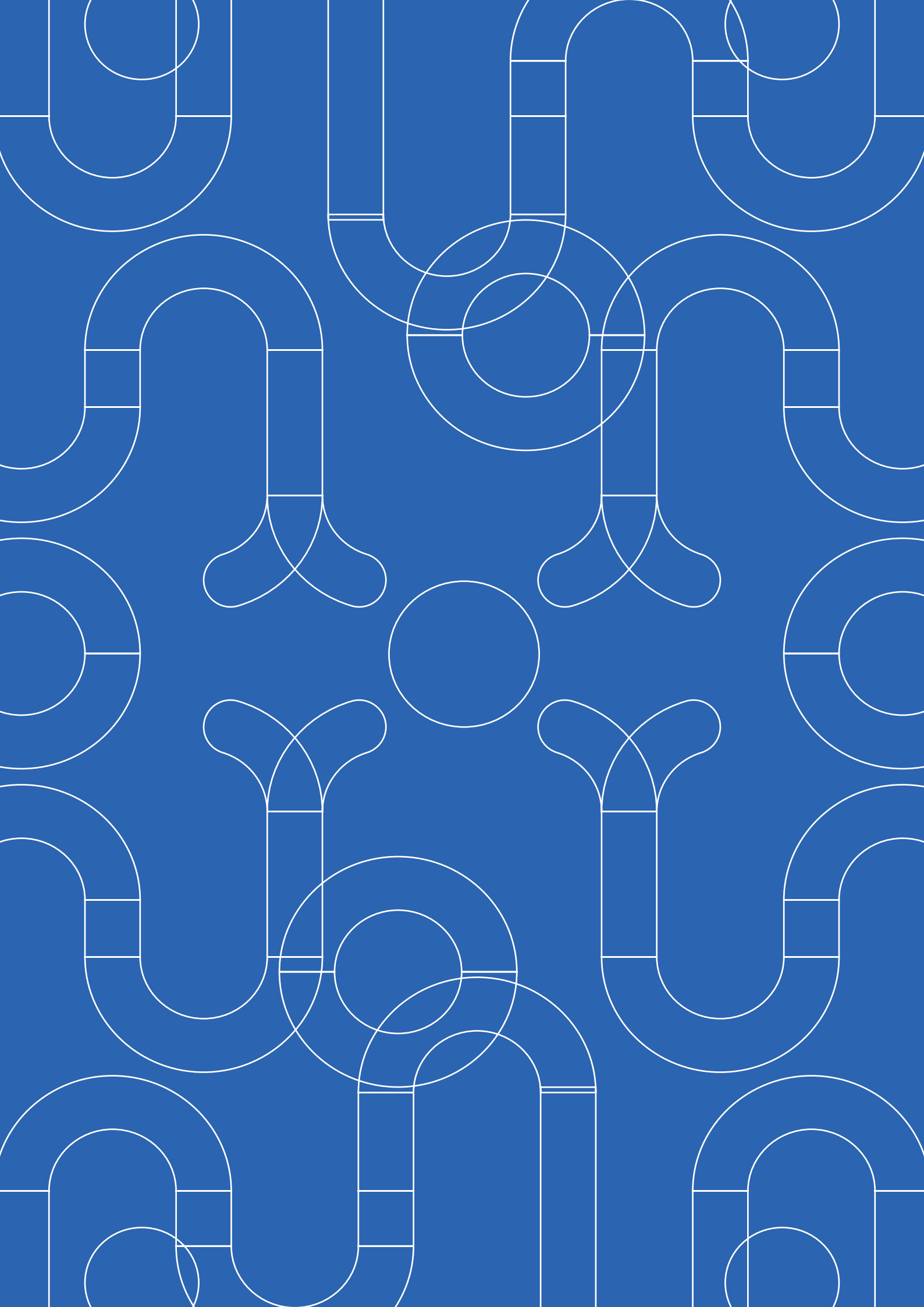


**Cuidado
em *debate***

4.

Diagnóstico da Organização Social dos Cuidados no Brasil



Lista de siglas

ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
EC	Emenda Constitucional
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ETI	Educação em tempo integral
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GTI-CUIDADOS	Grupo de Trabalho Interministerial sobre a Política Nacional de Cuidados
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IE	Índice de Envelhecimento
LBI	Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência
MDS	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PNaC	Política Nacional de Cuidados
PnadC	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
PNE	Plano Nacional de Educação
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
RDT	Razão de Dependência Total
SM	Salário Mínimo
SNCF	Secretaria Nacional da Política de Cuidados e Família
SUAS	Sistema Único de Assistência Social

1. Apresentação	9
2. A organização social desigual, injusta e insustentável dos cuidados: um diagnóstico preliminar da situação brasileira.....	13
2.1. As demandas por cuidados.....	15
2.2. A responsabilização feminina e negra pelos cuidados	28
2.3. Trabalhadoras domésticas: a maior categoria provedora de cuidados no Brasil	41
2.4. A atuação do Estado na provisão de cuidados	47
3. Considerações finais	63



Lista de Figuras

Figura 1. Dimensões fundamentais (nós críticos) no diagnóstico da organização social dos cuidados no Brasil.....	14
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Lista de Mapas

Mapa 1. Proporção de trabalhadoras domésticas sem contribuição previdenciária por Unidades da Federação. Brasil, 2024 (%)	46
Mapa 2. Número de unidades de acolhimento por Unidades da Federação. Brasil, 2024.....	49
Mapa 3. Cobertura de crianças entre 0 e 3 anos em creches, por Unidades da Federação. Brasil, 2024 (%)	52
Mapa 4. Taxa de escolarização de crianças de 4 a 5 anos de idade, por Unidades da Federação. Brasil, 2024 (%)	53
Mapa 5. Percentual de crianças e adolescentes de 0 a 17 anos em jornada escolar integral, por Unidades da Federação. Brasil, 2024 (%)	58

Lista de Tabelas

Tabela 1. Distribuição dos jovens de 15 a 29 anos que não concluíram o ensino médio por motivo de ter parado de estudar ou nunca ter estudado, segundo sexo. Brasil, 2024	34
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Lista de Gráficos

Gráfico 1. Distribuição percentual da população, por sexo e faixas etárias. Brasil, 2022 e projeções para 2040 e 2060.....	16
Gráfico 2. Proporção de pessoas idosas nas faixas de 60 anos ou mais e de 80 anos ou mais na população total. Brasil, 2022 e projeções para 2040 e 2060	17
Gráfico 3. Razão de Dependência. Brasil, 2022 e projeções para 2040 e 2060.....	18
Gráfico 4. Índice de Envelhecimento, por Grandes Regiões. Brasil, 2022.....	19
Gráfico 5. Proporção de pessoas idosas com dificuldade para executar atividades básicas ou instrumentais da vida diária. Brasil, 2019 (%).....	21
Gráfico 6. Proporção de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que limitam as atividades habituais, por subgrupos populacionais. Brasil, 2019 (%)	22
Gráfico 7. Percentual de pessoas com deficiência na população e em subgrupos. Brasil, 2022 (%).....	24
Gráfico 8. Distribuição percentual da população segundo faixas de renda real mensal domiciliar <i>per capita</i> , por subgrupos. Brasil, 2024.....	27
Gráfico 9. Distribuição percentual dos domicílios por tipo de arranjo familiar. Brasil, 2024 (%).....	30
Gráfico 10. Proporção da população que realiza trabalho doméstico e de cuidados não remunerado, segundo sexo e faixa etária. Brasil, 2022 (%)	32
Gráfico 11. Média de horas semanais dedicadas ao trabalho doméstico e de cuidados não remunerado, segundo faixa etária e sexo. Brasil, 2022.....	33

Gráfico 12. Proporção de pessoas com 16 anos ou mais de idade que não procuraram emprego, não estavam disponíveis ou não podiam trabalhar em função das responsabilidades de cuidados com filhos/as ou outros parentes e de afazeres domésticos, segundo sexo e idade dos/as filhos/as. Brasil, 2024 (%)	36
Gráfico 13. Indicadores de responsabilidades por cuidados não remunerados de mulheres negras e mulheres brancas. Brasil, 2022	38
Gráfico 14. Número médio de horas semanais dedicadas ao trabalho doméstico e de cuidados não remunerado, por sexo, segundo faixas de rendimento do trabalho principal. Brasil, 2022	40
Gráfico 15. Distribuição das trabalhadoras domésticas de 18 anos ou mais de idade por acesso a carteira de trabalho assinada e contribuição à previdência social, segundo tipo de vínculo. Brasil, 2024 (%)	44
Gráfico 16. Proporção de trabalhadoras domésticas de 18 anos ou mais de idade sem carteira assinada ou sem contribuição à previdência, por raça/cor. Brasil, 2024 (%).....	45
Gráfico 17. Taxa de escolarização de crianças de 0 a 3 anos de idade. Brasil e Grandes Regiões, 2024 (%)	50
Gráfico 18. Percentual de crianças de 0 a 5 anos frequentando educação infantil (creches e pré-escolas), por subgrupos. Brasil, 2024 (%)	54

1. Apresentação

O cuidado pode ser definido como um trabalho essencial para a produção de bens e serviços, que assegura as condições necessárias para a reprodução da vida humana, da força de trabalho, das sociedades e da economia, promovendo o bem-estar de todas as pessoas. O trabalho de cuidados concretiza-se em atividades cotidianas que abrangem a preparação de alimentos, a limpeza, a gestão e a organização do domicílio – que constituem os chamados cuidados indiretos. Abrange, ainda, os cuidados diretos, que são ações de apoio e auxílio diário destinadas às pessoas com diversos níveis de dependência, tais como bebês, crianças pequenas, pessoas idosas e pessoas com deficiência.

A organização social dos cuidados refere-se à forma como as sociedades se organizam entre as diferentes instituições provedoras de cuidado (Estado, famílias, setor privado e comunidade), em suas inter-relações, e a forma como os domicílios e seus membros dele se beneficiam¹. Cada sociedade, em diferentes momentos, pode se organizar de uma forma mais ou menos desigual no que se refere à responsabilidade pela provisão do cuidado e às possibilidades de acesso a ele. As discussões travadas no âmbito do Grupo de Trabalho Interministerial da Política Nacional de Cuidados (GTI-Cuidados)² – e corroboradas por ampla e antiga reflexão acadêmica e dos movimentos feministas e de mulheres sobre o tema – definiram como problema público para a incidência da Política e do Plano Nacional de Cuidados a existência de uma organização social dos cuidados que, no Brasil, é desigual, injusta e insustentável.

Esta organização social, ao mesmo tempo que se estrutura a partir de relações sociais marcadas por desigualdades estruturais, também reproduz essas mesmas desigualdades. O sexismo, o racismo e as desigualdades de classe estruturam a divisão sexual, racial e social do trabalho, base material da organização social dos cuidados vigente. A persistência de uma cultura que reforça esta divisão, impactando a subjetividade de mulheres e homens, retira – ou reduz – a responsabilidade dos homens em relação aos cuidados, sobrecarregando as mulheres,

1. Conforme definido no Marco Conceitual da Política Nacional de Cuidados. Acesse em: https://mds.gov.br/webarquivos/MDS/7_Orgaos/SNCF_Secretaria_Nacional_da_Politica_de_Cuidados_e_Familia/Arquivos/Cartilha/Marco_Conceitual.pdf.

2. O GTI-Cuidados foi instituído por meio do Decreto nº 11.460, de 30 de março de 2023, tendo funcionado entre maio de 2023 e maio de 2024 com o objetivo de elaborar o Plano e a Política Nacional de Cuidados. Para mais detalhes sobre o funcionamento do GTI, consulte <https://www.gov.br/mulheres/pt-br/central-de-conteudos/publicacoes/relatorio-final-do-gti.pdf/view>.

especialmente as negras e as mais pobres. As consequências desse arranjo expressam-se, por exemplo, no trabalho doméstico, que, após a abolição formal da escravidão, assumiu formas variadas, ocupando mulheres como lavadeiras, cozinheiras, babás, amas de leite, entre outras. As representações sociais pautadas pelo racismo naturalizam a presença das mulheres negras em espaços de trabalho socialmente desvalorizados e vistos como subalternos, em especial nos serviços domésticos.

Às desigualdades de classe, gênero, raça e etnia, articulam-se, ainda, àquelas relacionadas ao território, à idade e à deficiência, levando a que estereótipos e discriminações associados ao racismo, ao idadismo e ao capacitismo³ também sejam, ao mesmo tempo, produtores da atual organização social dos cuidados e por ela reproduzidos. Em suma, a organização social dos cuidados no Brasil está profundamente marcada por um conjunto importante de desigualdades que se interseccionam e determinam fortemente tanto a provisão dos cuidados quanto o acesso ao cuidado pela população que dele necessita.

É em resposta a esse quadro que a Política Nacional de Cuidados – instituída pela Lei nº 15.069/2024 e regulamentada pelo Decreto nº 12.562/2025 – definiu os seguintes públicos prioritários, com vistas à redução de desigualdades e à valorização de quem cuida: (i) crianças e adolescentes, com atenção especial à primeira infância; (ii) pessoas idosas que necessitem de cuidado e apoio para as atividades básicas e instrumentais da vida diária; (iii) pessoas com deficiência que necessitem de cuidado e apoio para as atividades básicas e instrumentais da vida diária; (iv) trabalhadoras e trabalhadores do cuidado remunerados, em trabalho doméstico ou não; (v) trabalhadoras e trabalhadores remunerados que acumulem responsabilidades familiares de cuidado; e (vi) trabalhadoras e trabalhadores não remunerados do cuidado.

Como o cuidado objeto desta Política não foi historicamente concebido como um direito de todas as pessoas, o papel do Estado na sua provisão, por meio de políticas públicas, tende a ser reduzido, quando não inexistente, baseando-se essa provisão fundamentalmente nas famílias. Consequentemente, a compreensão social que predomina é de que este não é um problema público, mas sim uma questão privada, a ser resolvida pelas famílias, na medida de suas

3. O capacitismo é a opressão baseada no ideal de um corpo tido como normal, que exclui ou discrimina as pessoas com deficiência. O idadismo, por sua vez, utiliza a idade da pessoa para sua classificação e identificação de forma discriminatória, depreciativa e estereotipada.

possibilidades e de seus recursos. Dessa forma, tanto a abrangência e a qualidade dos cuidados aos quais as pessoas têm acesso quanto a carga de trabalho familiar necessária à sua provisão são fortemente determinadas pelas condições materiais e relacionais dessas famílias, que se constituem importantes vetores de reprodução de desigualdades, vulnerabilidades e pobreza.

É a partir desse fio condutor que este documento apresenta uma abordagem mais detalhada do problema, ancorando-o em evidências empíricas construídas a partir de dados estatísticos ou registros administrativos disponíveis sobre o tema. O processo de construção do diagnóstico da organização social dos cuidados no Brasil desenvolveu-se de forma contínua, desde a instituição do GTI-Cuidados. Neste documento, apresenta-se a conclusão de sua primeira etapa, desenvolvida em parceria com o J-PAL LAC (Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab), na qual se busca fornecer uma visão geral da organização social dos cuidados no país.

O desenvolvimento de uma análise diagnóstica mais aprofundada das ofertas, demandas e lacunas da organização social dos cuidados no Brasil está em curso, por meio de uma parceria do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS) com o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Icict/Fiocruz), da qual também participa o Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Universidade Federal de Minas Gerais (Cedeplar/UFMG). Esse diagnóstico subsidiará tanto a avaliação do Plano Nacional de Cuidados quanto a sua revisão periódica.

Esta publicação está estruturada de forma a apresentar, além desta introdução, a organização social desigual, injusta e insustentável dos cuidados, oferecendo um diagnóstico preliminar da situação brasileira. Para isso, são descritas as principais características dessa organização e detalhadas as dimensões do problema que a Política Nacional de Cuidados se propõe a enfrentar, explorando suas causas e consequências.

O diagnóstico prossegue com uma análise das demandas por cuidado, com foco nas mudanças sociodemográficas e nos principais grupos que necessitam de cuidados no seu cotidiano. Em seguida, apresenta-se o retrato da responsabilização das mulheres pelos cuidados, com suas consequências. A análise também destaca a situação das trabalhadoras domésticas, que constituem a

maior categoria provedora de cuidados remunerados no Brasil, examinando suas condições de trabalho e a importância de seu papel na sociedade. Por fim, o foco recai sobre a oferta de cuidado existente no país. É analisada a atuação subsidiária do Estado na provisão de cuidados, com as políticas públicas existentes e as lacunas que ainda precisam ser preenchidas.

Para concluir, o texto apresenta considerações finais, sintetizando os principais achados e propondo recomendações para a construção de uma nova sociedade, uma *sociedade dos cuidados*⁴, cujas bases sejam a corresponsabilização, a sustentabilidade da vida e do planeta e a garantia de direito ao cuidado (a cuidar, ser cuidado e ao autocuidado), incorporando as perspectivas de gênero, raça, classe, etnia, idade, território e deficiência e suas interseccionalidades, assim como da interculturalidade nas políticas de cuidado.

4. Para maiores informações sobre o conceito de sociedade de cuidados, ver os documentos resultantes das Conferências Regionais sobre a Mulher da América Latina e Caribe, a saber Compromisso de Buenos Aires, de 2022 (acesse em: <https://lac.unwomen.org/es/digital-library/publications/2022/11/compromiso-de-buenos-aires-crm-2022>), e Compromisso de Tlatelolco, de 2025 (acesse em: <https://conferenciamujer.cepal.org/16/es/documentos/compromiso-tlatelolco>).

2. A organização social desigual, injusta e insustentável dos cuidados: um diagnóstico preliminar da situação brasileira

Tendo em vista que a necessidade de cuidado é uma constante na vida humana, diferentes sociedades, ao longo da história, desenvolveram formas próprias de organização social dos cuidados, que expressam como esses cuidados são produzidos, organizados e distribuídos entre seus membros. Essa organização, que envolve dimensões sociais, econômicas, culturais e políticas, reflete-se tanto nas formas de acesso aos cuidados quanto na distribuição de responsabilidades pela sua provisão entre homens e mulheres e entre diversos atores sociais e instituições, como famílias, comunidades, Estado e setor privado. No Brasil, tanto historicamente quanto na atualidade, a organização social dos cuidados está ancorada em uma estrutura marcada pela desigualdade, injustiça e insustentabilidade, seja do ponto de vista ético, econômico ou social. Trata-se de um arranjo desigual e injusto porque, embora todas as pessoas necessitem de cuidados ao longo de suas vidas, nem todas recebem a atenção necessária de forma proporcional às suas necessidades. Além disso, a distribuição e a intensidade do ato de cuidar variam significativamente entre homens e mulheres e entre grupos sociais.

Nesse contexto, existem três dimensões fundamentais a serem consideradas. Cada uma delas opera como um nó crítico, conectando um conjunto de causas e consequências relacionadas à atual organização social dos cuidados e formando um mosaico de fatores interligados. A primeira dessas dimensões diz respeito à percepção do cuidado como uma questão privada, de responsabilidade das famílias, e não como um problema público que exige a corresponsabilização do Estado, do setor privado e da comunidade.

A segunda dimensão está relacionada ao fato de o trabalho de cuidados continuar sendo desproporcionalmente atribuído às mulheres, como uma tarefa cotidiana - tanto na forma remunerada quanto na forma não remunerada - enquanto os homens frequentemente são isentos dessa responsabilidade. Essa disparidade resulta em sobrecarga para as mulheres, comprometendo sua autonomia

econômica, sua saúde física e mental e a plena realização de seus direitos em diversas esferas.

A terceira e última dimensão aborda as necessidades de cuidados, especialmente de crianças e adolescentes, de pessoas idosas e de pessoas com deficiência que dependem de apoio ou auxílio para realizar atividades básicas e instrumentais da vida diária⁵. Essas necessidades, em geral, não são reconhecidas como prioridades ou, quando o são, não recebem atenção adequada por meio de políticas públicas. Essas dimensões não são independentes, mas estão imbricadas, como ilustra a figura 1.

Figura 1. Dimensões fundamentais (nós críticos) no diagnóstico da organização social dos cuidados no Brasil.



Fonte: Elaboração própria.

5. As atividades da vida diária são categorizadas para analisar o desempenho de um indivíduo e suas necessidades de apoio: 1. Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD): referem-se às tarefas de autocuidado essenciais e primárias (ex.: banhar-se, vestir-se, alimentar-se e caminhar). 2. Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD): englobam tarefas mais complexas, necessárias para a autonomia e participação na comunidade (ex.: gerenciar finanças, fazer compras, cozinhar e usar transportes).

2.1. As demandas por cuidados

Um dos nós críticos no diagnóstico da organização social dos cuidados são as necessidades insatisfeitas de cuidados das pessoas. É importante ressaltar que, tal como mencionado anteriormente e de acordo com o marco conceitual da Política Nacional de Cuidado (PNaC), os nós críticos são entrelaçados, sendo indissociáveis as necessidades de quem cuida e de quem é cuidado. Isso significa que advogar em prol de quem cuida é advogar em prol de quem é cuidado e vice-versa⁶. A construção de uma Política e de um Plano Nacional de Cuidados deve, portanto, colocar no centro de seus objetivos, em igualdade de importância, os dois polos dessa relação, construindo estratégias e políticas que olhem simultaneamente para quem demanda cuidado e para quem cuida (a *díade do cuidado*). Essa é a grande inovação da Política.

