



SUMÁRIO EXECUTIVO

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA

Luiz Inácio Lula da Silva

VICE PRESIDÊNCIA

Geraldo Alckimin

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

José Wellington Barroso de Araújo Dias

MINISTRA DAS MULHERES

Aparecida Gonçalves

MEMBROS DO GRUPO DE TRABALHO INTERMINISTERIAL

Instituídos pelo Decreto Presidencial N°11.460, de 30 de março de 2023, e Portaria Interministerial MDS/MMulheres N°24, de 14 de agosto de 2023

Ministério do Desenvolvimento e

Assistência Social, Família e Combate à Fome

Laís Wendel Abramo

Simone Albuquerque [in memoriam]

Ministério das Mulheres

Rosane Silva

Neuza Tito

Casa Civil da Presidência da República

Janine Mello dos Santos

Rogério da Veiga

Ministério das Cidades

Francisco José Medeiros de Freitas

Bárbara Lopes de Azevedo

Ministério do Desenvolvimento Agrário e Agricultura Familiar

Maria da Conceição Dantas Moura

Ana Carolina Cançado Teixeira

Ministério do Desenvolvimento, Indústria, Comércio e Serviços

Aline Damasceno Ferreira Schleicher

Carmen da Silva Ferreira

Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania

Symone Maria Machado Bonfim

Naira Rodrigues Gaspar

Ministério da Educação

Rita de Cássia de Freitas Coelho

Marco Antônio Melo Franco

Ministério do Esporte

Daniel de Oliveira Piza

Débora Spalding Verdi

Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos

Luana Passos de Souza

Fremy de Souza e Silva

Ministério da Igualdade Racial

Marcia Regina de Lima Silva

Marina Farias Rebelo

Ministério do Planejamento e Orçamento

Camila Mata Machado Soares

Daiane Boelhauer Menezes

Ministério dos Povos Indígenas

Jecinaldo Barbosa Cabral

Larissa Bárbara de Oliveira Andrade

Ministério da Previdência Social

Renata Magioli Santos

Ana Paula Schwelm Gonçalves

Ministério da Saúde

Nésio Fernandes de Medeiros Junior

Marcos Vinicius Soares Pedrosa

Ministério do Trabalho e Emprego

Anatalina Lourenço da Silva

Tereza Martins Godinho

Secretaria-Geral da Presidência da República

Luiza Borges Dulci

Gracieli Risso Pereira

Ministério da Fazenda*

Débora Freire Cardoso

Tereza Cleise da Silva de Assis

Ministério da Cultura*

Shirlei Correa Rodrigues

Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação*

Sônia da Costa

Ricardo Henrique Padilha de Castro

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Adriana Araujo Beringuy

Maria Lucia França Pontes Vieira

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Adriana Miranda de Castro

Daniel Groisman

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)

Ana Amélia Camarano

Enid Rocha Andrade da Silva

** Os Ministérios indicados foram Instituídos pelo Decreto presidencial N°11.954, de 19 de março de 2024.*

CONVIDADOS PERMANENTES:

Cepal - Comissão Econômica para a América Latina e Caribe

Congemas - Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social

Fonseas - Fórum Nacional de Secretários(as) de Estado da Assistência Social

OnuMulheres - Organização das Nações Unidas para Igualdade de Gênero e Empoderamento das Mulheres

OIT - Organização Internacional do Trabalho

Unicef - Fundo das Nações Unidas para a Infância

Agradecemos a todas as pessoas que participaram do Grupo de Trabalho Interministerial e contribuíram com o desenvolvimento da Política e do Plano Nacional de Cuidados:

Adelita Lima
Adriana Lacerda
Airy Gavião
Alexandre Oliveira
Alice Utida Ferreira Mânica
Ana Cândida
Ana Carolina C. Pareschi
Ana Clara Sousa Damásio Santos
Ana Cláudia Cardoso
Ana Lúcia S. Pinto
Analine Specht
André Araújo Luchine
Andrea Barreto de Paiva
Ângela Santos
Bárbara Antunes da Silva
Bárbara Bulhões
Belén Villegas Plá
Bruna Paola Castro Lima
Camila Almeida
Camila Cipriano
Camila Ferraz Peixoto Cavalcante
Carolina Miranda Rodrigues
Carolina Tokarski
Caroline Molina
Clara Alves
Clara Carolina de Sá
Clarisse Paradis
Daiana Caitano
Daiane Mantoanelli
Daniela Jinkings Santana
Daniela Maria Amoroso
Danielle Cavagnolle Mota
Danielle Ferreira
Déborah Guaraná de Sousa
Eduardo Dalbosco
Elen Mesquita
Eutalia Barbosa Rodrigues
Fabiana Cardoso Martins de Souza
Fabiane Macedo Borges

Fernanda Dusse
Fernanda Galvão de Matos
Fernanda Ramos de Medeiros
Flávia T. Guerreiro
Gabriela Garras
Giselle Dourado
Grace Fátima Souza Rosa
Helissa Moreira
Heloisa Coelho
Isadora Louzada Lacava
Jaciane Lopes
Jane Teresinha da Costa Diehl
Janne Nogueira
Jérzey Timóteo Ribeiro Santos
Jordana de Jesus
Juliana Sampaio
Juny Ribeiro de Souza
Krislane de Andrade
Laís Lima Rezende
Lais Mendes Dantas
Larissa Pankararu
Layla Daniele Pedreira de Carvalho
Letícia Péret
Leopoldo Ribeiro
Lígia Gualberto
Lilian Roizman
Lisane Lima
Luana Pinheiro
Luciana Cunha
Luciana Lacerda Daniel
Luciana Nascimento
Luiza Lobato
Luiza Rabinovici Trotta
Luziléa Cavaignac Ribeiro
Maíra Tainá de Almeida Magalhães
Margarida Quadros
Maria Aparecida Camarano
Maria Carolina Alves
Maria Carolina Prado Lage
Maria Clareth G Reis

Maria de Jesus Carvalho Maria
Luiza Moura Oliveira
Mariana Borges Dias
Mariana Carvalho
Mariana Mazzini Marcondes
Marianna Brito
Marileia Goin
Masra Abreu
Mavie Eloy
Mayara S da Silva
Mayrla da Silva
Michelle Machado
Michelle Rosa dos Santos
Milton Filho
Mirian Queiroz
Monique Padilha
Patrícia Santana
Paula Rincon
Priscilla Caroline S Brito
Quenes Gonzaga
Ranna Mirthes Correa
Raphaella Bandeira
Raul de Paiva
Ricardo Rodrigues Dutra
Roberta Bazaga
Rosângela M^a Sobrinho Sousa
Sérgio Pereira
Sheila Benjuino de Carvalho
Silas Cavalcanti
Suely Oliveira
Tatiana Coimbra
Tatiane Moreira Sarubbi
Tatiane Pereira de Araújo
Tatiane Roda
Tomas Andreetta
Tuanny K S Ramos
Wallace Freitas

Agradecemos às demais instituições que contribuíram com o desenvolvimento do trabalho do GTI-cuidados e com a elaboração deste relatório:

ENAP - Escola Nacional de Administração Pública

UnB - Universidade Nacional de Brasília

BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento

Unesco - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

FES - Fundação Friedrich Ebert

J-PaL - Laboratório de Ação contra a Pobreza Abdul Latif Jameel

OSF - Open Society Foundation

Agradecemos à **FENATRAD** (Federação Nacional das Trabalhadoras Domésticas) por sua participação na Câmara Técnica de Trabalho Doméstico Remunerado (CT-TDR) e a todas as demais pessoas e instituições que, em diversos momentos, e por diversas formas, contribuíram com o trabalho do GTI-cuidados e de suas câmaras técnicas.



Simone Albuquerque, presente!

A Simone era natural de João Monlevade (MG) e assistente social de formação, foi uma personalidade que marcou a história da política pública de assistência social no Brasil, tendo participado ativamente da construção do SUAS em âmbito nacional e, em especial, em Belo Horizonte, município em que atuou em diversos cargos estratégicos no SUAS.

No Governo Federal, foi diretora do Departamento de Gestão do SUAS, assim como conselheira no Conselho Nacional de Assistência (CNAS), do qual era a vice-presidente na atual gestão como representante governamental. Desde março de 2023, atuava como diretora do Departamento de Proteção Social Básica na SNAS.

Ela representava a Secretaria Nacional de Assistência Social no GTI e contribuiu de forma qualificada na discussão e construção da Política Nacional de Cuidados. Registramos nossa gratidão por ter contado com a contribuição da Simone durante os primeiros seis meses de trabalho do GTI, e expressamos os mais sinceros sentimentos pela sua perda. Seguimos o exemplo dela na luta pela democracia, pela ampliação e consolidação dos direitos de todas as pessoas.

A vibrant, abstract illustration featuring stylized human figures, geometric shapes, and symbols like a clock and a checkmark, representing a community or network. The composition is a collage of various elements: a clock face in the top left, a woman with white hair, a man with glasses, a man with a beard, a man with sunglasses, a woman with a headscarf, a woman with blonde hair, a clock face in the bottom right, a checkmark in a green circle, a house-like shape, a pot on a stove, and various geometric shapes in blue, orange, green, and purple. The overall style is modern and colorful, suggesting a diverse and interconnected group of people.

6. O processo participativo para a construção da Política e do Plano Nacional de Cuidados 57

7. Política Nacional de Cuidados 64

7. Política Nacional de Cuidados. . . .65

7.1. Objetivos65

7.2. Princípios e diretrizes67

7.3. Sujeitos e públicos prioritários da PNaC no Brasil69

7.4. A relação entre a Política e o Plano Nacional de Cuidados70

8. Plano Nacional de Cuidados . 72

8. Plano Nacional de Cuidados73

8.1. O processo de pactuação do Plano Nacional de Cuidados73

8.2. A arquitetura do Plano Nacional de Cuidados74

9. Projeto de Lei 89

10. Anexos 98

10.1. Decreto n 11.64099

10.2. Decreto n. 11.95103

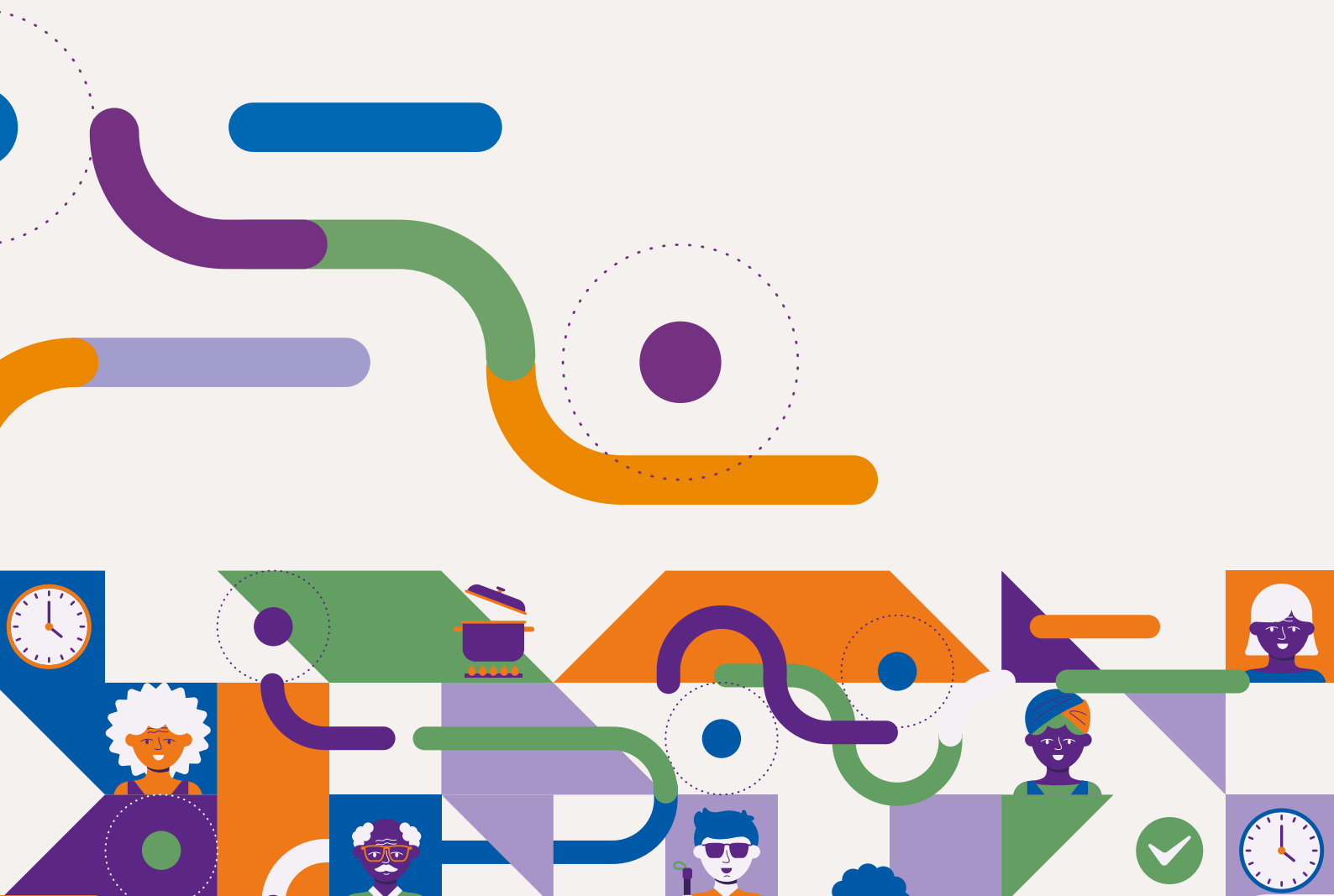
10.3. Portaria Interministerial MDS/ MMulheres n.26105

10.4. Marco Conceitual da Política Nacional de Cuidados enviado à consulta pública106

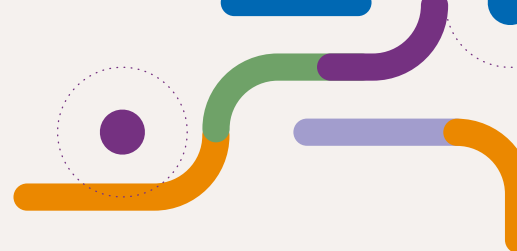
10.5. Base de dados usados para pactuação Política132

10.6. Relatórios gráficos elaborados pela ENAP para o GTI133

10.7. Guia de pactuação Política. . . .134



1. Apresentação



Em janeiro de 2023, ao iniciar seu novo mandato, o Presidente Luiz Inácio Lula da Silva determinou que caberia a este governo a construção de uma inédita Política Nacional de Cuidados. A criação de duas Secretarias Nacionais responsáveis pelo tema no Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS) e no Ministério das Mulheres (MMulheres), logo no início da gestão, foi a primeira expressão desse compromisso. Compromisso, este, que se aprofundou com a criação de um Grupo de Trabalho Interministerial para construção da Política e do Plano Nacional de Cuidados, por ocasião dos eventos em torno do Dia Internacional das Mulheres, em 08/03/23, em um esforço que, por determinação do próprio Presidente, deveria envolver um amplo conjunto de ministérios e instituições do governo federal.

O GTI-Cuidados, como ficou conhecido no espaço do governo federal, iniciou suas atividades em maio de 2023, sendo coordenado conjuntamente pela Secretaria Nacional da Política de Cuidados e Família do MDS e pela Secretaria de Autonomia Econômica e Política de Cuidados do MMulheres. A coordenação conjunta do GTI reconhece a relevância do tema para o sistema de proteção social brasileiro e, ao mesmo tempo, atesta a necessidade de pensar a política de cuidados a partir de uma perspectiva de gênero, levando em conta a realidade da sobrecarga das mulheres com o trabalho de cuidados e a urgência de uma divisão justa deste trabalho que, no caso brasileiro, além de marcado pela dimensão de gênero, é também fortemente racializado e determinado pela classe social.

Podemos dizer que o Brasil chega, em alguma medida, atrasado a essa agenda. Enquanto começávamos nosso processo de construção da Política Nacional de Cuidados, muitos de nossos vizinhos latino-americanos e caribenhos já haviam desenvolvido - ou estavam em vias de desenvolver - suas políticas e sistemas de cuidados, com debates mais avançados e organizados sobre o tema no âmbito governamental. Bebemos na fonte dessas experiências, buscando entender como os avanços se deram, quais foram os principais desafios enfrentados e as possíveis soluções encontradas na construção de uma política que, entendemos, deve ser intersetorial, transversal, interseccional, federativa e participativa.

No entanto, ainda que atrasado, o Brasil chega com força e vontade política para transformar em realidade uma Política Nacional de Cuidados. Contribui para isso também o fato de que essa é uma política que não parte do zero, mesmo no nosso caso em que o tema estava, até então, fora da agenda política governamental. Existem hoje no país diversas políticas sociais que, mesmo sem terem sido pensadas a partir da lógica dos cuidados, ofertam serviços de cuidados, como as escolas de educação infantil, os centros-dias para pessoas idosas e pessoas com deficiência, as instituições de longa permanência para pessoas idosas, as cozinhas comunitárias e restaurantes populares, a “aposentadoria para donas de casa”, entre outras. Não há dúvidas de que estas políticas são resultado de uma intensa e importante mobilização social ao longo da história. As políticas de cuidados são demandas antigas dos movimentos de mulheres e movimentos feministas, em suas lutas por reconhecimento e valorização do trabalho de quem cuida, de forma remunerada e não remunerada. São históricas, nesse sentido, as demandas das mulheres por políticas que compartilhem o cuidado de crianças – como creches e escola em tempo integral –, liberem o tempo e aliviem a sobrecarga, possibilitando a construção e o êxito de seus próprios objetivos de vida. São também históricas as lutas por acesso a um cuidado de qualidade e pela garantia efetiva de proteção social por parte de quem demanda cuidado, como pessoas idosas, pessoas com deficiência, crianças e adolescentes, entre outros grupos que ainda não têm a completude de suas demandas por cuidado atendidas pela presença do Estado.

Nossa missão, com a Política e o Plano Nacional de Cuidados, é, ao mesmo tempo, aprimorar os serviços já existentes, fazendo com que passem a incorporar a “lente dos cuidados”; e suprir as lacunas de ofertas identificadas, seja com a expansão dos serviços e políticas já existentes, seja com a criação e oferta de novas ações. Nesse sentido, o Brasil inova com a diretriz de que todas as políticas desenvolvidas e aprimoradas neste novo marco devem considerar simultaneamente as demandas de quem precisa de cuidado e também as de quem cuida. Na esteira do primeiro momento da Política e do Plano Nacional de Cuidados, isso significa olhar, por um lado, para as necessidades do conjunto de pessoas que necessitam de apoios e auxílios para realização das atividades da vida cotidiana – sejam crianças, adolescentes, pessoas idosas ou pessoas com deficiência. Por outro e, ao mesmo tempo, para as pessoas – majoritariamente mulheres – que cuidam de forma não remunerada, assim como para o enorme contingente de mulheres, em grande medida negras, que ofertam serviços de cuidados remunerados, como as trabalhadoras domésticas e as cuidadoras domésticas e institucionais.



Assim, chamamos para o Estado a responsabilidade compartilhada por garantir o acesso ao cuidado para quem necessita e a garantia de direitos para quem cuida. Estamos atuando para fazer com o que o cuidado seja agora compreendido e assumido como um tema público e não mais como um assunto meramente privado, a ser resolvido de acordo com as possibilidades individuais ou familiares de cada um. As famílias seguem tendo, sem dúvida, um papel fundamental no cuidado de seus membros, assim como as comunidades e as instituições do setor privado. As mulheres também seguem tendo papel importante, mas é urgente o envolvimento e a corresponsabilização dos homens neste processo. Para tanto, é preciso entender como dever do Estado a garantia do acesso igualitário ao direito ao cuidado, tanto no que diz respeito ao direito a cuidar, quanto a ser cuidado e ao autocuidado. Só assim poderemos caminhar em direção à redução da pobreza e das desigualdades estruturais que caracterizam a sociedade brasileira, para a garantia do bem-estar das pessoas, para o avanço na construção de uma sociedade livre, justa e solidária e para o desenvolvimento sustentável do país, tal qual preconizado pela Constituição Federal de 1988.

O relatório que agora publicamos apresenta os resultados de um ano de intensos trabalhos do GTI-Cuidados. Mais do que registrar conceitos, eventos e dados, esse relatório retrata um capítulo da história de elaboração das políticas sociais no Brasil, quando o tema dos cuidados ganha estatuto próprio. As páginas a seguir falam sobre o momento no qual o governo federal assume o compromisso de contribuir com a construção de uma sociedade dos cuidados, projetando o cuidado como uma prioridade política, social, cultural e econômica.

Boa leitura.

Wellington Dias

*Ministro do Desenvolvimento e Assistência
Social, Família e Combate à Fome*

Cida Gonçalves

Ministra das Mulheres



2. Introdução

O presente relatório está organizado em sete capítulos, além de seus anexos. No primeiro capítulo, apresentamos o GTI-Cuidados, incluindo um balanço de suas atividades. A partir do segundo capítulo, compartilhamos os resultados do trabalho do GTI, iniciando pelo Marco Conceitual da Política e do Plano Nacional de Cuidados. No terceiro capítulo, apresentamos um diagnóstico sintético da organização social dos cuidados no Brasil e, na sequência, no quarto capítulo, é descrito o processo participativo para a construção da Política e do Plano Nacional de Cuidados.

A partir das bases conceituais, diagnósticas e participativas, dois resultados fundamentais são apresentados: a Política Nacional dos Cuidados (sétimo capítulo) e o Plano Nacional de Cuidados (oitavo capítulo). Sobre esse último, enfocamos sua arquitetura, visto que o plano de ação dele decorrente está em fase de pactuação política e consolidação final quando da finalização deste relatório.

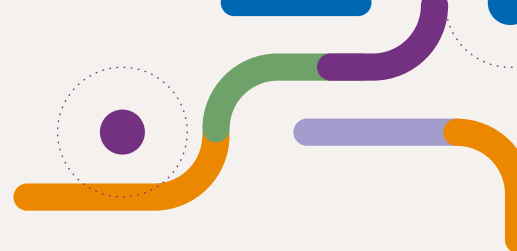
Finalmente, nos anexos, é possível consultar documentos de referência do processo, como os atos normativos e de nomeação referentes ao GTI-Cuidados, registros de reuniões do GTI e a base de dados que consolida os resultados do processo de participação social, dentre outros registros dessa trajetória.



3

O Grupo de Trabalho Interministerial para elaboração da Política e do Plano Nacional de Cuidados (GTI Cuidados)¹

1. O processo de construção da Política e do Plano Nacional de Cuidados, muitas organizações apoiaram o governo federal de diferentes maneiras, valendo destacar a parceria de diferentes agências do sistema das Nações Unidas – como ONU Mulheres, Organização Internacional do Trabalho (OIT), Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal), Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Culturas (Unesco), Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) –, Fundação Friedrich Ebert (FES), Open Society Foundation, The Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab (J-Pal), Universidade de Brasília (UnB).



3.1. Contextualização

O tema dos cuidados – entendido tal como será apresentado neste Relatório – só muito recentemente incorporou-se ao campo das políticas públicas no Brasil. É necessário assinalar que muitas políticas, programas e ações já desenvolvidas pelos governos – nas três esferas federativas – buscam prover cuidados para quem deles necessita, ainda que não necessariamente usando esse marco político e conceitual. É o caso, por exemplo, dos serviços educacionais – como creches, pré-escolas e escolas de ensino básico; das instituições de assistência social que atendem pessoas idosas ou pessoas com deficiência – como os centros-dias e as instituições de longa permanência. Há, ainda, benefícios monetários, como o salário maternidade e o benefício voltado às crianças na primeira infância do Programa Bolsa Família.

Estas ofertas, contudo, não apenas são insuficientes para garantir o acesso universal ao cuidado, como não foram pensadas a partir de uma perspectiva integral e integrada e que busque garantir ao mesmo tempo o direito das pessoas a serem cuidadas e os direitos das pessoas que cuidam. Tampouco foram pensadas desde uma ideia de que é responsabilidade do Estado o papel principal de provisão dos cuidados e de organização dessa provisão, tendo cabido historicamente às famílias e, nelas, às mulheres, a principal responsabilidade pelo trabalho de cuidados, restando ao Estado um papel subsidiário neste campo.

A construção de uma política integral e integrada de cuidados passa a ser, pela primeira vez no Brasil, um objetivo nomeadamente público a partir de 2023, quando são criadas, nas estruturas do governo federal, a Secretaria Nacional da Política de Cuidados e Família², no âmbito do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (SNCF/MDS) e a Secretaria Nacional de Autonomia Econômica e Política de Cuidados³, no Ministério das Mulheres (SENAEC/MMulheres).

2. [Acesse aqui](#) para mais informações

3. [Acesse aqui](#) para mais informações

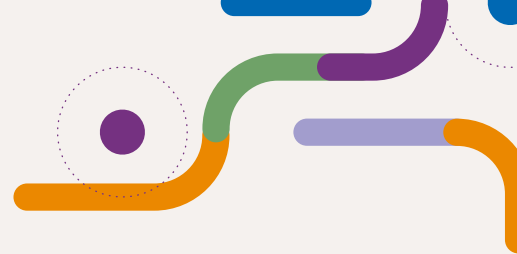
O Decreto nº 11.392, de 20 de janeiro de 2023⁴, que define a estrutura regimental do MDS, indica que a SNCF tem como competências propor e adotar estratégias intersetoriais e federativas para a constituição de uma Política e de um Plano Nacional de Cuidados, promovendo a integração de políticas socioeconômicas e setoriais, com atenção às desigualdades de gênero, raça, etnia, curso de vida, deficiência e território, além de fomentar o intercâmbio de experiências entre países, especialmente no âmbito da Cooperação Sul-Sul. Já o Decreto nº 11.351, de 1º de janeiro de 2023⁵, que define a estrutura do MMulheres, estabelece que cabe à SENAEC elaborar a política nacional de cuidados para desenvolver, executar e integrar estratégias de visibilização e desnaturalização da divisão sexual do trabalho.

A incorporação inédita de estruturas específicas para tratar do tema dos cuidados na administração pública federal reflete o compromisso deste governo em trabalhar para garantir o direito ao cuidado a todas as pessoas que dele necessitem, para promover o trabalho decente para todas as trabalhadoras e trabalhadores remunerados do cuidado e para reconhecer, reduzir e redistribuir o trabalho doméstico e de cuidados não remunerado, exercido historicamente pelas mulheres no interior de seus domicílios. Políticas públicas com estes objetivos têm enorme potencial, ainda, para reduzir a pobreza e as desigualdades estruturais que caracterizam a sociedade brasileira, em suas múltiplas expressões, inclusive as desigualdades no mercado de trabalho e no acesso à renda. Ademais, contribuem diretamente para uma organização social do cuidado mais justa e corresponsável que, por um lado, reduz a sobrecarga das mulheres e lhes permite construir novos e diversos caminhos para suas vidas pessoais e profissionais e, por outro, amplia o acesso a um cuidado de qualidade para toda a população brasileira.

4. BRASIL. Decreto nº 11.392, de 20 de janeiro de 2023. Acesse [aqui](#).

5. BRASIL. Decreto nº 11.351, de 1 de janeiro de 2023. Acesse [aqui](#).

3.2. A criação do GTI-Cuidados



A construção de uma Política Nacional de Cuidados que busque atingir objetivos tão importantes e ambiciosos deve ser, necessariamente, um esforço que envolva diferentes setores governamentais (no âmbito federal e nas esferas subnacionais), bem como a sociedade civil e outras esferas do Estado, como os poderes Legislativo e Judiciário. Para dar conta desse desafio, a SNCF/MDS e a SENAEC/MMulheres assumiram o papel central de articular, induzir e coordenar a formulação e implementação da Política Nacional de Cuidados (PNaC), por meio da coordenação de um Grupo de Trabalho Interministerial (GTI-Cuidados) especificamente constituído com o fim de elaborar as propostas para a Política Nacional de Cuidados e para o Plano Nacional de Cuidados. O GTI foi instituído por meio do Decreto nº 11.460, de 30 de março de 2023⁶ (posteriormente alterado pelo Decreto nº 11.954, de 19 de março de 2024⁷), tendo sido composto por 20 ministérios, além de três entidades convidadas permanentes, totalizando, assim, vinte e três órgãos públicos integrantes, como detalhado no quadro 1⁸.

6. BRASIL. Decreto nº 11.460, de 30 de março de 2023. Acesse [aqui](#).

7. BRASIL. Decreto nº 11.954, de 19 de março de 2014. Acesse [aqui](#).

8. Participaram também do GTI-Cuidados, como convidados permanentes, a Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República (SRI), o Colegiado Nacional de Gestores/as Municipais da Assistência Social (CONGEMAS), o Fórum Nacional de Secretários/as de Estado da Assistência Social (FONSEAS) e as seguintes instituições do Sistema da Nações Unidas: Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL); a Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres (ONU Mulheres); a Organização Internacional do Trabalho (OIT); e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef).

Quadro 1. Composição do GTI-Cuidados⁹

I - órgãos integrantes:
Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS);
Ministério das Mulheres (MMulheres);
Casa Civil da Presidência da República (CC/PR);
Ministério das Cidades (MCid);
Ministério do Desenvolvimento Agrário e Agricultura Familiar (MDA);
Ministério do Desenvolvimento, Indústria, Comércio e Serviços (MDIC);
Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC);
Ministério da Educação (MEC);
Ministério do Esporte (MESP);
Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos (MGI);
Ministério da Igualdade Racial (MIR);
Ministério do Planejamento e Orçamento (MPO);
Ministério dos Povos Indígenas (MPI);
Ministério da Previdência Social (MPS);
Ministério da Saúde (MS);
Ministério do Trabalho e Emprego (MTE);
Secretaria-Geral da Presidência da República (SG/PR);
Ministério da Fazenda (MF);
Ministério da Cultura (MINC);
Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI).
II - entidades convidadas permanentes:
Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz);
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).

9. Decreto nº 11.460/2023 e Decreto nº 11.954/2024.

Segundo o Decreto que o instituiu, o GTI-Cuidados teria duração de 180 dias - prorrogáveis por igual período, a contar da data de sua instalação (22 de maio de 2023) - para desenvolver seus trabalhos¹⁰. O Grupo percorreu, ao longo dos 360 dias de funcionamento, um trajeto que envolveu: i) a definição acerca do objeto da Política e do Plano Nacional de Cuidados e a construção de um marco conceitual para balizá-los; ii) o conhecimento de boas práticas no território nacional e em âmbito internacional – em especial dos países da América Latina e Caribe; iii) a delimitação do problema público a ser enfrentado por esta nova política; iv) a definição dos sujeitos da política e de seus grupos prioritários, incluindo critérios de elegibilidade; v) o desenho dos objetivos, princípios e diretrizes da PNaC; e vi) o desenho preliminar do primeiro Plano Nacional de Cuidados, contendo um conjunto de ações que refletem o compromisso desta gestão com a concretização da PNaC. Estão incluídas, ainda, a definição de estratégias de ação, metas e a governança que possibilitará coordenar o processo intersetorial, federativo e participativo do Plano Nacional.

Esta trajetória é retratada no Quadro 2, no qual também é possível perceber como em 2023 o foco do GTI-Cuidados foi a construção da proposta da PNaC, com os marcos orientadores e a missão de institucionalizar o tema dos cuidados como uma política de Estado. Já em 2024, o Grupo de Trabalho concentrou seus esforços na formulação e construção de acordos e compromissos de governo para construção do Plano Nacional.

10. Portaria Interministerial MDS/MMulheres nº 26, de 17 de novembro de 2023 – acesse [aqui](#)

Quadro 2. Síntese das atividades do GTI-Cuidados: reuniões, oficinas e seminários.

REUNIÃO	PAUTA	DATA	LOCAL
1ª REUNIÃO	INSTALAÇÃO DO GTI	22 E 23/05/2023	ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS, BLO- CO A, BRASÍLIA/DF
2ª REUNIÃO	APRESENTAÇÃO DE EXPERIÊNCIAS LOCAIS DE POLÍTICAS DE CUIDADO	22/06/2023	SALA DE REUNIÕES DO CNAS (CONSE- LHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SO- CIAL) – ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS, ANEXO DO BLOCO F, BRASÍLIA/DF
3ª REUNIÃO	PENSANDO AS POLÍTICAS DE CUIDA- DO NO GOVERNO FEDERAL A PARTIR DA PERSPECTIVA DOS PÚBLICOS PRIORITÁRIOS	26 E 27/07/2023	ENAP, BRASÍLIA/DF
4ª REUNIÃO	DISCUSSÃO DO MARCO CONCEITUAL PARA FORMULAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS (DEFINIÇÃO DOS PÚBLICOS DA POLÍTICA)	30/08/2023	ESCOLA DA AGU - BRASÍLIA/DF
1ª REUNIÃO EX- TRAORDINÁRIA	DISCUSSÃO DO MARCO CONCEITUAL PARA FORMULAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS (DEFINIÇÃO DOS PÚBLICOS DA POLÍTICA)	15/09/2023	ENAP, BRASÍLIA/DF
5ª REUNIÃO	WORKSHOP MARCOS NORMATIVOS DAS POLÍTICAS DE CUIDADOS NA AMÉRICA LATINA, ORGANIZADO PELO MDS COM APOIO DA SRI E ONU-MU- LHERES	27/09/2023	ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS, BLOCO A, BRASÍ- LIA/DF
	A INCORPORAÇÃO DA TEMÁTICA DO CUIDADO NO LEGISLATIVO	28/09/2023	ENAP, BRASÍLIA/DF
6ª REUNIÃO	CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA PÚ- BLICO DA POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS	26/10/2023	ENAP, BRASÍLIA/DF

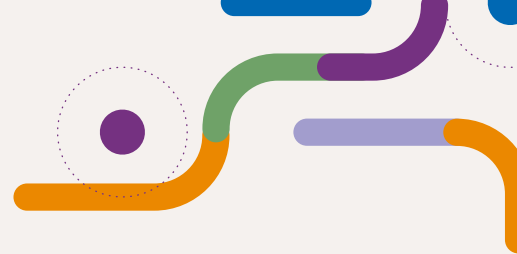
REUNIÃO	PAUTA	DATA	LOCAL
7ª REUNIÃO	CONSTRUÇÃO DOS OBJETIVOS E DAS ESTRATÉGIAS DE AÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS	23/11/2023	ENAP, BRASÍLIA/DF
8ª REUNIÃO	ESTRUTURA DE GOVERNANÇA DA POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS	15/12/2023	ENAP, BRASÍLIA/DF
9ª REUNIÃO	DEFINIÇÃO DA ARQUITETURA DO PLANO NACIONAL DE CUIDADOS	23/01/2024	ENAP, BRASÍLIA/DF
10ª REUNIÃO	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO PROCESSO DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL PARA CONSTRUÇÃO DO PLANO NACIONAL DE CUIDADOS	27/02/2024	SENAC, BELÉM/PA
SEMINÁRIO INTERNACIONAL ORGANIZADO PELA ONU-MULHERES, ABC/MRE, MDS, MMULHERES, PREFEITURA DE BELÉM, AECID E OPEN SOCIETY FOUNDATION	“ENTRE O GLOBAL E O LOCAL: EXPERIÊNCIAS DE CONSTRUÇÃO E TERRITORIALIZAÇÃO DE POLÍTICAS E SISTEMAS DE CUIDADO NA AMÉRICA LATINA E CARIBE”	27/02/2024 A 29/02/2024	TEATRO MARIA SYLVIA NUNES, ESTAÇÃO DAS DOCAS, BELÉM/PA
11ª REUNIÃO	OFICINAS DE ELABORAÇÃO DO PLANO NACIONAL DE CUIDADOS	28/03/2024	ENAP, BRASÍLIA/DF
OFICINA PREPARATÓRIA PARA A 12ª REUNIÃO	A DIMENSÃO FEDERATIVA DA GOVERNANÇA DO PLANO NACIONAL DE CUIDADOS (OFICINA REALIZADA JUNTO A REPRESENTANTES DE CONSÓRCIOS DE GOVERNOS ESTADUAIS E MUNICIPAIS QUE INTEGRAM O CONSELHO DA FEDERAÇÃO ¹¹)	22/04/2024	ENAP, BRASÍLIA/DF

11. Para saber mais sobre o Conselho da Federação, clique [aqui](#).

REUNIÃO	PAUTA	DATA	LOCAL
OFICINA PREPARATÓRIA PARA A 12ª REUNIÃO	A DIMENSÃO PARTICIPATIVA DA GOVERNANÇA DO PLANO NACIONAL DE CUIDADOS (OFICINA REALIZADA JUNTO A REPRESENTANTES DE MOVIMENTOS SOCIAIS QUE REPRESENTAM OS PÚBLICOS PRIORITÁRIOS DA POLÍTICA NACIONAL)	25/04/2024	ENAP, BRASÍLIA/DF
OFICINA PREPARATÓRIA PARA A 12ª REUNIÃO	A DIMENSÃO INTERSETORIAL DA GOVERNANÇA DO PLANO NACIONAL DE CUIDADOS: FORTALECENDO A TRANSVERSALIDADE NO PLANO	06/05/2024	ENAP, BRASÍLIA/DF
OFICINA PREPARATÓRIA PARA A 12ª REUNIÃO	A DIMENSÃO INTERSETORIAL DA GOVERNANÇA DO PLANO NACIONAL DE CUIDADOS: FORTALECENDO A INTERSETORIALIDADE EM PROJETOS ESTRATÉGICOS NO PLANO	06/05/2024	ENAP, BRASÍLIA/DF
12ª REUNIÃO	ESTRUTURA DE GOVERNANÇA DO PLANO NACIONAL DE CUIDADOS	09/05/2024	ENAP, BRASÍLIA/DF
13ª REUNIÃO	APRESENTAÇÃO DA PRIMEIRA VERSÃO DO PLANO NACIONAL DE CUIDADOS	28/05/2024	ENAP, BRASÍLIA/DF

Em todo esse processo o GTI manteve intensa interlocução com outros países da América Latina que contam com políticas e/ou sistemas nacionais de cuidados, ou que estão empenhados na sua construção, em especial Argentina, Chile, Colômbia, Costa Rica, México e Uruguai. Além disso, a Coordenação do GTI-Cuidados realizou seminários internacionais para o intercâmbio de experiências e participou de foros e instâncias internacionais que possibilitaram a divulgação do processo de construção da PNaC e a influência da posição brasileira em acordos internacionais sobre o tema¹².

12. Organização, pela SNCF/MDS, do I Seminário do MERCOSUL sobre Políticas e Sistemas de Cuidado no contexto da 42ª reunião com autoridades de Desenvolvimento Social do Mercosul e participação em eventos como a 112ª Conferência Internacional do Trabalho, Conferência Regional de Desenvolvimento Social, Conferência Regional sobre a Mulher da América Latina e o Caribe, Aliança Global pelos Cuidados.



3.3. As Câmaras Técnicas do GTI-Cuidados

O Decreto que instituiu o GTI-Cuidados previu a possibilidade de instalação de até quatro câmaras técnicas (CTs) simultâneas vinculadas ao Grupo, com o objetivo de aprofundar discussões sobre temas específicos relativos às políticas de cuidados. Em diálogo com os ministérios e instituições que compunham o GTI-Cuidados e considerando os desafios impostos durante o período de sua existência, aprovou-se a criação de quatro CTs, que mantiveram reuniões periódicas ao longo do período de suas atividades. Foram elas: 1) Câmara Técnica de Acompanhamento do Legislativo (CT-Leg); 2) Câmara Técnica de Gestão de Informações (CT-GI); 3) Câmara Técnica de Trabalho Doméstico Remunerado (CT-TDR); e 4) Câmara Técnica de Financiamento e Orçamento. Todas estas instâncias eram compostas pelas instituições que compunham o GTI, mas também por outras organizações e instituições convidadas a partir de suas experiências e possibilidades de contribuição para o alcance dos seus objetivos. Estas informações estão detalhadas a seguir.

3.3.1. Câmara Técnica de Acompanhamento do Legislativo (CT-Leg)

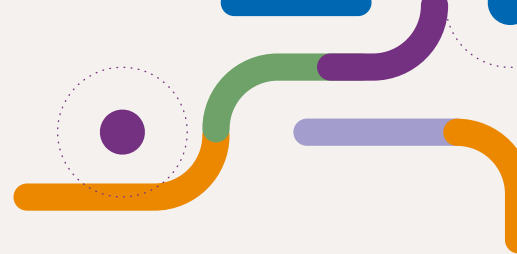
A Câmara Técnica de Acompanhamento do Legislativo funcionou a partir de 19 de julho de 2023 até o fim da vigência do GTI, tendo realizado um total de seis encontros. Integrada por representações do MDS, MPS, SRI, MMulheres, MEC, MESP, MGI, Casa Civil, MS, MTE, MDHC, FIOCRUZ e IPEA, a CT-Leg estabeleceu diálogo com atores-chaves vinculados aos Projetos de Lei (PLs) discutidos, a exemplo de parlamentares e suas assessorias.

A CT debruçou-se, principalmente, sobre a análise de PLs relacionados aos cuidados, inclusive em interface com a CT-Trabalho Doméstico Remunerado, tendo se dedicado, ainda, à discussão da minuta do PL sobre a Política Nacional de Cuidados. No quadro 3 é possível visualizar a síntese das atividades da referida Câmara.

Quadro 3. Síntese das reuniões da CT-Legislativo

REUNIÃO	PAUTA	DATA	LOCAL
1ª REUNIÃO	INSTALAÇÃO DA CÂMARA TÉCNICA DE LEGISLATIVO, INCLUINDO A DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS E PLANO DE TRABALHO	19/07/2023	ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS, BLOCO A, BRASÍLIA/DF
2ª REUNIÃO	<p>APRESENTAÇÃO GERAL DOS PROJETOS DE LEI SOBRE CUIDADOS EM TRAMITAÇÃO E SELEÇÃO DE PROJETOS/TEMAS ESTRATÉGICOS PARA DELIBERAÇÃO NO GRUPO.</p> <p>APRESENTAÇÃO DOS PROJETOS EM TRAMITAÇÃO NO CONGRESSO NACIONAL QUE PREVEEM A INSTITUIÇÃO DE UMA POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS. ALÉM DESTES, TAMBÉM FOI APRESENTADO PARA DISCUSSÃO UM MAPEAMENTO DE PLS EM TRAMITAÇÃO NO PARLAMENTO QUE VERSAM SOBRE ECONOMIA DO CUIDADO, LICENÇAS: MATERNIDADE, PATERNIDADE E PARENTAL; PREVIDÊNCIA SOCIAL E TRABALHO DOMÉSTICO REMUNERADO E NÃO REMUNERADO; E REGULAMENTAÇÃO DA PROFISSÃO DE CUIDADORES/AS.</p>	23/08/2023	ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS, BLOCO A, BRASÍLIA/DF
3ª REUNIÃO	<p>DEBATE SOBRE PLS QUE VISAM INSTITUIR UMA POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS (PL 5791/2019 NA CÂMARA DOS DEPUTADOS E PL 2797/2022 NO SENADO FEDERAL).</p> <p>IDENTIFICAÇÃO DOS PONTOS CHAVES PARA A PROPOSTA DO GOVERNO FEDERAL.</p>	19/09/2023	ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS, BLOCO A, BRASÍLIA/DF
4ª REUNIÃO	DEBATE SOBRE OS PRINCIPAIS PROJETOS DE LEI EM TRAMITAÇÃO NO CONGRESSO NACIONAL SOBRE REGULAMENTAÇÃO DA PROFISSÃO DE CUIDADORAS/ES (PL 76/2020; PL 5178/2020; PL 4702/2012)	19/10/2023	ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS, BLOCO A, BRASÍLIA/DF
5ª REUNIÃO	<p>DISCUSSÃO SOBRE AS DEMANDAS LEGISLATIVAS DAS TRABALHADORAS DOMÉSTICAS IDENTIFICADAS NA CT TRABALHO DOMÉSTICO.</p> <p>APRESENTAÇÃO DO MAPEAMENTO DE PLS EM TRAMITAÇÃO NO CONGRESSO NACIONAL SOBRE PREVIDÊNCIA SOCIAL E TRABALHO DOMÉSTICO REMUNERADO E NÃO REMUNERADO</p>	16/11/2023	ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS, BLOCO A, BRASÍLIA/DF
6ª REUNIÃO	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DA MINUTA DO PL DA POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS ELABORADA NO ÂMBITO DO GTI CUIDADOS.	30/01/2024	ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS, BLOCO A, BRASÍLIA/DF

3.3.2. Câmara Técnica de Gestão de Informações (CT-GI)



A CT-GI funcionou de 18 de julho de 2023 a 20 de fevereiro de 2024, tendo realizado sete encontros. Seu trabalho concentrou-se na discussão mais vinculada à construção de um diagnóstico do problema público a ser enfrentado pela Política e pelo Plano Nacional de Cuidados, incluindo a definição de uma árvore de problemas, com causas e consequências. As atividades orientaram diretamente o trabalho do GTI-Cuidados que, pelo tempo escasso para reuniões e pela quantidade de integrantes, tinha condições limitadas de se aprofundar em todas as temáticas necessárias. Neste sentido, a CT-GI se aprofundava previamente em cada discussão, construindo acúmulo para subsidiar as deliberações entre todos os integrantes do GTI-Cuidados.

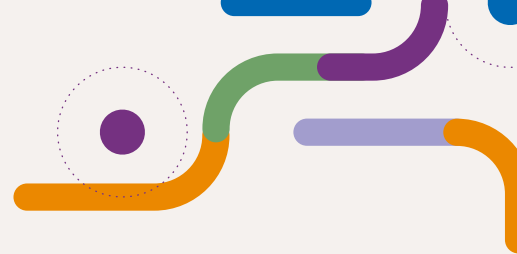
Essa Câmara teve participação de SNCF/MDS, SENAEC/MMulheres, CC/PR, MS, MGI, MCid, MPO, MINC, MDA e Fiocruz¹³. Os principais aspectos abordados foram o diagnóstico do problema público da Política Nacional de Cuidados e a construção de seus objetivos e estratégias, além da proposta de arquitetura para o Plano Nacional de Cuidados e da definição de um conjunto de indicadores para seu diagnóstico. No quadro 4, é possível visualizar a síntese das atividades da referida Câmara.

13. UNICEF também participou, na qualidade de convidada permanente do GTI-Cuidados.

Quadro 4. Síntese das reuniões da CT-GI

REUNIÃO	PAUTA	DATA	LOCAL
1ª REUNIÃO	INSTALAÇÃO DA CT-GI, INCLUINDO A DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS E PLANO DE TRABALHO.	18/07/2023	ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS, BLOCO A, BRASÍLIA/DF
2ª REUNIÃO	MONTAGEM DA ÁRVORE DE PROBLEMAS DA POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS.	18/08/2023	IPEA, BRASÍLIA/DF
3ª REUNIÃO	DISCUSSÃO E REVISÃO DA ÁRVORE DE PROBLEMAS DA PNAC/ MAPEAMENTO DE DESAFIOS ESTRATÉGICOS PARA O PLANO NACIONAL DE CUIDADOS.	10/10/2023	IPEA, BRASÍLIA/DF
4ª REUNIÃO	DISCUSSÃO DOS OBJETIVOS DA POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO.	10/11/2023	IPEA, BRASÍLIA/DF
5ª REUNIÃO	BENCHMARKING DE BOAS PRÁTICAS DE LANCOS NACIONAIS DE FORMA COLABORATIVA.	05/12/2023	ATIVIDADE ASSÍNCRONA
6ª REUNIÃO	ARQUITETURA DO PLANO NACIONAL DE CUIDADOS.	16/01/2024	ENAP, BRASÍLIA/DF
7ª REUNIÃO	INDICADORES DO DIAGNÓSTICO DO PLANO NACIONAL DE CUIDADOS.	20/02/2024	IPEA, BRASÍLIA/DF

3.3.3. Câmara Técnica de Trabalho Doméstico Remunerado (CT-TDR)



A CT-TDR funcionou de 12 de julho de 2023 a 31 de janeiro de 2024, tendo realizado seis encontros. Importante mencionar que o processo de construção da Política e do Plano Nacional de Cuidados no Brasil envolveu, de forma central, as trabalhadoras remuneradas e não remuneradas do cuidado, em especial a categoria das trabalhadoras domésticas, responsável por parcela expressiva da provisão de cuidados no país, em condições de extrema precariedade e vulnerabilidade social. Como expressão desta centralidade, no momento de instalação do GTI-Cuidados, foi assinado um Protocolo de Intenções¹⁴ entre o governo federal e a Federação Nacional das Trabalhadoras Domésticas (Fenatrad). O objetivo deste Protocolo, ainda vigente, é a elaboração de um programa de ampliação da escolaridade e da qualificação profissional das trabalhadoras domésticas, bem como de apoio ao fortalecimento de suas organizações representativas, para promover a implementação e garantia dos seus direitos, com respeito à legislação trabalhista nacional e aos acordos e convenções internacionais ratificados pelo Brasil.

Neste contexto, a criação da CT-TDR, teve como objetivo assegurar a implementação do Protocolo assinado e possibilitar o acompanhamento e controle social por parte das organizações de trabalhadoras domésticas, representadas pela Fenatrad, que possuía um assento específico na Câmara. Além da Fenatrad, também integravam a CT-TDR a SNCF/MDS, SENAEC/MMulheres, MTE, MEC, MDHC, MS, MIR, MPS, MGI, Fiocruz, IPEA e CC/PR¹⁵

Os principais aspectos abordados nas discussões da CT-TDR foram os seguintes: equiparação de direitos, precarização e plataformização do trabalho (relação de trabalho mediado por plataformas); acesso a direitos trabalhistas e previdenciários; proteção social; valorização do trabalho doméstico remunerado; elevação da escolaridade e qualificação profissional das trabalhadoras domésticas, apoio à sindicalização e associativismo; fortalecimento e formação

14. BRASIL. Extrato de Protocolo de Intenções. 11 de julho de 2023. Acesse [aqui](#).

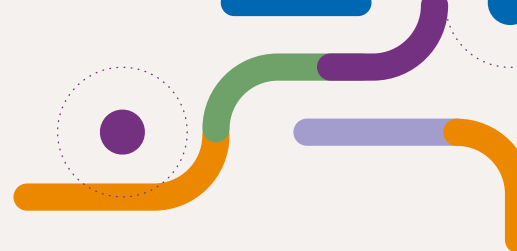
15. A OIT, CEPAL e ONU Mulheres participaram na qualidade de convidadas permanentes do GTI-Cuidados.

de lideranças; enfrentamento ao trabalho doméstico escravo e infantil; enfrentamento ao racismo e ao assédio moral e sexual; e fiscalização do trabalho doméstico. No quadro 5, é possível visualizar a síntese das atividades da referida Câmara.

Quadro 5. Síntese das reuniões da CT-TDR

REUNIÃO	PAUTA	DATA	LOCAL
1ª REUNIÃO	INSTALAÇÃO DA CÂMARA TÉCNICA DE TRABALHO DOMÉSTICO REMUNERADO, INCLUINDO A DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS E APRESENTAÇÃO DE PROPOSTA DE PLANO DE TRABALHO.	12/07/2023	ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS, BLOCO A, BRASÍLIA/DF
2ª REUNIÃO	DEFINIÇÃO DE PLANO DE TRABALHO E DISCUSSÕES INICIAIS SOBRE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL E ELEVAÇÃO DA ESCOLARIDADE.	23/08/2023	ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS, BLOCO A, BRASÍLIA/DF
3ª REUNIÃO	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL, FORMAÇÃO DE LIDERANÇAS E ACESSO A DIREITOS E AO TRABALHO DOMÉSTICO DECENTE.	20/09/2023	ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS, BLOCO A, BRASÍLIA/DF
4ª REUNIÃO	TRABALHO DOMÉSTICO DECENTE E ENFRENTAMENTO AO TRABALHO DOMÉSTICO ESCRAVO.	18/10/2023	ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS, BLOCO A, BRASÍLIA/DF
5ª REUNIÃO	REGULAMENTAÇÃO DA OCUPAÇÃO DE CUIDADORA.	14/11/2023	ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS, BLOCO A, BRASÍLIA/DF
6ª REUNIÃO	REUNIÃO DE ENCERRAMENTO – COLETA DE CONTRIBUIÇÕES PARA A CONSTRUÇÃO DE PROPOSTAS DE AÇÃO PARA SUBSIDIAR A ELABORAÇÃO DO PLANO NACIONAL DE CUIDADOS.	31/01/2024	IPEA, BRASÍLIA/DF

3.3.4. Câmara Técnica de Financiamento e Orçamento



A Câmara Técnica de Financiamento e Orçamento foi a última a ser instalada, iniciando suas atividades junto com o processo de elaboração do Plano Nacional de Cuidados. Ela foi integrada pela SNCF/MDS, SENAEC/MMulheres, MPO, MEC, MS, MF, CC/PR, e eventualmente teve a participação de convidados, como IPEA e Unicef. A CT funcionou de 30 de janeiro de 2024 até o encerramento das atividades do GTI, tendo realizado quatro encontros.

Os principais temas discutidos pela CT foram o mapeamento das ações nos ministérios que compõem o Plano Nacional de Cuidados e demandam ampliação de recursos, os desafios de financiamento encontrados por políticas setoriais e intersetoriais e estratégias de financiamento e de acompanhamento da execução orçamentária para a PNaC. No quadro 6 é possível visualizar a síntese das atividades da referida Câmara.

Quadro 6. Síntese das reuniões da Câmara Técnica de Financiamento e Orçamento

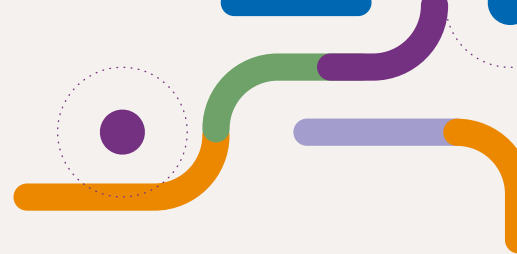
REUNIÃO	PAUTA	DATA	LOCAL
1ª REUNIÃO	APRESENTAÇÃO DA CT-FINANCIAMENTO E ORÇAMENTO: OBJETIVOS, LINHAS DE AÇÃO, DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO E PROPOSTA DE PLANO DE TRABALHO.	30/01/2024	ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS, BLOCO A, BRASÍLIA/DF
2ª REUNIÃO	APRESENTAÇÃO DA METODOLOGIA DE IDENTIFICAÇÃO DAS AGENDAS TRANSVERSAIS E MULTISSETORIAIS NO ORÇAMENTO DE 2024, POR PARTE DA SOF/MPO. APRESENTAÇÃO DA METODOLOGIA DO ORÇAMENTO CRIANÇA, PELO IPEA E PELO UNICEF .	19/02/2024	ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS, BLOCO A, BRASÍLIA/DF
3ª REUNIÃO	APRESENTAÇÃO SOBRE OS DESAFIOS DO FINANCIAMENTO DA POLÍTICA DE CUIDADOS NO BRASIL, POR PARTE DA SPE/MF. APRESENTAÇÃO DO FINANCIAMENTO DO SUAS COM FOCO NA TEMÁTICA DOS CUIDADOS, POR PARTE DA SNAS/MDS. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DO TEMPLATE DE BLOCO DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTO/FINANCIAMENTO DO PLANO NACIONAL DE CUIDADOS.	19/03/2024	ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS, BLOCO P, BRASÍLIA/DF
4ª REUNIÃO	APRESENTAÇÃO DO FINANCIAMENTO DAS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO, COM FOCO NA TEMÁTICA DE CUIDADOS, POR PARTE DA SPO/MEC. APRESENTAÇÃO DO FINANCIAMENTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE, COM FOCO NA TEMÁTICA DE CUIDADOS, POR PARTE DA SPO/MS. DISCUSSÃO DE ESTRATÉGIAS DE ATUAÇÃO PARA PREENCHIMENTO ADEQUADO DO BLOCO DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTO/FINANCIAMENTO DOS PLANOS DE AÇÕES MINISTERIAIS DO PLANO NACIONAL DE CUIDADOS.	16/04/2024	ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS, BLOCO A, BRASÍLIA/DF



4

O Marco Conceitual da Política e do Plano Nacional de Cuidados

4. O Marco Conceitual da Política e do Plano Nacional de Cuidados



Um dos desafios da formulação da Política Nacional de Cuidados diz respeito às múltiplas interpretações sobre o que se entende por cuidado. Cuidado é um termo polissêmico, ou seja, possui uma multiplicidade de significados, sendo utilizado para se referir a um conjunto variado de atividades da vida diária (ex. cuidar de um bebê, cuidar da casa, cuidar para não se machucar, cuidar da saúde, cuidar das finanças etc). Além disso, é também um conceito presente em diversos âmbitos das políticas públicas, como, por exemplo, na saúde, na educação e na assistência social, nem sempre com o mesmo significado. Definir o conceito de cuidados foi, portanto, um dos primeiros desafios para a estruturação de uma política de cuidados e serviu de base para elaborações posteriores, como os seus objetivos, estratégias de ação e públicos prioritários.

Estas definições foram consolidadas pelo GTI-Cuidados em um Marco Conceitual, que foi submetido à consulta pública por meio da Plataforma Participa + Brasil. A versão aqui apresentada ainda não incorpora as sugestões recebidas no processo de participação social, uma vez que esta será publicada juntamente com o Plano Nacional de Cuidados¹⁶.

16. Para acessar a versão completa submetida a consulta pública, clique [aqui](#).

4.1. Cuidado: um trabalho essencial para a sustentabilidade da vida humana, da economia e da sociedade

No âmbito da PNAC o cuidado é definido como um trabalho cotidiano de produção de bens e serviços necessários à sustentação e à reprodução da vida humana, da força de trabalho, das sociedades e das economias e à garantia do *bem-estar* de todas as pessoas. Estamos falando, portanto, de trabalhos como a preparação de alimentos, a limpeza, a gestão e a organização da casa, bem como das atividades de apoio e auxílio às pessoas - como bebês e crianças pequenas, pessoas idosas ou pessoas com deficiência - que dependem de terceiros para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária¹⁷.

A forma como esse trabalho se concretiza na vida diária é variada. O trabalho de cuidado pode ser *remunerado*, compreendendo atividades destinadas à produção de bens e/ou serviços de cuidados realizados para terceiros em troca de remuneração, a exemplo de profissões como o trabalho doméstico remunerado, cuidadoras/es de pessoas idosas e pessoas com deficiência, babás e cuidadoras/es de crianças e adolescentes, profissionais da educação infantil e da enfermagem, dentre outras. De forma diversa, ele pode ser exercido de maneira *não remunerada*, no âmbito familiar ou comunitário – fora de relações laborais do mercado de trabalho –, abarcando tarefas como produção de alimentos, manutenção dos domicílios e cuidado das pessoas do próprio núcleo doméstico, familiar ou da comunidade, sem contrapartida financeira¹⁸.

Na esteira dessa dualidade, tem-se que o local em que o trabalho de cuidado é realizado é variado. A provisão de cuidados, nesse sentido, pode se dar tanto no *âmbito doméstico ou familiar*, como nos *âmbitos comunitário* e em *instituições públicas ou privadas* (como, por exemplo, creches, centros-dia ou instituições de acolhimento). É importante destacar que o local em que os cuidados são ofertados não se constitui em um elemento demarcador do que é entendido como cuidado ou não. O trabalho de cuidar de uma criança é trabalho de cuidados, seja ele realizado no domicílio ou em instituições

17. É importante considerar que a interdependência é uma condição da vida humana. Ou seja, nenhuma pessoa, em nenhuma fase da vida e em nenhuma condição, é absolutamente independente.

18. Importante destacar que esse tipo de trabalho não se confunde com os casos de trabalho doméstico forçado, oriundos de situações análogas à escravidão.

educacionais, por exemplo. No entanto, cabe destacar e reconhecer que o local em que ele é realizado pode definir a qualidade do cuidado recebido ou a carga de trabalho que recai sobre famílias e cuidadoras.

Outro elemento importante neste Marco Conceitual refere-se à necessidade ou não de interação pessoal na definição do que é trabalho de cuidado. O trabalho de cuidados pode ser prestado de forma *direta ou indireta*. O trabalho direto é aquele que envolve uma interação face a face entre quem cuida e quem é cuidado, como brincar com uma criança ou ajudar uma pessoa idosa a tomar banho ou a alimentar-se. Já o trabalho indireto é aquele que não pressupõe uma interação face a face, mas que é executado com o objetivo de ofertar cuidado a alguém, incluindo atividades de gestão e planejamento da vida cotidiana nos domicílios, ou trabalhos como limpar a casa, preparar alimentos, fazer compras ou lavar as roupas. Podem ser considerados, também nessa categoria, os trabalhos realizados para a subsistência – como o cuidado com hortas – que são especialmente importantes para a reprodução social de povos do campo, da floresta e das águas, além de comunidades e povos tradicionais.

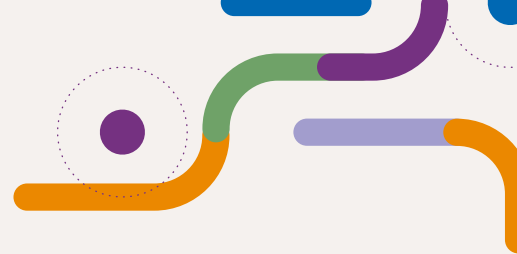
Por fim, outros dois elementos são especialmente importantes para a construção da linha demarcatória do objeto de uma política de cuidados. São eles: a recorrência deste trabalho e a possibilidade de que seja compartilhado entre diferentes atores (em especial entre famílias, governos, setor privado e comunidades).

Em relação à recorrência, o trabalho é entendido como de cuidado se envolve a realização de atividades *cotidianas* para sustentação da vida e de apoio e auxílio à vida diária. Dessa forma, trabalhos esporádicos, como a aplicação de uma vacina ou a realização de uma cirurgia não estão incluídos na definição do que se entende por cuidado na política aqui tratada, ainda que, por suposto, componham o que se poderia chamar de cuidado em saúde. O trabalho de uma mãe que aplica insulina em sua filha todos os dias, por outro lado, é compreendido como um trabalho cotidiano, necessário para a garantia do bem-estar e para a manutenção e reprodução da vida daquela pessoa que recebe o cuidado. A recorrência pode ocorrer, inclusive, em períodos específicos (a exemplo de uma pessoa que quebra a perna e precisa de auxílio para o banho e para vestir-se por seis meses, quando o trabalho é recorrente e cotidiano). Em casos mais extremos, a recorrência pode, inclusive, ser condição para

garantir a sobrevivência daquele que é cuidado, como é o caso do trabalho de cuidar de um bebê ou de uma pessoa idosa acamada.

Já a *possibilidade de compartilhamento* da execução e/ou da responsabilidade pelas condições em que é exercido o cuidado refere-se àquelas atividades que são passíveis de serem exercidas/compartilhadas pelo Estado, setor privado, comunidade e famílias. Isso significa que o objeto desta política em específico é o trabalho de cuidados que pode ser de responsabilidade, execução ou exercício da família, mas também de uma instituição pública, privada ou, ainda, das comunidades. Ou seja, caso um determinado tipo de atividade só possa ser exercido em um ambiente específico, não sendo passível de ser compartilhado por outras instituições, entende-se que não é o trabalho de cuidado objeto desta política, ainda que, mais uma vez, ele possa ser enquadrado como cuidado na semântica e nas características que definem outras políticas setoriais. É o caso, por exemplo, da aplicação de acesso central em uma pessoa, que só pode ser realizado em ambiente hospitalar, por profissionais habilitados para tanto. Por outro lado, o trabalho de realizar a higiene de uma criança com deficiência pode ser realizado em ambiente doméstico pelas famílias, mas também em ambiente hospitalar, por um profissional de saúde, ou, ainda, em espaços comunitários, por pessoas que não são nem profissionais do cuidado e nem membros da família, mas que dedicam seu tempo a exercer este trabalho.

4.2. Cuidado: função social, bem público e provisão social



O Marco Conceitual da Política Nacional de Cuidados também define que o cuidado deve ser entendido a partir de sua função social. Considerando que é por meio dele que se garante a sustentabilidade da vida humana, e por conseguinte, das instituições, das empresas e da economia, sua gestão e provisão devem ser pensadas a partir das necessidades sociais e da sua democratização, e não apenas de interesses particulares ou meramente individuais. Em outras palavras, a provisão de cuidados adequados e de qualidade não interessa apenas àquela pessoa que o recebe, ou à sua família, preocupada com o bem-estar, autonomia e dignidade de um indivíduo em particular.

Essa compreensão – de que o trabalho de cuidados gera benefícios para a sociedade que ultrapassam aqueles gerados para as pessoas que diretamente recebem o cuidado – é precisamente o que o define como um bem público, ou seja, que produz valor social e econômico¹⁹, ultrapassa os benefícios individuais e é indispensável ao funcionamento da economia e da sociedade.

19. As análises sobre uso do tempo permitem mensurar a contribuição do trabalho doméstico e de cuidado não remunerado para as economias. Como observa a CEPAL (2022), em vários países em que essa contribuição é calculada, estima-se que o trabalho doméstico e de cuidados não remunerado produz bens e serviços que equivalem a um montante de 20 a 30% do PIB, dos quais as mulheres respondem por cerca de 75% do valor total. Acesse documento [aqui](#).

Quadro 7. Sociedade dos cuidados: do que estamos falando?

Refletir sobre essa questão foi a pauta da XV Reunião Conferência Regional sobre a Mulher da América Latina e do Caribe (CRM), realizada em 2022, em Buenos Aires, com o título “A sociedade dos cuidados: horizonte para uma recuperação sustentável da igualdade de gênero”.

A Conferência Regional sobre a Mulher da América Latina e do Caribe (CRM) é um órgão subsidiário da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), composto pelos governos da região (representados pelos ministérios das mulheres ou outros órgãos correlatos dos países latino-americanos e caribenhos) e que se reúne periodicamente desde 1977, contando também com a participação de outros organismos do Sistema ONU, da sociedade civil e da academia.

Em síntese, o Consenso de Buenos Aires, documento aprovado pelos governos da região na XV Reunião da CRM, preconiza um novo paradigma para o desenvolvimento econômico, social e ambiental, que tenha o cuidado no centro: a sociedade dos cuidados. Suas bases são a corresponsabilização, a sustentabilidade da vida e do planeta e a garantia de direito ao cuidado (a cuidar, ser cuidado e aos autocuidados), incorporando as perspectivas de gênero, interseccionalidade e interculturalidade nas políticas de cuidado.

O trabalho de cuidar de uma criança, por exemplo, beneficia a criança especificamente, mas gera benefícios também para sua família e para a sociedade, uma vez que passam a contar com crianças mais saudáveis e com maiores condições de atingir o seu desenvolvimento integral.

O cuidado, portanto, é um trabalho, uma necessidade e um direito. Reconhecer sua natureza multifacetada e sua centralidade para a sustentabilidade da vida é fundamental para caminharmos rumo a uma sociedade dos cuidados, sendo fundamental, para tanto, a estruturação de políticas de cuidado abrangentes e integradas, que reconheçam, redistribuam e reduzam os trabalhos de cuidados.

4.3. Políticas de Cuidado: uma definição

A definição do que se entende por uma política de cuidados é atravessada por complexidades, uma vez que o termo “cuidado” é, como já mencionado anteriormente, utilizado na vida cotidiana e com significados diversos por diferentes políticas públicas. Nesse sentido, é importante estabelecer uma demarcação do que se entende por cuidado em cada uma dessas políticas, de modo que seja possível estabelecer objetivos e estratégias de atuação relacionadas ao objeto de cada uma delas, sem que essas se sobreponham ou conflitem, mas, ao contrário, se somem e se articulem visando o objetivo maior de garantir atenção às pessoas em todas as dimensões de suas vidas.

A Política Nacional de Cuidados não tem a pretensão de abarcar a totalidade das questões sociais relacionadas aos cuidados – que podem incluir desde o cuidado em saúde, até o cuidado com o meio ambiente –, mas concentra-se naqueles aspectos relacionados ao trabalho de cuidados, na forma como ele foi definido anteriormente neste documento. Assim, assumindo que cuidado é um trabalho, uma necessidade e um direito, podemos compreender que as políticas de cuidados constituem um tipo de política pública que tem como objetivo a reorganização e o compartilhamento da responsabilização social pelos trabalhos cotidianos de reprodução da vida e de garantia de bem-estar às pessoas.

Por que isso é necessário? Porque a atual organização social dos cuidados ainda está baseada fundamentalmente na responsabilização das famílias, e dentro delas, das mulheres. Apesar da existência de diversas políticas e serviços de provisão de cuidados, elas ainda são insuficientes para atender as

necessidades de cuidado da população, questão que se agrava no contexto de acelerado envelhecimento populacional no Brasil. Dessa forma, as famílias continuam sendo os atores proeminentes na provisão de cuidados, o que gera uma grande sobrecarga para as mulheres. Essa sobrecarga constitui-se, então, em poderosa barreira para o exercício dos direitos das mulheres em diversas esferas da vida, como a conclusão das suas trajetórias educacionais e de formação profissional e a sua inserção no mercado de trabalho e na vida pública em igualdade de condições com os homens.

É necessário, portanto, transformar esse cenário, e esse é o objetivo central das políticas de cuidados. É preciso promover a corresponsabilização social e de gênero pela provisão dos cuidados. Para que se possa entender o que essa corresponsabilização significa, é necessário ter em mente que os atores responsáveis pela oferta de cuidados são quatro:

- O **Estado**, por meio da garantia de direitos e efetivação de políticas públicas;
- As **famílias**, por meio do trabalho não remunerado de cuidado e dos vínculos familiares;
- O **setor privado**, por meio da oferta privada de serviços e pelas formas de organização da produção e do processo das relações do trabalho remunerado, que podem ser mais ou menos favoráveis à conciliação entre o trabalho no mercado e as responsabilidades familiares e de cuidado;
- A **comunidade e a sociedade civil organizada**, por meio da oferta privada sem fins lucrativos, de formas não remuneradas de trabalho de cuidados, redes de solidariedade e ações solidárias.

É necessário que o Estado seja o indutor de uma nova organização social dos cuidados, mais igualitária e justa. Isso não significa diminuir a importância das famílias na provisão dos cuidados, mas diminuir a sobrecarga que sobre elas se abate atualmente, em especial sobre as mulheres. Para isso, é preciso contar com políticas que promovam maior igualdade na distribuição e responsabilização pela oferta de cuidados entre as famílias e os outros atores responsáveis pelo cuidado, incluindo a corresponsabilidade de gênero. Nesse sentido, políticas de cuidados buscam ampliar o espaço na organização social dos cuidados daqueles atores hoje menos presentes, tanto na esfera pública (Estado, setor privado e sociedade civil organizada), quanto na privada (no interior das famílias, independentemente dos seus formatos ou arranjos familiares, estimulando a corresponsabilização entre os gêneros).

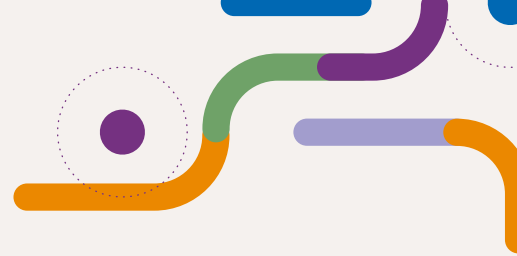
Nesse sentido, as políticas de cuidado se traduzem na oferta de serviços, benefícios, formação, regulação, dentre outras, que buscam atender, simultaneamente, às necessidades de quem demanda cuidados e de quem cuida. É por meio delas que se busca efetivar o direito ao cuidado – sendo este entendido como o direito a cuidar, a ser cuidado e ao autocuidado – bem como a corresponsabilização de gênero (entre mulheres e homens, em sua diversidade) e social (entre as famílias, as comunidades, o Estado e o setor privado).

É preciso considerar ainda que a Política Nacional de Cuidados envolve, em grande medida, serviços, benefícios e programas já existentes em políticas públicas e sistemas consolidados no país, como o Sistema Único de Saúde (SUS), o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e a rede de educação pública. Isso significa que a Política Nacional de Cuidados deve ser elaborada a partir de uma abordagem intersetorial e enfatizar a colaboração federativa, promovendo e assegurando a intersetorialidade e a integralidade, sem produzir sobreposições.

Quadro 8. Uma síntese dos conceitos apresentados

CUIDADO	TRABALHO COTIDIANO DE PRODUÇÃO DE BENS E SERVIÇOS NECESSÁRIOS À SUSTENTAÇÃO E REPRODUÇÃO DA VIDA HUMANA, DAS SOCIEDADES E DA ECONOMIA E À GARANTIA DE BEM-ESTAR DE TODAS AS PESSOAS. PODE SER REALIZADO DE FORMA REMUNERADA OU NÃO REMUNERADA, DE MANEIRA DIRETA (COM INTERAÇÃO FACE A FACE) OU INDIRETA (SEM ESSA INTERAÇÃO). TRATA-SE DE UM TRABALHO QUE ENVOLVE RECORRÊNCIA E POSSIBILIDADE DE COMPARTILHAMENTO.
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DOS CUIDADOS	É A FORMA COMO AS FAMÍLIAS, O ESTADO, O SETOR PRIVADO E A COMUNIDADE SE INTER-RELACIONAM PARA FORNECER CUIDADO E A FORMA COMO OS DOMICÍLIOS E SEUS MEMBROS SE BENEFICIAM DELE.
POLÍTICA DE CUIDADOS	TIPO DE POLÍTICA PÚBLICA QUE TEM COMO OBJETIVO A REORGANIZAÇÃO E O COMPARTILHAMENTO DA RESPONSABILIZAÇÃO SOCIAL PELOS CUIDADOS, POR MEIO DE UM CONJUNTO DE INICIATIVAS QUE OBJETIVAM ATENDER AS NECESSIDADES DE QUEM DEMANDA CUIDADOS E DE QUEM CUIDA. É POR MEIO DELA QUE SE GARANTE O DIREITO HUMANO AO CUIDADO – SENDO ESTE ENTENDIDO COMO O DIREITO A CUIDAR, A SER CUIDADO E AO AUTOCUIDADO –, BEM COMO A CORRESPONSABILIZAÇÃO DE GÊNERO (ENTRE MULHERES E HOMENS, EM SUA DIVERSIDADE) E SOCIAL (ENTRE AS FAMÍLIAS, AS COMUNIDADES, O ESTADO E O SETOR PRIVADO).
SOCIEDADE DOS CUIDADOS	NOVO PARADIGMA PARA O DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, SOCIAL E AMBIENTAL, QUE TRAZ O CUIDADO PARA O CENTRO DA VIDA. SUAS BASES SÃO A CORRESPONSABILIZAÇÃO, A SUSTENTABILIDADE DA VIDA E DO PLANETA E A GARANTIA DE DIREITO AO CUIDADO, INCORPORANDO AS PERSPECTIVAS DE GÊNERO, DA INTERSECIONALIDADE E DA INTERCULTURALIDADE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS. ISSO IMPLICA RECONHECER A FUNÇÃO SOCIAL DOS CUIDADOS E, AINDA, COMPREENDER O CUIDADO COMO UM BEM PÚBLICO.

4.4. Sujeitos da Política



O marco conceitual da Política Nacional de Cuidados define o cuidado como um direito humano universal. Isso significa que todas as pessoas têm direito ao cuidado em suas três dimensões: a cuidar, a ser cuidado e ao autocuidado. Esse direito universal, quando materializado por meio de políticas públicas, deve ser compreendido a partir do princípio do *universalismo progressivo e sensível às diferenças*.

O conceito de universalismo progressivo considera que, na impossibilidade de garantir de forma imediata o acesso irrestrito às políticas de cuidados para todas as pessoas, por razões de restrições de recursos e capacidades institucionais, deve-se priorizar grupos sociais com maiores necessidades para, progressivamente, ampliar esse alcance, até abarcar a totalidade da população. Isso significa aplicar o princípio da progressividade e, simultaneamente, o da não regressão, ou seja, grupos que já foram incluídos no acesso aos direitos não podem perder essa condição.

Já o conceito de universalismo sensível a diferenças aponta para a necessidade de levar em conta, de forma sistemática, as desigualdades estruturantes – como gênero, raça, etnia, classe, idade, deficiência e território, assim como seus entrecruzamentos e encadeamentos ao longo do curso de vida das pessoas²⁰. Esse conceito deve ser aplicado tanto no diagnóstico da atual organização social dos cuidados no Brasil, quanto nas políticas, programas e ações dirigidos à sua necessária transformação. Nessa perspectiva, a Política Nacional de Cuidados deve orientar-se por superar ativamente essas desigualdades e suas intersecções por meio de ações afirmativas dirigidas a pessoas e grupos que vivenciam simultâneas e – muitas vezes entrecruzadas – formas de desigualdade, discriminação e exclusão, com o objetivo de romper barreiras de acesso às políticas públicas e atingir efetivamente a sua universalidade.

20. CEPAL. Desarrollo social inclusivo: una nueva generación de políticas para superar la pobreza y reducir la desigualdad en América Latina y el Caribe, 2016. Acesse [aqui](#). CEPAL. A Agenda Regional de Desenvolvimento Social Inclusivo, 2020. Acesse [aqui](#).

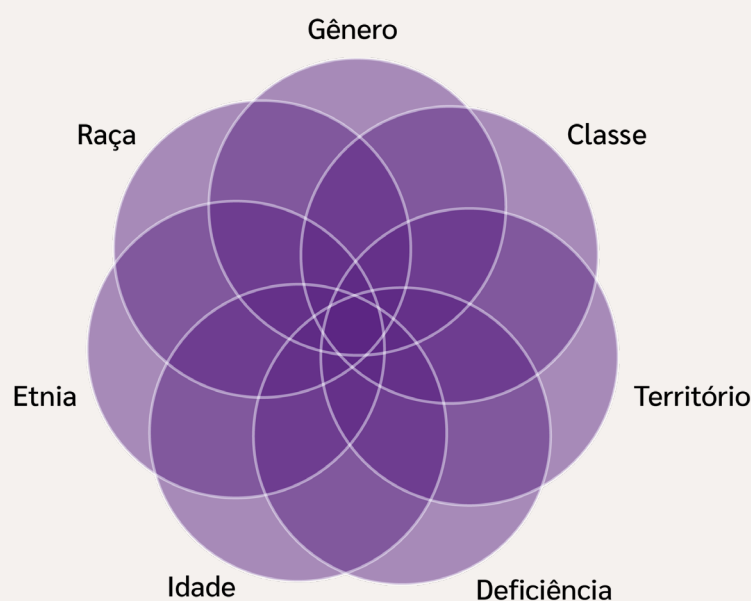
Isso significa que a Política e o Plano se pautam pela ideia de definição de públicos prioritários que vão sendo progressivamente expandidos em direção à universalidade do direito ao cuidado. A definição desses públicos tem como premissa o reconhecimento de desigualdades estruturais, que constituem e são constituídas e reproduzidas pela organização social injusta e desigual dos cuidados. Essas desigualdades abrangem as relações de *gênero, raça, classe, etnia, território, idade e deficiência*, em suas múltiplas intersecções.

Figura 1. O universalismo progressivo na Política Nacional de Cuidados



Assim, diversos grupos da população (como por exemplo as mulheres negras e indígenas, as jovens mulheres negras da periferia, as crianças indígenas e quilombolas, entre muitos outros) sofrem, simultaneamente, numerosas e agravadas formas de desigualdade e discriminação que se entrecruzam, se potencializam e se encadeiam ao longo do curso de suas vidas (figura 2). O reconhecimento e o enfrentamento dessas desigualdades devem estar presentes na definição dos objetivos, eixos, ações e estratégias de gestão e implementação, tanto da Política, quanto do Plano Nacional de Cuidados.

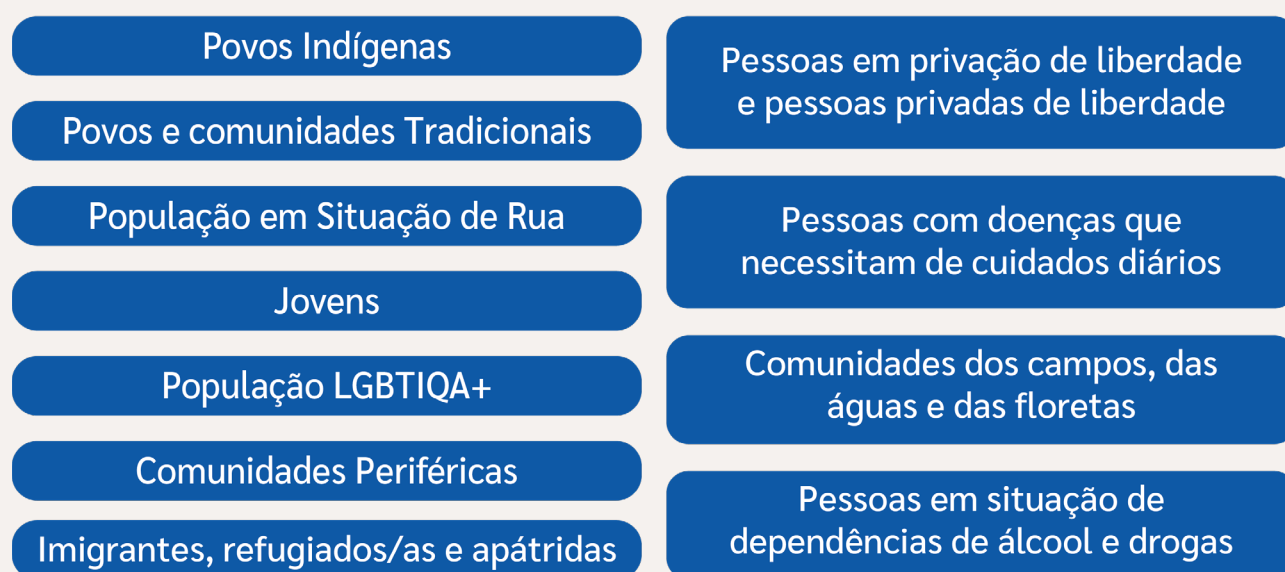
Figura 2. Desigualdades estruturais e interseccionais que constituem a organização social dos cuidados no Brasil



A partir dessa premissa, a Política Nacional de Cuidados define seus *públicos prioritários*, que correspondem aos grupos sociais com maiores necessidades de cuidado e sujeitos a intensas e mais sistemáticas violações dos seus direitos, seja como pessoas que cuidam ou como pessoas que são cuidadas. Na perspectiva do universalismo progressivo e sensível às diferenças, esses são os públicos primordialmente destinatários da Política Nacional e, especialmente, do Plano, em uma primeira etapa de formulação e implementação. São eles: i) crianças e adolescentes, com atenção à primeira infância; ii) pessoas idosas que necessitem de apoios e auxílios para as atividades básicas e instrumentais da vida diária; iii) pessoas com deficiência que necessitem de apoios e auxílios para as atividades básicas e instrumentais da vida diária; e iv) trabalhadoras e trabalhadores remunerados e não remunerados do cuidado.

A Política Nacional prevê, ainda, vinculado aos públicos prioritários, grupos que demandam particular atenção. Trata-se de grupos sociais que possuem especificidades quanto às formas e necessidades de cuidados (considerando tanto quem cuida quanto quem é cuidado) e/ou vivenciam situações particulares de vulnerabilidade, discriminação e/ou exclusão no acesso ao direito aos cuidados. As especificidades desses grupos devem ser consideradas na formulação, implementação e monitoramento do Plano Nacional de Cuidados. São eles:

Figura 3. Públicos específicos na Política Nacional de Cuidados





5

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

5.1. A definição do problema público: organização social desigual, injusta e insustentável dos cuidados²¹

Como definido anteriormente, a organização social dos cuidados refere-se à forma como as sociedades se organizam entre as diferentes instituições provedoras de cuidado para ofertar cuidado e a forma como as famílias e os indivíduos dentro delas se beneficiam nesta provisão. 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 GTI-Cuidados – 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, tal como detalhado no **Quadro 9**, abaixo:

A organização social dos cuidados é desigual, injusta e insustentável – ela responsabiliza primordialmente as famílias e, dentro delas, as mulheres. Por não ser percebido como um problema público, que demanda respostas públicas e coletivas – abrangendo também o Estado, o setor privado e a comunidade –, o trabalho de cuidado sobrecarrega quem cuida e compromete o acesso e a qualidade do cuidado para quem o recebe. O contexto de transformação demográfica e do mercado de trabalho contribuem para a intensificação da crise dos cuidados.

A organização social dos cuidados ao mesmo tempo em que está assentada em 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,

21. O diagnóstico do problema público da PNAC foi construído pelo GTI-Cuidados, subsidiado pela Câmara Técnica de Gestão de Informações (CT-GI), a partir de outubro de 2023. Além da construção pela CT-GI e da discussão e validação pelo pleno do GTI-Cuidados, foram utilizadas as notas informativas produzidas pela SNCF/MDS, em 2023. De forma complementar, a Fiocruz, no projeto “Diagnóstico da Organização Social dos Cuidados no Brasil”, contribuiu para a sistematização das evidências que ancoram esse diagnóstico. Para mais informações sobre as notas informativas ver: NI 1- As Mulheres Negras no Trabalho de Cuidado, NI 2- Trabalhadoras Domésticas e Políticas de Cuidado, NI 3- Trabalho Infantil e Políticas de Cuidado, NI4 – Jovens e o Trabalho de Cuidado no Brasil, NI 5 – Envelhecimento e o Direito ao Cuidado. Acesse [aqui](#).

isenta - ou reduz - a responsabilidade dos homens em relação aos cuidados, sobrecarregando as mulheres, especialmente as mulheres negras e as mais pobres. É o caso, por exemplo, do 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.

A estas desigualdades se somam ainda aquelas relacionados ao território, à idade e à deficiência, levando a que estereótipos e discriminações associadas ao idadismo e ao capacitismo²² também sejam, ao mesmo tempo, produtoras da atual organização social dos cuidados e por ela reproduzidas.

Em suma, a organização social dos cuidados no Brasil está profundamente marcada pelas desigualdades de gênero, raça, etnia, classe, curso de vida, território e deficiência, sendo que estas múltiplas e interseccionadas formas de desigualdade determinam fortemente tanto a provisão dos cuidados (e o trabalho remunerado e não remunerado de cuidados que está na base dessa provisão) quanto o direito ao cuidado pela população.

Isso porque se o cuidado não é concebido como um direito de todas as pessoas e a sua provisão se baseia fundamentalmente nas famílias, a compreensão social que predomina é que este não é um problema público, mas sim um problema privado, a ser resolvido pelas famílias, na medida de suas 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, e constituem importantes vetores de reprodução de desigualdades, de vulnerabilidades e da pobreza.

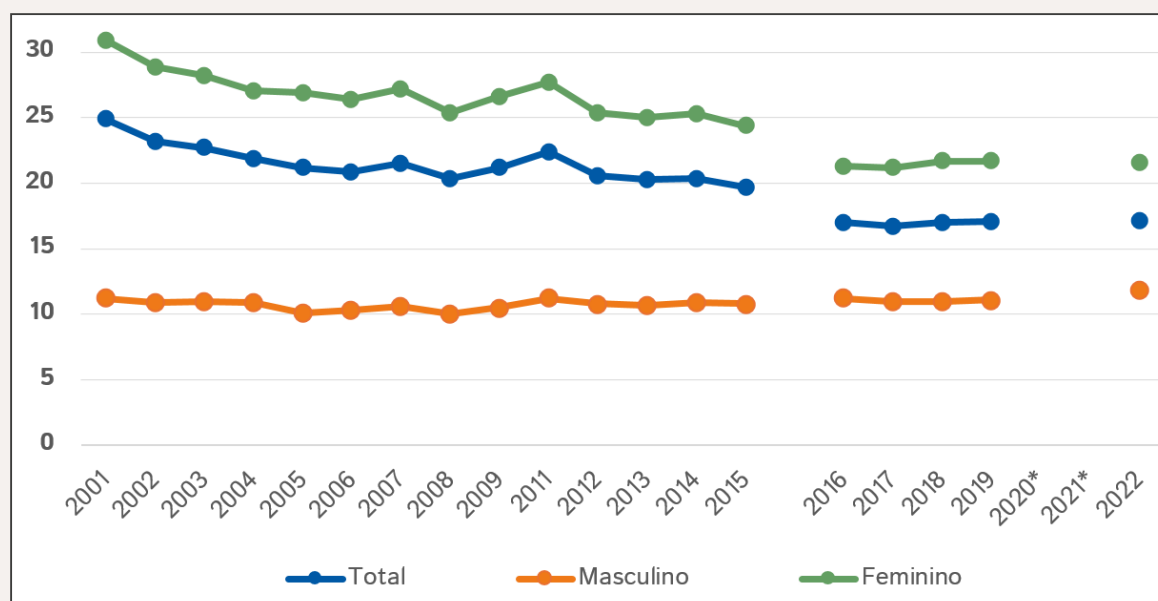
É a partir desse fio condutor que, na sequência, apresentamos uma narrativa mais detalhada do problema, ancorando-o em evidências empíricas sobre o tema, construídas a partir de dados estatísticos ou registros administrativos disponíveis sobre o cuidado.

22. 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.

5.2. Retratos das desigualdades dos cuidados na realidade brasileira

A premissa de que a organização social dos cuidados no Brasil é injusta e desigual – por se basear em uma desproporcional responsabilização das famílias e das mulheres – é largamente documentada por dados como aqueles oriundos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD-C) conduzida pelo IBGE. Segundo a PNAD-C, as mulheres dedicavam, em 2022, quase o dobro do número de horas semanais dedicadas pelos homens ao trabalho doméstico e de cuidados não remunerado (21,6 horas x 11,8 horas), valor que já chegou a ser o triplo, no início dos anos 2000, como retratado no **gráfico 1** (abaixo). Vale destacar que esta redução das desigualdades de gênero no período acompanhado não ocorre por uma redistribuição das responsabilidades entre mulheres e homens, mas pela redução das jornadas femininas em trabalho de cuidados, devido a fatores como redução do número de filhos/as, maior presença no trabalho remunerado, acesso a tecnologias de liberação do tempo ou a ampliação da cobertura de políticas públicas como creches e pré-escolas, entre outras. Essa tendência é acompanhada por uma estabilidade das jornadas masculinas em toda a série histórica disponível. Os dados analisados reforçam, portanto, o aspecto estrutural da divisão sexual do trabalho de cuidados, indicando o desafio a ser enfrentado para a transformação da atual organização social dos cuidados.

Gráfico 1. Média de horas semanais dedicadas ao trabalho doméstico e de cuidados não remunerado pela população de 16 anos ou mais de idade, por sexo. Brasil, 2001 a 2022*



Fonte: PNAD anual (2001 a 2015) e PNAD-C (2016 a 2022)

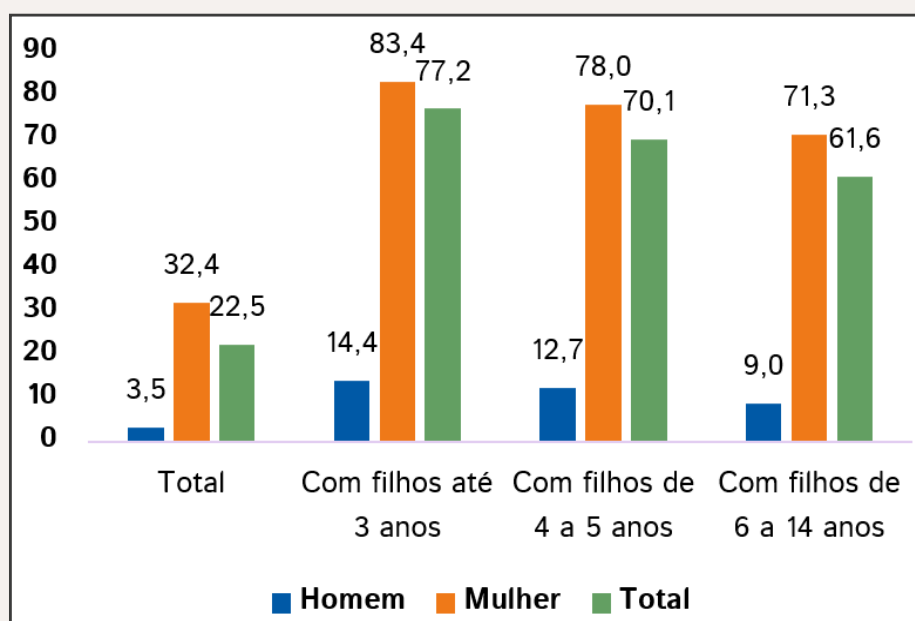
Nota: * Nos anos de 2020 e 2021, o módulo "Outras Formas de Trabalho" da PNAD Contínua, no qual constam as informações sobre jornadas em trabalho doméstico e de cuidados não remunerado, não foi aplicado devido à pandemia de COVID-19.

Ao longo do curso de vida das mulheres, o trabalho de cuidados não remunerado compromete parte expressiva do seu tempo diário, o que produz aquilo que a literatura tem chamado de *pobreza de tempo*, reduzindo as possibilidades de conclusão de trajetórias educacionais, a disponibilidade de tempo para o autocuidado, lazer, trabalho remunerado e participação na vida pública, entre outras várias dimensões da vida. As responsabilidades pelos cuidados moldam a trajetória laboral das mulheres e a necessidade de dedicar tempo a este trabalho 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. É o que evidenciamos ao observar, com base no **gráfico 2**: em 2022, entre as mulheres com 16 anos ou mais de idade que não estavam trabalhando e nem procurando emprego – ou não estavam disponíveis/não podiam trabalhar caso arrumassem uma ocupação –, quase 1/3 estava nessa situação em função das responsabilidades de cuidados – em comparação, apenas 3,5% 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: entre aquelas com filhos/as menores de três anos de idade, mais de 80% afirmaram que a sua indisponibilidade era resultado da necessidade de prover cuidado para essas crianças ou de mais familiares (realidade de menos de 15% dos homens na mesma situação).

Gráfico 2. Proporção das 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 ou filhas*, outros parentes e afazeres domésticos, segundo sexo e idade das filhas ou filhos. Brasil, 2022

Fonte: Elaboração própria, a partir da PNAD-C 2022

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



As mulheres, contudo, não são igualmente impactadas pela responsabilização pelo trabalho de cuidados. Os dados permitem visualizar de forma muito evidente como existem grandes desigualdades no que se refere à carga de trabalho doméstico e de cuidados sob responsabilidade das mulheres, a depender da sua identificação racial, de sua renda, escolaridade, local de moradia, idade, dentre outras dimensões. É importante, neste caso, chamar atenção para a realidade das pessoas jovens²³, em especial das mulheres jovens, tanto em relação às suas necessidades de cuidado quanto ao seu papel na provisão de cuidados. A juventude é um período de transição, não apenas no que se refere às trajetórias educacionais e de inserção no mercado de trabalho, mas também à sua situação familiar. A responsabilização pelo trabalho cotidiano de cuidado impacta a vida das pessoas jovens de distintas formas, entre elas as suas condições de acesso e a permanência no sistema educacional e no mercado de trabalho. Cerca de 15% de jovens que não frequentam ou nunca frequentaram escola afirmam que o principal motivo para isso eram as responsabilidades pelos cuidados familiares ou pelos afazeres domésticos. Essa é, contudo, uma realidade fortemente marcada pelas desigualdades de gênero: enquanto 35% das jovens alegaram que esse foi o principal motivo para não frequentarem escola, apenas 0,8% dos jovens do sexo masculino afirmaram o mesmo (PNAD-C, 2022²⁴).

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 a 17 anos) demandam mais cuidados do que jovens das outras duas faixas etárias, embora aquele primeiro grupo também realize trabalho de cuidados, especialmente as meninas. É o caso daquelas que já são mães, que cuidam de seus irmãos e suas irmãs menores ou realizam trabalho doméstico no interior dos seus próprios domicílios, para que as suas mães possam inserir-se no mercado de trabalho²⁵. Conforme se avança na faixa etária, aumenta a carga de trabalho de cuidados não remunerado exercida por jovens, especialmente as mulheres. Considerando as três faixas etárias assinaladas, o número de horas semanais dedicadas ao trabalho

23. A juventude no Brasil é definida pelo Estatuto da Juventude (Lei nº 12.852, de 05/08/2013, acesse [aqui](#)) como a etapa da vida compreendida entre 15 e 29 anos.

24. NI nº 4/2023 SNCF/MDS Jovens e o Trabalho de Cuidado no Brasil. Acesse [aqui](#).

25. NI nº 3/2023 MDS/SNCF Trabalho Infantil e Políticas de Cuidado. Acesse [aqui](#)

não remunerado de cuidados pelas jovens mulheres era de 12,5 no grupo de 15 a 17 anos, 18,3 no grupo de 18 a 24 anos e 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 também está fortemente marcada pelo nível de renda, o sexo, a pertença étnica e racial, a existência de filhos/as ou de deficiência – seja no caso da própria pessoa jovem, seja de alguém da família que ele deve cuidar.

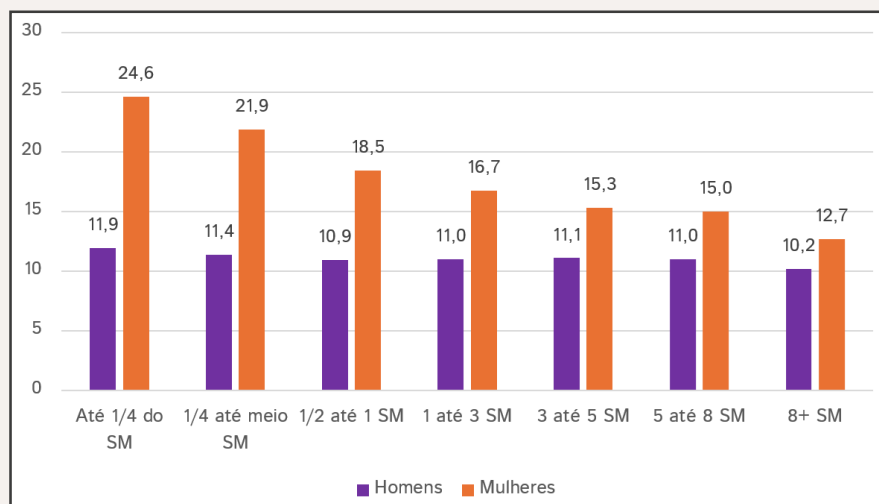
O pertencimento racial e as condições de acesso a renda são também definidores do envolvimento das mulheres (e dos homens) em trabalho de cuidados não remunerado. A carga deste trabalho é significativamente mais elevada para as mulheres mais pobres ou mulheres negras, o que contribui para a reprodução da pobreza e das desigualdades. Ao longo de todo o ano de 2022, as mulheres negras, por exemplo, trabalharam 74,9 horas a mais que as mulheres brancas, o que equivale a uma semana e meia adicional de trabalho por ano, considerando a jornada legal de 44 horas semanais de trabalho (PNAD-C, 2022).

