

Oferta de serviços de cuidado no Brasil a partir de um Índice de Infraestrutura Social de Cuidado

Lucca Rodrigues, Made/USP
Eslen Brito, Made/USP
Luiza Nassif-Pires, Made/USP
Amanda Resende, Made/USP

Elaboramos um Indicador de Infraestrutura Social de Cuidado remunerado direto e recorrente (IISC) com dados da PNADc, que sintetiza a demanda e oferta de cuidado em determinada região. Nosso objetivo é entender como reduzir a dependência do trabalho doméstico feminino não remunerado, e em especial, promover políticas que distribuam a sua responsabilidade para o Estado. O IISC apresenta desigualdades regionais, de gênero, informalidade, rendimento e de acesso público. A crise do cuidado projetada prevê uma piora do IISC. Recomendamos o aumento da oferta pública para combater as desigualdades, melhorar o acesso e contornar o agravamento da crise de cuidado.

1. Introdução

Cuidado é uma necessidade universal. Porém, o trabalho de cuidado, entendido como aquele prestado para garantir a manutenção e reprodução da vida em sociedade, recai historicamente sobre as mulheres (Folbre, 1994). Ele se impõe como uma obrigação "de amor e afeto" e, sua prestação se dá, frequentemente, sem remuneração e fora do mercado de trabalho. De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (2018), as mulheres são responsáveis por 76,2% do cuidado não remunerado no mundo.

Porém, existe uma parcela do cuidado que é exercida no mercado de trabalho. No Brasil, assim como em outros países da América Latina, além do trabalho feminino familiar não pago, o trabalho de reprodução social se estrutura no trabalho doméstico remunerado (Guimarães; Hirata, 2021). Esse trabalho é fortemente marcado pela herança da escravização e é realizado, sobretudo, por mulheres negras na informalidade, na precariedade, com baixa remuneração e com baixa proteção estatal (Resende et al., 2023a). Aproximadamente 14% de todo emprego feminino na América Latina consiste em trabalho doméstico (OIT, 2018). Porém o emprego nos setores de cuidado ainda é baixo. No Brasil, estima-se que se todo o trabalho doméstico e de cuidado não remunerados fossem realizados através do mercado, o emprego no setor deveria crescer 65% (CEPAL, 2022, p. 97).

Paralelamente, a demanda por cuidado vem crescendo no Brasil, na América Latina e no mundo (CEPAL, 2022). Com a transformação demográfica em curso e o correspondente envelhecimento populacional, observamos um aumento de pessoas que requerem cuidado em proporção das pessoas que exercem o trabalho de cuidado. Isso é entendido na literatura como déficit (ou crise) do cuidado (Posthuma, 2021). Assim, existe um descompasso estrutural entre o aumento da demanda por cuidado e por emprego nos setores de cuidado, que implicam uma sobre-responsabilização do trabalho feminino não remunerado em um contexto de baixas oportunidades profissionais nesses setores.

Uma distribuição mais igualitária da responsabilidade de cuidado se faz urgente à luz das já desiguais, e crescentes, pressões sociais e demográficas. Em especial, políticas que distribuam a responsabilidade de cuidado para além do âmbito familiar e garantam o cuidado como direito se tornam prioritárias. O Estado, como agente econômico-social, pode (e deve) incorporar essa preocupação no seu esquema de proteção social e fomentar o emprego no setor. Assim, **o primeiro objetivo desta nota é analisar as políticas públicas de cuidado no Brasil**. Especificamente, a partir da noção de regimes de bem-estar, "diamantes de cuidado" e organização social do cuidado (Esping-Andersen, 1990; Razavi, 2007; Anderson, 2020), se perguntará qual o papel do Estado na oferta desse serviço no Brasil e como ele o exerce.

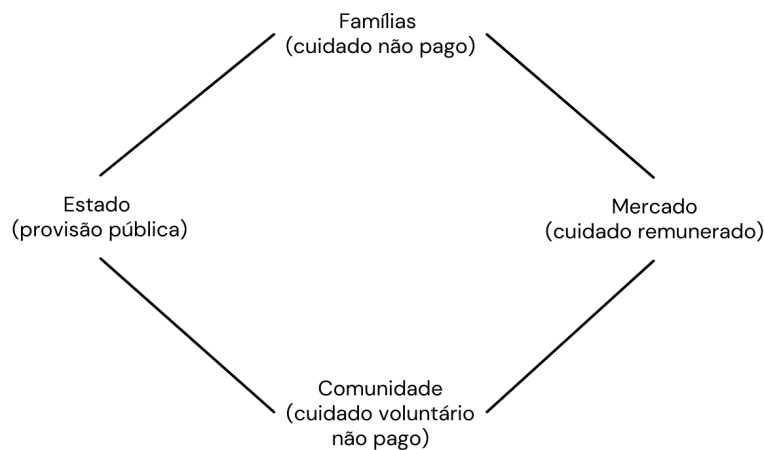
Por fim, esse processo de redistribuição das responsabilidades de cuidado passa necessariamente pela compreensão de como está estruturado o trabalho de cuidado remunerado fora do âmbito familiar. Para tanto, **o segundo objetivo desta nota é elaborar um Indicador de Infraestrutura Social de Cuidado (IISC) capaz de sintetizar a oferta de serviços de cuidado (direto e recorrente) remunerado**. A partir disso, investigamos o

papel da oferta pública de cuidado, os vieses de gênero presentes também no cuidado remunerado e algumas projeções frente à crescente demanda por cuidado no país.

2. Políticas de Cuidado no Brasil

Diamantes de cuidado (*care diamonds*) são uma ferramenta analítica para organizar como diferentes sociedades distribuem a responsabilidade de prover cuidados entre seus principais agentes – o Estado, o mercado, a família e a comunidade (Razavi, 2007, pp. 20–23). O que se observa é que essa distribuição raramente é proporcional. Na América Latina, por exemplo, há uma sobre-responsabilização do trabalho de cuidado não pago, realizado por mulheres no âmbito da família e apoiado pelo trabalho doméstico remunerado, enquanto a provisão pública é limitada (Posthuma, 2021).

Figura 1. Diamante de cuidado



Elaboração própria baseada em Razavi (2007).

Para analisar o caso brasileiro, listamos as principais políticas de cuidado e as organizamos com base na estrutura de políticas integradas de cuidado proposta por Rico e Robles (2016). Para as autoras, essas políticas devem incorporar tanto a perspectiva de quem provê quanto de quem requer cuidado, e podem ser divididas em 4 níveis: políticas de tempo, de recursos, oferta de serviços e regulação. As **políticas de tempo** são aquelas ligadas à jornada de trabalho e às permissões de licenças para cuidar (como por exemplo as licenças parentais). As **políticas de recursos** são transferências de renda, que reconhecem a necessidade de recursos monetários para a garantia da sobrevivência e reprodução social (compra de alimentos e recursos básicos, por exemplo). A **oferta de serviços** está ligada à provisão direta de uma infraestrutura pública de cuidado (como hospitais públicos, creches e escolas públicas, entre outros). Por fim, a **regulação** está ligada ao caráter legal normativo e é o que garante a sustentação dos demais níveis (como por exemplo regimes trabalhistas e estatutos voltados a crianças ou idosos).

Desde a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), as políticas de cuidado passaram a integrar, ainda que indiretamente, o Estado de bem-estar social brasileiro. No âmbito das **políticas de tempo**, a CLT garantiu a licença-maternidade, expandida pela Constituição Federal (CF) de 1988 para 120 dias para a mãe e 5 dias para o pai. O Brasil é um dos

poucos países na América Latina onde o direito à licença cumpre o tempo mínimo de 14 semanas estabelecido pela OIT (Rico e Robles, 2016). Embora a OIT não possua, por ora, nenhuma recomendação específica em torno da licença paternidade, a organização cita que a licença paternidade de duas semanas ou mais tem sido correlacionada a uma maior participação do pai nos anos iniciais de desenvolvimento da criança e a efeitos positivos na promoção da equidade de gênero na participação doméstica e laboral (OIT, 2014). Assim, substituir a noção de licença-maternidade pela noção de licença parental, compartilhada entre os/as cônjuges e, de preferência, expandida para cobrir o primeiro ano de vida da criança, em atenção a seus direitos e seu pleno desenvolvimento é fundamental.

Nesse sentido, para informar as políticas de cuidado, em especial políticas de tempo ligadas à redução do acúmulo de jornadas de trabalho, seria importante também que o país contasse com uma **Pesquisa de Uso do Tempo**, que nos permitiria saber quantas horas as pessoas dedicam a cada atividade não remunerada (Fontoura et al., 2010). A pesquisa, já implementada em diversos países, inclusive da América Latina, permite calcular o valor monetário que o trabalho não remunerado agrega às economias.¹ A importância de realizar a pesquisa reside na histórica invisibilização do trabalho de reprodução e cuidado não remunerado, acompanhada da manutenção de uma divisão de horas de trabalho assimétrica, cuja diferença entre o tempo empregado por homens e mulheres nessas tarefas ainda é de difícil mensuração. Por conseguinte, evidências empíricas, embora muitas vezes subestimadas, são fundamentais enquanto ferramenta de conscientização e pressão social por políticas públicas que atentem para essa realidade.

Em relação ao **cuidado de crianças**, a CF de 1988 prevê o direito à educação, que desencadeou a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), a qual estabelece o compromisso estatal de ofertar creches e escolas, além de estabelecer a obrigatoriedade da educação infantil a partir dos 4 anos. Apesar desses avanços no âmbito legislativo, ainda há, como se sabe, um amplo déficit na oferta de educação pública de qualidade no Brasil, reforçada, inclusive, por desigualdades regionais. Para remediar, em parte, essa situação, são instrumentos fundamentais o Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) e, a nível estadual, o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB). Por fim, vale ressaltar que a crônica escassez de creches vem sendo abordada pelo poder público, que instituiu a seguinte Meta 1 em seu Plano Nacional de Educação (PNE 2014-2024):

Universalizar, até 2016, a educação infantil na pré-escola para as crianças de 4 (quatro) a 5 (cinco) anos de idade e ampliar a oferta de educação infantil em creches de forma a atender, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) das crianças de até 3 (três) anos até o final da vigência deste PNE.

Enquanto **política de recursos**, o **Programa Bolsa Família** (PBF) fortalece o sistema de proteção social brasileiro e ajuda a reduzir a pobreza e a desigualdade por meio de transferências de renda condicionadas a incentivos para a educação e saúde das crianças (Resende et al, 2023b). Essas condicionalidades, no entanto, acabam reforçando o papel

¹ Ver o dossiê especial A perspectiva feminista e os trabalhos sobre usos do tempo na Revista Econômica para um resumo do debate. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/revistaeconomica/issue/view/1822>.

histórico do cuidado com filhos atribuído às mulheres, que representam 83,4% dos beneficiários do programa.² Quando cadastradas no programa, as famílias têm a chefia identificada por uma figura feminina (mãe, mas também tia, avó, entre outras), sendo esta associada ao papel de cuidadora das crianças e adolescentes daquele núcleo familiar. Assim, essa mulher é percebida pelo seu papel social de reprodução e cuidado nessa configuração (Mariano e Carloto, 2009). De fato, Passos, Wajnman e Waltenberg (2020) observam que o PBF está associado ao aumento do tempo de trabalho doméstico e de cuidado das mulheres e à redução do tempo de trabalho remunerado. Esse fato sinalizaria que o programa funciona como um subsídio monetário à função de cuidar.³ Por outra perspectiva, é preciso reconhecer que os recursos do programa, e o repasse prioritário às mulheres, é também uma forma de empoderá-las, viabilizando o exercício digno do papel de mães e reduzindo a necessidade de aceitarem empregos precários e mal remunerados para garantir um mínimo existencial a suas famílias (Resende et al, 2023a).

Outra importante política de cuidado via recursos monetários, em especial para a **população idosa**, é o **Benefício de Prestação Continuada (BPC)**. O BPC é um esquema não contributivo no valor de um salário mínimo para todos os idosos ou pessoas com deficiência (PcD) que não conseguem garantir a sua sobrevivência, por conta própria ou com o apoio de sua família. Com um esquema altamente progressivo (Silveira et al., 2020), o BPC pode ser entendido como uma compensação à interpretação do Estatuto do Idoso e da Política Nacional do Idoso que atribuem à família a responsabilidade primária pelos cuidados aos idosos e, portanto, ao Estado e às políticas públicas cabe função apenas subsidiária. Embora a convivência familiar seja um direito de todos os idosos, protegida pelo referido Estatuto, ressaltamos a oferta ainda limitada de serviços e infraestrutura de cuidado públicos, como Instituições de Longa Permanência (ILPI) e Centros de Convivência à população idosa, o que reflete a falta de assistência do Estado e de um compromisso maior com sua co-responsabilização pela pessoa idosa.

Em relação ao provimento de cuidado através de **políticas de serviços** de saúde, o **Sistema Único de Saúde (SUS)** é um marco no país e no mundo ao garantir a saúde como um direito universal gratuito. Vale mencionar que o gasto em saúde pública também é um importante redutor de desigualdades e fonte de renda não monetária, principalmente às mulheres negras (Gomes et al., no prelo), também principais penalizadas pelas atividades de cuidado. Essa última perspectiva pode ser interpretada como uma política de recurso indireta, além de uma política de oferta de serviços, propriamente. Por fim, o investimento em infraestruturas de cuidado tem um importante papel de demanda, por serem setores com grande efeito multiplicador e alta criação de empregos, sobretudo para mulheres (Marques et al., 2022; Ikkaracan et al., 2015).

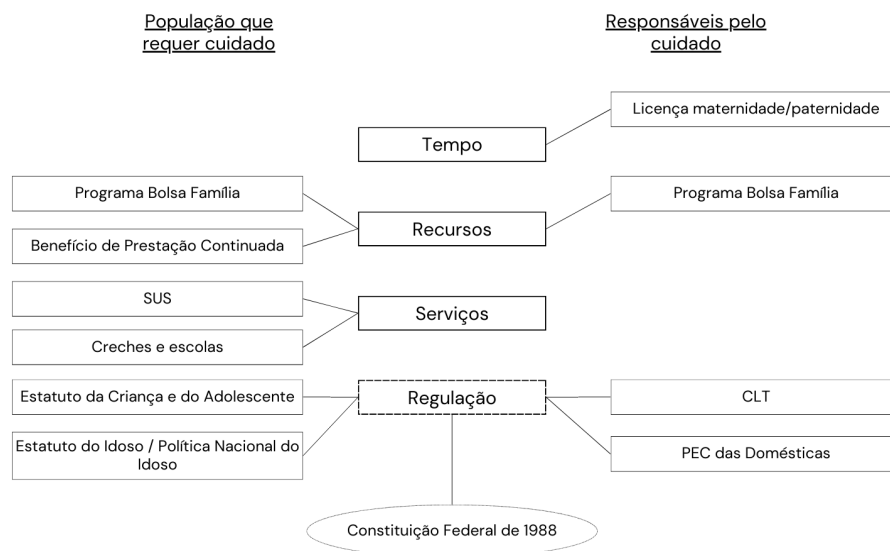
Por fim, é importante olhar sob a perspectiva dos **trabalhadores que ofertam cuidado**. Aqui incorporamos tanto cuidadores *stricto sensu* quanto trabalhadoras domésticas, as quais são importantes provedoras de cuidado, uma vez que garantem a comida, a limpeza, e muitas vezes, o cuidado de crianças e idosos no lar no qual trabalham. Apenas em 2002, a Classificação Brasileira de Ocupações incluiu cuidadores profissionais em sua lista. Nos

²Segundo dados do Ministério de Desenvolvimento e Assistência Social. Disponível em <https://tinyurl.com/225r9ybt>.

³ Raciocínio similar pode ser aplicado aos gastos tributários com dependentes no imposto de renda, embora essa hipótese ainda não tenha sido estudada sob essa perspectiva.

últimos anos, houve uma proliferação de empresas ofertando esse serviço, principalmente para idosos (Hirata, 2021). Ainda assim, esse trabalho segue sem uma regulamentação específica no país (Guimarães, 2021). Por outro lado, as trabalhadoras domésticas tiveram uma importante conquista nos últimos anos, a chamada PEC das Domésticas (Margarido e Moraes, 2023). Apesar de suas limitações, como a exclusão de diaristas de seu escopo de proteção (Margarido, 2022), essas trabalhadoras obtiveram pela primeira vez a garantia de boa parte dos direitos contidos na CLT como seguro-desemprego, FGTS, proteção a demissão sem justa causa, seguro contra acidentes, entre outros. Essa medida é um avanço na direção de um sistema de proteção que reconhece o valor social do trabalho de cuidado, desafiando assim o imaginário que naturaliza essa função, relegando-a ao campo do afeto e da obrigação familiar.

Figura 2. Componentes da política de cuidado no Brasil



Elaboração própria baseada em Rico e Robles (2016).

A Figura 2 resume as políticas aqui analisadas no esquema em níveis de Rico e Robles (2016). Primeiro, faz-se necessário pontuar que o nosso propósito não foi exaurir todas as políticas ligadas ao cuidado no país, mas trazer alguns exemplos a fim de compreender como esse sistema se estrutura. A partir da noção de regimes de bem-estar, “diamantes de cuidado” e organização social do cuidado (Esping-Andersen, 1990; Razavi, 2007; Anderson, 2020), **o Brasil é caracterizado pelo familismo (implícito ou por negligência) — um regime de cuidados fortemente apoiado na família, com baixos níveis de oferta de cuidados formais pelo setor público** (Passos e Machado, 2021). Nesse contexto, **o trabalho feminino não remunerado no domicílio é a principal fonte de oferta de cuidado no país**. Porém, marcado por séculos de desigualdade e herança colonial, o cuidado no Brasil é também muito dependente do trabalho doméstico remunerado. Os mais ricos, que têm condições de pagar por esse serviço, contratam, em geral, mulheres negras precarizadas para realizar as tarefas de cuidado e de reprodução social no lar (Resende et al., 2023a).

Em relação à provisão pública, observamos uma predominância de políticas para a população que requer cuidado⁴, principalmente através dos gastos com saúde e educação públicas. Há também uma tendência a subsidiar a tarefa de cuidado com políticas de recursos, como o PBF e o BPC (Barbosa et al., 2023). Do lado dos responsáveis pelo cuidado, políticas diretamente voltadas para promover sua valorização ainda são insuficientes. A regulação dessas profissões ainda é fraca e programas públicos de capacitação de cuidadores são ausentes. Isso enfraquece e fragiliza esses postos de trabalho, bem como abre espaços para a atuação e captura da saúde complementar privada (Hirata, 2021; Machado et al., 2019).

Atualmente, o governo discute a elaboração de uma Política Nacional de Cuidados no Brasil a partir de Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) - Cuidados⁵. O objetivo da política é "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 e a redistribuição do trabalho doméstico e de cuidados não remunerado, exercido historicamente pelas mulheres no interior de seus domicílios"⁶. Já no seu marco conceitual, o grupo defende a valorização do cuidado a partir da sua função (de reprodução) social, o que justifica sua incorporação e priorização no debate como um problema de interesse público.

A estratégia também utiliza a categorização em níveis presente em Rico e Robles (2016). Ainda, ela reconhece as deficiências do atual sistema, na linha do que foi descrito aqui anteriormente. Dadas essas limitações, emprega-se o conceito de universalismo progressivo, o qual considera que, na impossibilidade de garantir de forma imediata o acesso irrestrito às políticas de cuidados para todas as pessoas, deve-se priorizar grupos sociais com maiores necessidades para, progressivamente, ampliar esse alcance, até abarcar a totalidade da população. Dessa forma, prioriza-se: crianças e adolescentes, com ênfase na 1ª infância; PcDs que necessitam de cuidados; pessoas idosas que necessitam de cuidados; trabalhadores, remunerados ou não remunerados, de cuidado. Quanto a estes últimos, desenham-se preocupações específicas baseada na noção dos 5Rs: reconhecer, reduzir e redistribuir o trabalho de cuidado não remunerado, além de recompensar e representar o trabalho de cuidado remunerado (OIT, 2018). O próximo objetivo desta nota é investigar essa última categoria e informar acerca da atual oferta de profissionais de cuidado remunerado nas Unidades Federativas do país a partir de um Indicador de Infraestrutura Social de Cuidado.

1. Metodologia

Elaboramos um **Indicador de Infraestrutura Social do Cuidado Direto e Recorrente (IISC)** inspirado em Herrera-Idárraga e Hernández (2022) e em Guimarães e Pinheiro (2023). Para calcular o IISC, levamos em consideração **apenas as atividades de cuidado**

⁴ Pode-se argumentar que essas são políticas indiretamente dirigidas aos trabalhadores que ofertam cuidado, já que reduzem o tempo de trabalho não remunerado necessário ao atendimento da demanda por cuidado. Políticas para a população que requer cuidado reconhece a corresponsabilidade do Estado pela reprodução social da vida (Fontoura et al., 2010).

⁵ Vale mencionar que a Política Nacional de Cuidados está alheia às principais estratégias de desenvolvimento do governo Lula (Rossi et al., no prelo).

⁶ Ver o marco conceitual em

<https://www.gov.br/participamaisbrasil/marco-conceitual-da-politica-nacional-de-cuidados-do-brasil>.

remunerado direto e recorrente, a fim de mensurar a oferta de cuidado em seu sentido mais objetivo e estreito. O cuidado direto e recorrente faz referência às atividades diretamente ligadas ao provimento de cuidado àqueles que o requerem, como babás para bebês ou cuidadores para idosos. Esse tipo de cuidado é exercido primordialmente através da supervisão com acompanhamento e dispêndio contínuo de tempo.

O IISC abrange apenas o cuidado direto e recorrente, pois é esse tipo de cuidado que é tradicionalmente ofertado pelo trabalho doméstico feminino não remunerado e que sofre de maior invisibilização e pior distribuição de responsabilidades. Outra faceta da naturalização desse tipo de trabalho socialmente imposto às mulheres é a pobreza de tempo⁷ a que elas estão sujeitas, dada a sobrecarga associada a jornadas múltiplas. Além disso, ele terá sua demanda mais aumentada com a piora da crise do cuidado. A escolha de incorporar apenas o trabalho remunerado no IISC é dupla. Primeiro, a disponibilidade de dados no Brasil não nos permite mensurar adequadamente a oferta de trabalho não remunerado.⁸ Segundo, gostaríamos de entender como é possível expandir o cuidado direto e recorrente através de atividades remuneradas a fim de substituir a oferta e reduzir a dependência do trabalho doméstico feminino não remunerado.

O IISC sintetiza a **infraestrutura social** de cuidado remunerado direto e recorrente, isto é, a proporção de trabalhadores que prestam serviços de cuidado (oferta de cuidado) e pessoas que o requerem (demanda de cuidado), e não no sentido de infraestrutura física, como hospitais e creches.⁹ Especificamente, o IISC mede a razão entre a oferta e a demanda por esses serviços, o que significa que, quanto mais elevado ele for, maior a oferta em relação a demanda e maior é a infraestrutura social de cuidado em uma determinada região.

O cálculo foi realizado para o Brasil e para suas Unidades Federativas. Utilizamos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADc) para o 4º trimestre de 2023. Os trabalhadores considerados são aqueles que atuam em atividades de educação, saúde e assistência social no cuidado de crianças com até 12 anos, conforme a definição do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), idosos (a partir de 65 anos) e pessoas com deficiência (PcD). Para tanto, utilizamos o trabalho feito por Guimarães e Pinheiro (2023) em identificar as profissões de cuidado na Classificação de Ocupações para Pesquisas Domiciliares (COD). Elas separam as profissões em 5 círculos de cuidado. Nós utilizamos os círculos 1 e 3 para nossos cálculos, os quais dizem respeito a atividades de cuidado direto e recorrente.¹⁰ As profissões de cuidado consideradas na análise foram: babá, cuidador(a) doméstico(a), professor(a) de ensino pré-escolar, educadores para

⁷ A pobreza de tempo está relacionada com a escassez de tempo para a realização de atividades básicas de reprodução social, como descansar, devido à sobrecarga com jornadas de trabalho remunerado e não remunerado. Geralmente, as pobreza de renda e de tempo estão articuladas. Para mais detalhes, ver Taioka et al. (no prelo).

⁸ Uma Pesquisa de Uso do Tempo poderia sanar esse problema, pois nos permitiria saber quantas horas as pessoas dedicam a cada atividade não remunerada (Fontoura et al., 2010). A pesquisa, já implementada em diversos países, inclusive da América Latina, permite calcular o valor monetário que o trabalho não remunerado agrega às economias.

⁹ Calcular um Indicador de Infraestrutura Física de Cuidado é uma extensão natural desta nota.

¹⁰ O primeiro círculo se refere ao cuidado direto, recorrente e doméstico. O segundo círculo ao cuidado indireto, recorrente e doméstico. O terceiro ao cuidado direto, recorrente e não doméstico. O quarto ao cuidado direto, não recorrente e não doméstico. Por fim, o quinto reflete o cuidado indireto, não recorrente e não doméstico. Para uma análise detalhada sobre o perfil desses trabalhadores, ver o estudo original de Guimarães e Pinheiro (2023).

necessidades especiais, enfermeiro(a), técnico(a) de enfermagem, cuidador(a) pessoal de serviços de saúde, cuidador(a) pessoal em instituições e assistente educacional e professor(a) de ensino fundamental¹¹.

Optamos por recortar a análise a essas profissões por considerar que, no contexto brasileiro, são elas as que mais se aproximam da substituição e/ou atenuação do trabalho doméstico feminino não remunerado.¹² Pensando na referência de Herrera-Idárraga e Hernández (2022), também reduzimos o escopo da demanda infantil de cuidado de até 15 para até 12 anos, conforme a definição de criança pela legislação brasileira (Art. 2º do ECA). A intenção é fazer, neste trabalho, uma estimativa mais acurada possível do cerne dos serviços de cuidado direto e recorrente que mais consomem o tempo de trabalho doméstico não remunerado das mulheres que não têm acesso a uma infraestrutura social de suporte suficientemente efetiva.

Além disso, utilizamos a noção de *trabalhadores de cuidado equivalentes a tempo completo* de Herrera-Idárraga e Hernández (2022), que leva em consideração as horas trabalhadas. Isso é importante pois a oferta de cuidado está intimamente ligada ao uso do tempo. Uma localidade com maior número de trabalhadores temporários, por exemplo, não garante uma maior oferta efetiva de cuidado. Nesse sentido, para obter a oferta de cuidado somamos as horas semanais trabalhadas por todos os trabalhadores em atividades de cuidado (principal ou secundária) e dividimos por 40 horas (jornada de trabalho semanal padronizada).

$$\# \text{ trabalhadores cuidado tempo completo} = \frac{\sum \text{ horas trabalhadas cuidado (principal e secundário)}}{40}$$

As pessoas que requerem cuidado são aquelas com menos de 12 anos ou com mais de 65 anos, segundo estimativas da PNADc, e todas as pessoas entre 12 e 65 anos classificadas como PcDs na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019. A demanda por cuidados é a soma de todos os indivíduos que requerem cuidado.¹³ O Indicador de Infraestrutura Social de Cuidado é a divisão do número de trabalhadores de cuidados equivalentes a uma jornada completa de trabalho (oferta de cuidado) pelo total da população que requer cuidado (demanda por cuidado), multiplicado por 100. Sua interpretação se refere a quantos trabalhadores de cuidado existem para cada 100 pessoas que requerem cuidado. Quanto maior o indicador, maior a capacidade local da infraestrutura social de cuidado para atender à demanda. Além disso, calculamos algumas estatísticas adicionais, apresentadas na seção de resultados.

$$IISC = \frac{\text{oferta de cuidado}}{\text{demanda por cuidado}} \times 100$$

¹¹ A ocupação professor(a) de ensino fundamental está incluída como atividade de cuidado direto, **não recorrente** e não doméstico (quarto círculo) por Guimarães e Pinheiro (2023), porém a incluímos no cálculo do IISC para ser coerente com a demanda de cuidado infantil, definida como todas as crianças até 12 anos (Art. 2º do ECA).

¹² A metodologia não inclui “Trabalhadores dos serviços domésticos em geral”, o que subestima a oferta, em particular, a oferta privada de serviços de cuidado direto e recorrente. Isso porque é muito frequente que uma trabalhadora doméstica também seja encarregada de atividades de cuidado direto e recorrente. Essa escolha conservadora se justifica pela impossibilidade em se estimar a proporção de trabalhadoras com essa responsabilidade.

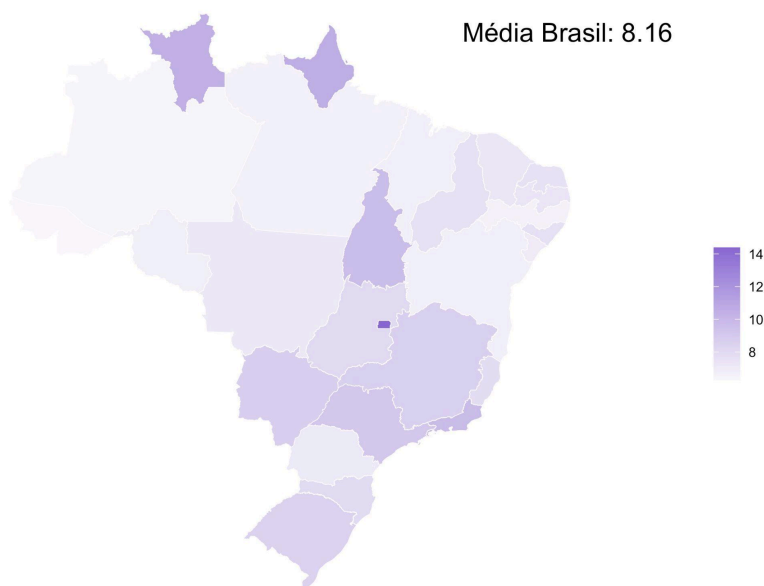
¹³ Essa demanda, em alguma medida, superestima as necessidades de cuidado, uma vez que nem todas as crianças, os idosos e as PcDs requerem cuidado direto e recorrente.

2. Resultados

A partir dos dados coletados, a média do Indicador de Infraestrutura Social do Cuidado (IISC, daqui para frente) para o Brasil foi de 8,16. *Isso significa que a cada 100 brasileiros que requerem cuidado, o país conta com 8,16 trabalhadores de cuidado equivalentes a tempo completo.* A distribuição do IISC por unidades federativas (UFs) é apresentada na Figura 1.¹⁴ Valores mais altos do indicador são representados por cores mais escuras no mapa. Inicialmente, já é possível observar uma distribuição desigual da oferta de cuidado no país, tendo as regiões Norte e Nordeste valores menores de IISC (mais claras no mapa) quando comparadas às regiões Sul e Sudeste (mais escuras no mapa).

A UF com maior IISC é o Distrito Federal (14,39). Goiás tem o mais próximo do IISC nacional, de 8,07. A maior parte das UFs está abaixo da média nacional, que é puxada para cima por causa de estados como São Paulo (9,12) e Rio de Janeiro (9,81), com alta população e alto IISC. Abaixo da média nacional estão, em ordem decrescente, Goiás, Santa Catarina, Espírito Santo, Alagoas, Piauí, Rio Grande do Norte, Paraíba, Ceará, Mato Grosso, Paraná, Sergipe, Rondônia, Bahia, Maranhão, Pará, Pernambuco, Amazonas e Acre. A partir de Sergipe, a média fica abaixo de 6, sendo o menor valor, do Acre, igual a 6,28.

Figura 1. Indicador de Infraestrutura Social do Cuidado (direto e recorrente)
Indicador de Infraestrutura Social do Cuidado



Elaboração própria com base na PNADc (4º trimestre de 2023) e na PNS (2019). As cores mais escuras na escala do mapa representam um indicador mais elevado, isto é, uma maior infraestrutura de cuidado.

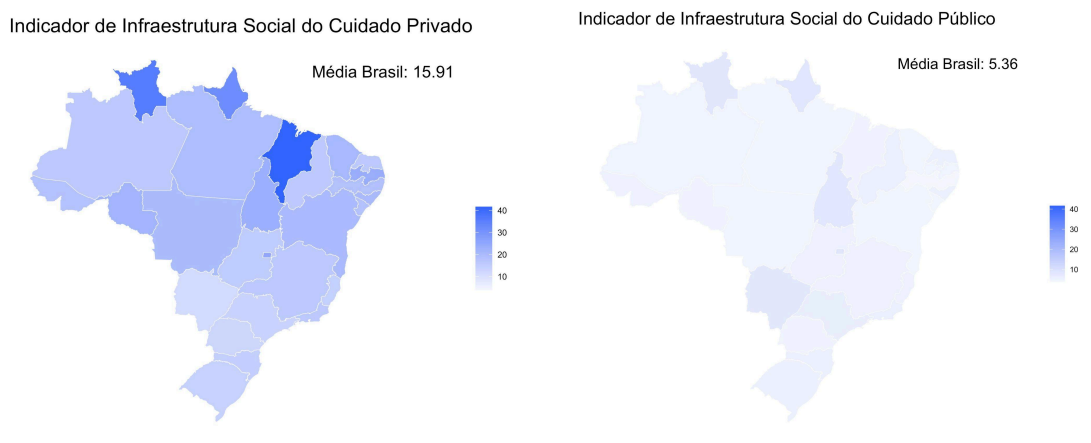
Herrera-Idárraga e Hernández (2022) encontram, para a Colômbia, que a média do IISC é de 6 trabalhadores de cuidado efetivos para cada 100 colombianos que necessitam de

¹⁴ Os valores numéricos estão disponíveis no anexo 1.

cuidado. A metodologia das autoras é muito próxima à nossa, com a única diferença sendo a idade máxima das crianças (a demanda por cuidado é mais restrita em nossa metodologia) e a forma de identificar os trabalhadores de cuidado¹⁵ – já que nós optamos por seguir Guimarães e Pinheiro (2023), por se tratar de um trabalho que melhor reflete a realidade brasileira. Se replicássemos o índice calculado por Herrera-Idárraga e Hernández (2022) ao caso da Colômbia, o resultado médio para o Brasil seria de 7,73. Outro estudo adjacente quantifica o número de cuidadores de longa duração a cada 100 idosos em países da OCDE e encontra uma média de 5 trabalhadores (OCDE, 2020). Por outro lado, o escopo da OCDE é mais restrito do que o que utilizamos aqui. Se replicássemos o cálculo da OCDE, a razão para o Brasil seria de 0,5. Apesar de usarem recortes e classificações diferentes, esses estudos nos ajudam a dimensionar nossos resultados.

É válido salientar que a demanda por cuidado não é homogênea. Existem famílias com acesso a cuidado privado e que podem contratar esse serviço através do mercado, porém existem famílias que dependem exclusivamente dos serviços ofertados pelo Estado. Assim, faz sentido segmentar o IISC entre um indicador Público e um indicador Privado. Para elaborar o IISC Público nós calculamos a oferta de cuidado público contabilizando todas as horas efetivamente trabalhadas pelos profissionais contratados pelo setor público ou militares. Os demais trabalhadores estão incluídos no IISC Privado. Para calcular a demanda por cuidado público e privado, nós utilizamos a porcentagem da população em questão (idosos, crianças ou PcDs) em cada estado que tem acesso a plano de saúde, a partir de dados da PNS, como uma proxy para a porcentagem dessa população que depende da infraestrutura social de cuidado privado, e seu complementar para a dependência da infraestrutura pública.¹⁶ Calculamos o indicador por UFs e os resultados estão representados na Figura 2.

Figura 2 - Indicadores de Infraestrutura Social do Cuidado (direto e recorrente) Público e Privado



¹⁵ As autoras utilizam a mesma noção de trabalho direto e recorrente mas identificam esses trabalhadores por atividades econômicas. Nós identificamos por ocupações.

¹⁶ Vale mencionar que a população que tem acesso a infraestrutura social de cuidado privado não depende exclusivamente da oferta privada, uma vez que também teria acesso à oferta pública. Porém, para fins dos nossos cálculos, tratamos a relação como excludente: pessoas com acesso a infraestrutura privada só a utilizam. Essa hipótese subestima os resultados para o IISC Privado e superestima os resultados para o IISC Público.

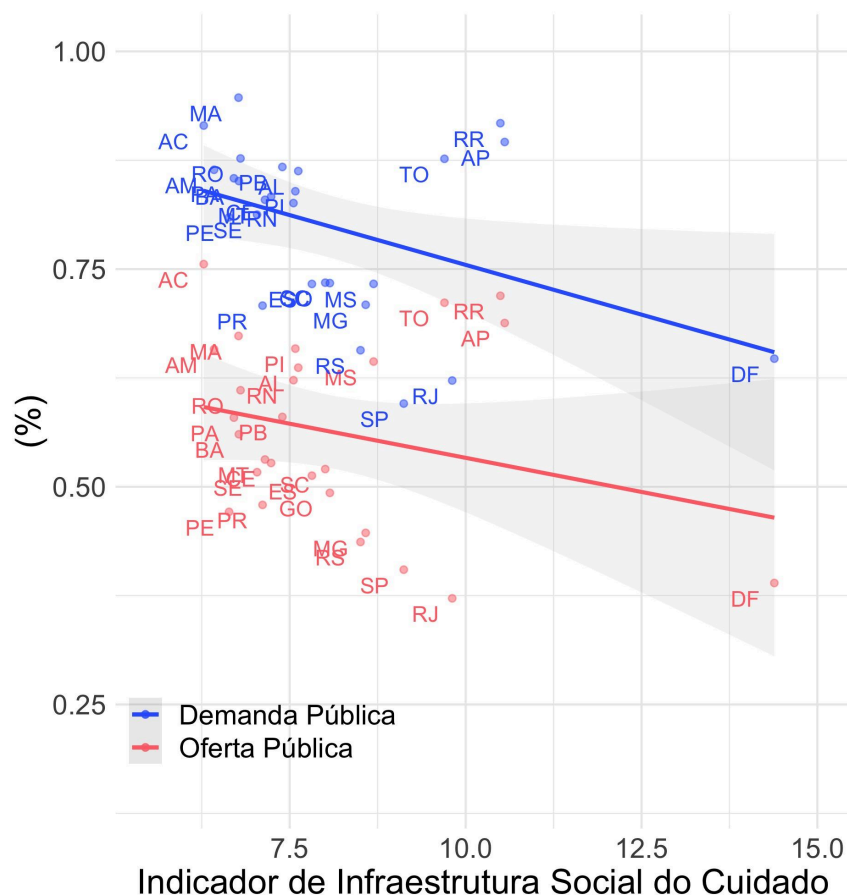
Elaboração própria com base na PNADc (4º trimestre de 2023) e na PNS (2019). As cores mais escuras na escala do mapa representam um indicador mais elevado, isto é, uma maior infraestrutura social de cuidado.

Primeiramente, é válido ressaltar que ambas as imagens na Figura 2 estão na mesma escala. Assim, é fácil observar que o IISC Público é consideravelmente menor que o IISC Privado para todas as Unidades Federativas. A média nacional para o IISC Privado é de 15,91, ao passo que a do IISC Público é 5,36. Isso implica que a oferta privada é, proporcionalmente, mais de 3 vezes maior em relação à sua própria demanda que a oferta pública. Isso ocorre por dois motivos distintos, mas complementares. Primeiro, na média, apenas 28% dos brasileiros têm acesso a plano de saúde. Para nós, isso significa que a maior parte da demanda, na média, por cuidado no Brasil (72%) é uma demanda por cuidado público. Além disso, a oferta de trabalhadores de cuidado direto e recorrente feita pelo Estado é minoritária, com uma média de 48%. Assim, do ponto de vista do trabalho de cuidado abordado nesta nota, há, ao mesmo tempo, uma maior demanda e uma menor oferta de cuidado público. Essa conclusão aponta na mesma direção da discussão apresentada pela literatura do diamante de cuidado no Brasil, a qual coloca a família e as trabalhadoras domésticas como as principais responsáveis pela gestão do cuidado direto e recorrente no país. Em particular, o familismo por negligência (Passos e Machado, 2021) emerge da ausência de políticas públicas adequadas para oferta de cuidado como um direito. No Brasil, o trabalho doméstico remunerado (inerentemente privado) corresponde a 20% de toda a oferta de trabalho de cuidado considerada no IISC.¹⁷

Além disso, na Figura 3, podemos observar uma relação inversa (linha vermelha) entre a proporção da oferta pública de cuidados e o valor do Indicador de Infraestrutura Social de Cuidado (IISC). Isso se deve ao fato de que as regiões com menor infraestrutura social de cuidado tendem a depender mais da oferta pública (linha azul). Notavelmente, a demanda por cuidados públicos no Norte e Nordeste é aproximadamente duas vezes maior do que no Sudeste, indicando que a demanda por cuidados nas regiões com menor IISC é principalmente pública. Apesar de existir uma correlação positiva entre oferta e demanda pública (maior oferta pública em regiões com maior demanda pública), o efeito da demanda compensa mais do que a oferta. Isso é evidenciado na Figura 3 pela inclinação mais acentuada da linha azul (demanda) em comparação com a linha vermelha (oferta). Ou seja, regiões com menor IISC possuem, ao mesmo tempo, maior demanda e oferta de cuidados públicos, porém a (também alta) oferta (ainda) é insuficiente para suprir essa alta demanda. Esse resultado é consistente com um estudo anterior sobre o IISC na Colômbia (Herrera-Idárraga e Hernández, 2022) e também foi discutido no contexto brasileiro em relação ao acesso ao sistema de saúde durante a pandemia (Pires et al., 2021).

Figura 3. Correlação da demanda e oferta públicas (%) com o IISC

¹⁷ O trabalho doméstico aqui não está restrito à ocupação de domésticas e diaristas, mas à definição mais ampla do IBGE que abarca qualquer "Pessoa que trabalhava prestando serviço doméstico remunerado em dinheiro ou benefícios, em uma ou mais unidades domiciliares (V4012=1)". Assim, cada uma das ocupações consideradas no índice podem ou não ser classificadas nessa categoria mais ampla "trabalho doméstico".

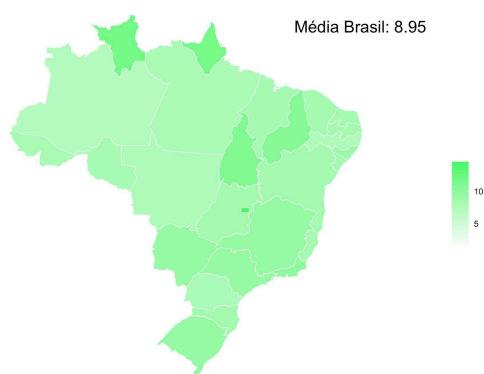


Elaboração própria com base na PNADc (4º trimestre de 2023) e na PNS (2019).

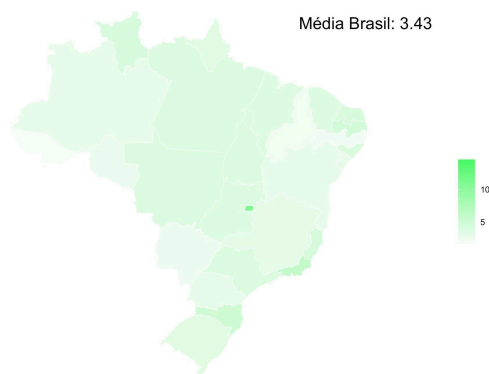
Outra importante perspectiva quando falamos de infraestrutura social é a diferença de acesso a cuidado entre áreas rurais e urbanas. Para isso, calculamos um IISC Rural e um IISC Urbano, segmentando tanto a oferta quanto a demanda, a partir da situação de domicílio do trabalhador e da pessoa que requer cuidado. No Brasil, a média do IISC Urbano é de 8,95 e do IISC Rural é de 3,43. Novamente, os mapas da Figura 4 estão na mesma escala, o que nos permite facilmente observar que a infraestrutura de cuidado rural é muito menor que a urbana, chegando ao seu menor valor no Acre (1,67). A única Unidade Federativa com alto IISC Rural é o Distrito Federal (11,03), onde as regiões rural e urbana não se diferenciam no espaço geográfico. Em sequência, está o Rio de Janeiro, com 5,97, seguido de todos os demais estados, que possuem menos de 5 profissionais de cuidado para cada 100 pessoas que requerem cuidado. O IISC Rural possui a menor média para todos os indicadores calculados. Consequentemente, no meio rural, o cuidado é majoritariamente relegado à família, em particular, às mulheres (Bertuzzi et al., 2012; Brigola, 2017), resultado que está em consonância com as evidências de que mulheres rurais despendem mais horas com trabalho doméstico e de cuidado não remunerado do que mulheres urbanas (Fontoura et al., 2010).

Figura 4. Indicadores de Infraestrutura Social de Cuidado (direto e recorrente) Urbano e Rural

Indicador de Infraestrutura Social do Cuidado Urbano



Indicador de Infraestrutura Social do Cuidado Rural



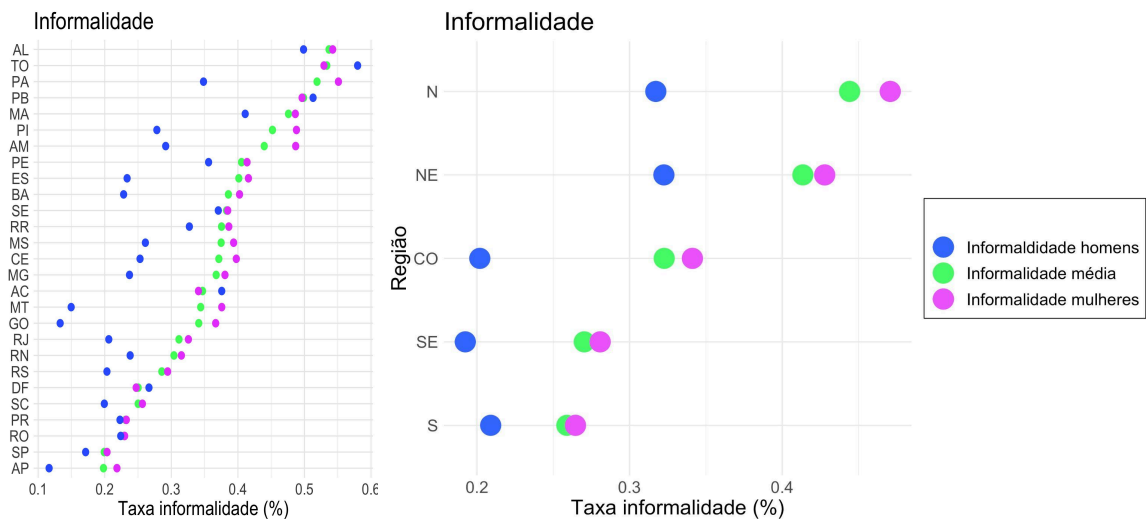
Elaboração própria com base na PNADc (4º trimestre de 2023) e na PNS (2019).

4.1. Vieses de gênero

Outra perspectiva relevante é aquela que tange aos vieses de gênero na infraestrutura de cuidado. A mão de obra feminina compõe cerca de 87,45% da oferta de serviços de cuidado considerados. Guimarães e Pinheiro (2023) também encontram uma predominância feminina na oferta de cuidado remunerado no país, com uma média de 75,3% de presença feminina quando todos os círculos de cuidado são considerados (lembre que para nossa definição de oferta de cuidado, utilizamos apenas dois círculos, referentes aos trabalhos de cuidado direto e recorrente). Assim, observa-se que não apenas o trabalho de cuidado não remunerado é predominantemente feminino, mas as atividades de cuidado realizadas através do mercado de trabalho também são feitas majoritariamente por mulheres.

Das ocupações consideradas de cuidado remunerado direto e recorrente (ver Metodologia), o trabalho doméstico, importante pilar da oferta de cuidado, corresponde a 20% do total. No Brasil, sabemos que o trabalho doméstico remunerado é marcado por elevada informalidade e baixos rendimentos (Resende et al., 2023a). Isso nos faz perguntar quais são as condições gerais do trabalho de cuidado no país. Se olharmos a oferta de cuidado considerada no presente trabalho, a informalidade também é alta, com 32% do total de trabalhadores sem carteira assinada. Se olharmos a informalidade por gênero entre esses trabalhadores, esse valor entre as mulheres atinge 33%, enquanto, entre os homens, fica em 24% na média para o Brasil. Do ponto de vista regional, essa diferença de gênero é observada em todas as UFs, com exceção de Tocantins, Paraíba, Acre e Distrito Federal, onde a taxa de informalidade dos homens é virtualmente igual à das mulheres.

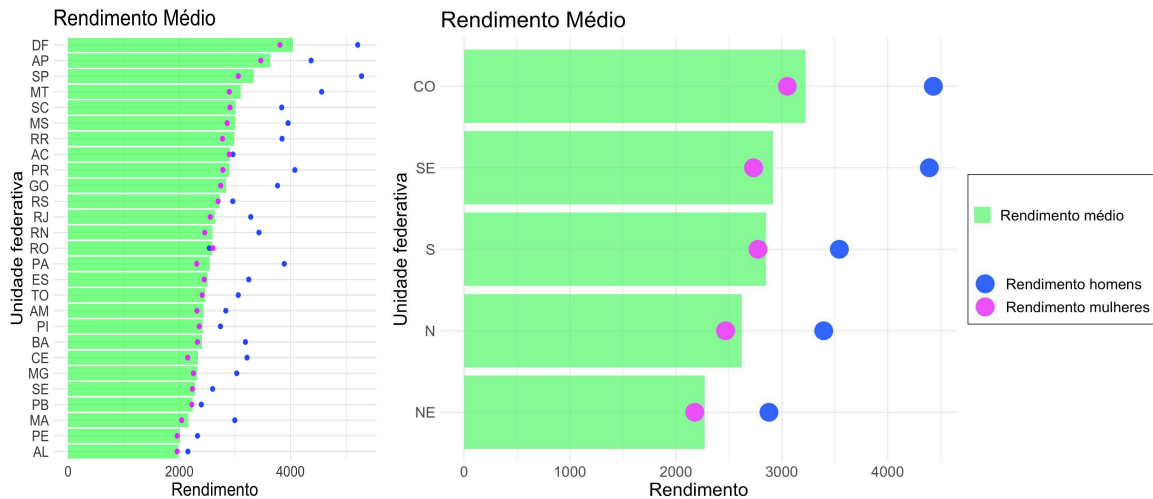
Figura 5. Informalidade na oferta de cuidado por gênero: por UF e por região



Elaboração própria com base na PNADc (4º trimestre de 2023).

Além disso, observa-se também uma diferença de rendimentos entre homens e mulheres (Figura 6). O rendimento médio masculino é R\$3.777 e o das mulheres, R\$2.608. Mesmo considerando o desvio padrão salarial dos homens (R\$287) e o desvio padrão das mulheres (R\$36), a diferença ainda é significativa. O ganho dos homens é quase 45% maior nesse caso. Do ponto de vista regional, a diferença é persistente, sendo Rondônia a única UF que apresenta um rendimento masculino médio menor, porém dentro do intervalo de confiança. Guimarães e Pinheiro (2023) também observam uma diferença no rendimento entre homens e mulheres para todos os círculos de cuidado considerados pelas autoras.

Figura 6. Rendimento médio dos trabalhadores considerados na oferta de cuidado por gênero: por UF e por região

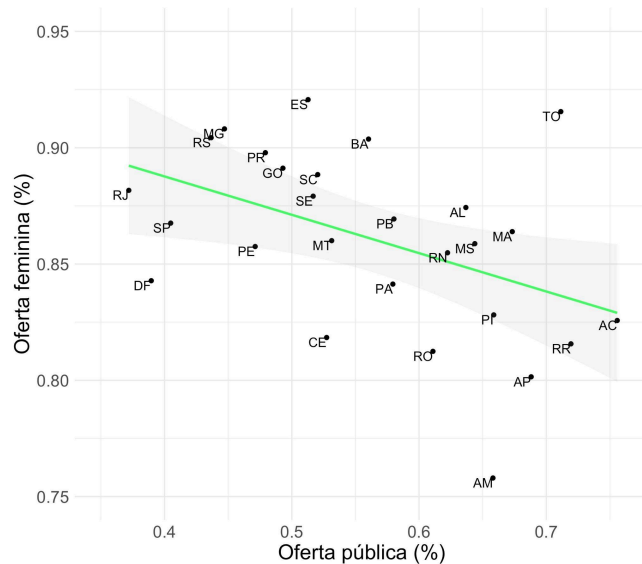


Elaboração própria com base na PNADc (4º trimestre de 2023).

Por outra perspectiva, apesar da predominância feminina, observamos uma correlação negativa entre a porcentagem da oferta que é feita pelo setor público e a parcela de mulheres na força de trabalho, apresentada na Figura 7. Na média nacional para a oferta pública, a participação feminina nas ocupações de cuidado consideradas é de 62,32%, 27 pontos percentuais menor que a média geral. Isso sugere que a maior responsabilização do Estado pelas atividades de cuidado é também um caminho para a redução do viés de

gênero nesse setor essencial. Isso pode reduzir o estigma dessas atividades como "naturalmente" femininas e redistribuir essa responsabilidade entre outros atores da sociedade.

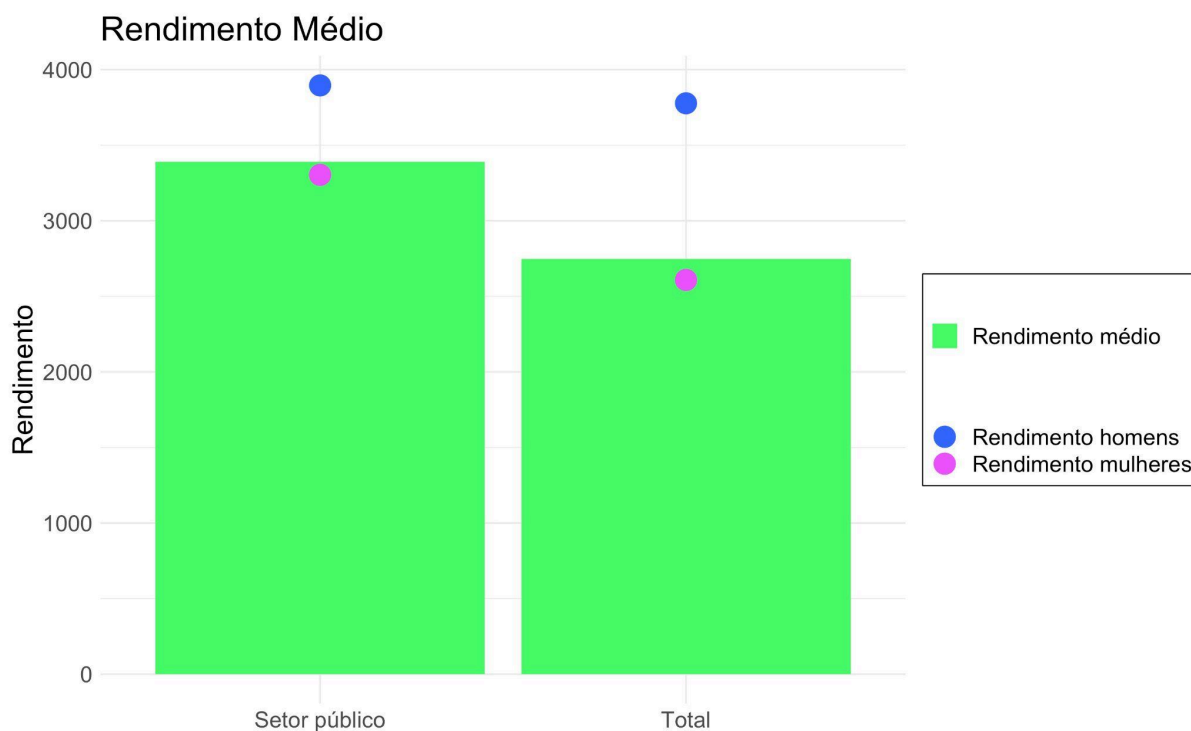
Figura 7. Correlação entre oferta pública (%) e presença feminina (%) nas ocupações de cuidado direto e recorrente



Elaboração própria com base na PNADc (4º trimestre de 2023).

Nessa linha, além de promover uma participação mais equitativa entre homens e mulheres, o aumento da participação pública pode reduzir também o viés de gênero nos rendimentos e na taxa de informalidade. Em relação à informalidade, todo emprego público é formal, portanto aumentar o emprego público impreterivelmente reduz a taxa de informalidade. Em relação aos rendimentos, a Figura 8 ainda mostra uma diferença entre o rendimento das mulheres e dos homens, mesmo entre aqueles contratados pelo setor público. Porém, essa diferença é menor e a média de todos os salários é maior para o emprego público. Assim, uma participação maior do Estado no setor de cuidado remunerado direto e recorrente aumentaria os rendimentos dessas ocupações de um modo geral, e reduziria os vieses de gênero na contratação e nos rendimentos.

Figura 8. Rendimento médio dos trabalhadores considerados na oferta de cuidado por gênero e por setor (público x total)



Elaboração própria com base na PNADc (4º trimestre de 2023).

4.2. Projeção da Infraestrutura Social de Cuidado

Por fim, nós também projetamos o Indicador de Infraestrutura Social de Cuidado (IISC) para o ano 2060. Utilizamos estimativas demográficas do IBGE para cálculo do número de crianças¹⁸ e idosos em 2060 por Estado, e supomos que o número de PcDs adultos se manterá constante. O objetivo é investigar como se dará a relação entre uma crescente demanda por cuidados, mantida constante a oferta nos níveis atuais.¹⁹ Essa dinâmica se traduz, nacionalmente, em uma redução do IISC em 30%, de 8,16 para 5,73. O mapa na Figura 8.a mostra a diminuição percentual do IISC por Unidade Federativa. Quanto mais escura a cor na escala do mapa, maior a queda percentual do indicador. Mantida constante a oferta de cuidado, a queda no indicador reflete a previsão de transição demográfica e envelhecimento da população do IBGE. Ou seja, o Norte e Centro-Oeste serão as regiões com maior envelhecimento e maior demanda por cuidado no futuro.

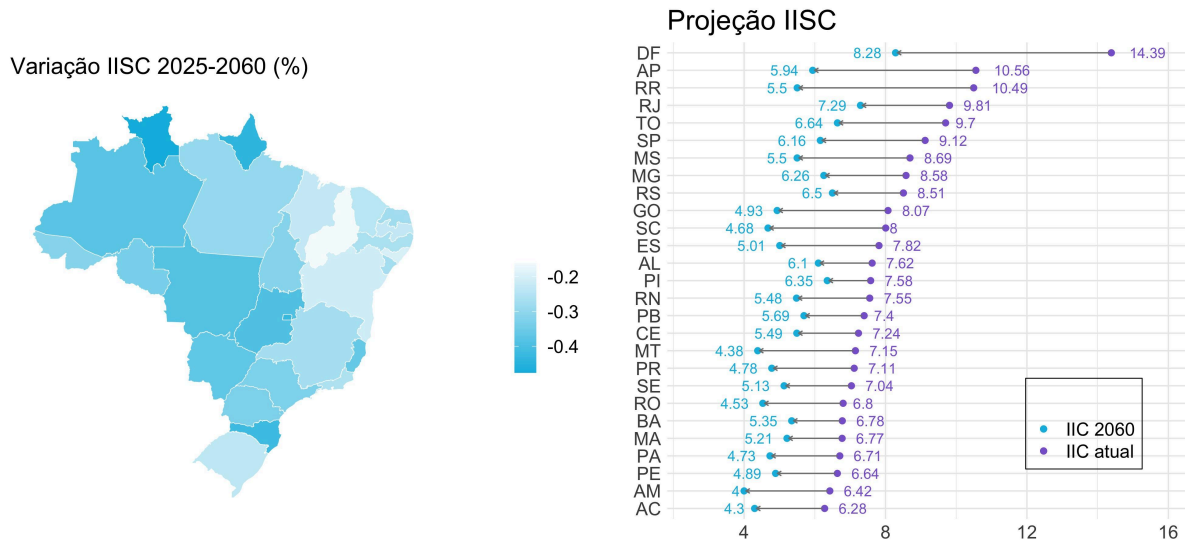
Nesse contexto, todos os valores da variação são negativos, pois haverá uma piora no IISC em todas as UFs caso a oferta de cuidado se mantenha como hoje. As maiores quedas serão em Roraima (-47%) e Amapá (-43%), os quais terão, em 2060, um IISC igual a 5,50 e 5,94, respectivamente. A Figura 8.b mostra o IISC atual (pontos roxos) e qual é a projeção para o IISC em 2060 (pontos azuis). O Distrito Federal (8,28) se mantém como a UF com maior infraestrutura social de cuidado, seguida do Rio de Janeiro (7,29) com Minas Gerais (6,25) e São Paulo (6,15) mais abaixo. Isso sugere que a região Sudeste seria a melhor

¹⁸ As projeções do IBGE são feitas para intervalos de idade. Nesse sentido, incluímos o intervalo de crianças entre 10-14 anos para o cálculo da projeção, embora na identificação base tenhamos considerado crianças com até 12 anos.

¹⁹ Para uma representação dinâmica ano a ano, veja [aqui](#).

preparada para enfrentar a crise de cuidado. Depois, há um achatamento dos IISC, próximos à 5.

Figura 8. Projeção do Indicador de Infraestrutura Social de Cuidado em 2060



Elaboração própria com base na PNADc (4º trimestre de 2023), na PNS (2019) e na projeção do IBGE para a população brasileira em 2060. As cores mais escuras na escala do mapa representam uma maior variação do IISC, ou seja, uma maior redução no indicador ao longo do período.

Assim, a transformação demográfica em curso e o envelhecimento populacional implicam uma maior demanda futura por cuidado e, portanto, impõem um aumento generalizado da oferta de cuidado. Essa é uma das faces da crise do cuidado (Posthuma, 2021). Levando em consideração que a oferta pública de cuidado ainda é muito incipiente e que a responsabilização ainda recai majoritariamente sobre o trabalho de cuidado não remunerado das mulheres no âmbito familiar ou sobre o trabalho precarizado de mulheres negras, trabalhadoras domésticas, torna-se urgente um debate amplo a fim de desenvolver políticas públicas que reequilibrem essa responsabilidade.

3. Conclusão

A presente nota teve como objetivo investigar a oferta relativa de serviços de cuidado no Brasil por meio de uma análise descritiva quantitativa a partir da elaboração de um Indicador sintético de Infraestrutura Social de Cuidado (IISC) direto e recorrente no país. A pesquisa utilizou as Unidades da Federação (UF) como principal categoria para orientar a desagregação dos dados.

Embora a literatura ainda não apresente um consenso que defina uma proporção mínima ou ideal de trabalhadores de cuidado em relação à demanda por esses serviços, é possível perceber que, na comparação por Unidades Federativas, o IISC apresenta fortes desigualdades. Em especial, o eixo Centro-Sul com uma melhor provisão de cuidado quando comparado às regiões Norte e Nordeste.

Comparando as ofertas de cuidado pública e privada, verificamos que a maior parte da oferta de serviços de cuidado vem do setor privado, mas que a maioria da população

brasileira depende do cuidado público. Isso faz com que o IISC Privado seja, na média, mais de 3 vezes maior que o IISC Público. Assim, ao passo que a oferta pública é insuficiente para suprir sua demanda, as famílias e o trabalho doméstico, realizado sobretudo por mulheres, assumem o papel de suprir essa carência. Esse problema é ainda mais agudo nas áreas rurais.

Além disso, as mulheres que participam do mercado de trabalho em atividades de cuidado, apesar de comporem a maior parcela dessa oferta, ainda recebem menos que os homens e são mais informalizadas. Por outra perspectiva, observamos que o Estado possui um viés de gênero menor na contratação de serviços de cuidado, empregando, proporcionalmente, mais homens em atividades de cuidado que o setor privado. Mais ainda, o setor público paga, em média, melhores salários (Tenoury e Menezes-Filho, 2017). Assim, o aumento da oferta pública de cuidado não só reduziria o viés de gênero na mão de obra do setor, como também aliviaria a sobrecarga de trabalho não-remunerado feminino e valorizaria sua remuneração média.

Por fim, deve-se reiterar a importância da análise e implementação de políticas públicas que evitem o iminente agravamento da crise de cuidado. A queda de 30% no IISC nacional e o simultâneo achatamento do IISC de todas as UFs, dada a projeção de crescimento populacional e as atuais condições de infraestrutura social de cuidado, apontam para os futuros impactos socioeconômicos do negligenciamento de políticas de oferta pública de cuidado e de um correspondente maior equilíbrio do uso do tempo por homens e mulheres: a precarização do cuidado e a sobrecarga feminina. Nesse sentido, o aumento da participação estatal na oferta e responsabilização pelo cuidado é entendida como a principal maneira de contornar e minimizar a crise futura.

4. Referências

Anderson, J. (2020). Cuidados Multiculturales. In: Batthyány, Karina (Orgs.). *Miradas latinoamericanas al cuidado*. Ciudad de México: CLACSO/Siglo XXI.

Barbosa, P. M., Fabris, L., Abbas, L., Caruso, G., Giusti, V., & Coimbra, B. (2023). Moving away from familism by default? The trends of family policies in Latin America. *Third World Quarterly*, 44(8), 1865-1883.

Bertuzzi, Daiane; Paskulin, Lisiane Girardi Manganelli; Morais, Eliane Pinheiro de (2012). Arranjos e rede de apoio familiar de idosos que vivem em uma área rural. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 21, p. 158-166.

Brigola, Allan Gustavo et al (2017). Perfil de saúde de cuidadores familiares de idosos e sua relação com variáveis do cuidado: um estudo no contexto rural. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 20, p. 409-420.

Bruschini, Cristina (2006). Trabalho doméstico: inatividade econômica ou trabalho não-remunerado?. *Revista Brasileira de Estudos de População*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 331-353.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2022). La sociedad del cuidado: horizonte para una recuperación sostenible con igualdad de género.

Duarte, Leandro Batista. Diferenças de rendimento entre trabalhadores formais e informais: uma decomposição quantílica para as regiões metropolitanas do Brasil. 2016. 106 f. Dissertação (Mestrado em Economia) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa. 2016.

Esping-Andersen, Gøsta (1990). The three worlds of welfare capitalism, Cambridge, Polity Press.

Folbre, Nancy (1994). Who pays for the kids?: Gender and the structures of constraint. Taylor & Francis US.

Fontoura, N.; Pinheiro, L.; Galiza, M.; Vasconcelos, M. (2010). Pesquisas de uso do tempo no Brasil: contribuições para a formulação de políticas de conciliação entre trabalho, família e vida pessoal. *Revista Econômica*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1.

Gomes, João; Marques, Pedro; Silveira, Fernando (no prelo). Desigualdade de raça e gênero e impactos distributivos dos gastos públicos com saúde e educação no Brasil. Nota de Política Econômica nº XXX Made/USP.

Guimarães, Nadya (2021). The Circuits of Care: Reflections from the Brazilian Case. In: Guimarães, Nadya; Hirata, Helena (Orgs.). Care Work: A Latin American Perspective. Care and care workers: A Latin American perspective. Springer. pp. 61-75.

Guimarães, Nadya Araujo e Pinheiro, Luana Simões (2023). The halo of care. Measuring paid care work in Brazil. Tradução de Paulo Scarpa. Coleção Documentos de Trabalho, Redes “Who cares? Rebuilding care in a post pandemic world” e “Cuidados, direitos e desigualdades”, São Paulo: Centro Brasileiro de Análise e Planejamento Cebrap, n. 2, p. 1-40.

Guimarães, Nadya; Hirata, Helena (2021). Care Work: A Latin American Perspective. Care and care workers: A Latin American perspective. Springer.

Herrera-Idárraga, Paula; Hernández, Helena María (2022). Infraestructura Social de Cuidado en las Ciudades de Colombia. Informe Quanta - Cuidado y Género. Disponível em: https://cuidadoygenero.org/wp-content/uploads/2022/11/Infraestructura_cuidado_ciudades.pdf.

Hirata, Helena (2021). The Centrality of Women’s Work and the Sexual and International Division of Care Labor: Brazil, France, and Japan. In: Guimarães, Nadya; Hirata, Helena (orgs.). Care Work: A Latin American Perspective. Care and care workers: A Latin American perspective. Springer. pp. 61-75.

Ilkcaracan I., Kim, K. e Kaya, T. (2015). A Public Investment Priority for Job Creation in Turkey: Expanding Child Care and Preschool Services (No. op_50). Levy Economics Institute.

Machado, Humberto; Melo, Eduardo; Paula, Luciana de (2019). Medicina de Família e Comunidade na saúde suplementar do Brasil: implicações para o Sistema Único de Saúde e para os médicos. Cadernos de Saúde Pública, v. 35.

Margarido, Larissa Cristina (2022). Entre Discursos e Silêncios: A Aprovação da PEC das Domésticas na Câmara dos Deputados. Cotia: Margem da Palavra.

Margarido, Larissa Cristina; Moraes, Taís Dias de (2023). A construção do trabalho doméstico assalariado no Brasil. Nota de Política Econômica nº 043 Made/USP.

Mariano, Silvana Aparecida; Carloto, Cássia Maria (2009). Gênero e Combate à Pobreza: Programa Bolsa Família. Revista Estudos Feministas, v. 17(3), p. 901-908.

Marques, Pedro; Pires, Luiza, Passos, Luana; Taioka, Tainara (2022). Gênero e raça no mercado de trabalho brasileiro: a importância do gasto social em saúde e educação pública para a redução de desigualdades. Nota de Política Econômica nº 022 Made/USP.

Organização Internacional do Trabalho (OIT) (2018). Care work and care jobs for the future of decent work. Acesso em 13 de março 2024. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_633135.pdf

Organização Internacional do Trabalho (OIT) (2014). Maternity and paternity at work – Law and practice across the world. Acesso em 28 de março 2024. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_242617.pdf

Passos, Luana; Machado, Danielle Carusi (2021). Regime de cuidados no Brasil: uma análise à luz de três tipologias. Revista Brasileira de Estudos de População, v. 38.

Passos, Luana; Wajnman, Simone; Waltenberg, Fábio (2020). The Bolsa Família Program: reflections on its role in social protection and gender relations in Brazil. In: Sacchet, Teresa; Mariano, Silvana; Carloto, Cássia (org.). Women, gender and conditional cash transfers: interdisciplinary perspectives from studies of Bolsa Família. New York: Routledge. pp. 82-107.

Posthuma, Anne Caroline (2021). The Care Deficit in Latin America: Structure, Trends and Policy Approaches. In: Guimarães, Nadya; Hirata, Helena. Care Work: A Latin American Perspective. Care and care workers: A Latin American perspective. Springer. pp. 25-59.

Razavi, Shahra (2007). The political and social economy of care in a development context. In Conceptual issues, research questions and policy options. Geneva: UNSRID.

Resende, Amanda; Peron, Fernanda; Freitas, João Pedro; Benedito, Alessandra; Rego, Anna Lygia; Bernardino, Karine de Paula; Margarido, Larissa Cristina; Silva, Lorraine Carvalho; Moraes, Taís Dias de; Nassif-Pires, Luiza (2023a). Raízes e panorama do trabalho doméstico remunerado no Brasil: reprodução social e algumas de suas contradições. Nota de Política Econômica nº 038 Made/USP.

Resende, Amanda Martinho; Gomes, João Pedro de Freitas; Serra, Gustavo Pereira; Nassif-Pires, Luiza (2023b). Do Bolsa Família ao Brasil sem miséria? Duas décadas de luta pela universalização da cidadania. Nota de Política Econômica nº 043 Made/USP.

Rico, María; Robles, Claudia (2016). Políticas de cuidado en América Latina: Forjando la igualdad (Serie Asuntos de Género No. 140). Santiago: ECLAC.

Rossi, P.; Rocha, M.; Marques, P.; Rodrigues, L.; Bergamin, J. (no prelo). Estratégias de desenvolvimento do governo Lula. Nota de Política Econômica nº XXX Made/USP.

Silva, Lorraine Carvalho; Benedito, Alessandra; Rego, Anna Lygia. Tempo da vida: os impactos da desigualdade na maternidade de trabalhadoras domésticas. (Nota n. 028). MADE/USP e NJRD/FGV.

Silveira, Fernando Gaiger; Passos, Luana; Silva, Eduardo; Ribas, Theo (2020). Impactos redistributivos das transferências públicas monetárias e da tributação direta: evidências com a POF 2017-2018.

Taioka, Tainari; Resende, Amanda; Nassif-Pires, Luiza; Pereira, Letícia (no prelo). Pesquisas de uso do tempo: enfocando o trabalho de cuidado não remunerado no Brasil. Nota de Política Econômica Made/USP.

Tenoury, G. N.; Menezes-Filho, N (2017). A evolução do diferencial salarial público-privado no Brasil. São Paulo: Insper. 41 p. (Policy Paper, n. 29).

	IISC	IISC Privado	IISC Público	IISC Urbano	IISC Rural	IISC 2060
Brasil	8,16	15,91	5,36	8,95	3,43	5,74
AC	6,28	18,00	5,19	7,95	1,68	5,06
AL	7,62	20,15	5,63	8,82	3,98	6,88
AM	6,42	16,16	4,89	7,18	2,86	4,77
AP	10,56	31,64	8,11	11,54	3,42	7,03
BA	6,78	20,01	4,46	8,42	2,78	5,95
CE	7,24	20,50	4,58	8,34	3,65	6,17
DF	14,39	24,89	8,66	14,60	11,04	9,26
ES	7,82	14,26	5,47	8,33	4,41	5,68
GO	8,07	15,38	5,42	8,39	3,72	5,68
MA	6,77	41,66	4,82	8,19	3,71	6,00
MG	8,58	16,30	5,41	9,44	3,13	6,93
MS	8,69	11,60	7,63	9,37	2,38	6,36
MT	7,15	19,66	4,58	7,66	3,77	5,09
PA	6,71	19,36	4,55	7,90	3,77	5,50
PB	7,40	23,39	4,95	8,20	4,66	6,40
PE	6,64	18,42	3,86	7,59	2,07	5,52
PI	7,58	16,11	5,95	10,51	2,19	7,18
PR	7,11	12,69	4,81	7,75	2,87	5,38
RJ	9,81	16,30	5,87	9,92	5,98	8,18
RN	7,55	16,37	5,69	8,35	4,24	6,17
RO	6,80	21,52	4,74	8,11	2,61	5,23
RR	10,49	35,72	8,23	11,75	4,20	6,56
RS	8,51	13,96	5,65	9,37	3,43	7,23
SC	8,00	14,46	5,67	8,46	4,92	5,27
SE	7,04	18,13	4,47	8,27	2,85	5,79
SP	9,12	13,42	6,20	9,32	3,91	6,92
TO	9,70	22,70	7,87	10,87	3,82	7,66