Nesse sentido, é fundamental reconhecer que a relação de cuidados não é unidirecional, com alguém “doando” cuidado em prol de outra pessoa. Com efeito, tanto quem oferta quanto quem demanda cuidado têm contribuições a fazer uns aos outros e à sociedade. Com frequência quem demanda cuidado também cuida e contribui para o sustento emocional e financeiro de seu núcleo familiar, especialmente quando se considera o curso de vida em sua totalidade.

É importante destacar este ponto porque é comum que pessoas que requerem cuidados, especialmente quando adultas (pessoas idosas ou pessoas com deficiência), sejam estigmatizadas e desvalorizadas. A ideia de que a sociedade é composta por indivíduos dependentes e independentes – sendo o desejável a independência – contribui decisivamente para isso. Essa concepção mascara o fato de que a existência em sociedade é mediada por um vínculo de interdependência.

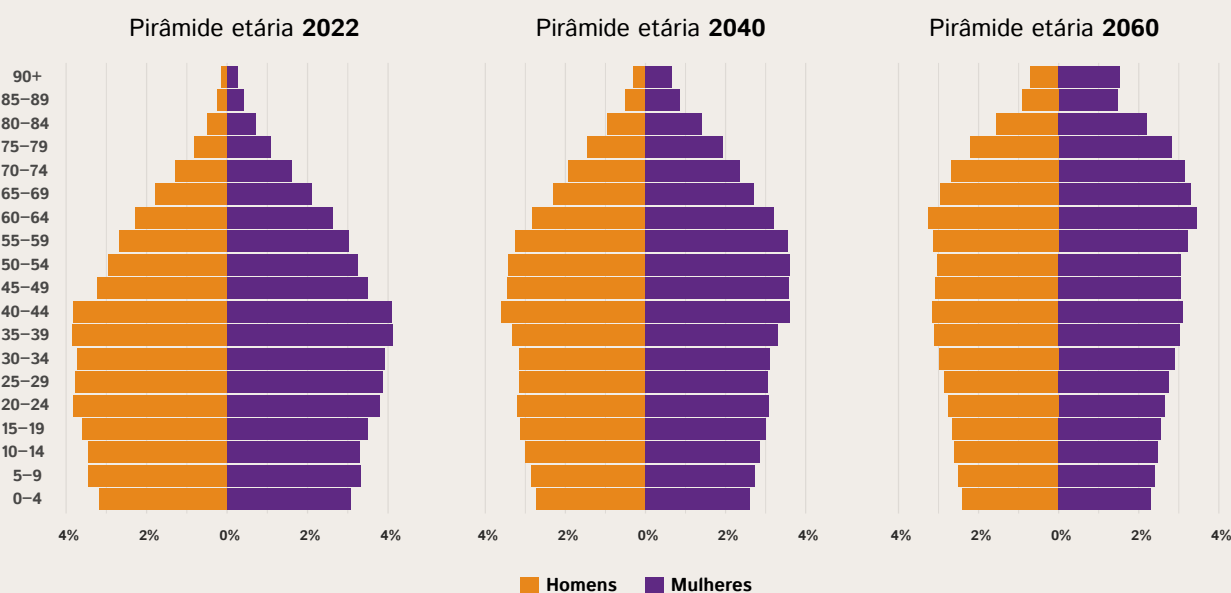
Há outra característica da atual estrutura da organização social dos cuidados no Brasil, que é sua insustentabilidade. Há fatores contextuais que, embora não sejam problemáticos por si só – alguns, inclusive, constituem-se em conquistas sociais –, acentuam os desafios associados a essa organização tal como ela se

6. KITTAY, Eva (2020). *Love's Labour: Essays on Woman, Equality and Dependency*. New York: Routledge. Acesse em: <https://www.routledge.com/Loves-Labor-Essays-on-Women-Equality-and-Dependency/Kittay/p/book/9781138089921>

estabelece atualmente, resultando naquilo que pode ser denominado de *crise dos cuidados*⁷.

Um desses fatores é o envelhecimento populacional, um dos principais resultados da transição demográfica em curso no Brasil (Gráfico 1). Este processo caracteriza-se pelo aumento da proporção de pessoas idosas em relação à população total do país, resultado, especialmente, da queda da taxa de fecundidade e do aumento da expectativa de vida. O acelerado processo de envelhecimento populacional aumenta a demanda por cuidados na sociedade. Nem todas as pessoas idosas demandam cuidados e, na verdade, muitas vezes são elas as cuidadoras. Mas, quanto mais se avança na idade, maior a probabilidade de declínio funcional e/ou desenvolvimento de doenças crônicas que geram incapacidades e tornam necessários o apoio e o auxílio de terceiros/as nas atividades cotidianas.

Gráfico 1. Distribuição percentual da população, por sexo e faixas etárias. Brasil, 2022 e projeções para 2040 e 2060



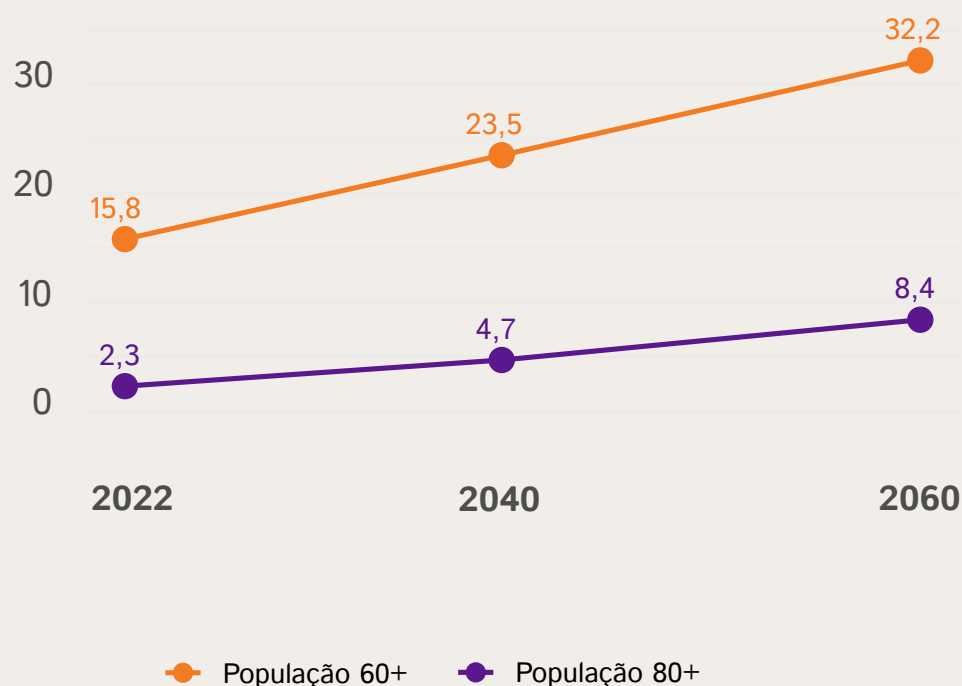
Fonte: IBGE. Censo Demográfico, 2022; Projeções da População, 2018.

O acelerado processo de envelhecimento populacional em curso no país pode ser visualizado pelo gráfico 2 que indica que, enquanto em 2022, a parcela de pessoas com 60 anos ou mais representava pouco mais de 15% da população brasileira total, a previsão é de que esta proporção cresça para 23,5% em 2040

7. Guimarães, Nadya A. (2024). "A 'crise do cuidado' e os cuidados na crise: refletindo a partir da experiência brasileira". *Sociologia & Antropologia*, vol. 14, n. 1.

e 32% em 2060, segundo projeções do IBGE. De maneira mais acentuada, a população com 80 anos ou mais também demonstra um crescimento notável: de 2,3% em 2022, saltará para 4,7% em 2040 e atingirá 8,4% em 2060. Isto significa que a proporção dos chamados “muito idosos” crescerá mais de três vezes nas próximas décadas.

Gráfico 2. Proporção de pessoas idosas nas faixas de 60 anos ou mais e de 80 anos ou mais na população total. Brasil, 2022 e projeções para 2040 e 2060



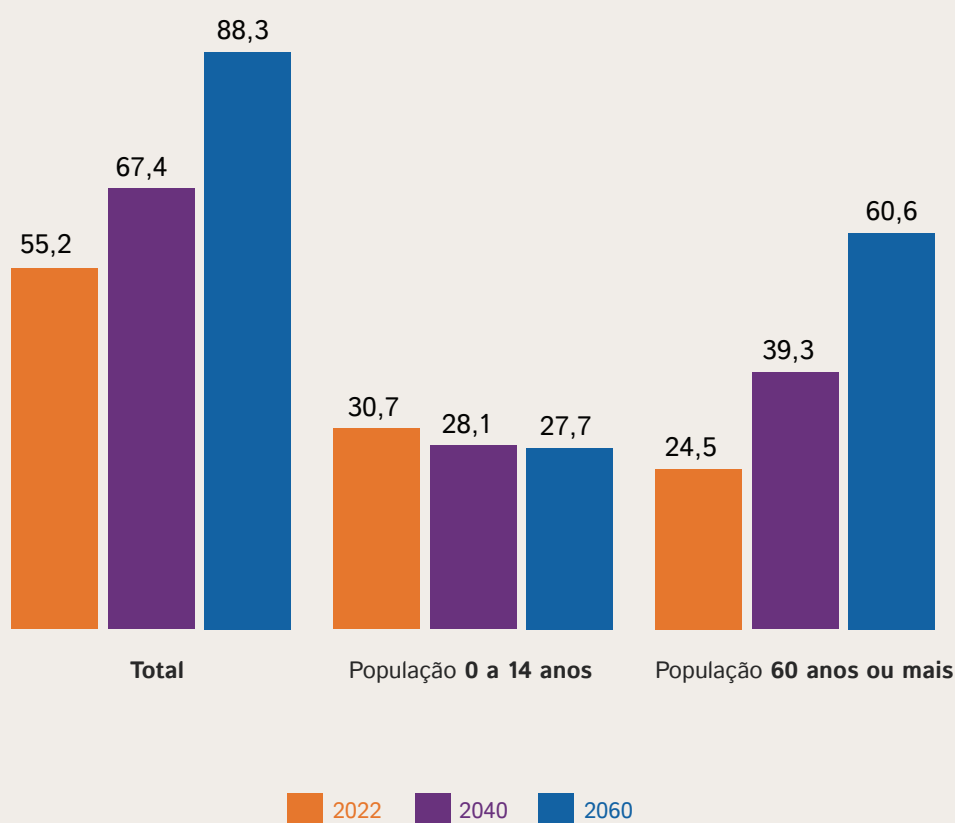
Fonte: IBGE. Censo Demográfico, 2022; Projeções da População, 2018.

As profundas mudanças na estrutura etária da população brasileira são evidentes, com a tendência crescente da Razão de Dependência Total (RDT)⁸. Em 2022, a RDT era de 55,2, o que significa que havia aproximadamente 55 pessoas que poderiam ser classificadas como economicamente dependentes para cada cem pessoas em idade considerada produtiva (gráfico 3). A parcela de pessoas de até 14 anos na RDT era maior que a de pessoas idosas, com 30,7 pontos para o primeiro grupo e 24,5 para o segundo, refletindo uma estrutura etária

8. Este indicador calcula a razão entre o segmento etário da população definido como economicamente dependente (menores de 15 anos e com 60 anos ou mais de idade) e o segmento etário potencialmente produtivo (entre 15 e 59 anos de idade). A razão de dependência pode ser calculada, separadamente, para as duas faixas etárias identificadas como população dependente, sendo denominadas razão de dependência jovem e razão de dependência de pessoas idosas.

mais jovem. Contudo, a projeção para 2060 indica, além de um aumento acentuado na RDT, atingindo 88,3, a diminuição da dependência de pessoas de até 14 anos. Complementarmente, prevê-se que a dependência de pessoas idosas aumentará mais que o dobro em relação a 2022, chegando a 60,6, o que reflete o envelhecimento da população brasileira.

Gráfico 3. Razão de Dependência. Brasil, 2022 e projeções para 2040 e 2060



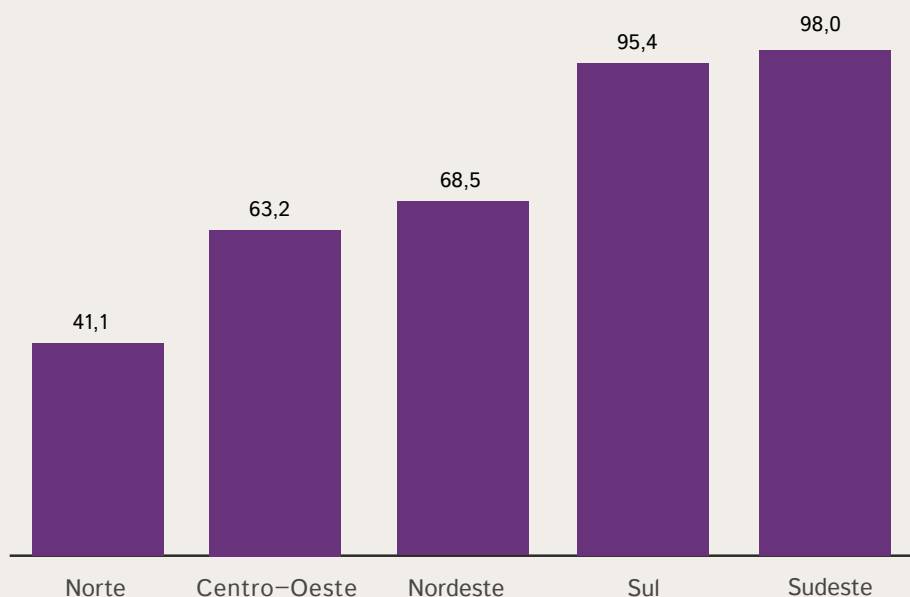
Fonte: IBGE. Censo Demográfico, 2022; Projeções da População, 2018.

Outro indicador utilizado é o Índice de Envelhecimento da população (IE), que expressa a relação entre a população idosa e a população de crianças e adolescentes de até 14 anos⁹. No Brasil, em 2022, o IE era de 80,0. Isto significa que, para cada 100 crianças e adolescentes de 0 a 14 anos, havia aproximadamente 80 pessoas com 60 anos ou mais de idade (Censo Demográfico 2022). A análise do IE por regiões revela diferenças substanciais, refletindo a heterogeneidade demográfica do país. A região Sudeste destaca-se com o maior índice de

9. O Índice de Envelhecimento da População (IE) é uma medida demográfica que expressa a relação entre a população idosa (pessoas com 60 anos ou mais) e a população de crianças e adolescentes com menos de 15 anos em um determinado território. Ele é calculado dividindo-se o número de pessoas idosas pelo número de crianças e adolescentes e multiplicando-se o resultado por 100.

envelhecimento (98,0), quase alcançando a paridade entre o número de pessoas idosas e o de crianças e adolescentes de até 14 anos (gráfico 4).

Gráfico 4. Índice de Envelhecimento, por Grandes Regiões. Brasil, 2022



Fonte: IBGE. Censo Demográfico, 2022.

Todos esses indicadores confirmam um aumento potencial bastante expressivo das demandas por cuidados que, na ausência de políticas mais robustas e amplas que as atendam, irá significar uma demanda ainda maior sobre as famílias, em particular sobre as mulheres. Na impossibilidade de que as famílias ofertem este cuidado, tais demandas permanecerão insatisfeitas, colocando em risco também o bem-estar e a própria sobrevivência desses grupos populacionais.

O envelhecimento, contudo, não é, em si, um problema. Ao contrário, é uma conquista social, resultado de avanços importantes nas condições de vida da população e no conhecimento científico. O envelhecimento torna-se um desafio para a proteção social e para o direito a uma vida digna quando não se altera a forma pela qual o Estado e a sociedade se relacionam com esse processo.

É preciso considerar, ainda, que o processo de envelhecimento é heterogêneo, sendo fortemente influenciado por variáveis como nível de renda, sexo, raça/cor, etnia, território, entre outras. É importante também destacar que a população

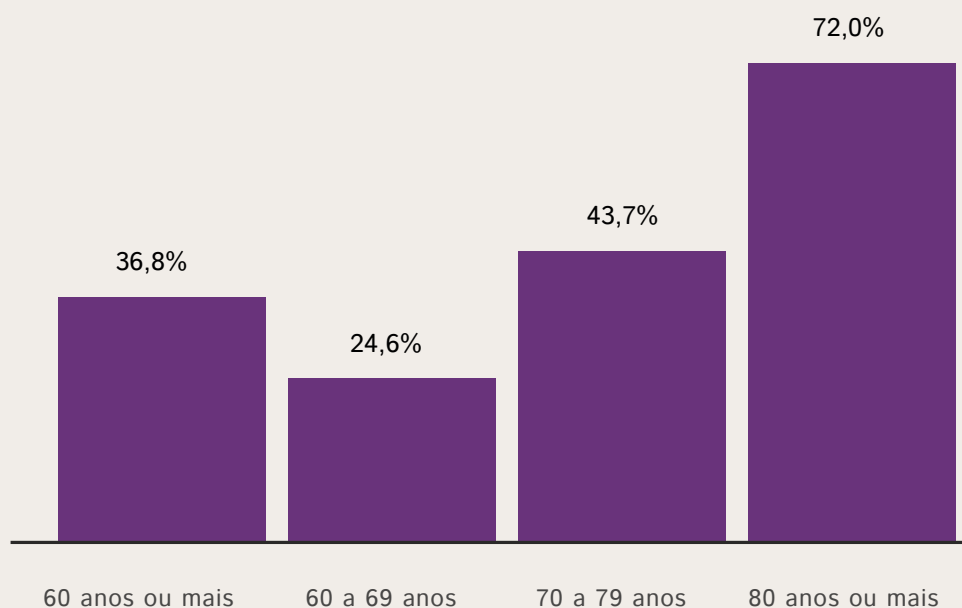
idosa é formada por uma variedade etária bastante expressiva, que compreende desde pessoas com 60 anos até aquelas com 100 anos ou mais. Diante dessa diversidade, para efeitos de políticas públicas, o grupo costuma ser dividido em dois subgrupos: as pessoas idosas com idade entre 60 e 79 anos e as “muito idosas”, com 80 anos ou mais.

Neste cenário, um desafio adicional se coloca em relação à velhice avançada, já que este é o grupo que se encontra diante da maior exposição a doenças e agravos crônicos, o que pode acarretar sequelas limitantes do desempenho funcional, gerando, conseqüentemente, situações de dependência e demandas por mais cuidado. O Estatuto da Pessoa Idosa, nesse sentido, garante prioridade especial às pessoas com mais de 80 anos de idade para que suas necessidades sejam atendidas preferencialmente em relação às demais¹⁰.

O Gráfico 5 mostra a proporção de pessoas idosas no Brasil que, em 2019, indicaram possuir alguma dificuldade para realizar atividades básicas ou instrumentais da vida diária sem apoio de terceiros, considerando a faixa etária. Observa-se que aproximadamente uma em cada quatro pessoas com idade entre 60 e 69 anos reportou enfrentar dificuldades para realizar tais atividades sem auxílio. A proporção quase dobra no grupo de 70 a 79 anos, com cerca de 44% das pessoas nesta faixa etária enfrentando dificuldades. Já no grupo de 80 anos ou mais de idade, o índice é ainda mais expressivo: quase três em cada quatro pessoas têm dificuldades para realizar atividades cotidianas sem auxílio. Esse resultado evidencia que é entre os chamados muito idosos, que se concentra a maior demanda por cuidado, refletindo o aumento das limitações funcionais associado ao avanço da idade.

10. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto da Pessoa Idosa).

Gráfico 5. Proporção de pessoas idosas com dificuldade para executar atividades básicas ou instrumentais da vida diária. Brasil, 2019 (%)



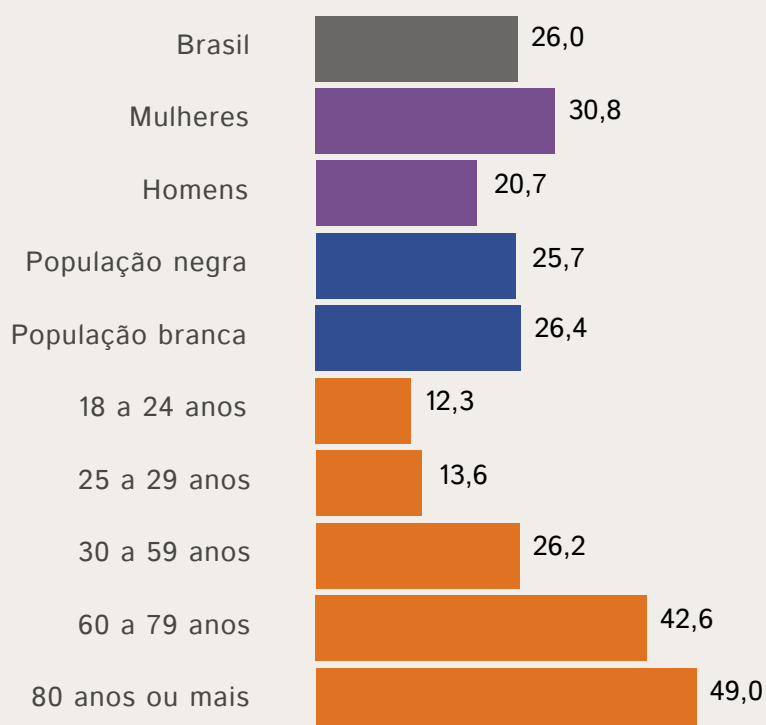
Fonte: IBGE. PNS, 2019.

Como desdobramento do processo de transição demográfica, o país vivenciou também uma transição epidemiológica, que, em resumo, é a mudança nos padrões de saúde e doença de uma população ao longo do tempo. Ocorre nesse processo um decréscimo da incidência e mortalidade por doenças infecciosas, combinado com um aumento na incidência e mortalidade por doenças crônico-degenerativas. Doenças cardíacas, acidentes vasculares cerebrais, diabetes e alguns tipos de câncer se tornaram as principais causas de morte. Os cuidados demandados em tratamento das doenças crônico-degenerativas costumam ser mais prolongados do que o tratamento das doenças infecciosas. Assim como a transição demográfica, a transição epidemiológica também aumenta a necessidade de cuidados da população.

O Gráfico 6 apresenta a proporção de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que limitam atividades habituais, como trabalhar, ir à escola, realizar atividades domésticas, entre outras. A média nacional de 26% indica que aproximadamente um quarto das pessoas com alguma DCNT tem suas atividades habituais limitadas devido à doença, o que sinaliza demandas por

cuidados. A maior proporção de pessoas com DCNT limitantes de atividades habituais está na faixa etária de 80 anos ou mais, com 49%. Isso é esperado, já que o agravamento de doenças crônicas tende a aumentar com a idade. No mesmo sentido, a segunda maior proporção é na faixa de 60 a 79 anos (42,6%). Ademais, as pessoas residentes em áreas rurais relatam limitações causadas por doenças crônicas ou prolongadas mais frequentemente do que aquelas que residem em áreas urbanas.

Gráfico 6. Proporção de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que limitam as atividades habituais, por subgrupos populacionais. Brasil, 2019 (%)



Fonte: IBGE. PNS, 2019.

No recorte por raça/cor, a população negra apresenta proporção ligeiramente inferior à da população branca. Essa diferença não deve ser lida como menor necessidade: ela pode refletir, por um lado, uma estrutura etária menos envelhecida da população negra — com menor peso relativo das idades em que as limitações são mais frequentes: com efeito, enquanto o índice de envelhecimento da população negra é de 66,8, o da população branca é 98; uma diferença muito significativa, que reflete os determinantes sociais e raciais do envelhecimento (Censo Demográfico, 2022). Por outro lado, também pode estar refletindo barreiras de acesso a serviços de saúde, que reduzem a probabilidade de identificar

e registrar DCNT e suas limitações. Portanto, é um resultado que requer interpretação cautelosa e reforça a importância de considerar desigualdades de acesso e de detecção oportuna entre diferentes grupos sociais.

O envelhecimento populacional, aliado a um perfil cada vez mais complexo de doenças na sociedade brasileira, gera impactos significativos nas políticas públicas, especialmente nas áreas da saúde, previdência social e cuidados. O envelhecimento representa um avanço e, ao mesmo tempo, um desafio para a promoção da proteção social e para o direito a uma vida digna em todo o seu curso.

Ao refletir sobre as demandas por cuidado no país, é essencial considerar também outro grupo fundamental: as pessoas com deficiência. No Brasil, a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência - LBI - Estatuto da Pessoa com Deficiência), estabelece que a pessoa com deficiência é aquela que tem “impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”. Esse público é prioritário para a Política Nacional de Cuidados porque também existe uma correlação importante entre deficiência e dependência, embora seja fundamental registrar que nem todas as pessoas com deficiência sejam dependentes de outras para realizar atividades básicas e instrumentais da vida diária. Ademais, assim como relatado para o caso das pessoas idosas, as pessoas com deficiência também são, frequentemente, aquelas que cuidam de seus núcleos familiares e comunitários, contribuindo ativamente para o bem-estar coletivo.

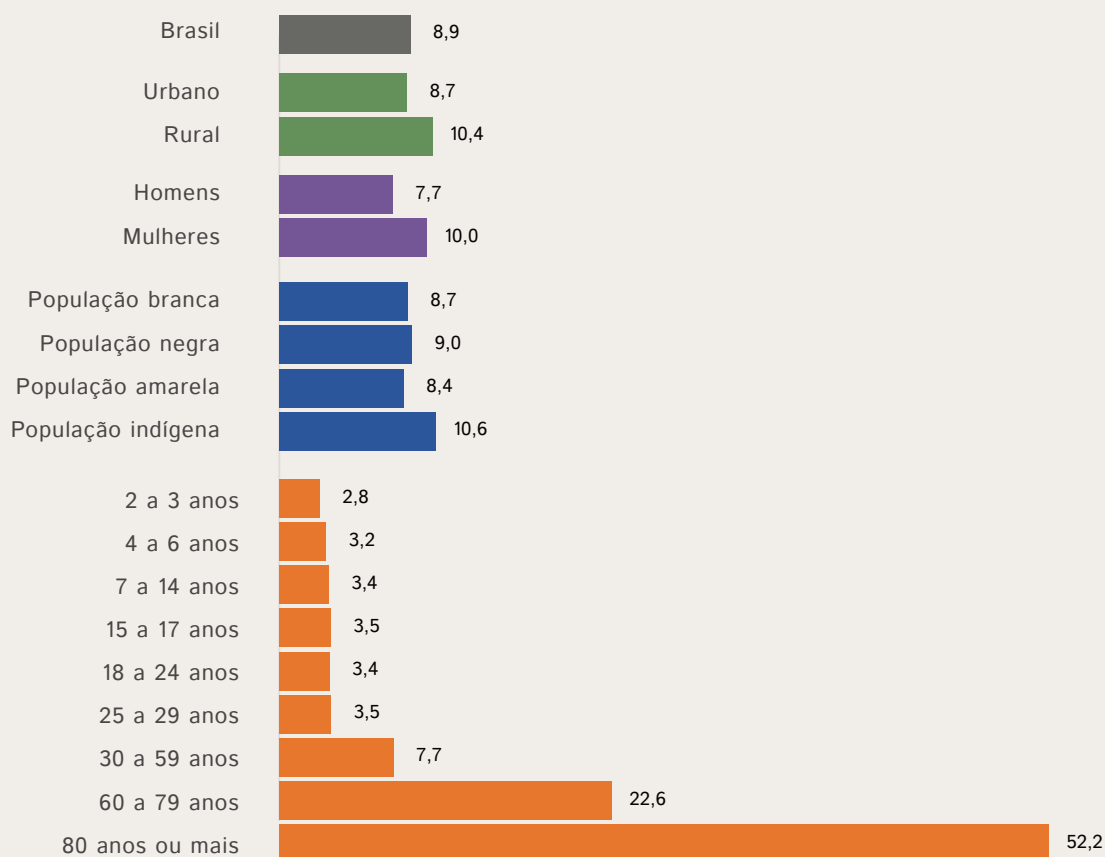
Em 2022, a PnadC apontou que 18,6 milhões de pessoas com 2 anos ou mais de idade (9% dessa população) tinham alguma das deficiências investigadas¹¹. Isso significa que 9 em cada 100 residentes no país tinham alguma deficiência. A proporção de pessoas com deficiência é maior em áreas rurais (10,4%), comparadas às áreas urbanas (8,7%) e maior entre as pessoas negras (9,0%) do que brancas (8,7). A literatura especializada reconhece que a maior incidência de

11. A PnadC considera pessoas com deficiência aquelas com 2 anos ou mais de idade que não conseguem de modo algum ou têm muita dificuldade em realizar atividades em ao menos um dos seguintes domínios funcionais: enxergar, ouvir, andar ou subir degraus, funcionamento dos membros superiores, cognição (dificuldade para aprender, lembrar-se das coisas ou se concentrar); autocuidado; ou comunicação (dificuldade de compreender e ser compreendido). IBGE, DPE – Grupo de Trabalho de Deficiência (2023). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2022 – Pessoas com Deficiência. Divulgação dos resultados gerais*. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/0a9a-faed04d79830f73a16136dba23b9.pdf

deficiências nessas populações está associada às condições de vulnerabilidade socioeconômica que as expõem a maiores riscos à saúde. Essa correlação destaca o impacto dos determinantes sociais – como acesso desigual a serviços de saúde, educação e saneamento¹².

Destaca-se, ainda, que quase metade das pessoas com deficiência são pessoas idosas (47,2%), já que a prevalência de deficiência aumenta significativamente com a idade, como já mencionado anteriormente. Uma em cada cinco pessoas idosas apresenta alguma deficiência, enquanto no grupo com 80 anos ou mais, quase metade das pessoas têm alguma deficiência (Gráfico 7).

Gráfico 7. Percentual de pessoas com deficiência na população e em subgrupos. Brasil, 2022 (%)



Fonte: IBGE. PnadC, 2022.

A organização injusta dos cuidados, que desresponsabilizou historicamente o Estado e o setor privado do seu papel neste campo, afeta de forma decisiva o

12. Barreto, Marina C. A. *et al.* (2023). “Deficiências, condições de saúde e comportamentos de risco à saúde: ocorrências e associações na Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019”. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 32, n. 4. Acesse em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/SGQFJBgmzrX8Gbg3TJgXyGf/?lang=pt>

atendimento das demandas de cuidados de pessoas com deficiência, assim como sua participação na vida social e comunitária de forma geral. O acesso e a permanência de pessoas com deficiência no sistema educacional, por exemplo, são fortemente condicionados por este contexto. Em 2022, a taxa de escolarização – que se refere ao número de estudantes em relação ao total de pessoas numa mesma faixa etária – das pessoas com 6 anos ou mais de idade sem deficiência era de 26,6%, enquanto entre as pessoas com deficiência na mesma faixa etária esta taxa era de 9,1% (PnadC 2022). A falta de profissionais especializados e de tecnologias assistivas nas escolas, conforme previsto na legislação, é, sem dúvida, um dos elementos que contribui para este cenário.

Também é importante reconhecer que pessoas com deficiência têm maiores dificuldades de acessar os serviços públicos e privados de cuidados, pois, muitas vezes, esses serviços, assim como os demais espaços da sociedade, apresentam barreiras físicas e de comunicação¹³. As barreiras atitudinais, comunicacionais, físicas e de transporte, entre outras, geram obstáculos ao exercício dos direitos das pessoas desse grupo, aumentando a dependência em relação ao apoio de terceiros. A falta de acesso a tecnologias assistivas, tanto em casa quanto em âmbito laboral, e de utilização de instrumentos adequados para avaliar as necessidades de apoio para pessoas com deficiência, criam barreiras para a sua participação em atividades do dia a dia e para sua inserção na vida comunitária.

É importante dizer ainda que, no caso brasileiro, o crescimento da presença de pessoas idosas e de pessoas com deficiência na população é acompanhado pela permanência de um grupo ainda expressivo de crianças e adolescentes que seguem demandando cuidados. Em 2024, a população com idade de até 14 anos ainda representava 20% da população total do país, ao passo que a população de 65 anos ou mais de idade respondia por 11%. As projeções demográficas indicam que, até 2060, ou seja, em menos de 4 décadas, a população idosa terá duplicado seu peso no país, chegando a cerca de 1/3 do total de habitantes. Por outro lado, embora o peso relativo

13. Barreto, Marina C. A. *et al.* (2023). “Deficiências, condições de saúde e comportamentos de risco à saúde: ocorrências e associações na Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019”. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 32, n. 4. Acesse [aqui](#).

das crianças e adolescentes de até 14 anos deva se reduzir, esse grupo continuará representando uma parcela significativa, estimada em aproximadamente 15% do total da população brasileira.

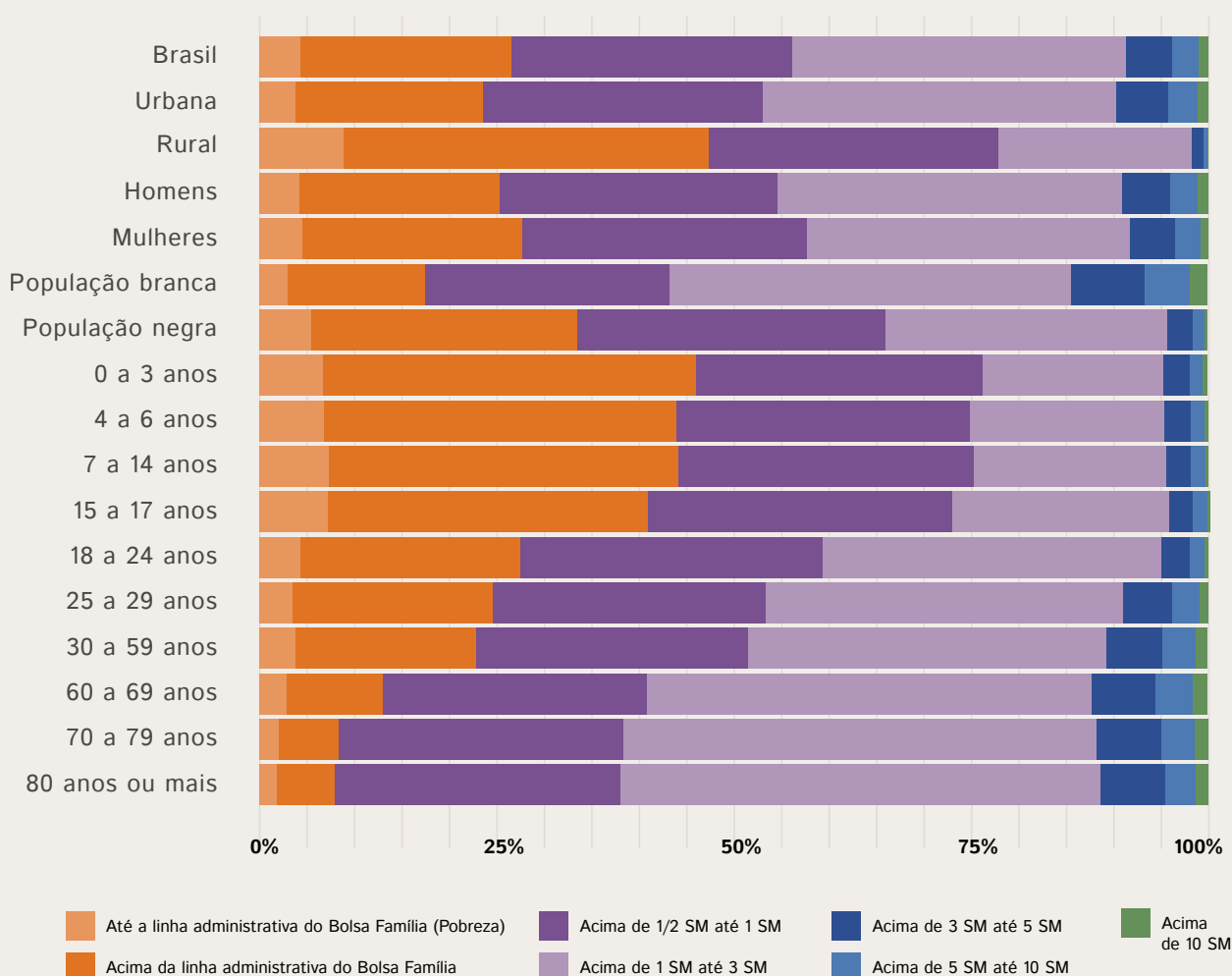
Embora as crianças e adolescentes tenham seus direitos reconhecidos pela legislação brasileira, principalmente pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990), ainda existem muitas limitações, lacunas e barreiras para que possam gozar de condições para acessá-los e garanti-los plenamente. Além disso, acompanhando as mudanças demográficas relacionadas a uma fecundidade mais elevada nas camadas de renda mais baixa, a porcentagem de crianças que vivem nas famílias mais pobres vem aumentando em comparação com o total de crianças no país. Estudos projetam que, para o médio prazo (2030-2040), cerca de 80% da população menor de 15 anos estará nas famílias de renda mais baixa e apenas 1,1% nas de renda mais alta, o que indica que a oferta pública e de qualidade de cuidados será ainda mais necessária (Camarano *et al.*, 2014, p 262-3)¹⁴.

Os efeitos dessa tendência já são perceptíveis nos dados mais recentes, que evidenciam maior concentração das crianças de 0 a 6 anos em domicílios de renda mais baixa (Gráfico 8). Em 2024, aproximadamente 7% das crianças brasileiras viviam em condições de pobreza¹⁵, enquanto 45% estavam em famílias com renda domiciliar *per capita* de até ½ salário-mínimo. Esses dados reforçam a vulnerabilidade da população nessa faixa etária e a necessidade de priorização desse público, bem como de suas famílias, em políticas de cuidado.

14. CAMARANO, Ana A. *et al.* (2014). “Desigualdades na Dinâmica Demográfica e as suas implicações na distribuição de renda no Brasil” In: CAMARANO, Ana Amélia (org.). *Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?* Rio de Janeiro: Ipea, p. 214-270. Acesse em: <https://repositorio.ipea.gov.br/entities/book/7120e2c9-818a-4f42-b41d-7c241d8d58ad>

15. Considerou-se como recorte para a linha de pobreza a linha administrativa do Programa Bolsa Família, que, desde março de 2023, corresponde à renda mensal real domiciliar *per capita* de até R\$ 218 (fonte: <https://wiki-sagi.mds.gov.br/home/DS/Cad/I/IN086>).

Gráfico 8. Distribuição percentual da população segundo faixas de renda real mensal domiciliar *per capita*, por subgrupos. Brasil, 2024



Fonte: IBGE. PnadC, 2024.

Nota: SM: salário-mínimo. As faixas de renda seguem os critérios do MDS. “Até a linha administrativa do Bolsa Família” indica renda mensal real domiciliar *per capita* abaixo da linha administrativa de entrada no Programa Bolsa Família. “Acima da linha administrativa do Bolsa Família até ½ SM” indica renda mensal real domiciliar *per capita* acima da linha administrativa de entrada no Programa Bolsa Família e menor que ½ SM.

O recorte racial também revela disparidades significativas, com a população negra mais presente em domicílios que acessam menos renda. A incidência de pobreza na população negra é significativa, atingindo, em 2024, 5,5%, quase o dobro do valor observado na população branca, que é de 3%. Este dado evidencia a persistente desigualdade racial e reforça a necessidade de que esta seja uma questão incorporada, de forma transversal, nas políticas de cuidados.

Adicionalmente, a análise das diferenças entre áreas rurais e urbanas indica que a população residente em áreas rurais possui menores rendimentos em comparação à população urbana. Esta disparidade pode ser atribuída a diversos fatores,

como dinâmica econômica, além de acesso a serviços públicos, educação e oportunidades de emprego de qualidade nas áreas rurais. Esses dados acionam um alerta, considerando tanto as pessoas que cuidam, quanto as pessoas que demandam cuidados.

A insuficiência de resposta pública às diversas demandas de cuidados resulta em violações dos direitos humanos, sobretudo no caso de crianças, adolescentes, pessoas idosas e pessoas com deficiência, assim como das pessoas que cuidam, em especial as mulheres negras e mais pobres, como será analisado na próxima seção. As barreiras existentes nos espaços sociais e nas políticas públicas dificultam o exercício pleno desses direitos, aumentando o risco de pobreza, desigualdade, vulnerabilidade social, negligência, violência e maus-tratos, principalmente para os grupos mencionados. Adicionalmente, há o perigo de insegurança alimentar, falta de higiene e outras privações que comprometem a dignidade e o bem-estar das pessoas.

Há, portanto, muitas e crescentes demandas por cuidado. Caso a organização social de cuidados não seja profundamente transformada, corre-se o risco de reprodução e agravamento desse ciclo, em que a escassez de serviços públicos de cuidados aumenta a vulnerabilidade para famílias empobrecidas com membros que necessitam de cuidados, particularmente daquelas chefiadas por mulheres que desempenham sozinhas simultaneamente o papel de provedoras e cuidadoras.

2.2. A responsabilização feminina e negra pelos cuidados

De forma combinada ao envelhecimento populacional, o Brasil vem experimentando um declínio notável da taxa de fecundidade, o que intensifica o processo de mudança da pirâmide etária e a reconfiguração das formas e tamanhos das famílias. As famílias brasileiras são, atualmente, menores e mais diversas do que eram há algumas décadas e, cada vez mais, há arranjos em que as mulheres são as únicas responsáveis, ao mesmo tempo, tanto pela provisão econômica quanto pela provisão de cuidados.

Apesar de seu decréscimo nas últimas décadas, o tipo de arranjo “casal com filhas/os” ainda é o mais comum no Brasil, representando, atualmente, um terço

dos domicílios (PnadC 2024)¹⁶. Os domicílios monoparentais – em que apenas pai ou mãe vive com as/os filhas/os – representam mais de 10% dos arranjos, em sua vasta maioria chefiados por mães. Importa frisar que a configuração monoparental não decorre apenas de escolhas individuais (como separações ou decisões de exercer a parentalidade sem cônjuge), mas também de não reconhecimento paterno e abandono. Em 2024, segundo o Portal da Transparência do Registro Civil, foram registrados quase 2,5 milhões nascimentos, dos quais cerca de 157 mil ocorreram sem a declaração de paternidade na certidão, o que corresponde a cerca de 6,4% do total—um indicador relevante da magnitude da ausência paterna no registro civil e nos arranjos familiares para provisão de cuidados.¹⁷

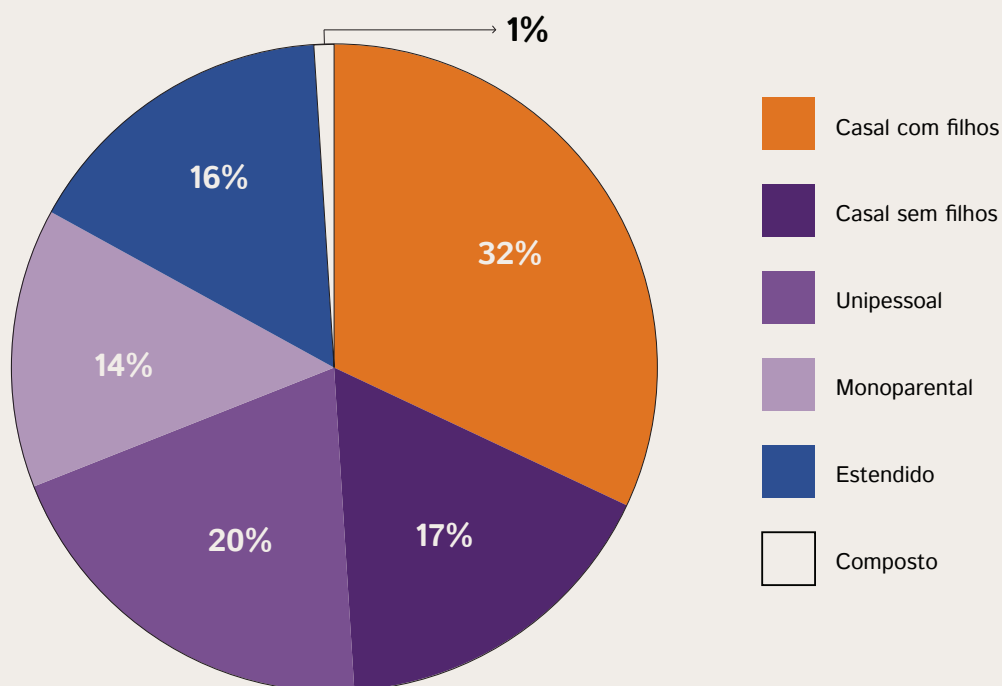
Os domicílios estendidos, que incluem outros parentes além do núcleo familiar imediato, representam a quarta maior categoria de arranjos no país (16,1%). Esse arranjo está, muitas vezes, associado a apoio econômico e social entre as pessoas que o compõem, inclusive na oferta de cuidados, podendo incluir avós, tios/as, netas/os, entre outros. Em outro extremo, quase um em cada cinco domicílios é composto por uma única pessoa, das quais muitas são idosas. Entre as pessoas com 60 anos ou mais, 17,9% moravam sozinhas em 2024. Entre as mulheres idosas, o percentual chega a 19,6%, em contraposição a 15,9% entre os homens. Além disso, esse arranjo é mais recorrente à medida que se avança na idade, sendo que, entre as pessoas idosas com 80 anos ou mais, essa cifra aumenta para 21,6%, sendo de 17,9% no caso dos homens e de 24% no caso das mulheres. Ou seja, à medida em que se avança na idade e, igualmente, na probabilidade de que sejam necessários cuidados de terceiros, menor é a probabilidade de que um membro familiar resida com essas pessoas e possa ofertar o cuidado que elas necessitam, tornando o papel do Estado ainda mais central. Finalmente, os arranjos domiciliares do tipo “composto”, que incluem pelo menos uma pessoa que não tem relação de parentesco com o núcleo familiar, podendo

16. Em 2010, representavam 50% dos arranjos; 30 anos antes, eram 67%. Cf. CAMARANO, Ana A. & FERNANDES, Daniele (2023). “Famílias: espaços de cuidados e espaços a serem cuidados” In: CAMARANO, Ana.A. & PINHEIRO, Luana. *Cuidar, verbo transitivo: caminho para a provisão de cuidados no Brasil*. Rio de Janeiro: Ipea, p. 141-181. Acesse em: <https://repositorio.ipea.gov.br/server/api/core/bitstreams/c067e-458-6251-49be-b7a8-c0622f66979b/content>.

17. OPERADOR NACIONAL DO REGISTRO CIVIL (ON-RCPN). *Portal da Transparência do Registro Civil: Registros*. Disponível em: <https://transparencia.registrocivil.org.br/registros>

ser agregado ou pensionista¹⁸, são cada vez menos frequentes na realidade brasileira (Gráfico 9).

Gráfico 9. Distribuição percentual dos domicílios por tipo de arranjo familiar. Brasil, 2024 (%)



Fonte: IBGE. PnadC, 2024.

Ao mesmo tempo que a população envelhece e demanda mais cuidados, observa-se uma redução das possibilidades de sua oferta por parte das famílias, o que envolve a mencionada transformação nos arranjos familiares e, ainda, a consolidação da presença de mulheres no trabalho remunerado, resultado da luta histórica dos movimentos feministas e de mulheres por autonomia econômica e igualdade de gênero no mundo do trabalho. A presença das mulheres no mercado de trabalho trata-se de um fenômeno que se sustenta ao longo das décadas e que, por sua vez, também está relacionado à redução da fecundidade.

Contudo, apesar de as mulheres assumirem cada vez mais postos de trabalho remunerados e apesar das transformações havidas nos arranjos familiares, são elas ainda as que seguem assumindo uma carga desproporcional na prestação

18. Agregado é o membro do arranjo domiciliar que não paga por hospedagem ou alimentação no domicílio; pensionista é o que paga.

de cuidados no país. Mulheres continuam a ser as principais – e, em muitos casos, exclusivas – responsáveis pelo trabalho de cuidados.

Para compreender como a sociedade se organiza para a distribuição dos cuidados, é necessário, também, considerar as intersecções de gênero, raça, etnia, classe, curso de vida, deficiência e território. Quem mais cuida são especialmente as mulheres de menor poder aquisitivo (que, por isso, não podem adquirir serviços de cuidado no mercado), as mulheres negras e aquelas que residem em regiões com acesso limitado a políticas e serviços públicos de cuidado, como zonas rurais e periferias urbanas.

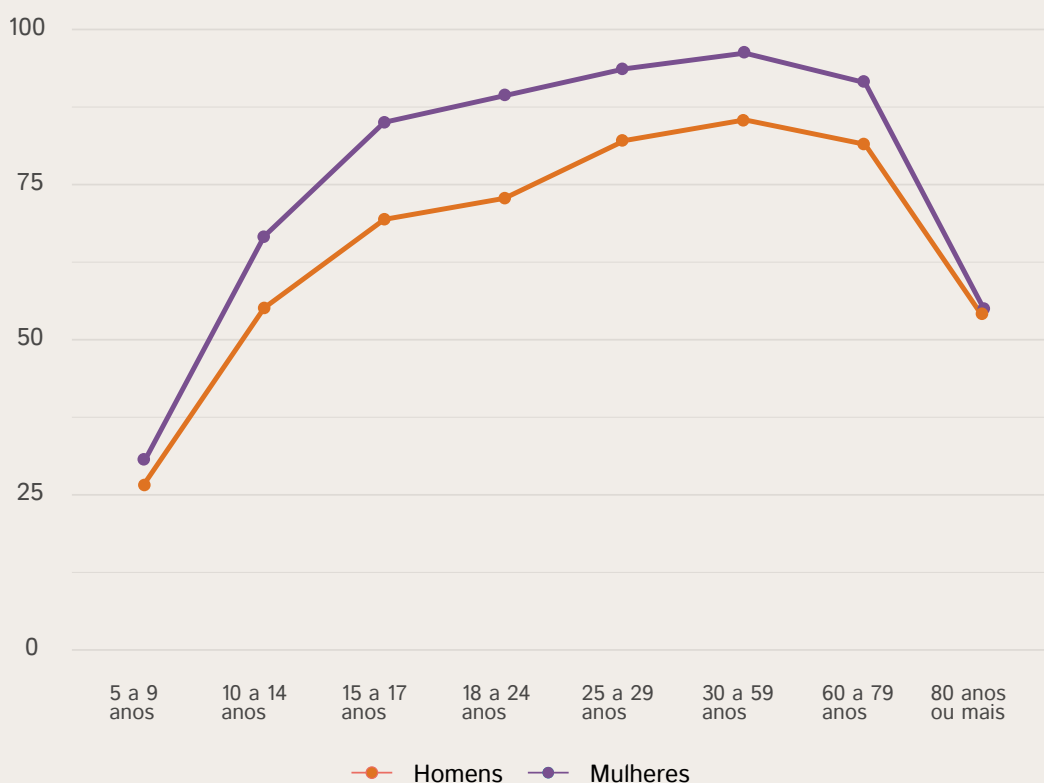
A parcela da população feminina envolvida nesse trabalho invisibilizado, mas que sustenta as famílias, a sociedade e a economia, é documentada por dados da PnadC. Os últimos dados disponíveis referem-se ao ano de 2022 e indicam que, naquele ano, 86,2% das mulheres e meninas com 5 anos ou mais de idade realizavam trabalho doméstico e de cuidados não remunerado. Em média, por semana, despendiam 20,3 horas neste trabalho. O cenário é bastante distinto quando se analisa a participação dos homens: ainda que 74,9% deles informem realizar trabalho doméstico e de cuidados não remunerado, sua jornada semanal média nessas atividades é de 11,3 horas. Isso aponta que a jornada das mulheres nesse trabalho é, pelo menos, o dobro da jornada dos homens¹⁹.

Os diferenciais de gênero no trabalho de cuidados não remunerado delineiam o curso de vida de mulheres e homens, estando presentes desde o início, com as mulheres assumindo as responsabilidades domésticas ainda muito jovens, como mostra o Gráfico 10. Destaca-se que, nas idades entre 10 e 14 anos, dois terços das meninas já realizam trabalhos de cuidados. Essas podem ser consideradas formas de trabalho infantil, ainda que as estatísticas nacionais sobre o trabalho infantil não incorporem o trabalho de cuidados não remunerado exercido por crianças e adolescentes. A mensuração deste trabalho é desafiadora, entre outros fatores porque não há informações consistentes para diferenciar as atividades saudáveis e educativas de colaboração dentro de casa daquelas caracterizadas por jornadas intensas e extensas, que podem comprometer o

19. Esses são dados do atual Módulo de Outras Formas de Trabalho, existente na PnadC. Cabe registrar que as pesquisas de uso do tempo são mais adequadas para o estudo do tempo dedicado aos cuidados. Jordana de Jesus e colegas (2023) comprovam que há uma subestimação do tempo dedicado aos cuidados no Brasil em decorrência dos atuais instrumentos adotados – em JESUS, Jordana *et al.* (2023). “Um método empírico para ajustar os dados de uso do tempo no Brasil”. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, v. 66, n. 4. Acesse em: <https://www.scielo.br/j/dados/a/X6gvgJvz6ZX9tXByqrc3JQk/abstract/?lang=pt>

desenvolvimento infantil e impedir seu direito à educação e ao lazer, e que envolvem graves riscos à saúde de crianças e adolescentes, que podem incluir desde limpeza e preparação/cozimento de alimentos, até a responsabilidade pelo cuidado de outras crianças²⁰.

Gráfico 10. Proporção da população que realiza trabalho doméstico e de cuidados não remunerado, segundo sexo e faixa etária. Brasil, 2022 (%)



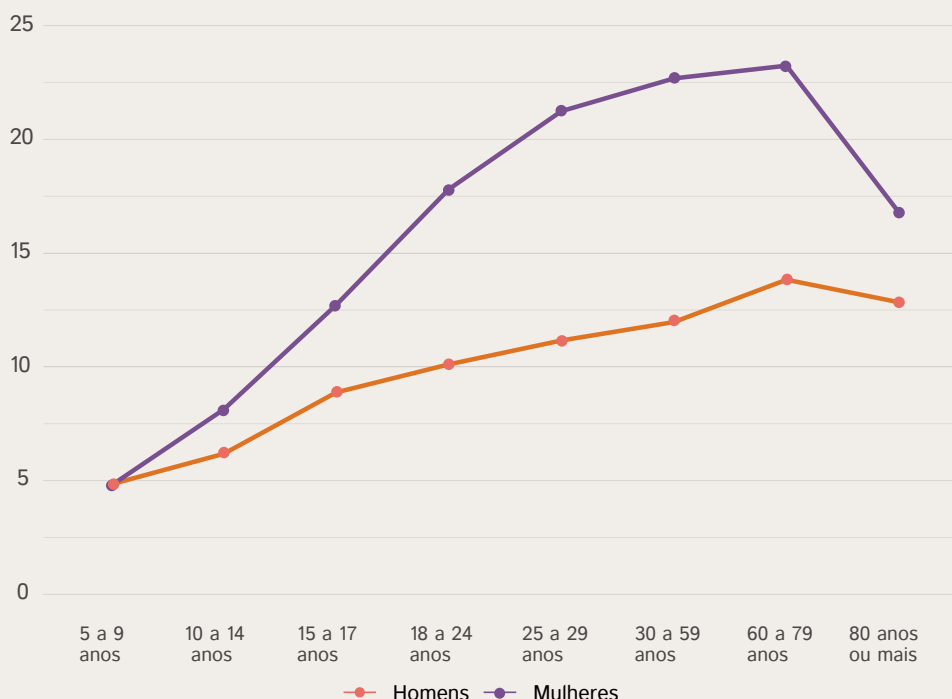
Fonte: IBGE. PnadC, 2022.

É igualmente notável a dedicação das mulheres idosas aos cuidados do domicílio e de outras pessoas. Se, por um lado, as pessoas idosas tendem a ampliar suas próprias demandas de cuidado com o avanço da idade, por outro, as mulheres idosas seguem responsáveis por uma alta carga de trabalho de cuidados nos seus núcleos familiares. Em 2022, as mulheres idosas no Brasil dedicavam, em média, 22,6 horas de suas semanas a trabalhos domésticos e de cuidados não remunerados – sendo este valor de pouco menos de 14 horas para os homens idosos. Entre as mulheres idosas de 60 a 79 anos essas jornadas atingiam 23,3

20. MDS/ SNCF (2023). Nota Informativa nº 3 - Trabalho Infantil e Políticas de Cuidado. Acesse em: https://mds.gov.br/webarquivos/MDS/7_Orgaos/SNCF_Secretaria_Nacional_da_Politica_de_Cuidados_e_Familia/Arquivos/Nota_Informativa/Nota_Informativa_N_3.pdf

horas semanais, superior à das mulheres não-idosas, que dedicavam cerca de 21,4 horas semanais a este tipo de trabalho. As pessoas de 80 anos ou mais, por sua vez, realizavam, na média, jornadas inferiores às de pessoas não idosas mas, ainda assim, despendiam cerca de 15,3 horas por semana em trabalho de cuidados não remunerados, valor que alcançava 16,8 horas para as mulheres desse grupo etário²¹ (Ver Gráfico 11).

Gráfico 11. Média de horas semanais dedicadas ao trabalho doméstico e de cuidados não remunerado, segundo faixa etária e sexo. Brasil, 2022



Fonte: IBGE. PnadC, 2022.

A dedicação das mulheres ao trabalho de cuidados não remunerado ao longo de todo o curso de vida compromete parte expressiva do tempo diário à sua disposição, o que produz aquilo que a literatura tem chamado de *pobreza de tempo*²², reduzindo sua disponibilidade para a conclusão de suas trajetórias educacionais, para o autocuidado, o lazer, o trabalho remunerado e a participação na vida pública, entre várias outras dimensões da vida.

Os efeitos da responsabilização pelos cuidados despontam na vida das mulheres desde cedo. É frequente a interrupção das trajetórias educacionais,

21. MDS/ SNCF (2023). Nota Informativa nº 5. Acesse em: https://www.gov.br/mds/pt-br/orgaos/SNCF/notas-informativas/nota_informativa_n_5.pdf

22. Para aprofundamento, ver: PIRES, L. N.; RESENDE, A. M.; TAIOKA, T.; PEREIRA, L. G. G. Pesquisas de Uso do Tempo: o que são e sua urgência para o Brasil. São Paulo: Centro de Pesquisa em Macroeconomia das Desigualdades (Made/USP), 2025. (NPE 64).

especialmente entre meninas, adolescentes e jovens mulheres, devido às responsabilidades de cuidado. Entre as jovens mulheres²³ que não concluíram o ensino médio no país, um terço parou de estudar ou nunca estudou por esse motivo, seja devido à gravidez ou à responsabilidade por afazeres domésticos e de cuidados (Tabela 1). Para as jovens negras esta proporção alcança 34%, valor interior àquele verificado para as jovens brancas (27%). Essas atribuições podem ser tanto por já serem mães, assim como por cuidarem de seus irmãos e irmãs menores para que as suas mães possam inserir-se no mercado de trabalho, por exemplo²⁴. A principal razão alegada pelos homens (brancos ou negros) para a não conclusão do ensino médio reforça o diagnóstico da persistência da divisão sexual do trabalho e dos cuidados – cerca de 53,8% responderam que precisavam trabalhar.

Tabela 1. Distribuição dos jovens de 15 a 29 anos que não concluíram o ensino médio por motivo de ter parado de estudar ou nunca ter estudado, segundo sexo. Brasil, 2024

Motivo	Mulheres			Homens		
	Total	Negras	Brancas	Total	Negros	Brancos
Tinha que realizar afazeres domésticos ou cuidar de criança, adolescente, pessoa idosa ou pessoa com deficiência	9,0	9,4	7,6	0,8	0,7	1,1
Precisava trabalhar	25,2	23,7	29,0	53,8	54,1	52,7
Não tinha escola na localidade, vaga ou turno desejado	3,3	3,6	2,4	1,9	2,0	1,6
Por gravidez	23,4	24,6	19,7	-	-	-
Por ter problema de saúde permanente	3,2	2,6	5,0	4,1	3,9	4,7
Não tinha interesse em estudar	22,5	23,2	20,9	26,9	27,7	24,9
Outros motivos	13,4	12,9	15,4	12,5	11,4	15,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

23. No Brasil, a categoria jovem (pessoas com idade entre 15 e 29 anos) é definida pelo Estatuto da Juventude (Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013 - acesse em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12852.htm). Em 2022, havia 49 milhões de jovens de 15 a 29 anos, o que correspondia a 23% do total da população brasileira. Assim como a maior parte da população, a maioria das pessoas jovens no Brasil são negras e vivem nas cidades.

24. MDS/ SNCF (2023). Nota Informativa nº 3. Acesse https://mds.gov.br/webarquivos/MDS/7_Orgaos/SNCF_Secretaria_Nacional_da_Politica_de_Cuidados_e_Familia/Arquivos/Nota_Informativa/Nota_Informativa_N_3.pdf

É importante subdividir esta etapa da vida em três grupos – de 15 a 17 anos, de 18 a 24 anos e de 25 a 29 anos –, cada qual com diferenças expressivas no que se refere à combinação entre a trajetória escolar, a inserção no mercado de trabalho, as mudanças na dinâmica familiar e as responsabilidades de cuidado. De forma geral, adolescentes (15-17 anos) demandam mais cuidados do que jovens das outras duas faixas etárias, embora também realizem trabalho de cuidados, especialmente as meninas. Conforme se avança na faixa etária, aumenta a carga de trabalho de cuidados não remunerado exercida por jovens, novamente sobretudo pelas mulheres. Considerando as três faixas etárias assinaladas, o número de horas semanais dedicadas ao trabalho não remunerado de cuidados pelas jovens mulheres passa de 12,5 no grupo de 15 a 17 anos, para 18,3 no grupo de 18 a 24 anos, atingindo 21,8 no grupo de 25 a 29 anos. Importante não perder de vista, contudo, que o peso relativo entre a necessidade de cuidados e a provisão de cuidados de jovens está fortemente marcado também pelo nível de renda, a condição étnica e racial, a existência de filhos/as ou de deficiência – seja no caso da própria pessoa jovem, seja de alguém da família de quem ela cuida.

Na fase adulta, as responsabilidades pelos cuidados continuam moldando a trajetória laboral das mulheres. A necessidade de dedicar tempo a essas atividades muitas vezes significa trabalhar de forma remunerada por menos horas, ter vínculos trabalhistas mais frágeis, retirar-se provisoriamente ou até mesmo nunca (re)ingressar no mercado de trabalho.

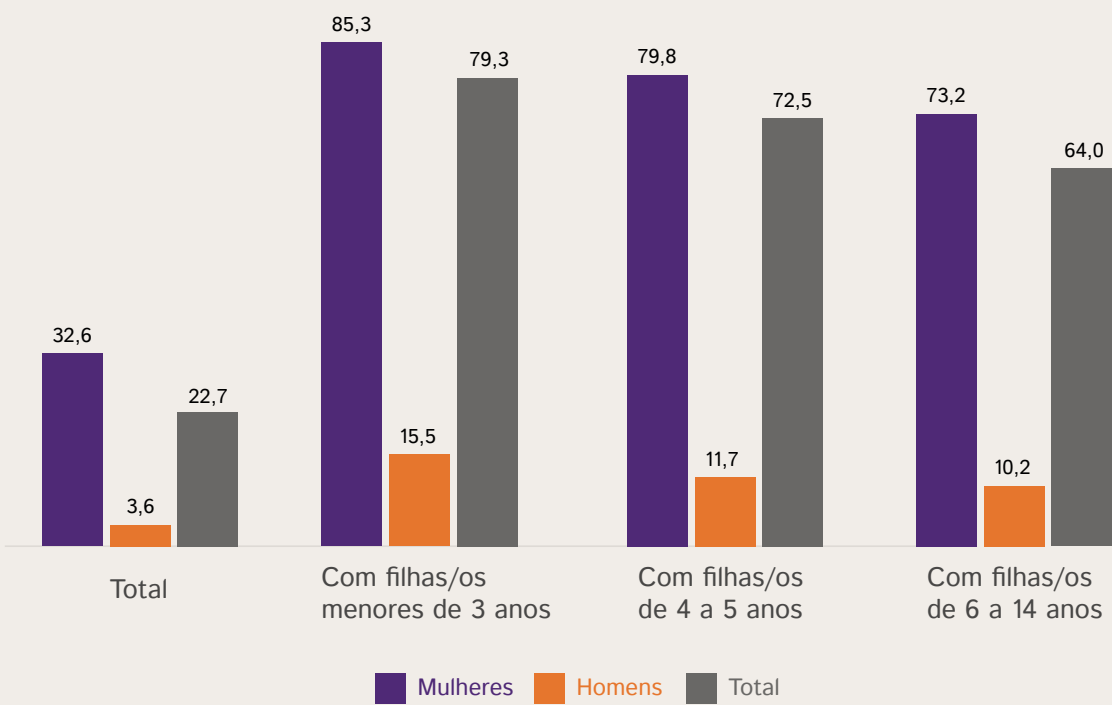
Uma primeira consequência da desigual divisão sexual do trabalho de cuidados refere-se à taxa de participação, que indica o percentual de pessoas de 16 anos ou mais de idade que estão na força de trabalho (trabalhando ou em busca de emprego) em relação àquelas em idade de trabalhar. Apesar da forte entrada das mulheres no mercado de trabalho nas últimas décadas, a taxa de participação feminina era de 54% em 2024, enquanto entre os homens chegava a 74,3%, consideravelmente mais elevada²⁵.

Outra evidência pode ser observada no Gráfico 12, que mostra que, em 2024, entre as mulheres com 16 anos ou mais de idade que não estavam ocupadas no mercado de trabalho e nem procurando emprego – ou não estavam disponíveis

25. Essas taxas são relativas à inserção de mulheres e homens nos trabalhos remunerados, o que não considera, portanto, toda a participação no trabalho de cuidados não remunerado.

caso lhes fosse oferecida uma ocupação –, quase 1/3 estava nessa situação em função das responsabilidades de cuidados (cuidar da casa, dos filhos ou filhas ou de outros parentes). Em comparação, apenas 3,6% dos homens deixaram de buscar emprego (ou não podiam/não estavam disponíveis) por esse motivo. Esse percentual se torna ainda mais significativo quando se consideram as mulheres com filhos/as pequenos/as: quanto mais novas as crianças, maior o impacto negativo na possibilidade de as mães buscarem emprego. Assim, entre aquelas com filhos/as menores de 3 anos de idade, mais de 85% afirmaram que não buscaram emprego pelas necessidades de prover cuidado para essas crianças ou demais familiares (realidade de cerca de 15% dos homens na mesma situação).

Gráfico 12. Proporção de pessoas com 16 anos ou mais de idade que não procuraram emprego, não estavam disponíveis ou não podiam trabalhar em função das responsabilidades de cuidados



com filhos/as ou outros parentes e de afazeres domésticos, segundo sexo e idade dos/as filhos/as. Brasil, 2024 (%)

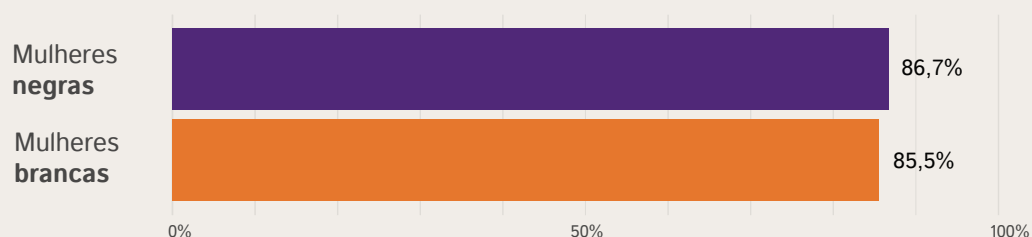
Fonte: IBGE. PnadC, 2024.

Nota: Inclui as pessoas que gostariam de trabalhar, mas não estavam tomando providências para conseguir um emprego em função das responsabilidades de cuidado, e as pessoas que, caso tivessem uma oportunidade de emprego, não poderiam ou não gostariam de aceitar em função das responsabilidades de cuidado.

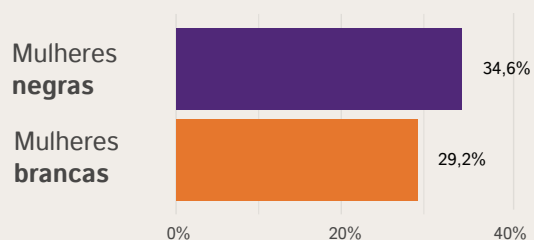
É imprescindível considerar a interseccionalidade na compreensão dessa problemática, pois, além da feminização, há uma racialização da responsabilização pelos cuidados – e da consequente pobreza de tempo – que afeta diretamente as mulheres negras. As diferenças emergem desde a infância e a adolescência. Entre as jovens negras de 15 a 17 anos, a razão de deixar os estudos por ter que realizar afazeres domésticos ou de cuidados era de 5,6%, superior à de jovens brancas na mesma idade, que alcançava 3,2% segundo a PnadC de 2024. Essa desigualdade mantém-se durante a vida adulta. Em todos os indicadores sobre cuidados as mulheres negras são as mais penalizadas: são elas as que mais realizam trabalho doméstico e de cuidados não remunerado, as que têm a maior jornada média desse trabalho, as que mais cuidam de crianças, pessoas idosas, pessoas com deficiência ou enfermas e as que mais deixam de procurar emprego por terem que cuidar dos afazeres domésticos, das/os filhas/os ou de outras pessoas (Gráfico 13).

Gráfico 13. Indicadores de responsabilidades por cuidados não remunerados de mulheres negras e mulheres brancas. Brasil, 2022

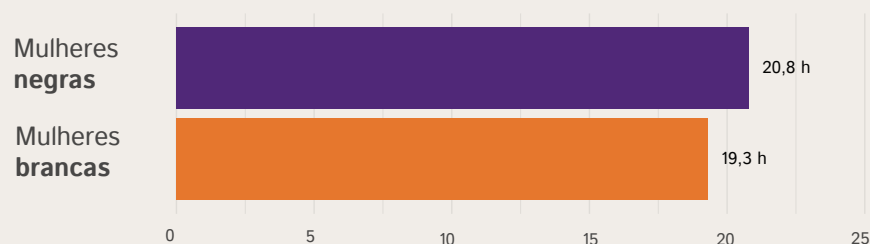
Percentual que realiza trabalho doméstico e de cuidados não remunerado



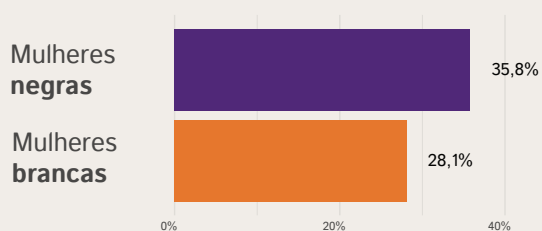
Percentual que cuida de crianças, pessoas idosas, pessoas com deficiência ou pessoas enfermas



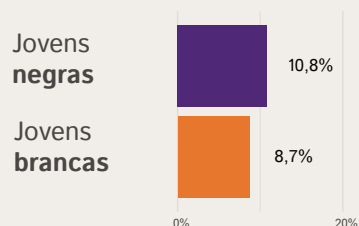
Média de horas semanais dedicadas ao trabalho doméstico e de cuidados não remunerado



Percentual que não busca emprego por motivos de responsabilidade de cuidado



Percentual de jovens que não concluíram o ensino médio por motivo de responsabilidade de cuidados



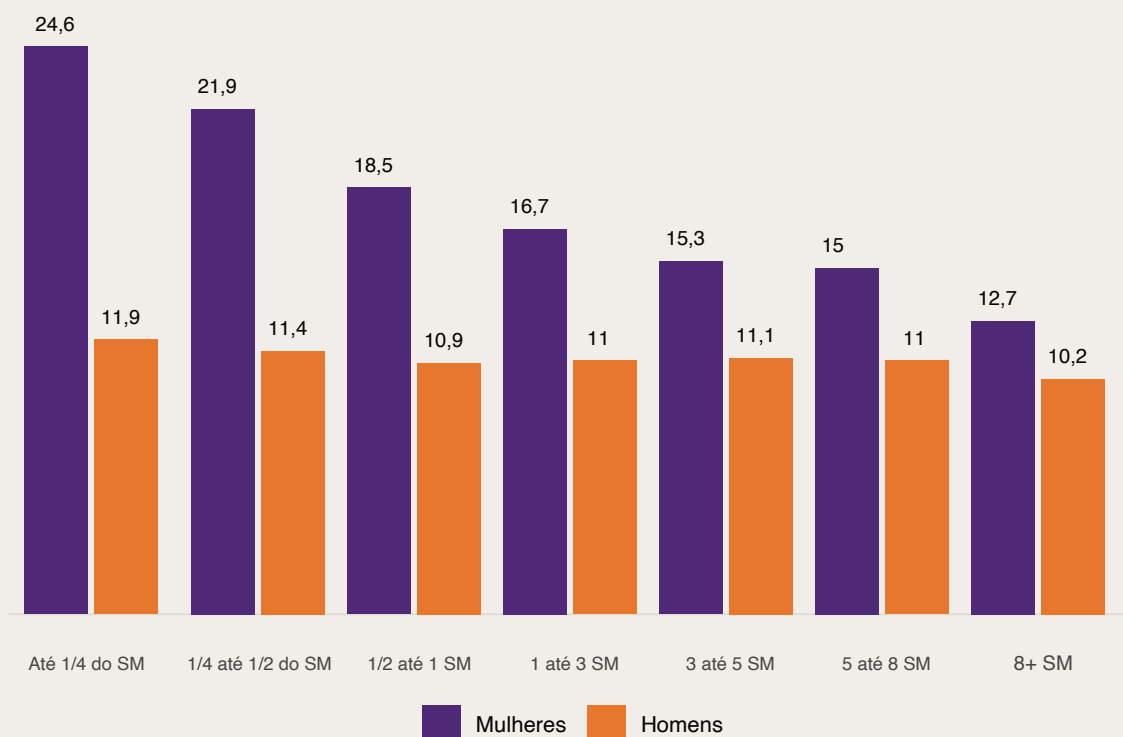
Fonte: IBGE. PnadC, 2022.

Ao longo de todo o ano de 2022, as mulheres negras trabalharam 75 horas a mais que as mulheres brancas em trabalhos não remunerados de cuidado, o que equivale a uma semana e meia adicional de trabalho por ano, considerando a jornada legal de 44 horas semanais (PnadC 2022). Os dados revelam a profunda desigualdade racial e de gênero na divisão do trabalho de cuidados no Brasil, onde mulheres negras, o maior grupo populacional adulto isolado (28,3%), arcam com a maior sobrecarga de cuidados não remunerados (39,5% do total de horas feitas ao longo de 2022), seguidas pelas mulheres brancas (29,3%)²⁶, com baixa participação dos homens. No mundo do trabalho remunerado, o cenário se inverte, com os homens em maioria (33,6% das horas para negros e 26,4% para brancos), e as mulheres com menor presença (20,6% para negras e 19,4% para brancas). Essa assimetria se aprofunda na massa salarial, da qual, apesar de sua representatividade e da concentração de trabalho, as mulheres negras recebem a menor fatia (14,9% da massa de salários pagos), enquanto os homens brancos, com menor peso demográfico, lideram a apropriação da renda (36,1%), evidenciando a base estrutural das desigualdades que marginaliza as mulheres negras (PnadC 2022).

Além do pertencimento racial, as condições de acesso à renda também são definidoras do envolvimento das mulheres em trabalho de cuidados não remunerado: há um importante efeito do nível de renda sobre essas jornadas. O Gráfico 14 explicita uma correlação entre horas semanais dedicadas ao trabalho doméstico e de cuidados não remunerado e o rendimento, sendo esta inversamente proporcional para o conjunto da população, porém muito mais intensa no caso das mulheres. As mulheres com maior acesso à renda dedicam menos horas semanais ao trabalho doméstico e de cuidado não remunerado. Enquanto aquelas com renda de 8 salários-mínimos ou mais dedicavam 12,7 horas semanais a esse trabalho, as mulheres com renda de até $\frac{1}{4}$ de salário-mínimo dedicavam, em média, 24,6 horas semanais. Isso totalizava uma diferença de quase 12 horas que, no entanto, não é observada entre os homens de maior e menor renda, cujas jornadas variavam menos de 2 horas semanais entre os dois extremos das faixas de rendimentos. A carga deste trabalho é, portanto, significativamente mais elevada para as mulheres empobrecidas, o que contribui para a reprodução da pobreza e das desigualdades.

26. As mulheres brancas respondiam por 22,8% do total da população brasileira, estando, portanto, também sobre-representadas na massa total de horas de trabalho de cuidados do país.

Gráfico 14. Número médio de horas semanais dedicadas ao trabalho doméstico e de cuidados não remunerado, por sexo, segundo faixas de rendimento do trabalho principal. Brasil, 2022.



Fonte: IBGE. PnadC, 2022.

Não é difícil compreender por que o acesso à renda pode levar à redução nas jornadas de trabalho doméstico e de cuidados não remunerado das mulheres. Em um contexto de insuficiente oferta pública, a provisão e o acesso aos cuidados dependem, em grande medida, da renda das famílias. Neste cenário, famílias com mais acesso à renda têm condições de resolver suas demandas por meio de bens e serviços ofertados pelo mercado, a exemplo da aquisição de equipamentos e eletrodomésticos mais eficientes, acesso a serviços privados (como creches ou instituições de cuidados para pessoas idosas) e contratação de uma das 5,5 milhões de brasileiras que atuam como trabalhadoras domésticas remuneradas no país. Apesar do enorme contingente de mulheres ocupadas como trabalhadoras domésticas, os dados demonstram que essas se colocam a serviço de uma parcela reduzida da população: a proporção de domicílios que contavam com alguma forma de trabalho de cuidados remunerado ao menos

três vezes por semana era de 6,8%, considerando “empregada/o doméstica/o, babá ou cuidador/a”²⁷.

Essa possibilidade de “delegação”²⁸ – de parte ou da totalidade – do trabalho de cuidados por mulheres majoritariamente brancas e com maior acesso à renda a outras mulheres de menor renda e majoritariamente negras é parte importante da desigualdade, da injustiça e da insustentabilidade da organização social dos cuidados no país. De um lado, ela permite às famílias mais abastadas que o trabalho doméstico e de cuidados seja realizado com menor impacto sobre a trajetória profissional das mulheres ou sem que se requeira o maior envolvimento dos homens dessas famílias. De outro, ela coloca as trabalhadoras domésticas na difícil situação de trabalhar administrando demandas de cuidados de outras pessoas, enquanto elas próprias não podem contar com arranjos similares para equacionarem suas necessidades e de suas próprias famílias²⁹. É o que se pode chamar de uma “transferência de cuidados”, na qual as trabalhadoras domésticas deixam de cuidar de suas famílias para transferirem esse cuidado para aquelas que podem pagar por esse serviço. Levanta-se, então, a pergunta: quem cuida das trabalhadoras domésticas e de suas famílias?

2.3. Trabalhadoras domésticas: a maior categoria provedora de cuidados no Brasil

De quem estamos falando quando nos referimos ao trabalho doméstico remunerado? Trata-se de uma ocupação que abrange uma variedade de funções, incluindo trabalhadoras/es mensalistas, diaristas, babás, cuidadoras/es, cozinheiras, motoristas, profissionais de jardinagem, dentre outros. De acordo com a Lei Complementar nº 150/2015, que regulamenta esta ocupação, são trabalhadoras

27. Proporção de domicílios com pelo menos uma/um empregada/o doméstica/o na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019. A PNS indaga aos moradores se “No seu domicílio, há trabalhador(as) doméstico(as) que trabalham em seu domicílio três vezes ou mais por semana (empregada doméstica, babá, cuidador etc.)”

28. HIRATA, Helena & KERGOAT, Danièle (2007). “Novas Configurações da Divisão Sexual do Trabalho”. *Cadernos de Pesquisa*, v. 37, n. 132, p. 595-609. Acesse em: <https://www.scielo.br/j/cp/a/cCztcWVvvtWGD-vFqRmdsBWQ/?format=pdf&lang=pt>

29. Para uma discussão mais aprofundada sobre este ponto, ver BRASIL. Ministério do Desenvolvimento, Assistência Social, Família e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Cuidados e Família. *As trabalhadoras domésticas remuneradas são trabalhadoras do cuidado: Elas têm o direito a cuidar, a ser cuidadas e ao autocuidado*. Brasília: MDS, abril de 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/brasil-que-cuida/observatorio-do-cuidado/publicacoes>

e trabalhadores domésticos todas as pessoas que prestem serviços de forma contínua, onerosa, subordinada, pessoal e sem finalidade lucrativa à pessoa física e que tenham no domicílio o local de exercício de sua atividade profissional³⁰.

Do total de 5,76 milhões de trabalhadoras e trabalhadores domésticos, mais de 91% são mulheres e 61,3% são mulheres negras (PnadC 2024). O peso desta ocupação na força de trabalho feminina do país ainda é bastante expressivo, sendo responsável por pouco mais de 12 em cada 100 mulheres ocupadas, valor que chega a quase 16 a cada 100 quando se consideram apenas as mulheres negras³¹. Apesar de fundamental para prover bem-estar e cuidados, o trabalho doméstico remunerado no Brasil é fortemente precarizado e informal, além de mal remunerado. Em 2024, as profissionais recebiam, em média, 84,2% do salário-mínimo, a despeito de longas jornadas de trabalho (PnadC 2024).

Algumas mudanças, contudo, têm marcado o trabalho doméstico remunerado. A primeira delas é o envelhecimento da categoria, o que levanta preocupações em relação à saúde das trabalhadoras – especialmente considerando o esforço físico exigido pelo trabalho –, à sua proteção social e ao acesso a benefícios previdenciários, haja vista ser essa uma profissão caracterizada pela informalidade e pelos baixos salários³².

A segunda mudança diz respeito ao crescimento das trabalhadoras domésticas diaristas, que em 2024 já representavam 47% da categoria. As trabalhadoras diaristas – aqui consideradas como aquelas que atuam em mais de um domicílio com frequência inferior a três vezes na semana em cada um deles – não têm direito à formalização de seus vínculos trabalhistas conforme definido pela Lei

30. A Lei Complementar nº 150, de 1º de junho de 2015, também estabelece que devem prestar serviços ao mesmo domicílio por mais de 2 dias na semana para que tenham direito à formalização de vínculo de trabalho.

31. Não apenas a categoria das trabalhadoras domésticas remuneradas é feminizada, mas o conjunto das profissões relacionadas ao cuidado. As mulheres representam a grande maioria da força de trabalho remunerada de cuidados: quase 75% do total dos postos de trabalho existente no setor de cuidados no Brasil é ocupado por mulheres, sendo que as mulheres negras representam 45% da força de trabalho remunerada de cuidados. Nesse setor, as desigualdades entre mulheres também são expressivas. Fonte: GUIMARÃES, Nadya & PINHEIRO, Luana. “O halo do cuidado: desafios para medir o trabalho remunerado de cuidado no Brasil” In: CAMARANO, Ana.A. & PINHEIRO, Luana. *Cuidar, verbo transitivo: caminho para a provisão de cuidados no Brasil*. Rio de Janeiro: Ipea, p. 443-485. Acesse em: <https://repositorio.ipea.gov.br/server/api/core/bitstreams/46ded4bb-4ef2-457b-b16b-4f1c124276fa/content>

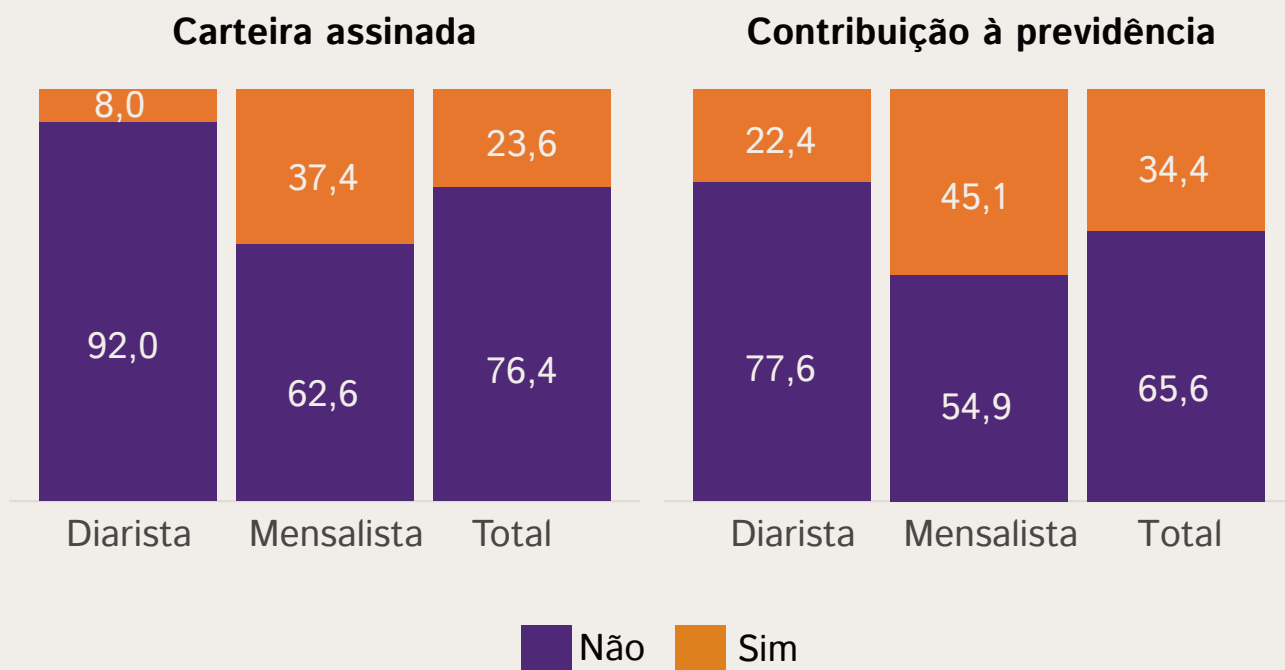
32. PINHEIRO, Luana *et al.* (2019). “Os desafios do passado no trabalho doméstico do século XXI: reflexões para o caso brasileiro a partir dos dados da PNAD contínua”. *Texto para discussão*. 2528. Ipea: Brasília. Acesse em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9538>

Complementar nº 150/2015. Isso significa que a garantia de proteção social para as trabalhadoras domésticas passa, por um lado, pela garantia de um direito já assegurado àquelas trabalhadoras que trabalham 3 vezes ou mais na semana em um mesmo domicílio (aqui chamadas de mensalistas) e, por outro, pela necessidade de ainda garantir o direito à formalização para as trabalhadoras que atuam em periodicidade inferior a esta e que ainda não possuem este direito assegurado na Lei.

Este contexto faz com que a proteção social da categoria, que já era precária, venha se deteriorando continuamente. Desde 2018, há uma tendência de crescimento da proporção de trabalhadoras domésticas que não têm carteira de trabalho assinada, tendência que se acentuou a partir de 2020, no contexto da pandemia de Covid-19. O percentual de trabalhadoras domésticas sem carteira de trabalho assinada aumentou de 71,2% em 2018 para 76,4% em 2024 (PnadC 2018-2024). Os dados disponíveis indicam que, ainda que a informalidade seja a regra na categoria, existem heterogeneidades importantes neste cenário. As diaristas, as mulheres negras e as trabalhadoras das regiões norte e nordeste, por exemplo, vivenciam situações ainda mais extremas de ausência de vínculo de trabalho e/ou de proteção social garantida pela previdência social.

No caso da comparação entre diaristas e mensalistas, os dados de 2024 mostram que enquanto 62,6% das mensalistas trabalhavam sem carteira de trabalho assinada, essa era a realidade de 92,0% das diaristas. Uma alternativa para que as trabalhadoras possam garantir algum nível de proteção social em caso de violação ou ausência de direito de formalização de vínculos é a contribuição individual à previdência social. Quando se adota como critério de formalidade a contribuição previdenciária, observa-se uma leve melhora em relação ao acesso à carteira assinada. Ainda assim, os índices permanecem baixos: apenas 22,4% das diaristas e 45,1% das mensalistas contribuem para a previdência. Isso indica que a maior parte dessas trabalhadoras está – ou estará – excluída do acesso a benefícios previdenciários, caso essa trajetória não seja revertida. Em síntese, trata-se de uma trajetória de desproteção social e laboral que remete às raízes escravocratas do país, cuja precariedade se intensifica em momentos de crises e em um cenário de “flexibilização” do mercado de trabalho.

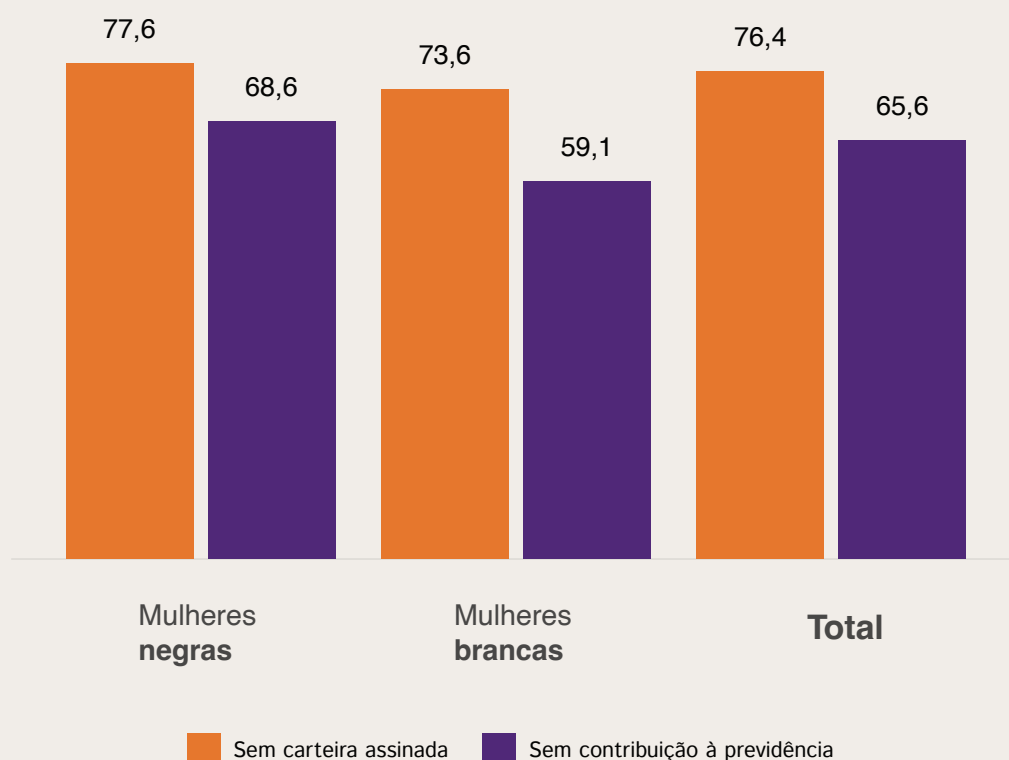
Gráfico 15. Distribuição das trabalhadoras domésticas de 18 anos ou mais de idade por acesso a carteira de trabalho assinada e contribuição à previdência social, segundo tipo de vínculo. Brasil, 2024 (%)



Fonte: IBGE. PnadC, 2024.

Mesmo dentro de uma categoria já precarizada, há diferenciais raciais que colocam as mulheres negras em condições ainda piores. O Gráfico 16 retrata a proporção de trabalhadoras domésticas informais, levando em conta tanto a ausência de carteira de trabalho assinada quanto de contribuição previdenciária, segundo o recorte racial. As trabalhadoras domésticas negras são as mais afetadas pela desproteção: somente 22,4% delas têm carteira assinada e somente 31,4% contribuem para a previdência.

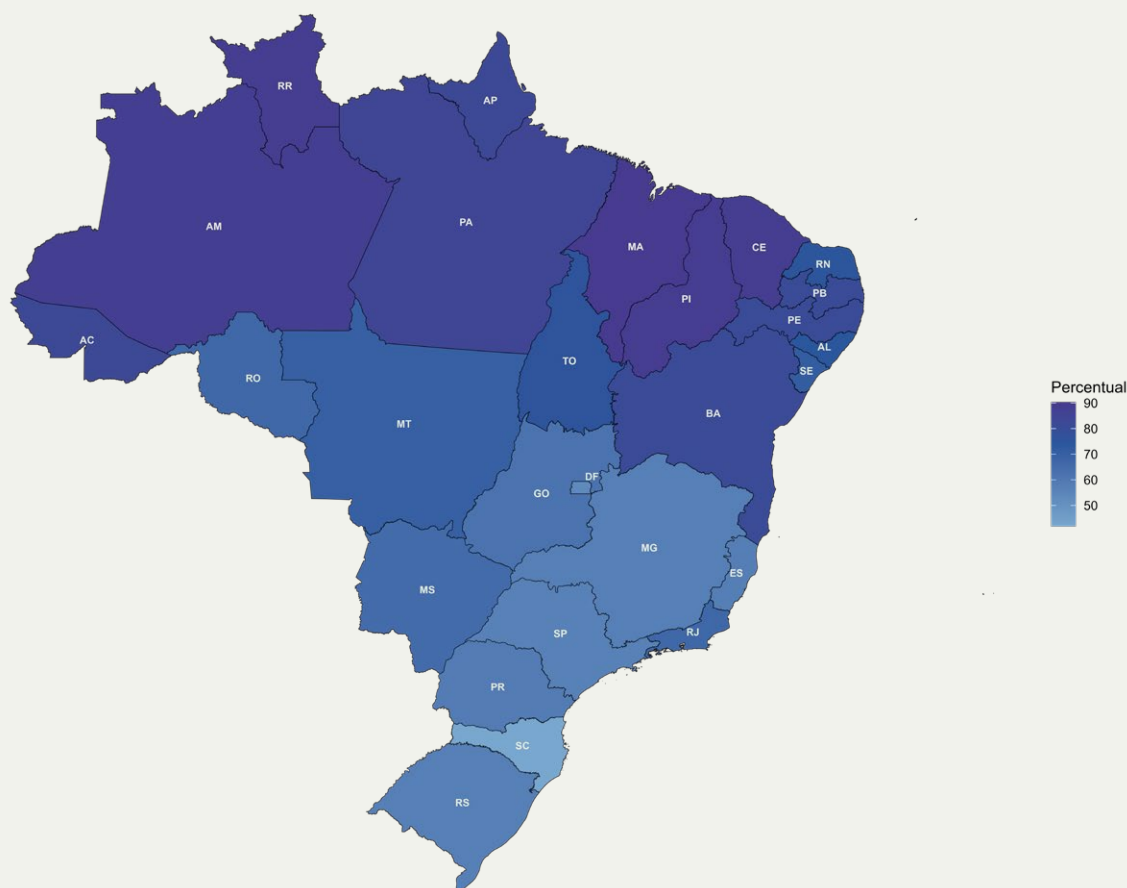
Gráfico 16. Proporção de trabalhadoras domésticas de 18 anos ou mais de idade sem carteira assinada ou sem contribuição à previdência, por raça/cor. Brasil, 2024 (%)



Fonte: IBGE. PnadC, 2024.

Observa-se que, acompanhando outras desigualdades regionais, algumas áreas do Brasil apresentam condições de proteção social e trabalhista particularmente desfavoráveis para as trabalhadoras domésticas. As maiores proporções de trabalhadoras domésticas sem contribuição previdenciária estão nas regiões Norte (82%) e Nordeste (82,7%), conforme ilustrado no Mapa 1, mas mesmo as regiões com maiores índices de formalização também se encontram em situação preocupante.

Mapa 1. Proporção de trabalhadoras domésticas sem contribuição previdenciária, por Unidades da Federação. Brasil, 2024 (%)



Fonte: IBGE. PnadC, 2024.

Esse aspecto da organização social dos cuidados deve ser examinado à luz dos avanços recentes em termos de direitos da categoria e dos desafios que persistem para a garantia do trabalho decente para as trabalhadoras domésticas. Um marco nesse sentido foi a aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 72/2013³³ (regulamentada pela Lei Complementar nº 150, de 1º de junho de 2015)³⁴, que ampliou para a categoria o acesso aos direitos trabalhistas que já eram assegurados às demais categorias profissionais. Outro marco importante foi a ratificação pelo Brasil da Convenção sobre trabalho decente para as trabalhadoras e os trabalhadores domésticos nº 189 da OIT, promulgada em 2024 por meio do Decreto nº 12.009/2024. Mesmo considerando tais avanços em termos de garantia de direitos da categoria, os desafios persistem e se atualizam, envolvendo a necessidade de garantir o cumprimento dos direitos já existentes,

33. Emenda Constitucional nº 72, de 02/04/2013. Acesse: <https://legis.senado.leg.br/norma/540675>

34. Lei Complementar nº 150, 1/06/2015. Acesse: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp150.htm

por meio do aprimoramento da fiscalização das condições de trabalho, a necessidade de garantir direitos aos grupos ainda hoje desprotegidos, em particular as diaristas, mas também reconhecendo as novas formas de oferta de trabalho remunerado de cuidados nos domicílios por meio das plataformas digitais e os desafios para garantir condições decentes de trabalho para as mulheres que buscam estes instrumentos para oferecer seu trabalho às famílias. O fortalecimento da inspeção do trabalho, a diminuição da informalidade e da desproteção trabalhista e previdenciária, a regulamentação da profissão de cuidadoras/es, a oferta de formação profissional, a equiparação de direitos entre as próprias trabalhadoras domésticas (diaristas e mensalistas) e entre as trabalhadoras domésticas e outras categorias ocupacionais, constituem-se em desafios a serem enfrentados no contexto da Política e do Plano Nacional de Cuidados.

2.4. A atuação do Estado na provisão de cuidados

Uma das dimensões centrais para refletir sobre a organização social dos cuidados no Brasil diz respeito ao fato de o cuidado ser reconhecido socialmente como uma questão privada das famílias, ou, ainda, como “um assunto de mulheres”, em vez de ser assumido como um problema público que exige a corresponsabilização social e de gênero (Nós críticos 1 e 2, tal como disposto na Figura 1 da seção 2). Na realidade, no Brasil, só muito recentemente o cuidado passou a ser reconhecido como um direito, por meio da sanção da Lei nº 15.069, de 23 de dezembro de 2024, fruto do intenso trabalho do GTI-Cuidados em articulação com o Congresso Nacional. Esse reconhecimento tardio no ordenamento jurídico nacional contribuiu para a limitada discussão pública sobre soluções para o cuidado, além de ter contribuído também para privar quem cuida e quem é cuidado de protagonismo neste debate. Neste contexto, a atuação do Estado conformou-se, ao longo da história, a partir da lógica da subsidiariedade. Ou seja, a família é a principal responsável por prover cuidados. Quando a família não consegue equacionar a questão, o Estado atua, ainda que de forma insuficiente.

O caso dos cuidados das pessoas idosas e das pessoas com deficiência que requerem apoio e auxílio exemplifica a oferta muito aquém da necessidade: em 2020, no Brasil, estima-se que havia 5,1 milhões de pessoas idosas que demandavam cuidados, número que pode alcançar entre 7 e 8 milhões de pessoas em

2030³⁵. Ou seja, em poucos anos estima-se que haverá um aumento de cerca de 2 a 3 milhões de pessoas idosas demandantes de cuidado. Destas, mantendo-se as capacidades atuais de cuidar das famílias e a proporção de pessoas idosas institucionalizadas, cerca de 1,7 milhão estarão desamparadas, sem acesso a nenhum tipo de cuidado.

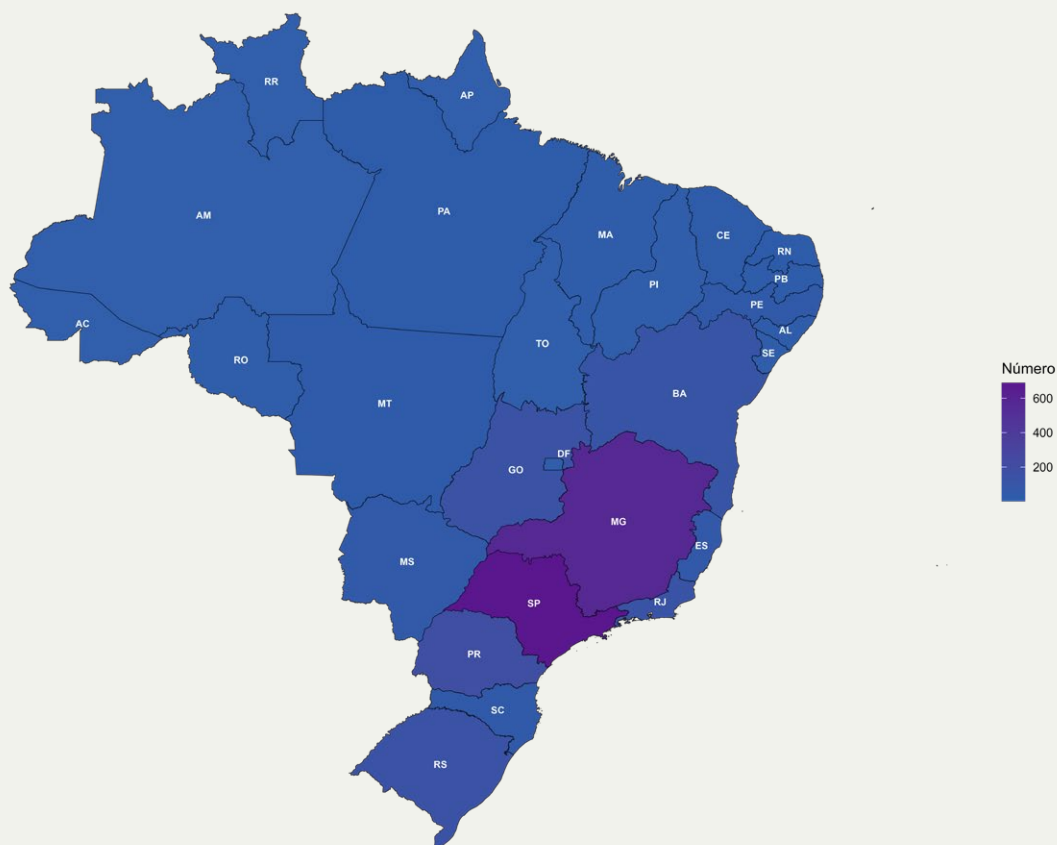
Os serviços ofertados para esta população são, contudo, absolutamente insuficientes para dar conta de demanda em tal magnitude. Em 2024, havia pouco menos de 2.500 unidades de acolhimento institucional voltadas para pessoas idosas e/ou pessoas com deficiência (Censo SUAS 2024)³⁶, as quais, além de serem em número insuficiente, também estão desigualmente distribuídas no território. Enquanto São Paulo contava com 689 unidades em 2024 (o que equivale a mais de 20% do total de unidades existentes), estados como Amazonas, Amapá e Roraima contavam com até cinco unidades cada. Para além da baixa cobertura, há problemas graves de qualidade e proteção. A institucionalização de pessoas idosas é, não raro, marcada por condições precárias e situações de violação de direitos, tal como indicam os dados da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos³⁷.

35. CAMARANO, Ana. A. (2021). “Vidas idosas importam, mesmo na pandemia”. Políticas Sociais: acompanhamento e análise, nº 28. Ipea: Brasília. Acesse em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10821/1/BPS_28_nps1_vidas_idosas.pdf.

36. Censo SUAS-MDS 2024. Acesse em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/vigilancia/censo-suas>.

37. Painel de Dados da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos. Brasil, 2024. Acesse em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/ondh/painel-de-dados/2024>.

Mapa 2. Número de unidades de acolhimento por Unidades da Federação. Brasil, 2024. (%)



Fonte: MDS. Censo SUAS, 2024.

Já no que se refere às políticas para a primeira infância³⁸, a desigualdade no acesso é também uma realidade. É durante a primeira infância que se inicia a trajetória escolar, com a educação infantil³⁹, primeira etapa da educação básica, destinada a crianças de 0 a 5 anos de idade. A educação infantil divide-se em duas fases: creche, para crianças de 0 a 3 anos, e pré-escola, para crianças

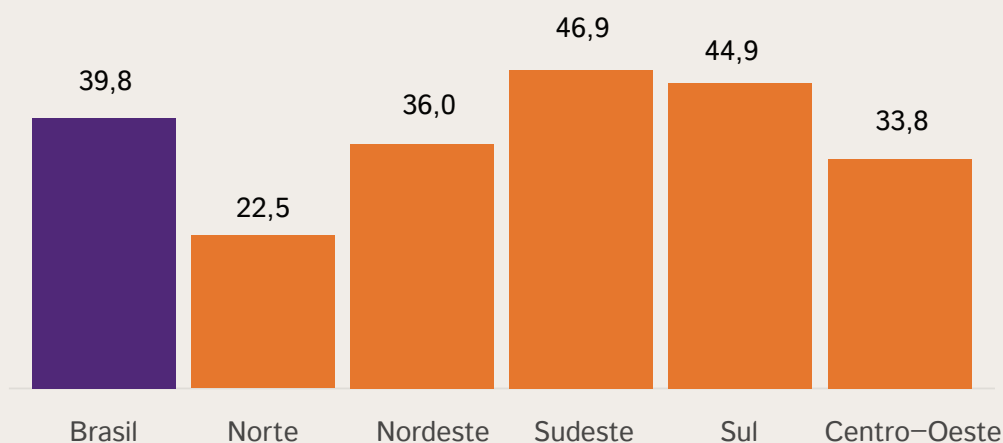
38. A primeira infância é definida como o período que abrange desde o nascimento até a criança completar 6 anos de idade. Acesse <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/crianca-feliz/a-primeira-infancia>

39. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996 (Acesse em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm). Plano Nacional de Educação 2014-2024 (Acesse em: https://download.inep.gov.br/publicacoes/institucionais/plano_nacional_de_educacao/plano_nacional_de_educacao_pne_2014_2024_linha_de_base.pdf).

de 4 e 5 anos. A pré-escola é etapa obrigatória, devendo ser assegurada a oferta de vagas para todas as crianças com idade para esta etapa de ensino⁴⁰.

As creches constituem um serviço baseado na indissociabilidade do educar e do cuidar, que atende crianças de até 3 anos, durante o dia, em horário parcial (mínimo de quatro horas diárias) ou integral (mínimo de sete até dez horas diárias)⁴¹. A meta do Plano Nacional de Educação (PNE) para 2024 era garantir que 50% das crianças de 0 a 3 anos estivessem frequentando escola ou creche, considerando que, no Brasil, essa etapa da educação é um direito universal, mas não obrigatória. No período recente, a cobertura das creches no Brasil (medida pela taxa de escolarização das crianças de 0 a 3 anos) teve um expressivo aumento, passando de 30,3% em 2016, para 39,8% em 2024, ainda significativamente inferior, contudo, à meta do PNE para esse ano. Também são muito significativas as desigualdades regionais no acesso à creche. Na região Sudeste do país, por exemplo, esse valor chega a 43%, enquanto na região Norte menos de 20% das crianças frequentam creches (Gráfico 17).

Gráfico 17. Taxa de escolarização de crianças de 0 a 3 anos de idade. Brasil e Grandes Regiões, 2024 (%)



Fonte: IBGE. PnadC, 2024.

Nota: A taxa de escolarização é calculada pela razão entre o número de estudantes de uma determinada faixa etária e o total de pessoas nessa mesma faixa etária.

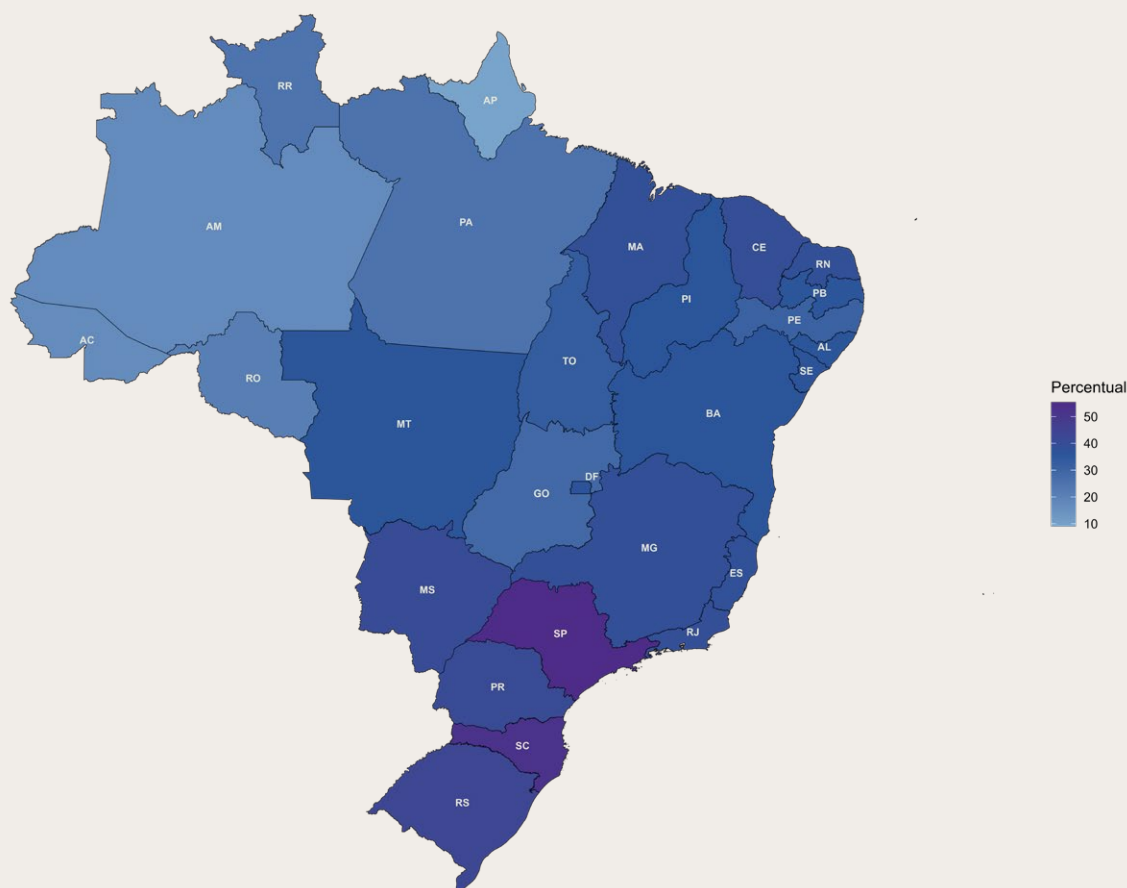
40. Emenda Constitucional nº 59, de 11 de novembro de 2009 (Acesse em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc59.htm).

41. Segundo Parecer do Conselho Nacional de Educação (Parecer CNE/CEB nº 17/2012). Acesse em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=11250-pceb017-12&Itemid=30192

É importante observar que há uma diferença muito significativa no acesso à creche entre as crianças de até 1 ano e as de 2 a 3 anos. Enquanto a taxa de escolarização das crianças de 0 a 1 anos era de 17,4% em 2024, a das crianças de 2 a 3 anos era de 58,5%. No primeiro grupo, em 63,6% dos casos, as crianças não frequentavam as creches por opção dos responsáveis, e 30,1% devido à insuficiência da oferta pública (inexistência de creches ou escolas na localidade, falta de vagas, ou porque as crianças não são aceitas devido à idade). No segundo grupo (2 e 3 anos), a não assistência por opção dos pais continua sendo o principal motivo (53,3%) e aumenta a não assistência devido à falta de oferta (39%).

O Mapa 3 apresenta o percentual de crianças de 0 a 3 anos frequentando a escola (creche ou pré-escola) nas Unidades da Federação. Observa-se uma significativa variação entre os estados. Em 2024, São Paulo liderava com 55,4%, seguido por Santa Catarina, com 52,5%, os únicos dois estados brasileiros que atingiram a meta do Plano Nacional de Educação. Esses estados apresentam as maiores taxas de cobertura para esta idade, indicando maior acesso por parte das famílias a políticas públicas e/ou maior disponibilidade de infraestrutura. Por outro lado, estados como Amapá (9,0%), Amazonas (17,0%) e Acre (16,8%) apresentam os menores percentuais, evidenciando os desafios na oferta e acesso à educação infantil. Essa discrepância é reflexo das diferenças socioeconômicas, de infraestrutura e de investimento em políticas educacionais entre as regiões.

Mapa 3. Cobertura de crianças entre 0 e 3 anos em creches, por Unidades da Federação.
Brasil, 2024. (%)



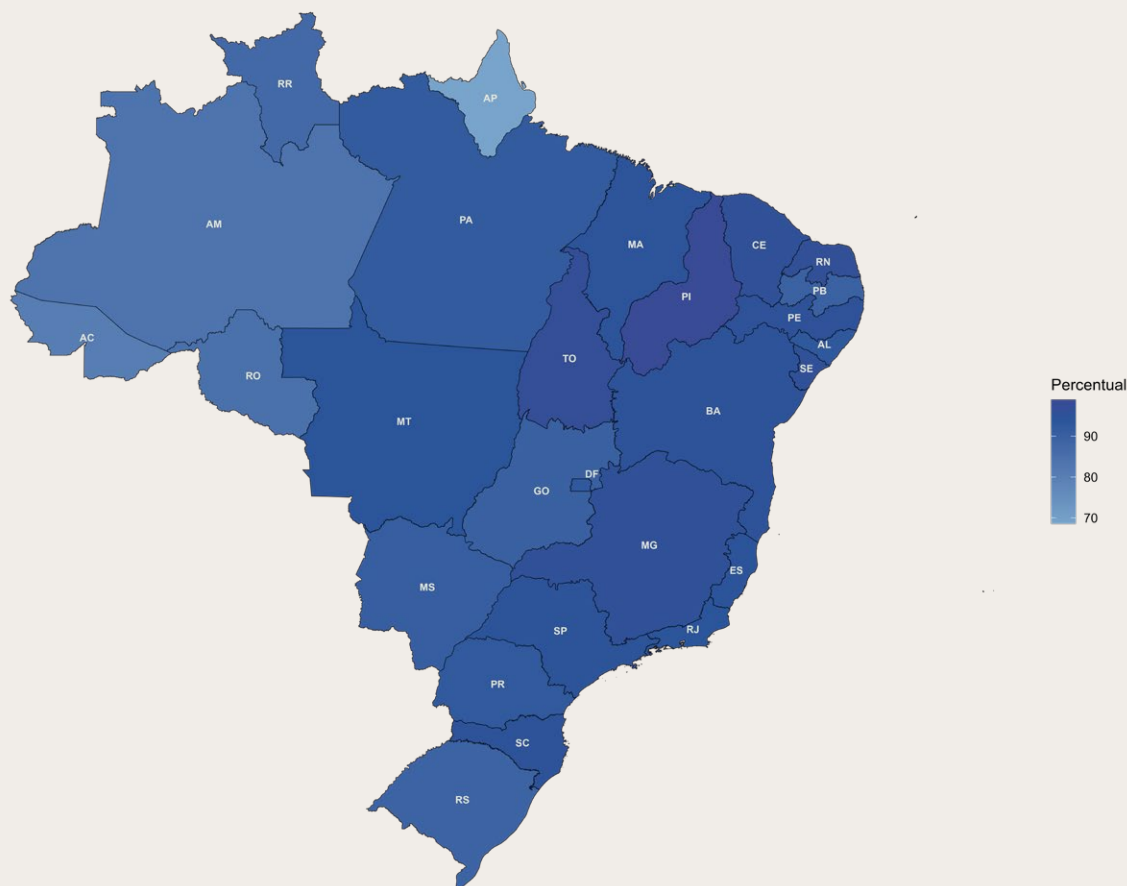
Fonte: IBGE. PnadC, 2024.

Nota: A cobertura é calculada pela razão entre o número de crianças de 0 a 3 anos frequentando creches e o total de crianças nessa faixa etária.

Em 2024, 93,4% das crianças de 4 e 5 anos frequentavam a pré-escola. Embora o indicador nacional seja elevado, a média esconde importantes desigualdades territoriais e, sobretudo, o descumprimento da obrigatoriedade: quase 7% das crianças seguem fora da escola. As diferenças intra-país são marcantes: entre UF's e regiões, os patamares variam de coberturas próximas da universalização a vazios persistentes de atendimento. No Amapá, por exemplo, a cobertura foi de 68,6%, enquanto no Piauí atingiu 98,9% (PnadC 2024) — uma lacuna de mais de 30 pontos percentuais entre o menor e o maior valor observado. Além disso, embora 19 UF's já superem 90% (Mapa 4), outras permanecem distantes do patamar mínimo desejável, concentrando a maior parte das crianças que ainda não acessam esse direito. Assim, o avanço médio não garante equidade: para cumprir a obrigatoriedade em todo o território, é preciso direcionar esforços e financiamento de forma territorialmente focalizada, reduzindo os

diferenciais regionais e estaduais que a média nacional não revela.

Mapa 4. Taxa de escolarização de crianças de 4 a 5 anos de idade, por Unidades da Federação.
Brasil, 2024. (%)



Fonte: IBGE. PnadC, 2024.

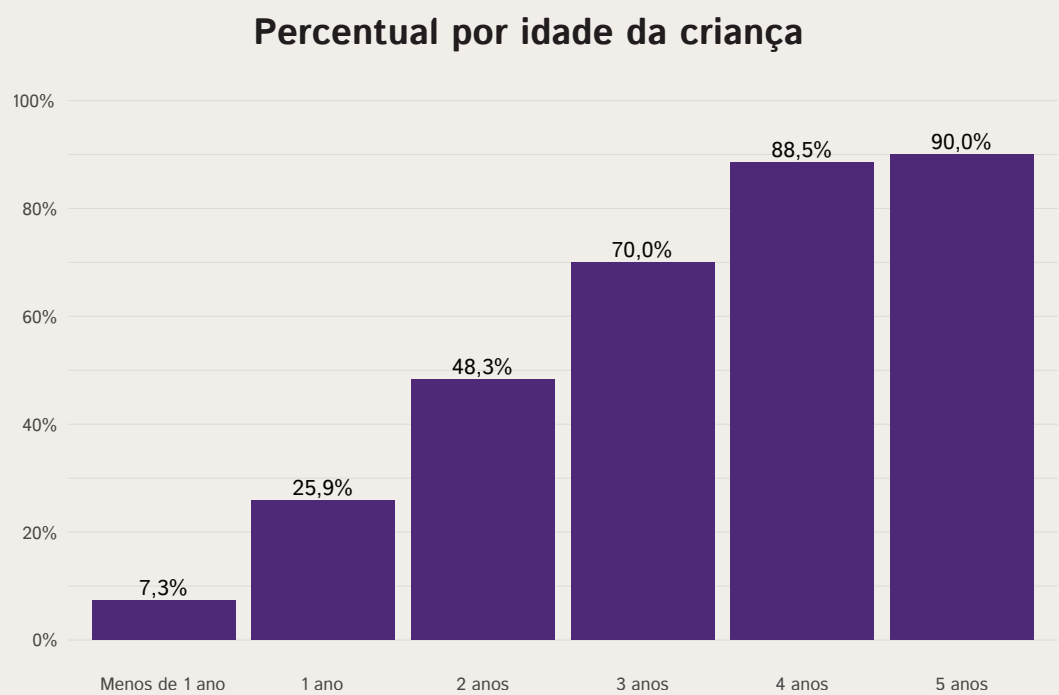
Nota: A taxa de escolarização é calculada pela razão entre o número de crianças de 4 a 5 anos frequentando pré-escolas e o total de crianças nessa faixa etária.

Para a educação infantil como um todo (creches e pré-escolas), é possível observar outras desigualdades. São identificadas disparidades significativas no acesso entre diferentes grupos étnicos/raciais, com crianças indígenas particularmente desfavorecidas – apenas 48,9% delas frequentavam creche ou pré-escola. Além disso, as crianças de famílias com renda mais baixa, até a linha administrativa de entrada no Programa Bolsa Família⁴², são as que

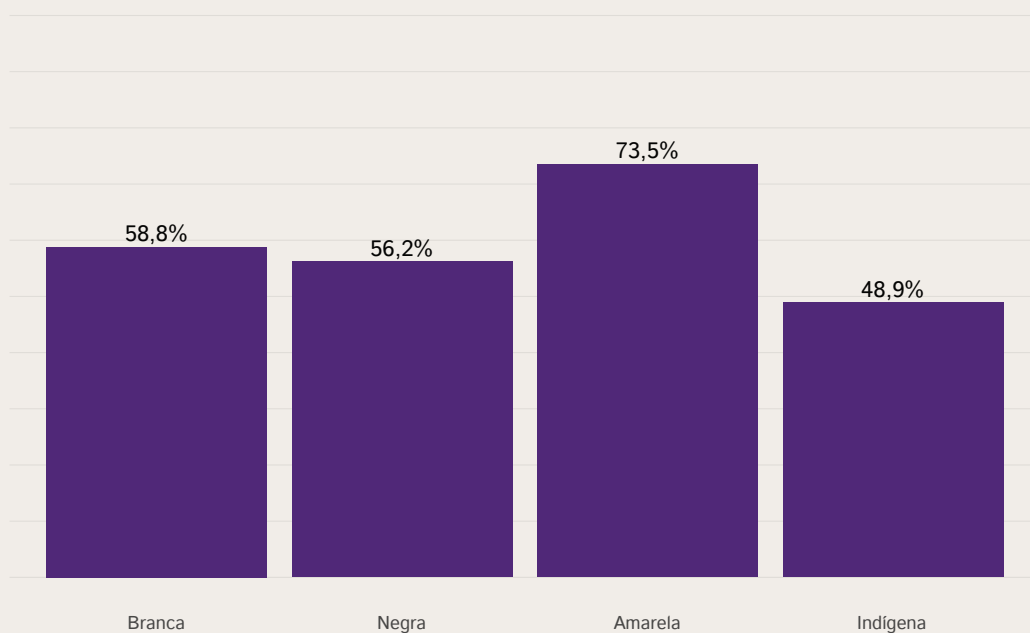
42. Trata-se de recorte de renda adotado pela SAGICAD/MDS (Secretaria de Avaliação, Gestão da Informação e Cadastro Único do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome).

menos têm acesso à educação infantil (44,9%). Conforme a renda dos domicílios aumenta, o acesso amplia-se, chegando a 73% em domicílios com renda familiar *per capita* entre três e cinco salários-mínimos, indicando a possível busca por esse serviço no mercado privado, a reprodução das desigualdades e a disparidade social no acesso a serviços de cuidado (Gráfico 18).

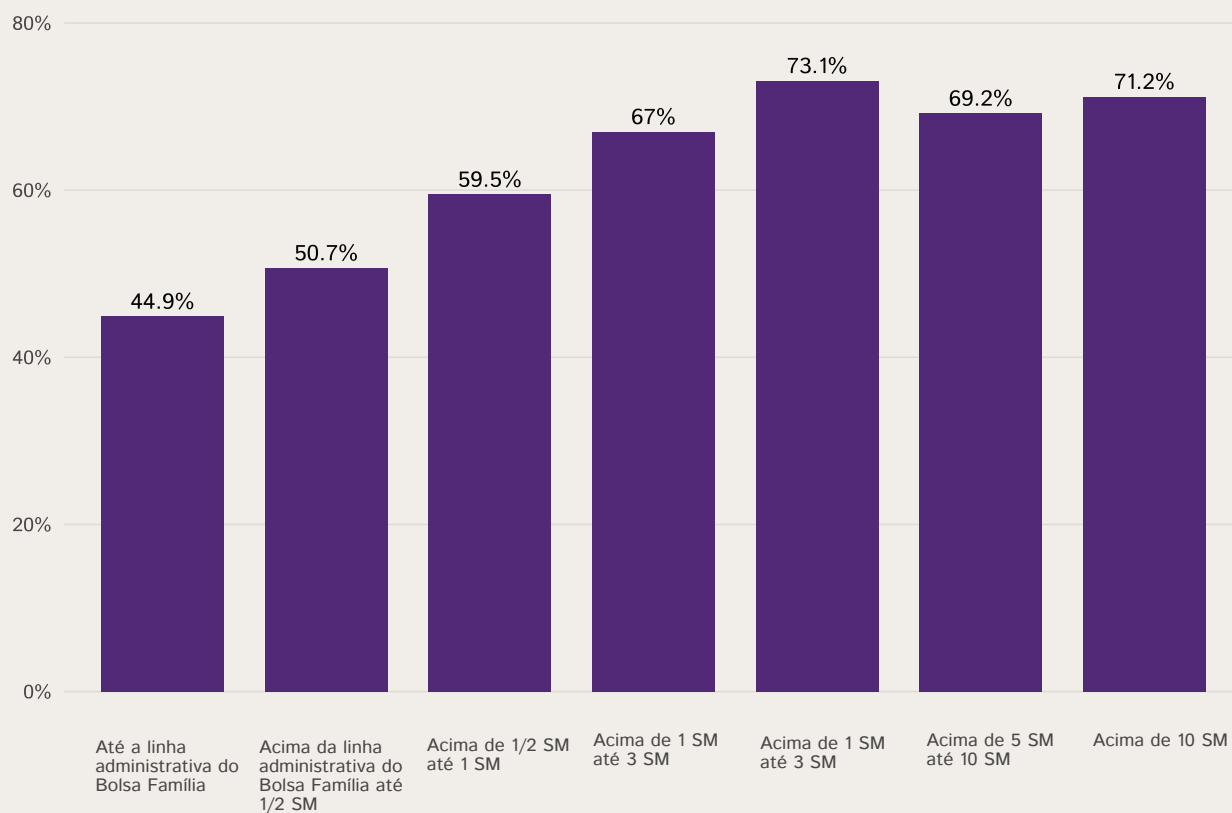
Gráfico 18. Percentual de crianças de 0 a 5 anos frequentando educação infantil (creches e pré-escolas), por subgrupos. Brasil, 2024 (%)



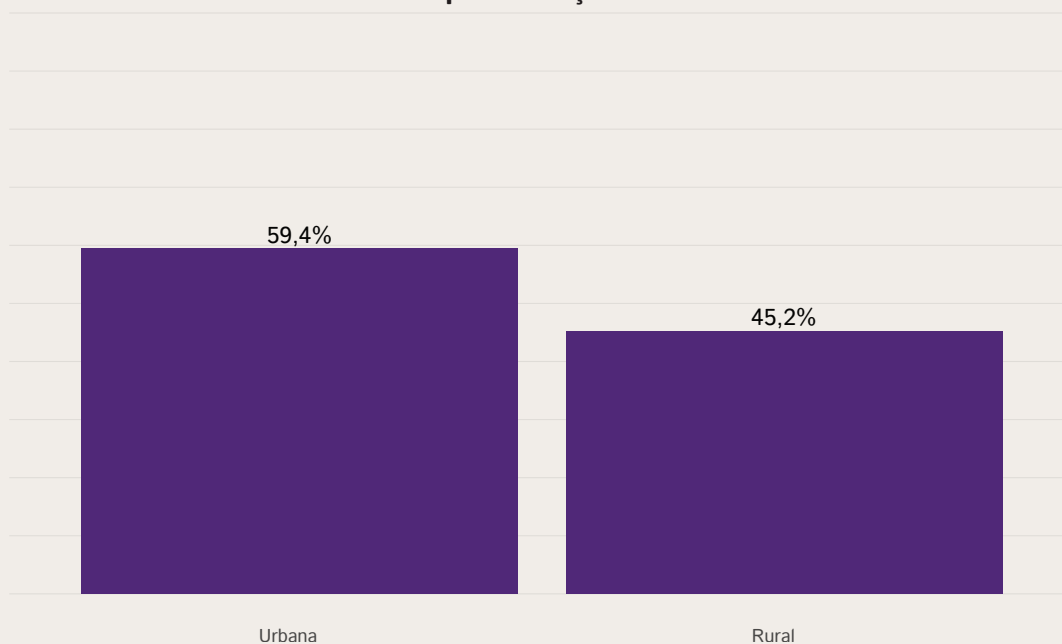
Percentual por raça/cor da criança



Percentual por faixa de renda mensal domiciliar *per capita*



Percentual por situação do domicílio



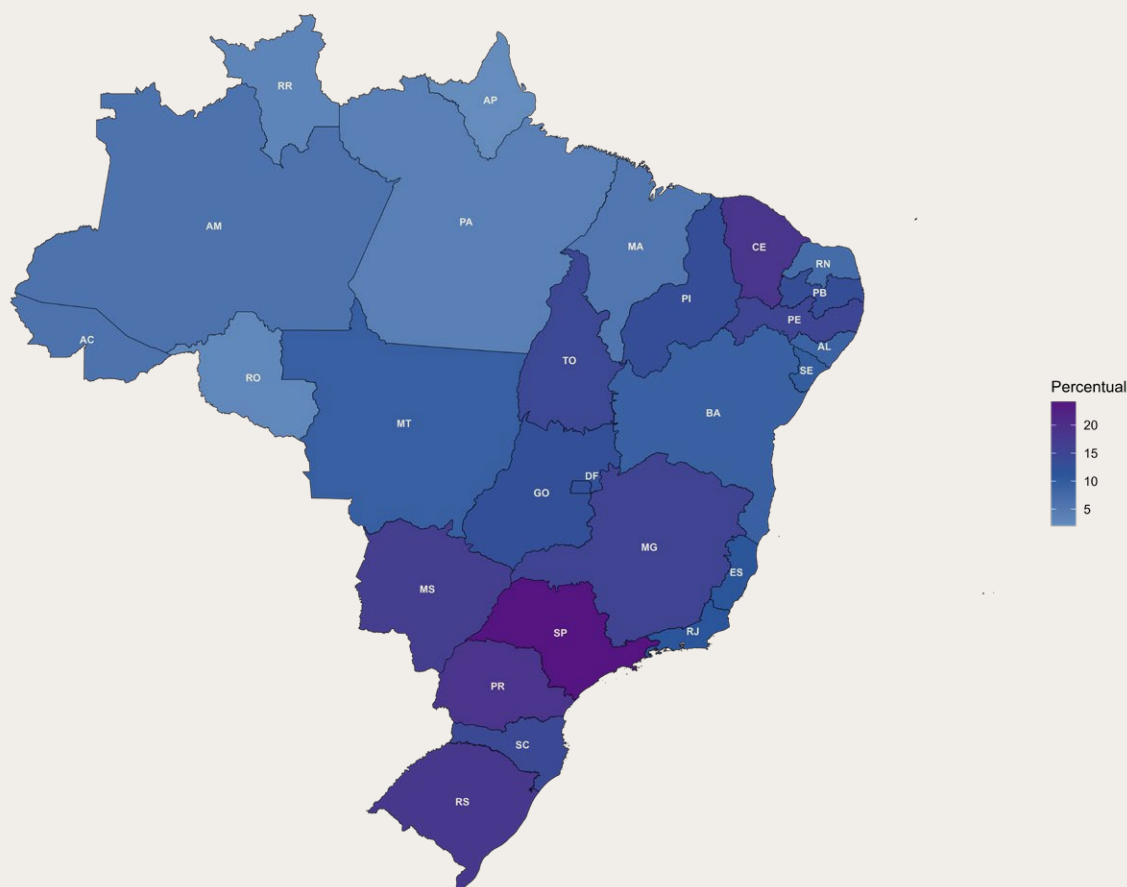
Fonte: IBGE. PnadC, 2024.

Nota: SM: Salário-mínimo. Os critérios de renda seguem os limites do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. “Até a linha administrativa do Bolsa Família” indica domicílios com renda real mensal domiciliar per capita abaixo da linha administrativa de entrada no Programa Bolsa Família, considerada linha de pobreza. “Acima da linha administrativa do Bolsa Família até 1/2 SM” indica domicílios com renda real mensal domiciliar per capita acima da linha administrativa de entrada no Programa Bolsa Família e menor que 1/2 SM.

As mesmas desigualdades são observadas no acesso à escola em tempo integral (igual ou superior a 7 horas diárias ou 35 horas semanais) no país. Ao todo, apenas 14,7% das crianças e adolescentes de 0 a 17 anos que frequentavam escola em 2024 eram atendidos em jornadas integrais. Os sistemas de ensino foram organizados para jornadas parciais no país e a paulatina transformação em tempo integral ocorre de forma lenta. O Plano Nacional de Educação tinha como meta para 2024 oferecer educação em tempo integral (ETI) em, no mínimo, 50% das escolas públicas de forma a atender, pelo menos, 25% dos/as estudantes da educação básica (que abrange da pré-escola ao ensino médio). Ainda que a vigência do PNE tenha sido prorrogada até final de 2025, dificilmente esta meta será alcançada. Em 2023, somente 30,5% das escolas públicas da educação básica possuíam pelo menos esse percentual de alunos/as em jornada de tempo integral⁴³ e 20,6% dos alunos da educação básica pública (pertencentes ao público-alvo da ETI) estudavam em tempo integral. Mais uma vez, como mostra o Mapa 5, a oferta destes serviços é muito desigual nos diversos territórios, deixando descobertas as crianças e ampliando a sobrecarga das mulheres, especialmente as negras e de baixa renda, em regiões já marcadas por vulnerabilidades.

43. Este indicador refere-se aos alunos considerados público-alvo da educação em tempo integral, que são aqueles pertencentes a famílias em situação de vulnerabilidade social. Cf. <https://www.gov.br/mec/pt-br/escola-em-tempo-integral>.

Mapa 5. Percentual de crianças e adolescentes de 0 a 17 anos em jornada escolar integral, por Unidades da Federação. Brasil, 2024. (%)



Fonte: IBGE. PnadC, 2024.

A despeito de uma oferta ainda insuficiente, o atendimento das demandas de cuidado direto às pessoas (sejam crianças, adolescentes, pessoas idosas ou pessoas com deficiência) está mais claramente incorporado às políticas públicas – ainda que não a partir da perspectiva do cuidado – na forma de serviços como creches, pré-escolas, instituições de longa permanência ou residências inclusivas; todos voltados, especialmente, para responder às necessidades de quem é cuidado. Já os cuidados indiretos – ou seja, aqueles que não envolvem interação face a face, a exemplo de fazer comida ou limpar a casa – são menos visíveis, em termos de reconhecimento, em geral, e em termos de inclusão nas políticas públicas, em particular. Apesar de garantirem as condições para que o cuidado direto seja realizado, são ainda menos vistos como uma questão de política pública, que requer atuação do Estado, e frequentemente não se dirigem a uma pessoa em específico, que componha um público delimitado de política pública. Em sua oferta doméstica, todos os membros da família,

de forma difusa, são beneficiados pelas atividades de cuidados indiretos. Por tais motivos, esses cuidados sofrem com maior escassez de serviços públicos, como restaurantes populares, cozinhas e lavanderias comunitárias.

Os transportes públicos também devem ser considerados como infraestrutura importante no que diz respeito às responsabilidades de cuidado. As mulheres mais pobres, moradoras de áreas periféricas, tendem a caminhar longas distâncias, uma vez que o transporte público é insuficiente ou inadequado para atender suas necessidades e as necessidades daquelas/es de quem cuidam, e as horas gastas no transporte também são superiores. Além disso, o percurso de mulheres e homens é marcado pelas distinções de gênero e das responsabilidades dos cuidados. No caso dos homens, é recorrente o deslocamento pendular, com mesma origem e destino (casa/trabalho/casa) e, para as mulheres, são mais comuns percursos menos contínuos e mais “poligonais”, que envolvem as necessidades de quem é cuidado, como, por exemplo, levar crianças à creche antes do trabalho e buscá-las depois⁴⁴.

As análises apresentadas comprovam que a atuação estatal é ainda insuficiente para responder às desigualdades no acesso a cuidados. A infraestrutura social, tanto urbana quanto rural, não é concebida considerando a ótica do cuidado – e, menos ainda, a lógica da interdependência entre quem cuida e quem é cuidado. Disso resultam insuficiências, como falta de acessibilidade e de transporte, e, ainda, de oferta de serviços próximos à moradia ou em horários distintos do horário escolar tradicional – com disponibilidade nas férias, recessos, finais de semana e horários noturnos, de forma a serem compatíveis com diferentes jornadas de trabalho remunerado e necessidades de deslocamentos das pessoas responsáveis pelos cuidados.

Vale destacar, ainda, que, como o cuidado foi historicamente construído como uma questão das famílias, os empregadores, do setor público ou privado, tendem a não reconhecer plenamente as necessidades e responsabilidades familiares de suas/seus funcionárias/os relacionadas aos cuidados. Isso resulta em jornadas de trabalho remuneradas (formais ou informais) incompatíveis com o tempo necessário para cuidar, assim como formas de organização do trabalho

44. ÍÑIGUEZ-RUEDA, Lupicinio *et al.* (2022). “Mobilidade das mulheres em territórios periféricos”. In: OLIVEIRA, Sandra C. *et al.* (org.). *Mobilidade urbana em tempos de pandemia*. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, p. 77-93. Acesse em: https://www.researchgate.net/publication/364332363_MOBILIDADE_DAS_MULHERES_EM_TERRITORIOS_PERIFERICOS

que desconsideram as necessidades de compatibilização entre o trabalho remunerado e as responsabilidades familiares e de cuidado.

Esta realidade se torna muito evidente quando se avalia, por exemplo, a licença concedida a mães e pais por ocasião do nascimento e/ou adoção de crianças: 120 dias de licença-maternidade para as trabalhadoras formais do setor privado (podendo ser ampliada para 180 dias no setor público e para funcionárias de empresas vinculadas ao Programa Empresa Cidadã) e cinco dias corridos para os homens assalariados formais do setor privado, podendo chegar a 20 dias no caso de servidores públicos e funcionários de empresas vinculadas ao Programa Empresa Cidadã⁴⁵. Dessa forma, além de oferecer um tempo muito aquém do necessário para que as pessoas cuidem de suas crianças em um momento crucial, há uma desproporção no tempo garantido para cuidar, o que dificulta a corresponsabilização dos homens pelo trabalho de cuidado de seus filhos e filhas. Adicionalmente, a legislação trabalhista prevê escassas possibilidades de licenças laborais destinadas ao cuidado, para além daquelas previstas para a ocasião de nascimento ou adoção de um/a filho/a.

Um elemento adicional é a própria jornada de trabalho legal, de 44 horas semanais. Espera-se que uma pessoa que tem esta jornada regular de trabalho remunerado – à qual se somam os tempos de deslocamentos e de atendimento das necessidades básicas, como dormir e comer – ainda atenda às necessidades de cuidados de outras pessoas. Assim, para as mulheres que estão no mercado de trabalho, as jornadas se estendem à exaustão. O tempo total de trabalho semanal, combinando o trabalho remunerado e trabalho de cuidados não remunerado, é de 54,3 horas para as mulheres que estão ocupadas, contra 51 horas dos homens, segundo dados da PnadC 2022. Essa é apenas uma parcela do tempo que é capturado pelas atuais pesquisas, uma vez que as jornadas não remuneradas de trabalho de cuidados são complexas e podem ser ainda maiores. No caso das mulheres, além do tempo dedicado ao trabalho, deve-se considerar o que foi anteriormente discutido quanto aos deslocamentos – múltiplas paradas, acompanhadas de outras pessoas, como crianças de colo ou pessoas idosas, com o trajeto para o trabalho associado ao trabalho de cuidados. Deve-se destacar que ainda há muito trabalho de cuidados que não entra nas estatísticas. Muitas vezes a pessoa cuidadora “fica de olho”, por perto, pronta para ajudar a qualquer momento — por exemplo,

45. Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008 (Acesse em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11770.htm).

enquanto a criança se veste ou uma pessoa idosa toma a medicação. Isso é chamado de cuidado “passivo” ou de supervisão e pode acontecer junto com outras tarefas, o que faz com que muitas pessoas não declarem esse tempo nas pesquisas.

A própria definição internacional de supervisão⁴⁶ refere-se a estar “disponível e em proximidade” para intervir quando necessário — mesmo sem interação direta o tempo todo. Esse tipo de cuidado se espalha pelo dia (e pela noite) e não aparece bem quando medimos só a “atividade principal”. Por isso, os números subestimam a carga real de trabalho de cuidados, especialmente das mulheres. No Brasil, as perguntas da PnadC já incluem itens como “monitorar ou fazer companhia”, mas ainda assim boa parte desse tempo segue subestimado, porque é simultâneo a outras tarefas e nem sempre lembrado por quem responde. O resultado disso é que a média parece menor do que o esforço real exigido no dia a dia.

Ainda há um longo caminho para o reconhecimento, por parte da organização produtiva e do trabalho, das necessidades e responsabilidades pessoais e familiares por cuidados. No caso brasileiro, a Convenção nº 156 da OIT sobre Igualdade de Oportunidades e de Tratamento para os Trabalhadores Homens e Mulheres: Trabalhadores com Responsabilidades Familiares adotada em 1981, ainda não foi ratificada. O processo foi iniciado em 2023 e segue em apreciação no Congresso Nacional, o que reflete a complexidade do tema e a necessidade de diálogo entre governo, parlamento, organizações sindicais e de empregadores.

Finalmente, as políticas públicas carecem do reconhecimento e consideração da interculturalidade na sua concepção, sendo necessário reconhecer as práticas e os saberes de comunidades e povos tradicionais. Essa carência contribui para a insuficiência de espaços de cuidados em equipamentos públicos, além de uma oferta limitada de serviços, tempos, regulação e benefícios relacionados aos cuidados, resultando em uma rede pública deficitária, incompatível

46. UN – UNITED NATIONS. Statistics Division. Guide to Producing Statistics on Time Use. New York: UN, 2024. (Series F, n. 127). Acesse em: https://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesF/Seriesf_127e.pdf.

com as necessidades diante das transformações demográficas na sociedade brasileira.

É crucial compreender que o cuidado não é um problema, mas sim uma condição indispensável para assegurar a sustentabilidade da vida humana. No entanto, a maneira como o cuidado é organizado socialmente constituiu-se historicamente como uma questão problemática, que requer ações públicas. Assim, é fundamental destacar aqui que, embora questões como o aumento da expectativa de vida e da participação das mulheres no mercado de trabalho sejam conquistas a serem comemoradas, elas geram efeitos na organização social dos cuidados no Brasil, o que demanda uma ação premente do Estado na construção de uma Política e de um Plano Nacional de Cuidados que dê conta de responder a este novo cenário social.

3. Considerações finais

Este documento teve como objetivo apresentar um diagnóstico da atual organização social dos cuidados no Brasil, para subsidiar a Política e o Plano Nacional de Cuidados. O retrato da organização social dos cuidados apresentado evidencia sua atual forma desigual, injusta e insustentável. As necessidades daquelas/es que requerem cuidados não são reconhecidas como prioridades nas políticas públicas, de forma que o cuidado é frequentemente visto como um problema privado das famílias. O trabalho de cuidados, tanto remunerado quanto não remunerado, é predominantemente considerado uma responsabilidade feminina. Com efeito, as evidências apontam que o trabalho de cuidados ocupa todo o curso de vida das mulheres, da infância à velhice, sendo que a sobrecarga é ainda maior entre as mulheres negras, de mais baixa renda e de zonas periféricas.

A atuação do Estado na provisão de cuidados é insuficiente e marcada por profundas desigualdades. As atuais políticas públicas não atendem às demandas de cuidados e a responsabilização exclusiva das famílias por este trabalho é um modelo não apenas insustentável, mas também altamente reprodutor de desigualdades e de pobreza. As crianças de famílias com menor renda são as que menos têm acesso à educação infantil. Soma-se a isso outras disparidades significativas: crianças negras e indígenas são as que menos acessam esse serviço e as populações das regiões Norte e Nordeste são os que menos têm essas demandas atendidas.

Além da atual sobrecarga de trabalho de cuidados já imposta às mulheres, está em curso um acelerado processo de envelhecimento populacional – e de feminização deste envelhecimento – que aumentará ainda mais a demanda por cuidados. Em 2040, uma em cada quatro pessoas terá mais de 60 anos. Já a faixa etária acima dos 80 anos, que tende a ser aquela na qual há maior demanda por cuidados, deverá corresponder a cerca de 4% da população brasileira. Sem uma redistribuição da responsabilidade por esses cuidados será impossível atender o direito ao cuidado das pessoas idosas, bem como às necessidades de suas cuidadoras (muitas delas também já idosas), sejam elas familiares ou profissionais.

A tendência de crescimento da população com deficiência nas próximas décadas, também relacionada ao processo de envelhecimento populacional, torna

essencial sua inclusão nas políticas de cuidados de modo a garantir seus direitos e promover sua plena participação na sociedade. As barreiras existentes e a falta de serviços adequados intensificam sua dependência e exclusão, adicionam camadas de vulnerabilidades para as pessoas com deficiência e sobrecarregam as famílias.

Pelo lado da oferta de cuidados, as tendências demográficas e sociais apontam para uma redução na capacidade das famílias de responder à totalidade – ou à maior parte – das demandas de cuidados de seus membros. Por um lado, os arranjos familiares no Brasil são cada vez mais diversos, com um número crescente de domicílios monoparentais e unipessoais, que impactam fortemente a dinâmica de provisão dos cuidados. Por outro lado, a redução da taxa de fecundidade e o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho são conquistas que, sem uma reorganização das responsabilidades pelo cuidado, podem levar a uma maior sobrecarga para as mulheres.

A penalidade pelos cuidados na vida das mulheres emerge já na infância, intensificando-se na adolescência e na juventude. Uma em cada três jovens no país não acessa ou não conclui o ensino médio por conta dos cuidados, seja por gravidez ou pela responsabilidade pelo cuidado dos domicílios, de filhas/os, irmãs/ãos ou outros parentes. Na vida adulta, a responsabilização pelos cuidados segue penalizando as mulheres: uma parcela significativa não pode procurar emprego em função de suas responsabilidades de cuidado. Ao não acessar trabalhos remunerados, as mulheres ficam mais expostas ao empobrecimento. Não por acaso, as famílias com crianças estão predominantemente presentes em menores níveis de renda.

É necessário também reconhecer os persistentes desafios no campo do trabalho de cuidados remunerado, que refletem as desigualdades de classe, raça e gênero do Brasil. Neste campo, destacam-se as trabalhadoras domésticas, categoria que responde por carga significativa dos trabalhos de cuidados indiretos e diretos no país e segue marcada pela desproteção trabalhista e social. Duas a cada três trabalhadoras domésticas seguem com remuneração abaixo do salário-mínimo e a mesma parcela está sem proteção previdenciária.

Os dados mostram que as mulheres, especialmente as de baixa renda e negras, carregam a maior parte da responsabilidade pelo cuidado, tanto remunerado quanto não remunerado. A sobrecarga de trabalho de cuidados impede

a plena participação dessas mulheres na educação, no mercado de trabalho e na vida pública, perpetuando ciclos de pobreza e desigualdades. A precariedade das condições de trabalho das cuidadoras remuneradas, em sua maioria mulheres negras, indica a necessidade urgente de políticas que assegurem trabalho decente e proteção social para esta categoria.

A oferta limitada de serviços públicos de cuidado agrava a sobrecarga das famílias, principalmente as mais vulneráveis. A transição demográfica e epidemiológica do Brasil, com o aumento da população idosa e das doenças crônicas não transmissíveis, intensifica a demanda por cuidados, exigindo uma reestruturação das políticas públicas para atender a essas necessidades emergentes.

Reconhecer a centralidade do cuidado e integrar essa dimensão nas políticas públicas é essencial para enfrentar a crise dos cuidados e para que se possa caminhar para um novo modelo de sociedade. A análise da organização social dos cuidados no Brasil revela um quadro de desigualdade, injustiça e insustentabilidade que permeia todos os níveis sociais e econômicos. O diagnóstico apresentado neste documento evidencia a necessidade de uma abordagem integrada e coordenada que incorpore uma perspectiva de corresponsabilização entre Estado, setor privado, famílias e comunidade para garantir o direito ao cuidado para todas as pessoas.

Para enfrentar esses desafios, é fundamental que as políticas públicas de cuidados incorporem uma perspectiva de gênero, raça, etnia, classe, idade, deficiência e território, reconhecendo a interdependência das necessidades de quem cuida e de quem é cuidado. Por isso, a Política Nacional de Cuidados prevê a garantia do direito ao cuidado, promovendo a corresponsabilização social e de gênero, a sustentabilidade da vida e a igualdade de acesso aos cuidados. A efetivação da Política requer a ampliação da oferta pública de serviços de cuidado, a formalização e valorização do trabalho das pessoas que cuidam de forma remunerada, especialmente as trabalhadoras domésticas, a implementação de políticas de apoio às pessoas com responsabilidades familiares de cuidados e a promoção de uma cultura de corresponsabilização pelos cuidados. Somente assim será possível construir uma sociedade mais justa, equitativa e sustentável, em que todas as pessoas tenham acesso ao cuidado necessário e possam viver com dignidade. Uma verdadeira sociedade dos cuidados.

Realização:

MINISTÉRIO DO
DESENVOLVIMENTO
E ASSISTÊNCIA SOCIAL,
FAMÍLIA E COMBATE À FOME



Parcerias:



Apoio:

