabilidade para equipas predominantemente femininas. Eles enfatizaram o valor dos ambientes mistos, tanto para a dinâmica da equipa como para a qualidade dos cuidados.

«Ter um grupo de trabalho heterogéneo é sempre uma vantagem e, quanto mais diversificado for o grupo, melhor.» (P2, Portugal)

«Contratar homens também teve um papel importante... porque era uma equipa inteiramente feminina com muitos conflitos entre elas.» (P5, França)

No Chipre, as entidades empregadoras e prestadores de cuidados relataram menos barreiras explícitas, mas reconheceram que a oferta de candidatos masculinos continua baixa, muitas vezes porque os homens percebem os cuidados como uma profissão pouco atraente ou mal remunerada. Os empregadores viram isso como um desafio social, e não institucional, observando que uma maior visibilidade e conscientização pública poderiam ajudar a mudar as atitudes.

«Se queremos que mais homens se juntem a nós, a sociedade deve ver os cuidados como um trabalho real, e não como um dever das mulheres.» (P4, Chipre)

No geral, embora algumas organizações se tenham tornado mais abertas à contratação de homens, persistem preconceitos estruturais — tanto na linguagem de recrutamento como na crença tácita de que os homens são «exceções» e não membros integrais das equipas de cuidados.

3.2.2.2 Dinâmica do local de trabalho e oportunidades de desenvolvimento de carreira (cultura do local de trabalho)

Os empregadores dos cinco países reconheceram, em geral, a importância da diversidade de género para manter uma dinâmica positiva na equipa, mas também admitiram a persistência de desigualdades na prática diária. Em Portugal, as entidades empregadoras e prestadores de cuidados referiram frequentemente uma forte colaboração entre os funcionários, descrevendo os cuidadores masculinos como «*aliados essenciais*» em contextos fisicamente exigentes. No entanto, esta valorização reforçou, por vezes, as divisões de trabalho baseadas no género, em que os homens eram valorizados pela sua força e não pelas suas competências de prestação de cuidados.

«Procuramos sempre atribuir um homem a cada turno... para que haja um maior equilíbrio em certos tipos de tarefas.» (P7, Portugal)

Em Itália, as entidades empregadoras e prestadores de cuidados observaram que a presença de cuidadores masculinos ajudava a reduzir conflitos e promovia o profissionalismo em equipas grandes, compostas principalmente por mulheres. No entanto, também notaram que os homens tendem a sair mais cedo, muitas vezes mudando-se para cargos hospitalares com melhores salários e reconhecimento, um fenómeno ligado à progressão de carreira limitada nos cuidados de longa duração.

«Todos os homens que tive aqui mudaram-se para o hospital, mas precisamente para manter as mesmas funções.» (P5, Itália)

As entidades empregadoras e prestadores de cuidados franceses descreveram os cuidados como uma profissão «de resistência», em que tanto homens como mulheres enfrentam cargas de trabalho elevadas, fadiga emocional e baixos salários. Salientaram a necessidade de investimento institucional em formação e reconhecimento para reter os

trabalhadores masculinos, que muitas vezes procuram ambientes que valorizem o profissionalismo e o respeito.

«É muito difícil trabalhar nesta área, mesmo que se goste muito. O salário é simplesmente miserável e não cobre nada.» (P3, França)

No Chipre e na Roménia, as oportunidades de formação contínua e progressão na carreira eram frequentemente limitadas, com poucos percursos formais ou estruturas de mentoria em vigor. Os funcionários do sexo masculino que progrediram fizeram-no normalmente de forma informal, motivados pela persistência pessoal ou pelo incentivo externo, em vez de pelo planeamento institucional. Experiências semelhantes foram descritas em Portugal, onde um participante observou:

«Tive apoio para tudo o que queria, até mesmo para ir aos Recursos Humanos para poder voltar a estudar aqui. Porque a Dra. Sandra quer que eu estude. Ela quer que eu me qualifique aqui como enfermeira. Mas as universidades que ela sugeriu ficavam muito longe e, para mim, não fazia sentido. Eu teria que sair de Lisboa para ir para perto do Porto e isso era complicado para mim. Estou a procurar universidades públicas, mas a concorrência é muito alta.»

(P5, Portugal)

«Temos dificuldade em encontrar pessoal qualificado... pessoas que possam desenvolver algo diferente.» (P2, Roménia)

Em todos os contextos, os empregadores reconheceram que, embora os homens contribuam positivamente para o trabalho em equipa e para a qualidade dos cuidados, a ausência de percursos profissionais estruturados continua a afastá-los do setor.

3.2.2.3 Expectativas de género nas funções de prestação de cuidados

Apesar dos progressos, os estereótipos de género continuam profundamente enraizados na perceção dos empregadores sobre as

funções de prestação de cuidados. A maioria das entidades empregadoras e prestadores de cuidados descreveu as mulheres como «*naturalmente cuidadoras*» e os homens como «*mais fortes e calmos*», perpetuando uma divisão simbólica entre o trabalho emocional e o trabalho físico.

*«A aptidão para cuidar é inerente às mulheres. É uma questão genética.»
(P6, Itália)*

Mesmo em contextos comprometidos com a igualdade, as preferências dos residentes e das famílias muitas vezes moldavam a forma como os homens eram distribuídos. Os empregadores explicaram que as residentes do sexo feminino, particularmente as gerações mais velhas, podiam inicialmente recusar cuidadores do sexo masculino para tarefas íntimas, levando as equipas a adaptar as atribuições com base no conforto e nas normas culturais.

*«Tenho mulheres que são realmente muito relutantes em receber
cuidados de homens.» (P6, Portugal)*

*«Algumas famílias estavam desconfiadas (em relação à contratação de
um homem) [...] mas agora ele é quase o seu cuidador preferido.» (P7,
França)*

Em França e Portugal, várias entidades empregadoras e prestadores de cuidados tentaram ativamente desafiar estes preconceitos, destacando o profissionalismo e a empatia dos homens. Os gestores descreveram a realização de formações em comunicação, campanhas de sensibilização e modelos de comportamento para ajudar a normalizar a presença masculina nos cuidados.

*«Nós, diretores, também temos um papel importante na desmistificação
deste preconceito.» (P2, Portugal)*

*«Dar mais visibilidade e voz a este tipo de profissionais (cuidadores
masculinos).» (P3, França)*

Na Roménia e em Chipre, os empregadores associaram o preconceito persistente a atitudes sociais mais amplas que encaram os cuidados como uma continuação das tarefas domésticas das mulheres. Os esforços para incluir os homens foram frequentemente descritos como «simbólicos» em vez de sistémicos, refletindo uma transição cultural lenta em vez de uma mudança institucional imediata.

«O trabalho de cuidados ainda é visto como uma extensão das tarefas domésticas, e isso afasta os homens.» (P4, Chipre)

No geral, embora os empregadores geralmente expressem abertura em relação aos cuidadores formais masculinos, as suas narrativas revelam uma reprodução subtil das normas de género, em que a inclusão é aceite em princípio, mas limitada na prática por crenças culturais de longa data sobre quem é «naturalmente adequado» para cuidar.

3.2.3 Perspectivas dos recetores de cuidados

3.2.3.1 Níveis de confiança e conforto com cuidadores formais homens

Nos cinco países, os recetores de cuidados expressaram níveis variados de confiança e conforto com cuidadores formais homens, influenciados por normas geracionais e culturais.

Em Portugal e Itália, algumas mulheres idosas inicialmente sentiram embaraço ao receber cuidados íntimos de homens, embora mais tarde descrevessem relações positivas baseadas na confiança e profissionalismo.

«Ele é um homem, sinto-me envergonhada.» (P7, Portugal)

«Algumas mulheres idosas recusam-se a ser tratadas por mim, por exemplo, com higiene pessoal, mas, fora isso, não há barreiras.» (P5, Portugal)

«Com o tempo, se perceberem que a pessoa é cuidadosa, acabam por aceitar.» (P4, Itália)

Em França e Chipre, a confiança estava menos relacionada com o género e mais com a qualidade da interação e do cuidado. Os participantes salientaram que o que importava era o respeito, a atenção e a competência do cuidador, e não o seu sexo. Para muitos, as necessidades físicas superavam o embaraço, especialmente em relações de longa duração com os cuidadores.

«Foi um homem que me lavou... mas eu estava doente, era para o meu próprio bem, por isso não faz mal.» (P3, França)
«Desde que façam bem o trabalho.» (P5, Chipre)

Os participantes romenos ecoaram sentimentos semelhantes, sugerindo que a confiança se desenvolve através da familiaridade e da empatia, e não do género. No entanto, alguns ainda admitiram uma sensação residual de desconforto quando assistidos por cuidadores formais do sexo masculino, especialmente durante o banho ou ao vestir-se.

«Se for necessário, tem de ser.» (P4, Roménia)

Em todos os contextos, estas reações destacam que o desconforto tende a ser situacional e geracional, diminuindo gradualmente à medida que os cuidadores provam o seu profissionalismo e sensibilidade.

3.2.3.2 Diferenças percebidas entre cuidadores formais masculinos e femininos

A maioria dos destinatários dos cuidados não relatou diferenças substanciais na qualidade técnica dos cuidados, enfatizando que tanto homens como mulheres podiam desempenhar as suas funções com competência. No entanto, muitos ainda atribuíam atributos emocionais e simbólicos aos papéis de género, descrevendo frequentemente as mulheres como mais carinhosas ou afetuosas.

«É a mesma coisa, mas as mulheres são mais capazes.» (P2, Portugal)
«Prefiro ser cuidado por mulheres, pelo lado mais afetoso.» (P3, Itália)

Em França e no Chipre, os participantes expressaram opiniões neutras ou igualitárias, refletindo uma normalização social mais ampla dos homens na prestação de cuidados. Para estes inquiridos, a motivação e o profissionalismo eram mais valorizados do que o género.

«A motivação é o que conta; o género não importa.» (P3, França)

«Todos devem ser capazes de gerir bem.» (P4, Chipre)

Por outro lado, na Roménia, alguns participantes ainda enquadravam os homens como exceções em contextos de cuidados, descrevendo as mulheres como «melhor preparadas» e associando os cuidados à feminilidade e à paciência.

«As trabalhadoras já estão preparadas para isso.» (P6, Roménia)

*«Não sei se há trabalhadores do sexo masculino para trabalhar aqui.»
(P7, Roménia)*

Apesar destas diferenças, os inquiridos de todos os países destacaram consistentemente o respeito, a comunicação e a dedicação como os verdadeiros indicadores de bons cuidados. O género continuou a ser relevante principalmente em contextos íntimos ou culturalmente sensíveis, em vez de ser um fator determinante da competência ou da compaixão.

3.2.3.3 Influências culturais e sociais nas preferências

As normas culturais influenciaram fortemente o conforto e as expectativas em torno dos cuidados prestados por homens. Nos contextos do sul da Europa, nomeadamente em Itália e Portugal, as gerações mais velhas mantinham normas de género tradicionais que associavam os cuidados aos papéis domésticos das mulheres. Os sentimentos de vergonha ou modéstia eram mais comuns entre as mulheres mais velhas que cresceram em ambientes patriarcais, onde a assistência física por parte dos homens era considerada inadequada.

«É mais difícil para mim cuidar de uma mulher idosa do que de uma senhora de 60 ou 70 anos, porque as mais velhas carregam essa vergonha do passado.» (P5, Portugal)

«As mulheres preferem ser tratadas por mulheres.» (P4, Itália)

Na Roménia, a cobertura mediática de escândalos relacionados com cuidados (por exemplo, casos de abuso) moldou ainda mais as perceções do público, reforçando a cautela em relação aos cuidadores formais masculinos e amplificando os estereótipos de género pré-existentes.

*«Ouvi falar de casos de abuso por cuidadores masculinos nas notícias.»
(P7, Roménia)*

Os participantes franceses e cipriotas, no entanto, refletiram uma perspetiva mais moderna, considerando a diversidade de género como parte de uma realidade social em mudança. Eles enfatizaram que a participação dos homens nos cuidados representa progresso social e igualdade.

«Hoje em dia, no mundo tal como ele é, tudo já é igual, homem ou mulher.» (P6, Chipre)

«A alma não tem género.» (P2, França)

No geral, o grau de aceitação dependia tanto do contexto cultural como da abertura geracional. Os inquiridos mais jovens ou com maior nível de escolaridade tendiam a valorizar o profissionalismo em detrimento do género, enquanto os adultos mais velhos, especialmente as mulheres, ainda enquadravam o conforto em relação à modéstia e ao decoro tradicionais.

Em conjunto, as conclusões dos cinco países revelam uma tensão comum entre tradição e transformação.

Os homens que entram no setor de cuidados continuam a enfrentar

barreiras culturais e reconhecimento profissional limitado, mas estão gradualmente a redefinir os cuidados como um ato humano e não de género.

As entidades empregadoras começam a valorizar a diversidade, mas desafios sistémicos, como baixos salários, progressão de carreira limitada e a persistência de estereótipos de género, continuam a ser obstáculos centrais à igualdade.

A crescente confiança dos recetores de cuidados nos cuidadores formais homens indica uma mudança geracional rumo à inclusão, sugerindo que a diversidade de género melhora a dinâmica das equipas e a qualidade do cuidado.

«Todos devem desempenhar bem o seu papel... o que importa é o cuidado, não o género.» (P2, Portugal)

Na Roménia, Portugal, Itália, França e Chipre, a integração dos cuidadores formais homens é um processo social e institucional em evolução.

Embora o preconceito de género ainda influencie as perceções e as oportunidades, os homens que ingressam na área costumam demonstrar resiliência, empatia e um forte impulso ético para servir os outros. As suas experiências refletem tanto a persistência de velhos estereótipos como o surgimento de novas formas de identidade profissional, apontando para um futuro em que a prestação de cuidados não é reconhecida como um «papel feminino», mas como uma responsabilidade humana partilhada.

«Somos poucos, mas fazemos a diferença. Acho que está na hora das pessoas perceberem isso.» (P3, Portugal)

Em todos os países participantes, os resultados evidenciam uma transição progressiva, embora desigual, rumo à inclusão de género no setor dos cuidados de longa duração. Embora os homens continuem a enfrentar

barreiras estruturais, estereótipos persistentes e percursos profissionais limitados, a sua presença é cada vez mais reconhecida como uma mais-valia que enriquece a dinâmica das equipas e amplia a qualidade dos cuidados. Tanto as entidades prestadoras de cuidados/empregadores como os recetores de cuidados estão gradualmente a afastar-se da visão tradicional dos cuidados como “trabalho de mulheres”, aproximando-se de uma compreensão dos cuidados enquanto responsabilidade humana partilhada, alicerçada na empatia, na competência e no profissionalismo.

Apesar das diferenças nacionais nas políticas laborais e nas atitudes culturais, emerge um denominador comum: a necessidade de apoio sistémico para normalizar a participação dos homens nos cuidados, através de uma melhor formação, de ações de sensibilização e de condições de trabalho equitativas.

Em conjunto, estas conclusões evidenciam tanto os desafios como o potencial transformador de promover o equilíbrio de género nos cuidados — um passo essencial para o desenvolvimento de sistemas de cuidados de longa duração mais inclusivos, sustentáveis e centrados na pessoa em toda a Europa.

3.3 Comparação entre países

Nos cinco países participantes — Portugal, Itália, França, Roménia e Chipre — a integração dos cuidadores formais homens no setor dos cuidados de longa duração (CLD) revela tanto barreiras estruturais comuns como dinâmicas específicas de cada país, moldadas pela cultura, pelas políticas públicas e pelas práticas institucionais.

Embora a profissão de cuidador continue a ser predominantemente feminina em todos os contextos, os dados sugerem que a participação masculina está a aumentar lentamente, apoiada por uma mudança cultural gradual, pela escassez de mão de obra e por iniciativas locais que promovem a diversidade nas equipas de cuidados.

Segue-se uma síntese dos temas recorrentes, destaques por país e citações ilustrativas dos participantes (Tabela 1)..



Tema/Perspetiva	Síntese entre países (resumo)	Citações ilustrativas (do conjunto de dados)
Estereótipos de género persistentes	Em todos os cinco países, as visões tradicionais continuam a influenciar as atitudes em relação aos cuidadores homens. Embora o estigma tenha diminuído em Portugal e França, na Roménia e em Itália os cuidados continuam a ser vistos como “trabalho de mulheres”. O Chipre reflete também algum desconforto geracional, sobretudo em cuidados pessoais.	“Respeitamos sempre os desejos das pessoas cuidadas... um homem deve cuidar de homens e uma mulher de mulheres.” (Portugal) “Os candidatos homens nunca foram considerados; a porta está sempre fechada para eles.” (Roménia) “As mulheres são mais capazes... é mais natural.” (Recetores de cuidados – Chipre)
Estagnação na carreira e baixa remuneração	A progressão limitada na carreira e os baixos salários foram preocupações consistentes em todos os países. Muitos cuidadores homens relataram sentir-se desvalorizados e sem apoio institucional para o desenvolvimento profissional, o que afeta a motivação e a retenção.	«Não há um salário justo para o que as pessoas fazem.» (Portugal) «O que fazes hoje é o que farás daqui a 10-15 anos; há pouca progressão na carreira.» (Roménia) «O salário é simplesmente miserável e não cobre nada.» (França)
Desconforto com cuidados íntimos e construção de confiança	O desconforto em receber cuidados íntimos de cuidadores homens permanece generalizado entre as mulheres adultas mais velhas, especialmente no Chipre, em Portugal e na Roménia. Contudo, a familiaridade e a confiança tendem a superar essas barreiras iniciais.	«No início, havia sempre alguma apreensão por ser um homem, mas depois da primeira vez... elas não queriam outros colegas.» (Portugal) «Ela disse que tinha vergonha de ser cuidada por um homem.» (Roménia) «Ele é um homem, sinto-me envergonhada.» (Beneficiária de cuidados – Chipre)
Portugal – Parcerias inclusivas de formação e sensibilização	Portugal demonstra boas práticas através da colaboração institucional com escolas de enfermagem e técnicas, promovendo a visibilidade e a inclusão de cuidadores homens. Os centros de formação incentivam a consciencialização sobre o género e o desenvolvimento da identidade profissional.	«Somos um centro de formação... recebemos muitos estagiários de enfermagem.» «Ter um grupo de trabalho heterogéneo é sempre uma vantagem.»
França – Políticas de apoio no local de trabalho	A França demonstra um forte compromisso organizacional com a igualdade. As entidades empregadoras oferecem	«Oferecemos avaliações de desempenho, seguro de saúde e um dia extra de folga.»

	horários flexíveis, formação e iniciativas de bem-estar, ajudando a normalizar a participação masculina nas equipas de cuidados.	«Tentamos ajustar os horários para evitar o absentismo.»
Itália – Modelos masculinos emergentes	Em Itália, observa-se uma mudança lenta mas positiva, apoiada pela educação e pela mentoria. Dar visibilidade a cuidadores homens que se tornaram exemplos tem ajudado a desafiar estereótipos.	«Damos voz a profissionais masculinos que superaram desafios e se tornam modelos a seguir na área dos cuidados.» «Os homens eram colocados como motoristas ou jardineiros, enquanto as mulheres eram colocadas em funções de cuidados diretos.»
Roménia – Necessidade de sensibilização e confiança pública	A Roménia enfrenta fortes preconceitos culturais, mas também demonstra resiliência entre cuidadores homens que procuram reconhecimento. É necessária uma estratégia estruturada de sensibilização e formação para mudar perceções.	«Os candidatos masculinos nunca foram considerados.» «Há mulheres que se sentem envergonhadas por serem cuidadas por homens... isso vem do passado.»
Chipre – Participação emergente e identidade profissional	O Chipre revela uma força de trabalho mais jovem nos cuidados, com homens que entram no setor por motivos práticos, mas que acabam por encontrar significado pessoal na sua função. O estigma é leve, embora persistam preferências tradicionais.	«Era uma daquelas profissões em que se encontrava emprego imediatamente.» «As mulheres preferem cuidadoras do sexo feminino para cuidados íntimos, mas, fora isso, é a mesma coisa.»

Tabela 1: Resumo das conclusões transnacionais sobre género e cuidar

3.3.1 Portugal: inclusão emergente e reconhecimento profissional

Portugal destaca-se como um exemplo progressivo de inclusão, onde os estereótipos de género nos cuidados são hoje menos predominantes do que no passado. Os participantes descreveram um setor em transição: embora as gerações mais velhas ainda revelem algum desconforto em relação a cuidadores homens, tanto as entidades prestadoras de cuidados/empregadores como os recetores de cuidados mostram-se cada vez mais recetivos à presença masculina.

As organizações começaram a recrutar e apoiar ativamente cuidadores homens, reconhecendo o seu contributo para equipas mais equilibradas. Os empregadores destacaram o impacto positivo da diversidade de género nas dinâmicas de grupo, observando que os cuidadores homens

frequentemente trazem estabilidade, paciência e competências na resolução de conflitos.

No entanto, os baixos salários e as oportunidades limitadas de progressão continuam a ser desafios centrais. Apesar disso, Portugal demonstra boas práticas na formação e sensibilização sobre igualdade de género, bem como no apoio à educação contínua de cuidadores homens, incluindo colaborações com escolas técnicas e universidades.

3.3.2 Itália: Estereótipos persistentes e mudanças emergentes

Em Itália, a profissão de cuidador continua fortemente marcada pelo género, sendo culturalmente associada ao papel de cuidado das mulheres. Os empregadores reconheceram abertamente a existência de enviesamentos de género no recrutamento, observando que os homens são frequentemente atribuídos a tarefas físicas ou técnicas, em vez de cuidados pessoais diretos.

Apesar disso, há sinais promissores de progresso, nomeadamente na educação profissional e nas iniciativas locais de liderança. Algumas instituições começaram a promover a paridade nas equipas e a oferecer formação inclusiva. Vários cuidadores homens relataram progressão para cargos de coordenação ou direção técnica, demonstrando que a competência e a persistência podem superar barreiras de género.

No entanto, as atitudes sociais das gerações mais velhas continuam a refletir pudor e constrangimento em receber cuidados de homens, indicando que a mudança cultural, embora em curso, é lenta.

3.3.3 França: Igualdade profissional e inovação organizacional

A França apresenta um dos contextos institucionais mais avançados em termos de igualdade de género nos cuidados. Os quadros legais promovem a igualdade de oportunidades e a não discriminação, e os empregadores relataram práticas de gestão e recrutamento amplamente neutras em termos de género.

Persistem, contudo, obstáculos práticos, como a estagnação das carreiras e a falta de reconhecimento profissional. Os cuidadores homens expressaram frustração com a ausência de progressão e as cargas de

trabalho elevadas, mas consideram o seu trabalho socialmente significativo e gratificante.

Algumas organizações francesas são exemplos de boas práticas, oferecendo horários flexíveis, programas de formação e ações de sensibilização que visam desmistificar os papéis de género nos cuidados. As equipas mistas são valorizadas pela sua contribuição para a redução de conflitos e para a melhoria da qualidade do cuidado. Entre os recetores de cuidados, a confiança nos cuidadores homens é elevada, refletindo uma aceitação mais madura da diversidade de género.

3.3.4 Roménia: Barreiras culturais e baixo reconhecimento

A Roménia apresenta as atitudes mais tradicionais relativamente aos cuidadores homens entre os países analisados. Estes profissionais relataram estigma social e descrença quanto ao seu papel, tanto por parte dos colegas como do público.

Os empregadores confirmaram a escassa representação masculina e admitiram que raramente consideram candidatos homens para funções de cuidado pessoal. Além disso, os baixos salários, a falta de formação e a desconfiança social — por vezes alimentada por notícias negativas — dificultam a atração de homens para o setor.

Apesar disso, emergem sinais de resiliência: os cuidadores homens expressaram uma forte motivação intrínseca, encarando o cuidado como uma vocação e um dever moral. Algumas instituições começaram a introduzir formação sobre igualdade de género, embora ainda de forma pontual e localizada. A experiência romena reforça a necessidade de apoio sistémico e de campanhas nacionais que promovam os cuidados enquanto profissão neutra em termos de género e socialmente valorizada.

3.3.5 Chipre: Entrada pragmática e aceitação em evolução

No Chipre, a participação masculina no setor dos cuidados é limitada, mas está a crescer gradualmente, sobretudo entre trabalhadores que procuram emprego estável. Para muitos, o cuidado começou como uma escolha prática, mas evoluiu para uma profissão com significado emocional e relacional.

Os recetores de cuidados relataram níveis elevados de conforto e confiança nos cuidadores homens, mostrando pouca resistência baseada no género — a ênfase recai sobretudo no profissionalismo e na empatia.

Os empregadores expressaram abertura ao recrutamento de homens, embora as políticas formais de igualdade de género ainda sejam escassas. Mesmo sem medidas institucionais estruturadas, observam-se boas práticas em pequena escala, como o acompanhamento e a mentoria de novos cuidadores homens, o que facilita a sua integração em equipas predominantemente femininas.

4. Recomendações políticas e práticas

A investigação realizada no âmbito da iniciativa evidenciou as experiências, motivações e desafios dos cuidadores profissionais homens em vários países europeus. Os elementos apresentados neste capítulo resultam diretamente do trabalho de todos os parceiros da iniciativa e refletem as recomendações e estratégias que emergiram das análises efetuadas.

Os cuidadores homens trazem competências valiosas a equipas predominantemente femininas, combinando apoio emocional, capacidade prática de resolução de problemas e força física. Simultaneamente, enfrentam estereótipos persistentes, sub-representação em cargos de liderança e desafios profissionais como desgaste emocional, fraca valorização e remunerações precárias.

Este capítulo apresenta, por conseguinte, um conjunto de reflexões, recomendações práticas, medidas e estratégias de sensibilização destinadas a apoiar organizações, decisores políticos e instituições de ensino na construção de equipas de cuidados de longa duração mais inclusivas e eficazes.

PRINCIPAIS INSIGHTS DA PESQUISA GERAL

Tal como referido anteriormente, nos diferentes países estudados, os cuidadores formais homens tendem a ingressar na profissão motivados por uma combinação de valores humanistas, experiências prévias de cuidado e considerações práticas, como a procura de emprego estável ou uma mudança de carreira. Embora muitos retirem uma profunda satisfação pessoal do ato de ajudar os outros, enfrentam também preconceitos sociais e culturais que continuam a enquadrar o cuidado como um “trabalho de mulheres”.

A relutância inicial de alguns recetores de cuidados em aceitar cuidados íntimos prestados por homens é comum; contudo, o comportamento

profissional e o desenvolvimento de relações de confiança atenuam frequentemente essas preocupações. Os cuidadores formais homens são, em geral, bem acolhidos por colegas e gestores de cuidados, e a sua presença contribui para o equilíbrio das equipas, trazendo um conjunto complementar de competências.

Apesar disso, persistem desafios: os homens são frequentemente alocados a tarefas fisicamente exigentes ou relacionadas com a gestão de conflitos; as oportunidades de liderança são limitadas; e o desgaste emocional é frequente. A retenção é afetada pela mobilidade profissional, já que alguns cuidadores optam por transitar para funções hospitalares que oferecem remunerações mais elevadas ou equipas maiores.

Estas conclusões sublinham que os cuidadores formais homens são simultaneamente valorizados e vulneráveis dentro dos sistemas de cuidados de longa duração. O apoio estruturado, o reconhecimento, as oportunidades de progressão profissional e as iniciativas de sensibilização são fundamentais para permitir a sua plena participação e reduzir as barreiras de género.

Ações concretas a considerar:

- Garantir que as equipas de cuidados valorizam as competências emocionais e relacionais dos cuidadores formais homens, a par das suas contribuições físicas.
- Rever a forma como as tarefas são distribuídas entre homens e mulheres, ajustando-as de modo a evitar a reprodução de estereótipos de género.
- Fornecer apoio emocional estruturado para gerir o stress e promover o bem-estar.
- Facilitar o acompanhamento e o desenvolvimento de percursos profissionais que incentivem a permanência na profissão.
- Recolher e monitorizar dados de recrutamento e retenção diferenciados por género, de forma a orientar ações baseadas em evidência.

Grupo-alvo: Investigadores, instituições de formação, empregadores do setor dos cuidados, gestores de RH, decisores políticos.

RECOMENDAÇÕES DE POLÍTICAS PÚBLICAS

As medidas de política pública desempenham um papel essencial na criação de uma força de trabalho inclusiva e sensível ao género no setor dos cuidados de longa duração. Promover a igualdade de género requer estratégias que abranjam recrutamento, formação, remuneração e reconhecimento.

Isto pode incluir a integração de módulos de sensibilização para o género e a diversidade nos currículos nacionais, o apoio à formação profissional contínua e a implementação de sistemas de recolha e monitorização de dados. Incentivos financeiros ou reconhecimento formal para organizações que promovam o recrutamento e retenção de cuidadores formais homens podem encorajar boas práticas.

Melhorar o estatuto profissional dos cuidadores — através da definição de níveis mínimos de remuneração, de suplementos para turnos noturnos ou tarefas exigentes e de benefícios de pensão associados à antiguidade — contribui para a retenção e a dignificação da profissão.

Quadros nacionais de competências e certificações profissionais curtas podem reconhecer formalmente especializações como cuidados a pessoas com demência, cuidados paliativos ou gestão de casos, associando-as à progressão na carreira e às escalas salariais. As políticas devem também reconhecer experiências prévias, apoiar a integração de cuidadores migrantes e dar voz aos cuidadores nas decisões setoriais, de modo a tornar as reformas mais sustentáveis.

Ações concretas:

- Integrar módulos de sensibilização de género na formação inicial e contínua em cuidados.
- Oferecer incentivos financeiros ou de reconhecimento a organizações que promovam o equilíbrio de género.
- Implementar níveis mínimos de remuneração e benefícios que reforcem a retenção e o reconhecimento profissional.
- Desenvolver quadros nacionais de competências com programas certificados de especialização.
- Reconhecer experiência prévia e fornecer apoio linguístico a cuidadores migrantes.
- Criar canais de consulta que permitam aos cuidadores contribuir para políticas e planeamento de serviços.

Grupo-alvo: decisores políticos, ministérios da saúde e dos assuntos sociais, parceiros sociais e sindicatos, agências financiadoras e entidades de acreditação.

MEDIDAS PRÁTICAS (EMPREGADORES E FORMAÇÃO)

Empregadores e entidades formadoras podem adotar medidas concretas para apoiar os cuidadores formais homens e promover o equilíbrio de género. O recrutamento deve utilizar linguagem e materiais neutros, demonstrando que o trabalho de cuidado é acessível a todas as pessoas.

Os novos cuidadores devem dispor de períodos de integração supervisionada e programas de mentoria para facilitar a adaptação e reforçar a confiança. A formação que combina prática supervisionada com módulos sobre comunicação, regulação emocional e cuidados centrados na pessoa reforça as competências e a satisfação profissional.

Apoio entre pares e aconselhamento psicológico ajudam a lidar com o stress emocional e a prevenir o esgotamento. Horários flexíveis e medidas de conciliação promovem a retenção, e incentivos de continuidade associados a desempenho reforçam o compromisso. Políticas claras de prevenção de assédio e má conduta, acompanhadas de feedback regular, contribuem para ambientes de trabalho seguros e inclusivos.

Ações concretas:

- Utilizar descrições de funções neutras e materiais de recrutamento inclusivos.
- Proporcionar integração supervisionada e mentoria a novos cuidadores.
- Oferecer formação contínua sobre cuidados centrados na pessoa, competências emocionais e sensibilização de género.
- Implementar programas de apoio entre pares, aconselhamento e bem-estar para prevenir o burnout.
- Introduzir horários flexíveis e incentivos de retenção.
- Estabelecer políticas claras de assédio e feedback regular.

Grupo-alvo: entidades prestadoras de cuidados, departamentos de RH, gestores de instalações, centros de formação profissional e contínua, e auditores de qualidade/RH.

AÇÕES DE SENSIBILIZAÇÃO E COMUNICAÇÃO

Mudar as perceções sociais é essencial para incentivar a entrada de homens no setor dos cuidados. Campanhas multicanal podem destacar cuidadores formais homens, partilhando histórias reais, testemunhos e conteúdos mediáticos.

A colaboração com escolas, serviços de orientação profissional e centros de formação permite oferecer experiências práticas a jovens homens, através de dias de demonstração, programas de observação e módulos de orientação vocacional.

Programas de embaixadores podem formar cuidadores experientes para representarem a profissão em eventos, feiras de emprego e conferências. Atividades comunitárias, como círculos de partilha intergeracional, ajudam a normalizar a presença masculina nos cuidados.

O reconhecimento público — através de prémios, eventos locais ou campanhas institucionais — pode reforçar a aceitação social. Os esforços de sensibilização devem ser contínuos e adaptados às culturas locais, combinando comunicação mediática com envolvimento comunitário direto.

Ações concretas:

- Realizar campanhas multicanal que valorizem as competências profissionais e emocionais dos cuidadores formais homens.
- Estabelecer parcerias com escolas, centros de formação e serviços de orientação profissional.
- Formar cuidadores experientes como embaixadores para eventos e ações de promoção de carreira.
- Organizar círculos de partilha e diálogos intergeracionais sobre o cuidado.
- Utilizar prémios e eventos de reconhecimento para destacar organizações que promovem a diversidade de género.

Público-alvo: público em geral, escolas, centros de orientação profissional, escolas profissionais, autoridades locais, meios de comunicação social, ONG, prestadores de cuidados.

PROMOVER A IGUALDADE DE GÉNERO NOS CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO: POR ONDE COMEÇAR?

Introduzir a igualdade de género nos cuidados de longa duração pode começar com pequenas medidas práticas que abordem simultaneamente a sensibilização, o recrutamento, a formação e a cultura organizacional.

As organizações podem iniciar o processo revendo materiais de recrutamento e descrições de funções para garantir que são inclusivos. Os programas de formação podem incluir módulos curtos sobre sensibilidade de género e diversidade.

Os empregadores podem testar programas de mentoria e apoio entre pares para novos profissionais, complementados com horários flexíveis e medidas de bem-estar, demonstrando compromisso com a retenção. A colaboração com escolas, centros de formação e meios de comunicação para dar visibilidade a cuidadores formais homens gera impacto social mais amplo.

Monitorizar dados de recrutamento, distribuição de tarefas e retenção por género permite avaliar o progresso e ajustar estratégias. Ao combinar políticas, apoio prático e sensibilização, os prestadores de cuidados podem normalizar gradualmente a participação masculina e tornar as carreiras no setor mais atrativas para diferentes perfis.

Com base na viabilidade e no impacto imediato, estas são as seis ações com as quais pode começar para promover a igualdade de género nos cuidados prolongados:

- 1) **Recrutamento e integração inclusivos:** utilizar materiais neutros e programas de mentoria para atrair e apoiar cuidadores formais homens.
- 2) **Supervisão estruturada e apoio entre pares:** prevenir o burnout e reforçar a confiança profissional.
- 3) **Formação em género e diversidade:** incluir módulos de sensibilização nos currículos e na formação contínua.



- 4) **Campanhas de sensibilização e programas de embaixadores:** normalizar a participação masculina através de histórias reais e visibilidade pública.
- 5) **Horários flexíveis e medidas de bem-estar:** promover equilíbrio entre vida profissional e pessoal.
- 6) **Recolha e monitorização de dados por género:** acompanhar o recrutamento, a retenção e a alocação de tarefas para orientar políticas baseadas em evidência.

A tabela abaixo resume as ações recomendadas por grupo-alvo, oferecendo uma visão geral clara e prática de como promover a igualdade de género nos cuidados de longa duração.

Entidades empregadoras e prestadores de cuidados
Introduzir programas de mentoria e apoio entre colegas entre profissionais de cuidados masculinos e femininos para reduzir o isolamento.
Garantir critérios justos de recrutamento e promoção com base nas competências e não em estereótipos de género.
Desenvolver campanhas internas que celebrem os cuidadores masculinos e o seu papel nos cuidados centrados na pessoa.
Incentivar acordos de trabalho flexíveis que apoiem tanto os prestadores de cuidados masculinos como femininos a equilibrar os cuidados e a vida pessoal.

Decisores políticos e instituições
Promover estratégias nacionais sensíveis ao género em matéria de cuidados de longa duração, incluindo a participação dos homens como prioridade.
Apoiar a recolha de dados desagregados por género sobre as profissões de cuidados.
Financiar projetos-piloto e esquemas de inovação para atrair mais homens para a força de trabalho de cuidados.



Integrar os cuidadores masculinos nas campanhas nacionais de sensibilização para o envelhecimento e os cuidados.

Instituições de formação e universidades

Incorporar a formação em igualdade de género e diversidade nos currículos de cuidados de longa duração.

Criar módulos que abordem preconceitos inconscientes e comunicação inclusiva em contextos de cuidado.

Incluir testemunhos de cuidadores masculinos e modelos a seguir no material educativo.

Incentivar a aprendizagem interdisciplinar entre saúde, serviços sociais e estudos de género.

Sociedade civil e organizações comunitárias

Realizar campanhas locais mostrando que cuidar é uma competência e uma profissão para todos, não uma tarefa associada a um género específico.

Colaborar com os meios de comunicação e influenciadores para normalizar a participação dos homens nos cuidados de longa duração.

Apoiar iniciativas comunitárias que promovam interação entre adultos mais velhos e cuidadores de diferentes perfis, favorecendo a aprendizagem mútua.

Adultos Mais Velhos e Recetores de Cuidados

Promova atividades de cuidados intergeracionais e com equilíbrio de género para fomentar a compreensão mútua.

Incentivar o diálogo entre recetores de cuidados e profissionais sobre expectativas e estereótipos.

Estas recomendações refletem claramente as prioridades definidas na Estratégia da União Europeia para a Igualdade de Género (2020–2025) e na Estratégia Europeia de Cuidados (2022). Ambas apelam a sistemas de cuidados mais justos e inclusivos, nos quais o trabalho de cuidado seja valorizado, as condições laborais melhoradas e os estereótipos de género deixem de influenciar quem presta ou recebe cuidados.

Em toda a Europa, o setor de cuidados de longa duração enfrenta uma crise real: não há profissionais qualificados suficientes, e muitos dos que já atuam no setor enfrentam cargas de trabalho exigentes e fadiga emocional. As recomendações recolhidas através da nossa investigação respondem diretamente a esta situação. Promovendo o equilíbrio de género, melhorando a formação e o apoio, e criando ambientes de trabalho onde homens e mulheres possam prosperar, estas medidas podem ajudar as organizações de cuidados a reter os seus colaboradores, atrair novos profissionais e melhorar a qualidade de vida de todos os envolvidos, incluindo cuidadores e recetores de cuidados.

Ao mesmo tempo, uma estratégia de comunicação e sensibilização pode ajudar a colocar esta questão no centro das discussões políticas. Tornar o papel dos cuidadores mais visível, desafiar estereótipos e evidenciar o valor do seu trabalho são passos essenciais para garantir que os decisores considerem o cuidado como uma prioridade genuína. O objetivo final é partilhado por todas as estratégias da UE: assegurar a mais elevada qualidade de cuidados e acompanhamento para os recetores de cuidados, prestados por profissionais apoiados, respeitados e orgulhosos do seu trabalho.

Estas recomendações podem também contribuir para o esforço mais amplo de tornar as profissões de cuidado mais atrativas e sustentáveis. Ações como mentoria entre pares, campanhas de sensibilização e parcerias entre prestadores de cuidados, centros de formação e decisores políticos apoiam diretamente a visão da UE de “cuidados de qualidade para todos, prestados por profissionais valorizados”.

As lições do projeto OpenCARE podem orientar futuras ações nacionais e europeias para tornar o setor de cuidados mais equilibrado e inclusivo..

5. Conclusão – Mensagens-chave

Esta investigação destaca as importantes contribuições que os recetores de cuidados masculinos trazem às equipas de cuidados de longa duração (LTC). A sua presença complementa equipas predominantemente femininas, acrescentando apoio emocional, capacidade de resolução prática de problemas e competências físicas que fortalecem a prestação de cuidados. Ao mesmo tempo, o setor de LTC enfrenta uma crise real, com escassez de profissionais qualificados, elevada rotatividade de pessoal e progressão limitada na carreira. Os recetores de cuidados masculinos frequentemente deparam-se com estereótipos sociais, sub-representação em posições de liderança e baixos salários – desafios que podem afetar tanto a retenção quanto a qualidade global dos cuidados. As recomendações apresentadas neste relatório, abrangendo políticas, medidas práticas para empregadores e formação, bem como estratégias de sensibilização, foram concebidas para enfrentar esses desafios. Ao apoiar os recetores de cuidados masculinos, as organizações podem reter colaboradores experientes, atrair novos talentos e garantir que os recetores de cuidados recebam apoio de maior qualidade. Evidenciar estas questões também ajuda os decisores políticos a reconhecer que a inclusão de género em LTC não é apenas uma questão de justiça, mas essencial para a sustentabilidade da qualidade dos cuidados aos adultos mais velhos.

O estudo demonstra igualmente uma clara alinhamento com a Estratégia da União Europeia para a Igualdade de Género e com a Estratégia Europeia de Cuidados. Medidas baseadas em evidências, como recrutamento inclusivo, mentorias estruturadas, horários flexíveis, formação sensível ao género, campanhas de sensibilização e monitorização sistemática de dados da força de trabalho, podem ser implementadas tanto a nível organizacional quanto político. Estas medidas têm viabilidade imediata e podem gerar impacto significativo, melhorando tanto a igualdade no local de trabalho quanto a qualidade dos serviços de cuidados. Até pequenas ações, como garantir que anúncios de emprego sejam neutros em termos de género ou introduzir programas de mentoria, podem gradualmente mudar a cultura do local de trabalho e reduzir barreiras baseadas no género.

É importante enfatizar que este relatório representa apenas o início do trabalho do projeto. Após a sua divulgação, serão realizadas traduções para todas as línguas dos parceiros, garantindo ampla acessibilidade. Posteriormente, será desenvolvido um white paper para consolidar os resultados e promover a inclusão em LTC ao nível das políticas. Este white

paper servirá como um guia prático para aumentar a consciencialização entre decisores políticos, parceiros sociais e partes interessadas sobre a importância de apoiar recetores de cuidados masculinos e criar equipas de cuidados mais equilibradas e sustentáveis.

Um próximo passo chave é o lançamento do WP3: Workshops de Sensibilização e Consciencialização. Estes workshops destinam-se a mobilizar e envolver dois grupos principais: recetores de cuidados e prestadores de cuidados/empregadores. Serão organizados dois workshops direcionados para cada grupo, utilizando conteúdos e materiais baseados em evidências derivados dos resultados da pesquisa. O objetivo é reduzir estereótipos, estigma e discriminação contra recetores de cuidados masculinos, promovendo atitudes mais inclusivas em todo o setor. Ao final do WP3, será produzido um guia final de sensibilização, resumindo as lições aprendidas, dicas práticas e sugestões para replicar estes workshops em diferentes contextos.

Os objetivos do WP3 são claros:

- Capacitar os participantes para reconhecer e compreender as formas de discriminação que os recetores de cuidados masculinos podem enfrentar devido a estereótipos e estigma social.
- Sensibilizar para o impacto e importância de abordar estas questões, tanto para os cuidadores quanto para a qualidade dos cuidados prestados.
- Envolver emocionalmente os participantes, criando conexões pessoais com os desafios enfrentados pelos recetores de cuidados masculinos e motivando mudanças culturais e sociais.
- Fornecer informações acionáveis que possam levar a mudanças comportamentais, reduzindo a discriminação a nível individual e organizacional.
- Promover igualdade de oportunidades e reconhecimento justo para homens e mulheres no setor de cuidados, reforçando a noção de que o cuidado é uma profissão valorizada e respeitada para todos.

Paralelamente, será desenvolvido um toolkit para apoiar cuidadores, empregadores e partes interessadas na aplicação prática destas recomendações. Este toolkit será adaptado às necessidades identificadas através da pesquisa e fornecerá orientações práticas para criar ambientes

de LTC mais inclusivos, solidários e eficazes. Este toolkit, juntamente com eventos de disseminação em todos os países parceiros, permitirá ao projeto partilhar resultados de pesquisa, trocar boas práticas e fomentar a aprendizagem entre prestadores de cuidados, decisores políticos e todas as partes interessadas.

Em última análise, o projeto procura construir uma mudança cultural de longo prazo. Combinando evidências de pesquisa, medidas práticas, campanhas de sensibilização e engajamento político, pretende tornar o setor de LTC um espaço onde os recetores de cuidados masculinos possam participar plena e igualmente. Isto não só apoia a força de trabalho, mas também garante que os recetores de cuidados experienciem cuidados de alta qualidade, compassivos e inclusivos. A jornada rumo à inclusão começou, e estes primeiros passos estabelecem uma base sólida para mudanças significativas no setor europeu de cuidados de longa duração.

6. Referências Bibliográficas

Assembleia da República. (2004). Lei n.º 38/2004: Regime Jurídico da Deficiência. Diário da República.

Comissão Europeia. (2021). Relatório sobre cuidados prolongados: tendências, desafios e oportunidades numa sociedade em envelhecimento. Volume II – Perfis dos países. Serviço das Publicações da União Europeia. <https://doi.org/10.2767/845820>

Comissão Europeia. (2020). Estratégia para a Igualdade de Género 2020-2025. Bruxelas: Comissão Europeia.

Comissão Europeia. (2022). Estratégia Europeia para os Cuidados. Bruxelas: Comissão Europeia.

Comissão Europeia. (2023). Perfil do país – Itália, Portugal, Roménia: Cuidados de longa duração e serviços sociais. Direção-Geral do Emprego, Assuntos Sociais e Inclusão.

Comissão Europeia. (s.d.). Reforma dos serviços de cuidados de longa duração para idosos – Perfil do projeto: Roménia. Obtido em <https://ec.europa.eu>

Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. (2023). Estado da saúde na UE: Itália, Portugal, Roménia – Perfis de saúde dos países 2023. Publicações da OCDE. <https://doi.org/10.1787/25227041>

Eurofound. (2020). Profissionais de cuidados prolongados: emprego e condições de trabalho. Serviço das Publicações da União Europeia.

Eurostat. (2024). Estatísticas sobre os profissionais de cuidados por género, camas de cuidados prolongados por Estado-Membro da UE, dados sobre o envelhecimento da população.

GOLTC – Governo de Chipre, Centro de Investigação em Serviços de Saúde e Política Social. (2024). Perfil do novo sistema: cuidados prolongados em Chipre.

Parlamento italiano. (1977). Lei n.º 517 sobre a integração de estudantes com deficiência no ensino regular.

Parlamento italiano. (1978). Lei n.º 180 / Legge Basaglia.

Lei n.º 2002-2, de 2 de janeiro de 2002, sobre os direitos dos idosos e a dependência (França).

Lei de 28 de dezembro de 2015 relativa à adaptação da sociedade ao envelhecimento (França).

Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Segurança Social (Chipre). (2019). Lei do Sistema Geral de Saúde (GeSY) e Relatórios de Implementação.

Ministério da Saúde da Itália. (2022). Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2022–2024 [Plano Nacional para a Não Autossuficiência 2022–2024]. Ministero della Salute.

Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social de Portugal. (2022). Relatório de Avaliação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

OCDE / Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. (2023). Estado da Saúde na UE: Chipre – Perfil de Saúde do País 2023.

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2023). Health at a Glance: Europe 2023. Publicação da OCDE. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>

Penneau, A. (2021). Investir dans le secteur médico-social pour améliorer l'efficiency des soins des seniors [Tese de doutorado/relatório]. IRDES.

Governo português. (2009). Ratificação da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (UN CRPD).

Presidência do Conselho de Ministros da Roménia. (2023). Estratégia Nacional para os Cuidados de Longa Duração e o Envelhecimento Ativo 2023-2030. Governo da Roménia.

Organização Mundial da Saúde. (2022). Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde – Análises dos sistemas de saúde (série HiT): Itália, Portugal, Roménia. Escritório Regional da OMS para a Europa.



Co-funded by
the European Union



Oportunidade de carreiras para homens no Setor de Cuidados

Cofinanciado pela União Europeia. As opiniões e pontos de vista expressos são, no entanto, da exclusiva responsabilidade do(s) autor(es) e não refletem necessariamente os da União Europeia ou da Comissão Europeia. Nem a União Europeia nem a Comissão Europeia podem ser responsabilizadas por eles.