Interessante ainda destacar o importante efeito da renda sobre estas jornadas. O **gráfico 3** explicita uma correlação entre horas semanais dedicadas ao trabalho doméstico e de cuidados e a renda, sendo esta inversamente proporcional de forma bastante clara no caso das mulheres e, de forma muito mais discreta, no caso dos homens. As mulheres com maior acesso à renda dedicam menos horas semanais ao trabalho doméstico e de cuidado não remunerado. Enquanto aquelas com renda de oito salários-mínimos 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 médias 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.

Não é difícil compreender por que o acesso à renda pode levar à redução nas jornadas de trabalho doméstico e de cuidados não remunerado. Em um contexto de insuficiente oferta pública de cuidados, a sua provisão – e o acesso a elas – torna-se uma questão individual, como mencionado anteriormente, e famílias com maior 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.

Grafico 3: Número de horas semanais dedicadas ao trabalho doméstico e de cuidados não remunerado, por sexo, segundo faixas de rendimento do trabalho principal. Brasil, 2022.



Fonte: PNAD-C, 2022.

Elaboração própria.

Essa possibilidade de “delegação”²⁶ – 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. De um lado, ela permite às famílias mais abastadas que o trabalho doméstico e de cuidado seja realizado, sem que seja sacrificada a trajetória profissional das mulheres ou 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 famílias, enquanto elas próprias não podem contar com arranjos similares para equacionarem as suas necessidades e de suas próprias famílias. É comum que haja aqui o que se poderia chamar de uma “transferência de cuidados”, na qual as trabalhadoras domésticas deixam de cuidar de suas famílias para transferirem esse cuidado para outras famílias, que podem pagar por esse serviço. Levanta-se, então, a pergunta: quem cuida das trabalhadoras domésticas e de suas famílias?

26. HIRATA, H. KERGOAT, D. Novas Configurações da Divisão Sexual do Trabalho, 2007. Acesse [aqui](#).

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

De quem estamos falando, quando falamos no trabalho doméstico remunerado? Trata-se de uma ocupação que abrange uma variedade de funções, incluindo atividade de trabalhadoras/es mensalistas, diaristas, babás, cuidadoras/es, cozinheiras, motoristas, profissionais de jardinagem, dentre outros. Para o nosso sistema estatístico, coordenado pelo IBGE, são trabalhadoras e trabalhadores domésticos todas as pessoas que tenham no domicílio o local de exercício de sua atividade profissional e que sejam contratadas por pessoas físicas, ou seja, diretamente pelas famílias.

Do total de 5,65 milhões de trabalhadoras e trabalhadores domésticos, mais de 90% são mulheres e 61% são mulheres negras (PNAD-C, 2022). O peso desta ocupação na força de trabalho feminina do país é ainda bastante expressivo, sendo responsável por 13 em cada 100 mulheres ocupadas, valor que chega a 16 a cada 100 quando se consideram apenas as mulheres negras²⁷.

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, e, ainda, à proteção social e ao acesso a benefícios previdenciários, haja vista ser essa uma profissão caracterizada pela informalidade e pelos baixos salários.

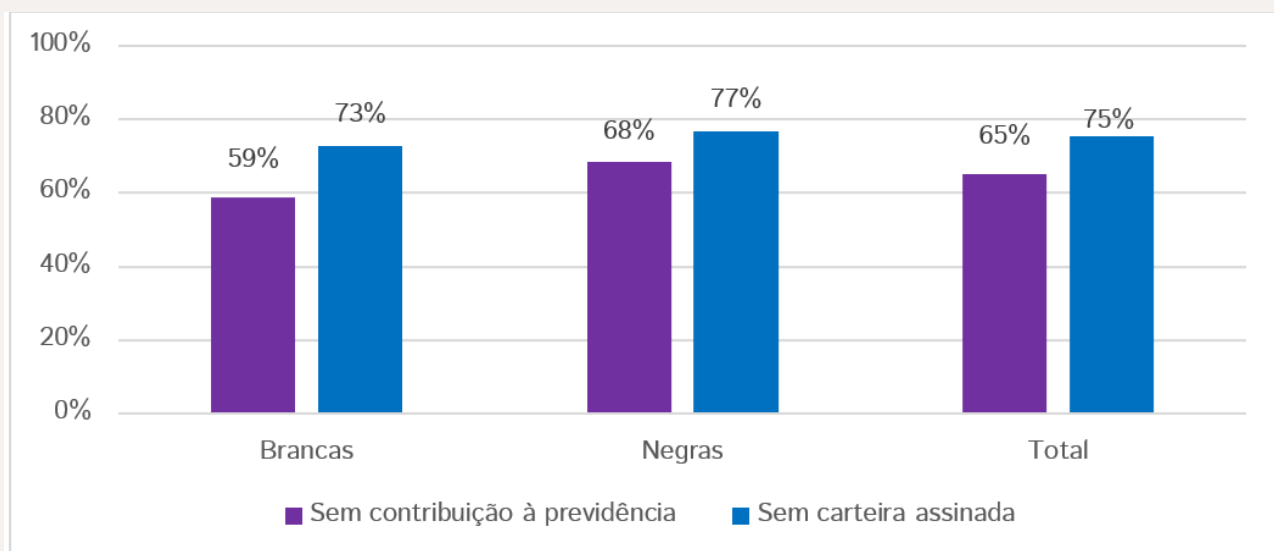
A segunda mudança diz respeito ao acelerado crescimento das trabalhadoras domésticas diaristas, que correspondem atualmente a quase metade do total da categoria, em um movimento que segue crescente. Estas trabalhadoras – que são aqui definidas como aquelas que atuam em mais de um domicílio com frequência inferior a três vezes na semana em cada um deles – não têm direito à formalização de seus vínculos trabalhistas, o que resulta em um cenário no

27. Não apenas a categoria das trabalhadoras domésticas remuneradas é feminizada, mas o conjunto das profissões relacionadas ao cuidado. As mulheres representam a grande maioria do trabalho de cuidados remunerado: quase 75% do total dos postos de trabalho existentes no setor de cuidados no Brasil é ocupado por mulheres. Nesse setor, as desigualdades entre mulheres também são expressivas; mulheres negras representam 45% da força de trabalho remunerada de cuidados – Fonte: GUIMARÃES, N.; PINHEIRO, L. O Halo do Cuidado: desafios para medir o trabalho remunerado de cuidado no Brasil. Acesse [aqui](#).

qual 93% das diaristas trabalham sem carteira assinada (PNAD-C, 2022). Ainda que estas mulheres possam contribuir diretamente para a previdência, como contribuintes individuais ou por meio da categoria de microempreendedoras individuais (MEIs), apenas 23,6% estão atualmente vinculadas à previdência social brasileira (PNAD-C 2022).

Com efeito, a informalidade é uma marca da categoria. 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 2022, as profissionais recebiam em média 84% do salário-mínimo e apenas ¼ das trabalhadoras domésticas tinham carteira de trabalho assinada, enquanto 65% não contribuía para a previdência social. Estes valores não são pontos fora da curva. Desde 2018, há uma tendência de crescimento da proporção de trabalhadoras domésticas que não contribuem para previdência e que não tem carteira de trabalho assinada, tendência que se acentuou a partir de 2020, no contexto da pandemia de Covid-19. Trata-se de uma trajetória de desproteção social e laboral que remete às raízes escravocratas do país, mas cuja precariedade se intensifica em momentos de crises. O gráfico 4 retrata a proporção de trabalhadoras domésticas informais, levando em conta tanto a ausência de carteira de trabalho assinada, quanto a de contribuição previdenciária.

Gráfico 4. Proporção de trabalhadoras domésticas de 18 anos ou mais de idade sem carteira assinada ou sem contribuição à previdência, por raça. Brasil, 2022.



Fonte: PNAD-C 2022 – elaboração própria

Esse aspecto da problemática organização social dos cuidados deve ser examinado à luz dos avanços recentes em termos de garantia 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 72/2013²⁸, conhecida como “PEC das Domésticas” – posteriormente regulamentada pela Lei Complementar nº 150/2015²⁹ – que ampliou o acesso aos direitos trabalhistas já assegurados às demais categorias profissionais, ainda que de forma incompleta. Outro marco importante foi a ratificação da Convenção sobre o trabalho decente para as trabalhadoras e os trabalhadores domésticos nº 189 da OIT (2011).

Entre os desafios que persistem, contudo, está o de garantir o cumprimento dos direitos já existentes, por meio do aumento da fiscalização das condições de trabalho, assim como a realização de campanhas de conscientização. Outro grande desafio é estruturar estratégias de proteção social para as diaristas ainda não cobertas pela Lei Complementar nº 150/2015, que define que apenas aquelas trabalhadoras que ofertem seus trabalhos a um mesmo empregador por um mínimo de três dias na semana teriam direito à formalização do vínculo de trabalho.

5.4. A atuação subsidiária do Estado na provisão de cuidados

Uma das dimensões centrais para refletir sobre a organização social dos cuidados diz respeito ao fato de o cuidado ainda 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. Na realidade, no Brasil, o cuidado ainda não é reconhecido como um direito, apesar da existência de marcos normativos nacionais e internacionais que o reconhecem como tal. Essa ausência de reconhecimento no ordenamento jurídico nacional – seja constitucional ou infraconstitucional – contribui para a limitada discussão pública sobre soluções para o cuidado, privando quem cuida e quem é cuidado de protagonismo neste debate.

Neste contexto, a atuação estatal conformou-se, ao longo da história, a partir da lógica da subsidiariedade. Ou seja, a família é a principal responsável por prover

28. BRASIL. Emenda Constitucional nº 72 de 02 de abril de 2013. Acesse [aqui](#).

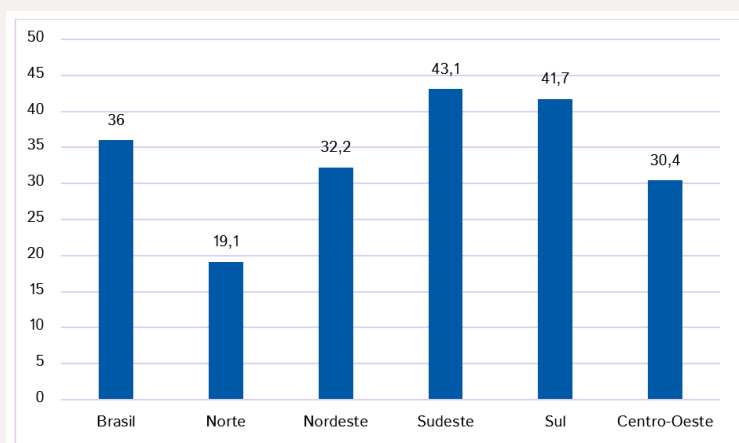
29. BRASIL. Lei Complementar nº 150, de 1º de junho de 2015. Acesse [aqui](#).

cuidados. Quando a família não consegue equacionar a questão, o Estado atua, ainda que de forma muito insuficiente. O caso dos cuidados das pessoas idosas e pessoas com deficiência, que requerem apoio e auxílio, exemplifica a oferta muito aquém da necessidade: em todo o Brasil, existem, por exemplo, pouco menos de 2500 unidades públicas de acolhimento institucional voltadas para pessoas idosas e/ou com deficiência (Censo SUAS, 2023)³⁰ frente a uma estimativa de 5,1 milhões de pessoas idosas que demandariam cuidados atualmente – valor que alcançaria entre 7 e 8 milhões em 2030 – e outros 1,7 milhão considerados desamparados por não receberem cuidado algum.³¹

Mas esta é uma realidade também no que se refere às políticas para a primeira infância ou mesmo para crianças acima dos seis anos de idade. Nesse sentido, vale olhar atentamente para a política de creches. As creches constituem-se em um serviço baseado na indissociabilidade do educar e do cuidar, que atende crianças de até três anos, durante o dia, em horário parcial (mínimo de 4 horas diárias) ou integral (mínimo de sete até dez horas diárias)³². A meta do Plano Nacional de Educação (PNE) para 2024 é garantir que 50% das crianças de 0 a 3 anos estejam matriculadas nas creches. Entretanto, apesar dos avanços positivos, a taxa de cobertura em 2022 era de apenas 36%, com significativas diferenças regionais e entre as áreas urbanas e rurais. Na região Sudeste do país, por exemplo, esse valor chega a 43%, enquanto na região Norte menos de 20% das crianças frequentam creches (gráfico 5).

Gráfico 5. Porcentagem de crianças entre 0 e 3 anos em creches (Brasil e regiões, 2022).

Fonte: IBGE, 2022³³



30. Censo Suas – MDS 2023. Acesse [aqui](#).

31. CAMARANO, A. A. Vidas idosas importam, mesmo na pandemia. 2021. Acesse [aqui](#)

32. Segundo Parecer do Conselho Nacional de Educação (CNE). Acesse [aqui](#).

33. IBGE. Síntese de Indicadores Sociais. Acesse [aqui](#).

Estes dados mostram, portanto, que a atuação estatal ainda é insuficiente para responder às desigualdades territoriais, ampliando as necessidades de cuidados e a sobrecarga das mulheres, especialmente as negras e de baixa renda nesses territórios³⁴. A infraestrutura social, tanto urbana quanto rural, não é concebida considerando a ótica do cuidado – e, menos ainda, a lógica da interdependência³⁵ entre quem cuida e quem é cuidado. Disso resultam insuficiências, como falta de acessibilidade e transporte, e, especialmente, oferta dos serviços próximos à moradia ou em horários distintos do horário escolar tradicional, como férias, recesso, finais de semana e horários noturno.

Vale destacar ainda que, à medida em que o cuidado é historicamente construído como uma questão das famílias, os empregadores, seja 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 remunerados (formais ou informais) incompatíveis com o tempo necessário para cuidar, assim como formas de organização do trabalho que desconsideram as necessidades de compatibilização entre o trabalho remunerado e as responsabilidades familiares e de cuidado.

Isso 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 Cidadã³⁶) e cinco dias corridos para os homens assalariados formais do setor privado, podendo chegar a 20 dias no caso de servidores

34. Em estudo realizado em 2023 pela Defensoria Pública do Rio de Janeiro, identificou-se um perfil de pessoas que busca o serviço. São, principalmente, mulheres (87,9%), pessoas negras (75%), solteiras (70,3%), entre 20 e 39 anos (79,3%). Cerca de 70% das requerentes que se identificaram como mães disseram ser a única responsável pela criança. Além disso, cerca de 62% das pessoas entrevistadas informaram que já perderam algum emprego por não ter vaga em creche para filhas e filhos, enquanto 21% não estavam trabalhando por não terem quem cuidasse de suas filhas ou de seus filhos. Um total de 35,5% afirmaram pagar uma creche particular pela falta de vaga em creche pública. Dentre as pessoas entrevistadas, 45% responderam que buscavam uma creche por estarem procurando emprego e 29,2% informaram que essa demanda decorre da necessidade de compatibilizar com seu horário do trabalho. Acesse [aqui](#).

35. A interdependência é chave para a Política e para o Plano Nacional de Cuidados e corresponde a uma abordagem que supera a dicotomia dependência/autonomia, reconhecendo que todas as pessoas estão envolvidas em uma rede de interdependência e que, portanto, as necessidades de quem cuida e de quem é cuidado devem ser compreendidas de forma integrada.

36. Lei nº 11.770 de 9 de setembro de 2008 – acesse [aqui](#).

públicos e funcionários de empresas vinculadas ao Programa Empresa Cidadã³⁷. 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 responsabilização dos homens pelo trabalho de cuidado de seus filhos e filhas.

5.5. As demandas por cuidado e a transição demográfica

A reflexão sobre serviços voltados às crianças, pessoas idosas e com deficiência nos permite evidenciar que, para a PNaC, são indissociáveis as necessidades de quem cuida e de quem é cuidado e, portanto, advogar em prol de quem cuida é advogar em prol de quem é cuidado e vice-versa³⁸. 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 é cuidado. É importante 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 e muitas vezes uma pessoa que demanda cuidado também cuida e contribui para o sustento emocional e financeiro de seu núcleo familiar. É importante destacar este ponto, porque é comum que pessoas que requerem cuidados, especialmente quando adultas (idosas ou com deficiência) sejam estigmatizadas e desvalorizadas.

A ideia de que a sociedade é composta de 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, além de ocultar o fato de que as pessoas ditas independentes acessam, frequentemente, uma oferta desproporcional de bens e serviços de cuidados, o que, inclusive, permite a elas liberarem tempo para realização de outras atividades, inclusive laborais. É o caso, por exemplo, de um homem que não se sente responsável por realizar atividades domésticas e de cuidados e possui tempo disponível para o exercício

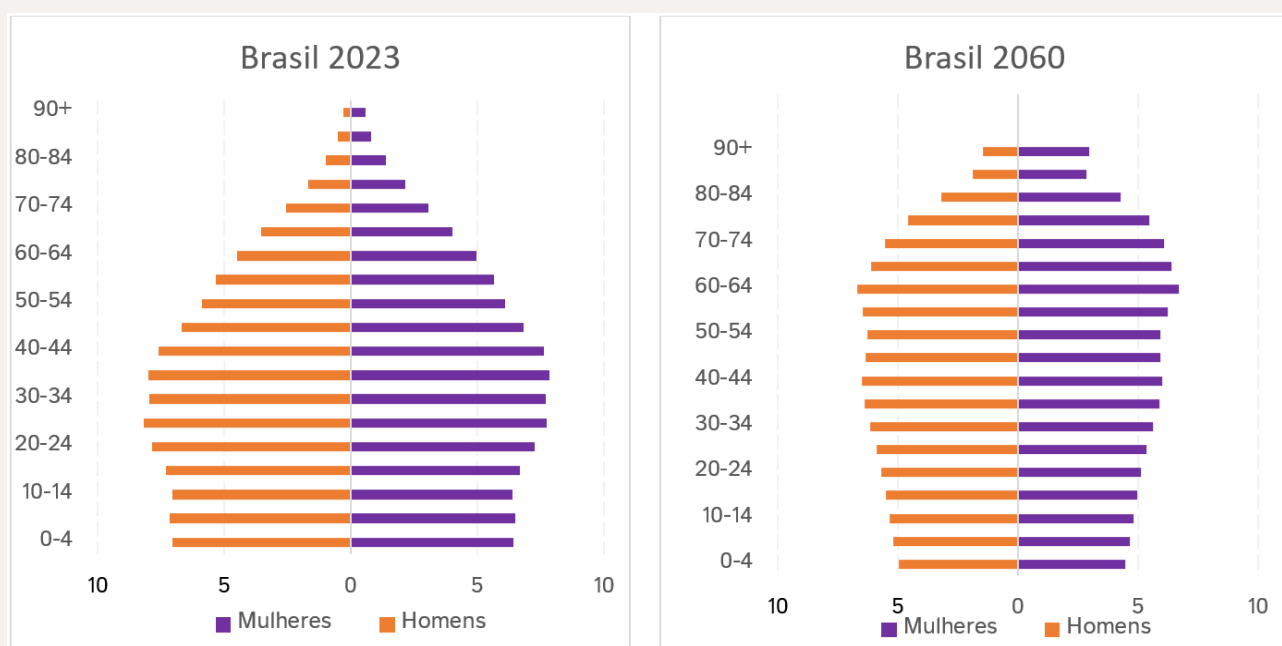
37. Lei nº 13.257 de 8 de março de 2016 – acesse [aqui](#).

38. KITTAY, E. Love’s Labour: Essays on Woman, Equality and Dependency, 2020. Acesse [aqui](#).

de um posto de trabalho com mais poder e prestígio.

Esta compreensão torna-se ainda mais importante devido ao processo de transição demográfica em curso em boa parte do mundo, inclusive no Brasil. Uma das marcas desse processo é o acelerado envelhecimento da população. Dados do último Censo Demográfico (2022) mostram que nos próximos 30 anos, o percentual de pessoas com mais de 60 anos duplicará – passando de 15,5% para 29,5% da população – e mais do que triplicará a proporção de pessoas de 80 anos ou mais – de 2,3% para 6,9% da população. Isto significa um aumento potencial por cuidados bastante expressivo que, na ausência de políticas mais robustas e amplas de cuidados, irá significar uma demanda ainda maior sobre as famílias, em particular sobre as mulheres. Na impossibilidade de que as famílias possam prover o cuidado, tais demandas permanecerão insatisfeitas, colocando em risco também o bem-estar e a própria sobrevivência destes grupos populacionais.

Gráfico 6. Pirâmide etária da população brasileira (2023 e 2060)



Elaboração: SNEC/MDS, a partir dos dados do IBGE (2020).

O envelhecimento, contudo, não é, em si, um problema. Ao contrário, ele é uma conquista social, resultado de avanços importantes nas condições de vida da população e no conhecimento científico. O envelhecimento se torna um desafio para a promoção da 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. Além disso, se por um lado as pessoas idosas potencialmente ampliam suas demandas de cuidado ao longo dos anos, as mulheres idosas seguem responsáveis por uma alta carga de trabalho de cuidados nos seus núcleos familiares. Em 2022, as pessoas idosas no Brasil dedicavam cerca de 19 horas de suas semanas a trabalhos domésticos e de cuidados não remunerados (sendo este valor de quase 23 horas para as mulheres idosas e de 14 horas para os homens idosos), jornada superior àquela empregada pelas pessoas não idosas (16,6 horas semanais). Apenas as pessoas de 80 anos ou mais realizavam, na média, jornadas inferiores aos de pessoas não idosas (PNAD-C, 2022), 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 do grupo³⁹.

Não há, contudo, como ignorar que a velhice tem correlação importante com a dependência – entendendo esta como a necessidade de apoio e auxílios para a realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária – e com a incidência de deficiência. Em 2022, uma a cada quatro pessoas idosas apresentava algum tipo de deficiência. Dentre as pessoas de 80 anos e mais essa porcentagem passava a ser de pouco mais da metade – 52% (PNAD-C, 2022). No caso das pessoas com deficiência, barreiras atitudinais, comunicacionais, físicas e de transporte, entre outras, geram ainda mais obstáculos ao exercício dos seus direitos, aumentando a dependência em relação a apoios e auxílios de terceiros. Trata-se de cerca de 18,6 milhões de brasileiras e brasileiros, o que corresponde a 8,9% da população⁴⁰.

Múltiplas são as dimensões da vida que devem ser observadas para a estruturação de políticas públicas que incluam pessoas com deficiência. Uma delas é a educação: há notável disparidade na taxa de analfabetismo de pessoas de 15 anos ou mais: 19,5% para as pessoas com deficiência e 4,1% para aquelas sem deficiência⁴¹. A falta de acesso a tecnologias assistivas⁴² – tanto em casa,

39. As mulheres de forma geral despendiam, em 2022, cerca de 21,5 horas semanais em trabalho doméstico e de cuidados não remunerado. As mulheres idosas de 60 a 79 anos tinham jornadas de 24 horas semanais enquanto as de 80 anos ou mais alocavam 17 horas nestas mesmas atividades a cada semana. NI nº 5/2023 SNCF/MDS – Envelhecimento e o Direito ao Cuidado. Acesse [aqui](#).

40. Informativo Pessoas Com Deficiência 2022 – PNAD Contínua/ IBGE. Acesse [aqui](#).

41. Informativo Pessoas Com Deficiência 2022 – PNAD Contínua/ IBGE. Acesse [aqui](#).

42. Tecnologia assistiva - os produtos, os equipamentos, os dispositivos, os recursos, as metodologias, as estratégias, as práticas e os serviços que objetivem promover a funcionalidade, relacionada à atividade e à participação da pessoa com deficiência ou

quanto em âmbito laboral – bem como a não utilização de instrumentos adequados para avaliar a deficiência, são alguns dos elementos que criam barreiras para a participação de pessoas com deficiência em atividades cotidianas e para sua inserção na esfera pública. Essas projeções indicam um aumento da demanda social por políticas de cuidados para os próximos anos, o que torna cada vez mais insustentável a organização social dos cuidados em voga hoje.

Se o envelhecimento nos coloca como horizonte uma ampliação da demanda por cuidados, é importante dizer que, no caso brasileiro, o crescimento da presença de pessoas idosas é acompanhado pela permanência de um grupo ainda expressivo de crianças e adolescentes que seguem demandando cuidado. 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 indicam que em pouco menos de 40 anos, em 2060, enquanto a população idosa terá duplicado seu peso no país, já respondendo por $\frac{1}{4}$ do total de habitantes, as crianças e adolescentes de até 14 anos seguirão tendo um peso muito importante, equivalente a 15% do total da população brasileira. Embora as crianças e adolescentes possuam seus direitos reconhecidos, ainda existem muitas limitações, lacunas e barreiras para que possam gozar de condições para acessá-los e garanti-los plenamente. Como resultado, as demandas – tanto de quem cuida quanto de quem é cuidado – não são integralmente incorporadas aos serviços públicos, comprometendo o exercício de direitos e vulnerabilizando aqueles que necessitam de cuidados e suas famílias.

Se pelo lado da demanda de cuidados a transição demográfica aponta para um cenário de ampliação importante, pelo lado da oferta deste trabalho o cenário também é desafiador, uma vez que as famílias, ainda hoje as principais provedoras de cuidado no país, têm progressivamente diminuído em termos de tamanho. Essa diminuição é devida, dentre outros fatores, à queda da taxa de fecundidade: dados indicam que o número de filhos/as por mulher passou de 2,04 em 2006, para 1,76 em 2021, o que está abaixo da taxa de reposição populacional (2,1)⁴³. A oferta de cuidados a partir de arranjos com famílias extensas é algo, portanto, cada vez mais escasso.

com mobilidade reduzida, com vistas à sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social (Fonte: Decreto 10.645/2021).

43. Panorama Brasil IBGE. Acesse [aqui](#).

Por outro lado, é importante considerar que as mulheres estão também cada vez menos disponíveis para uma dedicação integral e exclusiva aos cuidados com familiares, uma vez que sua participação no mercado de trabalho é um fenômeno já consolidado no país, ainda que, tal como sabido, permaneça sendo muito inferior à dos homens. Em 2022, a taxa de participação das mulheres no mercado de trabalho era de 54,1% (PNAD-C/2022), enquanto a dos homens era de 74,3%. Contudo, a participação feminina já foi muito inferior: em 1970, apenas 18,5% das mulheres participavam do mercado de trabalho⁴⁴. Este crescimento, que se consolida nas últimas décadas, é resultado de uma luta dos movimentos feministas e de mulheres pela igualdade de gênero. É crucial, contudo, que a participação das mulheres no mercado de trabalho seja acompanhada por uma reorganização efetiva das responsabilidades pelo cuidado, evitando sobrecarga das mulheres e garantindo o atendimento às necessidades daqueles que demandam cuidados.

Se as projeções indicam aumento da demanda por cuidados e redução na capacidade das famílias em ofertar este cuidado temos uma equação que não fecha, e como já apresentado, o descompasso entre essa oferta e demanda tende a se agravar. A atual forma de organização social dos cuidados vigente na sociedade brasileira, portanto, além de injusta e desigual é também insustentável. Esse processo ocorre sem que outras pessoas e instituições assumam as responsabilidades de cuidado que eram – e são – realizadas principalmente pelas mulheres. Dessa conta que não fecha resulta o que é denominado, frequentemente, como crise dos cuidados⁴⁵.

44. PINHEIRO, L.S.; JUNIOR, A.T.L.; FONTOURA, N.O.; SILVA, R. Mulheres e Trabalho: breve análise do período 2004-2014. Nota Técnica IPEA n. 24, 2014. Acesse [aqui](#).

45. GUIMARÃES, N. A “crise do cuidado” e os cuidados na crise: refletindo a partir da experiência brasileira, 2024. Acesse [aqui](#).



6

O processo participativo para a construção da Política e do Plano Nacional de Cuidados

6. O processo participativo para a construção da Política e do Plano Nacional de Cuidados

Em um cenário democrático, a participação social se configura como um pilar fundamental para a construção de políticas públicas efetivas e inclusivas. Isso permite que cidadãos e cidadãos – além de movimentos sociais organizados – expressem suas opiniões e necessidades e desempenhem um papel ativo no processo de formulação, implementação, monitoramento e avaliação das políticas. Esta abordagem colaborativa fortalece a governança, aumenta a transparência e promove a corresponsabilidade, garantindo que as decisões governamentais reflitam os interesses e as preocupações da população de forma mais coletiva.

A construção da Política e do Plano Nacional de Cuidados partiu do pressuposto de que é fundamental conhecer e dar visibilidade a diversas realidades, experiências e necessidades de cuidado presentes no país. Isso envolve ouvir atentamente as demandas e opiniões de diferentes grupos sociais e populacionais, garantindo que princípios, diretrizes, objetivos, estratégias e ações da Política e do Plano abordem de forma efetiva essas demandas, assim como o enfrentamento das desigualdades estruturais que caracterizam a organização social dos cuidados no Brasil, com destaque para as desigualdades de classe, gênero, raça, etnia, idade, território e de deficiência, e suas intersecções.

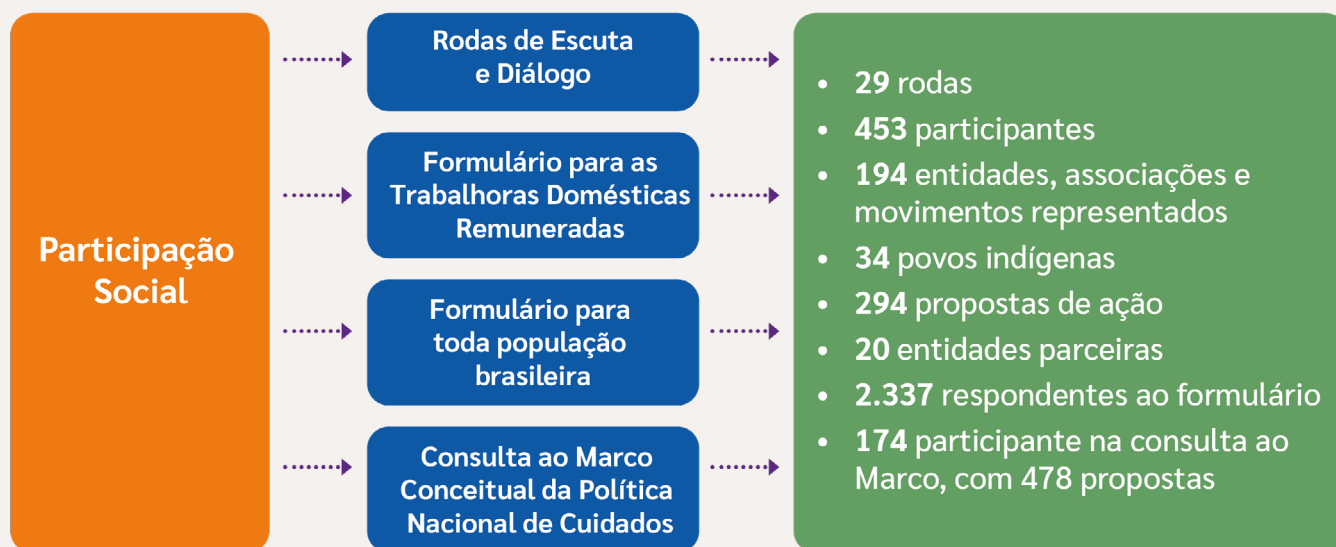
É igualmente crucial identificar as várias concepções de cuidado que coexistem no território brasileiro. A diversidade de práticas e tradições culturais relacionadas à provisão de cuidado deve ser respeitada e integrada ao desenho da Política e do Plano Nacional de Cuidados. Reconhecer e valorizar essas diferentes perspectivas fortalece ambos os instrumentos e promove uma abordagem sensível às diferenças das realidades brasileiras, ao mesmo tempo em que evita a construção de “soluções” e agendas políticas únicas.

O GTI-Cuidados, como mencionado anteriormente, esteve composto por órgãos e entidades do governo federal. A incorporação das vozes e demandas sociais, neste contexto, exigiu a construção de outras estratégias, para

garantir à população a necessária oportunidade de colaborar com a formulação da Política e do Plano Nacional de Cuidados. Estas estratégias, em determinados momentos, correram em paralelo ao trabalho que vinha sendo desenvolvido pelo GTI, alimentando-o com os seus resultados. Em outros momentos, levaram a sociedade civil para o espaço do GTI, de modo a possibilitar a construção de uma governança participativa para a implementação do Plano Nacional.

A participação social, assim, se materializou a partir de distintas iniciativas, que envolveram a realização de momentos de escuta e diálogo, consulta pública digital sobre o Marco Conceitual da Política e formulários eletrônicos com o objetivo de levantar as demandas sociais para o Plano Nacional. Para isso, foi construída a “Estratégia de Participação Social na Política e no Plano Nacional de Cuidados” (ver figura 4), em diálogo com o processo de reconstrução e aprimoramento da participação social, liderado pela Secretaria Geral da Presidência da República (SG/PR), como estratégia chave de ação do Estado brasileiro.

Figura 4. Estratégia de Participação Social na Formulação da Política e do Plano Nacional de Cuidados: uma síntese.



A consulta pública digital se deu em três momentos. A primeira, envolveu o Marco Conceitual da Política Nacional de Cuidados, que ficou disponível na Plataforma Participa + Brasil entre outubro e dezembro de 2023. Essa iniciativa contou com 174 participações ativas e resultou na formulação de 478 propostas. O processo de consulta permitiu que cidadãs e cidadãos – individualmente ou representando organizações ou movimentos da sociedade civil organizada – contribuíssem diretamente para a estruturação dos conceitos usados, da definição dos sujeitos de direitos e beneficiários da Política, além de seus princípios e diretrizes.

A segunda parte da consulta envolveu um formulário eletrônico, que teve como objetivo coletar opiniões sobre a compreensão de cuidados, identificando as principais necessidades relacionadas ao tema, bem como sugestões e propostas para a Política e o Plano. Entre outubro e dezembro de 2023, o formulário, destinado a toda a população brasileira, foi respondido por 2.337 pessoas que apresentaram um total de 367 propostas de políticas e ações. Os participantes eram majoritariamente mulheres (90%) e brancas (61%). Pouco mais de 10% dos participantes eram pessoas com deficiência e metade participava de algum movimento social.

Um terceiro momento de consulta constituiu-se em um formulário direcionado especificamente para as trabalhadoras domésticas remuneradas. A consulta foi realizada em parceria com a Fenatrad e a *Federacion Internacional de Trabajadoras del Hogar* (FITH), organizações representativas da categoria. O formulário obteve 665 respostas. Do total de respondentes, 97% eram mulheres e 77% pessoas negras. Dentre as trabalhadoras domésticas, 45% declararam-se como diaristas e 35% como mensalistas.

Os dados sobre o perfil das participantes da escuta digital, especialmente das escutas voltadas para a população em geral, mostram que há um limite no alcance desta estratégia e que um grupo muito específico de pessoas consegue acessar mais facilmente esta alternativa, deixando outros grupos à margem da possibilidade de participação ofertada. Buscando contornar, em alguma medida, este fato, foram também realizadas diversas rodas de escuta com grupos específicos e de grande relevância para a Política e para o Plano Nacional. Entre agosto de 2023 e fevereiro de 2024, foram realizadas 29 Rodas de Escuta e Diálogo, um espaço de expressão e colaboração que reuniu 453 participantes de diversas origens. Esses encontros contaram com a representação

de 194 entidades, associações e movimentos, incluindo 31 povos indígenas⁴⁶ e pessoas migrantes originárias de sete países distintos⁴⁷. Este ambiente plural e inclusivo propiciou a formulação de 294 propostas de ação, refletindo uma ampla gama de perspectivas e experiências. Além disso, 20 entidades parceiras colaboraram com o processo⁴⁸, contribuindo para a riqueza e profundidade das discussões e resultados alcançados. Foi fundamental, também, o diálogo a partir de instâncias participativas já consolidadas, como os conselhos de políticas públicas, ainda que a escuta não tenha se limitado a elas. Complementando essas iniciativas, uma parceria estabelecida com a ENAP viabilizou, ainda, a realização de quatro grupos focais, com o objetivo de compreender as trajetórias dos diferentes sujeitos para identificar lacunas de políticas ao longo de suas vidas; e entrevistas de campo com trabalhadores/as e usuários/as de serviços públicos, como Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). O quadro 10 apresenta um balanço das atividades de escuta e diálogos.

46. Atikum-BA; Pankararé-BA; Payayá-BA; Terena-MS; Bakairi-MT; Yudja-MT; Waura-MT; Karajá -MT; Tuxá-BA; Pataxó-BA; Guarani Kaiowá-MS; Puri-MG; Kayabi-AC; Gueguês-PI; Pankararu-PE; Tupinambá-BA; Kiriri-Sapuyá-BA; Pitaguary-CE; Pankararé-BA; Pataxó-BA; Sateré Mawé-AM; Haliti-Paresi-MT; Puyanawa-AC; Kokama-AM; Marúbu-AM; Fulkaxó-AL; Kariri-Xocó-AL; Parintintim-AM; Potiguara-PB; Maracanã-RJ; Warao-Venezuela.

47. Venezuela, Afeganistão, Irã, Angola, Guiné-Bissau, Congo e Senegal.

48. São elas: MMulheres, MDHC, SG/PR, MPI, FUNAI, Articulação Nacional das Mulheres Indígenas Guerreiras da Ancestralidade (ANMIGA), Governo do Estado da Bahia, Prefeitura de Belém, Federação Nacional das Trabalhadoras Domésticas (FENATRAD), Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG), Centrais sindicais, Universidade de Brasília (UnB), Universidade Federal do Paraná (UFPR), ONU Mulheres, Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), Organização Internacional do Trabalho (OIT), Fundação Friedrich Ebert (FES/Brasil), Cáritas SP, Projeto Reconexão Periferias e Instituto Ethos.

RODAS DE ESCUTA E DIÁLOGO

Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM)
Conselho Nacional de Direitos das Crianças e dos Adolescentes (CONANDA)
Conselho Nacional de Direitos das Pessoas Idosas (CNDPI) - duas rodas
Conselho Nacional de Direitos das Pessoas com Deficiência (CONADE)
Conselho Nacional de Juventude (CONJUVE)
Conselho Nacional de Participação Social (CPS)
Conselho Nacional de Direitos de Pessoas LGBTQIA+
Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial (CNPIR)
População em Situação de Rua – Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para População em Situação de Rua (CIAMP Rua)
Federação Nacional das Trabalhadoras Domésticas (Fenatrad) – trabalhadoras domésticas remuneradas
Associações de Cuidadoras
Trabalhadoras Não Remuneradas do Cuidado – Institutos e coletivos
Povos Indígenas - duas rodas: mulheres anciãs, cacicas e gestoras; e mulheres indígenas participantes da Marcha das Mulheres Indígenas
Imigrantes, refugiados e apátridas - Migrantes e refugiadas em São Paulo - três rodas com mulheres latino-americanas, afegãs e africanas
Comunidades dos campos, das águas e das florestas – Marcha das Margaridas
Catadoras de materiais recicláveis
Mulheres das Ilhas - três rodas com mulheres das ilhas de Combu, Mosqueiro e Outeiro, no estado do Pará
Mulheres pescadoras
Mulheres que vivem nas periferias
Centrais Sindicais
Fórum Feminista Antirracista por uma Política de Cuidados
Empresas vinculadas ao Instituto Ethos
Mulheres universitárias - Coletivo Permanência Materna

GRUPOS FOCALIS

Quilombolas e mulheres negras
Mães e pais de pessoas com deficiência
Mosaico de infâncias plurais
Pessoas com deficiência que requerem apoio e auxílio

A participação social foi fundamental para a construção da Política e do Plano Nacional de Cuidados que apresentamos a seguir. Isso porque a consolidação dos resultados desse processo foi usada como subsídio para as rodadas de pactuação de ações do Plano, tendo sido oferecida aos diferentes ministérios e entidades que integraram essa pactuação, uma base de dados com o conjunto das reivindicações consolidadas para auxiliar na identificação de demandas sociais que requerem políticas públicas.

Para além dos momentos de identificação de demandas sociais em relação às políticas e ao marco conceitual da Política, outro importante momento de diálogo com a sociedade civil se deu a partir da realização de uma oficina cujo objetivo foi pensar um novo modelo de governança para o Plano Nacional que garantisse, efetivamente, a participação social em todo o processo. A oficina “Construção de Proposta de Participação Social na Governança do Plano Nacional de Cuidados” foi realizada em 25 de abril de 2024 e contou com a participação de mais de vinte coalizões, movimentos e organizações da sociedade civil que atuam nos direitos de mulheres, pessoas com deficiência, pessoas idosas, crianças e adolescentes e trabalhadoras remuneradas do cuidado.

A oficina promoveu um alinhamento conceitual e processual sobre a construção da Política e do Plano pelo grupo interministerial. Foram apresentadas e discutidas estratégias e metodologias de participação social em políticas públicas: i) pela SG/PR, que apresentou as experiências de conferências, conselhos e outros instrumentos de participação social adotados pelo governo federal, indicando suas potencialidades e limitações; ii) por consultora da ONU Mulheres, que discorreu sobre o Observatório de Monitoramento da Lei Maria da Penha; e iii) pelo Instituto Procomum, que apresentou os Laboratórios Cidadãos como instrumento de participação social na implementação de políticas públicas.

O debate gerou reflexões sobre os desafios da governança do Plano, tais como um conselho não ser o modelo ideal para o seu monitoramento, e a necessidade de a Política Nacional de Cuidados ter a participação social garantida em termos normativos, como um direito. Por fim, foram apresentadas propostas, como a discussão da Política Nacional de Cuidados em diversos Conselhos Nacionais, a realização de conferências livres, a criação de mecanismos de escuta regionalizados e de um comitê tripartite com os entes federados, adotando uma abordagem intersetorial participativa e descentralizada que assegure a representatividade dos públicos prioritários.



7

Política Nacional de Cuidados

7. Política Nacional de Cuidados

A elaboração de uma proposta de Política Nacional de Cuidados foi uma das missões do GTI-Cuidados, nos termos do Decreto que o instituiu, em março de 2023. O Grupo de Trabalho entendeu, ao longo de suas atividades, que seria importante elaborar uma proposta de ato normativo capaz de instituir, de forma mais estável, o tema dos cuidados como um assunto de política pública, garantindo o cuidado como um direito. Esta proposta se transformou em um Projeto de Lei, encaminhado ao Congresso Nacional em 03/07/2024 pelo Presidente da República (texto em anexo), e que trata da delimitação conceitual da política, das definições de seus princípios, objetivos e diretrizes, bem como dos sujeitos de direito da Política. Os compromissos concretos em termos de políticas públicas foram endereçados para o Plano Nacional, na qualidade de um instrumento que espelha as prioridades de cada gestão governamental, com ações, metas e orçamentos direcionados. A seguir, passamos a detalhar os principais aspectos da proposta da PNaC, construída pelo GTI-Cuidados.

7.1. Objetivos

A PNaC tem como objetivo principal **a garantia do direito ao cuidado**, por meio da promoção da corresponsabilização, social e de gênero, pela sua provisão, consideradas as desigualdades (de classe, gênero, raça, etnia, idade, território e deficiência) existentes na sociedade brasileira, e suas interseccionalidades. Para alcançar este objetivo geral, a Política Nacional conta também com um conjunto de oito objetivos específicos, tal como apresentado na [figura 5](#).

Objetivos da Política Nacional de Cuidados

I - garantir o direito ao cuidado, de forma gradual e progressiva, sob a perspectiva integral e integrada de políticas públicas que reconheçam a interdependência da relação entre quem cuida e quem é cuidado

II - promover políticas públicas que garantam o acesso ao cuidado com qualidade para quem cuida e para quem é cuidado

III - promover a implementação de ações pelo setor público que possibilitem a compatibilização entre o trabalho remunerado, as necessidades de cuidado e as responsabilidades familiares relacionadas ao cuidado

IV - incentivar a implementação de ações do setor privado e da sociedade civil, de forma a possibilitar a compatibilização entre o trabalho remunerado, as necessidades de cuidado e as responsabilidades familiares de cuidado

V - promover o trabalho decente para as trabalhadoras e os trabalhadores remunerados do cuidado, de maneira a enfrentar a precarização e a exploração do trabalho

VI - promover o reconhecimento, a redução e a redistribuição do trabalho não remunerado do cuidado, realizado primordialmente pelas mulheres

VII - promover o enfrentamento das desigualdades estruturais e interseccionais no acesso ao direito ao cuidado, de modo a reconhecer a diversidade de quem cuida e de quem é cuidado

VIII - promover a mudança cultural relacionada à divisão sexual, racial e social do trabalho de cuidado

Estes objetivos procuram enfrentar diferentes dimensões do objetivo principal, tratando de garantir cuidado adequado para quem dele necessita, e reconhecimento e condições dignas de exercício do cuidado para quem cuida (de forma remunerada e não remunerada). Eles também reforçam a responsabilidade de diversas instituições pela garantia do direito ao cuidado, ou seja, as famílias, o Estado, o setor privado e as comunidades; bem como a necessária transformação cultural que possibilite a corresponsabilização social e de gênero pela provisão do cuidado.

7.2. Princípios e diretrizes

A PNaC estrutura-se a partir de um conjunto de princípios e diretrizes que devem orientar a ação do Estado brasileiro para que o direito ao cuidado, em todas as suas dimensões, seja efetivado, e que uma nova organização social dos cuidados, mais justa, igualitária e sustentável, possa ser promovida. Uma vez que a Política se traduza em um plano de ações, este conjunto de orientações deve, necessariamente, pautar a formulação, a implementação, o monitoramento, a revisão e a avaliação da ação pública em todas as suas esferas. A seguir, apresentamos esses princípios e diretrizes.

São seus **princípios**:

- Respeito à dignidade e aos direitos humanos de quem recebe cuidado e de quem cuida;
- Universalismo progressivo e sensível às diferenças;
- Equidade e não discriminação;
- Promoção da autonomia, da independência e da autodeterminação das pessoas;
- Corresponsabilidade social e de gênero;
- Antirracismo;
- Anticapacitismo;
- Anti-idadismo;
- Interdependência entre as pessoas e entre quem cuida e quem é cuidado;
- Direito à convivência familiar e comunitária; e
- Valorização e respeito à vida, à cidadania, às habilidades e aos interesses das pessoas.

Já as **diretrizes** da PNaC são:

- A integralidade do cuidado;
- A transversalidade, a intersetorialidade, a interseccionalidade e a interculturalidade das políticas públicas de cuidados;
- A garantia da participação e do controle social das políticas públicas de cuidados na formulação, na implementação e no acompanhamento de suas ações, programas e projetos;
- A atuação permanente, integrada e articulada das políticas públicas de saúde, assistência social, direitos humanos, educação, trabalho e renda, esporte, lazer, cultura, mobilidade, previdência social e demais políticas públicas que possibilitem o acesso ao cuidado ao longo da vida;
- A simultaneidade na oferta dos serviços para quem cuida e para quem é cuidado, reconhecida a relação de interdependência entre ambos;
- A acessibilidade em todas as dimensões, em conformidade com o disposto na Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015;
- A territorialização e a descentralização dos serviços públicos ofertados, considerados os interesses de quem cuida e de quem é cuidado;
- A articulação interfederativa;
- A formação continuada e permanente nos temas de cuidados para: a) servidoras e servidores federais, estaduais, distritais e municipais que atuem na gestão e na implementação de políticas públicas; b) prestadores de serviços que atuem na rede de serviços públicos ou privados; e c) trabalhadoras e trabalhadores do cuidado remunerados e não remunerados, incluídos os familiares e comunitários; e
- O reconhecimento e a valorização do trabalho de quem cuida e do cuidado como direito, com a promoção da corresponsabilização social e de gênero, respeitada a diversidade cultural dos povos.

7.3. Sujeitos e públicos prioritários da Política Nacional de Cuidados no Brasil

A Política Nacional de Cuidados define os sujeitos de suas ações e seus públicos prioritários a partir de duas ideias centrais: a do cuidado enquanto um direito humano e a do universalismo progressivo e sensível às diferenças, ambos conceitos apresentados anteriormente na seção sobre o Marco Conceitual. A efetivação destes conceitos no *Plano Nacional de Cuidados*, instrumento de operacionalização da Política, deve se dar por meio de um conjunto de ações, objetivos e metas, que precisam estar pautadas por avanços progressivos no atendimento das necessidades de cuidados, a partir de públicos prioritários.

Foram definidos, como mencionado anteriormente, quatro públicos prioritários que envolvem, por um lado, as pessoas que cuidam e, de outro, aquelas que têm necessidades de cuidado. São eles: 1) Crianças e adolescentes (com atenção à primeira infância); 2) Pessoas idosas que necessitam de apoios e auxílios para o desenvolvimento das atividades básicas e instrumentais da vida diária; 3) Pessoas com Deficiência que necessitam de apoios e auxílios para o desenvolvimento das atividades básicas e instrumentais da vida diária; e 4) Trabalhadoras e trabalhadores do cuidado, remuneradas/os e não remuneradas/os.

Figura 6. Os públicos prioritários da Política Nacional de Cuidados



7.4. A relação entre a Política e o Plano Nacional de Cuidados

A Política prevê, ainda, que o poder executivo deverá elaborar um Plano Nacional de Cuidados, com o propósito de operacionalizar e dar materialidade aos objetivos nela dispostos. Para tanto, deverá estabelecer ações intersetoriais, transversais e interseccionais, integrando um amplo conjunto de áreas, como assistência social, saúde, educação, trabalho e renda, cultura, esportes, mobilidade, previdência social, direitos humanos, políticas para as mulheres, promoção da igualdade racial, políticas para povos indígenas, desenvolvimento agrário e agricultura familiar, dentre outras. É, nesse sentido, o instrumento estratégico de operacionalização da Política. Sem prejuízo de outros conteúdos que podem ser abordados pelo Plano, ele deverá dispor sobre o seguinte conjunto de temas:

- Garantia de direitos e promoção de políticas públicas para a pessoa que necessita de cuidados e para a trabalhadora e o trabalhador não remunerado do cuidado, incluídos a criação, a ampliação, a qualificação e a integração de serviços de cuidado, os benefícios, a regulamentação e a fiscalização de serviços públicos e privados;
- Estruturação de iniciativas de formação e de qualificação para a trabalhadora e o trabalhador não remunerado do cuidado;
- Fomento à adoção, pelos setores público e privado, de medidas que promovam a compatibilização entre o trabalho remunerado e as necessidades pessoais e familiares de cuidados;
- Promoção do trabalho decente para as trabalhadoras e os trabalhadores remunerados do cuidado, incluída a garantia de direitos trabalhistas e de proteção social, o enfrentamento da precarização do trabalho e a estruturação de programas de formação e de qualificação profissional para essas trabalhadoras e esses trabalhadores;
- Estruturação de medidas para redução da sobrecarga de trabalho não remunerado que recai sobre as famílias, em especial sobre as mulheres, com a promoção da corresponsabilidade social e de gênero;
- Políticas públicas para a transformação cultural, relativas à divisão sexual, racial e social do cuidado, para o reconhecimento e a valorização de quem cuida e do cuidado como trabalho e direito, com a promoção da corresponsabilização social e de gênero;

- Estruturação de iniciativas de formação destinadas a servidores públicos, prestadores de serviços de cuidados e sociedade; e
- Aprimoramento contínuo de dados provenientes de estatísticas e de registros administrativos sobre o tema para subsidiar a gestão da Política Nacional de Cuidados e para reconhecer e mensurar o valor econômico e social do trabalho de cuidado não remunerado.

A Política e o Plano Nacional de Cuidados requerem, ainda, uma estrutura de governança cujas bases devem ser a intersetorialidade, a articulação federativa e a participação e o controle social. Suas competências, seu funcionamento e sua composição serão regulamentados pelo Poder Executivo. Por fim, o tema do financiamento é também abordado na Política, com a definição das ações a serem custeadas por dotação orçamentária do Orçamento Geral da União, fontes de recursos destinadas por órgãos e entidades da administração estadual, distrital ou municipal, recursos provenientes de doação e outras formas de recursos internacionais.



8

Plano Nacional de Cuidados

8. Plano Nacional de Cuidados

O Plano Nacional de Cuidados, elaborado para o primeiro ciclo de implementação da Política Nacional de Cuidados, envolveu a construção de uma metodologia específica para seu processo de pactuação, dado o ineditismo da iniciativa. Na ocasião de finalização deste Relatório, o Plano ainda estava em fase final de pactuação política. Na sequência, portanto, são apresentados os resultados do processo de construção do Plano até o momento, havendo previsão de seu lançamento para o segundo semestre de 2024.

8.1. O processo de pactuação do Plano Nacional de Cuidados

Como já abordado ao longo deste relatório, a construção de um Plano Nacional de Cuidados, ou de qualquer proposta de política que objetive garantir o direito ao cuidado, deve, necessariamente, estar baseado em uma perspectiva intersetorial. O GTI-Cuidados não por acaso foi constituído por 20 ministérios e outras entidades do governo federal, responsáveis por desenvolver políticas em áreas tão diversas como saúde, educação, trabalho, assistência social, cultura, desenvolvimento agrário, ciência e tecnologia, habitação, igualdade racial e territórios periféricos. O trabalho do GTI-Cuidados, assim como a sua própria constituição, esteve baseado na convicção de que a articulação entre as áreas setoriais é condição necessária para a construção de uma política que considere a integralidade das demandas e necessidades dos indivíduos.

Nesse sentido, o processo de construção do Plano Nacional de Cuidados adotou como estratégia metodológica a pactuação intersetorial entre os ministérios que integravam o GTI-Cuidados, buscando estruturar interrelações entre eles de modo a garantir a construção de um plano integrado de cuidados. Isso se deu por meio de um processo de pactuação coordenado pela SNCF/MDS e SENAEC/MMulheres, em parceria com a Casa Civil, que envolveu um ciclo de reuniões de pactuação técnico-política com os ministérios responsáveis pelas ações. Essa rodada de reuniões foi denominada de pactuação bilateral: de um

lado, os órgãos anteriormente mencionados responsáveis pela coordenação do processo de pactuação e, do outro, o órgão responsável por cada ação finalística. Isso permitiu uma discussão detalhada de cada iniciativa a partir de intensas trocas entre a abordagem do cuidado e a temática de cada área ou setor envolvido. Por meio dessa metodologia, foram identificadas dificuldades e tensionamentos, assim como alternativas para superá-las, viabilizando uma construção coletiva e sustentável.

Para subsidiar esse movimento de pactuação, a SNCF/MDS construiu um conjunto de insumos, tornando todo o processo ainda mais robusto. Primeiramente, foi desenvolvido o Guia para Pactuação, uma publicação que continha as informações gerais sobre o processo, servindo de material de consulta para todas as pessoas envolvidas (ver anexo). Além disso, foi disponibilizada uma Base de Dados composta pelo conjunto de propostas e demandas sociais relacionadas à política de cuidados oriundas do processo de participação social, das discussões travadas no espaço do GTI-Cuidados, das demandas apresentadas durante o funcionamento da CT-TDR e de consultorias especializadas no tema dos cuidados (também em anexo). A base funcionou como um ponto de partida para auxiliar cada um dos ministérios e órgãos que compunham o GTI a avaliarem quais ações deveriam/poderiam ser propostas para integrar o Plano Nacional de Cuidados.

8.2. A arquitetura do Plano Nacional de Cuidados

Todo este processo de pactuação se orientou pelos resultados das discussões realizadas no âmbito do GTI-Cuidados, essenciais para que fosse possível construir uma linha demarcatória de quais políticas integrariam o Plano Nacional de Cuidados. Considerando as definições de cuidado adotadas, foi possível delimitar quais políticas estariam compreendidas nos limites da fronteira deste Plano e aquelas que estariam fora desse escopo. Este refinamento conceitual foi, sem dúvida, um dos maiores desafios impostos a todo o grupo e a metodologia de trabalho adotada conduziu a um processo de definição incremental das demarcações do que comporia de fato o Plano.

A partir da definição desta linha demarcatória, as organizações governamentais iniciaram a elaboração de seus planos de ação⁴⁹ em torno de quatro grandes eixos organizativos dirigidos, por um lado, à redução da sobrecarga de trabalho de cuidado não remunerado que incide sobre as famílias, em especial sobre as mulheres, e à promoção da corresponsabilidade social e de gênero; e, por outro lado, de forma complementar e integrada, à ampliação do acesso, com qualidade, às políticas e aos direitos de quem requer cuidados.

Os eixos que integram o Plano Nacional de Cuidados são descritos abaixo:

- 1) Garantia de direitos e promoção de políticas para quem necessita de cuidados e para quem cuida de forma não remunerada – no qual estão localizadas as ações que dispõem sobre a criação, ampliação, qualificação e integração de serviços de cuidado domiciliares e institucionais; benefícios, regulamentação e fiscalização de serviços públicos e privados – todos estes pensados a partir da necessária interdependência entre quem cuida e quem é cuidado;
- 2) Políticas dirigidas à promoção do trabalho decente para quem cuida de forma remunerada – contendo ações que objetivam garantir direitos trabalhistas – incluídos os direitos fundamentais no trabalho⁵⁰ e de proteção social às trabalhadoras e trabalhadores do cuidado, bem como a estruturação de programas de formação e qualificação profissional para esse público, com especial atenção às trabalhadoras domésticas remuneradas;
- 3) Políticas de reconhecimento de diferentes expressões culturais do cuidado e de transformação cultural e comunicação para desnaturalização da divisão sexual e racial do trabalho e uma divisão mais justa dos cuidados – neste eixo, são apresentadas as políticas para promoção da transformação cultural relativas à divisão sexual, racial e social do trabalho de cuidado, e

49. Este relatório só apresenta os resultados do trabalho do GTI até o nível de desafios. No momento em que este documento foi finalizado, o plano de ações estava em fase final de pactuação junto à coordenação de governo, incluindo as estratégias de ação. Os eixos aqui apresentados são preliminares e podem sofrer modificações quando da publicação do Plano.

50. Os princípios e direitos fundamentais no trabalho, tal como definidos pela OIT são os seguintes: liberdade sindical e o reconhecimento efetivo do direito à organização sindical e à negociação coletiva; a eliminação de todas as formas de trabalho forçado e obrigatório; a abolição efetiva do trabalho infantil; a eliminação da discriminação em matéria de emprego e ocupação; um entorno de trabalho seguro e saudável. A esses princípios e direitos estão associadas 12 convenções internacionais do trabalho, todas elas ratificadas pelo Brasil, com exceção da Convenção nº 87, de 1948, sobre a liberdade sindical e a convenção nº 187, de 2006, que abrange o marco promocional sobre saúde e segurança no trabalho.

para o reconhecimento e a valorização de quem cuida e do cuidado como trabalho e direito, além da efetivação da interculturalidade do cuidado; e

4) Governança Democrática e gestão da Política Nacional de Cuidados – eixo no qual estão as ações voltadas ao monitoramento e avaliação do Plano, à garantia de participação e controle social, ao fomento à pesquisa e aprimoramento de informações sobre o tema e à formação de gestores e prestadores de serviços nas esferas pública e privada.

Eixos do Plano Nacional de Cuidados:



Cada um desses grandes eixos se desmembra em diferentes elementos: a cada eixo foram associados desafios⁵¹ a serem enfrentados e estratégias de ação às quais se ligam as ações propriamente ditas do Plano, com suas entregas, responsáveis e prazos. Importante observar que não há uma relação direta e exclusiva entre cada um dos desafios e cada estratégia de ação; um desafio pode envolver uma ou mais estratégias de ação e, ainda, uma estratégia de ação pode se relacionar a um ou mais desafios. Cada estratégia de ação, contudo, envolve o seu próprio plano de ações específico. Esta arquitetura do Plano Nacional será detalhada na sequência.

51. Os desafios foram definidos a partir da construção da árvore de problemas, efetuada pela CT-GI e pelo GTI-Cuidados. As estratégias de ação e os eixos decorreram da continuidade desse trabalho, nessas duas instâncias.

Figura 7. Estruturação dos eixos: desafios, estratégias e plano de ações

Eixo 1: *Garantia de direitos e promoção de políticas para quem necessita de cuidados e para quem cuida de forma não remunerada*



O reconhecimento do direito ao cuidado – entendido como o direito a cuidar, a ser cuidado e ao autocuidado – ainda é um tema pendente na nossa sociedade. Atualmente, a garantia de direitos para quem necessita de cuidados e para quem cuida de forma não remunerada enfrenta limitações diante da complexidade das demandas e da fragmentação dos serviços relacionados à sua provisão, além da ausência de um marco legal que reconheça explicitamente o cuidado como um direito.

As necessidades dos indivíduos que demandam cuidados muitas vezes são invisibilizadas pela sociedade e pelas políticas públicas, resultando em uma grande pressão sobre as famílias, que assumem essa responsabilidade. Essa lógica compromete o acesso equitativo ao cuidado de qualidade para todas as pessoas, principalmente para crianças, adolescentes e pessoas idosas e pessoas com deficiência que requerem apoio e auxílios para as atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Da mesma forma, as pessoas que cuidam de forma não remunerada não são reconhecidas como sujeitos de direitos plenos nas políticas públicas, tanto em termos de atendimento de suas necessidades por meio da oferta de serviços públicos, quanto por meio de benefícios e da garantia de tempo para cuidar. Com frequência, quem cuida – majoritariamente mulheres – ao assumir as responsabilidades de cuidado, enfrenta importantes barreiras para a sua entrada e permanência no mercado de trabalho – e, portanto, para as suas possibilidades de geração de renda e de conquista da sua autonomia econômica, o que se configura como um fator de reprodução da pobreza e da desigualdade social e de gênero. Essas barreiras também impactam negativamente as possibilidades das mulheres concluírem suas trajetórias educacionais e de formação profissional, bem como de participação na vida pública. Além disso, as mulheres que cuidam de forma não remunerada lidam com o esgotamento físico e emocional e a dificuldade para equilibrar as exigências do cuidado com as responsabilidades profissionais e pessoais. Isso é agravado pelo fato de que a organização do trabalho – tanto no setor público, quanto no privado – não reconhece adequadamente as necessidades e responsabilidades pessoais e familiares de cuidado.

As desigualdades de gênero, raça, etnia, classe, curso de vida, além das relacionadas com território e deficiência, exercem um papel determinante no acesso ao direito ao cuidado e no perfil de quem cuida. Essas desigualdades moldam as oportunidades e as limitações de acesso das pessoas aos cuidados. As populações negra e periférica, por exemplo, têm menor acesso a serviços de cuidado de qualidade, devido à sua sobrerrepresentação nas situações de pobreza, aliadas à discriminação e à falta de recursos em seus territórios de residência. Por outro lado, as mulheres assumem desproporcionalmente a responsabilidade pelo cuidado, limitando suas oportunidades de trabalho, educação e lazer. Ainda, famílias de menor renda geralmente não podem pagar por serviços de cuidados privados, o que as limita a opções de menor qualidade ou as força a assumir toda uma carga muito mais elevada de cuidado de seus familiares.

Importante destacar que, ainda que essa realidade represente desigualdades e privação de direitos, ela também é fonte de construção de fortes redes comunitárias de cuidados, incluindo diferentes saberes e práticas, inclusive relacionadas a um legado ancestral, que devem ser valorizadas e reconhecidas na construção de uma sociedade de cuidados pautada pela interseccionalidade e interculturalidade.

Um dos objetivos centrais da Política Nacional de Cuidados é garantir o direito ao cuidado, reconhecendo a interdependência entre quem cuida e quem é cuidado. O reconhecimento do cuidado como um direito representa um novo paradigma para a organização social dos cuidados, razão pela qual as ações propostas neste eixo se ancoram na corresponsabilização social e de gênero, garantindo-se um patamar básico e comum de atendimento de necessidades de quem cuida e de quem é cuidado, e considerando as desigualdades interseccionais que devem ser enfrentadas⁵².

Desafios a serem superados

- O cuidado não é reconhecido como um direito.
- As necessidades de cuidados das pessoas, em particular de crianças, adolescentes, pessoas idosas e pessoas com deficiência que requerem apoio e auxílios para atividades básicas e instrumentais da vida diária, não são reconhecidas como prioridades e/ou adequadamente atendidas por políticas públicas.
- As mulheres são desproporcionalmente responsabilizadas pelos trabalhos cotidianos de cuidado (remunerados e não remunerados), enquanto os homens são desresponsabilizados, o que produz sobrecarga e compromete a autonomia econômica das mulheres e o exercício dos seus direitos em diversos âmbitos.
- A ação do Estado na provisão dos cuidados é compreendida como subsidiária à ação das famílias, inclusive do ponto de vista do investimento.
- A organização do trabalho nos setores público e privado não reconhece adequadamente as necessidades e responsabilidades pessoais e familiares de cuidados.
- As mulheres negras são desproporcionalmente responsabilizadas pelo trabalho de cuidados não remunerados.

52. As evidências dão conta de que o acesso a serviços de cuidados para crianças pode melhorar os resultados de emprego das mulheres ao permitir que trabalhem de forma remunerada ou que mudem para trabalhos que desejem. Por outro lado, limitações de resultados são encontradas, se, por exemplo, não for fornecido acesso a cuidados para crianças de todas as idades no domicílio. As mães podem precisar de cobertura para todos os seus filhos para poderem ingressar na força de trabalho e se beneficiar da provisão de cuidados infantis. Vide: J-PAL Policy Insight. 2023. “Access to Childcare to Improve Women’s Economic Empowerment.” Cambridge, MA: Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab. Acesse [aqui](#).

Eixo 2: *Políticas de promoção do trabalho decente para quem cuida de forma remunerada*

O trabalho de cuidado remunerado compreende as atividades destinadas à produção de bens e/ou serviços de cuidados, a exemplo de profissões como o trabalho doméstico remunerado, cuidadoras e cuidadores de pessoas idosas e pessoas com deficiência, babás e cuidadoras de crianças e adolescentes, profissionais da educação infantil e da saúde, dentre outras. No Brasil, as mulheres negras são a principal força de trabalho do cuidado remunerado, sendo as trabalhadoras domésticas a principal categoria ocupacional do setor de cuidados. Essa ocupação, enraizada no histórico da escravidão e cronicamente destituída de garantia de direitos, representa atualmente 25% do total da força de trabalho remunerada de cuidados⁵³.

A despeito do alto quantitativo de mulheres empregadas como trabalhadoras domésticas e dos avanços recentes no Brasil em relação à garantia de seus direitos a partir da aprovação da Emenda Constitucional nº 72/2013 (PEC das Domésticas) e da Lei Complementar nº 150/2015, as condições de trabalho das trabalhadoras domésticas ainda se caracterizam por elevados graus de precariedade, com limitada proteção social, baixos salários, jornadas extensas e uma vivência marcada por situações de assédios, violência racial e violações de direitos, entre elas os obstáculos à negociação coletiva e a persistência do trabalho infantil e do trabalho em condições análogas à escravidão.

Tendo em vista que o trabalho de cuidados remunerado é fortemente marcado pelas desigualdades de gênero e raça, destaca-se que as ações do Plano Nacional de Cuidados devem refletir o princípio da igualdade de gênero, do antirracismo, da interseccionalidade e do respeito e valorização das cuidadoras e cuidadores profissionais. Além disso, o desenho das ações parte do reconhecimento da existência de diversas relações sociais que produzem exclusão e subordinação (de classe, gênero, raça, etnia, idade, território, deficiência, status migratório, dentre outros). Essas relações devem ser vistas como mutuamente constitutivas, operando simultaneamente na estruturação e reprodução das desigualdades sociais e da experiência de vida das pessoas e grupos sociais.

53. NI nº 1/2023 MDS/SNCF - As mulheres negras no trabalho de cuidado. [Acesse aqui](#); Nadya Araujo Guimarães e Luana Simões Pinheiro. O halo do cuidado. Desafios para medir o trabalho remunerado de cuidado no Brasil. [Acesse aqui](#).

Em face desses desafios, a Política Nacional de Cuidados tem como objetivo promover o trabalho decente para as trabalhadoras e trabalhadores remunerados/os do cuidado. A OIT define o conceito de “trabalho decente” para essas profissionais, buscando assegurar seus direitos humanos e trabalhistas, além de promover sua dignidade e bem-estar⁵⁴. Nesse sentido, para que o trabalho doméstico seja considerado decente, alguns elementos chave são essenciais: primeiramente, é crucial que o trabalho seja livre de coerção e tráfico, garantindo que as trabalhadoras tenham a liberdade de escolher seus empregos e não sejam submetidas a qualquer forma de exploração, incluindo o trabalho análogo à escravidão e o trabalho infantil. Também é fundamental a igualdade de oportunidades (incluindo educação profissional e intermediação de mão-de-obra) e de tratamento. Além disso, é necessário garantir um ambiente de trabalho seguro e condições de trabalho justas, que incluem salário compatível com o exercício de suas funções, jornada de trabalho digna, descanso semanal remunerado, férias pagas, segurança no trabalho e proteção contra assédio e discriminação.

Outro aspecto vital é o direito à liberdade de associação e sindicalização, o que permite que as trabalhadoras domésticas possam se organizar em sindicatos e negociar coletivamente suas condições de trabalho. Também é importante que tenham acesso à estabilidade, segurança no trabalho e proteção social e trabalhista adequada e equiparada às outras categorias profissionais, como seguro-desemprego, acesso à saúde, à assistência social e à previdência, fundamentais para a segurança no longo prazo. Por fim, destaca-se a necessidade de mecanismos que assegurem o equilíbrio entre trabalho, vida pessoal e vida familiar (proteção à maternidade e paternidade; acesso a creche e pré-escola etc.) o que, mais uma vez, reforça a dimensão da interdependência dos cuidados. O objetivo é garantir o trabalho decente às trabalhadoras, e, de outro, propiciar melhores condições de vida para seus filhos e filhas, além de outras pessoas de suas famílias e redes de afetos, interrompendo, assim, a reprodução de ciclos intergeracionais de pobreza e desigualdade.

Desafios a serem superados:

- A desproteção social e trabalhista das e dos profissionais de cuidado remunerado viola o direito ao trabalho decente.
- As ocupações remuneradas de cuidado são desvalorizadas e associadas a uma suposta natureza feminina, sendo realizadas em grande medida por mulheres.

54. Convenção sobre o trabalho decente para as trabalhadoras e os trabalhadores domésticos n. 189 da OIT, 2011. Acesse [aqui](#).

- As mulheres negras são desproporcionalmente responsabilizadas pelo trabalho de cuidados remunerado.
- Estratégia de ação:
 - Garantia de direitos trabalhistas, de proteção social e acesso à educação às trabalhadoras domésticas, cuidadoras; e valorização das demais profissões relacionadas ao cuidado, no âmbito da educação, saúde e assistência social, dentre outras.
 - Promoção do diálogo social e da negociação coletiva nas relações de trabalho remunerado de cuidado.
 - Promoção dos princípios e direitos fundamentais do trabalho no setor de cuidados, com atenção especial ao trabalho infantil e ao trabalho análogo à escravidão.

Eixo 3 *Políticas de reconhecimento de diferentes expressões culturais do cuidado e de transformação cultural e comunicação para uma divisão mais justa dos cuidados*

O Brasil é caracterizado por uma organização social dos cuidados compreendida como injusta, desigual e insustentável. Isso porque a responsabilidade pela provisão de cuidados segue a cargo majoritariamente das famílias, em especial das mulheres, em um contexto em que estas mesmas mulheres estão cada vez menos disponíveis para realizar os cuidados – em famílias cada vez menores. Somado a isso, o processo de envelhecimento populacional apresenta um cenário de intensa ampliação pela demanda de cuidados a cargo das famílias.

Para romper com este cenário, é imprescindível promover a transformação cultural da forma como nos organizamos em relação à provisão e acesso aos cuidados. O Plano Nacional de Cuidados, portanto, deve ter como objetivo a promoção de mudanças culturais que levem à efetiva corresponsabilidade entre mulheres e homens, desmistificando a naturalização do cuidado como responsabilidade feminina dentro das famílias. E, ainda, entre as famílias, o Estado, o setor privado e a comunidade, em direção àquilo que chamamos de corresponsabilidade social.

Considerando que as pessoas que necessitam de cuidados, assim como as pessoas que cuidam, são alvos de discriminação na sociedade, as ações propostas nesse eixo se orientam pelo imperativo de superar ativamente o sexismo, o

racismo, o capacitismo, o idadismo e as desigualdades de classe. Essas questões integram relações complexas, intergeracionais e culturais, sendo importante o reconhecimento de saberes tradicionais ou comunitários de cuidados para que se torne efetivo o compromisso com a interculturalidade. O cuidado assume contornos específicos em diferentes povos indígenas e comunidades tradicionais, e, ainda, nos territórios. O reconhecimento dessas diferentes expressões culturais do cuidado é um ponto de partida crucial para uma compreensão plural e ampliada da concepção do direito ao cuidado.

Neste cenário, a Política Nacional de Cuidados objetiva promover o reconhecimento, a redução e a redistribuição do trabalho de cuidados não remunerado, realizado primordialmente pelas mulheres, além de promover a transformação cultural em relação à divisão sexual, racial e social do trabalho de cuidado. Ademais, busca promover iniciativas que materializem a interculturalidade do cuidado na experiência brasileira. Por conseguinte, esse eixo abarca iniciativas que fomentem uma ressignificação do cuidado como um trabalho essencial para o bem-estar individual e coletivo, uma necessidade, um direito e um bem público, equiparando-o a outras atividades valorizadas na sociedade.

Desafios a serem superados:

- Perpetuação de uma cultura que reforça e naturaliza a divisão sexual, racial e social do trabalho, assim como estabelece e legitima estereótipos e discriminação contra quem necessita de cuidados.
- O trabalho de cuidados não remunerado é invisibilizado, ou seja, não é compreendido como trabalho, e sua responsabilização recai, desproporcionalmente, sobre as famílias e, no seu interior, sobre as mulheres, em especial as mulheres negras e as de baixa renda, mesmo que elas estejam inseridas no mercado de trabalho.
- Homens são desresponsabilizados pelos trabalhos de cuidados.
- Insuficiência de políticas de cuidados dirigidas ao enfrentamento das desigualdades raciais, étnicas, de gênero, de classe e territoriais e as suas interseccionalidades.

Eixo 4: *Governança democrática e gestão da PNaC*

O Plano Nacional de Cuidados será atualizado periodicamente. A sua elaboração e atualização periódica, com a aprovação de ações, metas e indicadores, compete à estrutura de governança da Política Nacional de Cuidados. Essa estrutura também é responsável por coordenar, articular, monitorar e avaliar o plano. É nesse contexto mais geral que o eixo 4 se insere.

Os desafios a serem superados pela Política de Cuidados são complexos e multifacetados, exigindo soluções que transcendem os limites de um único setor ou área de atuação. Nesse sentido, integram a estrutura de governança todos os órgãos e ministérios que desenvolvem ações, programas e serviços de garantia do direito ao cuidado previstos no Plano. Trata-se de uma medida essencial para efetivar a intersetorialidade, com o objetivo de superar a fragmentação das políticas, garantindo a coerência e a complementariedade entre ações de diferentes áreas para garantir o direito ao cuidado integral e integrado da população. Isso significa ter como ponto de partida as pessoas reais e suas necessidades concretas, indivisíveis e multidimensionais, em lugar de privilegiar a setorialização das ações estatais.

Ademais, a formulação e a implementação do Plano Nacional de Cuidados exigem a articulação intersetorial, tanto em nível federal quanto subnacional (estados, Distrito Federal e municípios). A articulação federativa, nesse sentido, é essencial para que seja possível coordenar os esforços entre os diferentes níveis da federação, possibilitando a devida consideração das pluralidades e cartografias do cuidado no país, e, em consequência, a construção de uma política pública situada, territorializada, sintonizada com as necessidades locais, e por isso, com maior legitimidade e potencial de efetivação e êxito. A colaboração federativa, uma das diretrizes da Política Nacional de Cuidados, é fundamental, portanto, para garantir a efetividade das políticas, promovendo a implementação eficiente e a otimização de recursos, enfrentando desigualdades regionais e territoriais. Assim, garante-se o equilíbrio entre a diversidade territorial, que deve ser respeitada e valorizada, e a garantia de direitos de todas as brasileiras e brasileiros, independentemente do local de seu domicílio e em respeito à sua pertença ao território de origem. É por meio da cooperação que se garante, simultaneamente, a autonomia dos entes federados e a coordenação da ação pública.

A participação e o controle social integram, juntamente com a intersectorialidade e a colaboração federativa, o triângulo de ferro da boa governança pública, incluindo a sociedade em todo o ciclo das políticas públicas. Ainda que a corresponsabilização estatal seja fundamental para as políticas públicas, a noção de ação pública como algo que transborda o Estado convida-nos a uma abordagem mais centrada na sociedade. Isso abrange a atuação de movimentos sociais, a consideração de cidadãs e cidadãos como ponto de partida e de chegada de políticas públicas e, ainda, o fortalecimento de instâncias e mecanismos de participação social no processo decisório estatal.

A governança do Plano Nacional de Cuidados, portanto, se sustenta sobre uma estrutura que combina articulação intersectorial, coordenação federativa, participação e controle social e tem um conjunto de competências, tal como disposto na figura 8.

Figura 8. Competências da estrutura de governança da Política Nacional de Cuidados



As estratégias para gestão, monitoramento e avaliação são fundamentais para a governança do Plano Nacional de Cuidados, pois não existe política pública sem essas frentes. A gestão do Plano deve ser um processo dinâmico e contínuo, exigindo monitoramento, avaliação e repactuações perenes, para garantir que suas ações alcancem os objetivos definidos. Nesse sentido, a gestão do Plano deve ancorar-se nos princípios e diretrizes da Política Nacional de Cuidados, mas também deve ser flexível o suficiente para que seja possível ajustar-se à dinâmica da realidade social que desafia, cotidianamente, a possibilidade de atribuir rigidez ao planejamento público.

Essa compreensão dinâmica do planejamento é intensiva em gestão, demandando monitoramento contínuo, avaliações periódicas e uma concepção de políticas públicas baseadas em evidências, sempre em diálogo constante com a sociedade. Por isso, a produção e a difusão de informações sobre cuidados e sobre a Política e o Plano Nacional de Cuidados são estratégias para fortalecer e garantir sustentabilidade a esse processo.

Enquanto o monitoramento envolve a sistematização de informações contínuas sobre a implementação de ações, antecipando desvios de rotas necessários, identificando oportunidades e gargalos e subsidiando repactuações, a avaliação consiste em um esforço periódico de apreciação dos resultados obtidos pelas ações, suportando revisões do Plano. Para subsidiar o monitoramento e a avaliação, é ponto nevrálgico aprimorar estatísticas oficiais e registros administrativos, com especial atenção aos dados sobre uso do tempo e mensuração do valor do trabalho de cuidado não remunerado. É necessário, ainda, o estabelecimento de indicadores que reflitam os objetivos do Plano e permitam avaliar o seu progresso de forma objetiva, além de identificar pontos de atenção.

A gestão de informações deve estar profundamente comprometida com a visibilidade das desigualdades estruturantes e interseccionais que atravessam a organização social dos cuidados. Isso significa que indicadores e desagregação de dados devem considerar as relações de gênero, raça, etnia, classe, idade, território e deficiência, sempre que possível. Igualmente, as estratégias de monitoramento e de avaliação devem considerar essas dimensões como estratégicas.

Outro aspecto fundamental para garantir efetividade e sustentabilidade ao Plano Nacional de Cuidados é a promoção de ações de formação e de qualificação de servidores/as em nível nacional e subnacional para fortalecer a capacidade estatal em relação aos cuidados. A formação continuada e permanente nos temas de cuidados é crucial para servidoras e servidores federais, estaduais, distritais e municipais que atuem na gestão e na implementação de políticas públicas; prestadores de serviços que atuem na rede de serviços públicos ou privados; e sociedade civil.

Desafios a serem superados:

- As soluções para o cuidado não são discutidas de forma democrática e participativa, com protagonismo de quem cuida e de quem é cuidado.
- O cuidado é um problema público complexo, multicausal e multidimensional, que requer soluções integradas, tanto na perspectiva dos setores de políticas públicas, quanto da arquitetura federativa.
- As informações, pesquisas e dados administrativos são insuficientes para subsidiar uma política pública de cuidados.



9

Projeto de Lei 2762/2024 Política Nacional de Cuidados

PROJETO DE LEI 2762/2024

Institui a Política
Nacional de Cuidados.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

CAPÍTULO I

DA POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Cuidados, destinada a garantir o direito ao cuidado, por meio da promoção da corresponsabilização social e de gênero pela provisão de cuidados, consideradas as desigualdades interseccionais.

§ 1º Todas as pessoas têm direito ao cuidado.

§ 2º O direito ao cuidado de que trata o *caput* compreende o direito a ser cuidado, a cuidar e ao autocuidado.

Art. 2º A Política Nacional de Cuidados é dever do Estado, compreendidos a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, no âmbito de suas competências e atribuições, em corresponsabilidade com as famílias, o setor privado e a sociedade civil.

Parágrafo único. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão instituir as suas próprias políticas, em conformidade com o disposto nesta Lei.

Art. 3º A Política Nacional de Cuidados será implementada, de forma transversal e intersetorial, por meio do Plano Nacional de Cuidados.

CAPÍTULO II

DOS OBJETIVOS

Art. 4º São objetivos da Política Nacional de Cuidados:

I - garantir o direito ao cuidado, de forma gradual e progressiva, sob a perspectiva integral e integrada de políticas públicas que reconheçam a interdependência da relação entre quem cuida e quem é cuidado;

II - promover políticas públicas que garantam o acesso ao cuidado com qualidade para quem cuida e para quem é cuidado;

III - promover a implementação de ações pelo setor público que possibilitem a compatibilização entre o trabalho remunerado, as necessidades de cuidado e as responsabilidades familiares relacionadas ao cuidado;

IV - incentivar a implementação de ações do setor privado e da sociedade civil, de forma a possibilitar a compatibilização entre o trabalho remunerado, as necessidades de cuidado e as responsabilidades familiares de cuidado;

V - promover o trabalho decente para as trabalhadoras e os trabalhadores remunerados do cuidado, de maneira a enfrentar a precarização e a exploração do trabalho;

VI - promover o reconhecimento, a redução e a redistribuição do trabalho não remunerado do cuidado, realizado primordialmente pelas mulheres;

VII - promover o enfrentamento das desigualdades estruturais e interseccionais no acesso ao direito ao cuidado, de modo a reconhecer a diversidade de quem cuida e de quem é cuidado; e

VIII - promover a mudança cultural relacionada à divisão sexual, racial e social do trabalho de cuidado.

CAPÍTULO III

DAS DEFINIÇÕES

Art. 5º Para fins do disposto nesta Lei, considera-se:

I - cuidado - trabalho cotidiano de produção de bens e serviços necessários à sustentação e à reprodução diária da vida humana, da força de trabalho, da sociedade e da economia, e à garantia do bem-estar de todas as pessoas;

II - organização social do cuidado - forma como o Estado, as famílias, o setor privado e a sociedade civil se inter-relacionam para prover cuidado, e a forma que os domicílios e os seus membros dele se beneficiam;

III - corresponsabilidade social pelos cuidados - compartilhamento de responsabilidades pelos atores sociais que possuem o dever ou a capacidade de prover cuidado, incluídos o Estado, as famílias, o setor privado e a sociedade civil;

IV - corresponsabilidade de gênero pelos cuidados - compartilhamento de responsabilidades pelo cuidado, de forma equitativa, entre mulheres e homens, em toda a sua diversidade;

V - desigualdades interseccionais - intersecção de diversas dimensões de exclusão e subordinação com base em critérios de classe, gênero, raça, etnia, orientação sexual, idade, território e deficiência que operam na estruturação e na reprodução das desigualdades sociais e da experiência de vida das pessoas e dos grupos sociais;

VI - universalismo progressivo e sensível às diferenças - efetivação da garantia do direito ao cuidado, de forma gradual e progressiva, consideradas as desigualdades estruturais; e

VII - trabalhadoras e trabalhadores não remunerados do cuidado - pessoas que exerçam o trabalho de cuidado nos domicílios, sem vínculo empregatício e sem obtenção de remuneração.

CAPÍTULO IV

DOS PRINCÍPIOS

Art. 6º São princípios da Política Nacional de Cuidados:

I - respeito à dignidade e aos direitos humanos de quem recebe cuidado e de quem cuida;

II - universalismo progressivo e sensível às diferenças;

III - equidade e não discriminação;

IV - promoção da autonomia, da independência e da autodeterminação das pessoas;

V - corresponsabilidade social e de gênero;

VI - antirracismo;

VII - anticapacitismo;

VIII - anti-idadismo;

IX - interdependência entre as pessoas e entre quem cuida e quem é cuidado;

X - direito à convivência familiar e comunitária; e

XI - valorização e respeito à vida, à cidadania, às habilidades e aos interesses das pessoas.

CAPÍTULO V

DAS DIRETRIZES

Art. 7º São diretrizes da Política Nacional de Cuidados:

I - a integralidade do cuidado;

II - a transversalidade, a intersectorialidade, a interseccionalidade e a interculturalidade das políticas públicas de cuidados;

III - a garantia da participação e do controle social das políticas públicas de cuidados na formulação, na implementação e no acompanhamento de suas ações, programas e projetos;

IV - a atuação permanente, integrada e articulada das políticas públicas de saúde, assistência social, direitos humanos, educação, trabalho e renda, esporte, lazer, cultura, mobilidade, previdência social e demais políticas públicas que possibilitem o acesso ao cuidado ao longo da vida;

V - a simultaneidade na oferta dos serviços para quem cuida e para quem é cuidado, reconhecida a relação de interdependência entre ambos;

VI - a acessibilidade em todas as dimensões, em conformidade com o disposto na Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015;

VII - a territorialização e a descentralização dos serviços públicos ofertados, considerados os interesses de quem cuida e de quem é cuidado;

VIII - a articulação interfederativa;

IX - a formação continuada e permanente nos temas de cuidados para:

a) servidoras e servidores federais, estaduais, distritais e municipais que atuem na gestão e na implementação de políticas públicas;

b) prestadores de serviços que atuem na rede de serviços públicos ou privados; e

c) trabalhadoras e trabalhadores do cuidado remunerados e não remunerados, incluídos os familiares e comunitários; e

X - o reconhecimento e a valorização do trabalho de quem cuida e do cuidado como direito, com a promoção da corresponsabilização social e de gênero, respeitada a diversidade cultural dos povos.

Parágrafo único. Para fins do disposto no inciso I do *caput*, a integralidade do cuidado compreende o atendimento das demandas e das necessidades de cuidado das pessoas em todas as dimensões, como receptoras e provedoras do cuidado, considerados os contextos social, econômico, familiar, territorial e cultural em que estão inseridas.

CAPÍTULO VI

DO PÚBLICO PRIORITÁRIO

Art. 8º A Política Nacional de Cuidados terá como público prioritário:

I - crianças e adolescentes, com atenção especial à primeira infância;

II - pessoas idosas que necessitem de assistência, apoio ou auxílio para executar as atividades básicas e instrumentais da vida diária;

III - pessoas com deficiência que necessitem de assistência, apoio ou auxílio para executar as atividades básicas e instrumentais da vida diária;

IV - trabalhadoras e trabalhadores remunerados do cuidado; e

V - trabalhadoras e trabalhadores não remunerados do cuidado.

§ 1º As desigualdades interseccionais serão consideradas para definir o público prioritário da Política Nacional de Cuidados.

§ 2º A ampliação do público prioritário poderá ser realizada de forma progressiva, consideradas as necessidades de apoio e de auxílio, as demandas das trabalhadoras e dos trabalhadores remunerados e não remunerados do cuidado e as novas demandas relativas ao cuidado.

CAPÍTULO VII

DO PLANO NACIONAL DE CUIDADOS

Art. 9º O Poder Executivo federal elaborará o Plano Nacional de Cuidados, na forma prevista em regulamento, no qual serão estabelecidos ações, metas, indicadores, instrumentos, período de vigência e de revisão, órgãos e entidades responsáveis.

§ 1º O Plano Nacional de Cuidados buscará a consecução de seus objetivos por meio de ações intersetoriais nas áreas de assistência social, saúde, educação, trabalho e renda, cultura, esportes, mobilidade, previdência social, direitos humanos, políticas para as mulheres, políticas para a igualdade racial, políticas para os povos indígenas e para as comunidades tradicionais, desenvolvimento agrário e agricultura familiar, dentre outras.

§ 2º O Plano Nacional de Cuidados disporá, no mínimo, sobre:

I - garantia de direitos e promoção de políticas públicas para a pessoa que necessita de cuidados e para a trabalhadora e o trabalhador não remunerado do cuidado, incluídos a criação, a ampliação, a qualificação e a integração de serviços de cuidado, os benefícios, a regulamentação e a fiscalização de serviços públicos e privados;

II - estruturação de iniciativas de formação e de qualificação para a trabalhadora e o trabalhador não remunerado do cuidado;

III - fomento à adoção, pelos setores público e privado, de medidas que promovam a compatibilização entre o trabalho remunerado e as necessidades pessoais e familiares de cuidados;

IV - promoção do trabalho decente para as trabalhadoras e os trabalhadores remunerados do cuidado, incluída a garantia de direitos trabalhistas e de proteção social, o enfrentamento da precarização do trabalho e a estruturação de programas de formação e de qualificação profissional para essas trabalhadoras e esses trabalhadores;

V - estruturação de medidas para redução da sobrecarga de trabalho não remunerado que recai sobre as famílias, em especial sobre as mulheres, com a promoção da corresponsabilidade social e de gênero;

VI - políticas públicas para a transformação cultural, relativas à divisão sexual, racial e social do cuidado, para o reconhecimento e a valorização de quem cuida e do cuidado como trabalho e direito, com a promoção da responsabilização social e de gênero;

VII - estruturação de iniciativas de formação destinadas a servidores públicos, prestadores de serviços de cuidados e sociedade; e

VIII - aprimoramento contínuo de dados provenientes de estatísticas e de registros administrativos sobre o tema para subsidiar a gestão da Política Nacional de Cuidados e para reconhecer e mensurar o valor econômico e social do trabalho de cuidado não remunerado.

§ 3º O Plano Nacional de Cuidados será implementado por meio da atuação intersetorial e da articulação interfederativa, e da integração entre a rede pública e privada de serviços, programas, projetos, ações, benefícios e equipamentos destinados à garantia do direito ao cuidado.

CAPÍTULO VIII

DA ESTRUTURA DE GOVERNANÇA

Art. 10. O Poder Executivo federal disporá sobre a estrutura de governança do Plano Nacional de Cuidados, suas competências, seu funcionamento e sua composição, por meio de regulamento, observada a intersetorialidade, a articulação interfederativa, a participação e o controle social.

Parágrafo único. O Plano Nacional de Cuidados deverá ser implementado de forma descentralizada e articulada entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

CAPÍTULO IX

DO FINANCIAMENTO

Art. 11. A Política Nacional de Cuidados será custeada por:

I - dotações orçamentárias do Orçamento Geral União consignadas aos órgãos e às entidades da administração pública federal participantes do Plano Nacional de Cuidados, observada a disponibilidade financeira e orçamentária;

II - fontes de recursos destinadas por órgãos e entidades da administração pública estadual, distrital ou municipal, observada a disponibilidade financeira e orçamentária;

III - recursos provenientes de doações, de qualquer natureza, feitas por pessoas físicas ou jurídicas, do País ou do exterior; e

IV - outras fontes de recursos nacionais ou internacionais, compatíveis com o disposto na legislação.

CAPÍTULO X

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 12. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília,



10

Anexos

10.1. DECRETO N 11.460

DE 30 DE MARÇO DE 2023

Institui Grupo de Trabalho Interministerial com a finalidade de elaborar a Política Nacional de Cuidados.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, caput, inciso IV, da Constituição,

DECRETA:

Art. 1º Fica instituído Grupo de Trabalho Interministerial com a finalidade de elaborar proposta de Política Nacional de Cuidados.

Art. 2º Ao Grupo de Trabalho Interministerial compete:

- I. Formular diagnóstico sobre a organização social dos cuidados no país que inclua a identificação das políticas, programas e serviços atualmente existentes relativos à oferta e às necessidades de cuidados;
- II. Elaborar proposta de Política Nacional de Cuidados, a ser apresentada por meio de marco normativo e posteriores regulamentações, contendo princípios, diretrizes e objetivos; e
- III. Elaborar proposta de Plano Nacional de Cuidados, contendo:
 1. Programas e ações de cada um dos órgãos participantes, com a indicação dos respectivos prazos e orçamentos;
 2. Prioridades;
 3. Periodicidade; e
 4. Estratégias de gestão, monitoramento e avaliação dos programas e ações.

Art. 3º O Grupo de Trabalho Interministerial será composto por um representante de cada um dos órgãos e entidades integrantes e dos convidados

permanentes:

I. Integrantes:

1. Casa Civil da Presidência da República;
2. Ministério da Educação;
3. Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos;
4. Ministério da Igualdade Racial;
5. Ministério da Previdência Social;
6. Ministério da Saúde;
7. Ministério das Cidades;
8. Ministério das Mulheres;
9. Ministério do Desenvolvimento Agrário e Agricultura Familiar;
10. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome;
11. Ministério do Desenvolvimento, Indústria, Comércio e Serviços;
12. Ministério do Planejamento e Orçamento;
13. Ministério do Trabalho e Emprego;
14. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania; e
15. Ministério dos Povos Indígenas;
16. Secretaria Geral da Presidência da República; e
17. Advocacia-Geral da União.

II. Convidados permanentes:

1. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz;
2. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE; e
3. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea.

§ 1º O Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome e o Ministério das Mulheres coordenarão de forma conjunta o Grupo de Trabalho Interministerial instituído pelo presente decreto.

§ 2º Cada membro do Grupo de Trabalho Interministerial terá um suplente, que o substituirá em suas ausências e seus impedimentos.

§ 3º Os membros do Grupo de Trabalho Interministerial e os respectivos suplentes serão indicados pelos titulares dos órgãos que representam e

designados em ato conjunto da Ministra de Estado das Mulheres e do Ministro de Estado do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome.

Art. 4º O Grupo de Trabalho Interministerial se reunirá, em caráter ordinário, mensalmente e, em caráter extraordinário, mediante convocação dos órgãos coordenadores.

§ 1º O horário de início e de término das reuniões e a pauta de deliberações serão especificados no ato de convocação das reuniões do Grupo de Trabalho Interministerial.

§ 2º O quórum de reunião do Grupo de Trabalho Interministerial é de maioria simples e o quórum de aprovação é de maioria simples dos integrantes presentes.

§ 3º Na hipótese de empate, além do voto ordinário, os Coordenadores do Grupo de Trabalho Interministerial decidirão, de modo conjunto, quem dará o voto de qualidade.

§ 4º Os convidados permanentes não terão direito a voto.

§ 5º Os Coordenadores do Grupo de Trabalho Interministerial poderão convidar especialistas e representantes de outros órgãos e entidades públicos e privados para participarem de suas reuniões, sem direito a voto.

Art. 5º O Grupo de Trabalho Interministerial poderá instituir câmaras técnicas ou temáticas com o objetivo de aprofundar discussões sobre temas específicos.

Art. 6º As câmaras técnicas ou temáticas:

- I. serão instituídas e compostas na forma de ato do Grupo de Trabalho Interministerial; II. serão compostas por, no máximo, oito membros;
- III. terão caráter temporário e duração não superior a um ano; e
- IV. estarão limitadas a, no máximo, quatro em operação simultânea.

Art 7º. A Secretaria Executiva do Grupo de Trabalho Interministerial será exercida pela Secretaria Nacional de Cuidados e Família do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome.

Art. 8º Os membros do Grupo de Trabalho Interministerial e das câmaras técnicas ou temáticas que se encontrarem no Distrito Federal se reunirão presencialmente ou por videoconferência, nos termos do disposto no Decreto nº 10.416, de 7 de julho de 2020, e os membros que se encontrarem em outros entes federativos participarão por meio de videoconferência.

Art. 9º A participação no Grupo de Trabalho Interministerial e nas câmaras técnicas ou temáticas será considerada prestação de serviço público relevante, não remunerada.

Art. 10º O Grupo de Trabalho Interministerial terá duração de cento e oitenta dias, contados da data da primeira reunião, e poderá ser prorrogado uma vez por igual período, por ato conjunto da Ministra de Estado das Mulheres e do Ministro de Estado do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Parágrafo único. O relatório final das atividades do Grupo de Trabalho Interministerial será encaminhado aos titulares dos órgãos e entidades nele representados.

Art. 11º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 30 de março de 2023; 202º da Independência e 135º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

**JOSÉ WELLINGTON BARROSO DE
ARAUJO DIAS**

APARECIDA GONÇALVES

10.2. DECRETO N 11.950

DE 19 DE MARÇO DE 2024

Institui Grupo de Trabalho Interministerial com a finalidade de elaborar a Política Nacional de Cuidados.

Altera o Decreto nº 11.460, de 30 de março de 2023, que instituiu Grupo de Trabalho Interministerial com a finalidade de elaborar a Política Nacional de Cuidados.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, VI, “a”, da Constituição, DECRETA:

Art. 1º O Decreto nº 11.460, de 30 de março de 2023, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 3º

I.

r) um do Ministério da Fazenda;

s) um do Ministério da Cultura; e

t) um do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação.

.....

§ 4º O Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome e o Ministério das Mulheres definirão, conjuntamente, outros (as) convidados (as) permanentes para as reuniões do Grupo de Trabalho Interministerial, que não terão direito a voto.

.....” (NR)

“Art. 5º O Grupo de Trabalho Interministerial poderá instituir câmaras técnicas temporárias, com o objetivo de aprofundar discussões sobre temas específicos relacionados com políticas públicas de cuidados.” (NR) “ Art. 6º As Câmaras técnicas temporárias:

.....

II. serão compostas por, no máximo, dez membros;

.....” (NR)

“Art. 8º Os membros do Grupo de Trabalho Interministerial e das câmaras técnicas temporárias que se encontrarem no Distrito Federal se reunirão presencialmente ou por videoconferência, nos termos do disposto no Decreto nº 10.416, de 7 de julho de 2020, e os membros que se encontrarem em outros entes federativos poderão participar da reunião por meio de videoconferência.” (NR) “Art. 9º A participação no Grupo de Trabalho Interministerial e nas câmaras técnicas temporárias será considerada prestação de serviço público relevante, não remunerada.” (NR)

.....

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 19 de março de 2024; 203º da Independência e 136º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

JOSÉ WELLINGTON BARROSO DE ARAUJO DIAS

APARECIDA GONÇALVES

10.3. PORTARIA INTERMINISTERIAL MDS/MM N 26 DE 17 DE NOVEMBRO DE 2023

Prorroga por 180 dias a vigência do Grupo de Trabalho Interministerial instituído pelo Decreto N° 11.460, de 30 de março de 2023.

O MINISTRO DO DESENVOLVIMENTO E ASSISTÊNCIA SOCIAL, FAMÍLIA E COMBATE À FOME E A MINISTRA DAS MULHERES, no uso das atribuições que lhes confere o art. 87, parágrafo único, II, da Constituição, e tendo em vista o disposto no § 3º do art. 3º do Decreto de 11.460 de 30 de março de 2023, que dispõe sobre o Grupo de Trabalho Interministerial,

RESOLVEM:

Art. 1º Prorrogar, por mais 180 (cento e oitenta) dias a duração do Grupo de Trabalho Interministerial que tem por finalidade elaborar a proposta da Política Nacional de Cuidados e a proposta do Plano Nacional de Cuidados, conforme o art. 10º do Decreto de 11.460 de 30 de março de 2023.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

JOSÉ WELLINGTON BARROSO DE ARAUJO DIAS

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

APARECIDA GONÇALVES

MINISTRA DAS MULHERES

10.4. Documento do Marco Conceitual da Política Nacional de Cuidados do Brasil

(versão submetida à consulta pública)⁵⁵

Este documento tem como objetivo apresentar uma versão do Marco Conceitual para a formulação da Política Nacional de Cuidados e do Plano Nacional de Cuidados. Ele foi produzido a partir das discussões realizadas pelo Grupo de Trabalho Interministerial, instituído em março de 2023 para a formulação da Política e do Plano Nacional de Cuidados (GTI-Cuidados), coordenado pela Secretaria Nacional da Política de Cuidados e Família do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (SNCF/MDS) e pela Secretaria Nacional de Autonomia Econômica e Política de Cuidados do Ministério das Mulheres (SENAEC/MMulheres). Este Marco Conceitual apresenta os principais aspectos conceituais que orientam a formulação da Política e do Plano Nacional de Cuidados e está organizado em cinco partes: 1) breve histórico da formulação da Política Nacional de Cuidados no Brasil; 2) conceito de cuidado; 3) transformação do cuidado em objeto de política pública; 4) a Política Nacional de Cuidados no Brasil: componentes e estratégias de ação; e 5) considerações finais.

1. Um breve histórico do processo de construção da Política Nacional de Cuidados no Brasil

O tema dos cuidados – entendido tal como será apresentado neste marco teórico e conceitual – só muito recentemente vem sendo incorporado ao campo das políticas públicas no Brasil. É necessário assinalar que muitas políticas, programas e ações já desenvolvidas pelos governos – nas três esferas federativas – buscam prover cuidados para quem deles necessita. É o caso, por exemplo: dos serviços educacionais – como creches, pré-escolas e escolas de ensino básico; das instituições que atendem pessoas idosas ou com

55. Foram efetuadas revisões pontuais, a exemplo de: 1) “setor privado”, substituindo “mercado/empresas”; 2) “curso de vida”, substituindo “ciclo de vida”; 3) “apoio e auxílio”, substituindo “assistência, apoio e auxílio”.

deficiência – como os centros-dias, os centros de convivência, as instituições de longa permanência, as habitações inclusivas e os serviços de acolhimento da assistência social; e, ainda, dos hospitais e as Unidades Básicas de Saúde. Há, ainda, benefícios monetários, como o salário maternidade, Benefício de Prestação Continuada (BPC-LOAS) e o Bolsa Família.

Estas políticas, contudo, não apenas são insuficientes para garantir o acesso universal ao cuidado, como não foram pensadas a partir de uma perspectiva integral e integrada e que busque, ao mesmo tempo, garantir o direito das pessoas a serem cuidadas e, também, os direitos das pessoas que cuidam. Tampouco foram pensadas a partir da ideia de que é responsabilidade do Estado o papel principal de provisão dos cuidados e de organização dessa provisão, tendo cabido historicamente às famílias e, nelas, às mulheres, a principal responsabilidade pelo trabalho de cuidados. Ao Estado restou, portanto, historicamente, um papel subsidiário neste campo.

A construção de uma política integral e integrada de cuidados passa a ser, pela primeira vez no Brasil, um objetivo nomeadamente público a partir de 2023, quando são criadas, nas estruturas do governo federal, a Secretaria Nacional da Política de Cuidados e Família, no âmbito do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (SNCF/MDS) e a Secretaria Nacional de Autonomia Econômica e Política de Cuidados localizada no Ministério das Mulheres (SENAEC/MMulheres).

O Decreto nº11392/2023, que define a estrutura regimental do MDS, indica que a SNCF tem como competências propor e adotar estratégias intersetoriais e de coordenação federativa para a constituição de uma Política e de um Plano Nacional de Cuidados, promovendo a integração de políticas socioeconômicas e setoriais, com atenção às desigualdades de gênero, raça, etnia, curso de vida, deficiência e território, além de fomentar o intercâmbio de experiências entre países, especialmente no âmbito da Cooperação Sul-Sul. Já o Decreto nº11351/2023 que define a estrutura do MMulheres, estabelece que cabe à SENAEC/MMulheres elaborar a política nacional de cuidados para desenvolver, executar e integrar estratégias de visibilização e desnaturalização da divisão sexual do trabalho.

Nesse contexto, é *missão* dessas institucionalidades formular, coordenar e fazer a gestão da Política Nacional de Cuidados, incluindo seus planos,

programas e projetos, orçamentos e metas. Os *resultados que se espera entregar para a população brasileira* incluem, dentre outros, a garantia do direito ao cuidado a todas as pessoas que dele necessitem, a promoção do trabalho decente a todas as trabalhadoras e trabalhadores remunerados do cuidado e o reconhecimento, a redução e a redistribuição do trabalho doméstico e de cuidados não remunerado, exercido historicamente pelas mulheres no interior de seus domicílios. Com isso, pretende-se reduzir a pobreza e as desigualdades estruturais que caracterizam a sociedade brasileira, em suas múltiplas expressões, além de contribuir para uma organização social do cuidado mais justa e corresponsável. Por um lado, essa nova organização social dos cuidados deve despenalizar as mulheres e as permitir construir novos e diversos caminhos para suas vidas pessoais e profissionais e, por outro, ampliar o acesso a um cuidado de qualidade para toda a população brasileira.

A construção de uma Política Nacional de Cuidados que busque atingir objetivos tão importantes e ambiciosos deve ser, necessariamente, um esforço intersetorial, que envolva diferentes setores governamentais, tanto no âmbito federal, quanto nas esferas subnacionais, bem como a sociedade civil brasileira e outras instituições do Estado, como os poderes legislativo e judiciário. Para dar conta desse desafio, a SNCF/MDS, juntamente com a SENAEC/MMulheres, assumem um papel central de articulação, indução e coordenação da formulação e implementação da PNC que se materializa no Grupo de Trabalho Interministerial (GTI-Cuidados) que foi instituído pelo Decreto nº 11.460, de 30 de março de 2023 com a finalidade de elaborar a proposta da Política Nacional de Cuidados e a proposta do Plano Nacional de Cuidados. O GTI-Cuidados, coordenado pela SNCF/MDS e pela SENAEC/MMulheres, é composto por outros 15 ministérios e três entidades convidadas permanentes (Quadro 1)¹. Ele tem o prazo de até um ano – a contar de sua instalação, ocorrida no dia 22 de maio de 2023 – para apresentar um diagnóstico sobre a organização social dos cuidados no Brasil (considerando tanto as necessidades quanto a oferta de cuidados atualmente existente), e, ainda, propor a Política e o Plano Nacional de Cuidados.

Quadro⁵⁶. Composição do GTI-Cuidados, segundo o Decreto nº11460/2023².

I - órgãos integrantes
Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome; Ministério das Mulheres; Casa Civil da Presidência da República; Ministério das Cidades; Ministério do Desenvolvimento Agrário e Agricultura Familiar; Ministério do Desenvolvimento, Indústria, Comércio e Serviços; Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania; Ministério da Educação; Ministério do Esporte; Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos; Ministério da Igualdade Racial; Ministério do Planejamento e Orçamento; Ministério dos Povos Indígenas; Ministério da Previdência Social; Ministério da Saúde; Ministério do Trabalho e Emprego; e Secretaria-Geral da Presidência da República.
II - entidades convidadas permanentes:
Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz; e Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Ipea.

O GTI-Cuidados foi instalado no dia 22 de maio de 2023, em evento que reuniu os ministros e ministras do(da): *i)* Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, Wellington Dias; *ii)* Mulheres, Cida Gonçalves; *iii)* Gestão e Inovação em Serviços Públicos, Esther Dweck; *iv)* Igualdade Racial, Anielle Franco; e *v)* Direitos Humanos e da Cidadania, Silvio Almeida.

O processo de construção da Política de Cuidados no Brasil tem sido marcado por uma preocupação que envolve, de forma central, como se verá a seguir,

56. Nota explicativa: deixamos de numerar as figuras, quadros e tabelas no Marco Conceitual para evitar incoerência com as numerações do relatório.

também as trabalhadoras remuneradas (e não remuneradas) do cuidado, em especial a categoria das trabalhadoras domésticas, responsável por parcela expressiva da provisão de cuidados no país, em condições de extrema precariedade e vulnerabilidade social. Como expressão desta centralidade, no momento de instalação do GTI-Cuidados, foi assinado um Protocolo de Intenções entre o governo federal e a Federação Nacional das Trabalhadoras Domésticas (Fenatrad) – na ocasião representada por sua presidenta Luiza Batista. Seu objetivo é a elaboração de um programa de ampliação de escolaridade e qualificação das trabalhadoras domésticas, bem como de apoio ao fortalecimento de suas organizações representativas, para promover a implementação e garantia dos seus direitos e respeito à legislação nacional e aos acordos e convenções internacionais ratificadas pelo Brasil. Nota-se, assim, que a intersectorialidade esteve presente desde a criação e a instalação do GTI-Cuidados, assim como a interlocução com a sociedade civil.

Conforme definindo pelo Decreto de sua instituição, o GTI deve se reunir de forma ordinária, uma vez ao mês, podendo ser convocadas, sempre que necessário, reuniões de caráter extraordinário. Desde maio de 2023, portanto, o grupo de trabalho tem se reunido e trabalhado em diferentes abordagens e temas, tal como se pode ver no quadro 2.

Quadro. Caminho percorrido pelo GTI-Cuidados.

1ª reunião ordinária	22 e 23/05	22/05 - Instalação do GTI-Cuidados e seminário sobre conceitos e noções introdutórias sobre políticas e sistemas de cuidado 23/05 - Reunião de trabalho: apresentação do GTI e pactuação de cronograma e objetivos de trabalho
2ª reunião ordinária	22/06	Apresentação de experiências federais e locais de políticas de cuidado
3ª reunião ordinária	26 e 27/07	Pensando as políticas de cuidado no governo federal a partir dos públicos prioritários: desafios para cada público e levantamento de políticas no âmbito do governo federal

4ª reunião ordinária	31/08	Desenho do marco conceitual da política de cuidados: definição de públicos prioritários e conceito de cuidados
Reunião extraordinária	15/09	Desenho do marco conceitual da política de cuidados: definição de públicos prioritários e conceito de cuidados (continuação da 4ª reunião ordinária)
5ª reunião ordinária	27 e 28/09	Desenho do marco conceitual da política de cuidados: definição de princípios, diretrizes e objetivos
6ª reunião ordinária	26/10	Planejando um plano de cuidados: definição de macro objetivos e desenho da árvore de problemas

Além disso, o Decreto também previu a possibilidade de instalação de até quatro câmaras técnicas (CTs), com o objetivo de aprofundar discussões sobre temas específicos relativos às políticas públicas de cuidados. Foi aprovada, no âmbito do GTI, a criação de quatro CTs que têm mantido reuniões periódicas desde sua instalação. São elas: 1) Câmara Técnica de Legislativo; 2) Câmara Técnica de Gestão de Informações; 3) Câmara Técnica de Trabalho Doméstico Remunerado; e 4) Câmara Técnica de Financiamento³.

2. Conceito de cuidado

Um dos desafios da formulação da Política Nacional de Cuidados diz respeito às múltiplas interpretações que atravessam o tema do cuidado. Cuidado é um termo polissêmico, ou seja, que possui uma multiplicidade de significados, sendo utilizado para se referir a um conjunto variado de atividades da vida diária (ex. cuidar de um bebê, cuidar da casa, cuidar para não se machucar, cuidar da saúde, cuidar das finanças, etc.). Além disso, é também um conceito presente em diversos âmbitos das políticas públicas com significados diversos. O que significa *cuidados* nas políticas de saúde, de educação, de direitos humanos ou de assistência social, por exemplo? Definir o conceito de cuidados é, portanto, um dos primeiros desafios para a estruturação de uma política de cuidados e, ainda, para o marco conceitual que será apresentado nesta seção.

2.1. Um trabalho essencial para a sustentabilidade da vida humana, da economia e da sociedade

O *cuidado* pode ser definido como um *trabalho cotidiano* de *produção* de bens e serviços necessários à *sustentação* e *reprodução* da vida humana, da força de trabalho, das sociedades e da economia e à garantia do *bem-estar* de todas as pessoas. Estamos falando, portanto, de trabalhos como a preparação de alimentos, a limpeza, gestão e organização da casa, bem como das atividades de apoio e auxílio diários para pessoas com diferentes graus de dependência, como bebês e crianças pequenas, pessoas idosas ou pessoas com deficiência e pessoas em situação de vulnerabilidade, quando essas não conseguem, sozinhas, realizar atividades como alimentar-se, caminhar, utilizar o transporte público, fazer compras, realizar sua higiene, etc.

A forma como esse trabalho se concretiza na vida diária é variada. O trabalho de cuidado pode ser *remunerado*, compreendendo atividades destinadas à produção de bens e/ou serviços de cuidados realizados para terceiros em troca de remuneração e benefícios, a exemplo de profissões como o trabalho doméstico remunerado, cuidadoras/as de pessoas idosas e com deficiência, babás e cuidadoras de crianças e adolescentes, profissionais da educação infantil e da saúde, dentre outras. De forma diversa, ele pode ser exercido de maneira *não remunerada*, no âmbito familiar ou comunitário – fora de relações laborais do mercado de trabalho –, abarcando tarefas como produção de alimentos, manutenção dos domicílios e cuidado das pessoas do próprio núcleo doméstico e/ou familiar, sem contrapartida financeira⁴.

Na esteira dessa dualidade, tem-se que o local em que o trabalho de cuidado é realizado é variado. A provisão de cuidados, nesse sentido, pode se dar tanto no *âmbito doméstico ou familiar*, como nos âmbitos *comunitário e em instituições públicas ou privadas* (creches, centros-dia ou residências inclusivas e instituições de longa permanência para pessoas idosas ou com deficiência etc.). É importante destacar, aqui, que o local em que os cuidados são ofertados não se constitui em um elemento demarcador do que é entendido como cuidado ou não. O trabalho de cuidar de uma criança é trabalho, seja ele realizado no domicílio ou em instituições educacionais, por exemplo. No entanto, cabe destacar e reconhecer que o local em que ele é realizado pode definir a qualidade de

cuidado recebido ou a carga de trabalho que recai sobre famílias e cuidadoras.

Outro elemento importante neste marco conceitual refere-se à necessidade ou não de interação pessoal na definição do que é trabalho de cuidado. O trabalho de cuidados pode ser prestado de forma *direta* ou *indireta*. O trabalho direto é aquele que envolve uma interação face a face entre quem cuida e quem é cuidado, como brincar com uma criança ou ajudar uma pessoa idosa com restrição de autonomia a tomar banho ou a alimentar-se. Já o trabalho indireto inclui atividades de manutenção, gestão, planejamento, entre outras, e que dão suporte à realização dos cuidados diretos, como limpar a casa, preparar alimentos, fazer compras ou lavar as roupas. O cuidado indireto não abrange, necessariamente, a interação pessoal. Podem ser consideradas, também nessa categoria, os trabalhos realizados para a subsistência – como o cuidado com hortas e animais – que são especialmente importantes para a reprodução social de povos do campo, da floresta e das águas, além de comunidades e povos tradicionais.

Por fim, outros dois elementos são também importantes nessa estratégia de construção de uma linha demarcatória do objeto de uma política de cuidados. São eles: a recorrência deste trabalho e a possibilidade de que seja compartilhado entre diferentes instituições (em especial entre famílias, governos, setor privado e comunidades).

Em relação à recorrência, o trabalho é entendido como de cuidado se envolve a realização de atividades *cotidianas* para sustentação da vida e de apoio e auxílio à vida diária. Dessa forma, trabalhos esporádicos, como a aplicação de uma vacina ou a realização de uma cirurgia não estão incluídos na definição do que se entende por cuidado na política aqui tratada, ainda que, por suposto, compo-nham o que se poderia chamar de cuidado em saúde. O trabalho de uma mãe que aplica insulina em sua filha todos os dias, por outro lado, é compreendido como um trabalho cotidiano, necessário para a garantia do bem-estar e para a manutenção e reprodução da vida daquela pessoa que recebe o cuidado. A recorrência pode ocorrer, inclusive, em intervalos específicos (a exemplo de uma pessoa que tem uma depressão profunda e que demanda apoio e assistência familiar ou profissional por um ano, quando o trabalho é recorrente e cotidiano).

Já a *possibilidade de compartilhamento* da execução e/ou da responsabilidade pelas condições em que é exercido o cuidado refere-se àquelas atividades que são passíveis de serem exercidas/compartilhadas pelo Estado, setor privado,

comunidade e famílias. É essencial que o trabalho de cuidar possa ser de responsabilidade, execução ou exercício da família, mas também de uma instituição pública (como um centro-dia para pessoas idosas) ou privada (como um hospital) ou, ainda, pelas comunidades (creches comunitárias). Caso o trabalho só possa ser exercido em um ambiente hospitalar, por exemplo, não sendo passível de ser compartilhado por outras instituições, entende-se que esse não é o trabalho de cuidado objeto desta política, ainda que, mais uma vez, ele possa ser enquadrado como cuidado na semântica e nas características que definem outras políticas setoriais.

2.2. A organização social (desigual, injusta e insustentável) dos cuidados

O cuidado é não apenas um trabalho, mas também uma necessidade de todas as pessoas, central para a sustentabilidade da vida humana, assim como para o funcionamento da economia e das sociedades. Todas as pessoas necessitam de cuidados ao longo de suas vidas ainda que, em alguns momentos ou em condições específicas, nas quais é menor a sua autonomia e maior a sua dependência⁵, essas necessidades sejam mais intensas e/ou mais complexas. Em algumas situações, inclusive, as pessoas não podem prescindir do cuidado realizado por terceiros/as, por ele ser fundamental para o seu bem-estar, ou, no limite, para a sua própria sobrevivência. É o caso, por exemplo, dos bebês, que dependem integralmente do cuidado ofertado por outras pessoas, ou de pessoas idosas e pessoas com deficiência que, em determinadas condições, podem necessitar de auxílio e apoios para realizar tanto as atividades básicas da vida diária (ex. tomar banho, vestir-se, alimentar-se etc.), quanto as atividades entendidas como instrumentais (ex. gerenciar recursos, fazer compras, sair de casa etc.).

A forma como esse cuidado é ofertado nas sociedades é bastante variável. Em cada sociedade e em diferentes etapas históricas, estabelece-se uma *organização social dos cuidados* específica, que produz, organiza e distribui os cuidados, e que tem componentes sociais, econômicos, culturais e políticos. A conformação dessa organização social dos cuidados congrega e responsabiliza um amplo conjunto de atores sociais e instituições pela sua provisão, em especial as famílias, comunidades, Estado, setor privado, tal como pode ser visualizado pela figura reconhecida na literatura como “diamante dos cuidados”.

A organização social dos cuidados corresponde, por um lado, a forma como o cuidado é ofertado por diferentes culturas e instituições – Estado, setor privado, comunidades e famílias – e, por outro, a como as famílias e comunidades se beneficiam dessa oferta.

No Brasil, historicamente e na atualidade, a organização social dos cuidados é desigual, injusta e insustentável – seja do ponto de vista ético, econômico ou social. É desigual e injusta porque, apesar de todas as pessoas necessitarem de cuidados ao longo do seu curso de vida, nem todas recebem os cuidados de acordo com suas necessidades e nem todas cuidam; principalmente, nem todas cuidam na mesma intensidade e na mesma proporção. São as famílias, e especialmente as mulheres, as que se responsabilizam desproporcionalmente pela provisão de cuidados no país. As mulheres continuam sendo as principais – quando não exclusivas – responsáveis pelo trabalho de cuidados, principalmente as mais pobres (que não têm renda suficiente para adquirir serviços de cuidado no mercado), as mulheres negras e as que vivem em territórios com menor acesso a políticas e serviços públicos de cuidado, como as zonas rurais e as periferias urbanas.

A atual forma de organização social dos cuidados vigente na sociedade brasileira também é insustentável, uma vez que é crescente a demanda de cuidados, devido ao acelerado processo de envelhecimento da população – e à crescente incidência de deficiência ao longo do curso da vida⁶. Há, ainda, uma diminuição da oferta familiar de cuidados, devido ao aumento da inserção das mulheres no mercado de trabalho e a diminuição do número de pessoas por família, resultado das continuadas quedas das taxas de fecundidade no país⁷, dentre outros fatores. Esses movimentos intensificam aquilo que vem sendo chamado de *crise dos cuidados*.

É importante destacar que esse modelo de organização social dos cuidados gera uma série de impactos não só para as mulheres – sobrecarregadas com as responsabilidades de provisão de cuidados – mas também para as pessoas que necessitam de cuidado. No caso das mulheres, a grande sobrecarga de trabalho doméstico e de cuidados não remunerado gera uma importante *pobreza de tempo* e impõe fortes barreiras para a o exercício dos seus direitos em outros âmbitos da vida, como a conclusão das suas trajetórias educacionais e de formação profissional, a inserção no mercado de trabalho e na vida pública em igualdade de condições com os homens, comprometendo suas possibilidades de geração de renda e a sua autonomia econômica. Isso contribui significativamente para a reprodução da pobreza e das desigualdades sociais.

No caso das pessoas beneficiárias do cuidado, a organização injusta compromete o acesso e a qualidade do cuidado para quem dele necessita, violando direitos humanos de quem é cuidado, além de produzir barreiras e impedimentos para o exercício de uma vida digna e autônoma, especialmente para crianças e adolescentes, pessoas idosas e pessoas com deficiência que requerem apoio e auxílio de terceiros para as atividades básicas e instrumentais da vida diária.

É necessário, portanto, transformar profundamente a atual organização social dos cuidados a partir do reconhecimento da interdependência como uma condição humana que une as pessoas em sociedade. Nessas bases, é necessário estruturar as responsabilidades pessoais e institucionais a partir das necessidades de quem cuida e de quem é cuidado, promovendo a corresponsabilidade entre mulheres e homens no interior das famílias e entre as famílias, a comunidade, o Estado e setor privado. Avança-se, assim, rumo à criação de uma *sociedade de cuidados*, que coloque o cuidado no centro da vida e das práticas democráticas.

2.3. O cuidado como função social e como bem público

O cuidado deve ser entendido também a partir de sua função social. Considerando que é por meio dele que se garante a sustentabilidade da vida humana nas sociedades, sua gestão e provisão devem ser pensadas a partir das necessidades sociais e da sua democratização, e não apenas de interesses

particulares ou meramente individuais. Em outras palavras, a provisão de cuidados adequados e de qualidade não interessa apenas àquela pessoa que o recebe, ou à sua família, preocupada com o bem-estar, a autonomia e a dignidade de um ente querido. Sem essa provisão, a sociedade e as instituições não funcionam; as empresas e a economia não funcionam.

Além disso – e na mesma direção – é importante destacar que o trabalho de cuidados gera benefícios para a sociedade que ultrapassam aqueles gerados para as pessoas que diretamente receberam o cuidado. O trabalho de cuidar de uma criança, por exemplo, beneficia a criança especificamente, mas gera também para sua família e para a sociedade benefícios, uma vez que passam a contar com crianças com maior potencial e capacidade de desenvolvimento integral. Isso faz do cuidado um bem público, ou seja, ele produz valor social e econômico⁹ que ultrapassa os benefícios individuais e é indispensável ao funcionamento da economia e da sociedade.

Quadro. Uma síntese dos conceitos apresentados

Cuidado	Trabalho cotidiano de produção de bens e serviços necessários à sustentação e reprodução da vida humana, das sociedades e da economia e à garantia de bem-estar de todas as pessoas. Pode ser realizado de forma remunerada ou não remunerada, de maneira direta (com interação face-a-face) ou indireta (sem essa interação). Trata-se de um trabalho que envolve recorrência e possibilidade de compartilhamento.
Organização Social dos cuidados	É a forma como as famílias, o Estado, o setor privado e a comunidade se inter-relacionam para produzir cuidado e a forma como os domicílios e seus membros se beneficiam dele.
Crise dos cuidados	Desequilíbrio causado pela crescente demanda de cuidados, associada ao acelerado processo de envelhecimento da população – e à feminização desse envelhecimento –, e pela diminuição da oferta familiar de cuidados, devido a, dentre outros fatores, o aumento da inserção das mulheres no mercado de trabalho e a diminuição do número de pessoas por família.

Política de cuidado	Tipo de política pública que tem como objetivo a reorganização e o compartilhamento da responsabilização social pelos cuidados, por meio de um conjunto de iniciativas que objetivam atender as necessidades de quem demanda cuidados e de quem cuida. É por meio dela que se garante o direito humano ao cuidado – sendo este entendido como o direito a cuidar, a ser cuidado e ao autocuidado –, bem como a corresponsabilização de gênero (entre mulheres e homens, em sua diversidade) e social (entre as famílias, as comunidades, o Estado e o setor privado).
Sociedade dos cuidados	Novo paradigma para o desenvolvimento econômico, social e ambiental, que traz o cuidado para o centro da vida. Suas bases são a corresponsabilização, a sustentabilidade da vida e do planeta e a garantia de direito ao cuidado, incorporando as perspectivas de gênero, da interseccionalidade e da interculturalidade nas políticas públicas. Isso implica reconhecer a função social dos cuidados e, ainda, compreender o cuidado como um bem público

3. Transformando o cuidado em objeto de política pública

O cuidado não é um problema público em si; é a sua atual organização social que se projeta como um problema público que demanda políticas públicas, uma vez que é desigual, injusta e insustentável, além de marcada por desigualdades estruturais e interseccionais, que são por elas reproduzidas. Por não ser percebida como um problema público, que demanda respostas públicas e coletivas, a provisão familiar (e feminina) pelos cuidados sobrecarrega quem cuida e compromete o acesso e a qualidade do cuidado para quem recebe.

A definição do que se entende por uma política de cuidado é, contudo, atravessada por complexidades, uma vez que o termo “cuidado” é, como já mencionado anteriormente, também utilizado com significados diversos por diferentes políticas públicas, a exemplo das de saúde, educação e assistência social. Nesse sentido, é importante estabelecer uma demarcação do que se entende por cuidado em cada uma dessas políticas, de modo a que seja possível estabelecer objetivos e estratégias de atuação que se relacionem com o

objeto de cada uma delas, sem que essas se sobreponham ou conflitem, mas, ao contrário, se somem e se articulem visando o objetivo maior de garantir atenção às pessoas em todas as dimensões de suas vidas.

Nesse contexto, a Política Nacional de Cuidados não tem a pretensão de abarcar a totalidade das questões sociais relacionadas aos cuidados – que podem incluir desde o cuidado em saúde, até o cuidado com o meio ambiente –, mas concentra-se naqueles aspectos relacionados ao trabalho de cuidados, na forma como ele foi definido anteriormente neste documento.

Assim, assumindo que cuidado é um trabalho, uma necessidade e um direito, podemos compreender que as políticas de cuidado se constituem em um tipo de política pública que tem como objetivo a reorganização e o compartilhamento da responsabilização social pelos trabalhos cotidianos de reprodução da vida e de garantia de bem-estar às pessoas. Estas políticas se traduzem na oferta de serviços, benefícios, formação, regulação, dentre outras, que buscam atender as necessidades de quem demanda cuidados e de quem cuida¹⁰. É por meio delas que se busca efetivar o direito ao cuidado – sendo este entendido como o direito a cuidar, a ser cuidado e ao autocuidado – bem como a corresponsabilização de gênero (entre mulheres e homens, em sua diversidade) e social (entre as famílias, as comunidades, o Estado e o setor privado).

Apesar do trabalho de cuidado ser essencial para a sustentabilidade da vida humana, e, portanto, para o funcionamento da sociedade e da economia, no caso do Brasil, a sua histórica desvalorização e invisibilização coloca-o como um tema que ainda precisa ser afirmado na agenda pública e política. Trata-se de um tema inovador, o que significa que existe, no campo governamental, um conjunto de (in)definições a serem enfrentadas, que vão desde o entendimento do próprio conceito, até os arranjos institucionais e a estrutura de governança necessária para a construção de uma política que esteja de acordo com as necessidades e demandas da sociedade.

Figura. Diamante dos Cuidados



É preciso considerar, ainda, que a Política Nacional de Cuidados envolve, em grande medida, serviços, benefícios e programas já existentes, em políticas e sistemas consolidados no país, como o Sistema Único de Saúde (SUS), o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e a rede de educação pública, o que implica o desenvolvimento de uma política que parta de uma abordagem intersetorial e federativa e que promova e assegure a intersetorialidade e a integralidade, sem produzir sobreposições.

3.1. Tipologia de políticas de cuidados

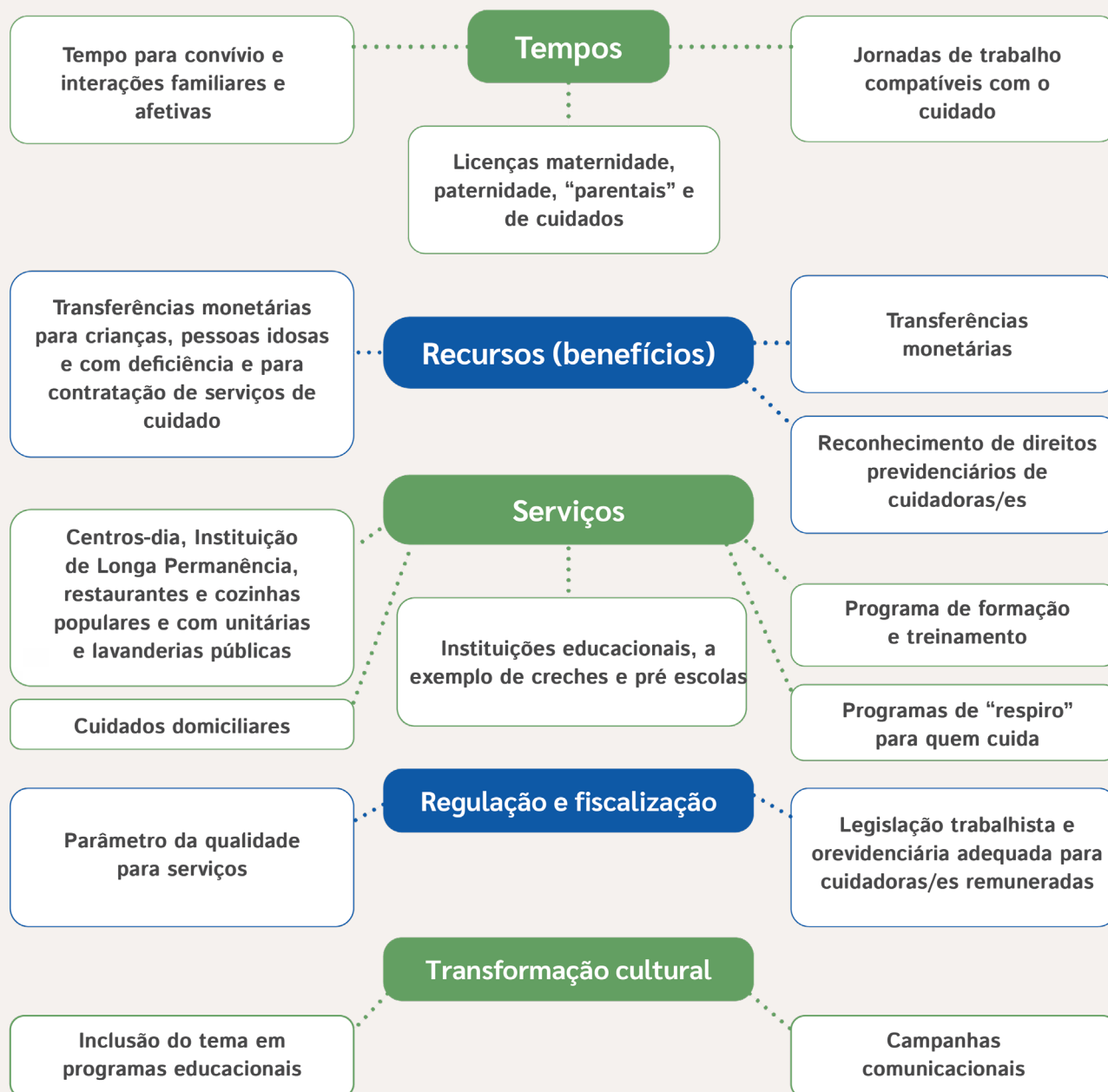
As políticas de cuidado podem ser de diferentes tipos e, como tal, classificadas em modelos diversos e variados¹¹ que podem ser agrupados em cinco grandes categorias:

- **Serviços (e infraestrutura) de cuidados:** referem-se, majoritariamente, a serviços (públicos ou privados) direcionados às pessoas que cuidam e que necessitam de cuidado, como centros-dia, residências inclusivas, acompanhamento e cuidado domiciliar de pessoas idosas e com deficiência, Instituições de Longa Permanência (ILPI) para pessoas idosas, casas para cuidadoras, programas de formação, etc.
- **Tempo:** que garantem o tempo de quem cuida para realizar essa atividade, a exemplo das licenças de maternidade, paternidade, parentais e de cuidados, ou para que as pessoas tenham tempo para usufruir do convívio familiar;
- **Recursos/Benefícios:** políticas de transferências de renda para apoiar as pessoas que necessitam de cuidados e suas famílias no acesso e no exercício do cuidado;
- **Regulação:** abrange a regulamentação tanto das relações e condições de trabalho das profissões de cuidado (ex. garantia de direitos trabalhistas e previdenciários e proteção social às trabalhadoras domésticas remuneradas e às cuidadoras e cuidadores remunerados de pessoas idosas e com deficiência), quanto de serviços (a exemplo de educação e saúde ofertadas pelo setor privado); e
- **Transformação cultural:** iniciativas que fomentem uma ressignificação do cuidado como um trabalho, uma necessidade, um direito e um bem

público, assim como novas práticas sociais de cuidado, contribuindo para uma organização social dos cuidados mais justa, equitativa e sustentável (ex. campanhas de conscientização, formação de meninos e homens para a paternidade responsável).

A figura a seguir sintetiza essa tipologia e exemplifica cada um dos casos..

Figura. Tipologias de políticas públicas e exemplos.



4. A Política Nacional de Cuidados no Brasil: componentes e estratégias de ação

A partir do marco conceitual apresentado anteriormente e das experiências de políticas já em curso no Brasil, tornou-se possível avançar, no âmbito do GTI-Cuidados, na definição dos componentes que estruturam e organizam a Política Nacional de Cuidados no Brasil. São eles: os atores institucionais; os sujeitos de direito e os públicos beneficiários; e os princípios e as diretrizes que orientarão as ações que concretizarão a Política na vida cotidiana das pessoas.

4.1. Atores institucionais

Os atores institucionais responsáveis pela oferta de cuidados são quatro:

- O **Estado**, por meio da garantia de direitos e efetivação de políticas públicas;
- As **famílias**, por meio do trabalho não remunerado de cuidado e dos vínculos familiares;
- **Setor privado**, por meio da oferta privada de serviços e pelas formas de organização e relações do trabalho remunerado, que podem ser mais ou menos favoráveis à conciliação entre o trabalho no mercado e às responsabilidades familiares e de cuidado;
- A **comunidade** e a **sociedade civil organizada**, por meio da oferta privada sem fins lucrativos, relações de trabalho não remunerado, ajudas, redes de solidariedade e ações solidárias.

Se na atual organização social dos cuidados as famílias constituem os atores proeminentes na provisão de cuidados, os objetivos de uma Política Nacional de Cuidados envolvem a mudança desse cenário, trazendo para o centro o Estado como indutor de uma nova organização social, mais igualitária e justa. Isso não significa diminuir a importância das famílias na provisão dos cuidados, mas diminuir a sobrecarga que sobre elas se abate atualmente, em especial sobre as mulheres. Para isso, é necessário contar com políticas que apoiem famílias e as mulheres que realizam trabalhos de cuidado. É importante, ainda, promover maior igualdade na distribuição e responsabilização pela oferta

de cuidados entre as famílias e as outras pontas do “diamante dos cuidados”, incluindo a responsabilidade de gênero. Nesse sentido, a Política Nacional de Cuidados busca ampliar o espaço na organização social dos cuidados daqueles atores hoje menos presentes, tanto na esfera pública (Estado, setor privado e sociedade civil organizada), quanto na privada (no interior das famílias, independentemente dos seus formatos ou arranjos familiares, estimulando a corresponsabilização entre os gêneros).

4.2. Sujeitos de direito e público beneficiário

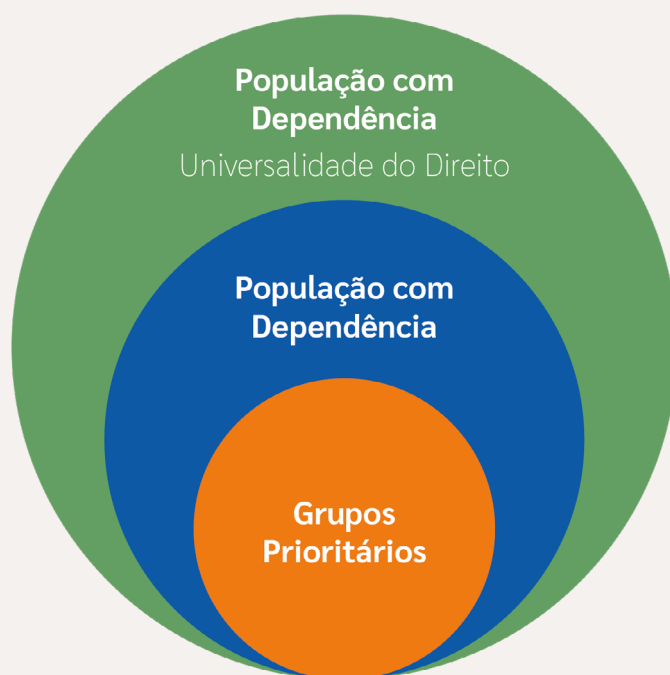
O cuidado na Política Nacional de Cuidados é entendido como um direito humano universal. Isso significa que todas as pessoas têm direito ao cuidado¹² (a cuidar, a ser cuidado e ao autocuidado).

Esse direito universal, quando materializado por meio de políticas públicas, deve ser compreendido a partir do princípio do *universalismo progressivo e sensível às diferenças*. O conceito de universalismo progressivo considera que, na impossibilidade de garantir de forma imediata o acesso irrestrito às políticas de cuidados para todas as pessoas, por razões de restrições de recursos e capacidades estatais, deve-se priorizar grupos sociais com maiores necessidades para, progressivamente, ampliar esse alcance, até abarcar a totalidade da população. Isso significa aplicar o princípio da progressividade e, simultaneamente, o da não regressão, ou seja, grupos que já foram incluídos no acesso aos direitos não podem perder essa condição.

Já o conceito de universalismo sensível a diferenças aponta para a necessidade de levar em conta, de forma sistemática, as desigualdades estruturantes – como gênero, raça, etnia, classe, idade, deficiência e território, assim como seus entrecruzamentos e encadeamentos ao longo do curso de vida das pessoas¹³. Esse conceito deve ser aplicado tanto no diagnóstico da atual organização social dos cuidados no Brasil, quanto nas políticas, programas e ações dirigidos à necessária transformação. Nessa perspectiva, a Política Nacional de Cuidados deve orientar-se por superar ativamente essas desigualdades, por meio de ações afirmativas dirigidas a pessoas e grupos que vivenciam simultâneas e – muitas vezes entrecruzadas – formas de desigualdade, discriminação

e exclusão, com o objetivo de romper barreiras de acesso às políticas públicas e atingir efetivamente a sua universalidade.

Figura. O universalismo progressivo na Política Nacional de Cuidados.

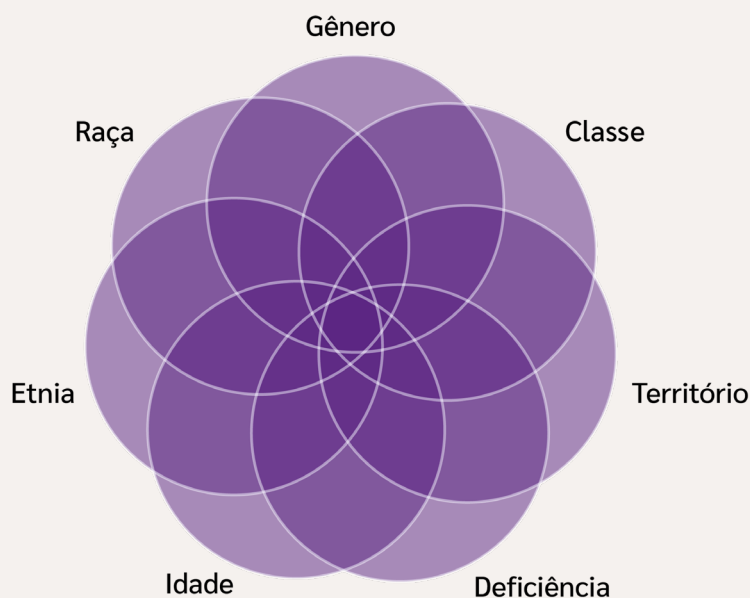


Nesse sentido, se a *Política Nacional de Cuidados* define e reconhece o cuidado como um direito humano, e, portanto, universal, o princípio do universalismo progressivo e sensível a diferenças deve ser efetivado no *Plano Nacional de Cuidados*, instrumento de operacionalização da Política, por meio de um conjunto de ações, objetivos e metas, que deve pautar-se por avanços progressivos no atendimento das necessidades de cuidados, a partir de públicos prioritários.

A definição desses públicos tem como premissa o reconhecimento de desigualdades estruturais, que constituem e são constituídas e reproduzidas pela organização social injusta e desigual dos cuidados. Essas desigualdades abrangem as relações de *gênero, raça, classe, etnia, território, idade e deficiência*, e suas múltiplas intersecções. Assim, diversos grupos da população (como por exemplo as mulheres negras e indígenas, as jovens mulheres negras da periferia, as crianças indígenas e quilombolas, entre muitos outros) sofrem, simultaneamente, múltiplas e agravadas formas de desigualdade e discriminação, que se entrecruzam, se potencializam e se encadeiam ao longo do curso de vida das pessoas. O reconhecimento e o enfrentamento dessas desigualdades deve estar presente na definição dos objetivos, eixos, ações e estratégias de gestão

e implementação, tanto da Política, quanto do Plano Nacional de Cuidados.

Figura. Desigualdades estruturais e interseccionais que constituem a organização social dos cuidados no Brasil



A partir dessa premissa, a Política Nacional de Cuidados define seus *públicos prioritários*, que correspondem aos grupos sociais que têm maiores necessidades de cuidado e estão sujeitos a maiores e mais sistemáticas violações dos seus direitos, devido à atual organização social desigual e injusta dos cuidados, seja como pessoas que cuidam ou como pessoas que são cuidadas. Na perspectiva do universalismo progressivo e sensível às diferenças, esses são os públicos que primordialmente serão destinatários da Política Nacional e, especialmente, do Plano, em uma primeira etapa de formulação e implementação.

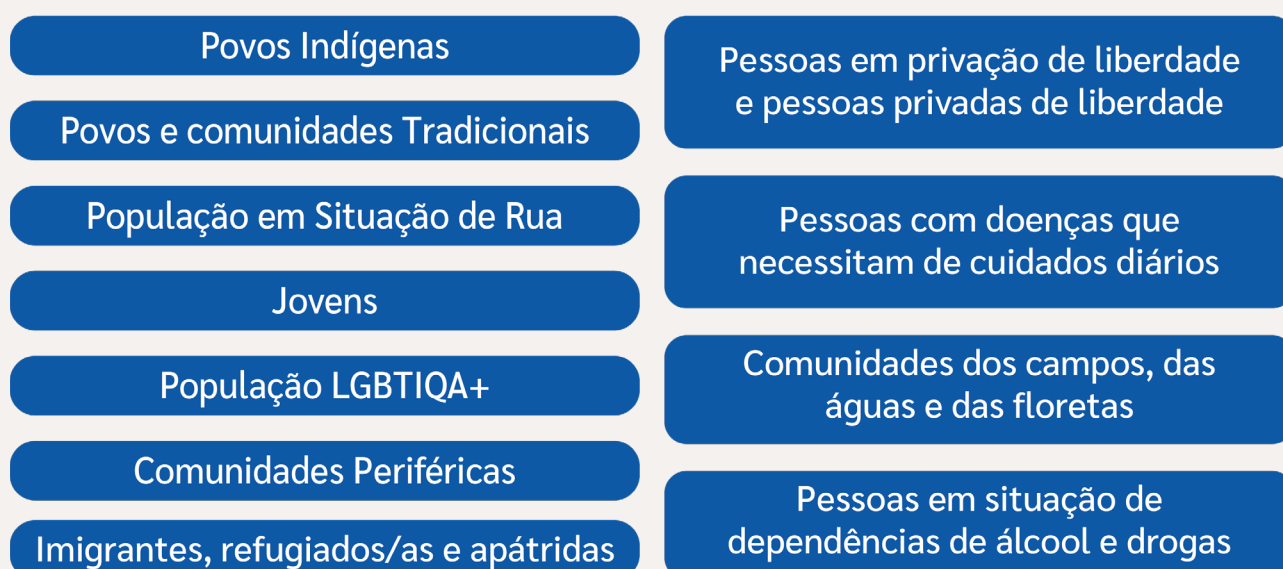
Foram definidos quatro públicos prioritários que envolvem, por um lado, as pessoas que cuidam e, de outro, aquelas que têm necessidades de cuidado. São eles: 1) Crianças e adolescentes (com especial atenção à 1ª infância); 2) Pessoas idosas que necessitam apoios e auxílios para o desenvolvimento das atividades básicas e instrumentais da vida diária; 3) Pessoas com Deficiência que necessitam apoios e auxílios para o desenvolvimento das atividades básicas e instrumentais da vida diária; e 4) Trabalhadoras e trabalhadores do cuidado, remuneradas/os e não remuneradas/os.

Figura. Os públicos prioritários da Política Nacional de Cuidados



A Política Nacional prevê, ainda, vinculado aos públicos prioritários, grupos *com necessidades específicas ou que demandam atenção a distintas formas de vulnerabilidade, discriminação ou exclusão*. Trata-se de grupos sociais que possuem especificidades quanto às formas e necessidades de cuidados (considerando quem cuida e quem é cuidado) e/ou situações particulares de vulnerabilidade e/ou discriminação ou exclusão que produzem especial violação do direito aos cuidados. Esses grupos serão sinalizados na Política Nacional como de especial atenção na formulação e implementação de Plano, programas e projetos. São eles:

Figura. Os públicos com atenção especial na Política Nacional de Cuidados



4.3. Princípios e diretrizes

A Política Nacional de Cuidados, como qualquer outra política, estrutura-se a partir de um conjunto de princípios e diretrizes que devem orientar a ação do Estado brasileiro para que o direito ao cuidado, em todas as suas dimensões, seja efetivado, e que uma nova organização social dos cuidados, mais justa, igualitária e sustentável possa ser promovida. Uma vez que a Política se traduza em um plano de ações, este conjunto de orientações deve, necessariamente, pautar a formulação, a implementação, o monitoramento, a revisão e a avaliação da ação pública em todas as suas esferas. São eles:

- **Universalidade** do direito, ou seja, todas as pessoas têm direito ao cuidado, sendo esse entendido como o direito a cuidar, ser cuidado e auto cuidar-se. A universalidade se refere tanto à dimensão do acesso, quanto à da qualidade, o que significa que as pessoas não apenas têm direito ao cuidado, mas devem ter, igualmente, acesso ao cuidado de mesma qualidade.
- **Equidade** no acesso ao direito ao cuidado, isto é, para que todas as pessoas tenham seu direito ao cuidado assegurado, é necessário não apenas o acesso a ações universais de cuidado, mas também que suas necessidades específicas e características particulares sejam consideradas, incorporando perspectivas de gênero e antirracista, dentre outras. Baseia-se na ideia, portanto, de que é imprescindível reconhecer e enfrentar as desigualdades sociais e considerar a diversidade e as diferenças entre as pessoas e grupos sociais para que o princípio da universalidade do direito ao cuidado se efetive. É, nesse sentido, elemento indispensável para o alcance da justiça social.
- **Corresponsabilidade social e de gênero** pela provisão do cuidado, ou seja, a responsabilidade por prover cuidado deve ser compartilhada e distribuída entre todos os atores sociais que possuem capacidade de prover bem-estar. Isso significa, por um lado, que deve ser responsabilidade do Estado (nas três esferas da federação), famílias, setor privado e comunidade, valendo destacar que nem todas estas instituições possuem os mesmos deveres, cabendo ao Estado papel central no processo de

promover a reorganização social dos cuidados e de garantia da universalidade deste direito. Por outro lado, significa que esta responsabilidade deve ser compartilhada de forma equitativa entre homens e mulheres em toda sua diversidade, de forma a transformar a injusta e desigual divisão sexual do trabalho vigente.

- **Respeito à dignidade e aos direitos humanos**, reconhecendo-se que todas as pessoas possuem valor intrínseco à sua condição humana e são titulares de direitos inalienáveis, indivisíveis e interdependentes. Isso significa que toda e qualquer ação (pública, privada, comunitária ou familiar) de provisão de cuidado deve pautar-se pelo respeito à integridade física, psíquica e moral das pessoas e ao seu direito de ser tratada dignamente,
- **Não discriminação** no acesso ao direito ao cuidado, ou seja, não deve haver qualquer distinção, exclusão ou restrição baseada em raça, cor, etnia, sexo, identidade de gênero, orientação sexual, deficiência, religião, idade, orientação política, origem social ou em qualquer outra dimensão da constituição das identidades pessoais e de grupo que tenha por efeito destruir ou alterar a igualdade de oportunidades ou de tratamento no acesso aos serviços de cuidados ofertados, sejam eles públicos, privados, familiares ou comunitários. É um elemento essencial para que o princípio do respeito à dignidade e aos direitos humanos seja efetivado.
- **Promoção da autonomia**, o que significa que a provisão de cuidado deve pautar-se sempre pelo respeito à autodeterminação das pessoas, ou seja, pela garantia de que possam decidir por si mesmas sobre seus projetos de vida e interesses particulares, bem como de serem protagonistas dos processos de transformação social e tomada de decisões. A autonomia, contudo, não se refere a um princípio de natureza individual, mas, ao contrário, pauta-se por uma dimensão relacional, uma vez que mesmo pessoas com elevado nível de autonomia constroem seus projetos de vida e decisões a partir das relações que estabelecem com as outras. Nesse sentido, reforça-se a ideia da *interdependência* intrínseca entre as pessoas, ou seja, a ideia de que nenhuma pessoa é completamente autônoma em nenhum momento ou condição de sua vida.
- **Anticapacitismo**, compreendido como enfrentamento à opressão baseada no ideal de um corpo tido como normal, que exclui as pessoas com

deficiência. Adicionalmente, é necessário a garantia da acessibilidade para a promoção da igualdade de condições, por meio da remoção das barreiras de natureza atitudinal, arquitetônica, metodológica, programática, instrumental, entre outras, que restringem a participação efetiva das pessoas com deficiência na sociedade.

- **Integralidade do cuidado**, isto é, as políticas públicas de provisão dos cuidados devem considerar as pessoas como um todo, atendendo às suas demandas e necessidades de cuidado em todas as suas dimensões – não apenas como beneficiárias, mas inclusive como provedoras de cuidado – e considerando o contexto social, familiar e cultural no qual estão inseridas.
- **Participação e controle social**, entendidos como o direito da sociedade civil de tomar parte e influenciar nos processos de formulação, implementação, fiscalização e avaliação das políticas de cuidado, bem como o exercício do controle social na oferta de serviços e de informações sobre o tema. Inclui também garantir o reconhecimento dos saberes e das diferentes práticas relativas ao cuidado existentes na sociedade brasileira, assim como das experiências dos movimentos e organizações sociais.
- **Interseccionalidade** refere-se ao reconhecimento da existência de diversos eixos de opressão, exclusão e subordinação (de classe, gênero, raça, etnia, idade, território, deficiência, status migratório) que não podem ser considerados isoladamente, mas, ao contrário, devem ser vistos como mutuamente constitutivos e operando simultaneamente na estruturação e reprodução das desigualdades sociais e da experiência de vida das pessoas e grupos sociais. Esse complexo entramado de desigualdades, opressões e exclusão deve ser considerado em todo o processo de construção e implementação das políticas de cuidado, de forma a garantir o acesso universal ao direito ao cuidado e o respeito à dignidade humana e contribuir à superação das desigualdades estruturais que caracterizam a sociedade brasileira.
- **Transversalidade** refere-se à estratégia de incorporar no conjunto das políticas públicas temas que, pela sua complexidade, devem ser tratados de forma multissetorial, envolvendo um amplo conjunto de órgãos governamentais em diferentes esferas da federação. No caso das políticas de cuidados, a transversalidade tem um duplo objetivo: incorporar o tema dos

cuidados às políticas setoriais – como educação, saúde, assistência social, trabalho, previdência, desenvolvimento econômico e produtivo, entre outras –, mas também incorporar ao conjunto das políticas de cuidados as dimensões de gênero, raça, etnia, classe, curso de vida, deficiência e território e suas múltiplas intersecções.

- **Intersetorialidade da política de cuidados** corresponde a um método de ação na esfera pública que busca fortalecer a articulação e a complementaridade de diversas formas de ação e de políticas setoriais, reconhecendo que a natureza dos fenômenos sociais demanda, necessariamente, a construção de políticas que articulem mais de uma área de atuação. Pressupõe, nesse sentido, decisões políticas articuladas e ações setoriais que se complementam para resolver problemas complexos e multidimensionais. No caso das políticas de cuidados, significa a necessária interação entre diversos setores no nível federal e entre os diferentes níveis da federação para garantir a integralidade do direito ao cuidado da população.
- **Interculturalidade nas políticas de cuidados** significa reconhecer e considerar a interação horizontal e sinérgica entre culturas diferentes nos processos de formulação e execução de políticas. O reconhecimento da interculturalidade na construção de políticas de cuidados traz luz para as diferentes formas como o cuidado é compreendido enquanto ética, prática e trabalho em diferentes culturas, ou seja, permite diferentes leituras e interpretações do objeto da política, contribuindo para a construção de uma estratégia de ação que, de fato, alcance ao conjunto da população.
- **Antirracismo**, implica o reconhecimento de que a formação colonial e escravista da sociedade brasileira é uma herança que ainda hoje estrutura as dinâmicas econômicas, políticas, culturais, e faz com que mulheres racializadas, em especial negras e indígenas, historicamente ocupem as posições de maior vulnerabilidade no acesso ao cuidado. Assim, o antirracismo deve pautar as ações que assegurem o direito ao cuidado, seja na possibilidade de ser cuidado com dignidade, de cuidar tendo garantida a integralidade dos direitos trabalhistas e previdenciários, e de ter a sua humanidade legitimada pela prerrogativa de auto cuidar-se.

5. Considerações Finais

Múltiplas são as definições de cuidados e políticas de cuidados. Para fins da Política Nacional de Cuidados, o cuidado é compreendido como um trabalho cotidiano de produção de bens e serviços necessários à sustentação e reprodução da vida humana, das sociedades e da economia e à garantia de bem-estar de todas as pessoas.

As políticas de cuidados são políticas públicas cujo objetivo é a reorganização e o compartilhamento da responsabilização social pelos cuidados, por meio de um conjunto de iniciativas que visam atender as necessidades de quem demanda cuidados e de quem cuida. É por meio delas que o Estado se torna corresponsável e indutor da construção de uma nova organização social de cuidados, que envolva não apenas a família, mas também o setor privado, a comunidade e a sociedade civil, e que seja constituída pela igualdade, inclusão, justiça e democracia.

10.5. BASE DE DADOS

A Base de Dados para Pactuação consiste em uma planilha sistematizada pela SNCF/MDS na qual estão consolidadas as demandas e propostas referentes ao cuidado, coletadas em quase um ano de funcionamento do GTI-Cuidados e, mais especialmente, ao longo do processo de participação social conduzido paralelamente.

AÇÕES/LINHAS DE AÇÃO PROPOSTAS E MAPEADAS. (inclui todas as propostas, inclusive as classificadas como FORA DO ESCOPO pela SNCF)											
1	2	Nº AÇÃO (planilha base)	Ação/linha de ação	Tipologia da Política	Categoria de Política	Status da ação consolidada	RF Agregada/bilateral s	Referência de fonte (variável RF)	Público prioritário (variável PP)	Públicos específicos (variável PE)	Área de política social (variável PS)
3											
847	844	Creche e pré-escola (educação infantil)	01. Serviços	Creche/Pré-escola/Escola	02. Políticas informais	GTI		28	01	NA	02
848	845	Serviços de acolhimento institucional (casa lar, abrigo, república para jovens)	01. Serviços	Serviços/Equipamentos para pessoas com deficiência	02. Políticas informais	GTI		28	01	04	07
849	846	Centro-dia (para crianças com deficiência)	01. Serviços	Serviços/Equipamentos para pessoas com deficiência	02. Políticas informais	GTI		28	03	NA	07
850	847	Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (centros de convivência)	01. Serviços	Serviços/Equipamentos para pessoas com deficiência	02. Políticas informais	GTI		28	01, 02, 03	NA	07
851	848	Centros-pop	01. Serviços	Serviços/Equipamentos para pessoas com deficiência	02. Políticas informais	GTI		28	1, 02, 03, 04	03	07
852	849	Serviços de acolhimento familiar (Família Acolhedora)	01. Serviços	Serviços/Equipamentos para pessoas com deficiência	02. Políticas informais	GTI		28	01	NA	07
853	850	Serviço de proteção social básica no domicílio (crianças com deficiência)	01. Serviços	Serviços/Equipamentos para pessoas com deficiência	02. Políticas informais	GTI		28	01, 03	NA	07
854	851	Programa Criança Feliz – visita domiciliar	01. Serviços	Serviços/Equipamentos para pessoas com deficiência	03. Fronteira	GTI		28	01	NA	07
855	852	Atenção domiciliar na saúde - Saúde da Família (atenção básica)	01. Serviços	Outras políticas	03. Fronteira	GTI		28	06	NA	01
856	853	Atenção domiciliar na saúde - Melhor em Casa (média e alta complexidade)	01. Serviços	Serviços/Equipamentos para pessoas com deficiência	02. Políticas informais	GTI		28	06	09	01
857	854	Bolsa Família (benefício adicional 1ª Infância – R\$ 150,00; benefício crianças e adolescentes até completar 18 anos e gestantes – R\$ 50,00)	03. Benefícios	Benefícios monetários	02. Políticas informais	GTI		28	01	04	07
858	855	BPC PCD (crianças com deficiência)	03. Benefícios	Benefícios monetários	03. Fronteira	GTI		28	03	NA	07
859	856	Pensão especial (crianças com microcefalia decorrente do zika vírus)	03. Benefícios	Benefícios monetários	01. Nova/aprimoramento - PNC	GTI		28	01	09	06, 13
860	857	BPC escola	03. Benefícios	Benefícios monetários	02. Políticas informais	GTI		28	01, 03	NA	02, 07
					Jornada das						

Acesse o link [aqui](#) e baixe o documento no seu dispositivo.

10.6. RELATÓRIOS GRÁFICOS

Disponibilizamos os relatórios gráficos⁵⁷ realizados durante as reuniões do GTI por Camila Maia⁵⁸.

No relatório é possível acessar:

- a síntese sobre o processo de participação social e as principais propostas sugeridas pela sociedade civil agrupadas por público-alvo;
- o desenho do percurso político e metodológico das reuniões;
- o quadro de parâmetros para a base de dados,
- síntese das oficinas de Governança Federativa e de Participação Social na Governança Federativa do Plano Nacional de Cuidados; e
- Ferramentas gráficas que auxiliaram o processo metodológico das tomadas de decisões no processo interministerial.



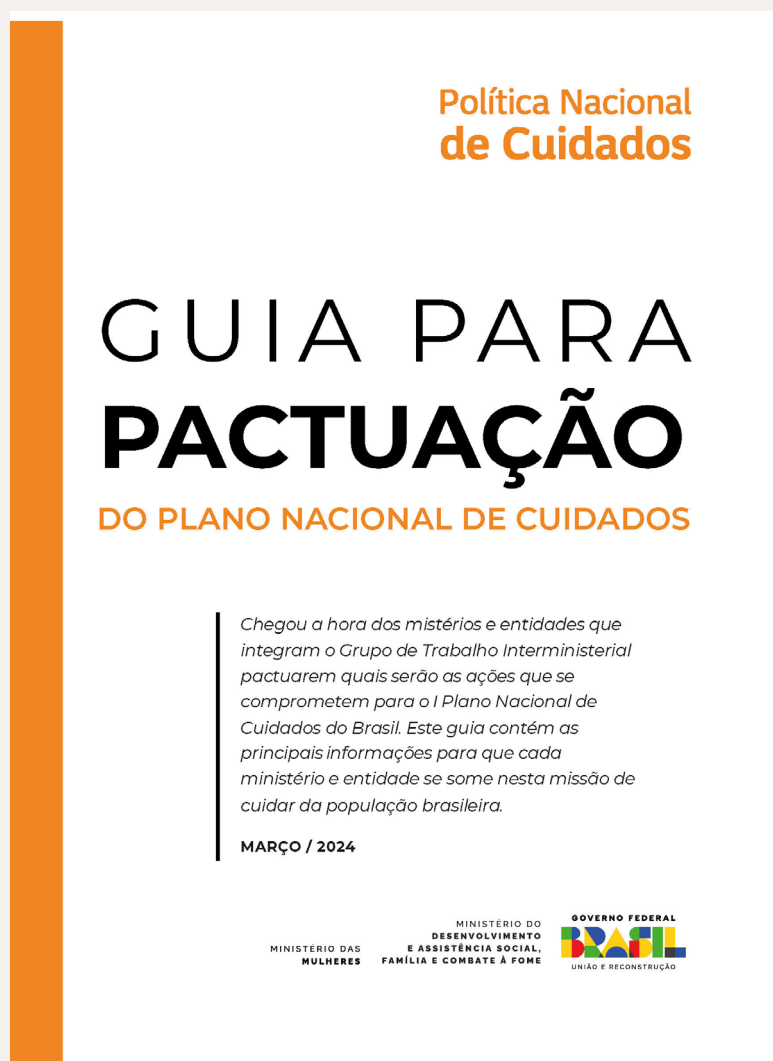
Clique [aqui](#) ou na imagem para ir ao documento.

57. Acesse [aqui](#)

58. É possível encontrá-la no instagram no perfil @milammaia

10.7. GUIA PARA PACTUAÇÃO

O guia foi elaborado para auxiliar no processo de pactuação. O documento resgata os principais conceitos, explica o processo de pactuação e ainda apresenta um tutorial para os servidores e autoridades sobre como usar a base de dados, apresentando também um modelo por seria possível construir cada plano setorial do Plano Nacional de Cuidados. Este anexo pode auxiliar na compreensão sobre o a pactuação e criação do Plano Nacional de Cuidados, além de promover transparência sobre o processo.



Acesse [aqui](#).



EXPEDIENTE

REDAÇÃO

Secretaria Nacional da Política de Cuidados e Família (SNCF)
do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social,
Família e Combate à Fome (MDS)

REVISÃO

Marina Farias Rebelo (MDS)

IDENTIDADE VISUAL

Agência AMÍ

DIAGRAMAÇÃO

Gabrielle Stoiani Goncalves (MDS)
D. Guaraná de Sousa (MDS)

Brasília, 12 de agosto de 2024



Política Nacional de Cuidados



Informe-se sobre a tramitação do Projeto de Lei 2762/2024, diretamente no site da Câmara dos Deputados.

Clique [aqui](#)



MINISTÉRIO DAS
MULHERES

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

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO