

# QUEM CUIDA?

→ Como apoiar e reconhecer quem cuida de pessoas idosas na América Latina e no Caribe

Marco Stampini, Ana Llena-Nozal, Carlos Soto Iguarán, Natalia Aranco, Fiorella Benedetti, Beatrice Fabiani de Leva, Milagros García Díaz, Karolin Killmeier, Carina Lupica, Judit Rauet Tejada





# QUEM CUIDA?

## → Como apoiar e reconhecer quem cuida de pessoas idosas na América Latina e no Caribe

Marco Stampini, Ana Llana-Nozal, Carlos Soto Iguarán, Natalia Aranco, Fiorella Benedetti, Beatrice Fabiani de Leva, Milagros García Díaz, Karolin Killmeier, Carina Lupica y Judit Rauet Tejada

### Catálogo na fonte fornecida pela Biblioteca Felipe Herrera do Banco Interamericano de Desenvolvimento

Quem cuida? Como apoiar e reconhecer quem cuida de pessoas idosas na América Latina e no Caribe / Marco Stampini, Ana Llana-Nozal, Carlos Soto Iguarán, Natalia Aranco, Fiorella Benedetti, Beatrice Fabiani de Leva, Milagros García Díaz, Karolin Killmeier, Carina Lupica, Judit Rauet Tejada.

p. cm. — (Monografía do BID ; 1300)

Incluí referencias bibliográficas.

1. Older people-Long-term care-Latin America. 2. Older people-Long-term care-Caribbean Area. 3. Population aging-Latin America. 4. Population aging-Caribbean Area. 5. Caregivers-Latin America. 6. Caregivers-Caribbean Area. 7. Caregivers-Government policy-Latin America. 8. Caregivers-Government policy-Caribbean Area. I. Stampini, Marco. II. Llana-Nozal, Ana. III. Soto Iguarán, Carlos. III. Aranco, Natalia. IV. Benedetti, Fiorella. V. Fabiani, Beatrice. VI. García Díaz, Milagros. VII. Killmeier, Karolin. VIII. Lupica, Carina. IX. Rauet Tejada, Judit. X. Organization for Economic Cooperation and Development. XI. Agence Française de Développement. XII. Banco Interamericano de Desenvolvimento. Divisão de Proteção Social e Mercados de Trabalho. XIII. Série.

IDB-MG-1300

**Códigos JEL:** J14, J16, J18, N36

**Palavras-chave:** cuidados de longa duração, economia do cuidado, trabalhadoras e trabalhadores do cuidado, cuidadoras e cuidadores familiares, envelhecimento da população, recursos humanos, América Latina e Caribe.

**DOI de la OCDE:** <https://doi.org/10.1787/7721fcd3-es>

**DOI del BID:** <http://dx.doi.org/10.18235/0013724>

**ISBN (PDF):** 9789264364332



Direitos de autor. 2025. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a Agência Francesa de Desenvolvimento (AFD) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). Este trabalho está licenciado ao abrigo da licença Creative Commons Atribuição 3.0 Intergovernmental Organization (CC BY 3.0 IGO). (<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/igo/deed.pt-br>).” Ao usar esta obra, você concorda em obedecer aos termos desta licença.

**Atribuição:** você deve citar a obra como “OECD/IDB/AfD (2025), “Quem cuida? Como apoiar e reconhecer os cuidadores de pessoas idosas na América Latina e no Caribe””.

**Traduções:** você deve citar a obra original, identificar quaisquer alterações no original e adicionar o texto a seguir: Em caso de discrepância entre a obra original e a tradução, somente o texto da obra original deve ser considerado válido.

**Adaptações:** você deve citar a obra original e acrescentar o seguinte texto: Esta é uma adaptação de um trabalho original da OCDE, AFD e BID. As opiniões expressas e os argumentos empregados nesta adaptação não devem ser relatados como representando as visões oficiais da OCDE ou de seus países membros, da AFD, do BID, de sua Diretoria Executiva ou dos países que representam.

**Material de terceiros:** a licença não se aplica a material de terceiros na obra. Se você usar esse material, será responsável por obter permissão do terceiro e por quaisquer reclamações de infração.

O usuário não deve usar o respectivo logotipo, identidade visual ou imagem da OCDE, da AFD ou do BID sem permissão expressa, nem sugerir que a OCDE, a AFD ou o BID endossam o uso da obra.

De acordo com a seção 8 da referida licença, qualquer mediação relacionada a disputas decorrentes da referida licença deverá ser conduzida de acordo com as Regras de Mediação da OMPI. Qualquer controvérsia decorrente desta licença deverá ser submetida à arbitragem de acordo com as regras da Comissão das Nações Unidas para o Direito Comercial Internacional (UNCITRAL).

Para a OCDE, esta obra é publicada sob a responsabilidade do Secretário- Geral da OCDE. As opiniões expressas e os argumentos empregados neste documento são de responsabilidade dos autores e não refletem necessariamente as visões oficiais dos países membros da OCDE.

Para a AFD e o BID, respectivamente, as opiniões expressas e os argumentos aqui empregados são de responsabilidade dos autores e não refletem necessariamente as opiniões oficiais da AFD, do BID, de sua Diretoria Executiva ou dos países que eles representam.

Os nomes de países e territórios usados nesta obra seguem a prática do BID.

Esta obra, bem como os dados e mapas incluídos neste documento, não prejudicam o status ou a soberania de qualquer território, a delimitação de fronteiras e limites internacionais e o nome de qualquer território, cidade ou área.

#### **Isenção de responsabilidade territorial específica:**

Os dados estatísticos de Israel são fornecidos por e sob a responsabilidade das autoridades israelenses competentes. O uso desses dados pela OCDE não prejudica a situação das Colinas de Golã, de Jerusalém Oriental e dos assentamentos israelenses na Cisjordânia nos termos da lei internacional.



## NOTA EDITORIAL

Por razões de clareza e estilo, neste documento optou-se por utilizar os termos **“pessoas cuidadoras”** ou **“cuidadoras”** de forma indistinta para se referir a todas as pessoas que prestam cuidados, independentemente do seu sexo. Esta escolha visa refletir a realidade da América Latina e do Caribe, onde a grande maioria das pessoas que realizam estas tarefas são mulheres, bem como simplificar a leitura e manter a fluidez do texto.



## QUEM CUIDA?

→ Como apoiar e reconhecer quem cuida de pessoas idosas na América Latina e no Caribe



# Agradecimentos



Natalia Aranco (Banco Interamericano de Desenvolvimento, BID), Fiorella Benedetti (BID), Beatrice Fabiani de Leva (BID), Milagros García Díaz (BID) e Marco Stampini (BID) lideraram a redação dos capítulos 2, 3 e 4, bem como dos anexos A, B e C. Ana Llena-Nozal (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, OCDE), Karolin Killmeier (OCDE) e Judit Rauet Tejeda (OCDE) lideraram a preparação dos capítulos 5 e 6 e do Anexo D. Carlos Soto Iguarán (Agência Francesa de Desenvolvimento, AFD) e Carina Lupica (BID) foram responsáveis pela elaboração do Capítulo 7. Todos os autores contribuíram para a revisão e edição de todos os capítulos. Da mesma maneira, o resumo executivo, a introdução e a visão geral foram elaborados em conjunto por todos os autores.

Este relatório foi financiado em parte pelos projetos de cooperação técnica do BID *Long-Term Care Human Resources and Business Ecosystem* (RG-T4162) e *Long-Term Care Policy Dialogue and Knowledge Generation in Latin America and the Caribbean* (RG-T4313). Este último faz parte do *Aging Facility: Strengthening Capacity for Health, Long-Term Care and Social Services* (RG-O1682), um subsídio específico financiado pela AFD.

Os autores agradecem aos representantes e especialistas dos países que responderam a um questionário sobre políticas de cuidados, contribuindo com informações valiosas para a elaboração deste relatório. Entre eles, estão Eduardo Soria, Colleen Walcott, Lorena Godoy, Daniela Ochoa Ovando, Mariana Borges Dias, Kenio Lima, Nilton Pereira Junior, Spártaco Galvão Fogaça de Almeida, Tarcisio Nema de Aquino, Angela Pinto dos Santos, Talita Vieira Antônio, Felipe Mello, Mirian Queiroz, Tatiane Roda, Constanza Piriz, Constanza Contreras, Nicole Martínez, Francisco Adriazola Santibañez, Isidora Parra, Natalia Moreno, Alicia Ferreira Moret, Manuel Pérez Zafra, Ezequiel Ortiz Cruz, Aura Hernández, Jazmine Lara, Gloriana Mora Cascante, Allan Rímola Rivas, Elisa Ordóñez, Ximena Guevara, Irma Yolanda Núñez, Melissa Dehaarte, Sara Ney, Denise Edelmire-Shearer, Erica Haughton, Douladel Tyndale, Mariana López Ortega, Rubén Eduardo Figueroa, María Elena Aguilar, Diana Mejía, Lawrence Jaisingh, Florencia Krall, Susana Muñiz, Patricia Cossani e David Lee.

No BID, os autores gostariam de agradecer a Ferdinando Regalía (gerente do Setor Social), Pablo Ibararán (chefe da Divisão de Proteção Social e Mercados de Trabalho), María Caridad Araujo (chefe da Divisão de Gênero e Diversidade), David Kaplan, Graciana Rucci, Agustín Filippo, Osmel Manzano e Valeria Massarelli pela supervisão, comentários e contribuições para este relatório.

Na OCDE, os autores expressam seu especial agradecimento a Francesca Colombo (chefe da Divisão de Saúde) por supervisionar a elaboração deste relatório e contribuir com comentários valiosos em várias versões preliminares. Agradecem também a Stefano Scarpetta e Mark Pear-



son (diretor e subdiretor de Emprego, Trabalho e Assuntos Sociais da OCDE) pela sua orientação e pelos seus numerosos comentários às diferentes versões do relatório.

Na AFD, os autores estendem seus agradecimentos à Divisão de Saúde e Proteção Social e, em particular, a Andrea Morales e Cecilia Poggi (AFD), bem como a Alfonso Martínez e Ivanna Moreira (Expertise France), por sua revisão e valiosas contribuições.

A foto da capa foi tirada no Centro de Atendimento e Serviços para Idosos da Direção de Benefícios Econômicos e Sociais do Instituto Mexicano do Seguro Social (IMSS), da Cidade do México (México). Este centro foi inaugurado em 2010 com o objetivo de promover um envelhecimento saudável e, desde 2023, abriga o primeiro Centro-Dia para idosos com dependência funcional, implementado com o apoio do projeto do BID ME-T1539 (Apoio ao Desenvolvimento de um Sistema de Cuidados de Longa Duração no Instituto Mexicano do Seguro Social). Carlos Organista (Comunicação 360) tirou a fotografia em 5 de agosto de 2025, na qual aparecem Aurora Rivas Velázquez (idososa) e Cynthia Miranda Rojas (cuidadora e podóloga).

As demais fotos utilizadas neste relatório foram retiradas de um banco de dados do BID compilado durante a nona reunião da Rede de Políticas de Cuidados de Longa Duração na América Latina e no Caribe (RedCUIDAR+), realizada na Costa Rica em 2023.

Collin Stewart foi responsável pela edição profissional da versão em inglês. Mikel A. Alcázar e Irene Larraz traduziram o documento para o espanhol; Lilian C. de Campos Martinez para o português; e Cécile B. Laurent e Djhimy Regis, para o francês. O design gráfico e a diagramação ficaram a cargo da equipe de design editorial da Words for Development: Jesús R. Martínez, Laura Scaron e Pablo López. Qualquer erro ou omissão é de responsabilidade exclusiva dos autores. O conteúdo e as conclusões deste relatório refletem as opiniões dos autores e não necessariamente as da OCDE, da AFD, do BID, de seu Conselho Executivo ou dos países que representam.



## QUEM CUIDA?

→ Como apoiar e reconhecer quem cuida de pessoas idosas na América Latina e no Caribe

# Prefácio



O desenvolvimento de serviços de cuidados de longa duração tornou-se uma prioridade à medida que a América Latina e o Caribe avançam na construção de seus sistemas de cuidados. O envelhecimento da população e a queda das taxas de fecundidade na região estão aumentando a demanda por cuidados, que crescerá exponencialmente nas próximas décadas (até 23 milhões de pessoas com 65 anos ou mais com necessidade de cuidados em 2050). Essa transição demográfica, impulsionada por uma maior expectativa de vida, melhorias na saúde e nos padrões de vida mais elevados, é sinal de uma conquista coletiva.

No entanto, essa mudança também apresenta desafios para as pessoas, as famílias e as sociedades. No plano individual, o envelhecimento está relacionado a maiores necessidades de saúde e cuidados, bem como à necessidade de proteger as pessoas contra os riscos associados a vidas mais longas. Para as sociedades, o envelhecimento levanta questões sobre políticas públicas e sustentabilidade financeira. Adaptar os sistemas de proteção social a essas novas realidades tornou-se uma prioridade urgente. Tanto a cobertura quanto a qualidade dos serviços de cuidados de longa duração nos países da região são baixas: menos de 20% dos idosos com necessidades de cuidados recebem serviços públicos, o que revela que ainda há muito a ser feito.

Um passo fundamental para abordar esta questão é reconhecer quem presta cuidados, garantindo que as pessoas cuidadoras (remuneradas e não remuneradas) tenham apoio, formação e reconhecimento pelas suas contribuições essenciais. Os recursos humanos constituem um pilar fundamental na construção de sistemas de cuidados de longa duração. Esta publicação oferece a análise mais completa até o momento sobre a situação das cuidadoras (remuneradas e não remuneradas) de pessoas idosas da América Latina e do Caribe. Além disso, apresenta uma avaliação aprofundada das políticas e programas existentes para apoiá-las, reconhecer seu trabalho e contribuir para seu bem-estar e desenvolvimento profissional. Esta análise pioneira é um insumo fundamental para os responsáveis pelas políticas públicas e os atores da sociedade civil que trabalham para melhorar os cuidados de longa duração na América Latina e no Caribe. Assim, este documento destaca lições aprendidas, boas práticas e abordagens inovadoras que podem inspirar futuras reformas nos países da região, bem como em outros países da OCDE.

É fundamental levar em consideração as necessidades tanto das cuidadoras profissionais remuneradas quanto dos familiares que prestam cuidados sem receber remuneração. Cerca de 25 milhões de pessoas cuidadoras não remuneradas da região (60% das quais são mulheres e familiares) desempenham um papel fundamental na prestação de cuidados diários, mas suas contribuições tendem a ser subvalorizadas ou carecem do apoio necessário. Para manter o bem-estar das pessoas cuidadoras e também sustentar os sistemas de cuidados de longa duração, é indispensável reforçar medidas de apoio, como serviços de descanso, capacitação e incentivos econômicos. Ao mesmo tempo, os países devem investir em serviços formais de cuidados para atender à crescente demanda e garantir altos padrões de qualidade. As pessoas que trabalham



prestando cuidados de longa duração —frequentemente mulheres em condições de trabalho vulneráveis— são fundamentais para cuidados sustentáveis e de qualidade. Apoiá-las implica garantir um trabalho decente e uma formação adequada, assim como reconhecer sua contribuição para a sociedade. Este duplo enfoque nos cuidados remunerados e não remunerados ajuda a construir um sistema de cuidados de longa duração integral e resiliente, assim como gera emprego. Ao mesmo tempo, aborda a pobreza de tempo que exclui milhões de pessoas, na sua maioria mulheres, da educação, do trabalho e da participação cidadã.

Este relatório visa promover um diálogo mais próximo sobre cuidados de longa duração entre os países da América Latina e do Caribe —incluindo os que são membros ou observadores em processo de adesão à OCDE— e a comunidade mais ampla da OCDE. Para isso, apresenta uma visão panorâmica da situação das cuidadoras remuneradas e não remuneradas de pessoas idosas, reconhecendo o seu papel nos sistemas de cuidados de longa duração. Baseia-se em trabalhos anteriores da OCDE sobre o tema, em particular *Who Cares?* (2020) e *Beyond Applause* (2023), e enfatiza os aspectos especialmente relevantes para a região. Recorre a evidências de países da América Latina, do Caribe e de países da OCDE com sistemas de cuidados de longa duração consolidados. Destaca iniciativas em andamento, práticas bem-sucedidas e áreas de melhoria.

As três organizações que trabalharam em conjunto para tornar possível este relatório —o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) e a Agência Francesa de Desenvolvimento (AFD)— estão comprometidas em dar maior visibilidade às e aos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados de longa duração e melhorar a atenção a idosos. O BID incorporou recentemente o desenvolvimento de sistemas de cuidados entre suas prioridades operacionais. Assim, lançou a iniciativa BID Cuida para aumentar o financiamento, a assistência técnica e o conhecimento voltados para a criação de sistemas de cuidados, ampliar serviços de qualidade e promover a corresponsabilidade no trabalho de cuidados. A OCDE, no âmbito de sua Reunião Ministerial de 2024, recebeu o mandato de manter a força de trabalho de cuidados de longa duração em sua agenda de políticas e monitorar os avanços e indicadores nessa área. Ao promover investimentos inclusivos e sustentáveis, a AFD busca contribuir para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, apoiar o desenvolvimento de sociedades mais igualitárias e inclusivas e promover a igualdade entre homens e mulheres, objetivos todos eles apoiados pelo fortalecimento da força de trabalho de cuidados de longa duração.

**Ferdinando Regalía**Gerente do Setor Social,  
BID**Stefano Scarpetta**Diretor de Emprego, Trabalho  
e Assuntos Sociais,  
OCDE**Agnès Soucat**Diretora de Saúde e  
Proteção Social,  
AFD



*“O cuidado humanizado é a arte de acompanhar com compaixão e empatia, onde cada gesto e palavra têm o poder de transformar vidas. A conexão emocional e a compreensão profunda são tão importantes quanto a técnica e o conhecimento médico. O cuidado é a essência da vida, e onde a ciência se encontra com a compaixão”.*

**Enrique V. Iglesias**

Presidente, Fundação ASTUR

Ex-presidente do Banco Interamericano de Desenvolvimento



# Índice

<b>Agradecimentos</b> .....	v
<b>Prefácio</b> .....	viii
<b>Siglas e abreviaturas</b> .....	xv
<b>Resumo executivo</b> .....	xvii
<b>Introdução</b> .....	xxii
<b>1 Panorama</b> .....	1
<b>1.1 A região da América Latina e do Caribe precisará de mais pessoas cuidadoras remuneradas para cobrir a lacuna dos cuidados não remunerados</b> .....	2
<b>1.2 As pessoas cuidadoras não remuneradas dificilmente conseguirão atender à crescente demanda</b> .....	3
<b>1.3 A região carece de suficientes pessoas cuidadoras remuneradas e qualificadas, e as suas condições de trabalho são precárias</b> .....	4
<b>1.4 As políticas de apoio às pessoas cuidadoras familiares avançam lentamente, com a capacitação e a informação como prioridades</b> .....	5
<b>1.5 As políticas de apoio às e aos trabalhadores de cuidados de longa duração tendem a centrar-se mais nas competências e na formação</b> .....	8
<b>1.6 O caminho a seguir: como os países podem melhorar as condições de trabalho das pessoas cuidadoras</b> .....	11
<b>2 Oferta e demanda de cuidados de longa duração: a lacuna de recursos humanos</b> .....	17
<b>2.1 O envelhecimento da população aumenta a demanda por cuidados de longa duração</b> .....	18
<b>2.2 A oferta de cuidados tem dificuldades para atender à demanda</b> .....	23
<b>2.3 Os países precisam investir em recursos humanos para cuidados de longa duração</b> .....	28



<b>3 A importância das cuidadoras familiares</b> .....	33
<b>3.1 Quantas cuidadoras familiares de pessoas idosas existem na região?</b> .....	36
<b>3.2 A maioria das pessoas cuidadoras não remuneradas são mulheres e não têm formação</b> .....	37
<b>3.3 Homens e mulheres apoiam os idosos de maneiras diferentes</b> .....	40
<b>3.4 De quem cuidam?</b> .....	43
<b>3.5 As consequências dos cuidados não remunerados</b> .....	44
<b>4 O papel das pessoas trabalhadoras remuneradas de cuidados de longa duração</b> .....	54
<b>4.1 Quantas pessoas cuidadoras remuneradas há na região?</b> .....	56
<b>4.2 Gênero, idade, escolaridade, etnia e status migratórios das cuidadoras</b> .....	58
<b>4.3 As cuidadoras remuneradas carecem de formação</b> .....	62
<b>4.4 As cuidadoras remuneradas realizam múltiplas tarefas</b> .....	65
<b>4.5 De quem cuidam?</b> .....	66
<b>4.6 Condições de trabalho precárias e inseguras</b> .....	67
<b>4.7 A carga emocional e física do cuidado</b> .....	75
<b>5 Políticas para cuidadoras familiares</b> .....	76
<b>5.1 As agendas políticas incluem cada vez mais as cuidadoras familiares</b> .....	77
<b>5.2 A informação, o apoio emocional e a capacitação ajudam as cuidadoras familiares a desempenharem melhor as suas tarefas.</b> .....	80
<b>5.3 As políticas para reduzir o impacto econômico dos cuidados são escassas</b> .....	88
<b>5.4 As políticas para melhorar a conciliação entre a vida profissional e os cuidados familiares são escassas</b> .....	90
<b>6 Construir uma força de trabalho de cuidados de longa duração sustentável e competente</b> .....	93
<b>6.1 As regulamentações trabalhistas influenciam o setor de cuidados de longa duração</b> .....	94
<b>6.2 Poucos países reforçam os direitos trabalhistas mediante políticas específicas para as pessoas trabalhadoras de cuidados de longa duração</b> .....	100



<b>6.3 As medidas de segurança são habituais e melhoram o bem-estar das e dos trabalhadores, favorecem a retenção e aumentam a qualidade dos cuidados</b> .....	105
<b>6.4 Os países impulsionam uma força de trabalho sustentável em cuidados de longa duração através do desenvolvimento de competências</b> .....	109
<b>6.5 A região deu os primeiros passos para aumentar a produtividade no setor dos cuidados prolongados</b> .....	123
<b>7 O caminho a seguir: o fortalecimento dos recursos humanos em cuidados de longa duração</b> .....	127
<b>7.1 Melhorar a qualidade do emprego nos cuidados de longa duração</b> .....	128
<b>7.2 Utilizar uma abordagem centrada na pessoa para formar cuidadoras remuneradas e não remuneradas</b> .....	138
<b>7.3 Apoiar as cuidadoras familiares para prevenir as consequências negativas dos cuidados</b> .....	148
<b>7.4 Promover a participação dos homens nos cuidados familiares e remunerados</b> .....	154
<b>7.5 Construir uma força de trabalho mais resiliente na área dos cuidados prolongados</b> .....	158
<b>Referências</b> .....	164
<b>Anexos</b> .....	187
Anexo A • Pesquisas sobre o uso do tempo.....	188
Anexo B • Metodologia para identificar as pessoas cuidadoras .....	192
Anexo C • Pesquisa do BID com pessoas cuidadoras.....	194
Anexo D • Políticas nacionais de cuidados .....	198



# Siglas e abreviaturas

<b>ABVD</b>	Atividades básicas da vida diária
<b>AFD</b>	Agência Francesa de Desenvolvimento
<b>AIVD</b>	Atividades instrumentais da vida diária
<b>BID</b>	Banco Interamericano de Desenvolvimento
<b>OCDE</b>	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

## Lista das instituições por país

PAÍS	SIGLA	TRADUÇÃO	NOME ORIGINAL
Argentina		Observatório Integral do Sistema de Cuidados a Pessoas Adultas e Idosas	<i>Observatorio Integral del Sistema de Cuidado de Personas Adultas y Mayores</i>
Argentina	<b>FATSA</b>	Federação das Associações de Saúde da Argentina	<i>Federación de Asociaciones de la Sanidad Argentina</i>
Argentina	<b>INAES</b>	Instituto Nacional de Associativismo e Economia Social	<i>Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social</i>
Bolívia		Conselho de Coordenação Setorial "Por uma Velhice Digna"	<i>Consejo de Coordinación Sectorial 'Por una Vejez Digna'</i>
Brasil	<b>IPEA</b>		Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
Chile	<b>SENCE</b>	Serviço Nacional de Capacitação e Emprego	<i>Servicio Nacional de Capacitación y Empleo</i>
Colômbia	<b>CONPES</b>	Conselho Nacional de Política Econômica e Social	<i>Consejo Nacional de Política Económica y Social</i>
Colômbia	<b>SENA</b>	Serviço Nacional de Aprendizagem	<i>Servicio Nacional de Aprendizaje</i>
Costa Rica	<b>CCSS</b>	Caixa Costarriquenha de Seguro Social	<i>Caja Costarricense de Seguro Social</i>
Costa Rica	<b>IMAS</b>	Instituto Misto de Assistência Social	<i>Instituto Mixto de Ayuda Social</i>
Costa Rica	<b>INA</b>	Instituto Nacional de Aprendizagem	<i>Instituto Nacional de Aprendizaje</i>
Costa Rica	<b>SINCA</b>	Sistema Nacional de Cuidados e Apoios para Pessoas Adultas e Idosos em Situação de Dependência	<i>Sistema Nacional de Cuidados y Apoyos para Personas Adultas y Personas Adultas Mayores en Situación de Dependencia</i>



PAÍS	SIGLA	TRADUÇÃO	NOME ORIGINAL
Costa Rica	UNED	Universidade Estadual à Distância	<i>Universidad Estatal a Distancia</i>
França	AFPA	Agência Nacional para a Formação Profissional de Adultos	<i>Agence Nationale pour la Formation Professionnelle des Adultes</i>
França	CESU	Cheque Emprego Serviço Universal	<i>Chèque Emploi Service Universel</i>
França	URSSAF	União de Cobrança de Contribuições para a Previdência Social e Subsídios Familiares	<i>Unions de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales</i>
Honduras	CEM-H	Centro de Estudos da Mulher	<i>Centro de Estudios de la Mujer</i>
Itália	DOMINA	Associação Nacional de Empregadores Domésticos	<i>Associazione Nazionale Datori di Lavoro Domestici</i>
México	CONOCER	Conselho Nacional de Normalização e Certificação de Competências Laborais	<i>Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales</i>
México	IMSS	Instituto Mexicano do Seguro Social	<i>Instituto Mexicano del Seguro Social</i>
México	INAPAM	Instituto Nacional das Pessoas Idosas	<i>Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores</i>
México	INEGI	Instituto Nacional de Estatística e Geografia	<i>Instituto Nacional de Estadística y Geografía</i>
México	INGER	Instituto Nacional de Geriatria	<i>Instituto Nacional de Geriátria</i>
México	ISSSTE	Instituto de Segurança e Serviços Sociais dos Trabalhadores do Estado	<i>Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado</i>
Peru	EsSalud	Seguro Social de Saúde	<i>Seguro Social de Salud</i>
Peru	PADOMI	Programa de Atendimento Domiciliar	<i>Programa de Atención Domiciliaria</i>
República Dominicana	CONAPE	Conselho Nacional da Pessoa Idosa	<i>Consejo Nacional de la Persona Envejeciente</i>
República Dominicana	FENAMUTRA	Federação Nacional das Mulheres Trabalhadoras	<i>Federación Nacional de Mujeres Trabajadoras</i>
República Dominicana	INFOTEP	Instituto Nacional de Formação Técnica Profissional	<i>Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional</i>
Uruguai	INEFOP	Instituto Nacional de Emprego e Formação Profissional	<i>Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional</i>
Uruguai	SNIC	Sistema Nacional Integrado de Cuidados	<i>Sistema Nacional Integrado de Cuidados</i>



## QUEM CUIDA?

→ Como apoiar e reconhecer quem cuida de pessoas idosas na América Latina e no Caribe



# Resumo executivo





**P**restar cuidados adequados em uma das regiões que envelhece mais rapidamente no mundo é um objetivo ambicioso. Na América Latina e no Caribe, cerca de oito milhões de pessoas com 65 anos ou mais necessitam atualmente de ajuda para realizar suas atividades diárias, desde tarefas básicas como comer e tomar banho até responsabilidades mais complexas, como o gerenciamento de medicamentos e de suas finanças. A estimativa é de esse número quase triplicar e chegar a 23 milhões em 2050, como consequência do aumento da expectativa de vida e da maior prevalência de doenças crônicas. Diante dessa mudança, o modelo tradicional de cuidados familiares não remunerados, prestados principalmente por mulheres, se torna insustentável.

A América Latina e o Caribe enfrentarão em breve uma crise na oferta de pessoas cuidadoras, tanto remuneradas como não remuneradas. Em 2050, a demanda por cuidados familiares de longa duração será mais do que o dobro da atual, o que exercerá pressão sobre a força de trabalho. A queda da fecundidade, o aumento da participação feminina no mercado de trabalho e uma maior dispersão geográfica das famílias são alguns dos fatores que agravarão a crise, reduzindo o número potencial de cuidadoras familiares. Alguns países desenvolveram sistemas nacionais de cuidados de longa duração; mas, na maior parte da região, predominam serviços públicos incipientes, acordos de cuidados sem fins lucrativos e não regulamentados, bem como opções privadas de custo elevado. A força de trabalho atual, de três milhões de pessoas cuidadoras remuneradas, deverá se ampliar até atingir aproximadamente 14 milhões em 2050 para atender à crescente demanda por cuidados.

A distribuição desigual dos cuidados não remunerados entre mulheres e homens continua tendo consequências significativas. E os cuidados não remunerados continuam sendo a norma: quase 25 milhões de cuidadoras da região dedicam, em média, 7,5 horas por semana para cuidar de familiares idosos. Para responder às tendências demográficas, este número deverá aumentar para 60,5 milhões em 2050. Por outro lado, as responsabilidades de cuidados não são distribuídas de forma igual: quase 60% das pessoas cuidadoras são mulheres. Adicionalmente, dedicam mais tempo a tarefas intensivas e menos flexíveis, como banho e alimentação, e prestam mais “cuidados passivos”, ou seja, supervisionam as pessoas dependentes enquanto realizam outras tarefas. Isso limita o tempo disponível para trabalho remunerado ou descanso. No México, por exemplo, as mulheres dedicam, em média, 20 horas semanais para os cuidados passivos, enquanto os homens dedicam 17 horas. O nível de escolaridade não protege dessa disparidade: quem cursou o ensino secundário (ensino fundamental 2 e ensino médio) ou mais dedica, em média, o mesmo tempo semanal aos cuidados não remunerados que quem conta com níveis de escolaridade mais baixos. Os cuidados podem fortalecer os laços afetivos



e o crescimento pessoal; porém, as evidências mostram que as cuidadoras não remuneradas têm menos probabilidades de ter um emprego remunerado e que, quando o têm, tendem a ocupar cargos de menor qualidade e a apresentar pior saúde emocional e física.

As cuidadoras remuneradas geralmente enfrentam condições de trabalho precárias e oportunidades limitadas de formação. O setor de cuidados remunerados da América Latina e do Caribe é subfinanciado e, em grande parte, informal. A maioria dos seus três milhões de trabalhadores são mulheres de meia-idade, muitas delas afrodescendentes ou indígenas. As cuidadoras tendem a trabalhar em tempo parcial, sem contratos ou proteção social, e a maioria recebe rendimentos abaixo do salário-mínimo (com rendimentos que, em média, equivalem a 90% do salário-mínimo). A maior parte da oferta de formação disponível é fragmentada ou informal, e 37% das cuidadoras remuneradas trabalham sem qualquer tipo de formação. Na verdade, menos da metade conclui um curso de cuidados.

## Por uma resposta política integral

Oferecer apoio às cuidadoras familiares não remuneradas aliviará sua carga, ao mesmo tempo em que lhes permitirá continuar desempenhando um papel fundamental. Na região, o apoio às cuidadoras não remuneradas avança lentamente em três frentes. O primeiro é o acesso a informações, capacitação e apoio emocional. Os registros online de cuidadoras e os portais de informação da Costa Rica ou do México oferecem modelos promissores nessa área. O segundo apoio é a compensação econômica por meio de transferências monetárias, como as oferecidas pelo Chile e pela Costa Rica, assim como créditos previdenciários, um tema em discussão em vários países. O terceiro é a conciliação entre a vida profissional e pessoal por meio de políticas de licenças, como as do México ou do Equador, e de acordos trabalhistas flexíveis, como no Chile e em Bogotá (Colômbia), para ajudar a mitigar o custo físico, emocional e financeiro dos cuidados.

A força de trabalho remunerada precisa se profissionalizar e ser ampliada para aumentar a qualidade dos cuidados. Os esforços atuais para melhorar as condições de trabalho das cuidadoras remuneradas na região concentram-se na formação, no aumento do emprego formal e nas normas de segurança. Na maioria dos países, os salários-mínimos do setor são regulados pela legislação trabalhista geral. A falta de reconhecimento formal da profissão de cuidados continua representando um desafio significativo em muitos países, o que dificulta a regulamentação, a organização e as proteções trabalhistas.



Nesse contexto, os acordos coletivos são fundamentais para melhorar as condições de trabalho. No entanto, as baixas taxas de sindicalização e a fragmentação da força de trabalho dificultam a obtenção de acordos coletivos no setor de cuidados de longa duração. Os registros oficiais constituem outra ferramenta para fortalecer o reconhecimento da profissão. Além disso, fornecem informações sobre oportunidades de emprego e formação, e sobre os serviços de apoio disponíveis para as cuidadoras. A Argentina, a Costa Rica e o Uruguai criaram registros nacionais.

Países como a Argentina, o Chile, a Colômbia e o Uruguai estão desenvolvendo sistemas de formação por meio de perfis ocupacionais e categorias de competências. No entanto, grande parte da formação existente ainda não atinge os padrões internacionais. Para preencher essa lacuna, os países poderiam padronizar os planos de estudo, promover a experiência prática e garantir um acesso acessível e flexível para a formação, incluindo opções online.

Existem modelos inovadores que abrem caminho para o emprego formal e melhores condições de trabalho. Entre eles estão as cooperativas de cuidados, por exemplo, a Incubadora de Cooperativas e Mútuas de Cuidados<sup>1</sup> na Argentina, as plataformas digitais de contratação patrocinadas pelo governo e os sistemas de vales implementados, por exemplo, pelo Brasil (ferramenta eSocial) e, pela Colômbia, a Folha Integrada de Liquidação de Contribuições (PILA)<sup>2</sup>. Até o momento, as condições de trabalho são reguladas principalmente por meio de normas gerais, sobretudo em matéria de segurança. Por isso, melhorar a formação e as condições de trabalho das cuidadoras é crucial não apenas para seu bem-estar — muitas relatam sintomas de depressão e estresse —, mas também para garantir a qualidade e a continuidade dos cuidados.

Uma base sólida de recursos humanos bem capacitados torna os sistemas de cuidados de longa duração mais resilientes. Para melhorar as condições de trabalho da próxima geração de pessoas cuidadoras remuneradas e não remuneradas, e com o objetivo de abordar a lacuna de recursos humanos do setor, os países poderiam ampliar ou replicar boas práticas de acesso à segurança social para proteger as cuidadoras. Por exemplo, poderiam tornar as despesas com cuidados dedutíveis do imposto de renda (como na Argentina, França e no México) ou fortalecer a fiscalização por meio de inspeções e práticas regulatórias (como na Argentina, no Chile e Uruguai). Também é importante promover a redistribuição das responsabilidades de cuidados de longa duração entre mulheres e homens e capacitar as e os trabalhadores para lidar com emergências e eventos extremos. Promover a participação dos homens em funções de cuidados por meio de mudanças políticas e culturais também pode ajudar a redistribuir

---

1. *Incubadora de Cooperativas y Mutuales de Cuidados.*

2. *Planilla Integrada de Liquidación de Aportes.*



responsabilidades e elevar o status da profissão, como mostram os exemplos da Escola de Homens Cuidando<sup>3</sup> de Bogotá e, da Europa, a campanha Homens no Cuidado Infantil na Bélgica ou os incentivos para a categoria da Noruega.

A pandemia da COVID-19 revelou a vulnerabilidade dos sistemas existentes e destacou a necessidade de investir a longo prazo no planejamento, no fortalecimento da capacidade da força de trabalho e na coordenação intersetorial. Entre as boas práticas nessa área estão o *Manual de Preparação para Emergências em Cuidados de Longa Duração* de Ontário e os materiais de sensibilização para gestores e supervisores dos setores de saúde e serviços sociais da Suécia. Embora algumas dessas políticas não sejam amplamente difundidas nem consolidadas na América Latina e no Caribe, existem iniciativas promissoras que podem ser replicadas, e os países também podem se inspirar em boas práticas de outras partes do mundo.


---

3. *Escuela de Hombres al Cuidado.*



## QUEM CUIDA?

→ Como apoiar e reconhecer quem cuida de pessoas idosas na América Latina e no Caribe



# Introdução: guia para leitores





Este estudo destaca a situação das cuidadoras de pessoas idosas da América Latina e do Caribe, bem como as políticas e programas que podem melhorar seu bem-estar e situação. Com base no relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) intitulado *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly* (2020), concentra sua análise nos países da América Latina e do Caribe. Este documento impulsiona uma agenda de políticas para promover empregos de qualidade em cuidados de longa duração e ampliar os serviços de apoio às cuidadoras familiares.

O relatório está organizado da seguinte forma:

- O **Capítulo 1** oferece uma visão geral de todo o estudo, apresenta os principais achados e os números que são desenvolvidos nos capítulos seguintes. Para leitores com pouco tempo disponível, funciona como um resumo executivo ampliado.
- O **Capítulo 2** apresenta os fatos que sustentam este relatório. Começa analisando as tendências de longevidade que impulsionam a demanda por cuidados de longa duração. Em seguida, examina como a oferta desses cuidados enfrenta dificuldades para satisfazer a demanda atual e crescente devido a vários fatores, entre eles: (i) a baixa natalidade e o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho, que reduzem a disponibilidade de cuidados familiares não remunerados; (ii) o desenvolvimento limitado de serviços de cuidados de longa duração financiados com fundos públicos; e (iii) o alto custo dos serviços privados de cuidados de longa duração de boa qualidade. Essa escassez de oferta poderia resultar em uma crise para o modelo de cuidados existente.
- Os **capítulos 3 e 4** apresentam as avaliações nacionais comparativas mais recentes e completas sobre cuidadoras de longa duração não remuneradas e remuneradas, respectivamente. Analisam suas características sociodemográficas, as condições e a qualidade do emprego, as tarefas que realizam e como os cuidados afetam seu bem-estar. A análise baseia-se em questionários sobre o uso do tempo para cuidadoras não remuneradas, pesquisas sobre a força de trabalho para cuidadoras remuneradas e dados de uma pesquisa do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) aplicado a cuidadoras remuneradas e não remuneradas.
- Os **capítulos 5 e 6** detalham as políticas e os programas implementados pelos países da América Latina e do Caribe para apoiar e melhorar o bem-estar das cuidadoras de longa duração remuneradas e não remuneradas. O **Capítulo 5** se concentra em iniciativas para fornecer informação, formação e apoio emocional; em políticas que reduzem o impacto econômico sobre as pessoas cuidadoras; e em políticas que melhoram a conciliação entre a vida profissional e pessoal das cuidadoras. O **Capítulo 6**, por sua vez, analisa as regulamentações



de emprego, os direitos trabalhistas, as normas de segurança e as iniciativas para aumentar o reconhecimento e a produtividade da profissão de cuidados. A análise baseia-se em entrevistas com representantes governamentais e atores-chave, bem como em uma revisão da literatura.

- O **Capítulo 7** encerra o estudo destacando boas práticas que ajudam a construir uma força de trabalho de cuidados de longa duração sustentável e competente. As boas práticas da América Latina e do Caribe são complementadas por outras de países da OCDE que podem inspirar políticas e programas na região. O capítulo aborda políticas e programas que melhoram a qualidade do emprego na área de cuidados de longa duração, a formação com uma abordagem centrada na pessoa (tanto para cuidadoras remuneradas como não remuneradas), os serviços de apoio para as pessoas cuidadoras familiares, a importância de promover a participação dos homens nos cuidados familiares e remunerados e a necessidade de adaptar a força de trabalho de cuidados de longa duração aos efeitos do aumento dos eventos climáticos extremos. Esse capítulo final não inclui um resumo das conclusões dos capítulos anteriores, que já são apresentadas na visão geral do **Capítulo 1**, mas se concentra em propor um roteiro orientador para os países da América Latina e do Caribe.

- Os anexos descrevem os dados e a metodologia utilizados nos **capítulos 3** e **4** para analisar as cuidadoras não remuneradas e as que trabalham em cuidados de longa duração (**anexos A**, **B** e **C**), além de incluir conclusões adicionais derivadas das entrevistas com representantes governamentais e atores-chave, utilizadas nos **capítulos 5** e **6** (**Anexo D**).

As políticas e os programas analisados neste relatório foram mencionados em entrevistas com representantes governamentais e especialistas realizadas entre março e outubro de 2024 ou extraídos de documentos oficiais. Não pretendem oferecer um panorama exaustivo das políticas e programas da região. O estado de implementação dessas políticas foi verificado pela última vez em julho de 2025.

Por sua vez, o BID realizou sua pesquisa com pessoas cuidadoras entre novembro de 2023 e março de 2025.



## QUEM CUIDA?

→ Como apoiar e reconhecer quem cuida de pessoas idosas na América Latina e no Caribe

# 1 Panorama





## 1.1 A região da América Latina e do Caribe precisará de mais pessoas cuidadoras remuneradas para cobrir a lacuna dos cuidados não remunerados

A América Latina e o Caribe são uma das regiões que envelhecem mais rapidamente no mundo. Atualmente, cerca de oito milhões de pessoas com 65 anos ou mais na região necessitam de apoio para as atividades cotidianas, e projeta-se que esse número chegue a 23 milhões em 2050. Essas atividades são geralmente classificadas como atividades básicas da vida diária (ABVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD). As atividades básicas da vida diária são essenciais para a sobrevivência e incluem comer, tomar banho, usar o banheiro, vestir-se e deslocar-se dentro de um cômodo. As atividades instrumentais são mais complexas e incluem, por exemplo, tomar medicamentos, realizar tarefas domésticas, cozinhar ou gerenciar as finanças pessoais.

À medida que as populações envelhecem, as necessidades de cuidados se tornam mais complexas devido aos maiores níveis de dependência funcional e à crescente prevalência de doenças crônicas. Essa mudança pressiona o modelo atual de cuidados, que depende principalmente dos familiares. O aumento da participação feminina no mercado de trabalho, a diminuição das taxas de fecundidade e a existência de estruturas familiares mais dispersas estão reduzindo a disponibilidade de cuidados não remunerados. Até 2050, a menos que sejam desenvolvidos programas públicos ou que os programas de pessoas cuidadoras remuneradas se tornem mais acessíveis, a demanda por cuidados familiares de longa duração exercerá pressão sobre a participação no mercado de trabalho, já que uma em cada três pessoas entre 45 e 64 anos terá que prestar cuidados familiares.

Ainda que alguns países da região, como o Uruguai e a Costa Rica, tenham desenvolvido sistemas nacionais de cuidados de longa duração, a região continua caracterizada por serviços públicos incipientes, serviços de baixa qualidade oferecidos por organizações sem fins lucrativos e serviços do setor privado pouco acessíveis. À medida que as necessidades de cuidados aumentarem e a disponibilidade de familiares diminuir, tanto os governos quanto os mercados deverão reforçar sua participação no setor de cuidados de longa duração. Nesse contexto, é possível que os governos precisem desenvolver sistemas de cuidados de longa duração financeiramente sustentáveis para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade, com uma abordagem que favoreça o envelhecimento da comunidade e somente recorra a instituições de longa permanência como último recurso. Ao mesmo tempo, o setor privado poderia ampliar a oferta de serviços de cuidados de longa duração, gerando emprego e oferecendo opções de cuidados, seja por meio de contratos públicos ou diretamente às famílias que podem pagá-los. Os



governos deverão desempenhar um papel crucial na definição de padrões de qualidade e na supervisão da prestação privada de cuidados.

As e os trabalhadores de cuidados são fundamentais para atender à crescente demanda por cuidados de longa duração. A região precisará expandir sua força de trabalho de cuidados de longa duração de 3 milhões para cerca de 14 milhões até 2050. Os países devem investir na formação e profissionalização das cuidadoras para garantir a qualidade dos serviços de cuidados de longa duração. Esse investimento não deve se limitar às cuidadoras remuneradas, pois as famílias continuarão assumindo uma parte importante das responsabilidades de cuidados. Apoiar as cuidadoras familiares (por exemplo, por meio de formação, acompanhamento emocional ou políticas de trabalho flexível ou licenças) será fundamental para proteger seu bem-estar físico e emocional.

## 1.2 As pessoas cuidadoras não remuneradas dificilmente conseguirão atender à crescente demanda

Os cuidados não remunerados<sup>4</sup> são generalizados nos países da América Latina e do Caribe. Atualmente, estima-se que 25 milhões de cuidadoras não remuneradas prestam apoio a pessoas idosas na região, dedicando, em média, 7,5 horas semanais a essas atividades. Para manter a relação atual entre pessoas cuidadoras e idosos, o número de cuidadoras não remuneradas teria que aumentar para 60,5 milhões em 2050, um número que será difícil de alcançar devido à queda da fecundidade e à redução do tamanho das famílias.

Aproximadamente 60% das cuidadoras não remuneradas de idosos são mulheres. Devido a normas sociais, atitudes e estereótipos, dedicam mais horas a essas tarefas do que os homens, com uma diferença de 2,4 horas semanais. Elas assumem as tarefas menos flexíveis e mais exigentes, como o apoio em atividades básicas da vida diária (por exemplo, preparar refeições e alimentar idosos em horários fixos, dar-lhes banho ou levá-las a consultas médicas). Além de que é mais provável que as mulheres se encarreguem dos “cuidados passivos”, ou seja, supervisionem uma pessoa dependente enquanto realizam outras atividades. Essa prática aumenta suas responsabilidades de cuidado, ao mesmo tempo em que limita seu tempo para trabalho

---

4. Como a maior parte dos cuidados não remunerados é prestada por familiares, este relatório utiliza indistintamente os termos “cuidadoras familiares” e “cuidadoras não remuneradas”.



remunerado, educação ou lazer. A participação no cuidado não remunerado de pessoas idosas não varia de acordo com o nível de escolaridade.

Mesmo que cuidar traga sentido e satisfação; também afeta negativamente o emprego e a saúde física e mental. Cuidar fortalece os relacionamentos, promove a solidariedade e reforça habilidades interpessoais como empatia e comunicação. No entanto, quando essas tarefas se tornam excessivas e não contam com o apoio adequado, podem ter efeitos negativos. Cuidadoras não remuneradas têm 8 pontos percentuais a menos de probabilidade de ter um emprego remunerado e, aquelas que se mantêm ocupadas, trabalham, em média, 2 horas a menos por semana. Além disso, muitas cuidadoras experimentam estresse (71%), solidão (55%) e depressão (34%) como resultado de dormir menos horas do que o necessário e negligenciar o autocuidado. Esses efeitos negativos na saúde são mais fortes quando o cuidado é uma obrigação e não uma escolha. Por isso, a formação e o apoio psicológico podem mitigar esses impactos.

### 1.3 A região carece de suficientes pessoas cuidadoras remuneradas e qualificadas, e as suas condições de trabalho são precárias

A oferta das e dos trabalhadores de cuidados de longa duração nos países da América Latina e do Caribe não é suficiente para atender à demanda por cuidados. O setor emprega aproximadamente três milhões de cuidadoras remuneradas de idosos, o que representa 1% do emprego total e 2,3% do emprego feminino. Dadas as tendências demográficas atuais — envelhecimento acelerado da população e contração das redes de cuidados informais —, o número de cuidadoras remuneradas deverá aumentar para aproximadamente 14 milhões até 2050.

A maioria das pessoas que prestam cuidados remunerados (95%) são mulheres, geralmente na faixa dos 40 anos. A força de trabalho remunerada é etnicamente diversificada: mais da metade é afrodescendente e os povos indígenas representam 3%. Em comparação com os países da OCDE, a região da América Latina e do Caribe apresenta uma menor proporção de migrantes no setor de cuidados de longa duração, que atualmente é alimentado principalmente pela força de trabalho nacional.

O nível de formação das cuidadoras remuneradas é insuficiente: 37% realizam seu trabalho sem qualquer tipo de formação e 16% recorrem à autoaprendizagem. Menos da metade concluiu um curso de cuidados: 10% fizeram um curso curto de menos de 60 horas, 12% fizeram uma



formação com duração média de 60 a 150 horas e um quarto (25%) concluiu um curso de mais de 150 horas.

O trabalho de cuidados é complexo e envolve diversas tarefas heterogêneas. As cuidadoras domiciliares se concentram principalmente na higiene e nos cuidados pessoais das pessoas que cuidam — 71% das que participaram da pesquisa do BID informaram realizar essas tarefas — e nas tarefas domésticas, realizadas por 47% das pessoas pesquisadas. As cuidadoras institucionais, por sua vez, enfatizam tarefas relacionadas à higiene (75%) e à assistência médica (45%).

As cuidadoras remuneradas trabalham em média 31 horas por semana, o que sugere que seu emprego costuma ser de tempo parcial. Esse tipo de trabalho tende a aumentar sua vulnerabilidade, limitar suas oportunidades e o seu acesso a benefícios trabalhistas e proteção social.

Geralmente, as cuidadoras remuneradas trabalham em condições precárias e inseguras. A informalidade e a falta de proteção social são muito comuns: apenas 26% contribuem para a previdência social e apenas um terço conta com contrato por escrito. Quando trabalham informalmente, as cuidadoras remuneradas tendem a receber menos do que o salário-mínimo. Apesar dessas condições precárias, 45% das cuidadoras estão na profissão há mais de seis anos e quase 60% consideram que continuarão nela. A formação é um instrumento fundamental para melhorar as condições de trabalho no setor, aumentar os salários e oferecer uma trajetória profissional para gerar um impacto positivo na renda.

Além disso, a formação é fundamental para melhorar o bem-estar e a saúde mental das cuidadoras remuneradas, que podem ser afetadas pela elevada carga emocional do trabalho, pois quem presta cuidados remunerados apresenta sintomas de depressão (20%) e estresse (45%).

## **1.4 As políticas de apoio às pessoas cuidadoras familiares avançam lentamente, com a capacitação e a informação como prioridades**

As políticas de apoio às cuidadoras não remuneradas podem ser resumidas em três categorias: (i) informação, formação e apoio psicológico; (ii) apoio à renda e créditos previdenciários; e (iii) licenças e horários de trabalho flexíveis que permitam conciliar o emprego com os cuidados não remunerados.



### 1.4.1 A informação e a capacitação ajudam as pessoas cuidadoras não remuneradas a prestar melhores cuidados

Existem iniciativas promissoras sendo realizadas para criar portais de informação online, considerando que é fundamental proporcionar informações e conhecimentos dirigidos às cuidadoras não remuneradas para melhorar suas condições de vida. A Costa Rica e o México lançaram portais online de sensibilização sobre o trabalho das cuidadoras familiares, com sites que incluem recursos importantes, como direitos trabalhistas e informações acerca das oportunidades de formação.

Vários países estão criando registros de pessoas cuidadoras, os quais funcionam como portas de entrada para informações e serviços de apoio. No Chile e na Costa Rica, quem se inscreve nesses registros obtém acesso preferencial para os serviços públicos.

A formação para cuidadoras familiares está disponível na maioria dos países da região, muitas vezes sem custos. O objetivo é permitir que as famílias administrem melhor as responsabilidades de cuidados, além de melhorar o bem-estar das cuidadoras e a qualidade dos cuidados que prestam. Alguns países tornam a formação mais acessível por meio de subsídios e bolsas. O Chile, por exemplo, oferece um subsídio diário para a frequência de um curso de cuidados básicos a pessoas idosas e um subsídio adicional para a compra de equipamentos relacionados para aqueles que concluírem a formação.

A região conta com poucas iniciativas integrais para apoiar as cuidadoras mediante intervenções psicossociais e assessoramento. Essas iniciativas são desenvolvidas para ajudá-las a lidar com o estresse, a solidão e a depressão. No Brasil (Bahia), as cuidadoras podem receber sessões terapêuticas em grupo e aconselhamento individual por meio do Programa de Apoio ao Cuidador. Também existem exemplos no Peru e na Colômbia.

### 1.4.2 Existem políticas que podem reduzir o impacto econômico negativo dos cuidados

As transferências monetárias podem aliviar o fardo financeiro associado à prestação de cuidados e, por isso, alguns países introduziram esse benefício para cuidadoras familiares. No entanto, é preciso fazer projetos criteriosos dessas transferências para evitar perpetuar o modelo tradicional de cuidados (baseado no trabalho não remunerado das mulheres) e para respeitar as preferências e a autonomia dos idosos. No Chile, quem cuida de pessoas com



deficiência pode receber uma quantia reduzida (monetária). Na Costa Rica, um programa de transferências por cuidados auxilia famílias de baixa renda com um membro em situação de dependência funcional.

Atualmente, os países da região não oferecem créditos previdenciários para familiares que cuidam de idosos, mas os estão considerando. Esse tipo de benefício pode diminuir de forma eficaz o impacto que as interrupções de trabalho causam no valor das contribuições para a previdência e, por conseguinte, limitar o risco de pobreza na velhice. Ainda são pouco frequentes na região, mas alguns países — como a Bolívia, o Chile, México e Uruguai — os concedem para compensar o tempo dedicado ao cuidado dos filhos. Na Colômbia, está sendo estudada uma medida semelhante para subsidiar as contribuições para a aposentadoria e saúde das pessoas que cuidam de familiares idosos com dependência funcional.

### 1.4.3 As políticas podem melhorar a conciliação entre a vida profissional e pessoal das cuidadoras familiares

As opções de licenças, remuneradas e não remuneradas, são escassas para as cuidadoras da região. A licença por cuidados de longa duração só existe no Chile, Equador e México. Em muitos casos, as pessoas recorrem a regimes de licenças gerais, como dias pessoais, para cobrir períodos de cuidados, posto que costumam ser as únicas opções disponíveis. Além disso, existem licenças específicas para prestação de cuidados na Costa Rica (para pessoas em estado crítico), no Peru (para familiares) e em Honduras (cuidados gerais). Garantir o acesso a licenças por cuidados tanto para homens quanto para mulheres ajuda a promover uma distribuição mais equitativa das responsabilidades.

Também são escassas as modalidades de trabalho flexível e as opções de serviços de descanso que ajudam a conciliar o emprego, as responsabilidades de cuidados e o bem-estar individual. Esses modelos permitem conciliar as obrigações do trabalho com as tarefas de cuidados e continuar ambas as atividades sem esgotamento. No Chile, o teletrabalho parcial ou total está disponível para quem cuida de crianças menores de 14 anos, pessoas com deficiência ou pessoas com dependência grave ou moderada. Os serviços de descanso estão disponíveis em Bogotá (Colômbia) graças ao programa Quarteirões do Cuidado,<sup>5</sup> e no Chile através do programa Chile Cuida.<sup>6</sup>

5. *Manzanas del Cuidado*. Consulte: <https://manzanasdelcuidado.gov.co>.

6. *Chile Cuida*. Consulte: <https://chilecuida.cl>.



## 1.5 As políticas de apoio às e aos trabalhadores de cuidados de longa duração tendem a centrar-se mais nas competências e na formação

A força de trabalho dedicada aos cuidados prolongados é relativamente pequena na América Latina e no Caribe. A melhoria das condições de trabalho no setor se vê limitada pela falta de uma definição clara e de um reconhecimento oficial da profissão de cuidador. Como resultado, na maioria dos países, o setor de cuidados prolongados é regido por regulamentações trabalhistas gerais. Entretanto, alguns países adotaram recentemente políticas específicas voltadas para as e os trabalhadores de cuidados de longa duração.

### 1.5.1 Poucos países estão melhorando os direitos trabalhistas mediante políticas específicas para a força de trabalho de cuidados de longa duração

Alguns países da região têm regulamentações salariais específicas para o setor de cuidados de longa duração. É o caso da Argentina, Costa Rica e do Uruguai, que possuem regulamentações explícitas que dizem respeito diretamente às trabalhadoras de cuidados de longa duração, enquanto a Argentina e a República Dominicana alcançam esse efeito de forma indireta por meio de regulamentações sobre o trabalho doméstico de cuidados.

Os convênios coletivos de trabalho representam uma via importante para melhorar as condições de trabalho das pessoas cuidadoras. Porém, a região não conta com grandes sindicatos de pessoas cuidadoras, o que também pode ser devido ao fato de muitos países não terem uma definição oficial do trabalho de cuidados. Os registros oficiais das pessoas cuidadoras constituem outro instrumento para dar maior reconhecimento à profissão e torná-la mais atraente, com vantagens para pessoas cuidadoras, empregadores e governos. No entanto, apenas três países da região (Argentina, Costa Rica e Uruguai) possuem registros nacionais.

O emprego informal é muito comum no setor de cuidados de longa duração e está relacionado à falta de formação. Nesse sentido, alguns países (como a Argentina e o Uruguai) buscam ampliar o emprego formal através de estratégias de formação que se mostram mais eficazes quando, ao final da capacitação, a pessoas cuidadoras são inscritas em um registro oficial que lhes dá acesso a oportunidades de trabalho. Outros países também procuram aumentar o emprego formal entre as cuidadoras domiciliares de forma indireta, mediante políticas destinadas a formalizar o trabalho doméstico remunerado (como a Argentina, o Brasil e o Uruguai). Alguns cursos de



formação da Argentina, do Chile e do México também promovem novos empreendimentos, exigindo que os participantes elaborem um plano de negócios que estabeleça as bases para formalizar os serviços de cuidados, seja obtendo as licenças necessárias para operar ou prestando serviços de cuidados de maneira formal. Além disso, a certificação pode funcionar como um valor agregado para as e os trabalhadores informais e possivelmente melhorar sua renda.

### **1.5.2 As medidas de saúde e segurança aumentam a permanência, o bem-estar das e dos trabalhadores e a qualidade do cuidado**

As medidas de saúde e segurança que previnem a carga emocional e física entre as cuidadoras são fundamentais, pois melhoram o bem-estar das trabalhadoras e a qualidade do cuidado. Na maioria dos países, existem regulamentações de saúde e segurança para instituições de cuidados de longa duração, mas não para cuidados domiciliares. As medidas regulatórias para esses estabelecimentos geralmente incluem limites de capacidade, processos obrigatórios de autorização, especificações detalhadas sobre as qualificações do pessoal, proporções de residentes por trabalhador, requisitos de infraestrutura e normas de segurança. Igualmente, na maioria dos países, os serviços de cuidados devem cumprir essas normas para obter a autorização de funcionamento; no entanto, as inspeções de conformidade são realizadas com graus de regularidade variáveis. Essas normas são implementadas principalmente para garantir a segurança dos residentes. Os países ainda carecem de regulamentações em áreas básicas (por exemplo, sobre como movimentar pessoas para evitar dores nas costas) apesar de ter impacto — direto ou indireto — na saúde e segurança das e dos trabalhadores.

Um exemplo de medidas de saúde e segurança são os rúcios (relações proporcionais), que definem o número de pessoas cuidadoras por cada residente. Dez países da região (Argentina, Barbados, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, Peru e Uruguai) possuem esse tipo de regulamentação. Na maioria deles, o número de pessoas cuidadoras necessárias aumenta em função do grau de dependência dos residentes e varia de acordo com o momento do dia (diurno ou noturno). Da mesma forma, esses países costumam emitir regulamentações sobre o tipo específico de pessoas trabalhadoras (ou combinações delas) necessárias em cada estabelecimento.



### 1.5.3 A região aposta no desenvolvimento de competências para construir uma força de trabalho sustentável na área dos cuidados prolongados

A formação e os programas educacionais são fundamentais para desenvolver a força de trabalho em cuidados de longa duração. Nesse sentido, o primeiro passo para uma capacitação mais focada e padronizada é definir perfis ocupacionais, algo que vários países (Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, México, Trindade e Tobago e Uruguai) já fizeram, enquanto El Salvador está em processo de fazê-lo.

A segunda ação fundamental é criar quadros de competências, que definem as habilidades essenciais necessárias para cada perfil ocupacional. Oito países (Argentina, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, México, Trindade e Tobago e Uruguai) já possuem esses quadros, e El Salvador está desenvolvendo um próprio.

Apesar dos avanços, ainda há muito espaço para melhorias: os níveis de formação das cuidadoras são baixos. A maioria dos países exige que os assistentes de cuidados pessoais tenham uma formação mínima ou certifiquem seus conhecimentos antes de autorizar seu trabalho em serviços oficiais de cuidados de longa duração. No entanto, a duração desses programas oficiais varia consideravelmente e apenas alguns países têm programas mais longos do que as 260 horas recomendadas pelo Protocolo Ibero-Americano de Formação em Cuidados<sup>7</sup> (Argentina, Barbados, Equador e República Dominicana).

Devido à falta de planos de estudos oficiais, em muitos países as cuidadoras que desejam se formar recorrem a cursos informais que, embora estejam estruturados e conduzam a um certificado, são ministrados fora do sistema educativo formal. Geralmente, esses cursos não concedem uma qualificação reconhecida pelo governo. São ministrados por uma variedade de organizações — universidades públicas e privadas, ONG, instituições públicas e do setor privado com fins lucrativos —, o que configura um panorama formativo heterogêneo.

Nesse contexto, muitos países da região contam com programas que reconhecem a aprendizagem prévia e a experiência profissional das pessoas cuidadoras, com o objetivo de acreditar as competências adquiridas (Chile, Colômbia, Equador, República Dominicana, Guiana e Uruguai). Na Colômbia, por exemplo, o Serviço Nacional de Aprendizagem (SENA) concede gratuitamente certificações profissionais para cuidadoras. Esse tipo de reconhecimento certifica oficialmente os conhecimentos, habilidades e aptidões necessárias para desempenhar uma ocupação específica, independentemente de terem sido adquiridos por meio de uma formação formal ou por

---

<sup>7</sup>. *Protocolo iberoamericano de formación en cuidados*. Disponível em: <https://oiss.org/protocolo-iberoamericano-de-formacion-en-cuidados-2/>.



vias informais. Para as cuidadoras — muitas das quais trabalham de forma informal, frequentemente em domicílios —, oferece a oportunidade de suas competências serem valorizadas e reconhecidas, o que facilita seu acesso ao emprego formal.

### 1.5.4 Primeiros passos para impulsionar a produtividade nos cuidados de longa duração

Atualmente, a região não está priorizando políticas para aumentar a produtividade no setor de cuidados de longa duração. Uma possível explicação é que a escassez de mão de obra ainda não é tão premente como na maioria dos países da OCDE e, da mesma maneira, que os países da América Latina e do Caribe dispõem de recursos limitados para investir em abordagens inovadoras. Assim, o Chile e o Uruguai são os únicos países da região que adotaram soluções tecnológicas em serviços de cuidados prolongados financiados com fundos públicos.

A falta de coordenação entre atenção em saúde e os cuidados de longa duração pode aumentar as cargas de trabalho, duplicar tarefas, diminuir a eficiência e prejudicar o bem-estar geral dos e das trabalhadoras. O Brasil, a Colômbia, a Costa Rica, o Peru e Trindade e Tobago incorporaram a coordenação nas suas políticas nacionais de envelhecimento e cuidados, reconhecendo a sua importância para a prestação de cuidados de longa duração. Apesar disso, a coordenação do cuidado é um conceito relativamente novo e ainda está em processo de implementação.

## 1.6 O caminho a seguir: como os países podem melhorar as condições de trabalho das pessoas cuidadoras

Para melhorar as condições da próxima geração de pessoas cuidadoras remuneradas e não remuneradas e abordar a lacuna de recursos humanos do setor, os países precisam promover políticas integrais que: (i) melhorem a qualidade dos empregos na área de cuidados de longa duração; (ii) ampliem as oportunidades de formação, garantindo uma abordagem centrada na pessoa; (iii) ofereçam apoio adicional às cuidadoras não remuneradas; (iv) promovam a redistribuição das responsabilidades de cuidados de longa duração entre mulheres e homens; e (v) fortaleçam as capacidades dos recursos humanos em cuidados de longa duração para enfrentar os efeitos de emergências causadas por eventos extremos. Mesmo que algumas dessas políticas estejam apenas começando a surgir na região, existem iniciativas promissoras que podem ser replicadas, e os países também podem se inspirar em boas práticas de outras partes do mundo.



## 1.6.1 Melhorar a qualidade dos empregos em cuidados de longa duração para profissionalizar o setor

Melhorar a qualidade dos empregos na área dos cuidados prolongados exige elevar o status da profissão, ampliar o acesso à segurança social e aproveitar o potencial das iniciativas do setor privado, incluindo plataformas de emprego e cooperativas de pessoas cuidadoras.

Uma estratégia fundamental nesse âmbito é investir na profissionalização dos empregos de cuidados de longa duração. Três boas práticas (na América Latina e no Caribe ou em outras regiões) são: (i) registrar e reconhecer os perfis ocupacionais por parte das instituições nacionais (geralmente ministérios da Educação ou do Trabalho); (ii) certificar competências; e (iii) oferecer orientação profissional e serviços de intermediação de trabalho, o que inclui ajudar as pessoas a definir seus objetivos profissionais e desenvolver trajetórias, além de apoiar quem procura emprego por meio de serviços que conectem a oferta e a demanda de vagas em cuidados de longa duração. A Itália oferece um exemplo inspirador de reconhecimento do perfil ocupacional das pessoas cuidadoras: possui um acordo coletivo nacional para quem presta cuidados domiciliares (que inclui um contrato de trabalho padronizado).

A formalização dos empregos de cuidados de longa duração é um segundo objetivo fundamental que os países podem promover por meio de plataformas digitais, vales de cuidados e incentivos fiscais. Simplificar o acesso aos sistemas de segurança social é uma estratégia direta para aumentar o emprego formal entre as cuidadoras. Isso pode ser alcançado através do desenvolvimento de sistemas de afiliação flexíveis e fáceis de usar, por exemplo, por meio de plataformas digitais e vales de cuidados. Isenções, créditos fiscais ou reduções nas contribuições para a segurança social (dirigidas a qualquer uma das partes da relação laboral) constituem outra via importante para promover acordos mais formais, reduzindo o custo das contribuições.

A França oferece um bom exemplo de plataforma que ajuda a formalizar os empregos de cuidados de longa duração: a plataforma Pajemploi e o Cheque de Emprego de Serviço Universal (CESU,<sup>8</sup> pela sigla em francês) são sistemas compatíveis que simplificam o processo de contratação e pagamento de pessoas cuidadoras. A plataforma Pajemploi permite que aqueles que empregam pessoas para cuidar de crianças gerenciem digitalmente contratos, salários e horários, ao mesmo tempo em que processa sem atritos as contribuições para a previdência social. A plataforma se limita a serviços para crianças de até seis anos e é gerenciada pelos Órgãos de

---

8. Chèque Emploi Service Universel, em francês.



Arrecadação de Contribuições da Previdência Social e de Subsídios Familiares (URSSAF,<sup>9</sup> pela sigla em francês).

Permite que as transações sejam rastreáveis, reduzindo assim o uso de dinheiro em espécie e melhorando a supervisão e o controle financeiros. A URSSAF também implementa o CESU, um mecanismo de vales que facilita a declaração e o pagamento de salários e contribuições para a previdência social para relações de trabalho regulares ou ocasionais em serviços pessoais, incluindo serviços de cuidados.

As plataformas para conectar a oferta e a demanda de serviços de cuidados de longa duração são uma opção recente com potencial para melhorar a qualidade dos empregos. Assim, essas plataformas cadastram pessoas cuidadoras remuneradas (que geralmente são contratados como empregadas domésticos, sem acesso à segurança social), oferecem opções de formação e os conectam com famílias que procuram esses serviços. Até o momento, existem na Argentina (desenvolvidas pelo setor privado) e na Costa Rica (impulsionadas pelo governo). O estado do Paraná, no Brasil, lançará em breve uma plataforma com essas características.

As cooperativas, um modelo cada vez mais utilizado para a prestação de cuidados de longa duração, também melhoram a qualidade dos empregos no setor. Podem mitigar alguns dos desafios mais prementes das cuidadoras, como condições de trabalho precárias e inseguras, carga emocional e física, bem como falta de formação. Em alguns países de alta renda, as cooperativas estão entre os principais empregadores de trabalhadores de cuidados e também estão sendo adotadas como um dos modelos para organizar as pessoas cuidadoras dentro dos sistemas nacionais de cuidados da Argentina, República Dominicana e do Uruguai.

## 1.6.2 Ampliar a formação com um enfoque centrado nas pessoas

A formação desempenha um papel fundamental na transição de um modelo tradicional de assistência médica e prestação de serviços para uma abordagem integral, centrada na pessoa, que enfatiza os direitos, as preferências e a qualidade de vida de quem recebe cuidados, tendo a dignidade e a assistência personalizada como princípios fundamentais. Esse novo paradigma vai exigir a formação das cuidadoras em uma combinação de competências técnicas, relacionais e de autocuidado.

---

9. Unions de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales.



A formação deve ser elaborada para promover a qualidade dos cuidados prolongados e, ao mesmo tempo, se adaptar às restrições de tempo e às preferências das cuidadoras. Os países podem considerar aumentar gradualmente a duração dos cursos de formação até atingir o limite desejado de 260 horas. Quanto à metodologia e o conhecimento teórico, que são reconhecidos como valiosos, devem ser complementados com conhecimentos práticos e formação na função do trabalho.

Os programas de formação devem estar adequados à evolução das necessidades de cuidados. Entre as áreas-chave de adaptação estão o apoio ao envelhecimento saudável e a assistência a pessoas com níveis mais elevados de dependência funcional, o que exige uma formação mais especializada. Uma boa prática consiste em oferecer para as pessoas cuidadoras que concluíram a formação básica a possibilidade de ampliar suas competências, especializando-se na assistência a pessoas com alta dependência, incluindo aquelas com condições neurodegenerativas e neurológicas. Outras especializações são a coordenação entre a atenção à saúde, os serviços sociais e a organização da prestação de serviços.

De igual maneira, é fundamental estabelecer planos de estudo oficiais para pessoas cuidadoras, a fim de abordar os baixos níveis de formação na região. Isso requer coordenação interinstitucional, colaboração entre órgãos públicos, atores do setor privado e organizações da sociedade civil. Outro elemento-chave para ampliar programas de qualidade é contar com formadores qualificados, que devem compreender profundamente o modelo de cuidados centrado na pessoa.

Para aumentar a participação das cuidadoras na formação, os cursos devem ser acessíveis e ter horários flexíveis. Os programas subsidiados podem ajudar a atrair trabalhadores para o setor de cuidados e melhorar as competências das cuidadoras não remuneradas. A flexibilidade pode ser aumentada organizando a formação por módulos. A formação online também é uma ferramenta promissora para oferecer flexibilidade, mas deve ser complementada com práticas presenciais.

### **1.6.3 Fortalecer o apoio às pessoas cuidadoras não remuneradas**

Sem apoio prático e emocional, os cuidados podem prejudicar a saúde física e mental das pessoas. Isso é especialmente relevante para cuidadoras não remuneradas, que assumem responsabilidades de cuidados com pouca ou nenhuma formação. Dado o papel central da família na prestação de cuidados de longa duração, é essencial oferecer apoio com: (i) informações, apoio psicológico e avaliações de quem presta cuidados; (ii) serviços de descanso; (iii) licenças e trabalho flexível para quem continua trabalhando; e, quando possível, (iv) uma combinação de benefícios monetários e benefícios fiscais e previdenciários.



Proporcionar às cuidadoras não remuneradas informações sobre como cuidar e sobre os serviços à sua disposição representa um primeiro passo importante. O apoio psicossocial ou os serviços de aconselhamento também abordam o peso emocional dos cuidados e fortalecem a resiliência das cuidadoras familiares. As avaliações da pessoa cuidadora constituem outra boa prática que orienta os apoios individualizados. O Carer Gateway do Governo da Austrália é um bom exemplo de portal de informações online com detalhes sobre direitos, benefícios e opções de apoio para pessoas cuidadoras. Para acessar os serviços do Gateway, é necessária uma avaliação da pessoa cuidadora.

Os serviços de descanso constituem outra boa prática que pode reduzir os efeitos negativos dos cuidados familiares, permitindo que as cuidadoras façam pequenas pausas nas suas tarefas. Fora da região, as pessoas em situação de dependência na Alemanha, Dinamarca, Finlândia e nos Países Baixos têm direito a períodos curtos de cuidados residenciais, diurnos ou domiciliares. Por exemplo, na Alemanha, podem utilizar estes serviços durante seis semanas por ano e, em Israel, durante duas semanas. São serviços públicos que proporcionam às cuidadoras familiares tempo para autocuidado e recuperação.

A flexibilidade no trabalho, como a redução da jornada e o teletrabalho, ajuda as cuidadoras familiares a manterem seus empregos. O acesso a licenças relacionadas aos cuidados ou a possibilidade de passar, temporariamente, para um horário de trabalho parcial também são boas práticas que lhes permitem continuar empregadas enquanto prestam cuidados de longa duração a um familiar. Fora da região, o Canadá oferece um exemplo inspirador: a Licença por Doença Grave (Critical Illness Leave), que concede até 17 semanas para cuidar de um adulto, com um auxílio financeiro de aproximadamente 55% do salário que deixa de ser recebido.

As transferências monetárias destinadas a pessoas cuidadoras para compensar o impacto econômico de suas responsabilidades podem ser consideradas uma boa prática quando garantem o acesso pleno à previdência social, incluindo assistência médica e aposentadorias. A Alemanha, Espanha, Finlândia e o Reino Unido oferecem esse tipo de transferência. Os benefícios fiscais são uma forma alternativa de apoiar financeiramente as cuidadoras familiares; mas são mais relevantes em países com altos níveis de emprego formal. Os créditos previdenciários também podem mitigar o impacto dos cuidados não remunerados de longa duração sobre o direito e o valor das previdências contributivas, limitando assim o risco de pobreza na terceira idade.



## 1.6.4 Incluir os homens como cuidadores remunerados e não remunerados

A pressão sobre os arranjos de cuidados existentes torna indispensável envolver os homens tanto como cuidadores não remunerados quanto remunerados. Além das licenças para cuidados e das modalidades de trabalho flexíveis, duas estratégias complementares podem apoiar esse objetivo: (i) transformar os papéis tradicionais de gênero (por exemplo, a Escola de Homens Cuidando de Bogotá); e (ii) aumentar a participação dos homens em ocupações relacionadas aos cuidados (por exemplo, a campanha Homens em Cuidados Infantis da Bélgica ou os incentivos à contratação de profissionais nos serviços de educação e cuidados da Noruega).

Promover a participação dos homens nos cuidados tem múltiplos benefícios. No plano individual, pode reforçar o senso de propósito, a realização pessoal e o vínculo emocional, ao mesmo tempo em que fortalece habilidades de comunicação e empatia transferíveis para os âmbitos pessoal e profissional. No plano sistêmico, uma maior presença dos homens em funções de cuidados contribui para diversificar e profissionalizar a força de trabalho do setor, o que poderia elevar o reconhecimento social dessas ocupações.

## 1.6.5 Construir uma força de trabalho mais resiliente na área dos cuidados prolongados

As pessoas idosas são especialmente vulneráveis aos impactos na saúde causados por eventos climáticos, desastres naturais e emergências sanitárias. Tanto os sistemas de saúde quanto os de cuidados estão mal preparados para responder adequadamente a emergências imprevistas, como ficou evidente com a pandemia da COVID-19. Em muitos países, essa crise evidenciou um financiamento e um planejamento insuficientes, a ausência de estratégias e protocolos de resposta adequados e uma força de trabalho demasiado escassa e com formação insuficiente.

Na medida em que os riscos desses eventos adversos aumentam, torna-se mais urgente aos sistemas de cuidados de longa duração e sua força de trabalho se adaptarem a choques externos. Os países deveriam se concentrar na preparação para desastres, redução e prevenção de riscos, socorro e resposta, bem como na reconstrução e recuperação. É necessário desenvolver capacidades para reduzir os impactos adversos das ameaças e minimizar o risco de desastres. Para construir uma força de trabalho mais resiliente, os perfis ocupacionais e os planos de estudo da formação deveriam incorporar medidas de adaptação a eventos extremos.



## QUEM CUIDA?

→ Como apoiar e reconhecer quem cuida de pessoas idosas na América Latina e no Caribe

# 2

## Oferta e demanda de cuidados de longa duração: a lacuna de recursos humanos





## 2.1 O envelhecimento da população aumenta a demanda por cuidados de longa duração

### 2.1.1 O rápido envelhecimento da população deixa pouco tempo para adaptar os sistemas econômicos e as políticas públicas

A América Latina e o Caribe são uma das regiões que envelhecem mais rapidamente no mundo. Devido ao aumento da expectativa de vida e à diminuição das taxas de fecundidade, se projeta que a proporção da população total com 65 anos ou mais passe de 9,5% em 2023 para 18,9% em 2050. Em 2046, a proporção de idosos ultrapassará a de crianças de 0 a 14 anos. A população com 80 anos ou mais também cresce rapidamente e deve aumentar de 1,8% da população total em 2023 para 4,9% em 2050.<sup>10</sup> Em 1995, uma pessoa de 65 anos na região podia esperar viver mais 15 anos. Essa expectativa de vida aumentou para 18 anos a mais em 2023 e deve chegar a 20 anos em 2050. Essa conquista notável se deve a melhorias significativas nas condições socioeconômicas e na saúde pública, além de um melhor diagnóstico e tratamento de doenças crônicas.

As mulheres vivem mais do que os homens, o que dá origem a uma tendência denominada feminização do envelhecimento. A esperança de vida ao nascer é de 78,6 anos para as mulheres e de 72,8 para os homens, uma diferença de quase seis anos que, aos 65 anos, se reduz para 2,5 anos e para 1,1 anos aos 80.

Mesmo que alguns países ainda se beneficiem da fase final do bônus demográfico, toda a região passará por esse envelhecimento populacional, que ocorrerá antes de atingir altos níveis de renda. Alguns (por exemplo, Argentina, Barbados, Chile, Costa Rica e Uruguai) já apresentam uma alta proporção de pessoas idosas (entre 12% e 16% da população total). Em outros, a população idosa representa uma proporção menor, mas cresce a um ritmo acelerado devido a quedas acentuadas na fecundidade e ao aumento da expectativa de vida. O segundo grupo passará por uma transição demográfica mais rápida e, portanto, terá menos tempo para adaptar seus sistemas econômicos e políticas públicas aos desafios da transição.

---


10. Prevê-se tendências semelhantes na Ásia, onde a proporção da população com mais de 65 anos passará de 10% em 2023 para 19% em 2050, enquanto a proporção da população com mais de 80 anos aumentará de 1,8% para 5,2% no mesmo período. A Europa, uma região mais avançada na transição demográfica, verá a proporção de pessoas com mais de 65 anos crescer de 20% em 2023 para 33% em 2050, enquanto a população com mais de 80 anos aumentará de 5,4% para 10,4%. Por sua vez, na América do Norte, uma região que, assim como a Europa, também avançou mais nessa transição, as projeções de envelhecimento populacional são menos acentuadas: a proporção de pessoas com mais de 65 anos crescerá de 18% em 2023 para 23% em 2050, e a de pessoas com mais de 80 anos de 4% para 8,8%. Na África, a proporção da população com mais de 65 anos passará de 4% em 2023 para 6% em 2050, enquanto a dos maiores de 80 anos crescerá de 0,5% para 0,9%. Todas as projeções populacionais aqui apresentadas baseiam-se no cenário de "variante média" das Nações Unidas. Todos os dados desta seção foram obtidos do World Population Prospects das Nações Unidas (DESA, 2024), recuperado de <https://population.un.org/wpp/>.



## 2.1.2 A população idosa precisará de mais apoio

O fato de a população viver mais tempo é uma boa notícia, mas também significa que mais pessoas precisarão de cuidados. À medida que as pessoas envelhecem, suas funções sensoriais, físicas ou cognitivas podem começar a se deteriorar, seja pela progressão de doenças crônicas ou como resultado da “acumulação ao longo da vida de danos celulares e moleculares” (OMS, 2015). Conseqüentemente, podem perder a capacidade de viver de forma independente e precisar de ajuda para realizar atividades cotidianas. Em outras palavras, requerem de cuidados de longa duração, entendidos como qualquer assistência individual ou intervenção de caráter social ou de saúde que apoie as pessoas que apresentam, ou correm o risco de apresentar, perdas em sua capacidade intrínseca de manter uma dimensão de capacidade funcional coerente com seus direitos básicos, liberdades fundamentais e dignidade humana (OMS, 2015).

Na América Latina e no Caribe, aproximadamente oito milhões de pessoas com 65 anos ou mais (uma em cada sete) precisam atualmente de apoio para realizar atividades básicas da vida diária, como comer ou tomar banho (Aranco, Ibararán e Stampini, 2022).<sup>11</sup> As mulheres representam dois terços dessa população (Aranco et al., 2018). Impulsionado principalmente pelo aumento do número de pessoas idosas (e, em menor medida, pelo aumento da prevalência da dependência funcional), esse número triplicará nas próximas décadas.<sup>12</sup> Até 2050, a região terá aproximadamente 23 milhões de idosos que precisarão de apoio para atividades básicas da vida diária.

Esses dados subestimam a demanda por cuidados de longa duração, uma vez que muitas mais pessoas precisam de apoio para atividades instrumentais da vida diária, como cozinhar ou tomar medicamentos (ver **Requadro 2.1** ). Por exemplo, a porcentagem de idosos com dificuldades em pelo menos uma atividade instrumental é de 36% no Brasil, 25% na Colômbia, 18% na Argentina e 14% no México (Matus-López e Chaverri-Carvajal, 2021). Infelizmente, poucas pesquisas incluem dados sobre dificuldades para realizar atividades instrumentais da vida diária. Portanto, a maioria dos números apresentados neste capítulo se refere às necessidades de cuidados para atividades básicas da vida diária.

**11.** A prevalência da dependência funcional varia de acordo com o país, desde um mínimo de 5,3% em El Salvador até um máximo de 25,5% no México. Parte dessa heterogeneidade pode ser atribuída a: (i) diferenças culturais que influenciam a forma como as pessoas avaliam seu próprio nível de dependência funcional; e (ii) diferenças na concepção e implementação das pesquisas (Aranco et al., 2018; Aranco, Ibararán e Stampini, 2022).

**12.** Nas estimativas de Aranco, Ibararán e Stampini (2022), projeta-se que a prevalência da dependência de cuidados na população com 65 anos ou mais na América Latina e no Caribe aumente de 14,3% em 2020 para 15,7% em 2050. Isso explica 6% do aumento no número de idosos com necessidades de cuidados. O aumento no número de pessoas idosas explica os 94% restantes.

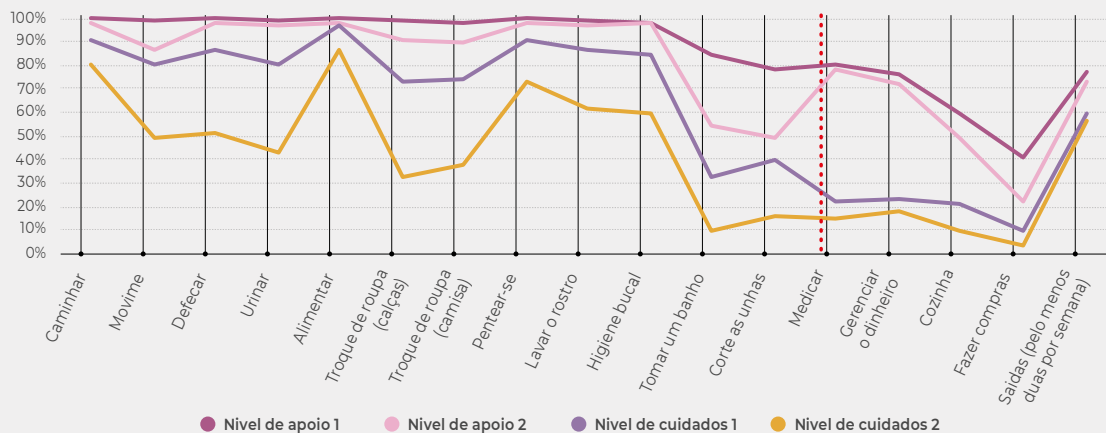


## REQUADRO 2.1 ATIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTAL DA VIDA DIÁRIA

A dependência funcional descreve uma situação em que uma pessoa apresenta dificuldades e necessita ajuda para realizar determinadas atividades cotidianas, de forma permanente ou temporária. Essas atividades são subdivididas em atividades básicas da vida diária (ABVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD). As primeiras são essenciais para a sobrevivência e incluem comer, tomar banho, usar o banheiro, vestir-se e deslocar-se dentro de um cômodo. As segundas envolvem maior complexidade cognitiva e motora e incluem, por exemplo, realizar tarefas domésticas, cozinhar, usar transporte para se deslocar fora de casa, tomar medicamentos ou gerenciar as finanças pessoais.

Como as atividades instrumentais são mais complexas, as pessoas tendem a perder mais cedo a capacidade de realizá-las por conta própria (Katz, 1963; Dunlop et al., 1997). Isso pode ser observado no **Gráfico 2.1**, baseado em dados do seguro de cuidados de longa duração do Japão, que mostra a porcentagem de pessoas — nas diferentes categorias de necessidade de cuidados do sistema — que podem realizar cada atividade de forma independente. As pessoas da categoria “nível de necessidade de apoio 1” geralmente conseguem realizar as ABVD de forma independente, mas precisam de auxílio para as AIVD (linha roxa, na parte superior). No outro extremo, as pessoas da categoria “nível de necessidade de cuidados 2” precisam de ajuda tanto para as ABVD como para as AIVD (linha laranja, na parte inferior). Dentro de cada categoria, a necessidade de apoio para as AIVD é sempre maior do que para as ABVD.

**GRÁFICO 2.1** PORCENTAGEM DE PESSOAS QUE PODEM REALIZAR DE FORMA INDEPENDENTE ABVD E AIVD (POR CATEGORIA DE NECESSIDADE DE CUIDADOS NO SEGURO DE CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO DO JAPÃO)




Fonte: MHLW, 2013.

**Notas:** A linha vertical vermelha pontilhada separa as atividades básicas (à esquerda) das instrumentais (à direita). As pessoas são classificadas em sete categorias, de acordo com o nível de apoio ou cuidados de que necessitam. De menor a maior nível de dependência funcional, essas categorias são: nível de apoio 1; nível de apoio 2; nível de cuidados 1; nível de cuidados 2; nível de cuidados 3; nível de cuidados 4; nível de cuidados 5 (Yamada e Arai, 2020). Os níveis de apoio e cuidados refletem o método de avaliação utilizado pelo sistema japonês de cuidados de longa duração.



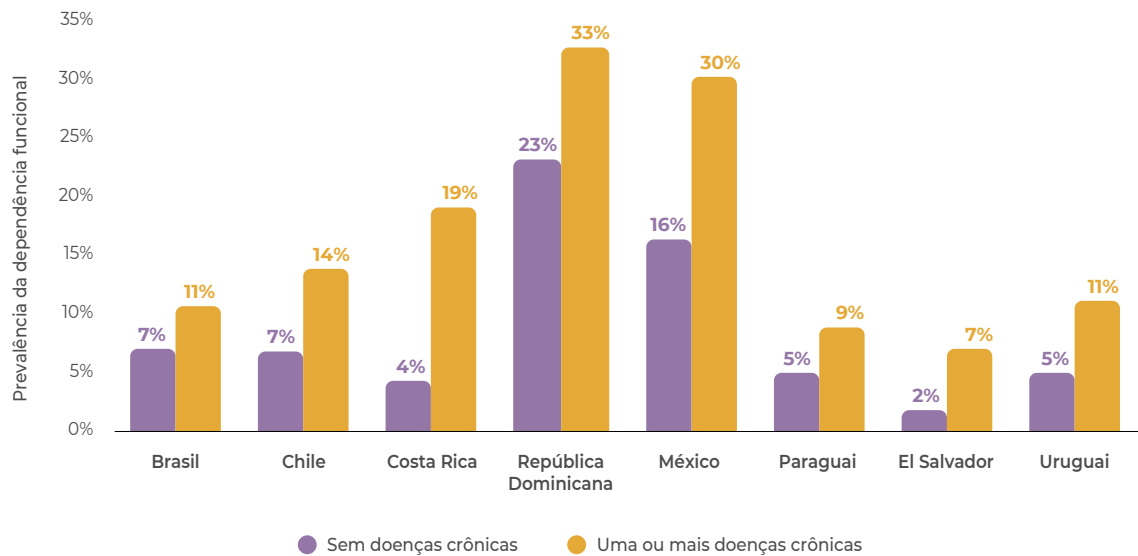
### 2.1.3 As necessidades de cuidados prolongados serão mais complexas

Em todos os países com dados disponíveis, tanto a prevalência quanto a gravidade da dependência funcional aumentam constantemente com a idade. No entanto, há uma variação considerável entre os países. Por exemplo, no México, 15,2% das pessoas de 65 a 69 anos têm necessidades de cuidados, enquanto 55,2% das pessoas com mais de 85 anos apresentam essas necessidades. Na Costa Rica, esses números são 12,4% e 34%, respectivamente; no Brasil, variam de 5,1% no grupo de 65 a 69 anos a 29,1% entre os maiores de 85 anos (Aranco et al., 2022). Além disso, no México, as pessoas de 65 a 69 anos com dependência funcional requerem apoio em uma média de 2,2 ABVD, enquanto 2,6 na população dependente de 80 anos ou mais. Esses números são 1,5 e 1,9, respectivamente, na Costa Rica, e 2,8 e 3,4 no Brasil.

As necessidades de cuidados e as doenças crônicas estão correlacionadas em ambos os sentidos. Por um lado, as condições crônicas aumentam as necessidades futuras de cuidados. Evidências do México mostram que hipertensão, artrite, diabetes e acidente vascular cerebral são bons preditores das necessidades de cuidados em fases posteriores da vida (González-González et al., 2019). Por outro lado, pessoas com dependência funcional têm maior probabilidade de desenvolver doenças crônicas, pois tendem a realizar menos atividade física e podem apresentar sinais de problemas nutricionais e depressão (Maresova et al., 2019). Como resultado, aquelas pessoas que apresentam condições crônicas podem ter mais do que o dobro de chances de serem dependentes de cuidados do que aquelas que não as apresentam (**Gráfico 2.2** ). O aumento da prevalência de doenças crônicas em muitos países da região explica a expectativa de que as necessidades de cuidados sejam mais frequentes no futuro (Aranco, Ibararán e Stampini, 2022).



**GRÁFICO 2.2 PREVALÊNCIA DA DEPENDÊNCIA FUNCIONAL DE ACORDO COM A PRESENÇA DE DOENÇAS CRÔNICAS POR PAÍS, PESSOAS COM 65 ANOS OU MAIS**



Fonte: Aranco et al. (2022).

Outro fator associado ao aumento das necessidades de cuidados é o rápido aumento do número de pessoas que vivem com demência na região. Espera-se que esse grupo cresça de 4,5 milhões em 2019 para 13,7 milhões em 2050, a um ritmo que supera a média projetada a nível mundial. Atualmente, a estimativa é que 9% das pessoas com 65 anos ou mais na região vivam com demência. Entretanto, esse número provavelmente está subestimado devido ao diagnóstico insuficiente. A demência é uma das principais causas de incapacidade e dependência de cuidados entre os idosos, pois deteriora progressivamente múltiplas funções cognitivas, diminuindo, em última instância, a autonomia e a capacidade de realizar tarefas cotidianas (OPS, 2023). Essa condição também impõe um fardo emocional e financeiro significativo às famílias. Na maioria dos casos, os familiares são as principais pessoas cuidadoras e, frequentemente, veem seu bem-estar mental e físico prejudicado (ver **Capítulo 3**).

As necessidades de cuidados diferem em cada pessoa, evoluem com o tempo e podem ser prevenidas ou adiadas. São desenvolvidas ao longo de um continuum que abrange a capacidade intrínseca plena, a prévia fragilidade, a fragilidade e a dependência funcional.<sup>13</sup> A demanda por

**13.** Ainda que haja várias definições de fragilidade, o conceito se refere, em geral, a um estado clínico em que a capacidade dos idosos de lidar com estressores cotidianos ou agudos é comprometida devido à deterioração funcional associada à idade e à perda de funções. Pessoas com uma prévia fragilidade correm um alto risco de se tornarem frágeis (Chen, Mao e Lang, 2014). A dependência funcional significa que uma pessoa tem dificuldade em realizar pelo menos uma atividade da vida diária.



cuidados de longa duração começa com idosos em prévia fragilidade, quando ainda podem prevenir o aparecimento da fragilidade através de uma combinação de exercício físico, estimulação cognitiva, intervenções nutricionais, conexões sociais e outras atividades. As pessoas idosas frágeis beneficiam dos mesmos tipos de intervenções, mas podem começar a precisar de auxílio individual adicional para apoio com as AIVD, como fazer compras ou limpar as suas casas. Idosos com dependência funcional necessitam de serviços adicionais para apoiar suas AIVD (por exemplo, tomar banho). Intervenções oportunas podem reduzir efetivamente as necessidades futuras de cuidados e aumentar a qualidade de vida das pessoas de terceira idade e de suas famílias, mesmo em níveis elevados de dependência funcional.

### **2.1.4 As necessidades de cuidados prolongados se concentrarão mais em determinados grupos da população.**

As necessidades de cuidados são mais frequentes entre as mulheres em todas as idades. Por exemplo, entre as pessoas de 65 a 69 anos no Chile, 5,8% das mulheres e 4,8% dos homens apresentam dependência funcional. No Uruguai, os números são de 5,0% para as mulheres e 3,2% para os homens. Isso pode ser explicado, pelo menos em parte, porque as mulheres têm maior probabilidade de sofrer de condições de saúde incapacitantes (Luy e Minagawa, 2014). Juntamente com a maior expectativa de vida das mulheres, a maior prevalência de dependência funcional entre elas explica por que, na região, há, em média, duas mulheres idosas com necessidades de cuidados para cada homem idoso com necessidades de cuidados (Aranco et al., 2018).

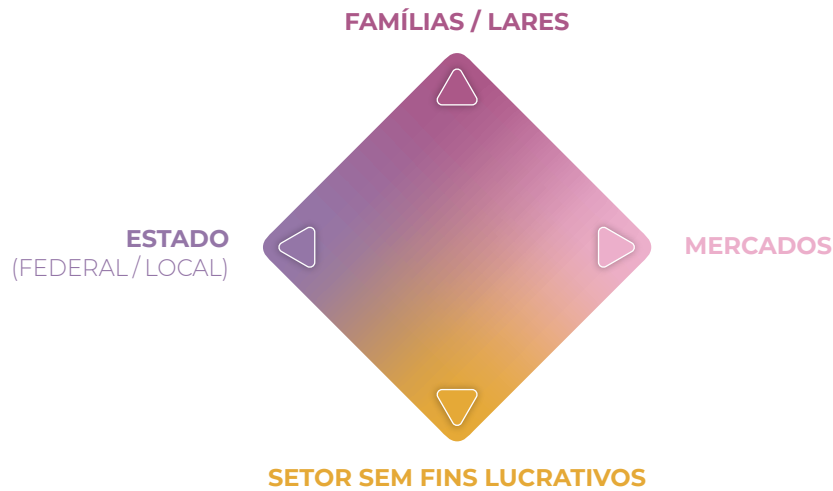
As necessidades de cuidados também são mais frequentes entre as pessoas em situação de vulnerabilidade econômica. Um nível de renda baixo está associado a uma saúde pior e a um menor acesso a serviços de saúde de qualidade ao longo da vida (Blas e Kurup, 2010). Ambos os fatores aumentam a probabilidade de uma perda progressiva das capacidades funcionais.

## **2.2 A oferta de cuidados tem dificuldades para atender à demanda**

Os serviços de cuidados de longa duração podem ser prestados pelo Estado, pelo mercado, por organizações sem fins lucrativos ou pelas famílias; esse conjunto de opções é conhecido como o “diamante dos cuidados” (Gráfico 2.3) (Razavi, 2007). A região da América Latina e do Caribe se caracteriza por serviços públicos incipientes, uma oferta limitada e de baixa qualidade do setor sem fins lucrativos, serviços do setor privado pouco acessíveis e uma dependência excessiva dos cuidados familiares, que se torna insustentável rapidamente.




**GRÁFICO 2.3 O DIAMANTE DOS CUIDADOS: ATORES ENVOLVIDOS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS**



Fonte: Razavi (2007).


### 2.2.1 Os serviços públicos são muito limitados

Os cuidados de longa duração estão pouco a pouco ganhando relevância na agenda política da região. No momento, a Costa Rica e o Uruguai são os únicos países que aprovaram por lei um sistema nacional de cuidados de longa duração e o implementaram em grande escala (o Sistema Nacional Integrado de Cuidados<sup>14</sup> no Uruguai e o Sistema Nacional de Cuidados e Apoios para Pessoas Adultas e Idosas em Situação de Dependência<sup>15</sup> na Costa Rica). Outros países avançam na mesma direção. Como mostra o **Tabela D.1** , muitos países aprovaram políticas nacionais de cuidados ou envelhecimento que abrangem as pessoas idosas e procuram melhorar a atenção tanto para as cuidadoras quanto para aquelas pessoas que recebem cuidados. O Panamá aprovou em 2024 uma lei que estabelece um sistema nacional de cuidados. O Brasil aprovou recentemente uma lei sobre cuidados que inclui os cuidados de longa duração. A Colômbia aprovou um plano nacional. Honduras criou o Gabinete de Cuidados dentro do Gabinete Social para orientar o desenvolvimento de um sistema nacional de cuidados. O Chile, Equador, Méxi-

14. *Sistema Nacional Integrado de Cuidados*. Consulte: <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/comunicacion/publicaciones/conoce-sistema-nacional-integrado-cuidados>.

15. *Sistema Nacional de Cuidados y Apoyos para Personas Adultas y Personas Adultas Mayores en Situación de Dependencia*. Consulte: <https://cuidar.cr>.



co, Peru e a República Dominicana estão discutindo planos semelhantes (**Requadro 2.2** ).<sup>16</sup> A Argentina criou um Observatório Integral do Sistema de Cuidados a Pessoas Adultas e Idosas,<sup>17</sup> subordinado ao Ministério da Saúde, para estudar o sistema de cuidados de longa duração.

No entanto, é importante ressaltar que os serviços de cuidados de longa duração existem na maioria dos países da região, mesmo que não estejam organizados oficialmente sob um sistema ou lei nacional.<sup>18</sup>

Na prática, a cobertura dos serviços de cuidados de longa duração financiados com fundos públicos continua sendo baixa. Nos países com maior cobertura (Argentina, Costa Rica e Barbados), 20% das pessoas idosas que precisam de ajuda nas atividades básicas da vida diária recebem serviços (Aranco et al., 2022). Para conter os gastos e não exceder sua capacidade, esses serviços complementam as avaliações das necessidades de cuidados com critérios de elegibilidade relacionados à idade ou à vulnerabilidade socioeconômica. No Uruguai, por exemplo, apenas pessoas com necessidades graves de cuidados com menos de 30 ou mais de 80 anos são elegíveis para receber os serviços de assistentes pessoais domiciliares (o programa emblemático do sistema). Qualquer pessoa que atenda aos requisitos de idade e dependência funcional pode receber os serviços, mas a renda familiar é considerada para definir o valor do subsídio estatal. Em São Paulo (Brasil), as pessoas com renda média ou alta podem receber os serviços do Sistema Nacional Integrado de Cuidados.

---

**16.** Existem programas de menor escala ou de âmbito local no Chile (Chile Cuida), na Colômbia (Manzanas del Cuidado em Bogotá) e no Brasil (Programa de Assistentes para Pessoas Idosas em São Paulo; Programa de Melhores Cuidados para Idosos —Programa Maior Cuidado— em Belo Horizonte).

**17.** *Observatorio Integral del Sistema de Cuidado de Personas Adultas y Mayores.*

**18.** Para mais informações sobre sistemas de cuidados na América Latina e no Caribe, consulte: Rachter et al. (2024) e ONU Mulheres e CEPAL (2021).



## REQUADRO 2.2 REFORMAS PENDENTES EM DEBATE

Nos últimos anos, o Chile, Equador, México, Peru e a República Dominicana têm envidado esforços para avançar nas reformas relativas ao cuidado. Algumas dessas iniciativas, na forma de projetos de lei ou propostas, ainda estão em fase de estudo, enquanto outras foram arquivadas, o que evidencia os debates e desacordos em curso em torno das políticas do cuidado (Comissão da Mulher e Família<sup>1</sup>, 2024a).

No Chile, o Projeto de Lei nº 16905-31, que reconhece o direito ao cuidado e estabelece o Sistema Nacional de Apoio e Cuidados<sup>2</sup> foi aprovado pela Câmara dos Deputados e aguarda tramitação no Senado. Na República Dominicana, um projeto apresentado em 2024 busca criar um sistema nacional de cuidados que reconheça os direitos ao cuidado e ao autocuidado, assim como a prestar e receber cuidados, e que abranja pessoas cuidadoras remuneradas e não remuneradas. De igual forma, no Equador, um projeto de lei de 2021 que propõe o Sistema Nacional Integral de Cuidados continua em revisão. A aprovação dessa lei se somaria à atual Lei Orgânica do Direito ao Cuidado Humano de 2023, que se concentra no direito ao cuidado de crianças “e outras pessoas dependentes”, sem mencionar especificamente as pessoas idosas.

No México, foram apresentadas várias iniciativas. Em 2020, a Câmara dos Deputados aprovou uma proposta para reformar os artigos 4 e 73 da Constituição, a fim de incluir um sistema nacional de cuidados, mas a iniciativa ficou pendente no Senado. Em 2024, o Senado declarou encerrados todos os assuntos enviados antes de 1º de setembro de 2021, pelo que seria necessário reabrir o processo legislativo para retomar essa reforma. Apesar dessa tentativa fracassada, tanto a iniciativa de lei geral para um sistema nacional de cuidados (apresentada em 2021) quanto as modificações à Lei Geral de Desenvolvimento Social, que integram a política nacional de cuidados à política de desenvolvimento social, continuam em revisão. Estas últimas foram aprovadas pela Câmara dos Deputados em 2024.

O Peru elaborou quatro projetos de lei para criar e regulamentar um sistema nacional de cuidados (2735/2022-PE, que propõe reconhecer o direito aos cuidados e criar um sistema nacional de cuidados; 3242/2022-CR, que propõe criar um sistema nacional de cuidados para idosos; 4705/2022-CR, que propõe reconhecer as pessoas cuidadoras e o direito aos cuidados por meio de um sistema nacional de cuidados; e 5308/2022-CR, que propõe reconhecer, regular e garantir o direito aos cuidados por meio de um sistema nacional de cuidados). No entanto, esses projetos foram rejeitados pela Comissão da Mulher e da Família do Congresso em 2024.

1. *Comisión de la Mujer y Familia.*

2. *Sistema Nacional de Apoyos y Cuidado.*



## 2.2.2 Poucas pessoas podem pagar por serviços privados de boa qualidade

O setor privado desempenha um papel fundamental na prestação de cuidados de longa duração, mas apenas as famílias com rendimentos mais elevados podem pagar serviços com fins lucrativos se não receberem um subsídio estatal. No México, por exemplo, menos de 9% das pessoas idosas podem pagar uma residência de qualidade (López-Ortega e Aranco, 2019). No Uruguai, a aposentadoria contributiva média não cobre o custo de um estabelecimento residencial que cumpra os padrões mínimos de qualidade (Aranco e Sorio, 2019). As organizações sem fins lucrativos têm operado tradicionalmente no setor, mas com uma abordagem assistencial que as leva a priorizar a pobreza, o abandono e a violência doméstica em detrimento da dependência de cuidados, além de que a qualidade de seus serviços costuma ser baixa.

## 2.2.3 Os cuidados familiares, cada vez menos disponíveis

Tradicionalmente, e ainda hoje, a maior parte da responsabilidade pelos cuidados de longa duração recai sobre as famílias e, dentro delas, sobre as mulheres. Mas, várias mudanças demográficas e sociais estão reduzindo a disponibilidade de cuidados familiares não remunerados e tornando esse arranjo insustentável. A participação das mulheres no mercado de trabalho — um elemento fundamental da igualdade — tem crescido de forma sustentada. Assim, a porcentagem de mulheres (com 15 anos ou mais) que trabalham ou procuram trabalho na região passou de 35% em 1990 para 52% em 2023. Isso significa que muitas famílias já não contam com um membro dedicado permanentemente ao trabalho doméstico, incluindo os cuidados.

Ao mesmo tempo, as taxas de fecundidade estão diminuindo significativamente. O número de filhos por mulher caiu de 2,6 em 2000 para 1,8 em 2023.<sup>19</sup> Em 16 dos 26 países da região, as taxas de fecundidade estão abaixo do limiar de reposição de 2,1 filhos por mulher.<sup>20</sup> Isso significa que a geração adulta atual, que amanhã será composta por idosos com necessidades de cuidados, terá menos filhos potencialmente disponíveis para prestar cuidados de longa duração. A tendência para lares mais pequenos e famílias mais dispersas geograficamente agrava ainda mais a situação: o tamanho médio do lar diminuiu de 4,3 membros em 2000 para 3,3 em 2023.<sup>21</sup> A migração e o divórcio, além da menor fecundidade, contribuem para esta tendência.

Inclusive hoje, uma alta porcentagem de pessoas idosas vive sozinha. Na Argentina (2019), aproximadamente 30% de pessoas com 80 anos ou mais vivem sozinhas, assim como 20% da República Dominicana (2019) e do Suriname (2018).<sup>22</sup> Essa proporção é ainda maior entre as mulheres, (chegando a 35% na Argentina, por exemplo).

19. Dados de 2025 do Departamento de Estatística da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Consulte em: <https://ilostat.ilo.org>

20. Dados de 2023 da Divisão de População das Nações Unidas (2024). Consulte em: <https://population.un.org/wpp/>

21. Dados de 2024 da CEPALSTAT. Consulte em: <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/index.html>

22. Dados de 2023 da Divisão de População das Nações Unidas (2022). Consulte em <https://www.un.org/development/desa/pd/house-hold-size-and-composition>.



## 2.2.4 Mais do que o dobro da demanda por cuidados familiares: um desafio para a força de trabalho

Quase 25 milhões de pessoas prestam atualmente cuidados familiares de longa duração (ver **Capítulo 3**). Isso equivale a aproximadamente 5% da população em idade ativa (de 14 a 64 anos) e a 18% da população de 45 a 64 anos, que é a faixa etária em que, geralmente, os filhos devem prestar cuidados de longa duração aos pais. Em termos de participação no mercado de trabalho, se trata de uma idade crítica em que é difícil encontrar um novo emprego se o anterior foi perdido por ter que cuidar de um dos pais.

De acordo com uma projeção baseada nos arranjos atuais de cuidados, a região precisará de 60,5 milhões de pessoas cuidadoras familiares até 2050, o que representará 13% da população em idade produtiva e 32% das pessoas entre 45 e 64 anos.<sup>23</sup> Essa tendência provavelmente continuará considerando que as baixas taxas de fecundidade e as mudanças nos arranjos de convivência aumentam a demanda por cuidados familiares de longa duração e reduzem o conjunto de potenciais cuidadoras familiares.


Os números acima indicam que depender exclusivamente dos familiares para apoiar os idosos vai criar uma pressão crescente sobre a oferta de mão de obra e poderia se tornar insustentável em um curto prazo. Conforme analisado no **Capítulo 3**, as cuidadoras familiares costumam obter grande satisfação das suas funções, mas a ausência de apoio — seja do governo ou do mercado — pode levar a cargas de trabalho excessivas. Isso pode, em última instância, prejudicar seu bem-estar econômico e sua saúde emocional e física.

## 2.3 Os países precisam investir em recursos humanos para cuidados de longa duração

Trabalhadores do âmbito de cuidados desempenham um papel crucial para responder à demanda por cuidados de longa duração. De acordo com Villalobos Dintrans, Oliveira e Stampini (2024), a região precisará de 14 milhões de pessoas cuidadoras em 2050 para atender às necessidades de cuidados de longa duração de idosos, um número muito acima da estimativa atual de três milhões (apresentada no **Capítulo 4**). Essa força de trabalho deve ter uma composição multidisciplinar, incluindo cuidadoras remuneradas, auxiliares de enfermagem, enfermeiras, médicos e coordenadores de cuidados, entre outros.

**23.** A estimativa de 60,5 milhões de pessoas cuidadoras familiares é obtida multiplicando a relação atual entre pessoas cuidadoras familiares e idosos (25 milhões contra 57 milhões) pelo número projetado de idosos em 2050 (138 milhões; dados da Divisão de População das Nações Unidas, 2024. Consulte em: <https://population.un.org/wpp/>).



Considerando as maiores necessidades de cuidados e a menor disponibilidade de cuidados familiares, tanto os governos como os mercados deverão intensificar sua participação no setor. Em particular, será necessário que os governos desenvolvam sistemas de cuidados de longa duração para melhorar os níveis atuais de cobertura e qualidade, com foco em serviços que permitam envelhecer na comunidade e recorrer a residências como último recurso (ver **Requadro 2.3** ).


### REQUADRO 2.3 SERVIÇOS DE CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO QUE FVORECEM O ENVELHECIMENTO EM CASA

Em resposta a uma preferência generalizada por envelhecer no próprio ambiente, todos os países estão passando da assistência institucional (residências, lares de idosos) para a priorização de serviços prestados em casa ou na comunidade.

Os Centros-dia, os assistentes pessoais domiciliários e a teleassistência são frequentemente combinados para apoiar o envelhecimento em casa e retardar a institucionalização. Os Centros-dia podem oferecer diferentes modelos de intervenção dirigidos a idosos que vão desde a pré-fragilidade até necessidades moderadas de cuidados (Benedetti, Sancho e Hernández, 2024). Em todos os casos, procuram promover os laços sociais e comunitários para prevenir a solidão e evitar ou retardar a progressão das necessidades de cuidados. Quando as necessidades de cuidados são mais severas, o modelo de intervenção pode passar dos Centros-Dia para serviços prestados em casa por assistentes de cuidados pessoais (Aranco e Ibararán, 2020; Lloyd-Sherlock et al., 2024; Jara Maleš e Chaverri-Carvajal, 2020). A teleassistência é entendida neste relatório como apoio aos cuidados de longa duração (e não à assistência médica) e pode ser combinada com todos os outros serviços para reduzir o número de horas de cuidados domiciliares, sejam eles prestados por cuidadoras remunerados ou não remunerados (Benedetti, Acuña e Fabiani, 2022). A assistência institucional pode ser a única solução possível quando as e os idosos necessitam de cuidados contínuos 24 horas por dia (por exemplo, quando há declínio cognitivo junto de uma deficiência física grave).

Mesmo que em alguns países seja atribuída a uma única pessoa cuidadora a prestação de todo o apoio que um usuário precisa, esse não é o arranjo ideal, pois os planos de cuidados devem ser feitos por equipes com competências multidisciplinares. Em todos os sistemas, os gestores de cuidados devem desempenhar um papel essencial na elaboração dos planos, no acompanhamento da sua implementação, na coordenação do trabalho de outras e outros trabalhadores e na garantia de satisfação das pessoas usuárias e suas famílias. Em última análise, o tipo de força de trabalho em cuidados de longa duração de que os países necessitam dependerá dos serviços e soluções que priorizarem.



Há pouca literatura disponível sobre o custo das reformas analisadas neste relatório. Fazer estimativas dos custos líquidos é complexo porque muitas políticas têm efeitos indiretos sobre os orçamentos; por exemplo, por meio de economias na saúde ou contribuições para o crescimento econômico (ver **Requadro 2.4** ). Adicionalmente os sistemas de cuidados de longa duração não terão que ser financiados exclusivamente com orçamentos públicos. Os países precisarão de modelos de previdência social e copagamentos para aumentar a sustentabilidade financeira (Fabiani et al., 2025).

O setor privado será convocado a ampliar a oferta de serviços de cuidados de longa duração, aproveitando as oportunidades de negócios e gerando emprego. Uma parte desses serviços será prestada aos governos como componente dos sistemas de cuidados de longa duração, enquanto outra será adquirida diretamente pelas famílias que puderem pagá-los. Por isso, os governos deverão desempenhar um papel central na fixação de padrões para essa oferta privada, na supervisão de sua qualidade e na garantia de acesso.

Seja qual for o caminho escolhido, investir em recursos humanos será essencial para garantir a satisfação das necessidades de cuidados das pessoas idosas. Um investimento fundamental será a formação e profissionalização das pessoas cuidadoras, a fim de garantir a qualidade dos serviços de cuidados de longa duração (Cafagna et al., 2019). O investimento em recursos humanos não precisa se limitar às cuidadoras remuneradas. As famílias continuarão assumindo uma parte importante das responsabilidades de cuidados. Oferecer apoio aos familiares (por exemplo, por meio de capacitação, acompanhamento emocional ou políticas de trabalho flexíveis ou licenças) será fundamental para proteger seu bem-estar físico e emocional.



## REQUADRO 2.4 O CUSTO DE INVESTIR EM RECURSOS HUMANOS PARA CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO

O aumento do emprego formal e a melhoria das condições de trabalho das cuidadoras elevarão os gastos com os sistemas de cuidados de longa duração, o que coloca o desafio da sustentabilidade financeira.

Apesar da crescente atenção dada aos gastos com cuidados de longa duração, ainda há poucas evidências sobre o impacto de ditos gastos. Grande parte das evidências disponíveis se concentra em resultados relacionados (como a participação no mercado de trabalho ou a disponibilidade de cuidados), de forma que o efeito sobre os gastos só pode ser inferido. Ainda que oferecer mais e melhores serviços com apoio público possa exigir a priorização dos cuidados de longa duração em relação a outras rubricas, algumas iniciativas têm demonstrado contribuir para o crescimento econômico e para as contribuições à segurança social, o que compensa parte do investimento público. Isso pode implicar custos mais elevados no curto prazo, mas menor rotatividade de trabalhadores e melhores resultados de cuidados no longo prazo.

Por exemplo, evidências recentes sobre licenças para cuidados sugerem que têm um efeito positivo na oferta de cuidados e na participação no mercado de trabalho, pois ajudam a conciliar as tarefas de cuidados e o emprego. Saad-Lessler (2020) constatou que a licença familiar remunerada da Califórnia aumentou a oferta de cuidados entre mulheres trabalhadoras e pessoas com maior nível de escolaridade. A política também aumentou a oferta de trabalho ao limitar as reduções de horas trabalhadas ou as saídas do emprego (Anand et al., 2022; Coile, Rossin-Slater et al., 2022; Kim, 2020). Concretamente, nos estados da Califórnia, Nova Jersey e Nova York, o acesso à licença familiar remunerada levou a uma redução de sete pontos percentuais no número de mulheres que deixaram seus empregos para cuidar dos seus cônjuges. As evidências sobre licenças não remuneradas na Coreia mostram que permitir que pessoas cuidadoras informais tirem uma licença não remunerada de até 90 dias, com proteção do emprego, manteve as pessoas na força de trabalho diante de novas demandas de cuidados. Isso beneficiou especialmente as mulheres, que tradicionalmente assumem as principais funções de cuidados. Na força de trabalho formal de cuidados de longa duração, melhorar as condições de trabalho pode diminuir a rotatividade de trabalhadores, que é cara. Um estudo descobriu que, para uma instituição média nos Estados Unidos, uma economia marginal associada a uma queda de dez pontos percentuais na rotatividade equivalia a 3% dos custos anuais totais (Mukamel et al., 2009). A experiência da Nova Zelândia ilustra que melhorar as condições mediante aumentos salariais pode facilitar o recrutamento e a retenção, apesar dessas medidas devam ser acompanhadas de



alocações orçamentárias adequadas. Sem esse alinhamento orçamentário, os resultados podem incluir redução de horas, aumento de cargas e funções e, às vezes, uma diminuição na qualidade do cuidado (Ravenswood e Douglas, 2022).

Considerando o potencial dos avanços tecnológicos, juntamente com mudanças nas modalidades de trabalho, também se pode supor que, no futuro, serão necessários menos trabalhadores para atender ao mesmo número de idosos. Os Países Baixos elaboraram projeções nesse sentido (Ministério da Saúde, Bem-Estar e Esporte dos Países Baixos, 2018).

Alguns estudos também mostram o impacto positivo da formação na eficiência e, em última instância, nos custos. Por exemplo, o programa piloto *Enhanced Home Care* da Califórnia mostrou que a formação adicional dos auxiliares de cuidados pessoais em gestão de medicação, saúde mental e nutrição se traduziu em menores taxas de incumprimento terapêutico e em melhorias na saúde (OCDE, 2020). Outras evidências da Austrália confirmam que as e os trabalhadores de cuidado, quando adequadamente formados e supervisionados, podem apoiar as enfermeiras na gestão de medicamentos em ambientes de atendimento domiciliar, especialmente para pessoas com baixo risco de eventos adversos por medicação (Lee et al., 2015).

No geral, as evidências sobre o impacto das licenças (remuneradas e não remuneradas) na redução do efeito negativo dos cuidados continuam sendo limitadas. Portanto, seria útil dispor de mais dados e pesquisas para fazer melhores estimativas desse impacto em contextos nacionais específicos.



## QUEM CUIDA?

→ Como apoiar e reconhecer quem cuida de pessoas idosas na América Latina e no Caribe

A photograph of an elderly couple sitting outdoors. The woman on the left has red hair and is wearing a white patterned cardigan over a blue top. She is smiling and looking towards the man. The man on the right has white hair and is wearing a light green jacket over a blue shirt. They are both sitting on a bench or similar outdoor seating. The background is a lush green garden.

# 3 A importância das cuidadoras familiares





As famílias desempenham um papel fundamental no cuidado das pessoas idosas. Na América Latina e no Caribe, aproximadamente 80% das e dos idosos que precisam de auxílio para as atividades cotidianas a recebem de uma cuidadora não remunerada. Essa proporção varia entre 76,4% no Uruguai e 98,6% no México (Aranco et al., 2022). Como a maior parte dos cuidados não remunerados é prestada por familiares, este relatório utiliza os termos “cuidadoras familiares” e “cuidadoras não remunerados” de forma intercambiável.<sup>24</sup>

Os cuidados não remunerados predominam em todos os países, independentemente do seu nível de renda ou da disponibilidade de serviços públicos e privados de cuidados. A título de comparação, os cuidados não remunerados também predominam nos países da OCDE, apesar de que a sua proporção seja 20 pontos percentuais inferior à da América Latina e do Caribe: em média, 60% de idosos dependentes de cuidados nesses países dependem de cuidadoras não remuneradas de longa duração (Llena-Nozal, Rocard e Sillitti, 2022). Pese a que o tempo dedicado aos cuidados indiretos não remunerados (como limpeza da casa ou preparação de alimentos) tenda a diminuir à medida que a renda dos países aumenta, o mesmo não ocorre com o trabalho de cuidados diretos não remunerados, que envolve assistência em atividades de cuidados pessoais (Folbre e Yoon, 2008; Grantham, Dowie e Haan, 2021). Isso se deve, principalmente, aos papéis culturais que as famílias —e, em particular, as mulheres— devem desempenhar no cuidado de seus membros (Watkins e Overton, 2024).

Este capítulo analisa os cuidados não remunerados ou familiares prestados a pessoas idosas na América Latina e no Caribe. Nele, estimamos o número de pessoas que prestam cuidados não remunerados a idosos e analisamos suas características demográficas e socioeconômicas; o tempo dedicado às tarefas de cuidados não remunerados, destacando as diferenças entre homens e mulheres; e as possíveis consequências para as cuidadoras não remuneradas quando não recebem o apoio que necessitam. As fontes de dados deste capítulo são explicadas no


**Requadro 3.1**


---


24. Ver a **Nota editorial** no início do documento.




### REQUADRO 3.1 DADOS DISPONÍVEIS E PRINCIPAIS DESAFIOS NA ANÁLISE DE PESSOAS CUIDADORAS NÃO REMUNERADAS

As pesquisas sobre o uso do tempo são uma fonte indispensável de dados sobre os cuidados não remunerados prestados a pessoas idosas, pois fornecem informações detalhadas sobre as características das cuidadoras e as tarefas que realizam: as pessoas pesquisadas respondem sobre quanto tempo dedicam a atividades específicas em um determinado dia ou semana. Muitas das conclusões apresentadas neste capítulo baseiam-se nas pesquisas mais recentes sobre o uso do tempo realizadas em nove países (Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, El Salvador, México, Paraguai e Uruguai), que representam aproximadamente 70% da população da região.<sup>1</sup> O **Anexo A**  apresenta informações sobre as pesquisas utilizadas, as perguntas consideradas e as decisões metodológicas que sustentam os resultados deste capítulo.

Comparar dados de diferentes pesquisas sobre o uso do tempo pode ser complexo. Em alguns casos, não é possível separar os cuidados prestados a idosos dos cuidados prestados a pessoas mais jovens com deficiência. As pesquisas variam quanto à inclusão de cuidados prestados fora do lar, às tarefas de cuidados consideradas, ao período de referência e à idade da população pesquisada. O **Anexo A**  analisa essas limitações com mais detalhes.


Este capítulo também utiliza dados de uma Pesquisa do BID com pessoas cuidadoras, que abrange toda a região, incluindo muitos países que não dispõem de pesquisas sobre o uso do tempo. Ademais, fornece informações sobre bem-estar emocional, bem-estar físico e formação, que não são capturadas nas pesquisas sobre uso do tempo. Essa pesquisa do BID coletou dados de 48.016 cuidadoras não remuneradas de idosos em 26 países da região. O **Anexo B**  apresenta informações básicas sobre a pesquisa, as perguntas utilizadas e as decisões metodológicas que sustentam os resultados deste capítulo.

É importante reconhecer que a Pesquisa do BID com pessoas cuidadoras não foi concebida para ser representativa da população de cuidadoras remunerados e/ou não remunerados de pessoas idosas da América Latina e do Caribe. Conforme exposto em Fabiani et al. (2024), a pesquisa foi divulgada através de plataformas de redes sociais e foi autoaplicável, o que pode ter gerado, por exemplo, uma sub-representação de pessoas cuidadoras com mais idade ou de áreas mais remotas. O **Anexo C**  aborda a validade e as limitações dessa fonte de dados, compara estatísticas descritivas da pesquisa do BID com números de pesquisas nacionais representativas sobre uso do tempo, força de trabalho e famílias, assim como discute possíveis explicações para as diferenças. Também sustenta que o fato de os resultados e as tendências terem se mantido estáveis à medida que o número de observações cresceu (das 27.000 utilizadas em Fabiani et al., 2024, para as 64.592 analisadas neste relatório), reforçando a credibilidade da análise.

1. Datos para 2023 de la División de Población de las Naciones Unidas (2024), recuperado de <https://population.un.org/wpp/>.



## 3.1 Quantas cuidadoras familiares de pessoas idosas existem na região?

Na América Latina e no Caribe, 25 milhões de pessoas com 15 anos ou mais prestam cuidados não remunerados a pessoas idosas (**Tabela 3.1** )<sup>25</sup>, o que equivale a 4% da população nessa faixa etária. Em outras palavras, há uma cuidadora familiar para cada duas pessoas idosas da região. Essa relação varia substancialmente entre os países com pesquisas de uso do tempo, desde um mínimo de uma cuidadora para cada 13 idosos na Colômbia até aproximadamente uma cuidadora para cada pessoa idosa em El Salvador. Dos 25 milhões de cuidadoras familiares da região, aproximadamente 60% (14,7 milhões) cuidam de uma ou um idoso em sua própria casa e 40% (10,3 milhões) cuidam de uma ou um idoso fora de casa.

Existem muitos fatores que podem explicar por que a prevalência dos cuidados não remunerados varia entre os países. Um deles é a disponibilidade de uma rede familiar próxima, que depende não apenas do tamanho e da composição das famílias, mas também dos valores culturais sobre o papel das mulheres e dos filhos. Outro é a disponibilidade, acessibilidade e qualidade dos serviços públicos ou privados de cuidados de longa duração, que influenciam a possibilidade de cobrir as necessidades de cuidados fora do âmbito familiar, reduzindo assim a necessidade de cuidadoras não remuneradas. Por último, a qualidade dos dados pode ser outra razão que explica as grandes diferenças entre os países. A qualidade das informações coletadas através de pesquisas sobre o uso do tempo é heterogênea, possivelmente porque não são elaboradas especificamente para medir os cuidados prestados a idosos.

---

25. Este número está subestimado, uma vez que as pesquisas sobre o uso do tempo não permitem identificar as cuidadoras de idosos com deficiência (ver Anexo A). O limite foi fixado em 14 anos porque é a idade mínima legal para trabalhar em muitos países da região (como Brasil, El Salvador e Paraguai).



**TABELA 3.1 NÚMERO DE PESSOAS CUIDADORAS NÃO REMUNERADAS POR PAÍS, ÚLTIMO ANO DISPONÍVEL**

PAÍS	DENTRO DO LAR (MILHARES)	FORA DO LAR (MILHARES)	TOTAL (MILHARES)
Argentina	226	972*	1.198
Brasil	5.308	3.879*	9.187
Chile	568	427	995
Colômbia	283	35	318
Costa Rica	163	51	214
El Salvador	400	89*	488
México	4.514	2.564	7.078
Paraguai	125	64*	189
Uruguai	69	36	104
Outros países	3.079*	2.144*	5.223
<b>América Latina e Caribe (total)</b>	<b>14.735</b>	<b>10.260</b>	<b>24.995</b>

**Fonte:** Elaboração própria com base em pesquisas sobre uso do tempo nos seguintes países: Argentina (2021), Chile (2023), Colômbia (2020), Costa Rica (2022), El Salvador (2022), México (2019), Paraguai (2016) e Uruguai (2021); em dados da Pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), do Brasil (2022); e em dados da Divisão de População das Nações Unidas (2024).

**Nota:** \* Para cada grupo (dentro do lar; fora do lar), o número de pessoas cuidadoras resulta da estimativa com base na proporção de cuidadoras não remuneradas por pessoa idosa nos países com dados disponíveis. Ver o **Anexo A** para mais detalhes.

## 3.2 A maioria das pessoas cuidadoras não remuneradas são mulheres e não têm formação

### 3.2.1 A maioria das pessoas cuidadoras são mulheres de meia-idade

As mulheres constituem aproximadamente 60% das cuidadoras não remuneradas de pessoas idosas. A proporção mais alta é observada na Colômbia, com 76%; depois, o Paraguai, com 66% (ver **Tabela 3.2**). A dimensão de gênero dos cuidados — e do trabalho não remunerado em geral — está amplamente documentada na literatura (Hanna et al., 2023; Alonso et al., 2019) e está enraizada em estereótipos tradicionais que pressupõem que as mulheres têm uma vantagem “natural” em relação aos homens quando se trata de assumir tarefas de cuidados e trabalhos domésticos (Watkins e Overton, 2024).



As cuidadoras não remuneradas têm, em média, 48 anos. São mais jovens no México, com uma idade média de 45 anos, e mais velhas na Colômbia, com 55 anos (Tabela 3.2). São substancialmente mais velhas do que as que cuidam de crianças (35 anos em média) e de pessoas com deficiência (38).<sup>26</sup> Isso reflete que a responsabilidade de cuidar de pessoas idosas normalmente surge mais tarde na vida, quando os pais e cônjuges envelhecem. Um quinto das cuidadoras são, por sua vez, idosas (em comparação com 3% das que cuidam de crianças).<sup>27</sup> Isso é motivo de preocupação, dadas as consequências negativas dos cuidados não remunerados sobre a saúde das pessoas cuidadoras (ver Seção 3.5).

**TABELA 3.2 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DAS CUIDADORAS NÃO REMUNERADAS DE PESSOAS IDOSAS**

PAÍS	MULHERES (%)	IDADE MÉDIA (ANOS)	NÍVEL EDUCATIVO		ETNICIDADE	
			EDUCAÇÃO PRIMÁRIA (% CONCLUÍDA)	EDUCAÇÃO SECUNDÁRIA OU MAIS (% CONCLUÍDA)	INDÍGENAS (%)	AFRODESCENDENTES (%)
Argentina	58	52	39	53		
Brasil	62	50	14	50	0,3	10
Chile	62	53	23	71		-
Colômbia	76	55	19	59	1	5
Costa Rica	60	51	39	49	-	-
El Salvador	56	46	-	-	-	-
México	57	45	46	39	41	-
Paraguai	66	49	27	50	-	-
Uruguai	62	[45-49]	42	47	1	7
Média	59	48	31	46	23	4

Fonte: Ver Tabela 3.1.


Nota: No Uruguai, os dados relativos à idade são apresentados em intervalos de 5 anos. A média é ponderada pelo número de cuidadoras não remuneradas em cada país; as células vazias indicam que não há dados disponíveis. (Educação primária corresponde ao Ensino fundamental 1 e Ensino Secundário ao Ensino Fundamental 2 e Ensino Médio).



26. Todas as diferenças mencionadas no relatório são estatisticamente significativas com base nos dados disponíveis.

27. Em contrapartida, as pessoas com menos de 18 anos representam apenas 6% das cuidadoras de idosos.

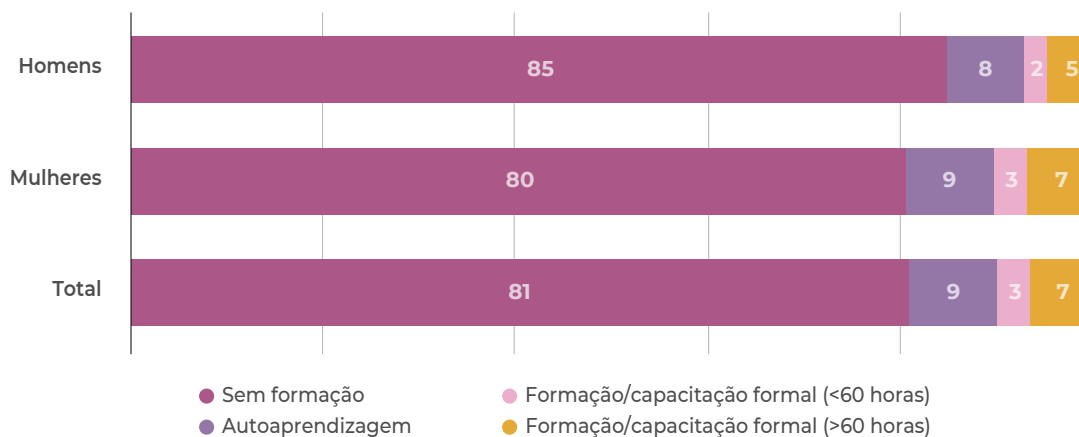


### 3.2.2 A maioria das cuidadoras não possui formação relacionada com os cuidados

Menos da metade (46%) das cuidadoras não remuneradas concluiu o ensino secundário (fundamental 2 e ensino médio), enquanto 31% concluíram apenas a educação primária (fundamental 1), (**Tabela 3.2** ); os 23% restantes não concluíram nenhum nível educativo. Esses níveis de escolaridade são semelhantes aos da população em geral e aos das pessoas que cuidam de crianças.

As cuidadoras não remuneradas têm muita pouca formação específica em cuidados. Menos de 20% declaram ter recebido algum tipo de formação em cuidados e apenas 7% concluíram um curso com mais de 60 horas (**Gráfico 3.1** ). A maior parte da formação foi obtida por autoaprendizagem. Esses achados representam um desafio, uma vez que a formação das pessoas cuidadoras está relacionada a uma maior qualidade dos cuidados e a uma melhor saúde das próprias cuidadoras (Fabiani et al., 2024). Conforme mostrado na **Seção 3.5**  as cuidadoras formadas relatam níveis mais baixos de estresse e depressão do que as não formadas.


**GRÁFICO 3.1 PORCENTAGEM DE PESSOAS CUIDADORAS NÃO REMUNERADAS DE ACORDO COM SEU NÍVEL DE FORMAÇÃO POR SEXO**





Fonte: Elaboração própria com base nos dados da Pesquisa do BID com pessoas cuidadoras.




## 3.3 Homens e mulheres apoiam os idosos de maneiras diferentes

Em média, as cuidadoras não remuneradas da região dedicam 7,5 horas semanais ao cuidado de pessoas idosas. Esse número varia significativamente entre os países, desde um máximo de 19 horas semanais na Argentina até um mínimo de 5 horas na Costa Rica (ver **Gráfico 3.2** ). É interessante notar que aquelas que cuidam de idosos que moram fora de casa dedicam mais tempo a atividades de cuidados do que aquelas que cuidam de idosos dentro de casa (8,9 horas semanais frente a 6,6 horas, em média).

Conforme indicado na **Seção 3.1** , a variação no número total de horas dedicadas aos cuidados pode ser devido ao número e ao tipo de atividades de cuidados incluídas em cada questionário, tal como ao grau de precisão na identificação das pessoas idosas como destinatárias dos cuidados (ver **Anexo A**  para mais detalhes). Além disso, as pessoas que respondem podem reportar parte do seu trabalho de cuidados como trabalho doméstico, uma vez que, por vezes, é difícil distinguir entre os dois.

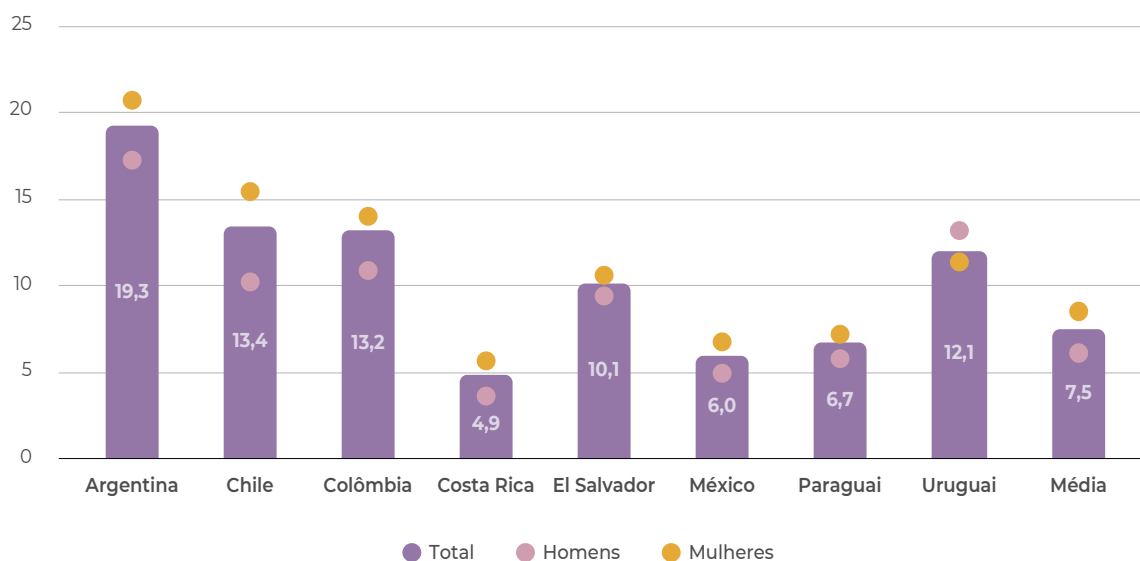
### 3.3.1 As mulheres dedicam mais horas aos cuidados e ajudam mais nas atividades básicas

As mulheres contribuem com 71% do total de horas dedicadas ao cuidado de pessoas idosas nos nove países com pesquisas sobre uso do tempo. Isso se deve ao fato de que as mulheres têm mais chances de desempenhar o papel de cuidadoras e, quando o fazem, dedicam mais tempo ao cuidado do que os homens.

As cuidadoras dedicam, em média, 8,5 horas semanais ao cuidado de idosos, ou seja, 2,4 horas a mais do que seus pares masculinos, que dedicam 6,1 horas em média (**Gráfico 3.2** ). O Uruguai é o único país onde os cuidadores homens dedicam mais tempo ao cuidado de idosos do que as mulheres. Esses resultados coincidem com as conclusões de Amarante e Rossel (2018), que analisam indicadores que medem as atitudes da população em relação aos papéis das mulheres na Colômbia, no México, no Peru e no Uruguai, e afirmam que o Uruguai é o país mais igualitário.



**GRÁFICO 3.2 TEMPO QUE AS PESSOAS CUIDADORAS DEDICAM AO CUIDADO DE PESSOAS IDOSAS**  
HORAS SEMANAIS, POR SEXO E PAÍS



Fonte: Ver [Tabela 3.1](#).

Nota: A média é ponderada pelo número de pessoas cuidadoras não remuneradas em cada país.

Além de dedicarem mais horas aos cuidados, as mulheres assumem as tarefas menos flexíveis e mais exigentes.<sup>28</sup> Elas dedicam sistematicamente mais tempo ajudando as e os idosos em atividades básicas, que são mais exigentes fisicamente e menos flexíveis em termos de horários, como alimentação, vestir-se ou tomar banho. Os homens, por outro lado, se concentram em atividades instrumentais, como fazer companhia ou fazer compras (ver [Tabela 3.3](#)). Isso ocorre em todos os países. Em média, homens e mulheres dedicam um tempo semelhante às tarefas relacionadas à saúde, ainda quando esse resultado varia de acordo com o país. Esta análise mostra outra dimensão importante do gênero nos cuidados não remunerados de longa duração: as atividades assumidas em maior medida pelas mulheres envolvem prestar assistência diariamente, várias vezes ao dia, por isso são tarefas mais difíceis de conciliar com o trabalho remunerado.

**28.** As informações sobre o tempo dedicado por tipo de atividade estão disponíveis apenas para pessoas cuidadoras que prestam cuidados de longa duração em seus domicílios.



**TABELA 3.3 TEMPO DEDICADO A CUIDADOS NÃO REMUNERADOS A PESSOAS IDOSAS, POR TIPO DE ATIVIDADE HORAS SEMANAIS, POR SEXO E PAÍS**

		ABVD	AIVD	SAÚDE	PESSOAIS	TRANSFERÊNCIA	TOTAL
Argentina	Homens			3,3	13,8	0,1	17,3
	Mulheres			3,8	16,0	1,0	20,7
Chile	Homens	3,2	2,1	2,3			7,2
	Mulheres	10,2	1,3	2,9			10,0
Colômbia	Homens	4,3		4,5			8,8
	Mulheres	6,7		6,0			12,6
Costa Rica	Homens	1,1	1,6	0,8			3,5
	Mulheres	3,3	1,7	1,0			5,9
El Salvador	Homens	0,0	8,4	1,2			9,6
	Mulheres	0,1	9,4	1,2			10,6
Mexico	Homens	2,2	0,9	0,9			4,0
	Mulheres	4,5	0,5	0,8			5,8
Paraguai	Homens	0,7	0,7	4,5			5,9
	Mulheres	2,8	0,5	3,9			6,7
Uruguai	Homens	2,0	15,0	1,1			18,1
	Mulheres	5,1	8,0	2,7			15,8
Média	Homens	2,1	1,7	1,3			5,4
	Mulheres	4,9	1,3	1,5			7,6

Fonte: Ver [Tabela 3.1](#).

Notas: Nem todos os tipos de atividade estão incluídos em todas as pesquisas (ver o [Anexo A](#) para mais detalhes). Para a definição de ABVD e AIVD, ver [Requadro 2.1](#). “Saúde” refere-se a atividades que prestam auxílio à saúde da pessoa cuidada; “atividades pessoais” são atividades de cuidados pessoais, incluindo atividades básicas e instrumentais; “transporte” inclui o tempo dedicado ao transporte de idosos. O Brasil foi excluído porque sua pesquisa não permite medir o número de horas dedicadas ao cuidado de pessoas idosas. A média é ponderada pelo número de pessoas cuidadoras não remuneradas em cada país.

As pessoas cuidadoras que convivem com quem recebe cuidados — em particular, as mulheres — também dedicam várias horas por semana ao “cuidado passivo”, ou seja, estão disponíveis mesmo quando não estão realizando uma tarefa específica. No México, as cuidadoras dedicam, em média, 20 horas semanais ao cuidado passivo (com uma diferença de três horas entre cuidadoras e cuidadores homens), números que não constam na [Tabela 3.3](#), pois são poucas as pesquisas de uso do tempo que coletam informações sobre o cuidado passivo. Ao omitir esse aspecto, subestima-se a dimensão total de cuidados não remunerados e a análise da diferença entre mulheres e homens pode ser enviesada.




### 3.3.2 Níveis de escolaridade mais elevados não implicam necessariamente menos tempo dedicado aos cuidados a idosos

O efeito da educação sobre o tempo não remunerado dedicado para auxiliar idosos não parece seguir um padrão claro. Em média, as pessoas com ensino secundário ou mais dedicam a mesma quantidade de tempo semanal aos cuidados não remunerados que aquelas pessoas com níveis de escolaridade mais baixos.

Esses resultados variam de acordo com o país: na Costa Rica, no México e no Paraguai, ter níveis educacionais mais elevados está relacionado a menos horas de cuidados por semana, enquanto no Uruguai e na Colômbia ocorre o contrário. Na Argentina e no Chile, ambos os grupos de pessoas cuidadoras dedicam praticamente o mesmo tempo de assistência às e aos idosos (não há dados do Brasil e de El Salvador). Esta conclusão está em consonância com Ferrant e Thim (2019), que analisam dados de Bangladesh, da Etiópia, do Peru e da África do Sul e mostram que a educação não está correlacionada com uma menor quantidade de tempo dedicado ao trabalho não remunerado.

## 3.4 De quem cuidam?

Na maioria dos casos, as cuidadoras não remuneradas cuidam da mãe (59%) ou do pai (22%). Em 13% dos casos, prestam cuidados ao cônjuge. Aproximadamente 30% cuidam de outros familiares ou amigos, incluindo sogros, irmãos ou vizinhos.<sup>29</sup> As pessoas que recebem cuidados não remunerados têm, em média, 81 anos e são em sua maioria mulheres (71%). Além disso, frequentemente apresentam doenças crônicas e deficiências físicas (mais de 40% em cada caso); 28% têm algum tipo de demência, uma porcentagem que chega a 35% no Brasil e a quase 40% no Chile. Quem cuida de pessoas com demência tem maior probabilidade de sobrecarga mental e física e precisa de apoios específicos (ver [Seção 3.5](#) .

Os dados das pesquisas sobre o uso do tempo mostram que aproximadamente um quarto (26%) das pessoas que cuidam de idosos também cuidam de crianças, seja na mesma casa ou em outras casas. Aquelas ou aqueles que cuidam tanto de crianças quanto de pessoas idosas são conhecidas como pessoas cuidadoras da geração “sanduíche” ou “pivô” (*sandwich ou pivot generation carers*) (Burke e Calvano, 2017). À medida que a expectativa de vida aumenta e a maternidade ou paternidade é postergada, crescerá o número de pessoas cuidadoras da ge-

---

<sup>29</sup>. O total ultrapassa 100%, pois há pessoas que cuidam de mais de uma pessoa.



ração sanduíche, assim como o desafio de conciliar múltiplas responsabilidades de cuidados, trabalho e outras exigências da vida.

## 3.5 As consequências dos cuidados não remunerados

Cuidar de um familiar ou amigo — seja por obrigação, afeto ou ambos — pode ser muito gratificante. Ao mesmo tempo, as cuidadoras assumem custos significativos em termos de tempo e bem-estar físico e emocional (Watkins e Overton, 2024). Existem evidências abundantes em todo o mundo de que o cuidado não remunerado tem pelo menos duas consequências: (i) as cuidadoras não remuneradas têm menos probabilidades de ter um emprego remunerado ou, quando o têm, costumam ser empregos de menor qualidade; e (ii) tendem a apresentar pior saúde emocional e física (Watkins e Overton, 2024; Brimblecombe et al., 2018). A intensidade desses efeitos depende das características da pessoa cuidadora; do tipo e intensidade dos cuidados prestados; da disponibilidade, acessibilidade e qualidade dos serviços profissionais de cuidados; e das características do mercado de trabalho que facilitam ou dificultam a compatibilidade entre o trabalho remunerado e os cuidados não remunerados (Spann et al., 2020; Lightman e Link, 2021; Brimblecombe e Cartagena, 2022).

### 3.5.1 As cuidadoras não remuneradas têm menos probabilidades de participar do mercado de trabalho

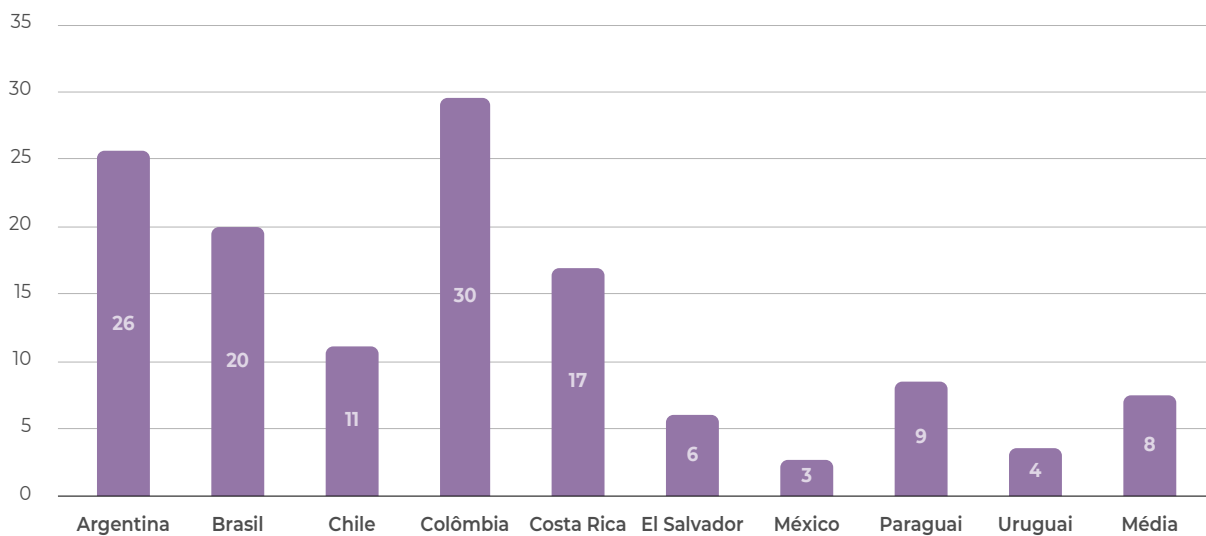
Por terem menos tempo disponível, as cuidadoras não remuneradas têm menos probabilidades de ter um emprego. Quando entram no mercado de trabalho, é mais provável que sejam empregos de tempo parcial ou que trabalhem por conta própria, que contribuam menos para a segurança social e que se aposentem mais cedo (Watkins e Overton, 2024; Charmes, 2019).

Este estudo conclui que 51% das cuidadoras não remuneradas de pessoas idosas têm um emprego, frente a 60% entre aquelas que não têm responsabilidades de cuidar de idosos (em ambos os casos, considerando apenas pessoas com 18 anos ou mais). Esse resultado pode ser explicado, em parte, pelo fato de que as pessoas cuidadoras são, em média, mais velhas do que a população adulta em geral (49 contra 43 anos), o que diminui a probabilidade de estarem em idade produtiva. Para controlar esse fator, a análise foi repetida considerando apenas pessoas de 30 a 59 anos, que presumivelmente já concluíram sua educação e não atingiram a idade de aposentadoria. Nesse caso, cuidar de idosos continua sendo associado a uma menor probabili-



dade de estar na idade ativa, resultando, em média, numa redução de oito pontos percentuais na probabilidade de ter emprego. A diferença é maior na Colômbia (30 pontos percentuais), Argentina (26 pontos percentuais) e Brasil (20 pontos percentuais) (ver **Gráfico 3.3** ).<sup>30</sup>

**GRÁFICO 3.3 DIFERENÇA NA TAXA DE EMPREGO, DE ACORDO COM AS RESPONSABILIDADES DE CUIDADO DE PESSOAS IDOSAS**  
DIFERENÇA EM PONTOS PERCENTUAIS NA TAXA DE EMPREGO ENTRE MULHERES QUE NÃO SÃO CUIDADORAS E CUIDADORAS ENTRE 30 E 59 ANOS, POR PAÍS



Fonte: Ver **Tabela 3.1** .

Nota: A média é ponderada pelo número de cuidadoras não remuneradas em cada país.

### *As responsabilidades de cuidados geram disparidades entre mulheres e homens nos mercados de trabalho*

A distribuição desigual das responsabilidades de cuidados entre mulheres e homens é um fator-chave que contribui para as disparidades na participação no mercado de trabalho e na renda entre ambos. Embora a maior parte das evidências se concentre nos cuidados infantis — e no que tem sido chamado de “penalização pela maternidade” —, estudos sobre os cuidados a idosos mostram resultados semelhantes.

**30.** Foi realizada uma análise preliminar para este relatório com o objetivo de avaliar se a diferença na participação no mercado de trabalho entre cuidadoras e não cuidadoras tem alguma relação com os níveis gerais de emprego dos países. As pesquisas sobre uso do tempo e os dados da Organização Internacional do Trabalho sobre as taxas de emprego da população entre 15 e 65 anos não mostraram um padrão claro.




Aproximadamente 25% das mulheres em 22 países da região trabalharam em regime de tempo parcial em 2019, em relação a apenas 11% dos homens (Araujo et al., 2024). Em uma análise que abrange o Chile, a Colômbia, a Costa Rica e o México, Stampini et al. (2020) se mostra que as mulheres que cuidam dos pais têm menos probabilidade de participar do mercado de trabalho. No México, ter um pai ou uma mãe que necessita de cuidados reduz a probabilidade de emprego das mulheres (mas não a dos homens) e, entre as mulheres que continuam trabalhando, reduz o número de horas trabalhadas (Stampini et al., 2022). Da mesma forma, Brito e Contreras (2024) constataram que as filhas de pais com problemas de saúde no Chile têm menos emprego e renda, mas os filhos homens não, o que amplia a diferença de renda entre homens e mulheres. Nessa mesma linha, Lightman e Link (2021) estudam 25 países (incluindo Brasil, Chile, Colômbia, México, Paraguai, Peru e Uruguai) e descobrem que, em famílias com idosos, a proporção da renda familiar que corresponde às mulheres diminui em 22%, algo que ocorre em todos os países, exceto no Peru, onde a proporção permanece constante, e no Paraguai, onde aumenta ligeiramente.

Os dados da Pesquisa do Sistema Nacional de Cuidados do México (2022) mostram que 68,4% das mulheres que não trabalham, mas que gostariam de fazê-lo, afirmam que não podem devido à falta de opções de cuidados. Pesquisas sobre o uso do tempo fornecem evidências coerentes com essas descobertas. Entre as mulheres que não trabalham — 31% na Colômbia e 43% no Uruguai —, as responsabilidades familiares são apontadas como a principal razão para não terem emprego. Entre os homens, esses percentuais são de 1% e 4%, respectivamente. Com base nos dados do Estudo Longitudinal do Envelhecimento Brasileiro, Giacomini et al. (2019) descobriram que 26% das pessoas que cuidam de idosos deixaram de trabalhar ou estudar devido às responsabilidades de cuidados, com uma diferença significativa entre os sexos (30% entre as mulheres e 14,5% entre os homens).



### *As responsabilidades de cuidados reduzem as horas de trabalho remunerado, em particular entre pessoas com menor nível de escolaridade*

Entre as pessoas que continuam empregadas, o cuidado de idosos reduz o número de horas trabalhadas com remuneração. Aquelas e aqueles que cuidam de idosos e têm um emprego remunerado trabalham, em média, duas horas a menos por semana do que os trabalhadores sem responsabilidades de cuidado. Esse resultado se explica inteiramente pela diferença nas horas pagas entre mulheres cuidadoras e não cuidadoras, que chega a três horas semanais. O cuidado de idosos não parece afetar o número de horas trabalhadas pelos homens. Esse efeito é consistente por sexo em todos os países, exceto na Argentina e no Uruguai, onde as mulheres cuidadoras declaram trabalhar mais horas em empregos remunerados do que as não cuidadoras (ver **Tabela 3.4** )

**TABELA 3.4 TEMPO DEDICADO AO TRABALHO REMUNERADO DE ACORDO COM A SITUAÇÃO DE CUIDADOS**

HORAS POR SEMANA ENTRE PESSOAS OCUPADAS DE 30 A 59 ANOS

	HOMENS			MULHERES			TOTAL		
	NÃO CUIDADOR	CUIDADOR	DIFERENÇA	NÃO CUIDADOR	CUIDADOR	DIFERENÇA	NÃO CUIDADOR	CUIDADOR	DIFERENÇA
Argentina	46	44	1	37	41	-4	42	43	-1
Brasil	42	40	2	38	36	1	40	38	2
Chile	45	43	2	38	36	2	42	39	3
Colômbia	49	47	1	43	40	3	46	42	4
Costa Rica	56	52	4	44	40	4	51	46	6
El Salvador	56	49	8	48	42	5	53	46	7
México	51	50	1	40	36	4	46	42	4
Paraguai	46	36	10	37	34	2	42	35	7
Uruguai	43	41	2	36	37	-2	40	39	1
Média	46	46	0	39	36	3	43	41	2

Fonte: Ver **Tabela 3.1** .

Nota: A média é ponderada pelo número de pessoas cuidadoras não remuneradas em cada país.



Em média, os cuidados têm um efeito negativo mais acentuado sobre as horas remuneradas entre as pessoas sem ensino secundário do que entre aquelas que concluíram o ensino secundário ou têm níveis de escolaridade mais elevados. Esta conclusão está em consonância com as evidências existentes que indicam que a pobreza de rendimentos e de tempo coexistem e se reforçam mutuamente.<sup>31</sup>

### 3.5.2 O cuidado pode gerar satisfação, mas também afeta o bem-estar emocional e físico das pessoas cuidadoras

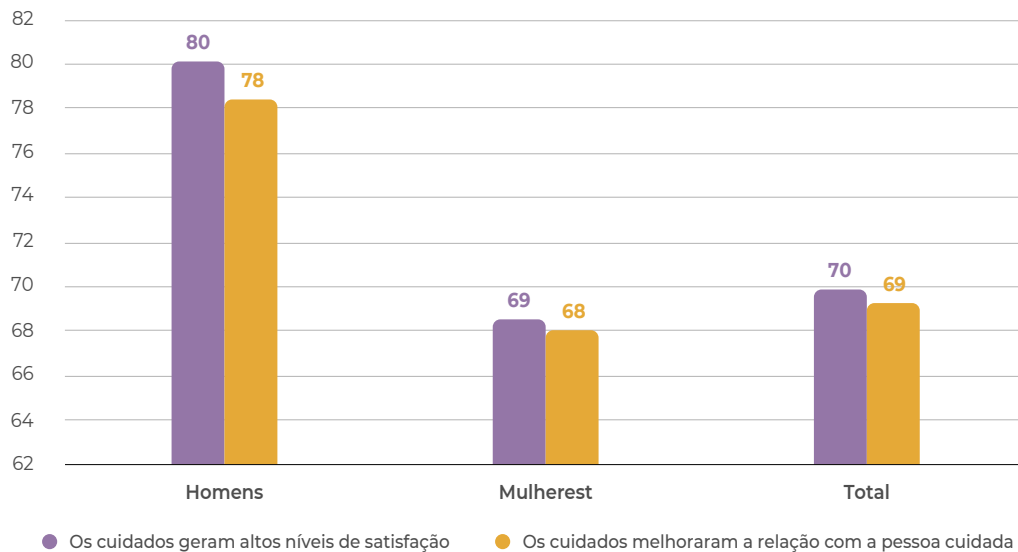
Na maioria das vezes, cuidar é uma fonte de satisfação. Quase 70% dos participantes da Pesquisa do BID com pessoas cuidadoras (ver Requadro 3.1) relataram que cuidar lhes proporciona altos níveis de satisfação, e uma proporção semelhante afirmou que melhorou sua relação com a pessoa cuidada. Ambas as porcentagens são mais altas entre os homens cuidadores (Gráfico 3.4), o que pode ser devido ao fato de que eles assumem com mais frequência as tarefas de cuidado por iniciativa própria e não como uma obrigação: 61% dos cuidadores não remunerados do sexo masculino indicaram que assumiram a responsabilidade porque quiseram, em relação a 53% das mulheres.

---

**31.** A pobreza monetária é geralmente medida como uma renda abaixo de um determinado limite (a "linha da pobreza"). Embora a pobreza monetária não capture todas as dimensões da pobreza, ela é um indicador da capacidade de uma pessoa ou família de cobrir certas necessidades críticas (como alimentação ou moradia) através do mercado. A pobreza de tempo é definida como a sensação persistente de não ter tempo suficiente para fazer tudo o que se deve (ou se quer) fazer (Giurge et al., 2020).



**GRÁFICO 3.4 EFEITOS POSITIVOS DO CUIDADO NO BEM-ESTAR DAS PESSOAS CUIDADORAS**  
% DE PERSONAS CUIDADORAS  
% DE PESSOAS CUIDADORAS



Fonte: Elaboração própria com base na Pesquisa do BID com pessoas cuidadoras.

No entanto, a satisfação é apenas uma faceta da experiência. As pessoas cuidadoras também relatam níveis elevados de estresse, solidão e depressão. Mais de 70% das pessoas entrevistadas relataram pelo menos algum nível de estresse, mais da metade se sente solitária e um terço apresenta sintomas de depressão (medidos pelo PHQ-2<sup>32</sup>). Além disso, quase 40% das pessoas cuidadoras afirmam que suas responsabilidades de cuidado tiveram um impacto negativo em sua saúde (Tabela 3.5 [☞](#)).

As consequências dos cuidados não remunerados sobre a saúde estão amplamente documentadas na literatura (Watkins e Overton, 2024; Brimblecombe et al., 2018). Quem cuida de idosos tem mais probabilidade do que a população em geral de sofrer episódios de depressão e relata um maior uso de medicamentos como antidepressivos, tranquilizantes, analgésicos e fármacos gastrointestinais (Coe e van Houtven, 2009).

32. O Questionário sobre a Saúde do Paciente-2 (PHQ-2, na sigla em inglês) investiga a frequência do estado de humor deprimido e da perda de interesse ou prazer em atividades antes gratificantes, com referência às duas semanas anteriores.



Esses efeitos negativos sobre a saúde e o bem-estar emocional são mais frequentes entre as mulheres cuidadoras, conforme mostrado na **Tabela 3.5**, cujos resultados coincidem com descobertas anteriores na literatura (Brimblecombe et al., 2018; Bom et al., 2019; Pinguart e Sörensen, 2003).

Os níveis mais elevados de estresse e depressão relatados pelas mulheres (**Tabela 3.5**) podem ser explicados, pelo menos em parte, por crenças culturais arraigadas que moldam a forma como os papéis e responsabilidades de cuidados dentro do lar são percebidos em função do gênero. Evidências qualitativas sugerem que o “senso de dever” para com a família é mais forte nas mulheres do que nos homens, o que faz com que elas se sintam mais propensas a se sentirem “presas” em seu papel de cuidadoras (Watkins e Overton, 2024; Zygouri, Cowdell e Ploumis, 2021). Em países mediterrâneos, onde os laços familiares são mais fortes e as políticas de cuidados de longa duração são mais inconsistentes, as filhas que cuidam dos pais sofrem maiores impactos na saúde mental do que seus pares em países com sistemas de cuidados mais sólidos (Brenna e Di Novi, 2016).

Os impactos mais pronunciados nas mulheres também coincidem com as evidências que apontam diferenças nas estratégias de enfrentamento entre homens e mulheres. Uma revisão sistemática qualitativa de Zygouri et al. (2021) constata que os estereótipos culturais influenciam não apenas a probabilidade de prestar cuidados, mas também as formas de desempenhar as tarefas e as estratégias para enfrentar a carga do cuidado. As mulheres se sentem mais limitadas quando se trata de pedir ajuda ou encontrar tempo individual para o autocuidado, o que intensifica a carga emocional associada aos cuidados.

**TABELA 3.5 EFEITOS NEGATIVOS DOS CUIDADOS NO BEM-ESTAR DAS PESSOAS CUIDADORAS**  
% DE PESSOAS CUIDADORAS COM A CONDIÇÃO

SEXO	ALGUM ESTRESSE	SINTOMAS DE DEPRESSÃO	SENTIMENTOS DE SOLIDÃO	IMPACTO NEGATIVO NA SAÚDE
Homens	60	26	49	27
Mulheres	73	35	56	40
Total	71	34	55	39

Fonte: Elaboração própria com base na Pesquisa do BID com pessoas cuidadoras.



As consequências dos cuidados na saúde emocional e física das cuidadoras não remuneradas também dependem da condição da pessoa cuidada (por exemplo, a gravidade das necessidades de cuidados de longa duração ou o deterioramento cognitivo). Quem cuida de idosos com demência ou problemas de saúde mental tem maior probabilidade de sofrer de estresse ou depressão, como mostra a **Tabela 3.6**. Este resultado coincide com descobertas anteriores presentes na literatura. Em uma metanálise que inclui evidências da Colômbia e do Brasil, Magaña, Martínez e Loyola (2020) constataram que os resultados negativos para a saúde se intensificam entre cuidadoras não remuneradas de pessoas com demência ou acidente vascular cerebral.

**TABELA 3.6 EFEITOS NEGATIVOS DOS CUIDADOS NO BEM-ESTAR DAS PESSOAS CUIDADORAS**

% DE PESSOAS CUIDADORAS COM A CONDIÇÃO, DE ACORDO COM O ESTADO DE SAÚDE DA PESSOA CUIDADA

	ALGUM ESTRESSE	SINTOMAS DE DEPRESSÃO	SENTIMENTOS DE SOLIDÃO	IMPACTO NEGATIVO NA SAÚDE
Transtorno de saúde mental	81	43	64	55
Demência	80	41	64	53
Deficiência física	77	38	60	47
Perda de visão e audição	76	37	60	44
Doença crônica	75	34	58	40
Doença terminal	71	36	60	39
Sem doença	47	23	35	14
Total	71	34	55	39

Fonte: Elaboração própria com base na Pesquisa do BID com pessoas cuidadoras.

Cuidar de pessoas idosas exige fisicamente e quase não permite pausas prolongadas. Os dados de pesquisas sobre o uso do tempo corroboram o argumento de que o cuidado pode afetar negativamente a saúde, deixando menos tempo para dormir e para o autocuidado. Quem cuida de pessoas idosas dorme, em média, duas horas a menos por semana do que quem não tem essa responsabilidade, com pouca diferença entre mulheres e homens (ver **Tabela 3.7**). É interessante notar que cuidar de idosos afeta mais o sono do que cuidar de crianças, uma responsabilidade tradicionalmente associada à falta de sono. No entanto, quem cuida de crianças dorme, em média, uma hora a mais por semana do que quem cuida de idosos.

**TABELA 3.7 EFEITOS DOS CUIDADOS NO TEMPO DE SONO**  
HORÁRIOS SEMANAIS DE SONO

	PESSOAS QUE NÃO CUIDAM DE IDOSOS	PESSOAS CUIDADORAS DE IDOSOS	TOTAL
Homens	53	51	53
Mulheres	54	52	54
Total	54	52	54

Fonte: Ver [Tabela 3.1](#).

Os dados da Pesquisa do BID com pessoas cuidadoras sugerem que os efeitos negativos na saúde, o estresse e a depressão são mais prováveis quando o cuidado é uma obrigação e não uma escolha. Aquelas e aqueles que cuidam de idosos porque não há mais ninguém disponível têm uma probabilidade muito maior de experimentar estresse (84% contra 64%), solidão (69% contra 46%) e sentimentos de depressão (46% contra 25%), em comparação com as e os que cuidam por iniciativa própria. Também são muito mais propensos a relatar impactos negativos na sua saúde (55% contra 28%) (ver [Tabela 3.8](#)).

**TABELA 3.8 IMPACTOS NEGATIVOS NA SAÚDE DAS PESSOAS CUIDADORAS, DE ACORDO COM O MOTIVO DOS CUIDADOS**  
% DE PESSOAS CUIDADORAS COM A CONDIÇÃO

MOTIVOS DOS CUIDADOS	ALGO DE STRESS	SINTOMAS DE DEPRESSÃO	SENTIMENTOS DE SOLIDÃO	IMPACTO NEGATIVO NA SAÚDE
Por iniciativa própria	64	25	46	28
Eu era a única pessoa que podia fazer isso	84	46	69	55
Outras pessoas me pediram	70	39	58	46
Outros motivos	75	40	62	39
Total	72	34	55	39

Fonte: Elaboração própria com base na Pesquisa do BID com pessoas cuidadoras.



### *A formação pode mitigar os impactos na saúde das pessoas cuidadoras*

A formação pode mitigar os efeitos negativos dos cuidados na saúde. Assim, as cuidadoras não remuneradas que receberam algum tipo de formação relatam níveis mais baixos de estresse e depressão e são menos propensas a afirmar que os cuidados têm um impacto negativo na sua saúde. Os benefícios da formação são observados tanto em homens como em mulheres (Tabela 3.9). Estes resultados coincidem com as evidências de intervenções — com amostras pequenas — que apresentam melhorias em várias medidas do bem-estar das cuidadoras como resultado da sua participação em programas de formação e apoio (Aksoydan et al., 2019). Essa é uma das razões pelas quais os países da região têm trabalhado para desenvolver oportunidades de formação para cuidadoras não remuneradas (ver Capítulo 5).

**TABELA 3.9 IMPACTOS NEGATIVOS NA SAÚDE DAS PESSOAS CUIDADORAS, DE ACORDO COM SUA FORMAÇÃO**  
% DE PESSOAS CUIDADORAS COM A CONDIÇÃO

SINTOMA	SEXO	NÃO RECEBEU FORMAÇÃO	RECEBEU ALGUMA FORMAÇÃO	TOTAL
Algum estresse	Homens	61	53	60
	Mulheres	75	68	73
	Total	73	67	72
Sintomas de depressão	Homens	26	23	26
	Mulheres	36	31	35
	Total	35	30	34

Fonte: Elaboração própria com base na Pesquisa do BID com pessoas cuidadoras.



## QUEM CUIDA?

→ Como apoiar e reconhecer quem cuida de pessoas idosas na América Latina e no Caribe



# 4 O papel das pessoas trabalhadoras remuneradas de cuidados de longa duração





As e os trabalhadores remunerados em cuidados de longa duração prestam cuidados (seja em um estabelecimento, no domicílio da ou do usuário ou no próprio domicílio de quem cuida) em troca de uma remuneração monetária. Isso inclui cuidadoras remuneradas e auxiliares de enfermagem que não são formadas nem certificadas como enfermeiras, mas que prestam serviços de cuidados de longa duração, bem como trabalhadoras domésticas que prestam cuidados a pessoas idosas. Este capítulo faz estimativa do número de pessoas cuidadoras remuneradas na América Latina e no Caribe, analisa suas características demográficas e socioeconômicas e oferece um perfil detalhado dessa força de trabalho, seu nível de formação, as tarefas que realizam e a quem cuidam, suas condições de trabalho e o efeito do trabalho de cuidados em seu bem-estar emocional. O **Anexo B** explica a metodologia utilizada neste capítulo para identificar as pessoas cuidadoras remuneradas a partir de pesquisas domiciliares e da força de trabalho, enquanto o **Requadro 4.1**, a seguir, apresenta informações sobre os dados utilizados e suas limitações.

#### **REQUADRO 4.1** DISPONIBILIDADE DE DADOS E PRINCIPAIS DESAFIOS PARA ANALISAR O PERFIL DAS CUIDADORAS REMUNERADAS

Os microdados das pesquisas domiciliares e das pesquisas da força de trabalho podem ser usados para estimar o número de cuidadoras remuneradas de pessoas idosas da região. As pesquisas domiciliares oferecem uma perspectiva abrangente das condições de vida e abrangem demografia, educação, saúde, moradia e padrões de consumo. Por outro lado, as pesquisas da força de trabalho fornecem informações sobre emprego, distribuição ocupacional e estruturas salariais. Este capítulo analisa pesquisas domiciliares ou da força de trabalho realizadas entre 2013 e 2024 em 17 países. O **Anexo B** detalha mais profundamente os métodos para fazer a estimativa. A análise também se baseia em dados da Pesquisa do BID com pessoas cuidadoras. Para uma discussão sobre essa fonte e suas limitações, consulte o **Requadro 3.1** e o **Anexo C**.

Nossa análise apresenta duas limitações. Primeiro, as pesquisas sobre a força de trabalho e os domicílios não permitem separar as cuidadoras remuneradas de idosos daquelas que cuidam de pessoas mais jovens com deficiência. Essa falta de granularidade pode gerar imprecisões ao estimar quantas trabalhadoras prestam cuidados especificamente a idosos e ao analisar suas condições. Segundo, essas fontes não permitem identificar as trabalhadoras domésticas que prestam cuidados a idosos. Este estudo faz estimativa de seu número com base na porcentagem de trabalhadoras domésticas com responsabilidades de cuidados de longa duração relatadas na literatura (Fabiani, 2023), mas não pode analisar em que suas características diferem das do conjunto de trabalhadoras domésticas.



## 4.1 Quantas pessoas cuidadoras remuneradas há na região?

Na América Latina e no Caribe, há aproximadamente três milhões de cuidadoras remuneradas de idosos: 1,2 milhão trabalha em ambientes domiciliares, 289.000 em estabelecimentos residenciais e 1,5 milhão são trabalhadoras domésticas com responsabilidades de cuidar de adultos (ver **Tabela 4.1**). Esses números refletem o predomínio dos cuidados domiciliares na região. Além disso, o elevado número de trabalhadoras domésticas com responsabilidades de cuidados (em relação às cuidadoras institucionais ou domiciliares) sugere que os cuidados muitas vezes não são reconhecidos como uma profissão diferenciada.

**TABELA 4.1 NÚMERO DE CUIDADORAS REMUNERADAS DE PESSOAS IDOSAS NA AMÉRICA LATINA E NO CARIBE**

PAÍS	PESSOAS CUIDADORAS INSTITUCIONAIS REMUNERADAS	PESSOAS CUIDADORAS REMUNERADAS EM CASA	TRABALHADORAS DOMÉSTICAS REMUNERADAS COM RESPONSABILIDADES DE CUIDADOS	TOTAL DE PESSOAS CUIDADORAS REMUNERADAS
Argentina	39.586	79.001	111.027	229.614
Bolívia	974	693	10.465	12.132
Brasil	89.614	697.227	612.756	1.399.596
Chile	14.938	46.467	33.363	94.768
Colômbia	17.749	5.412	88.177	111.337
Costa Rica	4.778	5.044	10.295	20.117
Ecuador	517	22.097	34.709	57.322
El Salvador	190	1.232	17.723	19.145
Guiana	448	451	726	1.625
Honduras	458	3.011	13.954	17.423
Jamaica	4.668	2.012	4.576	11.256
México	47.355	110.149	274.161	431.664
Panamá	1.204	4.121	7.492	12.817
Paraguai	1.060	6.543	26.159	33.762
Peru	7	14.055	52.627	66.688
Trindade e Tobago	5.962	4.514	2.178	12.654
Uruguai	14.275	17.808	9.911	41.994
Total	248.781	1.019.835	1.310.299	2.573.915
ALC	289.225	1.187.681	1.537.734	3.014.641

**Fonte:** Elaboração própria com base em questionários feitos com agregados familiares e também aplicados à força de trabalho (ver **Anexo B**).

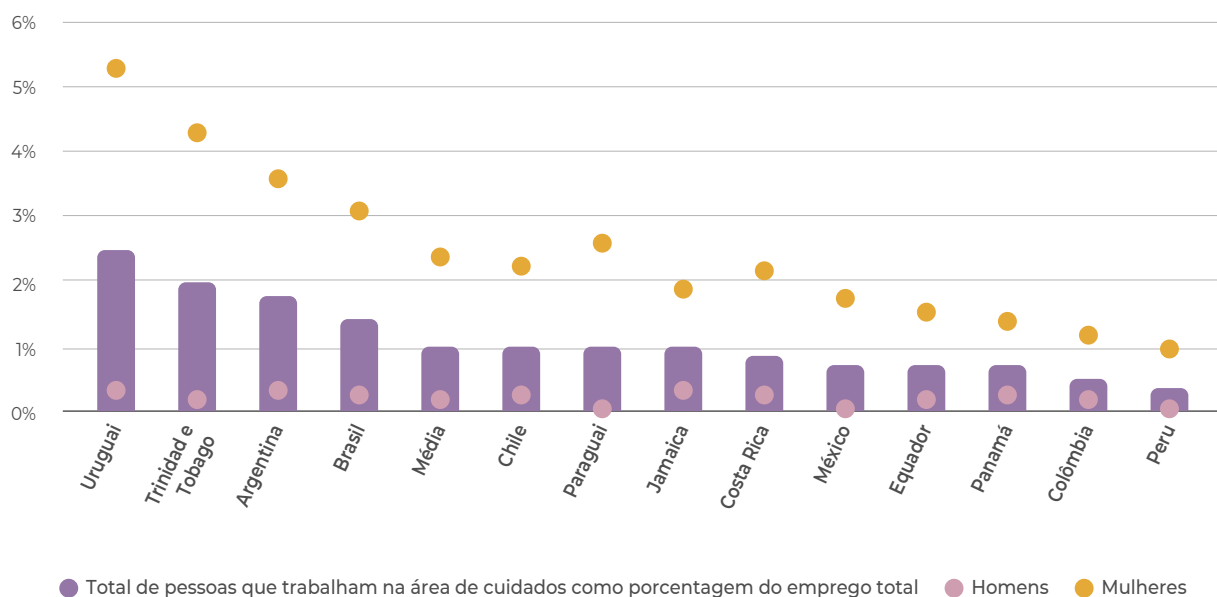
**Nota:** Para estimar o número total de pessoas cuidadoras remuneradas na região, somou-se o total combinado dos países da tabela (2,57 milhões) e, em seguida, extrapolou-se para toda a região (3 milhões) com base na razão média de pessoas cuidadoras remuneradas por população total em cada país. As estimativas populacionais provêm das Perspectivas da População Mundial das Nações Unidas (2023) para o ano de cada pesquisa domiciliar. Para as estimativas deste quadro, as pessoas cuidadoras foram identificados por meio da abordagem baseada em tarefas, exceto na Argentina e na Colômbia (que utilizam a abordagem baseada na indústria). A classificação do México agrupa aqueles que cuidam de crianças e aqueles que prestam cuidados pessoais, ambos sob "cuidados pessoais". Para as estimativas do México nesta tabela, supôs-se que metade das pessoas cuidadoras pessoais trabalha com adultos, em linha com Fabiani (2023).



No conjunto, o setor de cuidados de longa duração representa 1% do emprego total da região e 2,3% do emprego feminino. A participação do setor no emprego feminino total é maior no Uruguai (5,2% do emprego feminino), em Trindade e Tobago (4,2%), na Argentina (3,5%) e no Brasil (3%). No outro extremo da distribuição, o setor contribui com aproximadamente 0,9% do emprego feminino no Peru e 1,1% na Colômbia (Gráfico 4.1). Esses números destacam o papel fundamental da economia do cuidado no emprego das mulheres na região. As diferenças entre os países podem ser explicadas por vários fatores, entre eles aspectos demográficos e econômicos, a participação na força de trabalho e as políticas e sistemas que configuram a economia do cuidado.

Nos países da OCDE, o setor de cuidados de longa duração representa 1,9% do emprego total (OCDE, 2023a), aproximadamente o dobro da proporção observada na América Latina e no Caribe. Essa comparação destaca o desenvolvimento limitado do setor na região e reflete diferenças estruturais nas dinâmicas do mercado de trabalho, nos sistemas de proteção social e nos marcos políticos. Nos países da OCDE, a força de trabalho de cuidados de longa duração se beneficia de um quadro institucional mais sólido, maiores níveis de investimento público e privado e maior formalidade no emprego, o que contribui para que o setor tenha uma participação mais elevada no emprego total.

**GRÁFICO 4.1** TRABALHO REMUNERADO NA ÁREA DE CUIDADOS COMO PORCENTAGEM DO EMPREGO




**Fonte:** Elaboração própria a partir de dados de questionários feitos com agregados familiares e também aplicados à força de trabalho (ver Anexo B).


**Nota:** A média é ponderada pelo número de pessoas cuidadoras remuneradas em cada país.




## 4.2 Gênero, idade, escolaridade, etnia e status migratórios das cuidadoras

### 4.2.1 A maioria das pessoas que prestam cuidados remunerados são mulheres de meia-idade e com nível de escolaridade limitado.



As mulheres constituem 95% das trabalhadoras remuneradas na área de cuidados na região. Esse número é muito elevado se considerarmos que as mulheres representam apenas 43% da força de trabalho total. A Colômbia registra a menor porcentagem de cuidadoras, com 92%, enquanto o Paraguai alcança a maior, com 99% (ver **Tabela 4.2** ). Historicamente, as mulheres assumiram responsabilidades de cuidados dentro de suas famílias, e esse papel socialmente aceito se estendeu e se consolidou nos mercados de trabalho.


As cuidadoras remuneradas têm geralmente entre 40 e 50 anos, com uma idade média de 44 anos (**Tabela 4.2** ) , ou seja, quatro anos a mais do que a idade média das pessoas ocupadas (40), mas existem diferenças significativas entre os países. Assim, a cuidadora remunerada média é mais jovem no Paraguai (35) e mais velha em Trindade e Tobago (53). Na América Latina e no Caribe, as pessoas cuidadoras remuneradas têm um perfil etário semelhante ao dos países da OCDE, onde a idade média é de 45 anos, um ano e meio acima da força de trabalho em geral (OCDE, 2020).


Em média, quatro em cada dez pessoas cuidadoras remuneradas concluíram a educação secundária. Nesse sentido, o México apresenta a maior porcentagem de pessoas cuidadoras com ensino secundário completo (56%), seguido pelo Peru e pelo Chile (48%), enquanto o Uruguai registra taxas significativamente mais baixas de educação secundária (10%). Existem diferenças significativas no nível de escolaridade entre cuidadoras remuneradas em instituições e em domicílio: na Argentina, 38% das cuidadoras em instituições têm ensino primário ou menos, frente a 60% das cuidadoras em domicílio (INDEC, 2024); no Chile, as porcentagens são de 15% e 33%, respectivamente (Ministério do Desenvolvimento Social e da Família do Chile, 2022). Os níveis de escolaridade das cuidadoras refletem a estrutura particular dos sistemas de cuidados em cada país. Por exemplo, em países onde auxiliares de enfermagem costumam prestar cuidados a pessoas idosas (muitas vezes na ausência de um perfil de cuidadora claramente definido), o nível médio de escolaridade das cuidadoras tende a ser mais alto, pois essas funções exigem qualificações mais avançadas. Em contrapartida, o nível médio de escolaridade é menor em países como o Uruguai, que desenvolveram o perfil profissional de cuidadora e exigem requisitos educativos baixos para a formação específica de ingresso (ver **Capítulo 6** ).



## 4.2.2 A participação de minorias étnicas e migrantes nos cuidados varia entre os países

A composição étnica da força de trabalho remunerada na área de cuidados varia significativamente entre os países da região. Assim, mais da metade (54%) das cuidadoras remuneradas se identifica como afrodescendente. O Brasil e Trindade e Tobago registram as maiores proporções: 67% e 52%, respectivamente (ver **Tabela 4.2** ). A média regional é fortemente influenciada pelo Brasil, que conta com uma grande força de trabalho no setor de cuidados e uma população afrodescendente numerosa. Por isso, o número regional deve ser interpretado considerando os contextos específicos e os pesos demográficos de cada país. Os povos indígenas representam 3% das cuidadoras remuneradas, uma porcentagem que não difere significativamente de sua participação na força de trabalho como um todo (5,5%). Dessa porcentagem, estimada com dados de sete países, se destaca o número do Peru, onde os povos indígenas constituem 26% da força de trabalho remunerada de cuidados (**Tabela 4.2** ).<sup>33</sup> Essas diferenças podem ser influenciadas por fatores históricos, culturais e demográficos próprios de cada país.

Em média, as e os migrantes internacionais constituem 8% das e dos trabalhadores remunerados no setor de cuidados.<sup>34</sup> As maiores participações são observadas na Costa Rica (23%) e no Chile (22%), o que indica que a migração transfronteiriça é um componente-chave da oferta de trabalho no setor de cuidados nesses países. Em contrapartida, o Equador e o Paraguai registram participações muito menores (2%). Os padrões migratórios na força de trabalho de cuidados não mudaram substancialmente em relação aos observados para 2019 por Fabiani (2023). Mais informações sobre essas mudanças podem ser consultadas no **Requadro 4.2** .

Os padrões migratórios no setor de cuidados na região diferem dos observados nos países da OCDE, onde as e os migrantes constituem, em média, 20% da força de trabalho de cuidados de longa duração, com máximos em Israel (71%), na Irlanda (48%), no Canadá (34%) e na Suíça (31%) (OCDE, 2020). A Itália também depende em grande medida de trabalhadores nascidos no estrangeiro para cobrir a procura de serviços de cuidados: 72% dos seus assistentes de cuidados pessoais provêm do estrangeiro (Observatório Nacional sobre Trabalho Doméstico, 2024). O **Tabela 4.2**  sugere que, ao contrário dos países de alta renda de outras regiões, o número de trabalhadores nacionais no setor de cuidados na América Latina e no Caribe pode continuar sendo suficiente para satisfazer a demanda atual por serviços remunerados, o que se traduz em

**33.** Isso está em consonância com os dados sobre trabalho doméstico remunerado. No México, as mulheres indígenas representam 28,4% das trabalhadoras domésticas e, na Guatemala, 27,6% (OIT, 2021).

**34.** Os migrantes internacionais constituem 8% das pessoas cuidadoras remuneradas, contra 6% da população ocupada como um todo. No entanto, essa diferença não é estatisticamente significativa.



menor participação de migrantes no setor. Em contrapartida, os países da OCDE apresentam uma maior demanda por serviços de cuidados, mas enfrentam dificuldades para tornar esse trabalho atraente para a mão de obra nacional, de modo que a demanda é atendida principalmente pela migração internacional.

**TABELA 4.2 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DAS PESSOAS CUIDADORAS REMUNERADAS**

PAÍS	MULHERES (%)	IDADE MÉDIA (ANOS)	EDUCAÇÃO SECUNDÁRIA (%)	INDÍGENAS (%)	AFRODESCENDENTES (%)	MIGRANTES INTERNACIONAIS (%)
Argentina	95	43	39			8
Brasil	93	45	21	1	67	
Chile	96	50	48	12		22
Colômbia	92	44	35	5	10	5
Costa Rica	97	47	18			23
Ecuador	94	44	42	3	6	2
Jamaica	94	45	33			
México	97	44	56			
Panamá	94	43	31	6	25	17
Paraguai	99	35	31			2
Peru	98	44	48	26	8	
Trindade e Tobago	98	53	34		52	9
Uruguai	97	46	10	3	9	3
Média	95	44	39	3	54	8

**Fonte:** Elaboração própria com dados de questionários feitos com agregados familiares e também aplicados à força de trabalho (ver [Anexo B](#)).

**Notas:** A média é ponderada pelo número de cuidadoras remuneradas em cada país. As células vazias indicam falta de dados ou um número insuficiente de observações.



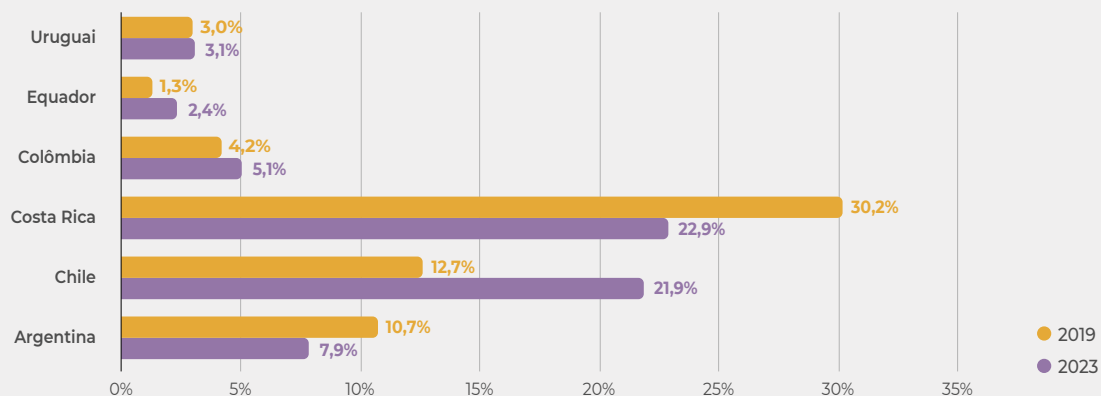
## REQUADRO 4.2 MIGRAÇÃO INTERNACIONAL E FORÇA DE TRABALHO NA ÁREA DE CUIDADOS, 2019 EM COMPARAÇÃO COM 2023

A porcentagem de cuidadoras remuneradas que são migrantes internacionais permaneceu relativamente estável nos últimos anos, com um ligeiro aumento de 7,9% em 2019 para 8,2% em 2023. Essa proporção supera sua participação no emprego total (6%), mas a diferença não é estatisticamente significativa. Além disso, essa média esconde variações importantes entre os países, que refletem diferentes padrões migratórios em resposta à pandemia da COVID-19.

A porcentagem de migrantes internacionais na força de trabalho remunerada no setor de cuidados aumentou no Chile, na Colômbia, no Uruguai e no Equador nos últimos anos. No Chile, a proporção passou de 12,7% em 2017 para 21,9% em 2022; na Colômbia, cresceu de 4,2% para 5,1% entre 2019 e 2022. Em contrapartida, a Costa Rica registrou uma queda de sete pontos percentuais na participação de cuidadoras internacionais, que passou de 30,2% para 22,9%. Da mesma maneira, na Argentina, a proporção de migrantes internacionais entre cuidadoras remuneradas diminuiu de 10,7% em 2019 para 7,9% em 2024 (ver [Gráfico 4.2](#) ).

Essas tendências podem obedecer a mudanças nos benefícios líquidos de migrar e trabalhar no setor de cuidados (domésticos ou internacionais) durante a pandemia da COVID-19. Assim, o aumento da demanda por cuidados de idosos em alguns países pode ter atraído cuidadoras internacionais para cobrir lacunas nos recursos humanos locais. A instabilidade política, econômica e social em países vizinhos também pode explicar o aumento da força de trabalho internacional de cuidados, uma vez que os trabalhadores buscam melhores condições de emprego no exterior. Para além disso, as mudanças nas políticas migratórias podem ter afetado o fluxo internacional de trabalhadores, com consequências para a composição da força de trabalho de cuidados de longa duração.

**GRÁFICO 4.2 PERCENTAGEM DE CUIDADORAS REMUNERADAS QUE SÃO MIGRANTES INTERNACIONAIS, 2019 EM COMPARAÇÃO COM 2023**



Fonte: Elaboração própria com dados de questionários feitos com agregados familiares e também aplicados à força de trabalho (ver [Anexo B](#) ).



## 4.3 As cuidadoras remuneradas carecem de formação

37% das cuidadoras remuneradas trabalham sem qualquer tipo de formação e apenas um quarto completou um curso específico de cuidados prolongados (de 150 horas ou mais). Os cursos de 60 a 150 horas representam 12% do total, enquanto o autoaprendizado e os cursos breves de menos de 60 horas constituem os 26% restantes (ver **Tabela 4.3** ☞). Conforme analisado mais adiante nos **capítulos 6** ☞ e **7** ☞, os cursos com menos de 150 horas podem não preparar adequadamente as pessoas cuidadoras para os desafios de seu trabalho (Aldaz Arroyo et al., 2023). Considerando que o Protocolo Ibero-Americano de Formação em Cuidados recomenda uma duração mínima de 260 horas (Organização Ibero-Americana de Segurança Social, 2022), esses dados confirmam o déficit de formação em recursos humanos no setor de cuidados de longa duração da região.

Os países com maior nível de formação estão localizados no Cone Sul e no Caribe. Por exemplo, 40% das pessoas cuidadoras da Argentina e quase 42% de Trindade e Tobago concluíram um curso prolongado de mais de 150 horas. Os países que dependem em maior medida de pessoas cuidadoras sem formação se concentram na América Central (**Tabela 4.3** ☞).

Em média, as cuidadoras remuneradas que trabalham em instituições têm mais probabilidades de ter feito alguma formação específica em cuidados (de qualquer duração) do que aquelas que trabalham em ambientes domiciliares (59% contra 45%, respectivamente). Em alguns países, a diferença nos níveis de formação entre trabalhadores institucionais e o domiciliares é maior. Em Barbados, por exemplo, 82% das e dos trabalhadores de instituições fizeram um curso de formação específico, enquanto 56% das e dos que trabalham em domicílio, e a porcentagem de pessoas cuidadoras institucionais que cursaram mais de 150 horas é o dobro da das pessoas cuidadoras domiciliares (75% contra 35%). Na Jamaica, mais de 80% das e dos trabalhadores em estabelecimentos de cuidados tem algum tipo de formação, uma proporção 31 pontos percentuais superior à das e dos trabalhadores domiciliares. No Equador, os números são 62% e 34%, respectivamente. Este último país, como analisado no **Capítulo 6** ☞, está avançando para melhorar a situação formativa de sua força de trabalho de cuidados.

Outras pesquisas na América Latina e no Caribe confirmam a falta de formação entre as cuidadoras remuneradas. No Chile, uma pesquisa realizada em 2020 com cuidadoras remuneradas pertencentes a 17 residências descobriu que apenas metade delas havia participado de cursos de capacitação (por exemplo, em primeiros socorros ou uso de equipamentos de proteção individual) nos dois anos anteriores. Adicionalmente, não havia um programa específico para



formar as e os trabalhadores na área de cuidados domiciliares em interação com as e os usuários nem no desenvolvimento das habilidades necessárias, o que fazia com que as cuidadoras se percebessem como pouco qualificadas (SENADIS, 2021). No Uruguai, López Gómez (2021) realizou uma pesquisa em 80 instituições de cuidados de longa duração em Montevideu e descobriu que 55% das trabalhadoras entrevistadas não tinham formação, enquanto apenas 17% tinham frequentado cursos com mais de 90 horas.

Em uma pequena amostra de trabalhadoras de cuidados de longa duração no Peru, apenas 12% haviam recebido mais de 60 horas de formação (Navarrete-Mejía et al., 2020). Na Jamaica, uma pesquisa realizada em 2016 com cuidadoras que prestam cuidados não institucionais a idosos constatou que 92% não tinham recebido formação formal. Apenas 8% relataram ter feito cursos de curta duração em escolas ou em enfermagem prática. Entre aquelas que não tinham formação, mais de 30% (em particular, menores de 45 anos) expressaram o desejo de se inscrever em cursos de enfermagem ou outra formação especializada (Holder-Nevins et al., 2018). Na Colômbia, o alto custo da formação aparece como o principal fator que explica essa lacuna (Ministério da Saúde e Proteção Social da Colômbia, 2013).

**TABELA 4.3 NÍVEL DE FORMAÇÃO**  
% DE PESSOAS CUIDADORAS, POR PAÍS

PAÍS	SEM FORMAÇÃO	AUTOAPRENDIZAGEM	CURSO DE CURTA DURAÇÃO (<60 HORAS)	CURSO DE DURAÇÃO MÉDIA (60-150 HORAS)	CURSO PROLONGADO (>150 HORAS)
Argentina	24	13	9	14	40
Barbados	39	3	11	9	39
Belize	44	13	8	12	23
Bolívia	48	22	7	4	19
Brasil	27	11	13	20	29
Chile	45	16	12	8	19
Colômbia	42	21	9	8	20
Costa Rica	45	16	10	6	22
Equador	45	18	8	7	21
El Salvador	60	24	4	3	9
Guatemala	38	30	7	7	17
Guiana	38	13	9	10	30
Honduras	54	22	7	3	14
Jamaica	42	6	11	8	33
México	54	20	6	5	15
Panamá	58	15	9	7	10
Paraguai	48	21	6	4	21
Peru	39	20	7	10	23
República Dominicana	45	22	9	6	18
Trindade e Tobago	29	6	11	12	42
Uruguai	27	11	14	16	32
Venezuela	40	22	9	6	24
Média	37	16	10	12	25

**Fonte:** Elaboração própria com base na Pesquisa do BID com pessoas cuidadoras.

**Notas:** As observações relativas às Bahamas, ao Haiti e ao Suriname são limitadas e, por isso, não são apresentadas individualmente na tabela. No entanto, esses países estão incluídos no cálculo da média regional. A média é ponderada pelo número de cuidadoras remuneradas em cada país.



## 4.4 As cuidadoras remuneradas realizam múltiplas tarefas

O trabalho de cuidado é complexo e envolve uma ampla combinação de tarefas. Assim, as cuidadoras remuneradas auxiliam as pessoas usuárias em suas necessidades diárias de cuidados, ajudam a manter um ambiente limpo, relatam mudanças na condição das pessoas atendidas e oferecem apoio emocional (OIT, 2018). Suas responsabilidades podem incluir atender às necessidades pessoais e terapêuticas, como higiene, alimentação, vestuário, mobilidade física, exercícios, comunicação, administração de medicamentos orais e troca de curativos. Também devem monitorar a condição da pessoa atendida e informar qualquer mudança aos profissionais de saúde ou serviços sociais. Como parte de suas tarefas, podem se encarregar da manutenção do ambiente da pessoa usuária, como trocar a roupa de cama, lavar roupas e louças e limpar os espaços habitáveis. Além disso, oferecem apoio emocional e psicológico por meio de conversas ou atividades como leitura em voz alta.

Os dados da Pesquisa do BID com pessoas cuidadoras indicam que as principais atividades realizadas por cuidadoras remuneradas incluem higiene e cuidados pessoais (72% das pessoas entrevistadas afirmam fazer essas tarefas), tarefas domésticas (45%), acompanhamento e recreação (40%), atividades de assistência à saúde (34%) e apoio prático (17%) (ver **Tabela 4.4**).<sup>35</sup> Essas tarefas variam entre cuidadoras remuneradas domiciliares e cuidadoras institucionais. Ambos os tipos de cuidadoras ajudam principalmente pessoas idosas na higiene e cuidados pessoais, o que inclui atividades como vestir-se, tomar banho, usar o banheiro, trocar fraldas, comer e beber. No entanto, aquelas que trabalham em ambientes institucionais são mais propensas a prestar assistência na área da saúde (o que inclui tarefas como medição de glicose, manuseio de oxigênio e tratamento de feridas) do que aquelas que trabalham em casa (45% contra 33%). Por outro lado, as cuidadoras domiciliares realizam com mais frequência tarefas domésticas (como preparar alimentos, limpar e fazer compras) do que aquelas que trabalham em instituições (47% contra 25%) (**Tabela 4.4**).

**TABELA 4.4 TAREFAS REALIZADAS POR CUIDADORAS REMUNERADAS**  
% DE CUIDADORAS





ÂMBITO DE TRABALHO	HIGIENE E CUIDADOS PESSOAIS	APOIO PRÁTICO	ATENÇÃO À SAÚDE	COMPANHIA E RECREAÇÃO	TAREFAS DOMÉSTICAS
Domicílio	71	17	33	39	47
Instituições	75	16	45	44	25
Total	72	17	34	40	45

Fonte: Elaboração própria com base na Pesquisa do BID com pessoas cuidadoras.

<sup>35</sup> As porcentagens não somam 100% porque as pessoas entrevistadas podiam selecionar várias atividades, de modo que a mesma cuidadora pode declarar que realiza mais de um tipo de tarefa. Por exemplo, uma cuidadora remunerada pode prestar apoio tanto na higiene e cuidados pessoais quanto nas tarefas domésticas



## 4.5 De quem cuidam?

Tal como acontece no caso dos cuidados não remunerados (ver **Capítulo 3** ) , os cuidados remunerados apresentam uma dupla dimensão de gênero: as mulheres constituem a maioria da força de trabalho do setor e também representam 77% das pessoas que recebem cuidados remunerados, de acordo com dados da Pesquisa do BID com pessoas cuidadoras (**Tabela 4.5** )<sup>36</sup>. Os homens têm uma probabilidade relativamente maior de cuidar de outros homens. Enquanto isso, aqueles que se identificam com outras identidades de gênero constituem apenas 4% das pessoas cuidadoras remuneradas, mas representam 12% das pessoas que prestam cuidados a pessoas idosas com outras identidades de gênero (**Tabela 4.5** ). Promover uma maior participação dos homens (e de todas as identidades de gênero) nos cuidados remunerados poderia contribuir para reduzir a escassez de pessoal e promover a igualdade de gênero nos cuidados de longa duração (OCDE, 2020) (ver **Capítulo 7** ) .

**TABELA 4.5 SEXO DAS PESSOAS CUIDADORAS REMUNERADAS E DAS QUE RECEBEM CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO**

SEXO	GÊNERO DA PESSOA CUIDADA, % POR LINHA (% POR COLUNA ENTRE PARÊNTESES)			
	MULHER	HOMEM	OUTRO	TOTAL
Mulher	80 (96)	20 (80)	0.3 (82)	100 (92)
Homem	36 (3)	63 (18)	0.3 (6)	100 (6)
Outro	70 (1)	26 (1)	4 (12)	100 (1)
Total	77 (100)	23 (100)	0.4 (100)	100 (100)

**Fonte:** Elaboração própria com base na Pesquisa do BID com pessoas cuidadoras.

**Notas:** Os números fora dos parênteses são porcentagens por linha. Por exemplo, as mulheres constituem 80% das pessoas que recebem cuidados de cuidadoras mulheres. Os números entre parênteses correspondem a porcentagens por coluna. Por exemplo, 96% das pessoas cuidadas que são mulheres recebem cuidados de cuidadoras mulheres. As estimativas percentuais para o grupo de outras identidades de gênero podem ser imprecisas, dado o número reduzido de observações na amostra (102 pessoas cuidadas estão classificadas como outras identidades de gênero).

**36.** Aranco et al. (2018) estimaram que dois terços das pessoas idosas com necessidades de cuidados são mulheres, mas a sua análise limitou-se àqueles que apresentam dificuldades nas atividades básicas da vida diária, em vez de se concentrar nas pessoas que recebem cuidados prolongados remunerados.



As pessoas que recebem cuidados remunerados de longa duração têm, em média, 83 anos e múltiplos problemas de saúde. Os mais frequentes são as deficiências físicas (48%), seguidas de demência, Alzheimer ou deterioração cognitiva (40%) e doenças crônicas (30%). Embora sua idade seja semelhante à das pessoas que recebem cuidados não remunerados (**Seção 3.4**), a prevalência de demência entre aquelas que recebem cuidados remunerados é muito maior (40% contra 28%). De acordo com a Pesquisa do BID com pessoas cuidadoras, a prevalência de demência e condições cognitivas é bastante mais elevada em ambientes residenciais do que domiciliares: 54% das que trabalham em instituições de cuidados de longa duração atendem pessoas com demência, Alzheimer ou deterioração cognitiva, em comparação com 37% das que prestam cuidados remunerados em domicílio.

Esses achados são semelhantes às de uma pesquisa realizada em 2016 na Jamaica, que incluiu cuidadoras de idosos que recebiam cuidados não institucionais. O estudo mostrou que a idade média das pessoas cuidadas era de 82 anos, sendo que 60% das pessoas que precisavam de assistência eram mulheres. Também constatou uma alta prevalência de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, entre as e os idosos. Além disso, 45% das pessoas cuidadoras relataram ajudar em uma ou mais atividades da vida diária (Holder-Nevins et al., 2018).

## 4.6 Condições de trabalho precárias e inseguras

### 4.6.1 O cuidado remunerado costuma ser um trabalho de tempo parcial.

Os cuidados remunerados são geralmente de tempo parcial, com uma média regional de 31 horas semanais. Na Argentina e no Uruguai, as cuidadoras profissionais trabalham ainda menos horas — 21 e 26 horas semanais, respectivamente — (ver **Tabela 4.6**). De igual forma, dados do Chile indicam que os horários de trabalho em tempo parcial são mais comuns no âmbito domiciliário do que no residencial: as cuidadoras remuneradas trabalham, em média, 33 e 38 horas, respectivamente (Ministério do Desenvolvimento Social e da Família do Chile, 2022). Colômbia, Jamaica e Peru são as exceções, com 40 horas ou mais, em média.

A predominância do trabalho de tempo parcial também é observada nos países da OCDE, onde 45% das e dos trabalhadores de cuidados de longa duração têm emprego a tempo parcial (OCDE, 2020). Dados da Itália revelam que 58% das cuidadoras remuneradas de idosos trabalham menos de 40 horas por semana (*Domina National Observatory on Domestic Work*, 2024). Essas condições de emprego são importantes: as e os trabalhadores em tempo parcial são mais



vulneráveis à pobreza, têm perspectivas limitadas de desenvolvimento profissional e, em alguns países, enfrentam acesso restrito a benefícios trabalhistas e proteção social (OCDE, 2018).

**TABELA 4.6 HORAS SEMANAIS TRABALHADAS POR PROFISSIONAIS DE CUIDADOS REMUNERADOS**  
HORAS SEMANAIS, POR PAÍS

PAÍS	PESSOAS CUIDADORAS REMUNERADAS	TOTAL DE PESSOAS OCUPADAS
Argentina	21	33
Brasil	31	39
Chile	31	38
Colômbia	41	44
Costa Rica	27	43
Ecuador	29	35
Jamaica	44	43
México	29	41
Panamá	36	37
Paraguai	37	43
Peru	40	39
Trindade e Tobago	37	39
Uruguai	26	38
Média	31	39

Fonte: Elaboração própria com base em questionários feitos com agregados familiares e também aplicados à força de trabalho.

Nota: A média é ponderada pelo número de cuidadoras remuneradas em cada país.

## 4.6.2 As cuidadoras remuneradas geralmente recebem salários baixos

Em média, as cuidadoras remuneradas ganham 90% do salário-mínimo (ver [Tabela 4.7](#)). De acordo com a Pesquisa do BID com pessoas cuidadoras, aquelas que trabalham em domicílios recebem menos renda do que aqueles que trabalham em instituições (Fabiani et al., 2024), números que destacam a precariedade enfrentada pelos profissionais de cuidados, especialmente em comparação com a população em geral, que, em média, ganha quase o dobro do salário-mínimo (1,9 vezes).



**TABELA 4.7 RENDA MENSAL DO TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE CUIDADOS E DA POPULAÇÃO OCUPADA COMO PROPORÇÃO DO SALÁRIO-MÍNIMO NACIONAL**

PAÍS	PESSOAS OCUPADAS	TOTAL DE PESSOAS CUIDADORAS
Argentina	1,6	0,6
Brasil	2,3	0,9
Chile	2,3	1,1
Colômbia	1,3	0,6
Costa Rica	1,5	0,6
Equador	1,0	0,6
Jamaica	1,5	0,4
México	1,7	1,2
Panamá	1,2	0,6
Paraguai	1,1	0,6
Peru	1,2	0,8
Trindade e Tobago	2,6	1,3
Uruguai	2,7	0,8
Média	1,9	0,9


**Fonte:** Elaboração própria com dados de pesquisas domiciliares e da força de trabalho.

**Nota:** Esta tabela utiliza o salário-mínimo vigente no ano das pesquisas domiciliares ou da força de trabalho e baseia-se no Sistema de Informação sobre Mercados de Trabalho e Segurança Social do BID (2024). Para o México e a Costa Rica, utiliza-se o salário-mínimo de 2022 (o mais recente disponível). Para Trindade e Tobago, utiliza-se um salário-mínimo de T\$ 12,50 por hora (US\$ 1,84), relatado por Mahabir et al. (2013) para 2011. Esse valor foi multiplicado por 160 horas para torná-lo comparável com as estatísticas de renda mensal do trabalho. Para a Argentina, o Brasil, o Peru e o Uruguai, os valores do salário-mínimo foram obtidos dos diários oficiais de cada país, de acordo com o ano da pesquisa de emprego ou de domicílios. A média é ponderada pelo número de cuidadoras remuneradas em cada país.

### 4.6.3 Os empregos remunerados na área de cuidados são geralmente informais e não têm acesso à proteção social contributiva

O emprego informal e a falta de proteção social são muito comuns entre as cuidadoras remuneradas. Apenas 26% contribuem para o sistema de segurança social, frente a 54% do total de pessoas ocupadas. O emprego formal é mais alto no Uruguai (61%) e mais baixo no México, Paraguai e Peru, onde 6% ou menos das cuidadoras remuneradas contribuem para a segurança social (ver **Tabela 4.8** ☞). Como mostrado no **Capítulo 6** ☞, as maiores taxas de formalidade no Uruguai podem ser associadas aos esforços desse país para melhorar as condições de trabalho doméstico e estabelecer um sistema nacional de cuidados. Isso destaca a importância das políticas de cuidados e trabalho para melhorar as condições do setor.



Apenas 33% das cuidadoras remuneradas têm contrato por escrito (**Tabela 4.8** ) , o que pode ser explicado em parte pelo fato de mais da metade delas trabalhar por conta própria (56%). Esse achado coincide com a literatura existente: por exemplo, informações da pesquisa domiciliar do Chile revelam que uma em cada duas assistentes de cuidados pessoais tem contrato por escrito (Ministério do Desenvolvimento Social e da Família do Chile, 2022). No Panamá, 65% das assistentes de cuidados pessoais não têm contrato formal (INEC, 2019), enquanto no México esse número chega a 78% (INEGI, 2024).

As cuidadoras que trabalham em domicílios costumam enfrentar condições mais precárias do que aquelas que trabalham em instituições. De acordo com a Pesquisa do BID com pessoas cuidadoras, entre aquelas que trabalham em domicílios, 29% contribuem para a segurança social, 30% têm contrato por escrito e 58% trabalham por conta própria, contra 42%, 57% e 35%, respectivamente, entre as e os trabalhadores institucionais.



**TABELA 4.8 CONTRIBUIÇÕES PARA A SEGURANÇA SOCIAL, TIPO DE CONTRATO E RELAÇÃO DE TRABALHO**  
% DE PESSOAS CUIDADORAS, POR PAÍS


PAÍS	CONTRIBUI PARA A PREVIDÊNCIA SOCIAL		CONTRATO ESCRITO / RECIBO DE PAGAMENTO	RELAÇÃO DE TRABALHO		
	PESSOAS OCUPADAS	PESSOAS CUIDADORAS REMUNERADAS		POR CONTA PRÓPRIA / CONTRATANTE INDEPENDENTE	PESSOA ASSALARIADA (POR HORA OU MENSAL)	OUTRO
Argentina	48	28	27	64	27	9
Barbados		34*	41	32	56	12
Belize		19	34	46	37	17
Bolívia		12*	32	69	24	7
Brasil	65	35	43	48	39	13
Chile	70	47	36	45	34	21
Colômbia	41	19	40	51	34	15
Costa Rica	70	37	36	47	37	16
Equador	29	17	30	57	30	12
El Salvador		14*	21	62	26	12
Guatemala		9*	27	69	21	10
Guiana		17*	21	38	43	19
Honduras		7*	23	56	30	14
Jamaica		21*	19	27	46	27
México	38	5	17	71	14	14
Panamá	58	37	32	50	34	16
Paraguai	22	6	30	61	26	14
Peru	19	4	19	70	20	10
República Dominicana		14*	29	54	34	12
Trindade e Tobago		16*	26	38	47	15
Uruguai	77	61	67	32	57	11
Venezuela		22*	27	70	23	7
Medía	54	26	33	56	30	14

**Fonte:** As contribuições para a previdência social (colunas 2 e 3) foram calculadas com base em dados de pesquisas domiciliares e da força de trabalho. O tipo de contrato (coluna 4) e a relação de trabalho (colunas 5, 6 e 7) baseiam-se na Pesquisa do BID com pessoas cuidadoras.

**Nota:** Para os países marcados com um asterisco (\*), os dados relativos às contribuições para a segurança social provêm do questionário do BID às pessoas cuidadoras. As células em branco indicam falta de dados. As observações para as Bahamas, o Haiti e o Suriname são limitadas e, por isso, não são informadas individualmente na tabela; no entanto, esses países estão incluídos no cálculo da média regional. A média é ponderada pelo número de cuidadoras remuneradas em cada país.



#### 4.6.4 O abuso verbal e físico é habitual

As cuidadoras remuneradas sofrem níveis significativos de abuso verbal e físico, sem diferenças apreciáveis entre os sexos: 38% declaram ter sofrido abuso verbal e 16%, abuso físico (ver **Tabela 4.9** ).<sup>37</sup> De acordo com a Pesquisa do BID com pessoas cuidadoras, ambos os tipos de abuso são mais frequentes em instituições do que nos domicílios dos usuários. Ademais, aquelas e aqueles que se identificam como afrodescendentes relatam níveis mais elevados de abuso verbal e físico do que quem se identifica com outras etnias. Os níveis de abuso variam pouco entre os países.

Esses números estão de acordo com os resultados da Pesquisa sobre a Força de Trabalho na Área de Cuidados<sup>38</sup> da Nova Zelândia de 2019, que documentou agressões verbais e violência física frequentes por parte das pessoas usuárias e suas famílias: quase metade dos gerentes, pessoas cuidadoras e pessoal de apoio relatou ter sofrido violência física ocasional ou frequente por parte das e dos usuários, e quase dois terços das e dos funcionários de enfermagem relatou ter sofrido experiências semelhantes (Ravenswood, Douglas e Ewertowska, 2021). Essa violência pode se manifestar como abuso verbal e físico, intimidação, degradação, humilhação ou críticas persistentes de pacientes, colegas ou gerentes. Da mesma maneira, as e os trabalhadores de cuidados de longa duração muitas vezes se abstêm de denunciar esses incidentes por medo de represálias ou de perder o emprego (Fasanya e Dada, 2015), por isso os resultados deste relatório podem estar subestimando a magnitude do problema.

**TABELA 4.9 PERCENTAGEM DE PESSOAS CUIDADORAS REMUNERADAS QUE SOFREM ABUSOS**

AMBITO DE TRABALHO	ABUSO VERBAL	ABUSO FÍSICO
Domicílio	38	15
Instituição	45	25
Total	38	16


Fonte: Elaboração própria com base na Pesquisa do BID com pessoas cuidadoras.

**37.** Uma proporção significativa das pessoas pesquisadas (10% no caso de abuso verbal e 7% no caso de abuso físico) escolheu a opção "Prefiro não responder"

**38.** Pesquisa sobre a força de trabalho na área de cuidados.



### 4.6.5 Apesar das condições precárias de trabalho, as pessoas cuidadoras não esperam mudar de profissão

As suas condições de trabalho costumam ser inadequadas; mas 45% das pessoas cuidadoras estão na profissão há mais de seis anos. Para muitas, o cuidado constitui uma carreira estável e duradoura (ver **Tabela 4.10** ). A profissão é mais estável em países como o Uruguai e a Argentina, onde 56% e 60% das cuidadoras, respectivamente, trabalham no setor há mais de seis anos. Além disso, dados da Pesquisa do BID com pessoas cuidadoras indicam que 59% das cuidadoras remuneradas acreditam que permanecerão na profissão: 62% das que trabalham em instituições e 59% das que prestam cuidados remunerados em domicílio afirmam que desejam continuar atuando como cuidadoras nos próximos anos.

Não é fácil obter informações que permitam comparar os níveis de retenção no setor de cuidados de longa duração com as médias da força de trabalho de cada país. No entanto, nos países da OCDE, a permanência média no setor é dois anos menor do que em outros setores (exceto na Holanda e na Noruega). Dados da Alemanha também revelam que é particularmente difícil reter as e os trabalhadores de cuidados durante o primeiro ano após a conclusão da formação. Dados do Painel Socioeconômico Alemão<sup>39</sup> indicam que apenas 68% dos profissionais de cuidados de longa duração permanecem na profissão do primeiro ao segundo ano. Contudo, após essa elevada rotatividade inicial, a retenção tende a se estabilizar (OCDE, 2020).

---

39. *Sozio-oekonomisches Panel.*

**TABELA 4.10 ANTIGUIDADE E EXPECTATIVAS DE CARREIRA**


PAÍS	ANTIGUIDADE NO EMPREGO ATUAL		ANTIGUIDADE NA PROFISSÃO		PERSPECTIVA DE CONTINUAR TRABALHANDO COMO CUIDADORA NOS PRÓXIMOS ANOS
	1 ANO OU MENOS	MAIS DE 1 ANO	6 ANOS OU MENOS	MAIS DE 6 ANOS	
Argentina	38	62	40	60	67
Barbados	23	77	51	49	64
Belize	43	57	70	30	75
Bolívia	43	57	71	29	58
Brasil	40	60	52	48	57
Chile	38	62	61	39	58
Colômbia	40	60	61	39	63
Costa Rica	36	64	53	47	60
Equador	42	58	68	32	60
El Salvador	40	60	71	29	61
Guatemala	40	60	57	43	68
Guiana	36	64	57	43	67
Honduras	47	53	73	27	51
Jamaica	37	63	55	45	58
México	38	62	57	43	58
Panamá	35	65	63	37	49
Paraguai	31	69	59	41	61
Peru	43	57	57	43	58
República Dominicana	46	54	67	33	63
Trindade e Tobago	39	61	46	54	63
Uruguai	29	71	44	56	71
Venezuela	45	55	55	45	68
Media	39	61	55	45	59

Fonte: Elaboração própria com base na Pesquisa do BID com pessoas cuidadoras.


Nota: As observações para as Bahamas, Haiti e Suriname são limitadas e, por isso, não são informadas individualmente na tabela; no entanto, esses países estão incluídos no cálculo da média regional. A média é ponderada pelo número de cuidadoras remuneradas em cada país.



## 4.7 A carga emocional e física do cuidado

O trabalho remunerado de cuidados está relacionado a altos níveis de estresse e sintomas de depressão, assim como os cuidados não remunerados, conforme analisado no **Capítulo 3** . Na Pesquisa do BID com pessoas cuidadoras, uma em cada cinco cuidadoras relata sintomas de depressão e mais de 45% declaram sentir estresse.

As cuidadoras remuneradas apresentam taxas elevadas de depressão e estresse em comparação com as registradas da população em geral. Por exemplo, Brito et al. (2022) estimam que 10,2% dos brasileiros com 18 anos ou mais relatam sintomas depressivos. Esse número é 16 pontos percentuais menor do que a taxa observada entre cuidadoras remuneradas. O Chile é uma exceção: nesse país, a prevalência geral de sintomas depressivos é estimada entre 15,8% (Ministério da Saúde do Chile, 2018) e 18,1% (Daray et al., 2017), em consonância com os 17% relatados entre cuidadoras remuneradas na Pesquisa do BID com pessoas cuidadoras.

Os impactos negativos na saúde emocional são menores entre as e os trabalhadores com formação específica em cuidados. Os dados da Pesquisa do BID com pessoas cuidadoras mostram que a formação está relacionada positivamente a níveis mais baixos de estresse e depressão (Fabiani et al., 2024). Isso sugere que proporcionar às cuidadoras os instrumentos e conhecimentos necessários para desempenhar suas tarefas de maneira ideal e para cuidar de si mesmas é fundamental para melhorar seu bem-estar. Conforme analisado no **Capítulo 6**  os países da região estão reconhecendo a importância da capacitação no setor de cuidados de longa duração e, portanto, trabalham na elaboração de opções de formação para cuidadoras remuneradas.



## QUEM CUIDA?

→ Como apoiar e reconhecer quem cuida de pessoas idosas na América Latina e no Caribe



# 5 Políticas para cuidadoras familiares



Como fica evidente no **Capítulo 3**, as cuidadoras familiares são as principais prestadoras de cuidados de longa duração na América Latina e no Caribe. Esse arranjo para o cuidado de pessoas idosas está culturalmente enraizado e, em alguns países, até mesmo consagrado na lei.<sup>40</sup>

O cuidado prestado por familiares e amigos contribuem substancialmente para a sociedade, favorecem o envelhecimento em casa e ajudam a conter os gastos públicos com cuidados de longa duração (Costa-Font et al., 2015). Porém, quando os cuidados são intensos e não contam com o apoio adequado, afetam negativamente a autonomia econômica, a saúde mental e física das pessoas cuidadoras. Também reduz as taxas de emprego e provoca perda de contribuições para a proteção social e de impostos.

Os países da região reconhecem cada vez mais o papel fundamental das cuidadoras familiares não remuneradas e estão intensificando seus esforços para apoiar seu trabalho, incluindo-as explicitamente nas políticas nacionais de cuidados ou de envelhecimento, fornecendo-lhes informação, capacitação e apoio emocional, introduzindo medidas de flexibilidade no trabalho que permitem conciliar as responsabilidades de cuidados e trabalho, e reconhecendo o trabalho de cuidados através de apoios financeiros diretos. Este capítulo analisa as políticas que os países da região implementaram para ajudar as cuidadoras não remuneradas a cuidar melhor de si mesmas e das pessoas sob seus cuidados.<sup>41</sup>

## 5.1 As agendas políticas incluem cada vez mais as cuidadoras familiares

### 5.1.1 Algumas políticas nacionais de cuidados ou envelhecimento mencionam explicitamente as cuidadoras familiares

Vários países (como o Brasil, a Colômbia, Costa Rica, El Salvador e o Uruguai) incluíram especificamente as cuidadoras não remuneradas como população-alvo em suas políticas ou planos nacionais de cuidados (ver **Tabela D.1**). O alcance desse reconhecimento e as ações concretas previstas variam de um país para outro. Em alguns casos, os países se limitam a identificá-las, como um primeiro passo para compreender suas características e necessidades, enquanto ou-

**40.** Por exemplo, no México, o artigo 9 da Lei dos Direitos dos Idosos estabelece que as famílias devem cumprir sua função social cuidando de forma constante e permanente de seus membros idosos (Governo do México, 2024).

**41.** Parte das informações apresentadas neste capítulo foi coletada por meio de entrevistas com representantes governamentais e especialistas (ver Introdução). Essas informações são referidas como Questionário OCDE-BID sobre a Força de Trabalho em Cuidados de Longa Duração.



tros implementam medidas para diminuir e redistribuir sua carga de cuidados (como o Brasil, a Colômbia e o Uruguai) ou focam explicitamente em intervenções que apoiem seu bem-estar mental, emocional e físico (como El Salvador). Por fim, a política nacional de cuidados da Costa Rica menciona o apoio às cuidadoras não remuneradas na gestão e na conciliação de suas responsabilidades de cuidados com a participação no mercado de trabalho. No caso do Chile, o país ainda não tem uma política nacional de cuidados ou envelhecimento que destaque a importância das cuidadoras familiares, mas o programa Chile Cuida, analisado mais adiante, reconhece sua relevância e lhes oferece benefícios.

As cuidadoras não remuneradas também são reconhecidas em políticas relacionadas ao envelhecimento em Barbados, na Colômbia, Costa Rica e em Trindade e Tobago. Essas políticas enfatizam, em diferentes graus, a necessidade de apoiar, capacitar e oferecer recursos para que as cuidadoras familiares possam prestar cuidados de melhor qualidade às pessoas idosas. Outros países tentaram estabelecer políticas semelhantes, mas ainda não as aprovaram.

### 5.1.2 Os países reconhecem o valor econômico do cuidado não remunerado

O valor do trabalho doméstico e dos cuidados não remunerados está ganhando importância na América Latina e no Caribe, na medida em que os países avançam em seu reconhecimento legal. Dessa maneira, as constituições do Equador,<sup>42</sup> da Bolívia<sup>43</sup> e República Dominicana o reconhecem oficialmente (Güezmes García e Vaeza, 2023). Outros países tentam seguir o mesmo caminho: no Chile, por exemplo, a Comissão da Mulher e da Equidade de Gênero apresentou um projeto de lei que reconhece o trabalho doméstico e de cuidados (Senado da República do Chile, 2019). Reconhecer e valorizar o trabalho doméstico e de cuidados não remunerado (muitas vezes ignorado nas políticas econômicas e sociais) estabelece as bases para políticas de apoio às cuidadoras, como benefícios de segurança social, direitos previdenciários ou compensações pelo trabalho não remunerado por meio de programas públicos de assistência. Isso afirma que todas as formas de trabalho, incluindo aquelas realizadas em casa sem remuneração, têm um valor intrínseco e contribuem para o bem-estar nacional.


Também houve esforços regionais para reconhecer as cuidadoras não remuneradas e melhorar seu bem-estar. Um marco foi a aprovação, em 2013, da Lei-Quadro sobre Economia do Cuida-

42. A Constituição de 2008 estabelece o seguinte: "Se reconoce como labor productiva el trabajo no remunerado de autosustento y cuidado humano que se realiza en los hogares"

43. "El Estado reconoce el valor económico del trabajo del hogar como fuente de riqueza y deberá cuantificarse en las cuentas públicas".



do pelo Parlamento Latino-Americano e Caribenho, que reconhece o trabalho doméstico de cuidado não remunerado como trabalho produtivo (PARLATINO, 2013). Em 2022, a Comissão Interamericana de Mulheres da Organização dos Estados Americanos elaborou a Lei Modelo Interamericana de Cuidados<sup>44</sup> que reconhece o trabalho de cuidados não remunerado como trabalho legítimo (OEA, 2022). A lei promove políticas que geram emprego, impulsionam a igualdade de gênero e oferecem oportunidades para que as cuidadoras não remuneradas — especialmente aquelas que pertencem a grupos em situação de desvantagem — possam ter acesso ao trabalho remunerado. Em 2025, a Corte Interamericana de Direitos Humanos reconheceu o cuidado como um direito humano autônomo em três dimensões: o direito de ser cuidado, o direito de cuidar e o direito ao autocuidado.<sup>45</sup>

Os países da região estão medindo cada vez mais o valor econômico do trabalho não remunerado. A Colômbia,<sup>46</sup> a Costa Rica<sup>47</sup> e o México (INEGI, 2013) fazem isso incorporando a economia do cuidado aos sistemas de contas nacionais por meio de “contas satélites” que calculam quanto o trabalho não remunerado contribui para o desenvolvimento econômico e social do país. As pesquisas de uso do tempo — disponíveis nestes países: Argentina, Chile, na Colômbia, Costa Rica, El Salvador, México, Paraguai, Peru, Uruguai e Brasil (por meio de um módulo na pesquisa nacional de domicílios) — são outra ferramenta valiosa para medir o valor econômico do trabalho não remunerado (incluindo o de cuidados). Mesmo que sua precisão e comparabilidade para medir cuidados de longa duração não remunerados estejam longe de serem perfeitas, conforme analisado no **Requadro 3.1** , essas pesquisas são úteis para a análise e a elaboração de políticas.

Alguns países também contam com iniciativas locais que reconhecem o valor dos cuidados familiares. No México, a Constituição da Cidade do México estabeleceu em 2017 o direito aos cuidados e enfatizou a necessidade de apoiar as cuidadoras remuneradas,<sup>48</sup> enquanto o estado de Jalisco estabeleceu disposições semelhantes em 2024.<sup>49</sup> Da mesma forma, o estado de Nuevo León lançou em 2024 a estratégia Cuidamos Nuevo León como parte de sua Lei de

44. Esta lei modelo é uma ferramenta regional para abordar a crise dos cuidados e estabelecer as bases para um novo pacto na organização social dos cuidados; redefinir o papel dos cuidados na sociedade; respeitar, promover e proteger os direitos econômicos das mulheres; redefinir os cuidados não remunerados como trabalho; e proteger, assegurar e garantir os direitos das pessoas dependentes, promovendo políticas de cuidados que impulsionem a criação de emprego e a igualdade de gênero e que facilitem a incorporação ao mercado de trabalho daqueles que prestam cuidados não remunerados a tempo inteiro, em particular dos grupos em situação de desvantagem.

45. Disponível em: [https://www.corteidh.or.cr/docs/comunicados/cp\\_55\\_2025.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/comunicados/cp_55_2025.pdf)

46. Lei 1413 de 2010, Colômbia.

47. Lei 9325 de 2015, Costa Rica.

48. Constituição Política da Cidade do México, 2017.

49. Lei do Sistema Integral de Cuidados para o estado de Jalisco, 2024.



Cuidados, uma iniciativa baseada em três pilares: reconhecer, reduzir e redistribuir o trabalho de cuidados.<sup>50</sup>

Na Bolívia, o município de Cochabamba foi além da lei nacional e, em 2015, implementou uma Lei Municipal de Economia do Cuidado Solidário para elevar o status social do trabalho não remunerado de cuidados.<sup>51</sup> Em 2019, outra lei municipal foi aprovada para promover a corresponsabilidade no trabalho não remunerado de cuidados e garantir a igualdade de oportunidades para todas as pessoas.<sup>52</sup> Essa lei estabelece a criação de centros e serviços de cuidados para crianças, adolescentes, idosos e pessoas com deficiência (Câmara Municipal de Cochabamba, 2019; Câmara Municipal de Cochabamba, 2016).

## 5.2 A informação, o apoio emocional e a capacitação ajudam as cuidadoras familiares a desempenharem melhor as suas tarefas.

Proporcionar às cuidadoras informações acessíveis, formação prática e apoio emocional é essencial para melhorar o seu bem-estar geral e a qualidade dos cuidados que prestam. Conforme descrito no **Capítulo 3**, as cuidadoras com formação relatam menos estresse e depressão do que aquelas que não receberam formação. Uma orientação clara e confiável lhes permite lidar com a complexidade das suas funções e procurar apoio quando necessário. Além disso, a formação personalizada melhora as suas competências e a sua confiança. Os mecanismos de apoio emocional também são cruciais porque ajudam a reduzir a carga psicológica e física dos cuidados, garantindo que as pessoas cuidadoras estejam mais bem preparadas para sustentar os seus esforços a longo prazo.

50. Disponível em: [www.nl.gob.mx/es/boletines/gobierno-de-nuevo-leon-presenta-estrategia-para-el-sistema-integral-de-cuidados](http://www.nl.gob.mx/es/boletines/gobierno-de-nuevo-leon-presenta-estrategia-para-el-sistema-integral-de-cuidados)

51. Lei Municipal de Economia Solidária dos Cuidados, Cochabamba, 2015

52. Lei Municipal de Corresponsabilidade no Trabalho de Cuidados Não Remunerados para a Igualdade de Oportunidades, Cochabamba, 2019.



## 5.2.1 Os serviços de informação são recentes e a orientação é insuficiente

As campanhas de informação sensibilizam para os desafios que as cuidadoras não remuneradas enfrentam e para os recursos de apoio que têm à sua disposição, podendo ainda promover o reconhecimento social do trabalho de cuidado. A informação para cuidadoras familiares é, possivelmente, o elemento fundamental do apoio e é especialmente importante porque muitas pessoas não se consideram como tal. Muitas vezes, essas pessoas assumem esse papel de forma gradual e sem perceber, o que significa que podem desconhecer as medidas de apoio concebidas para elas.

Vários países lançaram campanhas informativas. A maioria tem se concentrado em pessoas cuidadoras de crianças; no entanto, tem contribuído para dar visibilidade aos cuidados prestados a pessoas com deficiência e idosos. O então Ministério da Mulher, Gênero e Diversidade da Argentina implementou, em 2021-2022, as campanhas: Contemos os Cuidados e Cuidar em Igualdade.<sup>53</sup> O Chile e o Equador (Quito) também desenvolveram campanhas para reconhecer o trabalho das pessoas cuidadoras não remuneradas em 2023: Tornemos visível o invisível<sup>54</sup> e Cuide de quem cuida de você, respectivamente (Quito Informa, 2024). Na Costa Rica, a campanha Cuide-se para cuidar bem<sup>55</sup>, implementada pelo Instituto Misto de Ajuda Social<sup>49</sup>, forneceu informações sobre a importância dos serviços de descanso e dos programas disponíveis. Entre eles, estão o programa Cuidador Cuidado da Caixa Costarricense de Seguro Social e oficinas de autoestima e empoderamento.

As campanhas de informação podem ser complementadas com portais online para pessoas cuidadoras, oferecendo acesso a informações detalhadas sobre seus direitos, benefícios e serviços de apoio disponíveis. O Instituto Misto de Ajuda Social da Costa Rica<sup>56</sup> e o Instituto Mexicano do Seguro Social (IMSS)<sup>57</sup> desenvolveram exemplos desse tipo de portal.

Os registros de pessoas cuidadoras não remuneradas vão além das campanhas informativas, pois não apenas fornecem informações, mas também coletam dados que podem ser usados para adaptar o apoio às pessoas cuidadoras. Atualmente, apenas o Chile (Registro Social de Lares15) e a Costa Rica (Lei 10.192) possuem sistemas nacionais nos quais as pessoas cuidadoras

53. Disponível em: [www.argentina.gob.ar/generos/cuidados/camp-nac-cuidar-en-igualdad](http://www.argentina.gob.ar/generos/cuidados/camp-nac-cuidar-en-igualdad)

54. Consulte o vídeo publicado pela Rede Local de Apoio e Cuidados em 7 de novembro de 2023 em <https://www.youtube.com/watch?v=-37zwYRBvHUY>

55. Disponível em: [www.imas.go.cr/cuidateparacuidarbien](http://www.imas.go.cr/cuidateparacuidarbien)

56. Instituto Mixto de Ayuda Social.

57. Disponível em: [www.imss.gob.mx/personamayor/cuidados/personas-cuidadoras](http://www.imss.gob.mx/personamayor/cuidados/personas-cuidadoras)



familiares podem se inscrever para obter acesso preferencial a serviços públicos.<sup>58</sup> No Brasil, o estado do Paraná começou a criar um registro como parte do programa Paraná, Amigo da Pessoa Idosa.<sup>59</sup> A Colômbia e o Peru têm planos semelhantes (Comissão da Mulher e da Família, 2024; Ministério da Igualdade e Equidade da Colômbia, 2024; Congresso da República do Peru, 2024).

Alguns países oferecem serviços psicossociais e aconselhamento às cuidadoras. Esses serviços fornecem estratégias para lidar com suas tarefas (como autocuidado, gerenciamento do estresse, resolução de problemas e orientação para a tomada de decisões) que melhoram seu bem-estar emocional e a qualidade dos cuidados (Brimblecombe et al., 2018; Larkin, Henwood e Milne, 2019). O Brasil conta com iniciativas pioneiras: em nível nacional, as famílias dos usuários podem receber apoio psicológico por meio do programa Melhor em Casa do Ministério da Saúde<sup>60</sup> (Questionário OCDE-BID sobre a Força de Trabalho em Cuidados de Longa Duração), enquanto que, em nível estadual, o Programa de Apoio ao Cuidador da Bahia, dirigido a pessoas cuidadoras informais em situação de vulnerabilidade, oferecendo-lhes serviços de descanso, acupuntura, meditação, sessões psicoeducativas e terapêuticas em grupo e aconselhamento individual.<sup>61</sup> O Peru e a Colômbia também contam com iniciativas semelhantes por meio de seus ministérios da Saúde (Questionário OCDE-BID sobre a Força de Trabalho em Cuidados de Longa Duração; Ministério da Saúde e Proteção Social da Colômbia, 2022).

## 5.2.2 Mais da metade dos países oferece formação para pessoas cuidadoras familiares

Conforme indicado no **Capítulo 3** geralmente, as pessoas cuidadoras familiares não têm formação, o que pode aumentar a sua carga emocional e diminuir a qualidade dos cuidados prestados. A formação deveria abranger uma ampla gama de temas, incluindo formas adequadas de interagir com pessoas com demência, resposta a comportamentos agressivos, administração da medicação para mobilizar ou levantar pessoas sem risco de lesões para quem

58. Disponível em: <https://registrosocial.gob.cl/cuidados>.


59. Disponível em: <https://www.paranaamigodapessoaidosa.pr.gov.br/>.

60. A iniciativa Melhor em Casa, do Brasil, faz parte da abordagem inovadora das Comunidades Compassivas para o Cuidado, promovida pelo Ministério da Saúde. Ela mobiliza a sociedade civil e os serviços de saúde para criar redes comunitárias de apoio às pessoas que enfrentam fragilidade, doenças potencialmente fatais ou lutos, destacando que o cuidado é uma responsabilidade social compartilhada que transcende os limites clínicos tradicionais. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/cuidados-paliativos/comunidades-compassivas>.

61. Informações da apresentação realizada na 11ª reunião da Rede de Políticas de Cuidados de Longa Duração na América Latina e no Caribe (RedCUIDAR+). Disponível em: <https://vimeo.com/1040202108>. O programa é destinado a pessoas cuidadoras informais inscritas no Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso (CREASI), administrado pelo Ministério da Saúde. Disponível em: [www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/creasi/](http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/creasi/).



cuida ou recebe cuidados (Cès et al., 2019). Também deveria incluir habilidades relacionais (como acompanhamento no fim da vida e abordagem da depressão), autocuidado e ferramentas para apoiar a reintegração profissional após o término das responsabilidades de cuidado. Por último, os programas de formação deveriam adotar uma abordagem de cuidados centrada na pessoa e dotar as pessoas cuidadoras de capacidades para construir relações significativas com as pessoas cuidadas, apoiar a sua autonomia nas atividades cotidianas, incentivar a sua participação na tomada de decisões e promover a sua colaboração em atividades com propósito. Essa abordagem é essencial para promover o bem-estar tanto das pessoas cuidadas quanto de suas cuidadoras familiares (ver **Seção 7.2**).

Na América Latina e no Caribe, o alcance, a duração e a modalidade da formação para cuidadoras não remuneradas variam amplamente (ver **Tabela 5.1** ). A formação integral só está disponível em alguns países. No Chile, o Serviço Nacional de Capacitação e Emprego oferece um programa integral de 140 horas para cuidadoras de pessoas idosas. Em Medellín (Colômbia), existe um curso de formação de 120 horas para pessoas cuidadoras e cuidadoras de idosos. Da mesma forma, o Hospital de Clínicas, no Brasil<sup>62</sup> e o Instituto Mexicano do Seguro Social (IMSS), oferecem cursos para cuidadoras de idosos em condição frágil.<sup>63</sup>

Outros países oferecem formações mais curtas. O Equador, por exemplo, conta com a Certificação para cuidadores informais de idosos, ministrada pela Faculdade de Medicina da Universidade San Francisco de Quito, com um custo de US\$ 250 e duração de dois meses. Na Colômbia, a Universidade de Antióquia e a Pontifícia Universidade Javeriana oferecem programas de 20 horas para pessoas cuidadoras familiares (Gómez, 2023; Pontifícia Universidade Javeriana, s. f.). Além disso, o Programa de Atendimento Domiciliar para Pessoas com Dependência Grave do Chile oferece um curso de 15 horas para pessoas cuidadas e suas famílias (Chile Atiende, 2024). No México, tanto o Instituto Nacional de Geriatria quanto o Instituto de Segurança e Serviços Sociais dos Trabalhadores do Estado— em parceria com a Universidade Nacional Autônoma do México — oferecem cursos online de curta duração.<sup>64</sup> Até agora, a Costa Rica tem se concentrado na formação em autocuidado, ministrada através do portal Cuidar.cr.<sup>65</sup>

62. Universidade Federal de Minas Gerais.

63. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hcufmg/comunicacao/noticias/inscricoes-para-curso-de-cuidador-de-idosos-estao-abertas>.

64. Disponível em: <https://www.gob.mx/issste/prensa/issste-y-unam-disenan-exitoso-curso-para-cuidadores-de-personas-envejecidas> y <https://www.gob.mx/inger/acciones-y-programas/curso-basico-de-cuidadores>.

65. Disponível em: <https://www.imas.go.cr/cuidateparacuidarbien/servicios-de-respiro.html>.



Às vezes, a formação é oferecida como parte de programas de atendimento domiciliar. É o caso do Saúde em Casa, do México,<sup>66</sup> e do Programa de Atenção Domiciliária, no Peru (Questionário OCDE-BID sobre a Força de Trabalho em Cuidados de Longa Duração). O programa peruano oferece, além disso, uma oficina especializada de quatro semanas com conhecimentos práticos sobre o cuidado de idosos. A oficina se concentra nas principais condições que afetam as pessoas idosas e ensina técnicas essenciais de atendimento domiciliar (EsSalud, 2015).

A maioria dos programas de formação para pessoas cuidadoras familiares é gratuita. Em alguns casos, especialmente em cursos mais extensos, incluem compensações pelo tempo investido. No Chile, quem participa do curso de 140 horas do Serviço Nacional de Capacitação e Emprego pode receber um subsídio diário de assistência de CLP\$ 4.000 (US\$ 4,25) e um complemento de CLP\$ 5.000 (US\$ 5,31) se cuidarem de uma pessoa com dependência severa (SENCE, s. f.). Também têm direito a seguro contra acidentes e, ao concluir a formação, podem receber um subsídio adicional de CLP\$ 360.000 (US\$ 382,76) para ferramentas e materiais de capacitação. Em Medellín (Colômbia), aqueles que concluem o curso de 120 horas para pessoas cuidadoras familiares têm acesso a um subsídio de COL\$ 1.323.174 (US\$ 316,17) (Galvis, 2023). Por fim, em Barbados, o programa Cuidado de Pessoas Idosas<sup>67</sup> oferece aos participantes que frequentam todas as sessões um estipêndio semanal de BB\$ 125 (US\$ 63,62).

Recentemente, foram promovidas iniciativas para certificar as cuidadoras familiares no final da formação, a fim de garantir que tenham as qualificações e competências básicas necessárias para desempenhar suas tarefas. Para além de garantir a qualidade, a certificação também contribui para reconhecer o papel fundamental das cuidadoras informais na sociedade e na economia (Llena-Nozal, Rocard e Sillitti, 2022). Assim, a certificação pode ser considerada um passo em direção à profissionalização do trabalho de cuidado, pois pode incentivar mais formação e abrir trajetórias de emprego nos setores de cuidados de longa duração, saúde ou serviços sociais. Na região, essa prática é incipiente, mas está em crescimento. Por exemplo, o programa virtual Te Cuido y Me Certifico (da Colômbia), com duração de quatro a seis semanas, permite que cuidadoras familiares certifiquem suas competências (SENA, 2024).

---

66. Disponível em: <https://www.salud.cdmx.gob.mx/servicios/servicio/salud-en-tu-casa>

67. *Care of the Elderly*.

**TABELA 5.1 CAPACITAÇÃO E CERTIFICAÇÕES DISPONÍVEIS EM PAÍSES DA AMÉRICA LATINA E DO CARIBE**

PAÍS	FORMAÇÃO	ORGANIZADOR	POPULAÇÃO-ALVO E REQUISITOS DE ELEGIBILIDADE	DURAÇÃO	OUTRAS INFORMAÇÕES (CONTEÚDO, MODALIDADE, CUSTO)
Barbados	Programa de Formação em Competências: Cuidados a Idosos	Conselho de Formação Profissional de Barbados.	>16 anos e 9 anos de escolaridade formal.	2 semestres.	Gratuito para cidadãos nacionais; cidadãos estrangeiros pagam taxa. Bolsa semanal de BB\$.125 com assistência completa. Conteúdo: banhar, vestir, cozinhar, RCP e primeiros socorros básicos.
Brasil	Fundamentos do Cuidado com o Idoso Frágil: Programa Cuidador de Idosos.	Hospital das Clínicas (UFMG) e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares; Fundação Unimed; em parceria com o Ministério Público do Trabalho.	> 18 anos.	60 horas em 3 meses.	Online e gratuito. Inclui o "Kit do cuidador de idosos frágeis" (com materiais sobre cuidados e saúde de idosos). Ministrado por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais.
Chile	Cuidados básicos integrais para idosos.	Ministério do Trabalho e Previdência Social / SENCE.	>16 anos, pertencentes a um lar dentro dos 60% da população com menor renda ou maior vulnerabilidade socioeconômica em nível nacional, de acordo com o Registro Social de Famílias. Sem requisitos para migrantes.	140 horas.	Inclui um subsídio diário de assistência de CLP\$ 4.000, seguro contra acidentes, uma contribuição para ferramentas no valor de CLP\$ 360.000 para aqueles que concluírem a formação e um subsídio adicional de cuidados no valor de CLP\$ 5.000 por dia para aqueles que cuidam de pessoas com dependência grave.
	Programa de Atendimento Domiciliar para Pessoas com Dependência Grave.	Ministério da Saúde.	Pessoas cuidadoras de pessoas inscritas em um centro de atenção primária à saúde, classificadas com dependência grave (índice de Barthel), parte do Programa de Dependência Grave.	<15 horas.	Adaptado às necessidades individuais; ênfase na aprendizagem prática. Disponível durante todo o ano, sem vagas limitadas.



PAÍS	FORMAÇÃO	ORGANIZADOR	POPULAÇÃO-ALVO E REQUISITOS DE ELEGIBILIDADE	DURAÇÃO	OUTRAS INFORMAÇÕES (CONTEÚDO, MODALIDADE, CUSTO)
	Eu cuido e obtenho certificação (Yo me cuido y me certifico)	Serviço Nacional de Aprendizagem (SENA)	>18 anos, documento de identidade (Correspondentes a: Carteira de Identidade Nacional, Carteira de Registro Nacional Migratório, ou Permissão de Proteção Temporária) e pelo menos 6 meses de experiência no trabalho a ser certificado.	4 a 6 semanas	Programa virtual de reconhecimento de aprendizagens prévias.
<b>Colômbia</b>	Diploma de cuidadores de idosos	Município de Medellín, Universidade da Antioquia, Faculdade de Medicina	Cuidadores informais	120 horas.	Aborda aspectos pessoais, familiares, de saúde, recreativos e sociais, saúde mental, família e envelhecimento. Benefícios adicionais: kits educativos, kits de primeiros socorros, kits de higiene, kits de cuidados básicos e primários.
	Cuidados a idosos para cuidadores não formais	Universidade Pontifícia Javeriana e Universidade da Antioquia, Faculdade de Medicina	Cuidadoras informais de idosos (familiares e não familiares)	20 horas.	Javeriana: online. Custo: 352.000 COP (83,87 USD). Antioquia: gratuito.
<b>Equador</b>	Certificação para Cuidadoras Informais de Idosos	Universidade San Francisco de Quito	Cuidadoras informais	2 meses.	Online. Custo: 250 USD. Conteúdo: cuidados a idosos e autocuidado.
<b>Jamaica</b>	Programa de formação para cuidadores de idosos (Older Adult Caregiver Training Program)	Centro de envelhecimento MONA.	Cuidadores, familiares de idosos, idosos e qualquer pessoa que deseje prestar cuidados a idosos.	<20 horas.	Fornecer informações e competências sobre cuidados a idosos e noções sobre o processo de envelhecimento. Estão previstos dois novos cursos: Compreender a saúde mental e primeiros socorros e RCP.



PAÍS	FORMAÇÃO	ORGANIZADOR	POPULAÇÃO-ALVO E REQUISITOS DE ELEGIBILIDADE	DURAÇÃO	OUTRAS INFORMAÇÕES (CONTEÚDO, MODALIDADE, CUSTO)
México	Formação para pacientes e pessoas cuidadoras do programa Saúde em sua Casa.	Secretaria de Saúde da Cidade do México	Afiliação ao programa Serviços Médicos e Medicamentos Gratuitos da Cidade do México.	Adaptada às necessidades de cada família.	Equipes de profissionais de saúde visitam os lares nas 16 prefeituras da Cidade do México para avaliar pacientes e pessoas cuidadoras. Inclui treinamento em temas de saúde e acompanhamento para pacientes e pessoas cuidadoras.
	Oficina para Pessoas cuidadoras Informais.	Instituto Mexicano do Seguro Social (IMSS).	Pessoas cuidadoras que prestam apoio em atividades básicas da vida diária (ABVD) a idosos	-	Oficinas presenciais. Conteúdo: elaboração de um plano de cuidados; cuidados diários, observação e apoio médico; síndromes geriátricas e seu manejo; fornecimento de medicamentos, nutrição e bem-estar; sono e descanso em idosos; vestir, banho e outros cuidados; mobilidade e deslocamentos; ABVD; apoio para prevenir o esgotamento do cuidador.
	Formação Inicial para cuidadores de Pessoas Idosas.	Instituto Mexicano do Seguro Social (IMSS).	Aberto ao público em geral.	40 horas.	Curso online em massa: elementos teóricos e práticos para melhorar os cuidados aos idosos. Módulos: plano de cuidados, higiene e cuidados, alimentação, exercício físico, mobilidade, apoio em tratamentos farmacológicos, cuidados com quem cuida.
	Programa de Capacitação.	Instituto Nacional de Pessoas Idosas.	Pessoas cuidadoras.	5 horas todas as sextas-feiras.	Ferramentas teóricas e práticas, principalmente sobre a distribuição equitativa dos cuidados a idosos e autocuidado.
Peru	Programa de Atendimento Domiciliar.	Seguro Social de Salud—EsSalud.	Pessoas cuidadoras familiares.	4 semanas	Apoio individualizado para pessoas cuidadoras familiares.


**Fonte:** Questionário OCDE-BID sobre a Força de Trabalho em Cuidados de Longa Duração, complementado com: Governo do Brasil (s. f.); UNASUS (s. f.); Chile Atende (2024); SENCE (s. f.); Pontifícia Universidade Javeriana (s. f.); SENA (2024); Gómez (2023); Galvis (2023); UWI (2019); SEDESA (2023); IMSS (s. f.); Governo do México (2017); Assembleia Legislativa de Tobago (2024).



## 5.3 As políticas para reduzir o impacto econômico dos cuidados são escassas

O apoio financeiro às cuidadoras familiares é principalmente relevante para famílias de baixa renda e para aquelas que precisam abandonar seus empregos para prestar cuidados. Esse apoio contribui para protegê-las da pobreza, compensando a perda de renda. No entanto, são necessárias medidas adicionais para garantir seu acesso à segurança social e sua proteção contra o risco de pobreza na velhice.

### 5.3.1 Os apoios econômicos para cuidadoras familiares são escassos

Em nível nacional, apenas o Chile e a Costa Rica oferecem apoio financeiro às cuidadoras familiares para aliviar os impactos econômicos associados aos cuidados (ver **Tabela 5.2** ). No Chile, o Ministério da Saúde tem um programa de atendimento domiciliar para pessoas com dependência grave que concede uma transferência mensal de CLP\$ 32.991 (US\$ 35,07) a pessoas cuidadoras desempregadas de famílias em situação de vulnerabilidade social (Chile Atiende, 2024). Na Costa Rica, por sua vez, as pessoas que cuidam de idosos com dependência grave podem receber uma transferência de US\$ 184 mensais se tiverem mais de 55 anos, forem chefes de família e viverem em situação de pobreza ou pobreza extrema (IMAS, 2020b). Além disso, no âmbito do programa Cuidado de Famílias do Instituto Misto de Ajuda Social, as famílias em situação de vulnerabilidade podem receber apoio (até duas vezes por ano) para a compra de equipamentos técnicos ou medicamentos para pessoas com doenças crônicas, degenerativas ou terminais, ou com deficiência.

No âmbito local, o México conta com vários exemplos de transferências para pessoas cuidadoras familiares: na Cidade do México, no município de Cuauhtémoc e no estado de Coahuila. No Brasil, o estado do Paraná aprovou um subsídio mensal para pessoas cuidadoras familiares de idosos como parte do programa Paraná, Amigo dos Idosos, cuja implementação está prevista para dezembro de 2025.

**TABELA 5.2 TRANSFERÊNCIAS MONETÁRIAS PARA PESSOAS CUIDADORAS FAMILIARES**

PAÍS	NOME DA TRANSFERÊNCIA MONETÁRIA	PESSOAS BENEFICIÁRIAS	VALOR
<b>Brasil (Paraná)</b>	Bolsa Cuidador Familiar	Cuidadoras de famílias vulneráveis que cuidam de idosos.	Metade do salário-mínimo nacional.
<b>Chile</b>	Programa de Atendimento Domiciliar para Pessoas com Dependência Grave.	Pessoas cuidadoras desempregadas de famílias socialmente vulneráveis que cuidam de pessoas com dependência grave.	CLP\$ 32.991 mensais (valor máximo).
	Transferência por Cuidados, Instituto Misto de Assistência Social.	Pessoas cuidadoras que são chefes de família em situação de pobreza ou pobreza extrema, com mais de 55 anos, que cuidam de pessoas com dependência grave.	US\$ 184 mensais.
<b>Costa Rica</b>	Atenção às Famílias, Instituto Misto de Assistência Social.	Famílias vulneráveis com membros com doenças crônicas, degenerativas ou terminais, ou com deficiência.	Dois pagamentos por ano: CRC\$125.000 em abril e CRC\$100.000 em junho para compra de equipamentos técnicos ou medicamentos.
	Apoio econômico para pessoas cuidadoras domiciliares que cuidam de familiares diretos com doenças cognitivas, oncológicas ou deficiências 2024.	Pessoas cuidadoras em situação de vulnerabilidade que residem no município e cuidam de familiares diretos.	MXN\$ 1.800 mensais(≈US\$ 93).
<b>México</b>	Coahuila. Programa de Bem-Estar Integral do Idoso.	Pessoas com mais de 60 anos em situação de vulnerabilidade.	Pagamento único no final do exercício e subsídio mensal para pessoas cuidadoras.

**Fonte:** Questionário OCDE-BID sobre a força de trabalho em cuidados de longa duração; Direção de Desenvolvimento Social (2023); INAPAM (2021); Governo da Colômbia (s.d.); IMAS (2020a); IMAS (2020b); Observatório de Desenvolvimento Social/Aliança do Pacífico (2022); ChileAtiende (2024); Ministério da Inclusão e Economia Social do Equador (s.d.); PROASOL (s.d.).

**Nota:** Esta tabela concentra-se em transferências que visam explicitamente as cuidadoras familiares. Não inclui prestações monetárias condicionadas à compra de serviços formais de cuidados.

### 5.3.2 Vários países avançam com diferentes iniciativas de apoio às cuidadoras familiares

Os países da região encontraram maneiras criativas de apoiar as pessoas cuidadoras familiares, mesmo com orçamentos limitados para cuidados de longa duração. Na Colômbia, Bogotá desenvolveu o programa Quarteirões do Cuidado, descrito com mais detalhes na seção seguinte. Entre outros serviços, esse programa ajuda as pessoas cuidadoras a continuar seus estudos para reduzir o impacto econômico de longo prazo dos cuidados.

A Rede de Cuidados da Costa Rica, a Rede de Atenção Progressiva para o Cuidado Integral de Pessoas Idosas, coordena iniciativas de pessoas, famílias e grupos comunitários organizados, organizações não governamentais e instituições estatais.<sup>68</sup> Trata-se de redes implementadas

**68.** A rede oferece serviços de cuidados prolongados; assistência domiciliar básica e especializada, alojamento comunitário e até dois anos de assistência residencial. Também presta apoio em trâmites administrativos e concede subsídios para alimentação, higiene, ajudas técnicas e equipamentos e melhorias na habitação.



em nível local, em municípios (chamados cantões) ou comunidades onde diversos atores estão interessados e comprometidos em formar a estrutura social necessária para levá-lo a cabo (CONAPAM, 2023).

## 5.4 As políticas para melhorar a conciliação entre a vida profissional e os cuidados familiares são escassas

As licenças para prestar cuidados de longa duração, as modalidades de trabalho flexível e os serviços de descanso podem ajudar a conciliar os cuidados não remunerados com o emprego, reduzindo o impacto econômico dos cuidados não remunerados. Se essas políticas forem implementadas de forma eficaz para homens e mulheres, também podem contribuir para reduzir a disparidade de gênero nos cuidados.

### 5.4.1 Apenas alguns países dispõem de licenças para prestar cuidados familiares

Os regimes de licença que permitem ausentar-se do trabalho explicitamente para cuidar de familiares idosos existem apenas no Chile, Equador e México.<sup>69</sup> Em alguns outros países, a legislação permite que as e os trabalhadores tirem dias de licença para cuidar de familiares doentes de qualquer idade. É o caso da Costa Rica, de El Salvador, Honduras e do Peru (Güezmes García e Vaeza, 2023). Além disso, o Brasil e o Peru estão avançando para a inclusão de opções de licença em suas políticas nacionais de cuidados.

Nos casos em que não existem licenças específicas para cuidados familiares, as e os trabalhadores devem recorrer a esquemas mais gerais, como licenças pessoais ou por emergência, para cobrir os períodos de cuidados. Barbados, por exemplo, conta com uma licença pessoal não remunerada de seis a doze meses por motivos pessoais. Além disso, existem licenças curtas e remuneradas para emergências nos seguintes países: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, El Salvador, Guatemala, México, Paraguai, Peru e Uruguai (OIT, 2022). Essas licenças especiais por motivos familiares urgentes são breves (não mais do que alguns dias) e podem ser remuneradas ou não. De acordo com a legislação nacional, as e os trabalhadores têm direito a uma licença por emergência em situações como um acidente ou uma doença súbita de um familiar, ou por ocasião de eventos familiares significativos, como nascimentos ou falecimentos. O Peru aprovou a Lei 30795/2018, que permite que aqueles que cuidam de

---

69. Disponível em: <https://webapps.ilo.org/globalcare/>.



familiares com doenças como Alzheimer e outras demências tirem licença sem risco de sanções ou redução salarial.

Modalidades de trabalho flexíveis estão disponíveis em três países, mas outros estão considerando adotá-las. Essas modalidades representam outra forma de ajudar as pessoas cuidadoras a conciliar as responsabilidades profissionais com as de cuidados. No Chile, por exemplo, o teletrabalho é uma opção disponível para quem cuida de uma pessoa idosa.<sup>70</sup> A Costa Rica disponibiliza para cuidadoras de pessoas com deficiência e está trabalhando para incluir aquelas que cuidam de idosos. No Peru, a regulamentação do teletrabalho de 2022 concedeu às e aos trabalhadores dos setores público e privado a possibilidade de adotar essa modalidade de emprego, com o objetivo de facilitar o acompanhamento e a prestação de cuidados oportunos a pessoas em situação de maior vulnerabilidade (Congresso da República do Peru, 2022).

### 5.4.2 A disponibilidade de serviços de apoio varia amplamente entre os países e também dentro deles

Os serviços de descanso proporcionam às cuidadoras não remuneradas uma pausa nas suas tarefas habituais. Contribuem para a sua saúde física e mental e ajudam a reduzir o seu isolamento social. Os dados de países com rendimentos elevados mostram que a sua utilização só é elevada quando se trata de serviços de qualidade, acessíveis, econômicos e adaptados às necessidades das pessoas que prestam cuidados. As formas mais comuns de descanso incluem serviços residenciais, diurnos ou domiciliares. Sua duração e frequência são variáveis: alguns oferecem estadias curtas (por exemplo, em Centros-dia), enquanto outros permitem estadias mais longas (por exemplo, em residências, durante férias ou doenças da pessoa cuidadora). Os serviços de descanso são de duração limitada, sob demanda e funcionam como apoio em datas ou eventos específicos.

Na América Latina e no Caribe, existem alguns exemplos de serviços de descanso.<sup>71</sup> No Chile, por exemplo, são oferecidos pelo Chile Cuida, um programa atualmente implementado em 151 dos 345 municípios. Todos os serviços sob a égide do Chile Cuida devem ser coordenados e interligados pelo Programa Rede Local de Apoios e Cuidados. No âmbito desse programa,

---

**70.** Lei de Conciliação da Vida Pessoal, Familiar e Laboral N.º 21.645 (2023), Chile.

**71.** Todos os serviços de cuidados prolongados — sejam domiciliares ou institucionais — que não requerem a presença de um cuidador familiar também proporcionam alívio. Este relatório não descreve os serviços de cuidados prolongados disponíveis na região, pois se concentra nas cuidadoras. Esta seção oferece exemplos de serviços que proporcionam descanso por um período limitado, com maior ênfase nas pessoas cuidadoras do que nos cuidados recebidos. Esses serviços podem ser considerados complementares aos serviços de cuidados de longa duração mais intensivos, que se concentram principalmente nas pessoas que recebem cuidados ou o fazem de forma equilibrada entre os cuidados recebidos e as pessoas cuidadoras.



cuidadoras familiares em situação de vulnerabilidade social que atendem pessoas com dependência moderada ou grave podem ter acesso, em média, a duas visitas domiciliares por semana de um assistente pessoal, com duração de quatro horas cada (Governo do Chile/Direção Socio-cultural, 2016; Ministério do Desenvolvimento Social e da Família do Chile, 2024a; Molina et al., 2020). Em nível subnacional, o município de Las Condes (também no Chile) oferece um serviço de descanso para pessoas desempregadas que cuidam permanentemente de um familiar com dependência física ou cognitiva grave. A pessoa cuidadora deve apresentar alto risco de sobrecarga, não ser capaz de cobrir suas próprias necessidades e carecer de oportunidades de autocuidado devido às exigências do cuidado. Por um lado, as pessoas cuidadas recebem visitas periódicas de uma equipe multidisciplinar (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social e técnico em enfermagem); por outro lado, as pessoas cuidadoras são monitoradas duas a três vezes por semana e um fim de semana por mês, e recebem visitas quinzenais da equipe, de acordo com a avaliação de cada caso.<sup>72</sup> Esse tipo de serviço de descanso também é encontrado na Costa Rica.<sup>73</sup>


O âmbito municipal oferece dois exemplos adicionais. Em Bogotá (Colômbia), os Quarteirões do Cuidado, distribuídas pela cidade, concentram diversos serviços, acessíveis a uma distância de aproximadamente 20 minutos a pé. O programa é dirigido a pessoas cuidadoras (em particular, mulheres) e suas famílias, que recebem atividades e oficinas para o desenvolvimento pessoal, físico e intelectual enquanto as pessoas idosas recebem cuidados. Os Quarteirões do Cuidado também permitem concluir a educação secundária e ter acesso a consultas médicas e aconselhamento psicojurídico.<sup>74</sup> Atualmente, Bogotá conta com 25 desses espaços.<sup>75</sup> A Cidade do México, por sua vez, está replicando a experiência por meio de um programa chamado Utopias. Também no México, o Instituto Mexicano do Seguro Social (IMSS) começou recentemente a oferecer programas de descanso por meio de viagens turísticas subsidiadas para cuidadoras e pessoas cuidadas, aproveitando essas viagens para fornecer informações e aconselhamento relacionados aos cuidados de longa duração.

72. Disponível em: <https://www.lascondes.cl/inicia-programa-el-respiro-para-apoyar-a-cuidadores-de-adultos-mayores/>.

73. Disponível em: <https://www.imas.go.cr/cuidateparacuidarbien/servicios-de-respiro.html>.

74. Disponível em: <https://manzanasdelcuidado.gov.co/>.

75. Disponível em: <https://manzanasdelcuidado.gov.co/donde-encontrarlas/>.



**6** Construir uma força de trabalho de cuidados de longa duração sustentável e competente



A força de trabalho formal na área de cuidados de longa duração é relativamente pequena na América Latina e no Caribe e, conforme explicado no **Capítulo 2**, o envelhecimento da população em breve exercerá uma pressão adicional sobre ela. Em todo o mundo, os baixos salários, as condições de trabalho precárias, a falta de reconhecimento social e as oportunidades limitadas de desenvolvimento profissional contribuem para tornar a profissão pouco atraente, o que causa problemas de retenção e alta rotatividade (Vadean e Saloniki, 2020; Hussein et al., 2016). Ao mesmo tempo, essa alta rotatividade está relacionada a uma menor qualidade dos cuidados e a maiores taxas de mortalidade entre os residentes de centros de longa permanência (Akosa Antwi e Bowblis, 2016).

Este capítulo apresenta um panorama abrangente das políticas em vigor para melhorar as condições de trabalho, o bem-estar e a formação das e dos trabalhadores remunerados do setor de cuidados de longa duração da região. A análise evidencia a diversidade de abordagens entre os países e sublinha a importância de continuar investindo e inovando em políticas que fortaleçam a força de trabalho formal dos cuidados de longa duração.<sup>76</sup>

## 6.1 As regulamentações trabalhistas influenciam o setor de cuidados de longa duração

As regulamentações trabalhistas configuram a relação entre pessoas empregadoras e empregadas e delimitam os direitos e responsabilidades de ambas as partes. Também definem os perfis ocupacionais de cada setor e regulamentam aspectos como jornada máxima de trabalho, salários-mínimos, benefícios, cobertura de proteção social e segurança no trabalho. Seu objetivo é promover o trabalho decente, no qual as normas trabalhistas internacionais, a proteção social e os direitos fundamentais das e dos trabalhadores e trabalhadoras se articulem com a criação de empregos.

Em muitos países, não existe uma definição clara do setor de cuidados de longa duração nem um reconhecimento oficial da profissão de cuidador, o que dificulta a elaboração e a implementação de regulamentações e leis específicas para o setor. Na ausência de normas setoriais, as e os trabalhadores de cuidados de longa duração geralmente são regidos pela legislação trabalhista geral ou, no caso daqueles que prestam cuidados domiciliares, pelas regulamentações do trabalho doméstico. Por isso, esta seção descreve as regulamentações trabalhistas

---


**76.** Parte das informações apresentadas neste capítulo foi obtida por meio de entrevistas com representantes governamentais e especialistas (ver **Introducción**). Essas informações referem-se ao Questionário OCDE-BID sobre a Força de Trabalho em Cuidados de Longa Duração.



vigentes na região aplicadas às pessoas que desempenham trabalhos de cuidados de longa duração, tenham ou não sido concebidas explicitamente para esta categoria de trabalho. Algumas regulamentações também incluem trabalhadores remunerados sem contrato formal; no entanto, este capítulo não apresenta um inventário exaustivo dessas políticas.

### **6.1.1 A maioria dos países regula os cuidados de longa duração por meio de leis trabalhistas, e não de regulamentações setoriais específicas**

Dos 17 países da América Latina e do Caribe incluídos nesta análise, oito incorporaram políticas que regulamentam a situação das e dos trabalhadores de cuidados de longa duração em políticas e planos nacionais de cuidados (Colômbia, Costa Rica, Equador, El Salvador, República Dominicana e Uruguai) ou em políticas nacionais de envelhecimento (Barbados e Trindade e Tobago). Adicionalmente, todos os países analisados contam com marcos mais amplos aplicáveis àquelas e àqueles que se encontram na economia formal, incidindo indiretamente nas pessoas cuidadoras mediante regulamentações de salário-mínimo, proteção do emprego, normas de segurança e direito à formação.

O conteúdo das regulamentações específicas do setor de cuidados de longa duração em vigor é muito heterogêneo (**Tabela 6.1** ). Em geral, abrangem quatro áreas:

1. Direitos trabalhistas e condições de trabalho. Os países aprovaram políticas para regulamentar os direitos trabalhistas das pessoas cuidadoras formalmente empregadas. Exemplos disso são os salários-mínimos de referência na Costa Rica e no Uruguai; os acordos coletivos setoriais para profissionais hospitalares e de cuidados na Argentina e no Uruguai; e as proteções previstas em leis de direitos trabalhistas na Argentina, em Barbados e Honduras. A Colômbia, Barbados e a Argentina também regulamentam de forma mais ampla os direitos trabalhistas e as condições de trabalho para todos os tipos de profissional de cuidados.
2. Normas de segurança e qualidade de atenção. Adotaram medidas para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados em estabelecimentos residenciais (Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, Guiana e Uruguai). Barbados zela pelo cumprimento das normas de saúde e segurança por meio da Lei de Segurança e Saúde no Trabalho<sup>77</sup> e dos Regulamentos de Serviços de Saúde.<sup>78</sup> A formação do pessoal de saúde na Guiana também visa melhorar a qualidade dos cuidados.

<sup>77</sup>. Safety and Health at Work Act.

<sup>78</sup>. Health Services Regulations.



3. Formação de pessoas cuidadoras. Vários países (por exemplo, Chile, Guiana e Uruguai) optaram por regulamentar a formação em cuidados mediante leis ou como parte de seus planos nacionais de cuidados e envelhecimento. Procuram equilibrar a disponibilidade, a qualidade ou o acesso à formação de pessoas cuidadoras e, a longo prazo, profissionalizar os cuidados e atender à escassez de mão de obra.
4. Produtividade. Alguns países estão impulsionando a produtividade dos trabalhadores de cuidados prolongados através da utilização de tecnologias e da melhoria da coordenação entre os domínios social, sanitário e dos cuidados prolongados.

**TABELA 6.1** LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÕES QUE AFETAM AS E OS TRABALHADORES DE CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO

PAÍS	POLÍTICAS, REGULAMENTAÇÕES E ACORDOS	INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL	ENFOQUE DA POLÍTICA	TIPO DE CUIDADO COBERTO
Argentina	Regulamentação Trabalhista para Pessoas que Prestam Cuidados Domiciliares e/ou Atividades Polivalentes, 2021 (Mendoza, Rio Negro, Entre Ríos e Chaco; Governo da Cidade de Buenos Aires)	Ex-Ministério das Mulheres, Gêneros e Diversidade	Direitos trabalhistas e condições de trabalho	Cuidados domiciliares, diurnos e residenciais
	Lei n.º 5670: Instituições para idosos (Cidade de Buenos Aires), 2016	Ministério da Saúde da Cidade de Buenos Aires	Direitos trabalhistas e condições de trabalho; padrões de segurança e qualidade do atendimento; formação	Cuidados residenciais e diurnos
	Lei Nacional n.º 26.844 (2013): Regime Especial de Contrato de Trabalho para o Pessoal de Casas Particulares	Ministério do Trabalho, Emprego e Segurança Social	Direitos trabalhistas e condições de trabalho	Cuidados domiciliares
	Resolução 3315/2023: Diretrizes para a organização e funcionamento de residências para idosos	Ministério da Saúde	Padrões de segurança e qualidade dos cuidados; direitos laborais e condições de trabalho	Cuidados residenciais e diurnos
Barbados	Política Nacional para o Envelhecimento: Tornar o envelhecimento saudável e ativo uma realidade para todos (2022–2033)	Ministério do Empoderamento das Pessoas e Assuntos dos Idosos	Direitos trabalhistas e condições de trabalho	Cuidados remunerados (institucionais) e não remunerados
	Regulamentos dos Serviços de Saúde, 2005	Ministério da Saúde	Direitos trabalhistas e condições de trabalho; padrões de segurança e qualidade dos cuidados	Cuidados residenciais (lares para idosos)



PAÍS	POLÍTICAS, REGULAMENTAÇÕES E ACORDOS	INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL	ENFOQUE DA POLÍTICA	TIPO DE CUIDADO COBERTO
Bolívia	Resolução n.º 002/2021: Padrões básicos para o atendimento a idosos em centros de acolhimento de longa permanência	Ministério da Justiça e Transparência Institucional	Padrões de segurança e qualidade da assistência; direitos trabalhistas e condições de trabalho	Cuidados residenciais
	Lei 15.069: Política Nacional de Cuidados, 2024	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome; Ministério da Mulher; e Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania	Direitos trabalhistas e condições de trabalho; formação	Cuidados remunerados e não remunerados
Brasil	Resolução do Conselho Diretivo (RDC) N.º 502/2021: Funcionamento de Instituições de Longa Permanência para Idosos	Ministério da Saúde	Direitos trabalhistas e condições de trabalho; padrões de segurança e qualidade da assistência	Cuidados domiciliares
	Boletim n.º 16905-31, que reconhece o direito aos cuidados e cria o Sistema Nacional de Apoio e Cuidados (primeira tramitação constitucional), 2024	Ministério do Desenvolvimento Social e da Família; Ministério das Finanças; Ministério da Mulher e da Igualdade de Gênero	Direitos trabalhistas e condições de trabalho; formação	Cuidados remunerados e não remunerados
Chile	Decreto 20 da Lei 19.828: Regulamento dos Estabelecimentos de Longa Permanência para Idosos, 2021	Ministério da Saúde	Direitos trabalhistas e condições de trabalho; padrões de segurança e qualidade da assistência	Cuidados domiciliares
	Lei 2281 de 2023: inclui a criação do Sistema Nacional de Cuidados	Ministério da Igualdade e Equidade	Direitos trabalhistas e condições de trabalho	Cuidados remunerados e não remunerados
Colômbia	Lei 1251 de 2008: pela qual são dadas normas para a proteção, promoção e defesa dos direitos dos idosos	Ministério da Proteção Social	Formação	Cuidados remunerados e não remunerados
	Decreto 681: Política Pública Nacional sobre Envelhecimento e Terceira Idade 2022-2031	Ministério da Saúde e Proteção Social	Formação	Cuidado remunerado y no remunerado
	Lei 1315 de 2009: estabelece condições mínimas que dignifiquem a estadia dos idosos em centros de proteção, centros de dia e instituições de atendimento	Ministério da Proteção Social	Direitos laborais e condições de trabalho; padrões de segurança e qualidade da assistência	Cuidados residenciais e diurnos
	Lei 2297 de 2023: estabelece medidas eficazes e oportunas em benefício da autonomia das pessoas com deficiência e de cuidadores ou assistentes pessoais	Ministério da Saúde e Proteção Social	Formación y condiciones de trabajo	Cuidados remunerados e não remunerados



PAÍS	POLÍTICAS, REGULAMENTAÇÕES E ACORDOS	INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL	ENFOQUE DA POLÍTICA	TIPO DE CUIDADO COBERTO
Costa Rica	Lei 10.192: criação do Sistema Nacional de Cuidados e Apoios para Pessoas Adultas e Pessoas Idosas em Situação de Dependência, 2022	Ministério do Desenvolvimento Humano e Inclusão Social	Direitos trabalhistas e condições de trabalho; formação	Cuidados remunerados e não remunerados
	Estratégia Nacional de Envelhecimento Saúde 2022–2026	Ministério de Saúde	Derechos laborales y condiciones de trabajo; formación	Cuidados remunerados e não remunerados
	Decreto Ejecutivo N.º 44730-S: Norma para a Autorização e Habilitação de lares de longa permanência para a cuidados integrais a idosos, 2024	Ministério de Saúde	Estándares de seguridad y calidad de la atención; derechos laborales y condiciones de trabajo	Cuidados residenciais
República Dominicana	Decreto sobre salários mínimos	Ministério do Trabalho Segurança Social; Conselho Nacional de Salários	Direitos laborais e condições de trabalho	Cuidado formal
	Projeto de Lei para a Criação do Sistema Nacional de Cuidados (apresentado à Comissão de Direitos Humanos em dezembro de 2024)	Secretaría Nacional de Cuidados	Direitos laborais e condições de trabalho; formação	Cuidados remunerados e não remunerados
	Resolução n.º 11/2022 do Comitê Nacional de Salários: salário mínimo para o trabalho doméstico	Ministerio de Trabajo	Direitos laborais e condições de trabalho	Trabalho doméstico
	Convenção Coletiva para Cuidadores, 2023	Federação Nacional de Mulheres Trabalhadoras (Federação Nacional das Mulheres Trabalhadoras);	Direitos trabalhistas e condições de trabalho	Setor público
	Requiamento dos Centros de Cuidados Integral para Pessoas Idosas	Conselho Nacional das Pessoas Idosas (CONAPE) (Conselho Nacional das Pessoas Idosas)	Normas de segurança e qualidade do atendimento	Cuidados formal
Equador	Norma Técnica para a Implementação e Prestação de Serviços de Assistência e Cuidados a Pessoas Idosas, 2019	Ministério da Inclusão Econômica e Social	Direitos trabalhistas e condições de trabalho; padrões de segurança e qualidade do atendimento	Cuidados residenciais, domiciliares e diurnos
El Salvador	Política Nacional de Corresponsabilidade e mos Cuidados 2022-2030	Secretaria de Bem-Estar	Padrões de segurança e qualidade dos cuidados; formação	Cuidados remunerados e não remunerados
Guiana	Normas mínimas para instituições de cuidados a idosos, 2017	Ministério da Proteção Social	Direitos trabalhistas condições de trabalho	Cuidados residenciais
Honduras	Ley Integral de Protección ao Adulto Idoso se Aposentados, 2007 Social	Secretaria de Desenvolvimento	Direitos laborais e condições de trabalho; formação	Cuidados residenciais e diurnos
México	Proyecto de reforma da Lei Geral determinar do sistema nacional de Cuidados 2021	A ser determinado	Direitos laborais e condições de trabalho; formação	Cuidados remunerados e não remunerados



PAÍS	POLÍTICAS, REGULAMENTAÇÕES E ACORDOS	INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL	ENFOQUE DA POLÍTICA	TIPO DE CUIDADO COBERTO
<b>Peru</b>	Decreto Supremo n.º 007/2018 da Lei 30490 sobre idosos	Ministério da Saúde; Ministério da Mulher e Populações Vulneráveis	Direitos trabalhistas e condições de trabalho; padrões de segurança e qualidade do atendimento; formação	Cuidados remunerados (residenciais e diurnos)
<b>Trindade e Tobago</b>	Política Nacional de Envelhecimento, 2006/2007	Ministério da Saúde e Ministério do Desenvolvimento Social e Serviços à Família	Padrões de segurança e qualidade dos cuidados; formação	Cuidados remunerados
	Lei n.º 19.353: criação do Sistema Nacional Integrado de Cuidados, 2015	Ministério do Desenvolvimento Social	Direitos trabalhistas e condições de trabalho	Cuidados remunerados
<b>Uruguai</b>	Decreto n.º 117/016 — regulamentação do Serviço de Assistentes Pessoais para cuidados de longa duração a pessoas com dependência grave	Banco de Previdência Social	Direitos trabalhistas e condições de trabalho	Cuidados remunerados (domiciliares e residenciais)
	Decreto n.º 356/016: habilitação, regulamentação e fiscalização de estabelecimentos de cuidados para idosos	Ministério da Saúde Pública	Direitos trabalhistas e condições de trabalho; padrões de segurança e qualidade do atendimento; formação	Cuidados residenciais e diurnos
	Conselho de Salários n.º 21: Serviço Doméstico	Ministério do Trabalho e Previdência Social	Direitos trabalhistas e condições de trabalho	Trabalho doméstico


Fonte: Questionário OCDE-BID sobre a força de trabalho em cuidados de longa duração.

As seções a seguir descrevem com mais detalhes essas políticas, leis e regulamentos que afetam os profissionais de cuidados de longa duração na região.




## 6.2 Poucos países reforçam os direitos trabalhistas mediante políticas específicas para as pessoas trabalhadoras de cuidados de longa duração

Os direitos trabalhistas, como salários-mínimos, políticas de proteção social e acordos coletivos setoriais, melhoram as condições de trabalho das pessoas cuidadoras, garantindo-lhes uma renda digna e proteção em caso de doença, deficiência, desemprego e velhice (Vadean e Allan, 2020).

Um desafio atual da política pública consiste em obter uma definição e um reconhecimento oficiais da profissão de cuidados de longa duração. Por exemplo, até recentemente, na Jamaica, o cuidado não era reconhecido como um emprego formal, mas agora está incluído nas estatísticas da força de trabalho, abrangendo pessoas cuidadoras remuneradas de assistência pessoal, muitas das quais eram anteriormente trabalhadoras domésticas e passaram a exercer a função de cuidadoras em tempo integral. Assim, vários países reconhecem oficialmente as pessoas cuidadoras, incluindo-as nos registros públicos mostrados na **Tabela 6.4** . Na prática, uma variedade de profissões formais presta cuidados de longa duração, como enfermeiros, auxiliares de enfermagem, cuidadoras, assistentes pessoais, terapeutas e empregadas domésticas.<sup>79</sup>

### 6.2.1 Na maioria dos países, os salários no setor de cuidados prolongados são regidos por regulamentações gerais

As leis que regulam os níveis salariais no setor formal também incidem na remuneração das e dos trabalhadores de cuidados de longa duração. A regulamentação de cada país fixa salários-mínimos e define como eles devem ser ajustados periodicamente com base em uma referência (por exemplo, a taxa de inflação). Como os salários das e dos trabalhadores de cuidados costumam ficar próximos do salário-mínimo, essas regulamentações são particularmente relevantes para o setor.

Alguns países têm regulamentações salariais adicionais aplicáveis especificamente as e aos trabalhadores formais do setor de cuidados de longa duração (**Tabela 6.2** ). Essas regulamentações afetam as e os trabalhadores direta (na Argentina, Costa Rica e no Uruguai) ou indiretamente através de normas para o trabalho doméstico (na Argentina, República Dominicana e no Uruguai).

**79.** A Colômbia não dispõe atualmente de estudos específicos sobre sua força de trabalho de cuidados de longa duração, mas a Lei 2297 de 2023, ainda que se concentre na deficiência, oferece um quadro de princípios orientadores para a prestação de cuidados.

**TABELA 6.2 SALÁRIOS-MÍNIMOS E AJUSTES**

PAÍS	POLÍTICA	TIPO DE TRABALHO	TIPO DE MEDIDA
Argentina	Lei Nacional n.º 26.844 de 2013: Regime Especial de Contrato de Trabalho para o Pessoal de Casas Particulares	Trabalhadoras domésticas que atuam em residências particulares	Salário-mínimo, atualizado mensalmente. O aumento recente de dezembro de 2024 a janeiro de 2025 foi de 1,2%.
Costa Rica	Decreto sobre Salários-mínimos	Trabalhadoras domésticas que atuam em residências particulares	Salário-mínimo para assistentes domésticas (₡15.983,96), atualizado anualmente. De 2024 a 2025, o aumento foi de 2,37%.
República Dominicana	Resolução n.º 11/2022 do Comitê Nacional de Salários	Trabalhadoras domésticas	Salário-mínimo de 10.000 pesos mensais.
Uruguai	Serviço de Assistentes Pessoais para Cuidados de Longa Duração para Pessoas em Situação de Dependência Grave. Lei 19.353 e Decreto 117/016	Assistentes pessoais	Salário-mínimo de US\$ 23.354 por mês. (Implica um salário por hora de US\$ 292, mais do que o dobro do salário-mínimo nacional por hora de US\$ 118).

Fonte: Questionário OCDE-BID sobre a força de trabalho em cuidados de longa duração.

## 6.2.2 Os países abordam de forma indireta a informalidade e a falta de proteção social nos cuidados de longa duração

Como visto no **Capítulo 4**, o setor de cuidados de longa duração apresenta altos níveis de informalidade. Nos países onde as pessoas cuidadoras são contratadas por meio de um programa ou sistema público (como o Melhor em Casa, do Brasil, o Programa de Atenção Domiciliar para Pessoas com Dependência Grave<sup>25</sup>, do Chile, o Programa de Atenção Domiciliar, do Peru, ou os programas de atenção domiciliar do Sistema Nacional Integrado de Cuidados, do Uruguai), trabalham formalmente e contribuem para a segurança social. Da mesma forma, as e os trabalhadores de instituições credenciadas e registradas (residenciais ou Centro-Dia) geralmente são contratados formalmente. Contudo, o número de pessoas cuidadoras incorporadas por meio de um programa público ou que trabalham em uma instituição credenciada é relativamente reduzido, o que se traduz em baixos níveis de emprego formal no conjunto do setor.

Alguns países procuram aumentar o emprego formal através de estratégias de formação (analisadas na **Seção 6.4**) sendo estas mais eficazes quando, no final da capacitação, as pessoas cuidadoras se inscrevem em um registro oficial que lhes dá acesso a oportunidades de emprego, uma prática implementada na Argentina e no Uruguai.

Outros países tentam ampliar o emprego formal entre quem presta cuidados domésticos de forma indireta, mediante políticas destinadas a formalizar o trabalho doméstico. Desde 2007, o Uruguai tem aplicado diversas medidas para aumentar as contribuições para a segurança social,



cobertura médica e acesso a licenças parentais para trabalhadoras domésticas.<sup>80</sup><sup>81</sup> O Brasil e a Argentina tomaram medidas semelhantes (Global Deal, 2023). Na Argentina, um acordo tripartido levou a um aumento progressivo do salário-mínimo para o trabalho doméstico, com uma categoria específica que inclui quem presta cuidados. A Jamaica também introduziu regras especiais de contribuição para a segurança social para o trabalho doméstico, a fim de aliviar a carga tributária e promover o emprego formal. Na Colômbia, a Política Nacional de Cuidados planeja elaborar e implementar um roteiro para facilitar a realização de inspeções trabalhistas e o registro de trabalhadoras domésticas em um cadastro nacional que garanta seus direitos trabalhistas e uma remuneração justa (Questionário OCDE-BID sobre Força de Trabalho em Cuidados de Longa Duração).

Além disso, alguns países oferecem incentivos para a contratação formal de pessoas trabalhadoras nos domicílios. As famílias que contratam pessoas cuidadoras domiciliares podem evitar contratos formais para reduzir a burocracia e conter custos. Para diminuir a carga administrativa, o Brasil e a Colômbia implementaram plataformas — a ferramenta eSocial e a Folha Integrada de Liquidação de Contribuições (PILA), respectivamente — que simplificam as obrigações trabalhistas, tributárias e previdenciárias decorrentes da relação empregador-pessoa cuidadora. Para reduzir o custo financeiro da formalização, o México e a Argentina introduziram esquemas de dedução de impostos por despesas com cuidados informadas na declaração anual de imposto de renda (OIT, 2018). Entretanto, o alcance e o impacto dessas medidas continuam sendo limitados.

### 6.2.3 Os acordos coletivos e os registros nacionais podem melhorar as condições de trabalho


A falta de uma definição oficial da profissão de cuidador é uma das razões pelas quais, na maioria dos países, as pessoas que trabalham no setor não estão organizadas. Por isso, a região não conta com sindicatos de pessoas cuidadoras de grande alcance e suas reivindicações costumam ser incluídas juntamente com as do trabalho doméstico. Nesse contexto, os acordos coletivos são fundamentais para melhorar as condições de trabalho.

As baixas taxas de sindicalização e a fragmentação da força de trabalho dificultam a possibilidade de se obter acordos coletivos no setor de cuidados de longa duração. Muitas cuidadoras trabalham em domicílios particulares ou em pequenos estabelecimentos, o que complica sua organização e representação efetiva. Os altos níveis de informalidade enfraquecem ainda mais

80. Decreto N.º 224/007, Uruguai.

81. Lei n.º 19161 de novembro de 2013.



o poder de negociação e limitam os esforços para garantir salários, benefícios e condições de trabalho padronizados em todo o setor. Apenas três países da região (Argentina,<sup>82</sup> República Dominicana e Uruguai) possuem acordos coletivos que incidem nas pessoas que prestam cuidados de longa duração (ver **Tabela 6.3** )

**TABELA 6.3 ACORDOS COLETIVOS**

PAÍS	CONVÊNIOS COLETIVOS	ÁREAS DE ENFOQUE
Argentina	Convenção Coletiva de Trabalho para Atenção, Cuidados e Internação Domiciliar da Federação das Associações de Trabalhadores da Saúde da Argentina (CCT 743/16), 2025 (renovação anual)	Salário base, subsídio por maternidade, benefício para cuidados infantis, contribuição solidária
	Convenção Coletiva de Trabalho (CCT 122/75) que abrange o pessoal técnico, administrativo e de manutenção de clínicas, sanatórios, institutos com internação, estabelecimentos geriátricos e sanatórios de neuropsiquiatria (Federação das Associações de Trabalhadores da Saúde da Argentina), 2025 (renovação anual)	Salário básico, subsídio por maternidade, contribuição solidária
República Dominicana	Convenção coletiva entre a Federação Nacional das Mulheres Trabalhadoras e o Conselho Nacional da Pessoa Idosa, 2023	Formação para 200 cuidadores
Uruguai	Convenção Coletiva Grupo 15. Serviços de Saúde. Decreto 540/006. Casas de Saúde e Residenciais para Idosos (com fins lucrativos), 2006	Salário-mínimo, períodos de descanso, biossegurança, turnos noturnos e uniformes
	Plano de Provisão Coletiva do Programa Assistentes Pessoais, N.º 117/2016	Responsabilidade coletiva e modelo integrado e humanizado de cuidados, plano individualizado de cuidados, registro de prestadores de cuidados, marcos contratuais, contenção e apoio por meio de processos associativos, novas opções de formação e inserção profissional

Fonte: Questionário OCDE-BID sobre a Força de Trabalho em Cuidados de Longa Duração.

Os registros oficiais constituem outra ferramenta para conferir maior reconhecimento à profissão de cuidador e torná-la mais atraente porque além de reconhecer formalmente as pessoas cuidadoras, podem informá-las sobre oportunidades de trabalho, conectando-as com potenciais empregadores. Também são uma fonte de informação sobre formação e outros serviços de apoio para pessoas cuidadoras.

**82.** Na Argentina, a Federação das Associações dos Trabalhadores da Saúde Argentina tem dois acordos coletivos que incluem pessoas cuidadoras que trabalham em diferentes áreas. O Acordo Coletivo de Trabalho 743/16 para Cuidados e Hospitalização Domiciliar exige que as empresas de cuidados domiciliares contratem formalmente todo o seu pessoal. O Acordo Coletivo de Trabalho 122/75 para o Pessoal Técnico, Administrativo e de Manutenção de Clínicas, Sanatórios, Institutos com Internação, Estabelecimentos Geriátricos e Sanatórios de Neuropsiquiatria impõe o mesmo requisito aos estabelecimentos residenciais de longa permanência. O cumprimento dessa exigência é elevado: 70% desses estabelecimentos registraram formalmente seus trabalhadores (Ministério da Saúde da Argentina, 2025). Este último acordo contempla duas categorias de pessoal exclusivas dos estabelecimentos residenciais de longa permanência: “assistente geriátrico” e “empregado doméstico de sala, consultórios externos e geriátrico”.



Os registros de pessoas cuidadoras também podem beneficiar empregadores e governos. Para os empregadores, garantem que a pessoa contratada cumpra as normas profissionais exigidas (por exemplo, não ter antecedentes de abuso, negligência ou má conduta). Os governos podem utilizá-los para monitorar a qualidade dos cuidados prestados, fazer cumprir as normas do setor e acompanhar a disponibilidade, a demanda e os déficits de pessoas cuidadoras, a fim de planejar as necessidades futuras do âmbito de cuidado.

A Argentina, a Costa Rica e o Uruguai possuem registros nacionais (Tabela 6.4 ☺). As cuidadoras que cumprem os requisitos (formação, certificação e outros) e desejam ser reconhecidas oficialmente devem se inscrever. O Peru também tinha planos de estabelecer um registro desse tipo.<sup>83</sup> Nesse sentido, os registros podem incluir apenas as e os profissionais de cuidados, como na Argentina, ou ser mais amplos e incorporar outros serviços de cuidados públicos ou privados, como prestadores institucionais, como na Costa Rica e no Uruguai.

Em alguns casos, como da Argentina, os registros nacionais podem ser uma porta de entrada para a formação, posto que quem obteve um certificado de pessoa cuidadora domiciliar de 80 a 199 horas pode iniciar o processo de inscrição. Mas, para constar no registro, a pessoa deve completar a formação mínima recomendada de 200 horas (ver Seção 6.4 ☺) cursando um programa padronizado.<sup>84</sup> Em outros casos, como da Costa Rica, os registros oferecem informações sobre autocuidado, oportunidades de formação e outros serviços públicos de apoio.<sup>85</sup>

**TABELA 6.4 REGISTROS NACIONAIS DE PESSOAS CUIDADORAS FORMAIS**

PAÍS	REGISTROS NACIONAIS DE PESSOAS CUIDADORAS E SERVIÇOS DE CUIDADOS	
Argentina	Registro Nacional de Pessoas Cuidadoras Domiciliários	Requisitos: maior de 18 anos, certificado de cuidador domiciliar e documento de identidade.
Costa Rica	Cuidar.CR	Plataforma que facilita a comunicação, as transações e a gestão para prestadores e usuários de serviços de cuidados, que inclui pelo menos: um diretório de pessoas cuidadoras formais, um portal integrado dos serviços existentes do sistema nacional de cuidados e recursos de autocuidado para o bem-estar das pessoas cuidadoras.
Uruguai	Registro Nacional de Cuidados	Aberto a: prestadores de serviços de cuidados prolongados (cuidados domiciliares e estabelecimentos residenciais), serviços diurnos para crianças, serviços diurnos para idosos e pessoas com deficiência, serviços de cuidados domiciliares (assistentes pessoais), serviços de cuidados remotos (teleassistência) e serviços de formação de pessoas cuidadoras.

Fonte: Questionário OCDE-BID sobre a força de trabalho em cuidados de longa duração.

83. Projeto de lei 7893/2023-CR, 2023, Peru.


84. Curso curricular complementar. Disponível em: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/presentacion\\_curso\\_ccc1\\_0.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/presentacion_curso_ccc1_0.pdf).

85. Disponível em: <https://www.imas.go.cr/es/comunicado/nueva-plataforma-digital-permite-acceder-servicios-de-cuido-para-personas-adultas-en>.



## 6.3 As medidas de segurança são habituais e melhoram o bem-estar das e dos trabalhadores, favorecem a retenção e aumentam a qualidade dos cuidados

As medidas de segurança para prevenir a sobrecarga emocional e física das pessoas cuidadoras são essenciais para melhorar o seu bem-estar. Também favorecem a retenção, ao terem um impacto positivo na satisfação profissional e reduzirem os problemas de saúde (Miranda et al., 2011; Etti et al., 2025; Okros e Virga, 2022). Em adição, estas medidas aumentam a qualidade dos cuidados. As medidas de segurança relacionadas à saúde — por exemplo, regulamentos sobre como mobilizar idosos sem acidentes ou esforços excessivos — seriam particularmente importantes para as cuidadoras, mas ainda não são abordadas para além de formações que incluem práticas de manuseio e mobilizações seguros.

A maioria dos países possui requisitos de saúde e segurança para instituições de cuidados prolongados (ver **Tabela 6.5** ). que geralmente incluem limites de capacidade, processos obrigatórios de autorização, especificações detalhadas sobre a qualificação do pessoal, proporções entre residentes e funcionários, requisitos de infraestrutura e normas de segurança. Na maioria dos países, as e os prestadores devem cumprir essas normas para obter a licença de funcionamento.<sup>86</sup> As inspeções de conformidade são realizadas com diferentes graus de regularidade.

---

**86.** A Argentina conta com um programa em andamento para melhorar a qualidade dos cuidados em residências de longa permanência, tanto públicas quanto privadas. Esse programa busca otimizar os processos, a gestão de recursos, a qualidade do trabalho e a qualidade de vida dos idosos. A Resolução 3315/2023 do Ministério da Saúde da Nação aprovou o documento “Diretrizes para a organização e funcionamento de residências de longa permanência para idosos. Modelo de atendimento centrado na pessoa”, que inclui os Anexos V e VI: “Boas práticas em residências de longa permanência e ferramenta de autoavaliação de boas práticas para a melhoria da qualidade” e “Processos para o reconhecimento de estabelecimentos comprometidos com a qualidade — Residências de longa permanência”. A Seção 2 do Anexo V, “Recursos humanos”, estabelece que as residências de longa permanência devem garantir quantidade e qualidade suficientes de recursos para fornecer o apoio e os cuidados necessários aos residentes. Essa intervenção deve promover equipes interdisciplinares de pessoal técnico e profissional competente, com os conhecimentos e as atitudes éticas e relacionais necessárias para prestar uma assistência centrada na pessoa. O Ministério da Saúde da Nação começou a implementar essa ferramenta de avaliação da qualidade por meio de um teste piloto em lares de idosos públicos e privados (Ministério da Saúde da Argentina, 2025).

**TABELA 6.5 MEDIDAS DE SAÚDE E SEGURANÇA**

PAÍS	NOME	REGULAMENTAÇÃO	SETOR ABRANGIDO
	Resolução 3315/2023. Diretrizes para a organização e funcionamento de residências para idosos. Modelo de atendimento centrado na pessoa.	Infraestrutura, materiais, protocolos, pessoal (formação e funções), proporção de funcionários por residente, questionário de autoavaliação da qualidade dos cuidados	Residências e centros-dia
<b>Argentina</b>	Lei N.º 5670 sobre Estabelecimentos para Pessoas Idosas da Cidade de Buenos Aires	Inspeções	Estabelecimentos residenciais e centros-dia privados
	Programa de Atendimento Integral em Residências de Longa Permanência para Idosos	Padrões mínimos de infraestrutura, recursos humanos, serviços, custos e pagamentos para residências prestadoras de serviços ao INSSJP	Residências de longa permanência e residências psicogerontológicas
<b>Barbados</b>	Regulamentos sobre Serviços de Saúde, 2005	Regras de infraestrutura por tipo de estabelecimento	Todo o pessoal de saúde
<b>Bolívia</b>	Resolução n.º 002/2021 (Ministério da Saúde, Agência Estatal de Vigilância da Saúde). Normas básicas e padrões para a assistência integrada em centros de longa permanência para idosos	Regras sobre infraestrutura, materiais e serviços, inspeções e recursos humanos	Residências de longa permanência
<b>Brasil</b>	Resolução da Diretoria Colegiada n.º 502 (2021). Funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos	Padrões mínimos de infraestrutura, recursos humanos e condições de segurança para os trabalhadores	Residências de longa permanência
<b>Chile</b>	Regulamento de Estabelecimentos de Longa Permanência para Pessoas Idosas (2021)	Padrões mínimos de infraestrutura, condições de segurança para os trabalhadores, formação mínima exigida e dotação de pessoal (título IV, artigos 14–20)	Residências de longa permanência
<b>Colômbia</b>	Lei 1315 de 2009. Condições mínimas que dignifiquem a estadia de idosos em centros de proteção, centros de dia e instituições de atendimento.	Critérios de admissão, regras sobre pessoal	Centros de proteção, centros-dia e residências
	Padrões de qualidade	Regras sobre recursos humanos, formação, capacitação e estado das instalações	Centros-dia, lares de idosos, assistência domiciliar e teleassistência
<b>Costa Rica</b>	Decreto Executivo n.º 44730-S: Norma para a habilitação de lares de longa permanência para a assistência integral a idosos (2024)	Requisitos mínimos relativos a recursos humanos (qualificações, dotação por especialidade) e medidas de segurança/infraestrutura	Residências de longa permanência
<b>República Dominicana</b>	Regulamento dos Centros de Cuidados Integrados para Idosos	Requisitos mínimos para centros de atendimento	Residências e centros-dia
<b>Equador</b>	Norma Técnica para a Implementação e Prestação de Serviços de Atenção e Cuidados a Pessoas Idosas (2018)	Disposições sobre recursos humanos (perfis, gestão, substituições, contratação) e medidas de segurança e qualidade	Cuidados diurnos e residenciais, cuidados domiciliares e centros sociais
<b>El Salvador</b>	Política Nacional de Corresponsabilidade pelos Cuidados 2022–2030	Disposições para ampliar e melhorar a infraestrutura dos centros de cuidados para pessoas em situação de dependência	Residências e centros-dia
<b>Honduras</b>	Lei Integral de Proteção aos Idosos e Aposentados (2007)	Formação de recursos humanos técnicos e profissionais; organismos de supervisão; recursos humanos; infraestrutura e equipamento de instituições de atendimento a idosos e aposentados	Centros-dia e residências



PAÍS	NOME	REGULAMENTAÇÃO	SETOR ABRANGIDO
Peru	Decreto Supremo n.º 007-2018 da Lei 30490, Lei da Pessoa Idosa	Padrões mínimos de infraestrutura, recursos humanos e higiene	Centros de dia e residências
Trindade e Tobago	Política Nacional sobre Envelhecimento (2006/7)	Cuidados de saúde e padrões para hospitais e centros de cuidados	Residências

Fonte: Questionário OCDE-BID sobre a força de trabalho em cuidados de longa duração.

Um exemplo de medidas de saúde e segurança são os rácios (proporções) de pessoal trabalhador, que definem o número de pessoas cuidadoras por residente. Contar com índices adequados é fundamental para garantir que os residentes recebam os cuidados de que necessitam e para prevenir consequências negativas (mentais, físicas e emocionais) para quem presta cuidados. No entanto, não existe um consenso internacional claro sobre quais são os rácios ideais.

Dez países da América Latina e do Caribe regulamentam essa questão (Argentina, Barbados, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, Peru e Uruguai), conforme mostrado na **Tabela 6.6**. Na maioria deles, o número exigido de pessoas cuidadoras aumenta com o grau de dependência dos residentes e ainda varia de acordo com o horário do dia ou da noite. Por exemplo, no Chile, deve haver uma cuidadora para cada seis pessoas idosas com dependência grave; para pessoas com dependência leve ou moderada, a proporção é de uma para 12 durante o dia e de uma para 15 à noite. Do mesmo modo, na Bolívia, o número de auxiliares de enfermagem exigidos aumenta com o nível de dependência: dois para 20 residentes com necessidades leves, cinco para 20 com necessidades moderadas e ainda mais para dependências mais graves. Na Colômbia, a dotação de pessoal por residente é determinada pelo Ministério da Saúde e Proteção Social de acordo com o alcance do centro.<sup>87</sup> No Equador, as proporções diferem entre residências e Centro-dia: nas residências, são de uma pessoa trabalhadora para 10 durante o dia e de uma para 15 à noite; nos centros de dia, de uma para 35. O Uruguai estabelece uma proporção de uma para dez para Centro-Dia e, em residências, uma funcionária para cada cinco residentes dependentes durante o dia e uma para dez nos turnos noturnos. Em Barbados, os lares para idosos exigem uma cuidadora para cada dez residentes, enquanto os lares de enfermagem exigem uma enfermeira qualificada para cada oito residentes. No Peru, os lares de longa permanência exigem uma cuidadora para cada 10 usuários, com a mesma proporção para Centro-Dia; nos centros noturnos, o número de cuidadores depende das necessidades do estabelecimento.

87. Lei 1315/2009.



Os países que estabelecem proporções de pessoal também costumam estabelecer requisitos sobre a composição da força de trabalho. Por exemplo, para residentes com dependência grave na Argentina, é exigido por turno uma enfermeira registrada para cada 30 residentes, uma auxiliar de enfermagem para cada sete residentes e uma assistente gerontóloga para cada 10 residentes.<sup>88</sup> Outros países, como a Costa Rica, não especificam relações numéricas, mas sim regras sobre a composição do pessoal nos estabelecimentos de cuidados. Por exemplo, os lares de longa permanência devem ter acesso a profissionais de psicologia, nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional, serviço social, medicina geral, geriatria e odontologia.

**TABELA 6.6 RAZÕES E REQUISITOS DE PESSOAL**

PAÍS	REGULAMENTAÇÃO SOBRE RAZÕES E COMPOSIÇÃO DO PESSOAL	
<b>Argentina</b>	Resolução 3315/2023: Diretrizes para a organização e funcionamento de Residências para Idosos	Os requisitos de dotação em instituições de cuidados de longa duração aumentam de acordo com o nível de dependência dos residentes.
<b>Barbados</b>	Regulamentos sobre Serviços de Saúde, 2005	Requisitos de dotação para lares de idosos e residências com serviços de enfermagem.
<b>Bolívia</b>	Resolução n.º 002/2021: Padrões básicos para o atendimento a idosos em centros de acolhimento de longa permanência	Os requisitos de dotação em instituições de cuidados de longa duração aumentam de acordo com o nível de dependência dos residentes.
<b>Brasil</b>	Resolução do Conselho Diretor Colegiado n.º 502 (2021): Funcionamento de Instituições de Longa Permanência para Idosos	Os requisitos de dotação em instituições de cuidados de longa duração aumentam de acordo com o nível de dependência dos residentes.
<b>Chile</b>	Regulamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos (2021)	Os requisitos de dotação em instituições de cuidados de longa duração aumentam de acordo com o nível de dependência dos residentes.
<b>Colômbia</b>	Lei 1315 de 2009: Condições mínimas que dignifiquem a estadia de idosos em centros de proteção, centros de dia e instituições de cuidados	Os requisitos de dotação em instituições de cuidados de longa duração aumentam de acordo com o nível de dependência dos residentes.
<b>Costa Rica</b>	Decreto Executivo n.º 44730-S (2024): Norma para a autorização e habilitação de lares de longa permanência para a assistência integral a idosos	Composição do pessoal em lares de cuidados residenciais.
<b>Equador</b>	Norma Técnica para a Implementação e Prestação de Serviços de Atenção e Cuidados a Pessoas Idosas (2018)	Requisitos de pessoal para atendimento diurno, domiciliar, residencial e em centros sociais.
<b>Peru</b>	Decreto Supremo N.º 007-2018 da Lei 30490, Lei do Idoso	Requisitos de pessoal para centros residenciais e de dia.
<b>Uruguai</b>	Decreto n.º 356/016: Regulamentação, habilitação e fiscalização dos serviços de assistência a idosos, art. 19	Os requisitos de pessoal para centros de dia e residências aumentam de acordo com o nível de dependência dos residentes.


Fonte: Questionário OCDE-BID sobre a força de trabalho em cuidados de longa duração.

**88.** Resolução 3315/2023, Argentina. A maioria das províncias possui regulamentações locais para o funcionamento de estabelecimentos de cuidados de longa duração para idosos, que geralmente estabelecem as proporções entre pessoas cuidadoras e residentes.




Um desafio importante para a saúde e a segurança das cuidadoras é definir e implementar medidas nos ambientes do lar, o que é intrinsecamente difícil dada a natureza do trabalho, que é realizado na intimidade das casas das pessoas que recebem cuidados.

## 6.4 Os países impulsionam uma força de trabalho sustentável em cuidados de longa duração através do desenvolvimento de competências

Uma estratégia-chave para desenvolver a força de trabalho na área dos cuidados prolongados consiste em oferecer, melhorar e ampliar os programas de formação e educação. Os países da região melhoraram significativamente a disponibilidade, acessibilidade e conteúdo desses programas. Conforme detalhado na **Tabela D.1** , quatro deles (Colômbia, El Salvador, Trindade e Tobago e Uruguai) incluíram explicitamente a melhoria e a ampliação das oportunidades de formação e certificação em suas políticas de cuidados ou envelhecimento.

### 6.4.1 Os países da região ainda enfrentam dificuldades para alinhar as competências das pessoas cuidadoras com a demanda do mercado de trabalho


Continuar a ajustar as competências das e dos trabalhadores de acordo com demanda do setor de cuidados de longa duração continua sendo um desafio na América Latina e no Caribe. Uma das razões é a falta de uma definição clara da profissão de cuidador (ver **Seção 6.2** ) , o que dificulta a identificação das competências necessárias.

#### *Muitos países criaram perfis ocupacionais como um primeiro passo para uma formação mais orientada e padronizada*

Os países costumam elaborar perfis ocupacionais para identificar e mapear a demanda por competências para uma ocupação específica, descrevendo detalhadamente as funções, tarefas e características do cargo. No geral, são desenvolvidos a partir da experiência do mercado de trabalho (prestadores de cuidados de longa duração) e das características da população que necessita dos serviços (idade, prevalência de necessidades de cuidados, disponibilidade de cuidadoras familiares etc.). Por exemplo, uma pessoa com dependência leve que vive em sua casa requer competências e formação diferentes das de uma pessoa com dependência grave



que vive em uma residência. Depois de definir o perfil ocupacional, o país pode desenvolver quadros de competências e planos de estudo padronizados (ver Seção 6.4.2) para orientar a oferta de habilidades considerando a demanda do mercado.

Vários países da região já possuem perfis ocupacionais para cuidadoras de pessoas idosas (Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, República Dominicana — apenas no setor público —, México, Trindade e Tobago e Uruguai). Esses perfis são descritos com mais detalhes na **Tabela 6.7** . El Salvador está elaborando um perfil no âmbito de sua Política Nacional de Corresponsabilidade Social dos Cuidados (ISDEMU, 2024).<sup>89</sup> A Bolívia e o México desenvolveram um perfil ocupacional para pessoas que trabalham em domicílios de forma remunerada com funções que se sobrepõem às das cuidadoras. Igualmente, a Jamaica e Honduras têm apenas perfis de profissionais de saúde.

A Argentina, o Brasil e o Uruguai utilizam o mesmo perfil ocupacional para pessoas cuidadoras que trabalham em domicílios e instituições, enquanto outros países, como o México e o Equador, definem perfis separados de acordo com o tipo de serviço. A Colômbia também definiu dois perfis, diferenciados não pelo ambiente de trabalho (domicílio ou residência), mas pelo foco dos cuidados prestados: as cuidadoras de apoio pessoal orientam-se mais para o acompanhamento nas atividades da vida diária, enquanto as cuidadoras institucionais se concentram mais no apoio relacionado com a saúde e trabalham, geralmente, sob a supervisão de pessoal de saúde. A mesma distinção existe na Costa Rica. Algumas províncias da Argentina (Mendoza, Río Negro e Entre Ríos) definiram perfis específicos para cuidadoras polivalentes, ou seja, trabalhadoras que podem prestar cuidados tanto em domicílios quanto em âmbitos de saúde. Em outros países, os perfis das cuidadoras estão ligados a um único ambiente de trabalho: por exemplo, cuidados domiciliares em Barbados e cuidados residenciais em Trindade e Tobago.

O Chile deu mais um passo ao traçar uma trajetória de progressão profissional para cada perfil (desde os cuidados primários até a direção de residências) (OIT, 2023). O país também está definindo novos perfis para incorporar à lista anterior, como cuidadoras da área de gerontologia, assistentes sociais comunitárias e cuidadoras de pessoas com dependência grave.

---

<sup>89</sup>. Linha estratégica 6.

**TABELA 6.7 PERFIS OCUPACIONAIS**


PAÍS	PERFIL OCUPACIONAL	ÂMBITO	TAREFAS INCLUÍDAS
<b>Argentina</b>	Cuidador de pessoas adultas	Domicílios particulares; instituições de cuidados residenciais e não residenciais	Apoiar em ABVD e AIVD; administrar medicação ou outras tarefas de saúde sob a supervisão de pessoal de enfermagem ou médico.
	Perfis de pessoas cuidadoras polivalentes em Mendoza, Río Negro, Entre Ríos, Chaco e Cidade de Buenos Aires	Residências particulares e/ou estabelecimentos de saúde públicos ou privados	Apoiar em ABVD, AIVD, acesso a serviços de saúde e necessidades fisiológicas; coordenar com o pessoal de saúde e outros profissionais; informar os idosos e conectá-los com a comunidade.
<b>Barbados</b>	Trabalhador de assistência domiciliar	Domicílios particulares	Ajudar/supervisionar em ABVD e AIVD; administrar medicação.
<b>Bolívia</b>	Trabalhador doméstico remunerado	Domicílios particulares	Apoiar em ABVD; prestar apoio aos familiares.
<b>Brasil</b>	Cuidador de idosos	Residências particulares e centros residenciais/diurnos	Apoiar em ABVD e AIVD; supervisionar tratamentos médicos; promover atividades sociais.
	Assistente sociocomunitário	Organizações não governamentais; estabelecimentos públicos e privados	Prestar serviços de apoio sociocomunitário.
<b>Chile</b>	Trabalhador domiciliar particular	Residências particulares	Apoiar em ABVD e AIVD.
	Cuidador primário	Organizações não governamentais; instituições públicas e privadas	Apoiar em ABVD; prestar cuidados primários.
<b>Colômbia</b>	Cuidador pessoal domiciliar	Cuidador pessoal domiciliar	Cuidador pessoal domiciliar
	Cuidador pessoal Institucional	Cuidador pessoal institucional	Cuidador pessoal institucional
<b>Costa Rica</b>	Assistente domiciliar para idosos	Assistente domiciliário para idosos	Assistente domiciliar para idosos
	Profissional de enfermagem em serviços integrais para idosos	Domicílios particulares, centros de dia e outros estabelecimentos de cuidados	A função do pessoal de enfermagem em serviços integrais para idosos foi criada para que os profissionais que trabalham em instituições possam padronizar e otimizar suas funções e competências profissionais, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços prestados nesses centros.
<b>Equador</b>	Cuidador	Centros gerontológicos residenciais	Prestar apoio em ABVD; apoio à reabilitação; administrar medicamentos; monitoramento da saúde.
	Cuidador/facilitador de oficinas	Centros gerontológicos diurnos	Prestar apoio em ABVD e em atividades sociais e de estimulação.
<b>México</b>	Cuidador de idosos em instituições	Estabelecimentos de cuidados residenciais	Prestar apoio em ABVD e AIVD; reabilitação; estimulação cognitiva.
	Cuidador de idosos em domicílios particulares	Domicílios particulares	Planejar assistência e cuidados básicos; apoiar ABVD e AIVD; auxiliar nos cuidados de saúde em casa.



PAÍS	PERFIL OCUPACIONAL	ÂMBITO	TAREFAS INCLUÍDAS
Trindade e Tobago	Assistente de cuidados	Instituições de cuidados prolongados e lares de idosos	Comunicar-se no trabalho; seguir políticas de saúde e segurança; planejar e organizar tarefas; apoiar ABVD; colaborar em avaliações; manter o ambiente; preparar camas; realizar medições clínicas; aplicar primeiros socorros básicos.
Uruguai	Cuidadores	Ambientes de cuidados residenciais e domiciliares	Ajudar pessoas em situação de dependência com base numa abordagem centrada nos direitos; promover a autonomia e o bem-estar; atender às necessidades básicas, instrumentais e avançadas; garantir a qualidade do serviço e melhorar as condições de cuidados.

Fonte: Questionário OCDE-BID sobre a força de trabalho em cuidados de longa duração.

## Muitos países também estão trabalhando na criação de quadros de competências

Os quadros de competências definem quais habilidades essenciais as e os trabalhadores de cada perfil ocupacional precisam para desempenhar adequadamente suas funções. Assim, os perfis ocupacionais servem de base para a elaboração de quadros de competências, que por sua vez podem ser usados para elaborar planos de estudo padronizados em nível nacional (ver **Seção 7.2** ). Oito países da região (Argentina, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, México, Uruguai e Trindade e Tobago) já possuem quadros de competências para o setor de cuidados de longa duração, e El Salvador está desenvolvendo o seu.

Os perfis ocupacionais descritos acima já incluem os quadros de competências para cada ocupação específica na Argentina, Chile, Colômbia e Uruguai. Em outros países (Costa Rica,<sup>90</sup> Equador,<sup>91</sup> México e Trindade e Tobago), os quadros de competências são definidos separadamente. Por outro lado, o número e o tipo de competências variam de acordo com o país. A Argentina e o Uruguai, por exemplo, definem cinco áreas, mas com abordagens muito diferentes. Enquanto a Argentina opta por competências cognitivas, psicomotoras, físicas, sensoriais e digitais, cada uma ponderada por sua importância para a profissão, o Uruguai define organizar recursos para otimizar os cuidados, apoiar as atividades cotidianas de acordo com as necessidades individuais, promover a integração social, compreender as normas dos centros de cuidados e conhecer a legislação trabalhista, com descrições detalhadas das habilidades, conhecimentos e responsabilidades exigidas em cada área.

Alguns países definem funções muito diferenciadas dentro da força de trabalho de cuidados de longa duração, enquanto outros adotam um quadro mais unificado entre os ambientes de

**90.** Marco de cualificaciones para la Asistencia Integral para la persona adulta mayor del Ministerio de Educación Pública), publicado como documento oficial e independente pelo MEP em 2019. Costa Rica

**91.** Protocolo de Atención Integral para Personas Adultas Mayores en Centros y Servicios Gerontológicos, Equador.



cuidados. No Chile, as competências exigidas para cada perfil são muito distintas. Para o perfil de cuidador primário incluem auxiliar pessoas dependentes nas atividades cotidianas, apoiar a manutenção da saúde e monitorar a aplicação dos planos de intervenção. Por outro lado, o assistente sociocomunitário deve gerenciar o acesso a serviços sociais, coordenar apoios em rede e proporcionar descanso às pessoas cuidadoras primárias. Na Colômbia, os quadros de competências para pessoas cuidadoras pessoais domiciliares e pessoas cuidadoras em instituições são muito semelhantes: ambos exigem comunicação, escuta ativa, pensamento crítico, relações interpessoais e trabalho em equipe. A única diferença é que as cuidadoras pessoais devem saber seguir instruções, enquanto as pessoas cuidadoras institucionais precisam avaliar e acompanhar as atividades.

O México adota uma abordagem mais prática para definir as competências exigidas das cuidadoras formais. Seu quadro para cuidadoras domiciliares (Cuidado básico da pessoa idosa em domicílio<sup>26</sup>) descreve as tarefas que se espera que realizem, em vez de estabelecer áreas amplas de competências. Recentemente, o Instituto Nacional de Geriatria e o Conselho Nacional de Normalização e Certificação de Competências Laborais (CONOCER<sup>27</sup>) lançaram a Norma de Competência em Cuidados Centrados na Pessoa para Idosos com Dependência Funcional,<sup>92</sup> com o objetivo de avançar na profissionalização das cuidadoras (CONOCER, 2024). Para cuidadoras de pessoas idosas em estabelecimentos de assistência social permanentes ou temporários, vigora um quadro diferente.<sup>93</sup>

Por último, El Salvador e Costa Rica estão elaborando um currículo nacional para a formação de cuidadoras pessoais. Como passo preliminar, ambos os países trabalham na caracterização e definição de perfis de competências para as cuidadoras e as tarefas que deverão desempenhar.

## 6.4.2 Os países exigem requisitos muito diferentes para trabalhar no setor de cuidados de longa duração


Como visto no Capítulo 4, na maioria dos países da América Latina e do Caribe, as cuidadoras remuneradas têm relativamente pouca formação. Aproximadamente uma em cada três trabalha sem formação e outro terço apenas realizou autoaprendizagem e cursos breves de menos de 60 horas (ver Seção 4.3). Cursos extensos, de 150 horas ou mais, são pouco frequentes, especialmente na América Central e em partes do Caribe.

92. Padrão de Competência EC1519.01. Cuidados centrados na pessoa idosa com dependência funcional.

93. Padrão de Competência EC0665. Atendimento a idosos em instituições de assistência social permanentes ou temporárias.




### *A maioria dos países estabelece requisitos mínimos reduzidos de escolaridade para ter acesso à formação*

Vários países (como Chile, Honduras, Jamaica, Peru, México, República Dominicana e Uruguai) permitem que pessoas com somente ensino primário ou sem estudos formais se inscrevam em um curso de formação para pessoas cuidadoras pessoais (ver **Tabela 6.8, Panel A** ). Outros países (como Argentina, Barbados, Bolívia, Colômbia, Equador, Guiana e Trindade e Tobago) exigem o ensino médio. Na Costa Rica, os requisitos educacionais variam de acordo com a instituição que oferece a formação: as instituições públicas e as universidades, como o Instituto Nacional de Aprendizagem (INA) e a Universidade Estadual à Distância (UNED), exigem o diploma do ensino secundário, enquanto algumas instituições privadas podem exigir apenas o ensino primário. Na Costa Rica, os requisitos educacionais variam dependendo da instituição que oferece a formação. Instituições públicas e universidades como o Instituto Nacional de Aprendizagem e a Universidade Pública de Ensino à Distância exigem diploma do ensino médio, enquanto instituições privadas podem exigir apenas o ensino primário.

Em contrapartida, profissionais de enfermagem do setor de cuidados de longa duração precisam de requisitos de admissão mais elevados, que vão desde o diploma do ensino médio até diplomas técnicos. O diploma do ensino médio é um requisito comum para iniciar os estudos de enfermagem nos seguintes países: Argentina, Brasil, Bolívia, Chile, Colômbia,<sup>94</sup> Costa Rica, República Dominicana, Equador, El Salvador, Honduras, Jamaica, Peru e Trindade e Tobago. Um grupo menor de países, como Barbados e a Guiana, exige habilidades mais especializadas e requer um diploma técnico depois do ensino médio para a formação em enfermagem. No México é exigido um bacharelado para Enfermagem— um diploma de nível educacional entre o ensino médio e a universidade, onde os alunos têm normalmente entre 15 e 18 anos de idade.

### *Muitos países estabelecem apenas requisitos mínimos de educação e formação para o pessoal de enfermagem que presta cuidados de longa duração*


A maioria dos países não exige que as cuidadoras pessoais tenham um nível mínimo de formação ou certificação de conhecimentos para trabalhar em serviços oficiais de cuidados de longa duração (**Tabela 6.8, Panel B** ). Para que a educação e a capacitação sejam consideradas formais, devem ser reconhecidas por normas ou regulamentos nacionais e cumprir determinados critérios aprovados ou acreditados por uma autoridade governamental (como um ministério

---

**94.** Em 2013, o Serviço Nacional de Aprendizagem, em parceria com o Ministério da Saúde, criou um programa para operadores de cuidados básicos a pessoas com dependência funcional. O requisito de admissão era ter concluído o ensino básico.



ou uma secretaria de Educação, Saúde ou Trabalho). Estabelecem uma certificação, qualificação ou licença oficial válida para o emprego ou o reconhecimento profissional. Vários países (Argentina, Costa Rica, República Dominicana, Barbados, Trindade e Tobago e Uruguai) exigem que as cuidadoras concluam esse tipo de formação formal (diferente da formação não formal ou informal<sup>95</sup>) para poder trabalhar em uma instituição credenciada. No Uruguai, as cuidadoras têm duas maneiras de obter o reconhecimento oficial: concluir a formação formal ou passar por uma série de etapas para obter uma certificação de competências profissionais com base na experiência ou nos conhecimentos prévios.

Os programas oficiais de formação, quando existem, variam amplamente em sua duração (**Tabela 6.9** ). Poucos excedem as 260 horas recomendadas pelo Protocolo Ibero-americano de Formação em Cuidados. Barbados exige tanto formação formal como uma certificação de competências para trabalhar como cuidador pessoal: o Conselho de Formação Profissional de Barbados oferece um curso de dois semestres como programa principal, embora outras instituições ministrem cursos semelhantes. Independentemente de onde a formação seja ministrada, todas as e os candidatos devem passar no mesmo exame de certificação de competências para se qualificarem. Na Costa Rica, o curso de 700 horas para pessoas cuidadoras pessoais é ministrado pelo Instituto Nacional de Aprendizagem (INA). No Uruguai e na República Dominicana, instituições públicas e privadas credenciadas oferecem cursos formais mais curtos (152 horas no Uruguai, com um componente prático de 62 horas; e 200 horas na República Dominicana, das quais 120 são destinadas à prática).<sup>96</sup> No Equador, a formação oficial é um diploma técnico universitário de dois anos que inclui um mínimo de 240 horas, com estágios em residências de longa duração, Centro-Dia ou um hospital especializado no atendimento a idosos. Só é obrigatória para trabalhar em serviços do setor público. Além disso, as cuidadoras pessoais devem certificar suas competências por meio de um centro de formação reconhecido pelo Ministério do Trabalho para obter uma licença que deve ser renovada a cada três anos.

Conforme indicado na Seção 6.2, as pessoas cuidadoras domiciliares na Argentina devem estar inscritas no Registro Nacional de Cuidadores Domiciliares. Também, devem cumprir o requisito mínimo nacional de 200 horas de formação para se poderem registrar. Uma vez inscritos, o número exato de horas necessárias para obter a certificação (a habilitação oficial para exercer a profissão) não é fixado de forma centralizada a nível nacional, mas é determinado por cada jurisdição provincial ou municipal. Por exemplo, como mencionado, a cidade de Buenos Aires


**95.** A formação informal é a aprendizagem empírica, “na prática”, sem currículo ou certificação, e não constitui uma capacitação intencional. A formação não formal é uma aprendizagem organizada e estruturada que ocorre fora do sistema educacional formal e pode proporcionar um certificado; mas, normalmente, não a um diploma reconhecido pelo governo.


**96.** Pelo Instituto Nacional de Formación Técnica Profesional (INFOTEP).



oferece um curso presencial obrigatório de 400 horas que inclui prática em domicílios, instituições e comunidades. Ao concluir o curso, os formandos recebem um certificado nacional reconhecido pelo Ministério da Educação que lhes permite se inscrever no Registro Nacional de Cuidadores Domiciliários. Essa prática também contribui para aumentar o emprego formal na área dos cuidados.

O Chile e El Salvador estão trabalhando na definição de requisitos mínimos de formação para cuidadoras pessoais. O Chile está elaborando um programa de formação formal para cuidadoras pessoais que exigirá um mínimo de 120 horas, com componentes práticos. El Salvador está desenvolvendo um novo currículo e laboratórios práticos para a formação “mão na massa” e espera-se que estabeleça requisitos mínimos para elevar os baixos níveis educacionais atuais entre as cuidadoras.

Muitos países com cursos de formação formal oferecem-nos gratuitamente (por exemplo, Argentina ou Uruguai) ou com taxas subsidiadas (por exemplo, Barbados e Equador). Em Barbados, quem frequenta cursos em regime parcial paga uma taxa. No Equador, as e os trabalhadores afiliados ao Ministério da Inclusão Econômica e Social recebem descontos. Em Trindade e Tobago, os requisitos educacionais para assistente de atendimento à e ao paciente — a ocupação mais comparável à de cuidadora, ainda que com um enfoque relativamente forte na área da saúde — são estabelecidos por um órgão do Ministério da Educação, o Programa de Parceria para a Formação e o Emprego de Jovens (YTEPP,<sup>97</sup> na sigla em inglês). A participação tem um custo de T\$ 200 (US\$ 29,46). A **Tabela 6.9**  oferece mais detalhes sobre esses programas.

No caso do pessoal de enfermagem (**Tabela 6.8, Panel B** ), a maioria dos países exige formação formal. Trindade e Tobago exige formação formal com formação específica em geriatria, mas apenas para aqueles que trabalham em lares de idosos. Em Barbados e na Jamaica, as pessoas que concluem seus estudos de enfermagem recebem uma licença do Conselho de Enfermagem que deve ser renovada a cada dois anos (Parlamento de Barbados 2008; Conselho de Enfermagem da Jamaica, 2018).

---

**97.** Youth Training and Employment Partnership Program. <https://health.gov.tt/careers/nursing> y <https://www.ytepp.edu.tt/k-course/patient-care-assistant/>.

**TABELA 6.8 QUALIFICAÇÕES MÍNIMAS**

PAINEL A: QUALIFICAÇÕES MÍNIMAS PARA INICIAR UMA FORMAÇÃO OU CURSO EDUCATIVO PARA TRABALHAR EM CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO	
Pessoas cuidadoras em cuidados de longa duração	Enfermagem em cuidados de longa duração
Ensino primário ou sem requisito mínimo: Chile, Costa Rica, Honduras, Jamaica, Peru, México, República Dominicana (básica), Uruguai (básica)	Ensino médio: Bolívia, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, El Salvador, Honduras, Jamaica, Peru, Trindade e Tobago
Ensino médio: Argentina, Barbados, Bolívia, Costa Rica (Instituto Nacional de Aprendizagem, Universidade Estadual à Distância), Colômbia, Equador, Guiana, Trindade e Tobago	Técnico após o ensino médio: Barbados, Guiana Bacharelado: México

PAINEL B: QUALIFICAÇÕES MÍNIMAS EXIGIDAS PARA EXERCER CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO	
Pessoas cuidadoras em cuidados de longa duração	Enfermagem em cuidados de longa duração
Educação formal / Formação ou Capacitação: Argentina, Barbados, Costa Rica, Equador (setor público), República Dominicana, Trindade e Tobago, Uruguai	Educação formal / Formação ou Capacitação: Argentina, Barbados, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, El Salvador, Guiana, Honduras, Jamaica, México, Peru, República Dominicana, Trindade e Tobago
Sem requisito mínimo: Brasil, Bolívia, Chile, El Salvador, Honduras, Jamaica, México, Peru	Licenciamento/filiação profissional: Barbados, Jamaica

**Fonte:** Questionário OCDE-BID sobre a força de trabalho em cuidados de longa duração.

**Notas:** O licenciamento é geralmente renovado periodicamente, por exemplo, aprovando um exame, comprovando educação continuada, acreditando experiência por meio de emprego prolongado na área ou pagando uma taxa.

**TABELA 6.9 DURAÇÃO E CUSTO DOS PROGRAMAS FORMAIS E OBRIGATÓRIOS DE FORMAÇÃO**

PAÍS	FORMAÇÃO	DURAÇÃO	CUSTO	INSTITUIÇÃO	INFORMAÇÕES ADICIONAIS
Argentina	Curso de Formação de Cuidadores Domiciliários	Mínimo de 200 horas	Gratuito	Registro Nacional de Cuidadores Domiciliários; Ministério do Capital Humano	Cada jurisdição provincial ou municipal define a carga horária exata para a certificação (por exemplo, 400 horas na cidade de Buenos Aires).
Barbados	Cuidados a idosos	Dois semestres	Tarifa subsidiada apenas para estudantes em tempo integral	Conselho de Formação Profissional de Barbados	
República Dominicana	Cuidados e assistência a idosos	200 horas (inclui 120 horas de prática)	Gratuito	Instituto Nacional de Formação Técnica Profissional	Modalidade presencial ou virtual.
Equador	Diploma técnico de nível universitário de dois anos	200 horas	Taxa subsidiada para trabalhadores afiliados ao Ministério de Inclusão Econômica e Social	Vários ofertantes	Inclui estágios em residências de longa permanência, Centro-Dia e um hospital especializado no atendimento a idosos. É obrigatório apenas para trabalhar em serviços do setor público.
Trindade e Tobago	Curso de Assistente de Cuidados a Pacientes	Informação não disponível	TT\$ 200	Treinamento e Emprego para Jovens Programa de Parceria	
Uruguai	Curso Básico em Cuidados à Dependência	152 horas (inclui 62 horas de prática)	Gratuito	Sistema Nacional Integrado de Cuidados (Sistema Nacional Integrado de Cuidados); Ministério do Desenvolvimento Social	

Fonte: Questionário OCDE-BID sobre a força de trabalho em cuidados de longa duração.

### 6.4.3 Os países reforçam e reconhecem as competências adquiridas ao longo da vida

*Muitos países oferecem cursos não obrigatórios, o que gera um panorama formativo heterogêneo*

Devido à falta de currículos oficiais de formação, em muitos países as cuidadoras têm de recorrer a cursos não formais, os quais podem ser organizados e estruturados, mas são ministrados fora do sistema educativo formal. Apesar de que possam conferir um certificado, geralmente não são acreditados por organismos públicos. Nos países onde não existe outra formação acreditada, essas ofertas são utilizadas como formação inicial; em outros, funcionam como oportunidade



de aprendizagem contínuo de e especialização ao longo da carreira profissional.<sup>98</sup> Os cursos formais padronizados são o formato ideal para capacitar as e os prestadores de cuidados; mas, quando não existem, os cursos não formais podem proporcionar certos conhecimentos e habilidades. Estes últimos são ministrados por diferentes tipos de organizações (como universidades públicas e privadas, ONG, instituições públicas e o setor privado com fins lucrativos), o que gera um panorama formativo heterogêneo. Dado o nível educacional comparativamente baixo e a alta proporção de trabalhadores com educação básica entre aqueles que trabalham no setor, a formação contínua e o fortalecimento de competências são especialmente relevantes na região.

Vários países, como Barbados, a Guiana e o Equador, oferecem uma ampla oferta educativa, com cursos não formais que cumprem a recomendação de duração do Protocolo Ibero-americano (260 horas). Por exemplo, o Faculdade Comunitária de Barbados<sup>28</sup> oferece um diploma de pós-graduação de um ano em enfermagem com enfoque em gerontologia.<sup>99</sup>

Existem cursos não formais mais curtos em diferentes países da região (Bolívia, Brasil, Chile, El Salvador, Guiana e Uruguai (Questionário OCDE-BID sobre a Força de Trabalho em Cuidados de Longa Duração). Em El Salvador, tanto as e os prestadores públicos quanto privados oferecem programas de formação para cuidadoras pessoais, com duração média de 200 horas, sendo 20% do tempo dedicado à prática. A Guiana conta com inúmeras opções de capacitação para pessoas cuidadoras; mas nenhuma é obrigatória para trabalhar no setor. A educação continuada é oferecida pelo Ministério da Saúde (formação para agentes comunitários de saúde), pela Universidade da Guiana (programa de 60 horas em Cuidados a Idosos), pela Escola Carnegie de Economia Doméstica<sup>29</sup> (certificado de um ano em Cuidados a Idosos) e pelos Centros de Aprendizagem para Adultos.

No Chile, o Ministério do Trabalho e Previdência Social, por meio do Serviço Nacional de Capacitação e Emprego (SENCE), oferece o programa gratuito Serviço de Cuidados Básicos Integrados para Idosos, uma iniciativa que certifica competências em cuidados e apoia o aumento do emprego formal em serviços de cuidados, incluindo a elaboração de planos de negócios. Na Bolívia, a Escola de Gestão Pública Plurinacional<sup>30</sup> oferece um curso virtual e assíncrono sobre cuidados de longa duração para idosos em centros residenciais. Trata-se de um curso de 50 horas, apoiado pelo Ministério da Justiça, custa Bs 100 (US\$ 14,5) e está aberto a funcionários públicos e pessoal de instituições privadas. Do mesmo modo, o Uruguai, como parte de

---

**98.** A formação inicial refere-se à capacitação pré-emprego para uma ocupação e, geralmente, é dividida em duas etapas: uma formação básica, seguida de especializações. Por outro lado, a formação contínua (ou aperfeiçoamento) é uma capacitação direcionada, ministrada após a formação profissional inicial, para complementar, melhorar ou atualizar os conhecimentos, habilidades e/ou competências adquiridos anteriormente.


**99.** Disponível em: <https://bcc.edu.bb/Divisions/HealthSciences/Academics/Programmes/HSDPGYRIPT/>



sua estratégia para apoiar as cuidadoras que trabalham em seu Sistema Nacional Integrado de Cuidados, lançou uma série de oficinas para compartilhar conhecimentos, boas práticas e ferramentas que melhoram o desempenho relacional e profissional, com o objetivo de elevar a qualidade dos serviços (Balsa et al., 2025). No Brasil, a formação de cuidadoras pessoais é realizada principalmente por meio de organizações da sociedade civil. O Ministério da Saúde oferece ocasionalmente cursos à distância, mas eles são esporádicos e não padronizados.

Na Argentina, Honduras, Jamaica, Peru e Trindade e Tobago, as opções são mais limitadas. Na Argentina, aqueles que estão inscritos no Registro Nacional de Cuidadores Domiciliares podem ter acesso a formação em gerontologia contínua online e a oportunidades de trabalho mais amplas. Na Jamaica, o Campus Mona da Universidade das Índias Ocidentais introduziu a formação em cuidados de longa duração, inicialmente em Kingston e agora em expansão para outras regiões. No entanto, a formação de cuidadoras pessoais no país continua sem ser padronizada, e as escolas privadas desenvolvem seus próprios planos de estudo. Em Honduras, o Centro de Estudos da Mulher oferece cursos de diploma em cuidados de longa duração para trabalhadoras domésticas.

Os provedores de formação da região são uma mistura de organizações públicas, privadas e da sociedade civil. No Peru, o Seguro Social de Saúde (EsSalud) é o principal provedor de capacitação em cuidados para idosos, uma formação que é complementada pela Cruz Vermelha, a qual também oferece capacitação com um enfoque em saúde. Em Trindade e Tobago, o Programa de Parceria Geriátrica para Adolescentes, um programa de formação de curta duração, conecta jovens com idosos e aproxima a profissão das e dos jovens (entre 17 e 35 anos), dotando-os de habilidades para prestar cuidados geriátricos e acompanhamento.

Em geral, os cursos de formação da região priorizam as competências técnicas e tendem a deixar de lado outros aspectos essenciais, como o autocuidado, a resiliência emocional, a comunicação e a promoção de projetos de vida na velhice. Essas lacunas continuam sendo um desafio crítico para a formação em cuidados de longa duração (ver **Requadro 6.1** )



### REQUADRO 6.1 OS PROGRAMAS DE FORMAÇÃO CARECEM DE CONTEÚDOS ESSENCIAIS SOBRE CUIDADO EMOCIONAL E AUTOCUIDADO

A maioria dos programas de formação nos países da América Latina e do Caribe concentra-se em competências técnicas e dedica menos atenção ao manejo da carga emocional que implica prestar cuidados. Também carecem de componentes importantes sobre autocuidado e resiliência emocional. Várias pesquisas anteriores mostraram que, na Colômbia, Costa Rica e no Uruguai, a formação para profissionais de cuidados de longa duração tende a se concentrar principalmente em habilidades técnicas relacionadas à assistência à saúde ou à higiene e ao conforto: é dada consideravelmente menos ênfase a competências como comunicação, gestão do tempo, autocuidado e promoção de projetos de vida na velhice, elementos-chave da abordagem de Cuidados Centrados na Pessoa. Em outras palavras, alguns componentes dessa abordagem estão presentes, mas não são integrados de forma sistemática nos planos de estudo (Aldaz Arroyo et al., 2023). O **Capítulo 7** aprofunda a abordagem dos Cuidados Centrados na Pessoa e destaca a importância de incorporá-la plenamente nos programas de formação.

Conforme mencionado no **Capítulo 4**, as pessoas cuidadoras estão expostas a níveis significativos de abuso verbal e físico, e uma em cada cinco apresenta sintomas de depressão. Ainda que esses resultados também sejam observados em países da OCDE, na América Latina e no Caribe, as e os trabalhadores estão pouco preparados para lidar com as exigências emocionais de suas funções, como confirma a evidência no Chile. Por meio da combinação de métodos quantitativos e qualitativos, pesquisadores do Ministério do Desenvolvimento Social e da Família descobriram que as cuidadoras identificam três áreas principais nas quais precisam desenvolver competências: assistência técnica ou profissional para o cuidado (61%); compartilhamento das responsabilidades de cuidado com outras pessoas (57%); e apoio psicossocial ou atenção à sua própria saúde (52%) (Ministério do Desenvolvimento Social e da Família do Chile, 2024b).

Alguns países da região estão abordando essa lacuna. Por exemplo, o Uruguai elaborou o Manual para Humanizar os Cuidados (Ministério do Desenvolvimento Social do Uruguai, 2022), um documento que oferece às cuidadoras ferramentas práticas de autocuidado para mitigar o desgaste físico e emocional de suas responsabilidades. Em adição, o sistema costarriquenho propôs colaborar com o Colégio de Profissionais em Psicologia para implementar testes psicométricos que garantam a adequação das contratações em estabelecimentos de cuidados de longa duração (Questionário OCDE-BID sobre a Força de Trabalho em Cuidados de Longa Duração).



### *A educação continuada no setor costuma ser obrigatória apenas para o pessoal de enfermagem*

Em Barbados, no Equador e na Jamaica, os programas de formação contínua são obrigatórios para as e os enfermeiros que trabalham no setor de cuidados de longa duração após obterem a certificação ou licença (Ministério da Saúde de Barbados, 2015; Questionário OCDE-BID sobre a Força de Trabalho em Cuidados de Longa Duração). No Equador, esse requisito se aplica apenas àquelas e àqueles que trabalham nos serviços sociais do Ministério da Inclusão Econômica e Social. Na Argentina, por sua vez, as pessoas cuidadoras (denominados “assistentes com enfoque em gerontologia”) devem realizar formação contínua obrigatória para renovar suas credenciais, mas apenas na cidade de Buenos Aires.

### *Vários países reconhecem a aprendizagem prévia para acesso à formação e ao emprego*

São comuns as iniciativas para reconhecer a aprendizagem, as habilidades e a experiência prévias de quem trabalha no setor de cuidados, que avalizam oficialmente a perícia, as capacidades e as aptidões para uma ocupação específica, independentemente de o conhecimento ter sido adquirido por meio de formação formal ou informal. Dado que muitas cuidadoras trabalham de forma informal, estas iniciativas permitem valorizar e reconhecer as suas competências, facilitando assim a sua integração no mercado de trabalho formal. Por isso, podem ser um primeiro passo para percursos formativos progressivos que apoiem a sua progressão no mercado de trabalho. As iniciativas de reconhecimento de aprendizagens prévias podem apoiar os candidatos na verificação de sua experiência, realizar avaliações de acordo com os padrões da qualificação selecionada e, por fim, conceder uma certificação. Quando faltam certas competências, devem ser oferecidos programas de formação para preencher as lacunas.

Vários países (Chile, Colômbia, Equador, República Dominicana, Guiana e Uruguai) têm esse tipo de programa, e El Salvador está desenvolvendo o próprio. Em todos eles, quem comprovam um certo número de anos de experiência no setor passa por um processo de avaliação de competências. Se for aprovado, recebe uma certificação que lhe permite trabalhar em instituições credenciadas. Além da experiência prévia, a Colômbia e o Uruguai levam em consideração a formação anterior, mesmo que não seja a exigida oficialmente.

A Costa Rica e o Uruguai têm disposições especiais para certificar cuidadoras institucionais (pessoas que trabalham em residências de longa permanência ou centros de dia). No Uruguai, por exemplo, as cuidadoras com mais de dois anos de serviço em residências podem obter uma certificação de competências profissionais. A instituição deve se candidatar diretamente,



apresentando uma lista de trabalhadores a serem avaliados (para as 300 vagas anuais disponíveis).<sup>100</sup> De igual forma, na Costa Rica, uma colaboração entre a unidade de Recursos Humanos do Ministério da Saúde, o Instituto Misto de Assistência Social (IMAS) e o Instituto Nacional de Aprendizagem (INA) buscará certificar trabalhadores com experiência em lares de longa permanência e centros de dia. Os trabalhadores serão avaliados por meio de exames e aqueles que cumprirem os padrões de conhecimento receberão certificação e licença. A formação e a certificação serão oferecidas gratuitamente, presencialmente ou online.

## 6.5 A região deu os primeiros passos para aumentar a produtividade no setor dos cuidados prolongados

Atualmente, os países exploram três grandes estratégias para melhorar a produtividade no setor de cuidados de longa duração: melhorar a composição das competências da força de trabalho, promover o uso da tecnologia e liberar recursos por meio de uma melhor coordenação entre os serviços sociais, de saúde e de cuidados de longa duração. Se a **Seção 6.4** abordou os esforços para melhorar a composição das habilidades da força de trabalho, especialmente por meio da padronização da formação e do aperfeiçoamento, esta seção se concentra nas outras duas estratégias: tecnologia e melhoria da coordenação com os serviços de saúde.

### 6.5.1 Alguns países promovem a tecnologia, mas os enfoques são heterogêneos

As políticas para aumentar a produtividade no setor de cuidados de longa duração não constituem, por enquanto, uma prioridade na região. Uma possível explicação é que a escassez de pessoal ainda não é tão premente como na maioria dos países da OCDE e que os recursos para a inovação são limitados. Adicionalmente, impulsionar ganhos de produtividade não é fácil em um setor intensivo em mão de obra: muitas das tarefas realizadas pelas equipes de saúde e assistência social são difíceis de automatizar e devem ser realizadas por uma pessoa.

Mesmo assim, aproveitar a tecnologia (por exemplo, por meio de sensores e alarmes, facilitando o intercâmbio eletrônico de informações ou minimizando tarefas repetitivas e fisicamente

100. Disponível em: <https://www.inefop.uy/uruguay-certifica-cuidados> e <https://universidad.claeh.edu.uy/blog/cuidadores-recibieron-certificad-dos-de-competencias-uclae-h-fue-el-centro-evaluador/>.



exigentes) pode ajudar a que prestadores de cuidados concentrem seu tempo na atenção individual às pessoas sob seus cuidados. O **Capítulo 7** apresenta exemplos dessas iniciativas no setor de cuidados de longa duração em países da OCDE, tal como no setor de saúde da América Latina e do Caribe. Em cuidados de longa duração, especificamente, o Chile oferece teleassistência (ver **Requadro 2.3**) e o Uruguai (Sistema Nacional Integrado de Cuidados) oferece um serviço de teleassistência subsidiado para pessoas com mais de 70 anos com dependência funcional leve ou moderada.<sup>101</sup>

### 6.5.2 As políticas para melhorar a coordenação com os serviços de saúde ou sociais são escassas

A coordenação entre os cuidados de longa duração e os serviços de saúde e/ou sociais é particularmente relevante para idosos, cujas necessidades diversas geralmente requerem atenção multidisciplinar. A falta de coordenação entre os sistemas de cuidados de longa duração e de saúde aumenta o risco de hospitalizações desnecessárias, internações prolongadas e readmissões (OCDE, 2024; Steventon et al., 2018). Aranco et al. (2024) estimam que a disponibilidade de serviços de cuidados de longa duração poderia evitar 7% dos dias de hospitalização entre idosos no México e 12% no Brasil. A falta de coordenação também afeta o bem-estar das e dos trabalhadores de cuidados de longa duração, pois pode duplicar tarefas e aumentar as cargas de trabalho (OCDE, 2020).

Apesar de sua relevância, a coordenação entre os cuidados de longa duração e os serviços de saúde e/ou sociais é pouco frequente na região. Alcançá-la é complexo, porque diferentes serviços são prestados por instituições diferentes (às vezes até por ministérios diferentes) e operam com regras, legislações e mecanismos de financiamento próprios. Mesmo assim, existem experiências que vale a pena destacar, e o **Requadro 6.2** apresenta exemplos adicionais de esforços de coordenação dentro do próprio setor de cuidados.

Em 2011, a Costa Rica lançou a Rede de Atenção Progressiva para Cuidados Integrados a Pessoas Idosas (CONAPAM, 2012). Seu objetivo é organizar a atenção com um enfoque centrado na pessoa, oferecendo apoio para as atividades (instrumentais) da vida diária e para outras necessidades que a pessoa possa ter (emocionais, de saúde, econômicas ou culturais). Uma avaliação da rede concluiu que ela atende às necessidades da população e que seria conveniente ampliar sua cobertura, por exemplo, por meio de campanhas de sensibilização e capacitação do pessoal administrativo (Villavicencio Salas, 2017).

---

101. Disponível em: <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/tramites-y-servicios/servicios/teleasistencia-casa>.



Na Colômbia, a Política Pública Nacional sobre Envelhecimento e Velhice 2022–2033 visa fortalecer os serviços e promover a comunicação entre os serviços de saúde e os serviços socioassistenciais, a fim de utilizar os recursos com maior eficiência. Uma forma de alcançar esse objetivo é ajustar a definição de serviços socioassistenciais e desenvolver um registro nacional de prestadores de serviços socioassistenciais (Ministério da Saúde e Proteção Social da Colômbia, 2024).

No Brasil, uma iniciativa local em Belo Horizonte (Maior Cuidado) destaca os benefícios da integração dos serviços sociais e de saúde. O programa, desenvolvido em conjunto pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Secretaria Municipal de Assistência Social, oferece assistência domiciliar a idosos em situação de vulnerabilidade e dependentes de cuidados. Equipes intersetoriais de enfermeiros, assistentes sociais e agentes comunitários de saúde trabalham em conjunto para analisar casos novos e existentes e elaborar planos individuais de cuidados. Avaliações independentes mostram que o programa melhorou a saúde dos idosos e o bem-estar das cuidadoras familiares, além de gerar economias na área da saúde (Lloyd-Sherlock et al., 2024; Lloyd-Sherlock et al., 2025).



## REQUADRO 6.2 COORDENAR A ATENÇÃO NO SETOR DE CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO NA AMÉRICA LATINA E NO CARIBE

Em muitos países da região, a coordenação dos cuidados é um conceito relativamente novo que ainda está sendo implementado. O Brasil,<sup>1</sup> a Colômbia,<sup>2</sup> a Costa Rica, o Peru<sup>3</sup> e Trindade e Tobago<sup>4</sup> incluíram-na em suas políticas nacionais de envelhecimento e cuidados, reconhecendo sua importância para os cuidados de longa duração. Vários países criaram instâncias de coordenação. Por exemplo, o Conselho Nacional de Política Econômica e Social da Colômbia equilibra a autonomia territorial com a manutenção de um quadro unificado de prestação em um sistema de saúde descentralizado, onde todos os serviços são prestados em nível municipal. Do mesmo modo, a política nacional de cuidados da Costa Rica levou à criação do Sistema Nacional de Cuidados e Apoios (SNAC), que facilita a coordenação intersetorial e interinstitucional entre as diferentes organizações envolvidas na prestação de cuidados de longa duração (por exemplo, ministérios, Instituto Nacional de Aprendizagem, Instituto Misto de Ajuda Social).


A Bolívia<sup>5</sup> criou o Conselho de Coordenação Setorial “Por uma Velhice Digna” para centralizar a regulamentação e supervisão dos Centros de Dia para Idosos (Ministério da Justiça e Transparência Institucional da Bolívia, 2021). No Peru, o Ministério da Mulher e Populações Vulneráveis criou um grupo de trabalho setorial temporário para coordenar ações de cuidados e melhorar os serviços e as condições tanto das cuidadoras remuneradas como das não remuneradas. Por último, a Guiana não possui uma política específica para melhorar a coordenação dos serviços, mas seus programas utilizam os critérios e ferramentas da Atenção Integrada para Pessoas Idosas<sup>6</sup>, que oferecem diretrizes sobre como prestar cuidados integrados (OMS, 2024).

1. A Política Nacional de Cuidados promove a integração e coordenação das políticas públicas entre setores-chave, incluindo saúde, assistência social e previdência social.
2. O objetivo da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Saudável da Colômbia é harmonizar o sistema de saúde e permitir que ele responda melhor às necessidades dos idosos com uma abordagem baseada no ciclo de vida.
3. O projeto de lei que propõe a criação da política nacional de cuidados inclui uma disposição sobre a coordenação dos cuidados.
4. Política de Envelhecimento (Aging Policy).
5. Lei Geral dos Idosos, n.º 369, artigo 14.
6. Cuidados Integrados para Pessoas Idosas.



## QUEM CUIDA?

→ Como apoiar e reconhecer quem cuida de pessoas idosas na América Latina e no Caribe



**7** O caminho a seguir: o fortalecimento dos recursos humanos em cuidados de longa duração





As pessoas cuidadoras são a espinha dorsal dos cuidados de longa duração: quer prestem cuidados sem remuneração, quer recebam um salário, quer seja em instituições ou ao domicílio, são essenciais para garantir a qualidade dos cuidados. No entanto, apesar deste papel crucial, o seu trabalho é frequentemente subvalorizado. Tanto os cuidados não remunerados como os remunerados estão associados a níveis de rendimento mais baixos. No caso daqueles que prestam cuidados sem remuneração, isso se deve ao fato de que as responsabilidades de cuidados afetam sua participação no mercado de trabalho, a quantidade de horas trabalhadas e o tipo de emprego ao qual podem ter acesso (**Capítulo 3**). No caso das cuidadoras remuneradas, influenciam os baixos salários do setor, as baixas taxas de emprego formal e de proteção trabalhista e a alta prevalência de empregos de meio período (**Capítulo 4**). Como destacado anteriormente, tanto as cuidadoras familiares quanto as remuneradas têm mais chances do que a população em geral de apresentar sintomas de depressão e altos níveis de estresse quando não recebem o apoio adequado.

Os países da região reconhecem cada vez mais a importância de apoiar aqueles que prestam cuidados. O **Capítulo 5** destaca os avanços na concepção de mecanismos de apoio para que as cuidadoras familiares possam conciliar melhor o trabalho e os cuidados, e estar mais preparadas para enfrentar os desafios de cuidar de uma pessoa com dependência funcional. Da mesma maneira, o **Capítulo 6** descreve as políticas existentes para melhorar as condições de trabalho das cuidadoras remuneradas, que vão desde a fixação de salários-mínimos e a ampliação da cobertura da segurança social até a concepção e implementação de currículos de formação. Entretanto, apesar dos avanços, ainda persistem desafios importantes.

Este capítulo concentra-se no caminho a seguir e analisa iniciativas adicionais que os países poderiam implementar para melhorar a situação das e dos prestadores de cuidados, remunerados e não remunerados.

## 7.1 Melhorar a qualidade do emprego nos cuidados de longa duração

### 7.1.1 Os investimentos para profissionalizar o emprego na área de cuidados de longa duração são essenciais para aumentar a qualidade

Os países devem investir na profissionalização dos empregos na área dos cuidados de longa duração para melhorar a sua qualidade. Neste processo, as políticas de emprego e desenvolvi-



mento de competências, a formação (abordada na **Secção 7.2**) e a certificação desempenham um papel central (OIT, 2023).

Um passo fundamental para a profissionalização da força de trabalho na área de cuidados consiste em que as instituições nacionais registrem e reconheçam os perfis ocupacionais e certifiquem as competências, um tema sobre o qual foram apresentados exemplos de avanços na região no **Capítulo 6**. No Brasil, por exemplo, a definição de um perfil ocupacional para pessoas cuidadoras aumentou os níveis de emprego formal (Valenzuela, Scuro e Vaca, 2020). Assim, os países da América Latina e do Caribe que ainda não avançaram nesse processo podem adotar uma abordagem mais estruturada, seguindo exemplos como o da Itália. Lá, a Associação Nacional dos Empregadores de Trabalho Doméstico (DOMINA)<sup>102</sup> desempenhou um papel central na elaboração do acordo coletivo nacional e na definição de um contrato de trabalho padronizado para trabalhadoras domésticas, incluindo cuidadoras de longa duração, babás e pessoal de limpeza. De forma complementar, a associação criou o Observatório Nacional do Trabalho Doméstico<sup>103</sup> para monitorar e analisar as tendências do setor, apoiar a formulação de políticas baseadas em evidências e contribuir para o aperfeiçoamento do acordo coletivo nacional. Essas iniciativas impulsionaram significativamente a profissionalização e a regulamentação das cuidadoras e trabalhadoras domésticas da Itália: em 2023, havia 834.000 trabalhadoras domésticas formais, das quais quase metade (49,6%) eram cuidadoras (DOMINA, 2024).

A orientação profissional e os serviços de intermediação na área também são fundamentais, o que inclui ajudar as pessoas a definirem seus objetivos de trabalho e traçar trajetórias profissionais a partir da análise de suas circunstâncias (interesses, habilidades, atitudes, educação e experiência) e da dinâmica do mercado de trabalho local. Isso também implica apoiar aquelas e aqueles que procuram emprego por meio de serviços que conectem a oferta e a demanda por vagas na área de cuidados de longa duração. Essa intermediação pode ser realizada em colaboração com o setor privado, conforme discutido mais adiante nesta seção.

## 7.1.2 As cuidadoras precisam de maior cobertura da segurança social

Impulsionar o emprego formal no setor melhora a qualidade de vida das cuidadoras, proporcionando a elas (e suas famílias) proteção de renda na velhice ou em caso de desemprego, doença, invalidez ou morte. Isso também ajuda a tornar o setor mais atraente para potenciais trabalhadores.

<sup>102</sup>. Associazione Nazionale Datori di Lavoro Domestici.

<sup>103</sup>. Osservatorio del Lavoro Domestico.



Conforme observado no **Capítulo 6** os países da região avançaram no aumento do emprego formal no setor, seja por meio de ações específicas dirigidas às pessoas cuidadoras (como na República Dominicana ou no Uruguai) ou de forma indireta, por meio de esforços mais amplos para formalizar o trabalho doméstico em geral (Argentina, Brasil e Uruguai). Porém, vários desafios estruturais têm limitado um maior progresso: a falta de coordenação entre políticas, a heterogeneidade dos perfis das trabalhadoras informais, a prevalência de empregos a tempo parcial, a capacidade institucional limitada, a escassa participação das e dos trabalhadores na formulação de políticas e o fato de que grande parte dos cuidados é prestada em domicílios, onde é complicado realizar inspeções (OIT, 2018).

### *As plataformas digitais e os vales de cuidados como modelos inovadores para ampliar o emprego formal no setor*

Simplificar o acesso aos sistemas de segurança social constitui uma estratégia direta para formalizar o emprego entre as e os trabalhadores de cuidados. Dessa forma, os países podem desenvolver sistemas de afiliação flexíveis e fáceis de usar que reflitam a diversidade das condições de trabalho do setor (jornadas parciais e completas, um ou vários empregadores, cooperativas etc.). Esses sistemas reduzem a complexidade administrativa e simplificam os trâmites que muitas vezes representam barreiras tanto para os empregadores quanto para as e os trabalhadores.

As plataformas digitais e os vales de cuidado representam formas de alcançar essa simplificação. Trata-se de ferramentas inovadoras que oferecem um mecanismo unificado para agilizar transações e promover a transparência, a prestação de contas e a rastreabilidade. Para estabelecer essas plataformas, é necessária capacidade técnica e vontade política para criar bancos de dados integrados, de ampla cobertura e com sistemas robustos de segurança e proteção (OIT, 2024). Nesse sentido, a ferramenta eSocial do Brasil e o Formulário Integrado de Pagamento de Contribuições da Colômbia, ambos mencionados no **Capítulo 6** são bons exemplos na região.

Fora da América Latina e do Caribe, a plataforma francesa Pajemploi permite que os empregadores gerenciem digitalmente os contratos, salários e jornadas de trabalho das e dos prestadores de cuidados, mesmo tempo que administra sem atritos as contribuições para a segurança social. Limita-se apenas ao cuidado de crianças pequenas (até aos seis anos), mas esta experiência poderia ser adaptada ao setor dos cuidados prolongados. Nesta plataforma, os beneficiários devem contratar uma pessoa assistente certificada ou prestadora de cuidados infantis com contrato por tempo indeterminado e recebem um subsídio que cobre parcialmente os salários e as contribuições dos empregadores. A Pajemploi oferece também um modelo de contrato online com as condições de trabalho (salário, jornada, férias, etc.) que devem ser assi-



nadas por ambas as partes. Todos os meses, os empregadores pagam às suas trabalhadoras e declaram online o período trabalhado e a remuneração correspondente. Em seguida, com base nessas informações, a Pajemploi desconta o salário líquido da conta do empregador, uma vez consideradas as contribuições e os subsídios. Ao mesmo tempo, as trabalhadoras recebem um comprovativo de pagamento eletrônico com informações personalizadas sobre os seus direitos. Por outro lado, existe um sistema simplificado chamado Pajemploi, no qual ambas as partes devem se registrar de comum acordo: nesse caso, o empregador apenas declara o salário e a plataforma realiza o pagamento direto à e ao trabalhador, o que reduz as cargas administrativas, melhora a transparência, minimiza o uso de dinheiro em espécie e favorece o cumprimento normativo. Ao digitalizar os pagamentos, a plataforma garante maior rastreabilidade das transações, oferecendo um melhor controle financeiro. Essa plataforma é gerenciada pelos Órgãos de Arrecadação de Contribuições da Previdência Social e de Subsídios Familiares (URSSAF).

Também na França, o Cheque de Emprego de Serviço Universal (CESU,<sup>104</sup> pela sigla em francês) é um exemplo contundente do uso de vales para declarar e gerenciar relações trabalhistas a tempo completo ou parcial, regulares ou ocasionais— em serviços pessoais, incluindo cuidados. O CESU, também gerido pela URSSAF, foi concebido para simplificar a contratação e o pagamento de pessoas cuidadoras, integrando o salário com as contribuições para a segurança social. As pessoas se inscrevem como empregadores no site do CESU, informam as horas trabalhadas e a remuneração, e a plataforma processa essas informações. A URSSAF calcula e cobra as contribuições, e as e os empregadores podem solicitar deduções fiscais. Assim como o Pajemploi, existe um mecanismo simplificado chamado CESU+, no qual os empregadores apenas declaram o salário do período correspondente. Como benefício não salarial, algumas empresas entregam aos seus empregados vales CESU pré-financiados, que podem ser usados para pagar serviços pessoais. Ao agilizar esses processos, o CESU reduz a complexidade administrativa para os empregadores e, ao mesmo tempo, garante que as pessoas cuidadoras tenham acesso a proteções essenciais, incluindo seguro saúde, seguro-desemprego e aposentadorias.

### *Promover o emprego formal das pessoas cuidadoras por meio de incentivos fiscais*

Os incentivos fiscais dirigidos a ambas as partes do contrato de trabalho representam outra estratégia essencial para aumentar o emprego formal das pessoas cuidadoras, uma vez que reduzem o custo das contribuições para a segurança social. Assim, os governos podem aplicar

---

104. Chèque Emploi Service Universel.



medidas como isenções, créditos fiscais ou reduções de contribuições tanto para os empregadores como para as cuidadoras.

Ainda que com alcance limitado, os exemplos da Argentina e do México comentados no **Capítulo 6** são relevantes, pois incorporam esquemas de dedução especificamente orientados para despesas com cuidados (OIT, 2018). Fora da região, na França, os residentes de instituições de cuidados de longa duração podem ter acesso a deduções fiscais por despesas relacionadas à dependência, desde que cumpram determinadas condições.<sup>105</sup> Esse mesmo país também prevê uma dedução para cuidadoras domiciliares (OCDE, 2024).<sup>106</sup> Trata-se de incentivos direcionados que não apenas aliviam a carga financeira das famílias e das pessoas que precisam de cuidados, mas também promovem o cumprimento das normas de emprego formal e contribuem para uma força de trabalho de cuidados de longa duração mais robusta e regulamentada.

### *Reforçar a fiscalização para aumentar o emprego formal das cuidadoras*

Para serem efetivas, as políticas destinadas a expandir o emprego formal devem ser acompanhadas de mecanismos para garantir sua correta aplicação, o que implica dotar as autoridades dos recursos humanos e financeiros necessários para inspecionar e regulamentar as instituições de cuidados de longa duração, tal como conceber formas criativas de tornar essas políticas exigíveis dentro dos lares particulares (Suaya, Kaplan e Etcheverry, 2023).

O setor do trabalho doméstico oferece bons exemplos de como alcançar esse objetivo. Na região, a Argentina, o Chile e o Uruguai progrediram no aumento da proporção de empregos formais nesse setor, reforçando a capacidade do Estado de garantir que os empregadores cumpram a lei (para uma descrição detalhada dessas políticas, ver Suaya, Kaplan e Etcheverry (2023).

**105.** A redução fiscal equivale a 25% das despesas realizadas no ano, com um limite máximo de 10.000 euros (US\$ 11.700) por pessoa.

**106.** O crédito fiscal pode atingir 50% das despesas do ano, com um limite máximo de 12.000 euros (US\$ 14.000).



### *Ajustar as regulamentações para contemplar o trabalho autônomo*

As pessoas que trabalham por conta própria costumam conciliar vários empregos, jornadas e horários irregulares, o que dificulta o cumprimento das normas e o cálculo das suas contribuições para a segurança social (Azuara et al., 2023).

Como mostrado no **Capítulo 4**, muitas cuidadoras remuneradas trabalham por conta própria (ver **Tabela 4.8**), o que complica sua incorporação ao sistema de segurança social. No entanto, existem diversas estratégias para melhorar sua proteção social. Os incentivos fiscais (comentados anteriormente) são eficazes para promover o emprego formal. Outros mecanismos, como retenções automáticas e sistemas de informação interoperáveis que permitem estimar a renda total proveniente de diferentes fontes, podem reforçar a capacidade de controle do Estado.

### **7.1.3 Aproveitar as iniciativas do setor privado que melhoram a qualidade do emprego nos cuidados de longa duração**

O setor privado desempenha um papel fundamental na prestação de serviços de cuidados de longa duração, sejam estes financiados pelo setor público ou pelas famílias. Mesmo em países onde os governos não avançaram na criação de sistemas de cuidados, entidades privadas com e sem fins lucrativos oferecem serviços demandados pelas famílias. Essas entidades fazem parte crescente da “economia prateada” (Okumura et al., 2020; Jiménez et al., 2021) e contribuem com investimentos, experiência e inovação que podem ajudar a enfrentar o aumento previsto da demanda por cuidados de longa duração. O setor privado também tem o potencial de gerar milhões de empregos na economia do cuidado nas próximas décadas. Por isso, como complemento aos serviços públicos, os governos podem promover o crescimento da oferta privada de cuidados de longa duração, regular sua qualidade e fomentar sua acessibilidade.

De Anca et al. (2025) elaboraram um roteiro para desenvolver um ecossistema empreendedor de cuidados de longa duração na América Latina e no Caribe. Esse plano foi concebido para governos (por exemplo, no âmbito municipal) que buscam aproveitar o potencial do setor privado. Para isso, há dois elementos-chave que contribuem para melhorar a qualidade dos empregos na área de cuidados: a criação de plataformas para conectar pessoas cuidadoras com a demanda por serviços de cuidados de longa duração e a criação de cooperativas de pessoas cuidadoras. Os dois elementos são abordados em detalhes a seguir.



### *As plataformas poderiam melhorar o acesso ao emprego, conectando as pessoas cuidadoras com demanda por cuidados de longa duração*

Nos últimos anos, tanto startups quanto governos começaram a desenvolver plataformas (sites ou aplicativos móveis) para conectar os serviços prestados por cuidadoras independentes com as famílias que podem contratá-las. Quando impulsionadas pelos governos, essas plataformas podem fazer parte de esforços mais amplos para mapear a oferta existente de cuidados de longa duração (incluindo lares, residências e centros de dia etc.).

Trata-se de plataformas que cadastram cuidadoras remuneradas e registram informações importantes para quem deseja contratá-las. Por exemplo, permitem verificar a identidade, realizar verificações de antecedentes criminais e conhecer e comprovar o nível de formação. Além disso, geralmente incluem micromódulos de capacitação para reforçar habilidades e podem permitir aos empregadores classificarem a qualidade do serviço recebido, para que as pessoas cuidadoras construam uma reputação profissional. Essa classificação pode ser consultada por outras famílias que procuram serviços de cuidados, o que permite preencher uma lacuna de informação que, de outra forma, só poderia ser preenchida por meio de referências pessoais a nível local.

As famílias que procuram uma pessoa cuidadora selecionam critérios de pesquisa (por exemplo, dias e horários do serviço, experiência com condições específicas como demência, tipo de formação cursada) e acessam uma lista de cuidadoras que atendem a esses requisitos. Em seguida, podem contatá-las e iniciar uma conversa (por exemplo, por meio de um chat dentro da plataforma) que pode resultar em um contrato. Alternativamente, as famílias podem criar uma vaga e esperar que as candidatas entrem em contato.

Os governos que promovem essas iniciativas procuram ampliar as oportunidades de emprego das cuidadoras e formalizar progressivamente seu trabalho. Atualmente, muitas cuidadoras são contratadas como empregadas domésticas, não têm contrato por escrito e, portanto, não contribuem para a previdência social. Depois de se cadastrarem nas plataformas, podem ter acesso à capacitação e a facilidade de mudar para empregos com melhores condições de trabalho. Os governos, por sua vez, podem acessar informações sobre as cuidadoras e seu histórico profissional.

As plataformas tenham um grande potencial para ampliar as oportunidades de trabalho, mas há preocupações quanto à qualidade dos empregos que geram. A experiência geral do trabalho em plataformas na região é caracterizada por condições precárias, incluindo insegurança no emprego e na renda, a falta de proteções trabalhistas e sociais (CEPAL e OIT, 2021). Portanto, os governos que promovem o emprego na área de cuidados por meio de plataformas devem desenvolver ou fazer cumprir marcos regulatórios adequados que protejam as e os trabalhadores da área de cuidados.



Um exemplo desse tipo de plataforma é a [Cuidarlos](#), um mercado virtual (marketplace) de serviços de cuidados domiciliares de longa duração da Argentina. A plataforma, que funciona como intermediária entre pessoas cuidadoras e famílias que as contratam, também oferece capacitação em cuidados de longa duração com conteúdos elaborados em colaboração com a Fundação INECO.<sup>107</sup> Atualmente, mais de 10.000 cuidadoras capacitadas estão registradas, o que a torna a maior base de dados de cuidadoras de idosos do país. A Cuidarlos também estabeleceu parcerias com governos locais (na cidade de Buenos Aires e na província de San Juan) para promover o registro, a formação e o emprego de cuidadoras.

O setor privado desenvolveu outras plataformas que atuam como intermediárias entre famílias e cuidadoras, cobrando uma porcentagem do salário da cuidadora. Por exemplo, a brasileira Nonno conecta famílias e empresas com mais de 850 profissionais cadastradas para cuidados domiciliares e em residências. Ao contrário da Cuidarlos ou da Cuidar.cr, a Nonno, que opera em 56 municípios de quatro estados do sul do Brasil, é responsável pela correspondência (match) entre usuários e pessoas cuidadoras.

### *As cooperativas tornam o mercado de cuidados menos fragmentado e ampliam as oportunidades de desenvolvimento profissional das cuidadoras*

As cooperativas são um modelo cada vez mais difundido para prestar cuidados de longa duração, com benefícios tanto para as cuidadoras como para os idosos e suas famílias, uma vez que podem mitigar vários dos problemas mais urgentes do coletivo: condições de trabalho precárias e inseguras, sobrecarga emocional e física, bem como a falta de formação. Ao atuarem como intermediárias entre cuidadoras e usuários, as cooperativas podem supervisionar aspectos essenciais da relação de trabalho (contratos, acesso à previdência social e horários), o que proporciona maior apoio e segurança às cuidadoras, aspectos essenciais em um trabalho exigente e estressante. As cooperativas promovem, ainda, a profissionalização de seus membros por meio de oportunidades de formação.

Do ponto de vista das famílias, contratar serviços de cuidados por meio de cooperativas as libera de responsabilidades legais e administrativas como empregadoras. Também reduz as interrupções do serviço por contingências (licenças médicas ou férias), já que outros membros da cooperativa podem atuar como substitutos. Do ponto de vista da política pública, é mais fácil supervisionar e regulamentar quando os serviços são prestados por uma organização e não por indivíduos dispersos.


---

107. Instituto de Neurología Cognitiva (<https://www.ineco.org.ar/>).



Um exemplo é a cooperativa espanhola Suara, com sede na Catalunha e em atividade desde antes de 1990. A Suara reúne mais de 5.500 profissionais que acompanham todo o ciclo de vida e oferece cerca de 300 serviços (cuidados infantis, escolas, emprego, habitação, formação profissional, saúde e cuidados prolongados). É regida por um conselho de sócios que envolve cada membro na tomada de decisões. Só em 2023, a Suara atendeu mais de 49.000 pessoas.

Na América Latina e no Caribe, as cooperativas de cuidados também estão crescendo. Desde 2021, o governo da Argentina — por meio do Instituto Nacional de Associativismo e Economia Social (INAES) — implementa a Incubadora de Cooperativas e Mútuas de Cuidados. A iniciativa promove cooperativas e mútuas voltadas para o cuidado de idosos, crianças, apoio a pessoas com deficiência e inclusão social e laboral de grupos vulneráveis. Em seu primeiro ano, trabalhou com 66 cooperativas inscritas e acompanhou associações em sua transição para o modelo cooperativo. Além disso, organizou workshops e cursos para pessoas cuidadoras de idosos, concedeu apoio financeiro para compras essenciais e ofereceu outras formas de assistência para fortalecer e sustentar essas cooperativas.

O Sistema Nacional Integrado de Cuidados do Uruguai começou em 2022 a promover cooperativas de pessoas cuidadoras para complementar o modelo de prestação de serviços individuais no Programa de Assistentes Pessoais.<sup>108</sup> Desde a sua criação em 2016, esse programa baseava-se em contratos privados entre pessoas cuidadoras e usuários, o que gerava dificuldades: por exemplo, quando uma família queria trocar de cuidador, assumia os custos da demissão, e foram registrados alguns casos de irregularidades contratuais e isolamento. Para responder a esses problemas, em 2022 o governo lançou um projeto piloto que permite aos usuários contratarem assistentes pessoais por meio de cooperativas. No Uruguai, as cooperativas participam do sistema de Conselhos de Salários e, portanto, da negociação coletiva (ver **Capítulo 6** ). Os usuários, por sua vez, podem contar com a cooperativa como intermediária na relação com as cuidadoras. Atualmente, operam 12 cooperativas de cuidados no país.

As cooperativas também são o modelo de prestação escolhido pelo Governo da República Dominicana para o seu programa Comunidades de Cuidado, iniciado em 2021,<sup>109</sup> que desenvolve soluções para as necessidades de cuidados de famílias de baixos rendimentos e em situação de vulnerabilidade, aliviando o seu fardo econômico e promovendo a participação das mulheres no mercado de trabalho. Além de identificar as famílias com necessidades de cuidados, a ini-

**108.** Este programa subsidia 80 horas mensais de cuidados domiciliares para pessoas com dependência severa de cuidados que tenham menos de 30 anos ou mais de 80. Disponível em: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/node/9769>.

**109.** Disponível em: [https://mepyd.gob.do/wp-content/uploads/drive/VAES/Informes/Resumen%20ejecutivo%20Comunidades%20de%20Cuidado\\_MEPyD\\_WEB.pdf](https://mepyd.gob.do/wp-content/uploads/drive/VAES/Informes/Resumen%20ejecutivo%20Comunidades%20de%20Cuidado_MEPyD_WEB.pdf) e <https://www.youtube.com/watch?v=zoJdWj2EQRI>



ciativa oferece às mulheres e aos homens vinculados ao programa Supérate35 a possibilidade de se formarem e se certificarem como pessoas cuidadoras, criando empregos e ampliando a oferta de trabalhadores qualificados. O programa subsidia esse tipo de cuidado domiciliar por meio de cooperativas e, ao mesmo tempo, permite que essas cooperativas ofereçam serviços a famílias que podem custeá-los.

### **7.1.4 Outras políticas para melhorar as condições de trabalho das pessoas cuidadoras**

Existe um conjunto de ferramentas adicionais para melhorar as condições de trabalho no setor de cuidados prolongados, começando pelas que promovem a segurança no trabalho. Algumas tarefas de cuidados são fisicamente exigentes (mover uma pessoa para dentro e para fora da cama, dar-lhe banho etc.) e podem causar distúrbios musculoesqueléticos nas pessoas cuidadoras. Por isso, é importante elaborar diretrizes para o local de trabalho e técnicas de apoio à gestão, como protocolos com requisitos para mobilização de pessoas de forma segura, por exemplo, através do uso de equipamentos tecnológicos (Evanoff et al., 2003). Da mesma forma, adaptações no ambiente doméstico — como a altura adequada dos assentos para facilitar a transição da posição sentada para a posição em pé — podem reduzir as lesões de trabalhadores (Coman et al., 2018). Do mesmo modo, a Noruega oferece bons exemplos de intervenções no local de trabalho (como ergonomia, treinamento físico e terapia cognitivo-comportamental) com resultados positivos na prevenção da dor lombar entre aquelas que prestam cuidados pessoais em tarefas fisicamente exigentes (Rasmussen et al., 2013).

O uso da tecnologia, incluindo as digitais (por exemplo, sensores e tablets), também ajuda a melhorar e aumentar a produtividade dos postos de trabalho na área de cuidados. A tecnologia pode agilizar tarefas administrativas, coordenação, monitoramento e transferências, maximizando o tempo que os profissionais dedicam ao cuidado direto (OCDE, 2023a; Eurocarers, 2024; NHS, 2019). Na Finlândia, o esquema de teleassistência denominados “cuidados remotos” ajudou profissionais de cuidados de longa duração a reduzir o tempo de deslocamento. No Japão, o uso de software de inteligência artificial está se tornando cada vez mais comum para ajudar a otimizar os horários de busca e retorno dos usuários de centros de dia ou também, por exemplo, para detectar quedas, o que também contribuiu para diminuir a carga de monitoramento das pessoas cuidadoras. Além disso, a inteligência artificial tem sido considerada ou já implementada para evitar danos evitáveis em ambientes de cuidados de longa duração (OCDE, 2023a). Quando os preços de equipamentos avançados, como robôs, diminuirmos, é



provável que soluções tecnológicas inovadoras sejam priorizadas (OCDE, 2024) e cresçam na América Latina e no Caribe.

Alguns países da região começaram a incorporar a tecnologia em seus setores públicos com iniciativas que poderiam ser úteis para os serviços de cuidados de longa duração se fossem estendidas a esse âmbito. Por exemplo, o Brasil criou em 2023 uma Secretaria de Informação Digital dentro do seu Ministério da Saúde, enquanto o Chile lançou o Hospital Digital para ampliar o acesso a especialistas por meio de infraestrutura digital (Ministério da Saúde do Chile, 2022). O uso da telemedicina assíncrona no Chile permite que especialistas em geriatria prestem atendimento à distância em todo o país, abordando condições complexas como multimorbidade e Alzheimer (Congresso Nacional do Chile, 2024). A Colômbia e o Peru também introduziram teleconsultas, mas continuam limitadas ao setor de saúde geral. Essas tecnologias ainda não foram aplicadas aos cuidados de longa duração, mas mostraram potencial para melhorar a prestação de serviços. Portanto, sua expansão para essa área poderia melhorar as condições de trabalho, oferecendo maior flexibilidade por meio de serviços remotos, permitindo que profissionais gerenciem melhor suas cargas de trabalho e, quando apropriado, trabalhem em casa.

## 7.2 Utilizar uma abordagem centrada na pessoa para formar cuidadoras remuneradas e não remuneradas

Conforme descrito nos **capítulos 3** e **4**, a falta de formação reduz tanto a qualidade dos cuidados prolongados como o bem-estar das e dos trabalhadores de cuidados, uma atividade associada a níveis mais elevados de estresse e ansiedade, salários mais baixos e menor satisfação profissional (Husebø et al., 2019; Gresham et al., 2018; Rajamohan, Porock e Chang, 2019). Por isso, é essencial garantir que as cuidadoras remuneradas e não remuneradas tenham acesso a formação de qualidade, a fim de proteger, promover e desenvolver a força de trabalho dos cuidados de longa duração.

O **Capítulo 6** analisa como os países da região avançaram na formação da força de trabalho de cuidados de longa duração. Para aprofundar esses avanços, é necessário incorporar de forma transversal uma abordagem centrada na pessoa nos quadros de formação, conceber programas que atendam às necessidades tanto das cuidadoras como das pessoas que recebem cuidados e adaptar a formação à evolução das necessidades das pessoas idosas. Tudo isso pode ser alcançado ampliando a oferta e a acessibilidade dos programas de formação.



## 7.2.1 Incorporar o enfoque centrado na pessoa nos quadros de formação de maneira transversal

Um enfoque de cuidados centrado na pessoa coloca em primeiro plano os direitos, as preferências e a qualidade de vida dos que recebem cuidados e baseia-se nos princípios da dignidade e da atenção personalizada (Bermejo, 2021). Foi demonstrado que os modelos de cuidados centrados na pessoa reduzem significativamente a quantidade de medicação administrada (Galiana et al., 2019; Husebø et al., 2019) e retardam a necessidade de institucionalização (Gresham et al., 2018). Este último resultado é especialmente importante, dado que a maioria das pessoas prefere envelhecer em sua casa e manter os laços com seu ambiente.

A transição de um modelo tradicional de assistência médica orientado para o serviço para um enfoque integral, centrado na pessoa, requer financiamento para garantir a quantidade de pessoal adequada, assim como programas de formação especificamente concebidos. Ao integrar esses valores na formação, os sistemas de cuidados podem responder melhor às necessidades complexas e mutáveis das pessoas e, em última análise, prestar cuidados de maior qualidade. A Tabela 7.1 resume as principais diferenças entre o enfoque centrado na pessoa e o enfoque centrado no serviço.

**TABELA 7.1 O ENFOQUE CENTRADO NO SERVIÇO EM COMPARAÇÃO COM O CENTRADO NA PESSOA**

ENFOQUE CENTRADO NO SERVIÇO (O SISTEMA DO PASSADO)	ENFOQUE CENTRADO NA PESSOA (O OBJETIVO)
Concentra-se nas limitações e fraquezas das pessoas que recebem cuidados.	Concentra-se na dignidade e no valor de cada pessoa: seus valores, capacidades, habilidades e desejos.
As e os profissionais tomam as decisões.	Pessoas idosas e/ou aquelas ou aqueles por eles escolhidos tomam as decisões.
Prioriza programas, planos, terapias e protocolos.	Desenvolve um projeto de vida significativo, um plano para um futuro possível e desejável.
Visão baseada nas dificuldades das pessoas idosas.	Visão integral e de desenvolvimento das pessoas idosas.
Aborda "situações problemáticas" (distúrbios de conduta, comportamentos alterados) com abordagens que evitam ou minimizam comportamentos considerados desviantes.	Identifica necessidades insatisfeitas e ajuda a satisfazê-las (ouvindo e respeitando a pessoa).
Inclui crenças discriminatórias com estereótipos e preconceitos sobre pessoas idosas.	Reconhece e valoriza as diferenças e a singularidade de cada pessoa. Assume a diversidade humana como um valor.
Utiliza uma linguagem técnica e profissional que, por vezes, pode ser depreciativa e etarista.	Utiliza uma linguagem não negativa, não discriminatória e inclusiva.

Fonte: Bermejo (2021).



Alguns países da América Latina e do Caribe têm começado a incorporar elementos do modelo centrado na pessoa em seus programas de formação, mas esse enfoque ainda não é predominante nos planos de estudo da região. O enfoque de cuidados centrado na pessoa requer uma combinação de habilidades técnicas, relacionais e de autocuidado. As habilidades técnicas incluem práticas como mover uma pessoa com segurança e ajustar sua postura. As habilidades relacionais abrangem, por exemplo, a comunicação eficaz e o acompanhamento no fim da vida. Por fim, esse enfoque também dá ênfase especial ao bem-estar das pessoas cuidadoras, ensinando-lhes habilidades de autocuidado para identificar sinais de esgotamento e melhorar sua saúde física e emocional (Aldaz Arroyo et al., 2023).

Uma avaliação dos programas de formação da Colômbia, Costa Rica e do Uruguai mostra que incorporaram apenas parcialmente o enfoque centrado na pessoa. Aspectos fundamentais dessa abordagem — como comunicação, gestão do tempo, promoção de projetos de vida na velhice e direitos humanos — recebem atenção e tempo limitados. Para sanar essas lacunas, os avaliadores propõem quatro currículos de formação para pessoas cuidadoras em centros-dia e residenciais. Os países da região também podem olhar para sistemas mais avançados, como os da Espanha, Finlândia ou França, para estudar como transversalizar o enfoque centrado na pessoa em seus marcos formativos (Aldaz Arroyo et al., 2023).

A Aliança Europeia de Competências para Cuidados de Longa Duração oferece um bom exemplo fora da região, visando formar pelo menos 60% dos profissionais do setor (3,8 milhões de trabalhadores) em áreas relacionadas com os cuidados centrados na pessoa e a digitalização até 2030. Esta estratégia está alinhada com os objetivos do Plano de Ação do Pilar Europeu dos Direitos Sociais.

## 7.2.2 Projetar a formação para atender as necessidades tanto de quem presta cuidados quanto de quem os recebe

A carga formativa deve equilibrar a garantia da qualidade do serviço com as limitações de tempo das pessoas cuidadoras. Por um lado, mais horas de formação ajudam a melhorar a qualidade dos cuidados. Por outro lado, o nível educacional limitado de muitas cuidadoras, somado às suas dificuldades para conciliar trabalho, família e estudo, torna improvável que eles possam se comprometer com programas muito extensos.

Conforme exposto no **Capítulo 6**, a carga horária varia consideravelmente entre os países da região e, na maioria dos casos, os padrões ficam abaixo dos europeus. A Espanha, por exemplo, exige 450 horas de formação, enquanto a Itália exige 1.000 horas. Aldaz Arroyo et al. (2023) re-



comendam pelo menos 300 horas para pessoas sem experiência e 260 horas para aqueles que já a têm. Da mesma maneira, a Organização Ibero-Americana de Segurança Social recomenda cursos entre 260 e 380 horas (OISS, 2022). Os países da região podem avançar gradualmente em direção a esses objetivos.

Os currículos devem combinar de forma eficaz teoria e prática. O conhecimento teórico é valioso, mas deve ser complementado com formação prática e aprendizagem no local de trabalho. Para uma aprendizagem eficaz, os conteúdos teóricos devem servir de base para a formação prática, de modo que as cuidadoras apliquem seus conhecimentos em situações reais. Portanto, combinar teoria e prática aumenta a relevância da formação (Surr et al., 2017).

Nem todos os programas da região incluem estágios no local de trabalho e aqueles que o fazem dedicam pouco tempo a esse componente. Nesse sentido, uma boa prática é observada na Coreia do Sul, que atribui o mesmo tempo a cada tipo de formação: 80 horas de teoria, 80 horas de prática e 80 horas de experiência no local de trabalho. Na França, 50% da formação de profissionais de cuidados é realizada no local de trabalho (Aldaz Arroyo et al., 2023).

A formação baseada em competências adapta-se melhor a profissionais de cuidados do que os métodos tradicionais, que geralmente são organizados por matérias: primeiro, a informação é transmitida para ser memorizada e, depois, avaliada. Em contrapartida, a formação baseada em competências é um sistema estruturado de capacitação e avaliação que permite adquirir as habilidades e os conhecimentos necessários para desempenhar atividades laborais de acordo com um padrão específico (OIT, 2020). Concentra-se em avaliar as habilidades exigidas para um cargo específico. As sessões teóricas e práticas são elaboradas com base em padrões de competência, de modo que os participantes trabalham até dominar essas competências com o objetivo de atender aos critérios de um ambiente de trabalho real.

### **7.2.3 Adequar os programas de formação de acordo com a evolução das necessidades de cuidados**

O conteúdo dos programas de formação deve ser adequado dinamicamente para refletir as prioridades emergentes em matéria de cuidados e, do mesmo modo, os perfis ocupacionais também devem ser adaptados em conformidade. Entre as áreas-chave de adaptação figuram o apoio ao envelhecimento saudável e a atenção a pessoas com níveis mais elevados de dependência, o que exige uma formação mais especializada. A prevalência crescente de doenças neurodegenerativas ou multipatológicas também exige a modificação da combinação de habilidades do pessoal de cuidados de longa duração (Fujisawa e Colombo, 2009). Essas




adaptações garantem que os perfis profissionais e os programas de formação continuem a ser pertinentes, oportunos e adequados às necessidades em constante evolução dos sistemas de cuidados prolongados.

A maioria das necessidades de cuidados pode ser atendida através da formação de cuidadoras para apoiar as pessoas dependentes nas suas atividades da vida diária. No entanto, quando existe uma dependência grave ou necessidades específicas de saúde e reabilitação, é necessária formação para tarefas mais complexas (OCDE, 2020). Estas fazem normalmente parte do perfil dos auxiliares de enfermagem, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e pessoas cuidadoras que trabalham com pessoas com elevada dependência de cuidados.

Nessa linha, uma boa prática é oferecer aos que já concluíram a formação básica a possibilidade de ampliar suas competências através de especializações em atendimento a pessoas com alta dependência, incluindo pessoas com condições neurodegenerativas e neurológicas, bem como com mobilidade reduzida.<sup>110</sup> Essas formações buscam dotar as pessoas cuidadoras de ferramentas para lidar com comportamentos complexos e identificar mudanças nas necessidades, como ocorre com a demência. Devem também incluir competências específicas para manter a autonomia, promover a comunicação e reforçar a interação social das pessoas com demência.

Para responder às demandas do envelhecimento populacional, os programas de enfermagem deveriam incorporar cursos de geriatria e gerontologia. Alguns países da OCDE avançaram nessa direção e podem servir de exemplo para a região. A Áustria e o Japão, por exemplo, introduziram programas de bolsas de estudo para incentivar a especialização nessa área (OCDE, 2020).

Por último, a formação deve se adaptar às necessidades de coordenação entre os serviços de saúde e os serviços sociais, fundamental para garantir a continuidade dos cuidados e economizar recursos em ambos os setores (ver **Requadro 7.1** ). A figura do gestor de cuidados (care manager) representa o mecanismo profissional de coordenação mais difundido para alcançar essa integração e articular a assistência entre os sistemas de saúde e de cuidados de longa duração com um enfoque centrado na pessoa e ao longo da vida (Hofmarcher, Oxley e Rusticelli, 2007).

Os gestores de cuidados são o núcleo do sistema japonês de cuidados prolongados.<sup>111</sup> A função, introduzida após a criação do sistema em 2000, desempenha um papel essencial, ajudando as pessoas a escolher os serviços que melhor se adaptam às suas necessidades, como cuidados domiciliares, serviços de saúde e atividades comunitárias. Tais profissionais ajudam os idosos

**110.** Um exemplo deste tipo de formação pode ser encontrado no Programa 3 de Aldaz Arroyo et al. (2023)

**111.** A Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA) produziu um vídeo que explica o papel dos gestores de cuidados. Ele está disponível em inglês e espanhol



e suas famílias a identificar desafios e necessidades na vida cotidiana e, em seguida, propõem um plano personalizado com os serviços mais adequados para manter a autonomia. Também supervisionam a implementação do plano por meio de visitas domiciliares periódicas e acompanhamento do bem-estar físico e mental, a fim de garantir que o plano continue sendo adequado.

Na França, a Agência Nacional para a Formação Profissional de Adultos<sup>112</sup> implementou um programa de formação especializada para “Responsáveis pela Coordenação de Serviços Domiciliares”. O programa enfatiza as habilidades necessárias para projetar e organizar a prestação de serviços domiciliares, gerenciar e coordenar equipes de pessoas cuidadoras domiciliares e elevar a qualidade do serviço. No Reino Unido, os Coordenadores de Saúde e Serviços Sociais do Serviço Nacional de Saúde desempenham uma função semelhante, ajudando pessoas com necessidades complexas a navegar por seus itinerários de atendimento (NHS, 2025).

---

**112.** Agence Nationale pour la Formation Professionnelle des Adultes.



## REQUADRO 7.1 COORDENAÇÃO ENTRE CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO E ASSISTÊNCIA MÉDICA

Além de instituir a figura do gestor de cuidados, vários países tentaram impulsionar programas de atendimento integrado que combinam serviços de saúde e cuidados de longa duração. A Bélgica e o Luxemburgo conectam pacientes e pessoas cuidadoras a hospitais, coordenadores de cuidados, prestadores de cuidados domiciliares, médicos ambulatoriais e outros profissionais dentro da mesma rede. A Bélgica fez isso por meio de 19 programas de formas alternativas de atendimento a idosos em 2019 e, atualmente, está incorporando as conclusões em um novo plano de atendimento integrado.<sup>1</sup> Luxemburgo está formando equipes de prestadores para determinadas doenças, como diabetes e doenças neurodegenerativas (Ministério da Saúde e Segurança Social de Luxemburgo, 2023).

A França experimentou diferentes versões de programas de atendimento integrado para idosos. Em 2014, lançou o programa “Itinerários de Saúde para Idosos”<sup>2</sup> para pessoas com 75 anos ou mais e seus pessoas cuidadoras em nove regiões francesas. O programa ajuda os idosos a permanecerem em suas casas o máximo de tempo possível, melhorando a coordenação do atendimento e a qualidade de vida. Um novo projeto piloto, o “Pagamento Global para Equipes de Profissionais de Saúde na Comunidade”<sup>3</sup> retoma essa experiência: atribui um orçamento global a um grupo de pelo menos cinco profissionais (no mínimo três médicos de família e uma enfermeira) para prestar cuidados a um coletivo específico, por exemplo, pessoas com 65 anos ou mais.

O Japão oferece serviços de assistência comunitária integrada centrados na pessoa, que articulam prestadores do sistema de saúde, serviços sociais e cuidadores de longa duração. A coordenação começa com a avaliação do nível de dependência. Em primeiro lugar, um avaliador dos serviços sociais municipais aplica um questionário padrão para determinar o grau de autonomia da pessoa cuidada nas suas atividades diárias. Ao mesmo tempo, um médico avalia o estado de saúde. Com ambas as informações, uma comissão multidisciplinar de especialistas (em saúde, serviços sociais e cuidados de longa duração) emite uma decisão sobre o nível de apoio ou cuidados a que a pessoa tem direito. Em seguida, a coordenação intersetorial continua por meio do gestor, responsável por preparar o plano de cuidados que combina serviços de longa duração e cuidados de saúde.

1. Disponível em: <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-des-soins/soins-aux-personnes-agees/formes-alternatives-de-soins-aux-personnes-agees-projets#etat-des-lieux-2023>.

2. *Parcours Santé des Aînés*.

3. *Expérimentation d'un paiement forfaitaire en équipe de professionnels de santé en ville*. Disponível em: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/les-experimentations/article/experimentation-d-un-paiement-en-equipe-de-professionnels-de-sante-en-ville>.



## 7.2.4 Padronizar e ampliar a oferta de programas de formação

Estabelecer um currículo oficial para pessoas cuidadoras é fundamental para abordar os baixos níveis e a heterogeneidade da formação observados na região, o que exige coordenação interinstitucional e colaboração entre entidades públicas, atores do setor privado e organizações da sociedade civil. Conforme detalhado no **Capítulo 6**, vários países da região (Argentina, Barbados, Costa Rica, Equador — setor público —, República Dominicana, Trindade e Tobago e Uruguai) possuem programas de formação e as cuidadoras devem concluí-los para serem reconhecidas oficialmente como tal. Ainda mais países exigem esses requisitos para enfermeiras de cuidados de longa duração. O ideal é que a conclusão desse curso esteja associada a rendimentos mais elevados. Por exemplo, na Itália, o salário-mínimo por hora para cuidadores de pessoas com dependência funcional é de 7,91 euros (US\$ 9,2) se a cuidadora não tiver formação (nível CS) e de 9,5 euros (US\$ 11) se tiver concluído a formação (nível DS).<sup>113</sup>

A formação oficial pode ser definida a partir dos cursos já ministrados por instituições de educação e formação técnico-profissional. Essa foi a via escolhida na República Dominicana, ao envolver o Instituto Nacional de Formação Técnico-Profissional (INFOTEP) na pilotagem da estratégia Comunidades de Cuidados descrita no **Capítulo 6**. A oferta também pode ser ampliada por meio de parcerias com instituições privadas, com e sem fins lucrativos. Nesses acordos, os governos continuam sendo responsáveis por definir os padrões de formação e garantir a qualidade, enquanto as instituições privadas se encarregam de ministrá-los.

O Uruguai ampliou sua oferta de formação por meio de acordos entre o Instituto Nacional de Emprego e Formação Profissional (INEFOP) e centros de formação credenciados pelo Ministério da Educação. Assim, o governo ministra cursos diretamente e também por meio de 40 entidades privadas autorizadas (Sistema de Cuidados, 2020). Um exemplo de sucesso fora da região é a Coreia do Sul: em apenas 14 anos, formou e certificou 2,2 milhões de pessoas cuidadoras por meio de 1.187 instituições educativas acreditadas pelo Governo que oferecem cursos para pessoas cuidadoras. Graças a um planejamento cuidadoso, esses esforços começaram dois anos antes do lançamento do Sistema Nacional de Cuidados.

Por último, um fator fundamental para expandir programas de alta qualidade é contar com formadores qualificados. Por isso, são essenciais os programas de formação de formadores, que dotam os professores de habilidades pedagógicas, conhecimentos atualizados e competências práticas para preparar eficazmente as e os trabalhadores de cuidados. O Protocolo Ibero-Ame-

---

**113.** Valores para 2025. Disponível emr [Associazione sindacale nazionale dei datori di lavoro domestico](#) para as [definições das categorias profissionais](#) e a [tabela de salários-mínimos](#).



ricano de Formação em Cuidados, que propõe um quadro curricular para quem presta cuidados a pessoas em situação de dependência, define perfis específicos de formadores para os seus módulos. No módulo de atenção primária, por exemplo, é necessária formação técnica ou profissional formal em saúde, pelo menos um ano de experiência profissional recente no setor, o domínio de técnicas de facilitação e avaliação de programas de capacitação, especialmente aqueles voltados para idosos (OISS, 2022). Adicionalmente, os formadores devem ter um conhecimento profundo do modelo de cuidados centrados na pessoa apresentado anteriormente neste mesmo capítulo.

### 7.2.5 Aumentar a participação de mais pessoas nas oportunidades de formação

Para que mais pessoas cuidadoras tenham acesso à formação, os cursos devem ser acessíveis e ter horários flexíveis que permitam conciliar os estudos com o trabalho.

Os governos devem evitar que o custo da formação se torne uma barreira para quem quer trabalhar no setor. Nesse sentido, os programas com subsídios públicos podem atrair trabalhadoras para a área de cuidados e, além disso, melhorar as competências das cuidadoras informais. Na região, muitos países oferecem cursos oficialmente reconhecidos sem custo (Argentina, Uruguai) ou com taxas subsidiadas (Barbados, Chile e Equador). Fora da região, também foram dados passos nessa direção. O Japão, por exemplo, aumentou significativamente o número de cuidadoras por meio de um programa de apoio financeiro para a formação em cuidados de longa duração, destinado a inserir ou reinserir cuidadoras no mercado de trabalho. Outros países da OCDE aplicaram políticas semelhantes (OCDE, 2020).

As barreiras de tempo que limitam a participação na formação são tão relevantes quanto as econômicas. Para enfrentá-las, os cursos devem ser concebidos com flexibilidade suficiente para se adaptarem aos horários e ritmos de aprendizagem das participantes. Isso permite que a aprendizagem online seja uma ferramenta promissora pelo seu potencial para criar ambientes formativos inclusivos e equitativos. Além disso, cada vez mais aplicativos móveis e plataformas são desenvolvidos para ampliar o acesso a módulos de formação para pessoas cuidadoras, oferecendo-lhes maneiras inovadoras de fortalecer suas habilidades. Para que essas ferramentas sejam eficazes, devem ter conteúdos bem elaborados e ambientes de aprendizagem adequados às necessidades das pessoas cuidadoras. Um estudo controlado demonstrou que o aprendizado móvel é mais econômico do que as aulas tradicionais ministradas por um professor para capacitar pessoas cuidadoras domiciliares no tratamento da demência. Uma modalidade híbrida — e-learning complementada com redes de apoio online orientadas por



mentores e encontros presenciais de acompanhamento — também se revelou eficaz para desenvolver competências (Su et al., 2021).

Uma boa prática é o curso online sobre cuidados personalizados com enfoque centrado na pessoa lançado pelo Governo da Espanha. Trata-se de uma formação gratuita, com ritmo flexível e duração de 25 horas, que oferece recursos audiovisuais desenvolvidos para promover a reflexão sobre as práticas de cuidados para cuidadoras remuneradas ou não remuneradas. Outro exemplo europeu é o aplicativo App for Dem, que oferece recursos educacionais abertos e gratuitos para enfrentar os desafios diários de quem cuida de pessoas com demência, enfatizando a abordagem centrada na pessoa, com estratégias práticas para melhorar a qualidade do cuidado. Por sua vez, a plataforma argentina cuidabien.org oferece formação e apoio para cuidadoras familiares, com foco no fortalecimento de sua capacidade de prestar cuidados eficazes. No entanto, o e-learning precisa ser complementado com práticas no local de trabalho.

Outra estratégia para ganhar flexibilidade consiste em organizar a formação em módulos progressivos, o que permite uma maior adaptação às necessidades e horários. Para as e os trabalhadores do setor, estruturar a formação em módulos abre um caminho que combina a formação inicial com a aprendizagem ao longo da vida. Aquelas que já têm experiência ou lacunas específicas podem escolher módulos pontuais de acordo com suas necessidades, o que evita redundâncias e permite que se concentrem nas competências que desejam adquirir. Dessa forma, garante-se que as habilidades se mantenham atualizadas e alinhadas com a evolução das necessidades das pessoas com dependência, e promove-se uma força de trabalho mais ágil e receptiva.

A União Europeia respaldou este enfoque através de uma Recomendação “relativa a um enfoque europeu das microcredenciais para a aprendizagem ao longo da vida e a empregabilidade”. As microcredenciais certificam os resultados de experiências formativas de curta duração e apoiam um processo contínuo de desenvolvimento e atualização de competências e conhecimentos. Consiste em um marco para melhorar a qualidade, a transparência, a acessibilidade e a flexibilidade dos programas de aprendizagem, promovendo simultaneamente a inclusão, o acesso e a igualdade de oportunidades (Conselho Europeu, 2022).

Para atrair pessoas para a formação e o emprego no setor — e evitar que abandonem pouco depois de começarem a trabalhar —, também é crucial apoiar decisões profissionais informadas. Aquelas que considerem ingressar devem avaliar sua adequação para a função, considerando os desafios e habilidades que implica, antes de dar o passo. Na França, por exemplo, o serviço



público de emprego<sup>114</sup> oferece informações claras e acessíveis sobre aspectos fundamentais das profissões de cuidados: principais tarefas, habilidades e competências exigidas, condições de trabalho esperadas e níveis de remuneração. Além disso, o Programa de Imersão<sup>115</sup> oferece a possibilidade de realizar estágios curtos e não remunerados em empresas e instituições de cuidados. Essas experiências práticas permitem conhecer o trabalho em um ambiente real e decidir de forma informada se deseja seguir uma carreira na área de cuidados.

## 7.3 Apoiar as cuidadoras familiares para prevenir as consequências negativas dos cuidados

Sem apoio prático e emocional adequado, prestar cuidados pode afetar negativamente a saúde física e mental das e dos que cuidam, o que é especialmente verdadeiro para cuidadoras familiares, que assumem essa responsabilidade com muito baixa formação. Dado o seu papel central nos cuidados de longa duração, é essencial oferecer-lhes um conjunto de apoios que os ajude a desempenhar as suas tarefas de forma segura e gratificante. Além da formação — abordada na **Seção 7.2** —, existem outras medidas que os países podem adotar para reduzir os efeitos negativos dos cuidados não remunerados. Embora na América Latina e no Caribe estas iniciativas ainda se encontrem numa fase inicial, já existem experiências promissoras e exemplos valiosos fora da região.

### 7.3.1 Informação, apoio psicológico e avaliações das pessoas cuidadoras

Os familiares costumam assumir os cuidados sem experiência prévia ou informações úteis, por isso podem não saber como organizar os cuidados ou realizar tarefas técnicas. Igualmente, o seu conhecimento dos recursos públicos ou privados disponíveis pode ser limitado e também podem desconhecer que tipo de estimulação física ou cognitiva oferecer à pessoa com necessidades de cuidados e não perceber a importância de ampliar as suas interações sociais.


Por esses motivos, fornecer informações sobre como cuidar e sobre os serviços disponíveis é um primeiro passo fundamental para reduzir o desconforto emocional e evitar que as pessoas cuidadoras se sintam perdidas e isoladas. O [Carer Gateway](#) do Governo da Austrália é um bom

114. France Travail.

115. Immersion Facilitée.



exemplo de portal online com informações sobre direitos, benefícios e opções de apoio para cuidadores. O governo da França, por sua vez, também mantém um site com informações sobre cuidados de longa duração e sobre o papel das pessoas cuidadoras.

Os serviços de apoio psicossocial ou aconselhamento são outra estratégia fundamental para lidar com a carga emocional dos cuidados e fortalecer a resiliência das cuidadoras familiares. A região oferece alguns exemplos promissores. Conforme descrito na **Seção 5.2** , o Programa de Apoio ao Cuidador<sup>116</sup> da Bahia (Brasil) compartilha conhecimentos e oferece acompanhamento para melhorar o atendimento aos idosos. Isso é feito por meio de reuniões semanais com atividades em grupo, discussões temáticas sobre cuidados, troca de experiências e apoio individual.<sup>117</sup> Fora da região, países como a Dinamarca e Letônia subsidiam parcialmente a atenção à saúde mental para cuidadores familiares.

As avaliações da pessoa cuidadora são outra boa prática para orientar apoios individualizados. Esse tipo de avaliação analisa como as responsabilidades de cuidado afetam a saúde física e mental de quem cuida, seu emprego, seu tempo livre e seus relacionamentos. Trata-se do primeiro passo para elaborar um plano de apoio adaptado ao contexto de cada cuidador.

Alguns países da OCDE realizam avaliações das pessoas cuidadoras, entre eles a Austrália, o Canadá, a Escócia, a Inglaterra e os Países Baixos, além de alguns municípios da Suécia. Na Austrália, a avaliação é um requisito para ter acesso aos serviços através do Carer Gateway. Na Inglaterra, o sistema avalia as necessidades da cuidadora juntamente com as da pessoa que recebe os cuidados, mas não necessariamente ao mesmo tempo. As avaliações são realizadas independentemente do resultado da avaliação da pessoa que recebe os cuidados (Governo do Reino Unido, 2016). No Canadá, a sobrecarga da pessoa cuidadora é avaliada por meio da Carer Risk Evaluation, um algoritmo que identifica pessoas cuidadoras em risco de angústia ou esgotamento, com base na avaliação interRAI Home Care (CIHI, 2021). Por isso, os países da América Latina e do Caribe são incentivados a seguir esses exemplos, pois esse tipo de avaliação permite adequar o apoio às necessidades das pessoas cuidadoras e trabalhar de forma preventiva para evitar crises (Hanson, Magnusson e Nolan, 2008).

Ao projetar apoios para pessoas cuidadoras familiares, é importante considerar as necessidades específicas de acordo com a idade. Por exemplo, é fundamental que as e os jovens possam continuar seus estudos. Um modelo que pode inspirar os países da região é o projeto Me-We, financiado pela União Europeia no âmbito do Horizon 2020.<sup>118</sup> Este projeto visa fortalecer a re-

---

**116.** Programa de Apoio ao Cuidador

**117.** Disponível em: [www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/creasi/programa-de-apoio-ao-cuidador](http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/creasi/programa-de-apoio-ao-cuidador).

**118.** Disponível em: <https://me-we.eu/>.



siliência de pessoas adolescentes cuidadoras (15–17 anos) em seis países europeus (Eslovênia, Itália, Países Baixos, Suécia, Suíça e Reino Unido), com objetivos de longo prazo como reduzir a evasão escolar, melhorar sua empregabilidade e diminuir os transtornos mentais. Não é desejável que adolescentes assumam responsabilidades de cuidado, mas esses mecanismos podem ser úteis em contextos em que essa realidade é inevitável.

### 7.3.2 Serviços de descanso (“respiro”)

Os serviços de descanso (ou “respiro”) são outra boa prática para mitigar os efeitos negativos dos cuidados familiares, permitindo que as pessoas cuidadoras façam pequenas pausas nas suas responsabilidades.<sup>119</sup> As evidências não sejam conclusivas (Brimblecombe et al., 2018), mas alguns estudos mostram benefícios importantes para o bem-estar das cuidadoras. Por exemplo, Yeandle e Wigfield (2012) descobriram que o descanso permitiu que 50% das cuidadoras tivessem mais tempo para si mesmas e também que a saúde daquelas que não tiveram acesso ao descanso se deteriorou mais rapidamente.

Essas práticas ainda são incipientes na América Latina e no Caribe (ver **Capítulo 5**). Fora da região, o apoio público ao descanso é oferecido principalmente em espécie. Em oito países europeus (Dinamarca, Finlândia, França, Irlanda, Islândia —Reikiavik—, Lituânia, Luxemburgo e Portugal), bem como na Austrália, Coreia e nos Estados Unidos, o descanso está disponível em espécie, por exemplo, através de serviços residenciais, diurnos ou domiciliares. No Canadá, todas as províncias apoiam o descanso, principalmente em espécie. A Alemanha e a Eslováquia são os únicos países europeus que utilizam transferências monetárias em vez de oferecer em espécie. A França oferece a opção de receber uma transferência em dinheiro para cobrir as necessidades de cuidados quando a pessoa cuidadora principal não está disponível (Spasova et al., 2018). Geralmente, esses serviços têm limites; por exemplo, podem ser usados durante seis semanas por ano na Alemanha, ou até 500 euros (US\$ 590) na França (Rocard e Llana-Nozal, 2022).

Um aspecto fundamental na concepção de serviços de apoio é que eles sejam acessíveis e suficientemente flexíveis para se adaptarem às necessidades tanto das pessoas cuidadoras como das pessoas que recebem cuidados. Dados de vários países sugerem que a utilização pode ser baixa quando os potenciais beneficiários consideram que os serviços são inadequados ou não se adaptam às suas preferências.

---

**119.** Todos os serviços de cuidados prolongados que não requerem a presença de pessoas cuidadoras familiares — seja em casa ou em centros — também oferecem descanso. Este relatório não descreve os serviços de cuidados de longa duração disponíveis nos países da região, pois se concentra nas pessoas cuidadoras. Esta seção apresenta alguns exemplos de serviços que oferecem descanso por um período limitado, com maior ênfase nas pessoas cuidadoras do que nos cuidados recebidos. Esses serviços podem ser considerados complementares aos cuidados de longa duração mais intensivos, que se concentram principalmente nas pessoas que recebem cuidados.



### 7.3.3 Licenças e trabalho flexível para pessoas cuidadoras familiares que continuam trabalhando

O acesso a licenças vinculadas aos ou a opção de passar temporariamente a um horário parcial são boas práticas que ajudam as pessoas a manterem o seu emprego enquanto prestam cuidados de longa duração a um familiar. São práticas comuns na região no que diz respeito aos cuidados infantis; mas apenas o Chile, o Equador e o México dispõem de algum tipo de licença remunerada para cuidados de longa duração. Nesse sentido, nenhum outro país oferece licenças (remuneradas ou não) desse tipo.<sup>120</sup>

Na Alemanha, quem cuida de pessoas dependentes tem direito a até seis meses de licença sem vencimento ou a trabalhar a tempo parcial durante um máximo de 24 meses (Comissão Europeia, 2018). Também pode ter acesso a um empréstimo sem juros (dependendo da dimensão da entidade empregadora) enquanto a sua renda é reduzida. E na França, as pessoas cuidadoras podem tirar até três meses de licença sem vencimento por vez, com um máximo de 12 meses ao longo de sua vida profissional (Comissão Europeia/Direção-Geral de Assuntos Econômicos e Financeiros e CPE, 2016). Existem disposições semelhantes na Espanha e na Bélgica por meio do programa de “crédito de tempo” (Triantafillou et al., 2010).

No Canadá, a Licença por Cuidados Compassivos (Compassionate Care Leave) permite a ausência por até 28 semanas em um período de 52 semanas para cuidar de um familiar com doença terminal, com direito a benefícios do seguro-desemprego. Também conta com a Licença por Doença Grave (Critical Illness Leave), que oferece até 17 semanas para cuidar de um adulto. Essa licença é remunerada, com um auxílio financeiro de aproximadamente 55% do salário perdido (Governo do Canadá, 2025). No entanto, como é limitada ao cuidado de pessoas com doenças terminais, não cobre outras necessidades de cuidados. A Holanda tem uma política semelhante com duração oficial de 10 dias e remuneração, prorrogável por acordos coletivos. Nos Estados Unidos, alguns estados (como Califórnia, Nova York e Nova Jersey) também oferecem licenças familiares remuneradas.

Há evidências sólidas de que as licenças para cuidados têm um impacto positivo na oferta de trabalho, principalmente entre as mulheres (Saad-Lessler, 2020; Coile et al., 2022). Entretanto, sua implementação apresenta desafios. Do mesmo modo, licenças limitadas (por exemplo, de poucos dias ou restritas a doenças terminais) representam um avanço no reconhecimento dos direitos das pessoas cuidadoras, mas podem não oferecer um apoio significativo, especialmente se não forem remuneradas.

---

120. Consulte <https://webapps.ilo.org/globalcare/> e selecione a opção “Licencia de cuidados de larga duración”.



As e os trabalhadores poderiam relutar em solicitar licenças para cuidados de longa duração por medo de afetar seu progresso profissional e a renda familiar. Além de que o uso efetivo dessas licenças pode depender da intensidade das responsabilidades de cuidados e da generosidade da remuneração. Assim, quem presta cuidados menos intensivos pode preferir usar férias ou licenças médicas, especialmente se solicitar uma licença específica puder prejudicar sua oportunidade de trabalho. Por outro lado, quem presta cuidados intensivos tende mais a tirar uma licença legal, mesmo que não seja remunerada. É importante ressaltar que taxas de remuneração baixas provavelmente reduzirão sua utilização, portanto, é necessário um apoio financeiro adequado para que essas políticas sejam eficazes.

Ao contrário do cuidado de crianças pequenas, o cuidado de familiares com doenças ou deficiências é imprevisível em termos de duração e intensidade. Por isso, as licenças para cuidar de idosos devem levar em conta a natureza episódica das doenças, as deteriorações ou melhorias na saúde e até mesmo as mudanças na disponibilidade de cuidados formais (Oldenkamp et al., 2017). Nesse sentido, é útil que as licenças possam ser divididas em vários períodos.

Um desafio específico para a região consiste em introduzir essas modalidades em contextos de alta informalidade laboral. Os países poderiam explorar a dissociação dos direitos e benefícios em relação ao emprego formal e aos sistemas contributivos. Por exemplo, oferecer um conjunto básico de benefícios de proteção social a todas as pessoas trabalhadoras, sejam eles formais ou informais. Outros dois desafios são garantir o direito efetivo à reintegração após a licença e definir uma duração adequada para evitar que a licença se torne uma forma de pré-aposentadoria (De Brouwer, 2023).


A flexibilidade laboral — como a redução da jornada e o teletrabalho — também contribui para que as cuidadoras familiares mantenham seus empregos (Arksey e Glendinning, 2007; Yoshini et al., 2023). Essa flexibilidade facilita a conciliação entre trabalho e cuidados, reduzindo a probabilidade de cortes mais drásticos nas horas de trabalho (Arksey e Glendinning, 2007). No Reino Unido, por exemplo, todos os empregados — incluindo pessoas cuidadoras — podem solicitar um acordo de trabalho flexível após um período inicial de 26 semanas de permanência no emprego. Esse tipo de política pode ser promissor na América Latina e no Caribe, onde os acordos flexíveis têm crescido: 67% das empresas pesquisadas em 24 países da região começaram a utilizá-los após a crise provocada pela pandemia da COVID-19 (Alaimo et al., 2022).

As licenças e o trabalho flexível também podem desempenhar um papel fundamental na redistribuição equitativa das responsabilidades de cuidados entre homens e mulheres. Não só melhoram a conciliação entre o emprego e os cuidados familiares, como também incentivam a participação das mulheres no mercado de trabalho. Para impulsionar mudanças reais nas nor-



mas sociais, é essencial promover a flexibilidade laboral para homens e mulheres em todos os setores e ocupações. Se esses acordos forem implementados com base em padrões de gênero desiguais, poderão reforçar os papéis tradicionais e limitar o acesso das mulheres a cargos de alta responsabilidade e a oportunidades de desenvolvimento profissional (Araujo et al., 2024).

### 7.3.4 Benefícios monetários e créditos fiscais e previdenciários

Alguns países oferecem auxílio à renda de pessoas cuidadoras familiares que não podem trabalhar devido às suas responsabilidades de cuidados (ver **Seção 5.3** ). Esse benefício corre o risco de reproduzir o modelo tradicional em que as responsabilidades de cuidados recaem sobre as mulheres e não reconhece a autonomia dos idosos para escolher os serviços de cuidados de longa duração que preferem. Muitas vezes também não cobrem o custo total dos cuidados e, portanto, não podem ser considerados uma compensação total pelo esforço das pessoas cuidadoras.

Uma possível solução para o problema da autonomia de escolha é direcionar as transferências em dinheiro diretamente às pessoas que recebem cuidados, permitindo-lhes contratar um cuidador familiar ou profissional, um modelo utilizado pelo programa Cash and Counseling financiado pelo Medicaid nos Estados Unidos (Doty, 2023). O programa concede aos participantes elegíveis uma mesada mensal que pode ser usada para adquirir uma ampla gama de bens e serviços de acordo com suas necessidades individuais. Todas as despesas devem receber aprovação prévia de um gestor de casos. Entre esses bens e serviços pode estar a contratação de um cuidador familiar, que recebe um emprego formal (e, portanto, acesso à segurança social).

Quando as transferências monetárias são direcionadas às cuidadoras (aceitando que as pessoas que recebem cuidados percam autonomia de escolha), é importante elaborar regimes nos quais o trabalho das cuidadoras familiares seja plenamente reconhecido como emprego formal. Isso garante o acesso a benefícios da segurança social, incluindo assistência médica e aposentadorias. A Alemanha, a Espanha e a Finlândia seguem essa abordagem (Spasova et al., 2018). Para diferenciar essas transferências de outros programas de apoio à renda, a elegibilidade deve se basear no nível de necessidade de cuidados do beneficiário, medido com uma ferramenta de avaliação oficialmente aprovada.

O alívio fiscal é outra forma de apoiar economicamente as pessoas cuidadoras familiares. Essa ferramenta ainda não foi utilizada nos países da América Latina e do Caribe. No entanto, na maioria dos casos fora da região, o principal critério de elegibilidade é o grau de dependência do idoso em relação aos cuidados, combinado com outros critérios, como sua idade e a relação com a pessoa cuidadora (por exemplo, na Bélgica, Canadá, Espanha, Estados Unidos, Finlândia,



França e Irlanda). Alguns programas (por exemplo, na França e no Japão) vinculam os benefícios fiscais aos gastos com serviços de residências de longa permanência. A Espanha, por sua vez, desenvolveu uma dedução fiscal para pessoas que combinam emprego remunerado e responsabilidades de cuidados familiares.

Para cuidadoras familiares que precisam reduzir sua jornada de trabalho ou sair do mercado de trabalho para cuidar de uma pessoa dependente, oferecer créditos previdenciários também é uma boa prática. Esses créditos podem mitigar o impacto dos cuidados de longa duração sobre o direito a pensões contributivas e sobre seu valor, limitando assim o risco de pobreza na velhice. Eles podem ser projetados de várias maneiras: desde ajustes nas fórmulas de pensão até a atribuição de um montante único no momento da aposentadoria, ou disposições que permitam às cuidadoras não remuneradas contribuir para a segurança social.

Alguns sistemas de segurança social da região (como os da Bolívia, do Chile e do Uruguai, por exemplo) introduziram créditos previdenciários ou mecanismos equivalentes para cobrir períodos de cuidados infantis (OISS, 2019). Mas, essa prática não é comum para cuidados de longa duração. Na Colômbia, foi apresentado um projeto de lei em 2019 para subsidiar as contribuições para a aposentadoria e a saúde de quem cuida de familiares idosos em situação de dependência, porém não foi aprovado (Aranco et al., 2022).

Um desafio no projeto desses créditos é identificar corretamente os beneficiários. Ao contrário dos créditos para cuidados infantis, os créditos para cuidados prolongados devem estar vinculados a algum tipo de avaliação funcional ou de saúde, por isso exigem um alto grau de coordenação entre os sistemas previdenciários e de cuidados de longa duração. A concepção pode considerar requisitos adicionais de elegibilidade, como o número de horas de cuidados prestados pela pessoa cuidadora. Podem ser tomados como exemplo países da OCDE (como Alemanha, Bélgica, Espanha, Eslováquia, Estônia, Finlândia, França, Hungria, Irlanda, Itália, Polônia e Suécia).

## 7.4 Promover a participação dos homens nos cuidados familiares e remunerados

Conforme descrito ao longo deste relatório, na América Latina e no Caribe, as tarefas de cuidados (remunerados e não remunerados) recaem desproporcionalmente sobre as mulheres, e as tendências demográficas e sociais exercem uma forte pressão sobre o modelo de cuidados existente. Por isso, é necessário redefinir os cuidados com base no princípio da corresponsabilidade



para as sociedades reconhecerem o valor do trabalho de cuidados e redistribuírem as tarefas entre o setor público, o mercado, a comunidade e as famílias. Essa abordagem também enfatiza a garantia de uma distribuição equitativa das responsabilidades entre homens e mulheres dentro dos lares. Essa reestruturação gerará múltiplos benefícios para os próprios homens, entre eles, uma maior sensação de serem valorizados pelas pessoas a quem prestam cuidados, um sentido mais forte de propósito e realização pessoal ao contribuir para o bem-estar de seus entes queridos, bem como o desenvolvimento de habilidades essenciais de comunicação e empatia, aplicáveis em diferentes âmbitos da vida, incluindo o trabalho.

A seção anterior analisa como a implementação efetiva de licenças para cuidados e trabalho flexível pode favorecer a participação dos homens nas tarefas de cuidados a idosos. Esta seção explora estratégias adicionais para (i) transformar as normas tradicionais de gênero e (ii) aumentar a participação masculina nos setores ligados aos cuidados.

### **7.4.1 Desenvolver políticas para transformar as normas tradicionais sobre os papéis de gênero**

Alcançar a corresponsabilidade nos cuidados exige questionar as normas tradicionais de gênero e masculinidade para promover mudanças de comportamento. Assim, é fundamental contar com instrumentos que incentivem a participação masculina nos cuidados, mas esses instrumentos devem ser apoiados por normas sociais amplamente aceitas que promovam sua aplicação. As normas e estereótipos tradicionais perpetuam a ideia de que, para os homens, os cuidados familiares se limitam principalmente à contribuição econômica e reforçam a expectativa de que as mulheres sejam as principais cuidadoras. Por isso, os países devem abordar as dimensões culturais que sustentam os padrões tradicionais de gênero.

As evidências não documentam mudanças substanciais nas normas tradicionais de gênero; mas há sinais encorajadores: várias pesquisas mostram que os homens afirmam prestar uma quantidade significativa de cuidados, ainda que o número real de horas dedicadas possa ser menor. Isso sugere que mais homens estão reconhecendo os cuidados como uma responsabilidade que também lhes cabe (Van der Gaag et al., 2023). Os dados da pesquisa IMAGES para o Brasil, Chile e México revelam que os homens que viram seus pais participarem das tarefas domésticas são mais propensos a se envolverem no trabalho doméstico. Essa “transferência intergeracional dos cuidados” pode desempenhar um papel fundamental na transformação das relações de gênero e na redução das desigualdades, além de abrir um leque de possibilidades futuras tanto para meninos quanto para meninas (IPPF, WHR e Promundo, 2017).



As políticas que visam mudar as normas sociais em torno dos cuidados têm como objetivo aliviar a carga de trabalho das mulheres e promover uma maior participação masculina nessas atividades. Nesse sentido, a informação, a educação e a sensibilização são elementos fundamentais para promover uma distribuição equitativa das responsabilidades de cuidados entre homens e mulheres.

Os países da América Latina e do Caribe lançaram algumas iniciativas para transformar os papéis tradicionais de cuidados e promover uma maior participação dos homens nessas tarefas. No entanto, a maioria desses programas foi concebida principalmente para promover a participação masculina no cuidado de crianças, sem considerar outras fases da vida em que os homens também deveriam assumir responsabilidades de cuidado, como o cuidado de seus próprios pais ou sogros. Ainda assim, essas iniciativas oferecem estruturas valiosas que poderiam ser adaptadas para aumentar a participação masculina nos cuidados de longa duração.

Na região, vale a pena destacar várias estratégias governamentais voltadas para a transformação das normas sociais. Na Argentina, o Ministério do Trabalho elaborou um guia e um curso de formação sobre masculinidades na esfera do trabalho que inclui um módulo sobre paternidade e corresponsabilidade (MTESS, 2022). A iniciativa questiona os papéis tradicionais de gênero e promove uma distribuição mais equitativa das responsabilidades de cuidado nos ambientes profissionais.

Em 2021, Bogotá lançou a Escola de Homens Cuidando, uma iniciativa que procura redistribuir de forma equitativa os benefícios diretos, indiretos, emocionais e ambientais do trabalho de cuidados, incentivando a participação dos homens. A estratégia é implementada por meio de três serviços: uma unidade móvel que utiliza atividades artísticas e ferramentas pedagógicas para envolver os homens e transformar percepções sobre o cuidado, ciclos de formação presenciais e aulas online.

No Chile, o Ministério da Mulher e da Equidade de Gênero organiza oficinas sobre masculinidade para empresas que buscam a certificação em gestão da igualdade de gênero e conciliação. Essas oficinas promovem uma abordagem mais inclusiva dos cuidados no local de trabalho, incentivando homens e mulheres a compartilharem as responsabilidades.

No Panamá, na República Dominicana e no Uruguai, os governos desenvolveram diretrizes, ferramentas e guias de boas práticas, além de realizar atividades de capacitação e oficinas para organizações de trabalhadores e empregadores. Essas iniciativas promovem a corresponsabilidade nas tarefas de cuidados, especialmente no contexto de um mercado de trabalho mais formal.



Por último, o Programa H, criado pela Promundo (coordenadora), Instituto PAPAÍ e ECOS (Brasil) e Salud e Género (México), oferece oficinas para jovens do sexo masculino sobre novas masculinidades, sexualidade e cuidados, as quais incluem programas socioeducativos, manuais e ferramentas para promover a igualdade de gênero entre os jovens. Avaliações do impacto do programa em 12 países mostram mudanças significativas nas atitudes em relação às normas de gênero, com transformações observáveis no comportamento. No Brasil e no Chile, os referidos programas influenciaram positivamente as atitudes de gênero, diminuíram a violência e aumentaram os comportamentos de autocuidado entre os homens (Doyle e Kato-Wallace, 2021).

Apesar dos progressos, tais programas têm alcance limitado para redistribuir os cuidados aos idosos entre homens e mulheres. As evidências sobre seu impacto nas normas tradicionais de gênero são escassas e têm mostrado resultados contraditórios. Por isso, são necessárias mais experiências e avaliações rigorosas para entender quais políticas e incentivos geram mudanças duradouras nas normas e promovem uma distribuição mais equilibrada dos cuidados, tanto no lar quanto na sociedade (Bustelo et al., 2024).

### **7.4.2 Políticas para aumentar a participação dos homens nos setores vinculados aos cuidados**

Os homens estão significativamente sub-representados em áreas tradicionalmente associadas aos cuidados, como a educação infantil, os cuidados prolongados e a saúde. Para promover a diversidade na força de trabalho e responder à crescente necessidade de profissionais qualificados, alguns países de renda alta implementaram estratégias para aumentar a participação masculina nesses setores. Várias iniciativas se concentram exclusivamente nos cuidados infantis; mas poderiam ser ampliadas ou adaptadas aos cuidados a idosos.

Entre os esforços para aumentar a presença masculina nos cuidados infantis, destacam-se as campanhas de recrutamento e as estratégias de comunicação que visibilizam oportunidades de trabalho para homens. Um exemplo é a campanha “Homens nos cuidados infantis”, lançada pela Comunidade Flamengo da Bélgica em 2002 para aumentar a participação masculina nos cuidados infantis. A iniciativa realizou uma campanha publicitária atraente, distribuiu um manual de recrutamento e organizou eventos para debater o papel dos homens nos cuidados infantis. A matrícula de homens em centros de formação aumentou após o primeiro ano (Litjens e Taguma, 2017).

Alguns países têm aplicado medidas de ação afirmativa para incentivar os homens a se formarem e trabalharem em setores de cuidados. Em 1997, a Noruega estabeleceu a meta de que



pelo menos 20% do pessoal na educação e cuidados infantis fosse masculino até o ano 2000. A abordagem foi multifacetada e incluiu incentivos para estudantes do ensino médio e preferências de contratação em caso de méritos equivalentes. Embora o país não tenha atingido a meta, a participação masculina no setor aumentou gradualmente de 5,7% para 10,8% entre 2003 e 2022 (Engel et al., 2015; OCDE, 2019a; SSB, 2023). Essa abordagem também pode ser pertinente para os serviços de cuidados de longa duração.

Melhorar as condições de trabalho no setor —como destacado nos **capítulos 6** e **7**— representa outra forma de promover a participação masculina. Nesse sentido, garantir um trabalho decente para quem presta cuidados, destacar o valor social de seu trabalho, ampliar a proteção social e avançar na formalização e profissionalização do setor são elementos fundamentais para atrair mais trabalhadores, incluindo homens.

Uma maior participação dos homens em funções remuneradas de cuidados pode contribuir para elevar tanto o status social quanto a remuneração desses empregos. As evidências mostram que, quando uma profissão é feminizada, os salários tendem a ser menores, mesmo controlando por educação, experiência e habilidades. Dado o envelhecimento da população, esse setor oferece uma oportunidade evidente de criação de empregos para mulheres e homens. Portanto, incentivar mais homens a ingressarem nas profissões de cuidados pode ajudar a revalorizar esses cargos e garantir uma força de trabalho mais diversificada e capacitada.

## 7.5 Construir uma força de trabalho mais resiliente na área dos cuidados prolongados


### 7.5.1 Efeitos de eventos extremos em populações que estão envelhecendo

Está prevista a intensificação de eventos extremos — como fenômenos meteorológicos, desastres naturais ou emergências sanitárias — no futuro. Nesse sentido, os idosos e as pessoas com deficiência estão entre os mais vulneráveis aos impactos na saúde causados por essas ameaças, devido à sua mobilidade reduzida, sistemas imunológicos enfraquecidos, isolamento social e acesso limitado a serviços (IPCC, 2023; HelpAge International, 2015; Charveriat et al., 2023).

Os sistemas de cuidados prolongados e seus trabalhadores devem estar mais bem preparados para enfrentar esses riscos, por meio de investimentos em resiliência e capacidade de adaptação. Atualmente, os sistemas de saúde e cuidados não estão suficientemente preparados para



este tipo de choques imprevistos, como ficou evidente durante a pandemia da COVID-19. Em muitos países, a crise revelou financiamento e planejamento insuficientes, estratégias e protocolos de resposta inadequados e escassez de trabalhadores bem formados. A falta de preparação e capacidade de resposta contribuiu, em numerosos casos, para a perda de vidas humanas.

A **Tabela 7.2**  sintetiza como os fenômenos meteorológicos extremos e os eventos naturais adversos afetam a força de trabalho do setor de cuidados, tomando como referência os trabalhos de Curtis et al. (2017) e Tsakonas et al. (2024). Curtis et al. (2017) propõem estratégias de adaptação para os sistemas de saúde e de cuidados com base em um quadro conceitual com três dimensões: infraestrutura física, institucional e social. Tsakonas et al. (2024) revisam a literatura existente sobre as implicações dos eventos meteorológicos extremos para a força de trabalho da saúde. Sua análise se concentra nos países da OCDE, mas as conclusões têm implicações globais. Além de que suas conclusões e recomendações podem ser estendidas ao setor de cuidados.

As pessoas cuidadoras se veem diretamente afetadas — assim como os usuários de residências de longa permanência ou de lares particulares — pela infraestrutura física (edifícios, instalações, serviços básicos e redes de transporte) que não resiste adequadamente a eventos naturais adversos. A infraestrutura determina diretamente como e onde os profissionais de saúde prestam cuidados, o que influencia sua eficiência e mobilidade. Por exemplo, materiais de construção que não garantem conforto térmico em episódios de temperaturas extremas constituem um risco ocupacional, pois geram estresse, fadiga e mal-estar físico e mental, limitando a eficiência e a capacidade de resposta a emergências. Por sua vez, o acesso restrito aos locais de trabalho ou a falta de produtos e tecnologias essenciais durante ou após desastres podem impedir a prestação eficaz de serviços, tanto em ambientes institucionais como domiciliares. A adaptação implica adotar medidas para tornar as estruturas resilientes a qualquer tipo de desastre.

**TABELA 7.2 IMPACTOS DE EVENTOS EXTREMOS NA FORÇA DE TRABALHO DE CUIDADOS, DE ACORDO COM O TIPO DE INFRAESTRUTURA**

TIPO DE INFRAESTRUTURA	PAPEL/IMPLICAÇÕES PARA AS E OS TRABALHADORES	IMPACTOS DOS EVENTOS ADVERSOS
Infraestrutura física: edifícios, serviços públicos e redes de transporte.	Determina onde e como os trabalhadores operam.	Piores condições de trabalho e maior risco ocupacional se os edifícios não forem adequadamente construídos para resistir a eventos adversos.
Infraestrutura institucional: políticas, recursos humanos e práticas profissionais.	As políticas influenciam a regulamentação, o recrutamento e os padrões profissionais de prestação de serviços.	Planejamento insuficiente que limita a capacidade de prevenir e responder a desastres; capacitação inadequada para a gestão do risco de desastres; aumento da carga de trabalho.
Infraestrutura social: grupos e redes sociais e comunitárias.	Colaboração com organizações comunitárias, pessoas cuidadoras informais e serviços domiciliares.	Interrupção dos serviços de cuidados; aumento da carga de trabalho.

Fonte: Adaptado de Curtis et al. (2017) e Tsakonas et al. (2024).

## 7.5.2 Lições e ações implementadas após os choques

Os países, em geral, elaboram e implementam medidas para mitigar e se adaptar a choques externos e emergências de forma reativa, ou seja, após a ocorrência dos mesmos. Foi o que aconteceu na França após a onda de calor de 2003, na qual morreram mais de 13.000 idosos.

O relatório da comissão investigadora da Assembleia Nacional francesa enfatizou a prevenção proativa, os sistemas de alerta precoce e as respostas institucionais coordenadas. Após a onda de calor, o Ministério da Saúde emitiu um decreto que especifica um plano de resposta organizacional para estabelecimentos sociais e de cuidados prolongados em caso de crise sanitária ou climática. O país também elaborou diretrizes nacionais para criar o Plan Bleu, que são planos integrais de gestão de riscos que prepara os centros para uma ampla gama de crises ou situações excepcionais de saúde pública. Os planos indicam designar um coordenador de resposta a crises, estabelecer acordos formais com instituições de saúde próximas e detalham boas práticas preventivas e protocolos sobre como o estabelecimento deve agir durante as fases de alerta e emergência.

De igual forma, o Ministério de Cuidados de Longo Prazo de Ontário publicou o Manual de Preparação para Emergências em Cuidados de Longo Prazo<sup>121</sup> para ajudar as instituições de cuidados a desenvolver planos eficazes de emergência e evacuação, garantir a conformidade regulamentar, melhorar a qualidade através da partilha de boas práticas e ligar as instituições a recursos externos. Na Suécia, o Governo produziu materiais para sensibilizar gestores e super-

121. Long-Term Care Emergency Preparedness Manual.



visores dos setores da saúde e assistência social, com orientações sobre como se preparar para ondas de calor e eventos climáticos extremos, incluindo ferramentas e práticas disponíveis. O planejamento é essencial, mas deve ser complementado com formação e desenvolvimento de capacidades para fortalecer a habilidade da equipe de antecipar, planejar e responder de maneira eficaz às crises.

Uma forma eficaz de preparar a força de trabalho para enfrentar choques é incorporar medidas de resiliência e adaptação nos perfis ocupacionais e nos planos de estudo, tanto da formação inicial como da formação contínua. A pandemia da COVID-19 revelou grandes desafios na gestão de crises dos serviços de cuidados na Europa, em grande parte devido à insuficiência de pessoal para atuar e ao fato de muitas pessoas que prestam cuidados serem pouco preparadas e terem contratos precários (Ortega, Sancho e Stampini, 2021). Para responder eficazmente a crises futuras, as iniciativas de capacitação devem ser complementadas com esforços para melhorar as condições de trabalho das pessoas cuidadoras. Aumentar a satisfação no trabalho, reduzir a rotatividade e priorizar o bem-estar físico e mental do pessoal se traduz em uma força de trabalho mais capaz de implementar eficazmente estratégias de adaptação e gestão de risco.

### **7.5.3 Adaptar competências e habilidades para enfrentar eventos extremos e emergências**

A força de trabalho na área de cuidados de longa duração deve adequar suas competências para responder aos desafios causados por eventos meteorológicos extremos, crises sanitárias ou desastres naturais. Assim, o foco deve estar na preparação para desastres, redução e prevenção de riscos, socorro e resposta, reconstrução e recuperação. As iniciativas de adaptação devem desenvolver capacidades para diminuir os efeitos adversos das ameaças e minimizar o risco de desastres (UNDRR, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (2023) propõe uma série de medidas para construir uma força de trabalho mais resiliente na área da saúde. Este marco operacional, que aqui se estende aos sistemas de cuidados, coloca em primeiro lugar o reforço da capacidade organizacional. Isso implica: (i) elaborar planos de contingência que prevejam o envio de pessoal suficiente durante choques agudos; (ii) garantir a participação das e dos trabalhadores na tomada de decisões, no planejamento e na gestão de eventos meteorológicos extremos; e (iii) desenvolver capacidades incorporando as mudanças climáticas e a saúde em programas de formação que abordem as lacunas existentes.



Introduzir uma liderança transformadora é um primeiro passo para reforçar a capacidade da força de trabalho neste âmbito. Essa liderança requer competências relacionadas à criação de espaços para a mudança da cultura organizacional, prestação de contas na tomada de decisões em tempo real, navegação de risco, planejamento ágil, comunicação e colaboração (Tsakonas et al., 2024). Essas competências são especialmente importantes para quem ocupa funções de gestão e governança que contribui para a implementação estratégica e transversal de políticas de adaptação e gestão de desastres. Para as e os demais trabalhadores, também cumprem um papel fundamental porque sensibilizam as pessoas sob seus cuidados e o público em geral sobre como se preparar e responder de forma eficaz ante desastres.

Uma segunda camada, relacionada com a capacidade técnica e profissional das e dos trabalhadores, inclui formação em competências básicas sobre eventos meteorológicos extremos e preparação para catástrofes. Jagals e Ebi (2021) identificam quatro domínios para tais competências. No caso das e dos prestadores de cuidados, isto implica a capacidade de:

- a. Compreender os eventos meteorológicos extremos, seus fatores determinantes e possíveis impactos, o que implica usar e interpretar informações climáticas para agir de forma preventiva diante de desastres.
- b. Realizar avaliações para identificar as consequências desses eventos para pessoas idosas. Isso significa incorporar fatores meteorológicos que podem agravar a dependência de cuidados nas avaliações das pessoas.
- c. Compreender e implementar ações de adaptação, resiliência e gestão de riscos para apoiar os idosos; por exemplo, garantir a hidratação durante ondas de calor.
- d. Trabalhar dentro de uma rede coordenada e estruturada, em colaboração com terceiros, para sensibilizar a comunidade e apoiar as cuidadoras familiares.

Ainda existe uma lacuna importante de informações e propostas concretas sobre como adaptar os sistemas de cuidados e sua força de trabalho aos impactos de choques externos e desastres. As recomendações desta seção provêm de análises centradas principalmente em trabalhadores e sistemas de saúde. É fundamental ajustar essas propostas às características específicas dos sistemas de cuidados e de quem presta cuidados.

O **Gráfico 7.1**  resume as principais recomendações para apoiar e reconhecer as cuidadoras de idosos na América Latina e no Caribe.

**GRÁFICO 7.1 RECOMENDAÇÕES PRINCIPAIS PARA APOIAR E RECONHECER AS CUIDADORAS DE IDOSOS NA AMÉRICA LATINA E NO CARIBE****1****Melhorar a qualidade dos empregos em cuidados de longa duração**

- Investir na profissionalização dos empregos na área de cuidados para elevar a qualidade do serviço.
- Ampliar e fortalecer a cobertura da previdência social das pessoas cuidadoras.
- Impulsionar iniciativas do setor privado (como plataformas e cooperativas) que melhorem a qualidade do emprego e o desenvolvimento profissional das cuidadoras.
- Implementar políticas complementares (incentivos fiscais, fiscalização e regulamentação do trabalho autônomo) para melhorar as condições de trabalho e a formalização.

**2****Formar cuidadoras remuneradas e familiares com um enfoque centrado na pessoa**

- Incorporar o enfoque centrado na pessoa em estruturas e planos de estudo.
- Criar formações que atendam às necessidades tanto das pessoas cuidadoras quanto das cuidadas.
- Atualizar conteúdos e modalidades de formação à medida que as necessidades de cuidados evoluem.
- Padronizar os requisitos de formação e ampliar a oferta e o alcance dos programas.
- Aumentar a participação reduzindo barreiras e oferecendo opções flexíveis.

**3****Apoiar as cuidadoras familiares para prevenir efeitos negativos dos cuidados**

- Fornecer informações acessíveis, apoio psicológico e avaliações estruturadas das necessidades da pessoa cuidadora.
- Oferecer opções de descanso para aliviar a carga e prevenir o esgotamento.
- Garantir o acesso a licenças para cuidados e acordos de trabalho flexíveis para cuidadoras empregadas.
- Conceder transferências monetárias e créditos fiscais/previdenciários que atenuem os custos dos cuidados.

**4****Promover a participação dos homens nos cuidados familiares e remunerados**

- Adotar políticas que transformem as normas tradicionais de gênero sobre os papéis de cuidado.
- Implementar medidas específicas para aumentar a entrada e a permanência dos homens em ocupações relacionadas com os cuidados.

**5****Construir uma força de trabalho de cuidados de longa duração mais resiliente**

- Avaliar e abordar os impactos de eventos extremos nas pessoas idosas e nos sistemas de cuidados.
- Aplicar as lições aprendidas e institucionalizar as ações de resposta após os choques (shocks).
- Adaptar as habilidades e competências da força de trabalho diante de eventos adversos extremos e emergências.



## QUEM CUIDA?

→ Como apoiar e reconhecer quem cuida de pessoas idosas na América Latina e no Caribe

A photograph of an elderly woman with short, wavy grey hair and glasses. She is smiling and looking towards the left. She is wearing a red and white striped sweater. Her right hand is raised, touching a bright yellow ball. In the foreground on the right, the back of a person's head and shoulder in a dark suit is visible. The background is a blurred indoor setting, possibly a community center or gym, with wooden paneling and exercise equipment.

# Referências





- Akosa Antwi, Y. e J. R. Bowblis. 2016. "The impact of nurse turnover on quality of care and mortality in nursing homes: evidence from the Great Recession". Upjohn Institute. Documento de Trabalho. 16-249. Kalamazoo, MI: W.E. Upjohn Institute for Employment Research. <https://doi.org/10.17848/wp16-249>.
- Aksoydan, E., A. Aytar, A. Blaževičienė, R. L. van Bruchem-Visser, A. Vaskelytė, F. Mattace Raso, S. Acar, A. Altıntaş, E. Akgün Çitak, S. Attepe Özden, Ç. Başkıcı, S. Kav e G. Kızıltan. 2019. "Is training for informal caregivers and their older persons helpful? A systematic review". *Archives of Gerontology and Geriatrics* 83 (julho–agosto): 66–74. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.02.006>.
- Alaimo, V., V. Alarcón, J. P. Hernández Ramírez, D. S. Kaplan, R. Novella e M. N. Chaves. 2022. "El futuro del trabajo en América Latina y el Caribe: la flexibilidad, ¿llegó para quedarse?". Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <https://doi.org/10.18235/0004504>.
- Aldaz Arroyo, E., E. Berrios Prieto, L. Fernández Cordero, M. Leiva Marín, L. C. López Franco, A. López Gómez, F. Benedetti e P. Díaz-Veiga. 2023. "Hacia la profesionalización de las personas cuidadoras: formación y competencias necesarias para el cuidado de largo plazo". Nota técnica BID IDB-TN-02717. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <https://doi.org/10.18235/0005055>.
- Alonso, C., M. Brussevich, M. E. Dabla-Norris, Y. Kinoshita e M. K. Kochhar. 2019. "Reducing and redistributing unpaid work: stronger policies to support gender equality". Washington, DC: Fundo Monetário Internacional. <https://doi.org/10.5089/9781513514536.001>.
- Amarante, V. e C. Rossel. 2018. "Unfolding patterns of unpaid household work in Latin America". *Feminist Economics* 24 (1): 1–34. <https://doi.org/10.1080/13545701.2017.1344776>.
- Anand, P., L. Dague e K. Wagner. 2022. "The role of paid family leave in labor supply responses to a spouse's disability or health shock". *Journal of Health Economics* 83: 102621. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2022.102621>.
- Aranco, N., M. Stampini, P. Ibararán e M. Medellín. 2018. "Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe". Nota de política do BID IDB-PB-273. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <https://doi.org/10.18235/0000984>.
- Aranco, N. e R. Sorio. 2019. "Envejecimiento y atención a la dependencia en Uruguay". Nota técnica BID IDB-TN-1615. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <https://doi.org/10.18235/0001821>.
- Aranco, N. e P. Ibararán. 2020. "Servicios de apoyo personal para personas con dependencia funcional: antecedentes, características y resultados". Nota técnica BID IDB-TN-1884. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <https://doi.org/10.18235/0002310>.



- Aranco, N., M. Bosch, M. Stampini, O. Azuara Herrera, L. Goyeneche, P. Ibararán, D. Oliveira, M. Reyes Retana Torre, W. D. Savedoff e E. Torres Ramirez. 2022. "Envejecer en América Latina y el Caribe: protección social y calidad de vida de las personas mayores". Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <https://doi.org/10.18235/0004287>.
- Aranco, N., P. Ibararán e M. Stampini. 2022. "Prevalencia de la dependencia funcional entre las personas mayores en 26 países de América Latina y el Caribe". Nota técnica BID IDB-TN-2470. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <https://doi.org/10.18235/0004250>.
- Aranco, N., S. Bauhoff, N. V. Schwarz e M. Stampini. 2024. "¿Están las hospitalizaciones prolongadas sustituyendo la atención primaria y de largo plazo?: evidencia de Brasil y México". Documento de trabalho do BID IDB-WP-1632. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <https://doi.org/10.18235/0013126>.
- Araujo, M. C., E. Bastias-Butler, S. Bauhoff, S. Berlinski, M. Bosch, M. Busso, J. P. Cristia, Y. Cruz Aguayo, S. Duryea, L. Etcheverry, L. Flabbi, V. Frisancho, M. P. Gerardo, A. Gómez Vidal, M. Guizzo Altube, E. Iriarte, D. S. Kaplan, S. Naranjo Bautista, E. Näslund Hadley, S. M. Perez Vincent, M. Reyes Retana Torre, D. Ríos-Zertuche, A. M. Rivera Bianchi, C. Scartascini, M. Stampini, D. A. Vera Cossio, P. Yáñez Pagans e P. Zúñiga Brenes. 2024. "Ampliar las oportunidades: políticas de igualdad de género e inclusión". Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <https://doi.org/10.18235/0013261>.
- Arksey, H. e C. Glendinning. 2007. "Combining work and care: carers' decision-making in the context of competing policy pressures". *Social Policy & Administration* 42 (1): 1-18. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2007.00587.x>.
- Asamblea Legislativa de Tobago. 2024. "Your path to better caregiving". Tobago House of Assembly. <https://health.tha.gov.tt/dhwsp-to-upskill-caregivers-in-tobago/>.
- Azuara Herrera, O., L. Carmona, M. Mondragón e F. Vivanco. 2023. "Mejorar las vidas de los trabajadores independientes: el camino hacia su aseguramiento efectivo". Nota técnica BID IDB-TN-02744. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <https://doi.org/10.18235/0005030>.
- Balsa, A., C. Irazoqui, M. Papadopolus, S. Salvador, P. Villalobos e D. Zak. 2025. "Sistema de Cuidados: diagnóstico, desafíos, recomendaciones y análisis de sostenibilidad financiera". Sistema de Cuidados, República Oriental do Uruguai. <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/comunicacion/publicaciones/sistema-cuidados-diagnostico-desafios-recomendaciones-analisis>.



- Banco de Previsión Social. 2024. “Trabajo doméstico remunerado en Uruguay: avances y brechas en el acceso a la seguridad social”. Comentarios de Seguridad Social 114. <https://www.bps.gub.uy/bps/file/21945/1/114.-trabajo-domestico-remunerado-en-uruguay.-avances-y-brechas-en-el-acceso-a-la-seguridad-social.-actualizacion.pdf>.
- Benedetti, F., J. Acuña e B. Fabiani. 2022. “Teleasistencia: innovaciones tecnológicas para el cuidado de personas a distancia”. Nota técnica BID IDB-TN-02475. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0004383>.
- Benedetti, F., M. Sancho e M. Hernández. 2024. “Why and how to develop day centers: putting the well-being of older people and caregivers first”. Nota técnica BID IDB-TN-2924. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <https://doi.org/10.18235/0012960>.
- Bermejo, L. 2021. “Marco teórico de referencia para residencias de personas mayores en situación de dependencia”. EUROsocial. [https://eurosocial.eu/wp-content/uploads/2022/01/Herramienta\\_88-residencias-de-personas-mayores-en-situacion-de-dependencia.pdf](https://eurosocial.eu/wp-content/uploads/2022/01/Herramienta_88-residencias-de-personas-mayores-en-situacion-de-dependencia.pdf).
- Blas, E. e A. S. Kurup, eds. 2010. “Equity, social determinants and public health programmes”. Ginebra: Organização Mundial da Saúde. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563970>.
- Bom, J., P. Bakx, F. Schut e E. van Doorslaer. 2019. “Health effects of caring for and about parents and spouses”. The Journal of the Economics of Ageing 14: 100196. <https://doi.org/10.1016/j.jeoa.2019.100196>.
- Brenna, E. e C. Di Novi. 2016. “Is caring for older parents detrimental to women’s mental health? The role of the European North–South gradient”. Review of Economics of the Household 14: 745–78. <https://doi.org/10.1007/s11150-015-9296-7>.
- Brimblecombe, N. e J. Cartagena Farias. 2022. “Inequalities in unpaid carer’s health, employment status and social isolation”. Health & Social Care in the Community 30 (6): 6564–76. <https://doi.org/10.1111/hsc.14104>.
- Brimblecombe, N., J. Fernandez, M. Knapp, A. Rehill e R. Wittenberg. 2018. “Review of the international evidence on support for unpaid carers”. Journal of Long-Term Care: 25–40. <https://doi.org/10.31389/jltc.3>.
- Brito, E. e D. Contreras. 2024. “The caregiving penalty: Caring for sick parents and the gender pay gap”. Providence, RI: Brown University. [https://ebritore.github.io/jmp/JMP\\_emilia\\_brito.pdf](https://ebritore.github.io/jmp/JMP_emilia_brito.pdf).
- Brito, V. C. A., R. Bello Corassa, S. R. Stopa, L. M. V. Sardinha, C. M. Dahl e M. C. Viana. 2022. “Prevalence of self-reported depression in Brazil: National Health Survey 2019 and 2013”. Epidemiologia e Serviços de Saúde 31 (spe1). <https://doi.org/10.1590/SS2237-9622202200006.especial>.
- Burke, R. J. e L. M. Calvano, eds. 2017. “The sandwich generation: Caring for oneself and others at home and at work”. Cheltenham, Reino Unido: Edward Elgar Publishing.



- Bustelo, M., A. Suaya, M. Viollaz e K. Martinez. 2024. "Incorporación de los hombres en las tareas de cuidado: derribando barreras y replanteando roles en América Latina y el Caribe". Nota de política do BID IDB-PB-397. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <https://doi.org/10.18235/0005665>.
- Cafagna, G., N. Aranco, P. Ibararán, M. Oliveri, N. Medellín e M. Stampini. 2019. "Envejecer con cuidado: atención a la dependencia en América Latina y el Caribe". Washington, DC: Banco Interamericano do Desenvolvimento. <https://doi.org/10.18235/0001972>.
- CEPAL (Comissão Econômica para la América Latina e o Caribe) e OIT (Organização Internacional do Trabalho). 2021. "Decent work for platform workers in Latin America". Employment Situation in Latin America and the Caribbean 24. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/5484c1bf-c259-4a9a-aa98-22db13d52a8b/content>.
- Cès, S., V. Hlebec e S. Yghemonos. 2019. "Valuing informal care in Europe: analytical review of existing valuation methods". Bruxelas: Eurocarers. [https://eurocarers.org/wp-content/uploads/2024/10/Value-of-care\\_web.pdf](https://eurocarers.org/wp-content/uploads/2024/10/Value-of-care_web.pdf).
- Charmes, J. 2019. "The unpaid care work and the labour market: an analysis of time use data based on the latest world compilation of time-use surveys". Ginebra: Organização Internacional do Trabalho. <https://www.ilo.org/publications/unpaid-care-work-and-labour-market-analysis-time-use-data-based-latest>.
- Charveriat, C., E. Bodin, B. Cartier e G. Haq. 2023. "Climate justice in an ageing world: discussion paper". Londres: HelpAge International. <https://www.helpage.org/wp-content/uploads/2023/11/Climate-justice-in-an-ageing-world.pdf>.
- Chen, X., G. Mao e S. Leng. 2014. "Frailty syndrome: an overview". Clinical Interventions in Aging 9: 433–441. <https://doi.org/10.2147/CIA.S45300>.
- ChileAtiende. 2024. "Programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa". ChileAtiende. <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/7792-programa-de-atencion-domiciliaria-para-personas-con-dependencia-severa>.
- CIHI (Canadian Institute for Health Information). 2021. Using the interRAI HC Caregiver Risk Evaluation (CaRE) algorithm as a decision-support tool. Ottawa: Canadian Institute for Health Information. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/interrai-hc-care-job-aid-en.pdf>.
- Coe, N. B. y C. H. Van Houtven. 2009. "Caring for mom and neglecting yourself? The health effects of caring for an elderly parent". Health Economics 18 (9): 991–1012. <https://doi.org/10.1002/hec.1512>.
- Coile, C., M. Rossin Slater e A. Su. 2022. "The impact of paid family leave on families with health shocks". Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w30739>.



- Coman, R., C. Caponecchia e A. McIntosh. 2018. "Manual handling in aged care: impact of environment-related interventions on mobility". *Safety and Health at Work* 9 (4): 372–380. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2018.02.003>.
- Comisión de Mujer y Familia. 2024a. "Acta de la décima primera sesión extraordinaria de la Comisión de Mujer y Familia". Gobierno de Perú. <https://wb2server.congreso.gob.pe/spley-portal-service/archivo/MTgyMTU2/pdf>.
- . 2024b. "Dictamen recaído en los Proyectos de Ley 4705/2022-CR y 5308/2022-CR". Gobierno del Perú. <https://wb2server.congreso.gob.pe/service-alfresco/alfresko/detalle/preview/file?idDocument=e15567c6-a446-45ea-a2a9-da4232013ca0&key=47j6sp1KH2eIP2IphiOp78e>.
- Comissão Europeia. 2018. "Peer review on Germany's latest reforms of the long-term care system, January 11–12, 2018". Bruxelas: Comissão Europeia. <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1024&langId=en&newsId=9008&furtherNews=yes>.
- Comissão Europeia/ Direção-Geral de Assuntos Económicos e Financeiros e CPE (Comitê de Política Económica). 2016. "Joint report on health care and long-term care systems & fiscal sustainability". Paper Institucional 37, vol. 2. Bruxelas: Comissão Europeia. <https://doi.org/10.2765/776073>.
- CONAPAM (Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor). 2023. "Modalidades de atención". Presidencia de la República, Gobierno de Costa Rica. <https://conapam.go.cr/modalidades-de-atencion/>.
- Congreso de la República del Perú. 2022. "Ley n.º 31572: teletrabajo". <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3618445/Ley%2031572.pdf.pdf?v=1662944800>.
- . 2024. "Dictamen recaído en los Proyectos de Ley 4705/2022-CR y 5308/2022-CR". <https://wb2server.congreso.gob.pe/service-alfresco/alfresko/detalle/preview/file?idDocument=e-15567c6-a446-45ea-a2a9-da4232013ca0&key=47j6sp1KH2eIP2IphiOp78e>.
- Congreso Nacional de Chile. 2024. "Minuta Programa Hospital Digital". [https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/35893/1/BCN%20Minuta%20Hospital\\_Digital%20Final.pdf](https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/35893/1/BCN%20Minuta%20Hospital_Digital%20Final.pdf).
- CONOCER (Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales). 2024. "Presentación de estándar de competencia EC1519.01 Prestación de cuidados centrados en la persona mayor con dependencia funcional". Secretaría de Educación Pública, Gobierno de México. <https://conocer.gob.mx/blog/prensa/presentacion-de-estandar-de-competencia-ec1519-01-prestacion-de-cuidados-centrados-en-la-persona-mayor-con-dependencia-funcional/>.



- Consejo Europeo. 2022. “Recomendación del Consejo de 16 de junio de 2022 relativa a un enfoque europeo de las microcredenciales para el aprendizaje permanente y la empleabilidad (2022/C 243/02)”. Diario Oficial de la Unión Europea C 243: 10–25. [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32022H0627\(02\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32022H0627(02)).
- Consejo Municipal de Cochabamba. 2016. “Ley Municipal 0090 “Economía del cuidado solidario””. [https://americalatinagenera.org/wp-content/uploads/2016/08/Ley\\_Municipal.pdf](https://americalatinagenera.org/wp-content/uploads/2016/08/Ley_Municipal.pdf).
- . 2019. “Ley Municipal 0380 de corresponsabilidad en el trabajo del cuidado no remunerado para la igualdad de oportunidades”. [https://oig.cepal.org/sites/default/files/2019\\_ley380cochabamba\\_bol.pdf](https://oig.cepal.org/sites/default/files/2019_ley380cochabamba_bol.pdf).
- Costa-Font, J., C. Courbage e K. Swartz. 2015. “Financing long-term care: ex ante, ex post or both?”. *Health Economics* 24 (S1): 45–57. <https://doi.org/10.1002/hec.3152>.
- Curtis, S., A. Fair, J. Wistow, D. V. Val e K. Oven. 2017. “Impact of extreme weather events and climate change for health and social care systems”. *Environmental Health* 16 (Suppl 1): 128. <https://doi.org/10.1186/s12940-017-0324-3>.
- Daray, F. M., A. L. Rubinstein, L. Gutierrez, F. Lanas, N. Mores, M. Calandrelli, R. Poggio, J. Ponzo e V. E. Irazola. 2017. “Determinants and geographical variation in the distribution of depression in the Southern Cone of Latin America: a population-based survey in four cities in Argentina, Chile and Uruguay”. *Journal of Affective Disorders* 220: 15–23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.031>.
- De Anca, C., N. M. Campos, C. Galdón e E. Gutiérrez. 2025. “Plan para la construcción de un ecosistema emprendedor para los cuidados de largo plazo en América Latina y el Caribe”. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0013369>.
- De Brouwer, O. e I. Tojerow. 2023. “The growth of disability insurance in Belgium: determinants and policy implications”. IZA Discussion Paper 16376. Bonn: Institute of Labor Economics. <https://ssrn.com/abstract=4541358>.
- DESA (Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas). 2024. “World population prospects 2024”. <https://population.un.org/wpp/>.
- Dirección de Desarrollo Social. 2023. “Informe de la evaluación interna 2024 del Programa Social “Apoyo económico para personas guardianes del hogar que cuidan familiares directos con enfermedades cognitivas, oncológicas o discapacidad”. Alcaldía Cuauhtémoc. <https://transparencia.alcaldiacuauhtemoc.mx:81/media/07-01-2024/3051/Evaluacion-Guardianes.pdf>.
- DOMINA (National Observatory on Domestic Work). 2024. “Sixth annual report”. Roma: DOMINA. [https://www.osservatoriolavorodomestico.it/documenti/summary\\_annual\\_report\\_2024.pdf](https://www.osservatoriolavorodomestico.it/documenti/summary_annual_report_2024.pdf).



- Doty, P. 2023. “Presupuesto con consejos: cuidados a largo plazo autogestionados en el domicilio y en la comunidad”. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <https://doi.org/10.18235/0004857>.
- Doyle, K. e J. Kato-Wallace. 2021. “Program H: a review of the evidence—nearly two decades of engaging young men and boys in gender equality”. Washington, DC: Equimundo. <https://www.equimundo.org/wp-content/uploads/2021/11/Program-H-Eva.-Report-2.-September-2021.pdf>.
- Dunlop, D., S. Hughes e L. Manheim. 1997. “Disability in activities of daily living: patterns of change and a hierarchy of disability”. American Journal of Public Health 87 (3): 378–383. <https://doi.org/10.2105/ajph.87.3.378>.
- Engel, B., J. Peeters, T. Rohrmann e K. Emilsen. 2025. “Men and gender equality: tackling gender-segregated family roles and social care jobs”. Bruxelas: Comissão Europeia, Direção-Geral da Justiça.
- EsSalud (Seguro Social de Salud). 2015. “Manual del cuidador en el domicilio”. [https://www.essalud.gob.pe/cruzada-por-la-humanizacion/pdf/manual\\_del\\_cuidador\\_en\\_el\\_domicilio.pdf](https://www.essalud.gob.pe/cruzada-por-la-humanizacion/pdf/manual_del_cuidador_en_el_domicilio.pdf).
- Etti, N., M. Weigl e N. Gambashidze. 2025. “Psychological safety, job satisfaction, and the intention to leave among German early career physicians”. International Journal for Quality in Health Care 37 (1). <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaf002>.
- Eurocarers. 2024. “Integrating artificial intelligence within informal care and long-term care”. [https://eurocarers.org/wp-content/uploads/2024/07/Eurocarers-AI\\_pp.pdf](https://eurocarers.org/wp-content/uploads/2024/07/Eurocarers-AI_pp.pdf).
- Evanoff, B., L. Wolf, E. Aton, J. Canos e J. Collins. 2003. “Reduction in injury rates in nursing personnel through introduction of mechanical lifts in the workplace”. American Journal of Industrial Medicine 44 (5): 451–457. <https://doi.org/10.1002/ajim.10294>.
- Fabiani, B. 2023. “Cuidando a los cuidadores: el panorama del trabajo de cuidados remunerados en América Latina y el Caribe”. Nota técnica BID IDB-TN-02783. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <https://doi.org/10.18235/0005147>.
- Fabiani, B., M. Stampini, N. Aranco, F. Benedetti e P. Ibararán. 2024. “Cuidadoras de personas mayores: sobrecargadas y mal pagadas: evidencia de una encuesta del Banco Interamericano de Desenvolvimento en América Latina y el Caribe. Versão 1: junho 2024”. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <https://doi.org/10.18235/0013053>.
- Fabiani, B., J. Costa-Font, N. Aranco, M. Stampini e P. Ibararán. 2025. “Funding options for long-term care services in Latin America and the Caribbean”. The Journal of the Economics of Ageing 30: 100550. <https://doi.org/10.1016/j.jeoa.2025.100550>.



- Ferrant, G. e A. Thim. 2019. "Measuring women's economic empowerment: time use data and gender inequality". OECD Documentos sobre políticas de desenvolvimento 16. Paris: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico.
- Folbre, N. e J. Yoon. 2008. "Economic development and time devoted to direct unpaid care activities". Ginebra: Instituto de Pesquisa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Social. <https://www.unrisd.org/es/library/publications/economic-development-and-time-devoted-to-direct-unpaid-care-activities-an-analysis-of-the-harmonized>.
- Fujisawa, R. e F. Colombo. 2009. "The long-term care workforce: overview and strategies to adapt supply to a growing demand". OECD Health Working Papers 44. Paris: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. <https://doi.org/10.1787/225350638472>.
- Galiana, J. e W. A. Haseltine. 2019. "Person-centered long-term care". Em: Aging well, editado por J. Galiana e W. A. Haseltine. Cingapura: Palgrave Macmillan. [https://doi.org/10.1007/978-981-13-2164-1\\_4](https://doi.org/10.1007/978-981-13-2164-1_4).
- Galvis, Y. 2023. "Medellín capacitó a 302 ciudadanos con el diplomado de formación de cuidadores y cuidadoras de personas mayores". Alcaldía de Medellín.
- Giacomin, K. C., Y. A. O. Duarte, A. A. Camarano, D. P. Nunes e D. Fernandes. 2019. "Cuidado e limitações funcionais em atividades cotidianas" – ELSI-Brasil. Revista de Saúde Pública 52 (Suppl 2), 9s. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000650>.
- Giurge, L. M., A. V. Whillans e C. West. 2020. "Why time poverty matters for individuals, organisations and nations". Nature Human Behaviour 4: 993–1003. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0920-z>.
- Global Deal. 2023. "Unlocking the potential of social dialogue for long-term care".
- Government of Canada. 2025. "El caregiving benefits". <https://www.canada.ca/en/services/benefits/ei/caregiving/benefits-amounts.html>.
- Government of the United Kingdom. 2016. "Carers (Scotland) Act 2016". [www.legislation.gov.uk/asp/2016/9/contents](http://www.legislation.gov.uk/asp/2016/9/contents).
- Gobierno de Chile/Dirección Sociocultural. 2016. "Programa Chile Cuida". [www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=42768&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION](http://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=42768&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION).
- Gobierno de Colombia. s. f. "Colombia Mayor".
- Gobierno de México. 2017. "Cursos para cuidadores de adultos mayores, impartidos por el INAPAM". <https://www.gob.mx/inapam/articulos/cursos-para-cuidadores-de-adultos-mayores-impartidos-por-el-inapam?idiom=es>.



- . 2024. “Ley de los derechos de las personas adultas mayores”. Diario Oficial de la Federación. Gobierno de México. [www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LDPAM.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LDPAM.pdf).
- Gobierno del Estado de Jalisco. 2024. “Núm. 29518/LXIII/24: Ley del Sistema Integral de Cuidados para el Estado de Jalisco”. [https://congresoweb.congresoajal.gob.mx/bibliotecavirtual/legislacion/Leyes/Documentos\\_PDF-Leyes/Ley%20del%20Sistema%20Integral%20de%20Cuidados%20para%20el%20Estado%20de%20Jalisco-190424.pdf](https://congresoweb.congresoajal.gob.mx/bibliotecavirtual/legislacion/Leyes/Documentos_PDF-Leyes/Ley%20del%20Sistema%20Integral%20de%20Cuidados%20para%20el%20Estado%20de%20Jalisco-190424.pdf).
- Governo do Brasil. s. f. “Inscrever-se em cursos na Universidade Aberta do SUS”. Serviços e Informações do Brasil. [www.gov.br/pt-br/servicos/inscrever-se-na-universidade-aberta-do-sus](http://www.gov.br/pt-br/servicos/inscrever-se-na-universidade-aberta-do-sus).
- Gómez, A. 2023. “150 cuidadoras y cuidadores de personas mayores fueron certificados por la Alcaldía de Medellín”. Alcaldía de Medellín. <https://www.medellin.gov.co/es/sala-de-prensa/noticias/150-cuidadoras-y-cuidadores-de-personas-mayores-fueron-certificados-por-la-alcaldia-de-medellin/>.
- González-González, C. A., M. Stampini, G. Cafagna, M. C. Hernández Ruiz e P. Ibararán. 2019. “Simulaciones del costo de un sistema de apoyo para los adultos mayores en situación de dependencia en México”. Documento de trabalho do BID IDB-WP-1033. Washington, DC: Banco Interamericano do Desenvolvimento. <https://doi.org/10.18235/0002091>.
- Grantham, K., G. Dowie e A. Haan, eds. 2021. “Women’s economic empowerment: insights from Africa and South Asia”. Routledge.
- Gresham, M., M. Heffernan, H. Brodaty, I. Haapala, S. Biggs y S. Kurrle. 2018. “The Going to Stay at Home program: combining dementia caregiver training and residential respite care”. *International Psychogeriatrics* 30 (11): 1697–1706. <https://doi.org/10.1017/s1041610218000686>.
- Güezmes García, A. e M. N. Vaeza (coords.). 2023. “Advances in care policies in Latin America and the Caribbean: towards a care society with gender equality”. Project Documents (LC/TS.2022/175/Rev.1). Santiago: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe / Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres. [https://lac.unwomen.org/sites/default/files/2023-03/S2201159\\_en.pdf](https://lac.unwomen.org/sites/default/files/2023-03/S2201159_en.pdf).
- Hanna, T., C. Meisel, J. Moyer, G. Azcona, A. Bhatt e S. Duerto. 2023. “Forecasting time spent in unpaid care and domestic work”. Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres e Frederick S. Pardee Center for International Futures. <https://data.unwomen.org/publications/forecasting-time-spent-unpaid-care-and-domestic-work>.
- Hanson, E., L. Magnusson e J. Nolan. 2008. “Swedish experiences with the Carers’ Outcome Agreement Tool”. *Journal of Research in Nursing* 13 (5): 391–407. <https://doi.org/10.1177/1744987108095161>.



- HelpAge International. 2015. "Climate change in an ageing world". HelpAge International. <https://www.helpage.org/resource/climate-change-in-an-ageing-world/>.
- Hofmarcher, M., H. Oxley e E. Rusticelli. 2007. "Improved health system performance through better care coordination". OECD Health Working Papers 30. Paris: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. <https://doi.org/10.1787/246446201766>.
- Holder Nevins, D., K. James, J. McKoy Davis, D. Willie-Tyndale, C. Thompson e D. Eldemire Shearer. 2018. "Who cares? sociodemographic and health characteristics of carers of older persons in Jamaica". The West Indian Medical Journal 67 (5): 465–470. <https://www.mona.uwi.edu/fms/wimj/article/3835>.
- Husebø, B. S., C. Ballard, D. Aarsland, G. Selbæk, D. D. Slettebø, C. Gulla, I. Aasmul, T. Habiger, T. Elvegaard, I. Testad e E. Flo. 2019. "The effect of a multicomponent intervention on quality of life in residents of nursing homes: a randomized controlled trial (COSMOS)". Journal of the American Medical Directors Association 20 (3): 330–339. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.11.006>.
- Hussein, S., M. Ismail e J. Manthorpe. 2016. "Changes in turnover and vacancy rates of care workers in England from 2008 to 2010: panel analysis of national workforce data". Health & Social Care in the Community 24 (5): 547–556. <https://doi.org/10.1111/hsc.12214>.
- IMAS (Instituto Mixto de Ayuda Social). 2020a. "23.700 familias en vulnerabilidad reciben 100 mil colones para atender necesidades básicas". Gobierno de Costa Rica. <https://www.imas.go.cr/es/comunicado/23700-familias-en-vulnerabilidad-reciben-100-mil-colones-para-atender-necesidades>.
- . 2020b. "Catálogo de servicios dirigidos a personas con dependencia". Gobierno de Costa Rica. <https://www.imas.go.cr/sites/default/files/custom/Cat%C3%A1logo%20de%20servicios.pdf>.
- IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social). s. f. "Personas cuidadoras". Gobierno de México. <https://www.imss.gob.mx/personamayor/cuidados/personas-cuidadoras>.
- INAPAM (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores). 2021. "Informe de seguimiento y monitoreo de las políticas, programas o proyectos para la atención de las personas adultas mayores". <https://www.bienestar.gob.mx/pb/images/INAPAM/transparencia/PlanesProInf/InfSegPPP21.pdf>.
- INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos). 2024. "Encuesta Permanente de Hogares: principales indicadores".
- INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censo). 2019. "Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples".



- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). 2013. “Sistema de Cuentas Nacionales de México: cuentas satélites de trabajo no remunerado de los hogares; fuentes y metodologías”. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/702825216900.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825216900.pdf).
- . 2020. “Encuesta Nacional sobre el Uso del Tiempo (ENUT) 2019”. <https://www.inegi.org.mx/programas/enut/2019/#documentacion>.
- . 2024. “Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE)”.
- IPCC (Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático). 2023. “Health, wellbeing and the changing structure of communities”. En *Climate Change 2022: Impacts, adaptation and vulnerability—Working Group II contribution to the Sixth Assessment Report of the Inter-governmental Panel on Climate Change, 1041–1170*. Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781009325844.009>.
- IPPF (International Planned Parenthood Federation), WHR (Western Hemisphere Region) y Promundo. 2017. “State of the World’s Fathers: Latin America and the Caribbean”. IPPF/WHR e Promundo.
- ISDEMU (Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer). 2024. “Política nacional de corresponsabilidad de los cuidados”. <https://www.mujerestransformando.org/wp-content/uploads/2024/03/Politica-Nacional-de-Corresponsabilidad-de-los-Cuidados.pdf>.
- Jagals, P. e K. L. Ebi. 2021. “Core competencies for health workers to deal with climate and environmental change”. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18 (8): 3849. <https://doi.org/10.3390/ijerph18083849>.
- Jara Maleš, P. e A. Chaverri-Carvajal. 2020. “Servicios de apoyo al cuidado en domicilio: avances y desafíos para la atención de la dependencia en Costa Rica”. Nota técnica BID IDB-TN-2031. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0002767>.
- Jiménez, C., J. Requejo, M. Foces, M. Okumura, M. Stampini e A. Castillo. 2021. “Economía plateada: mapeo de actores y tendencias en América Latina y el Caribe”. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0003237>.
- Katz, S., A. B. Ford, R. W. Moskowitz, B. A. Jackson e M. W. Jaffe. 1963. “Studies of illness in the aged: the index of ADL—A standardized measure of biological and psychosocial function”. *JAMA* 185 (12): 914–919. <https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>.
- Kim, S. 2020. “Effects of paid leave policies on working caregivers’ labor supply”. *Innovation in Aging* 4 (Suppl\_1): 30–31. <https://doi.org/10.1093/geroni/igaa057.099>.



- Larkin, M., M. Henwood e A. Milne. 2019. "Carer-related research and knowledge: findings from a scoping review". *Health & Social Care in the Community* 27 (1): 55–67. <https://doi.org/10.1111/hsc.12586>.
- Lee, C. Y., C. Beanland, D. Goeman, A. Johnson, J. Thorn, S. Koch e R. A. Elliott. 2015. "Evaluation of a support worker role, within a nurse delegation and supervision model, for provision of medicines support for older people living at home: the Workforce Innovation for Safe and Effective (WISE) Medicines Care study". *BMC Health Services Research* 15: 460. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1120-9>.
- Lightman, N. e C. Link. 2021. "Gender, class and the cost of unpaid care: an analysis of 25 countries". *Journal of Comparative Family Studies* 52 (2): 206–244. <https://doi.org/10.3138/jcfs-52-2-004>.
- Litjens, I. e M. Taguma. 2017. "Early childhood education and care staff recruitment and retention: a review for Kazakhstan". Paris: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. <https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/about/programmes/edu/ecec/migrate/KAZ-ECEC.pdf>.
- Llena-Nozal, A., E. Rocard e P. Sillitti. 2022. "Providing long-term care: options for a better workforce". *International Social Security Review* 75 (3–4). <https://doi.org/10.1111/issr.12310>.
- Lloyd-Sherlock, P., K. Giacomini, P. Carvalho e L. Sempé. 2024. "Programa Maior Cuidado: una intervención integrada de base comunitaria para adultos mayores". Nota técnica BID IDB-TN-2889. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <https://doi.org/10.18235/0005535>.
- Lloyd-Sherlock, P., R. Amaral, P. Carvalho, W. Bomfim, J. Barbosa e K. Giacomini. 2025. "The effects of Programa Maior Cuidado on the health of family caregivers: preliminary findings". Brazilian Care Association. <https://cuidadosa.org/wp-content/uploads/2025/05/The-effects-of-Programa-Maior-Cuidado-on-the-health-of-family-caregivers.-Preliminary-findings.pdf>.
- López Gómez, A. D. 2021. "Desarrollo de las habilidades de cuidado para la prevención del estrés laboral crónico en personas cuidadoras formales de personas adultas mayores institucionalizadas en establecimientos de larga estancia de Montevideo, Uruguay". *Anais em Gerontologia* 13 (1): 145–171. <https://archivo.revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/46180>.
- López-Ortega, M. e N. Aranco. 2019. "Envejecimiento y atención a la dependencia en México". Nota técnica BID IDB-TN-1614. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <https://doi.org/10.18235/0001826>.
- Luy, M. e Y. Minagawa. 2014. "Gender gaps—life expectancy and proportion of life in poor health". *Health Reports* 25 (12): 12–19.



- Mahabir, R., V. Jagessar, C. Neptune e D. Cox. 2013. "Understanding wages in a small open economy: the case of Trinidad and Tobago". Central Bank of Trinidad and Tobago. Paper de Trabalho 11/2013 (febrero): 8–9.
- Magaña, I., P. Martínez e M. S. Loyola. 2020. "Health outcomes of unpaid caregivers in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis". *Journal of Clinical Nursing* 29 (21–22): 3950–3965. <https://doi.org/10.1111/jocn.15450>.
- Marco Nacional de Cualificaciones. 2019. "Estándar de cualificación: asistencia integral para la persona adulta mayor".
- Maresova, P., E. Javanmardi, S. Baraković, J. Baraković Husić, S. Tomsone, O. Krejcar e K. Kuca. 2019. "Consequences of chronic diseases and other limitations associated with old age: a scoping review". *BMC Public Health* 19 (1): 1431. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7762-5>.
- Matus-López, M. e A. Chaverri-Carvajal. 2021. "Population with long-term care needs in six Latin American countries: estimation of older adults who need help performing ADLs". *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18 (15): 7935. <https://doi.org/10.3390/ijerph18157935>.
- Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale. 2024. "Guidelines pour la rédaction du cahier des charges de réseau de compétences". Luxemburgo: Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale. <https://santeseclu.public.lu/dam-assets/fr/publications/g/guidelines-reseau-competences/guidelines-reseau-de-competences.pdf>.
- Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay. 2022. "Humanización de los cuidados: guía para cuidadores y cuidadoras en la atención de personas en situación de dependencia". <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/comunicacion/publicaciones/guia-para-cuidadores-cuidadoras-atencion-personas-situacion-dependencia>.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile (2022). "Encuesta de caracterización socioeconómica nacional (CASEN 2022)". <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2022>.
- . "Identificación personas cuidadoras / Registro Social de Hogares". Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile, Chile. Consultado em 1 de março de 2025. <https://registrosocial.gob.cl/cuidados>.
- . 2024b. "Informe de cuidados". Ministério do Desenvolvimento Social e da Família, Chile. [https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/cuidados/Informe\\_de\\_Cuidados-2024.pdf](https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/cuidados/Informe_de_Cuidados-2024.pdf).



- Ministerio de Igualdad y Equidad de Colombia. 2024. “Programa nacional de cuidado: documento técnico de formulación de programas estratégicos”. [https://www.minigualdadyequidad.gov.co/documents/d/guest/programa\\_nacional\\_de\\_cuidado](https://www.minigualdadyequidad.gov.co/documents/d/guest/programa_nacional_de_cuidado).
- Ministerio de Inclusión y Economía Social de Ecuador. s. f. “¿Qué tipos de bonos y pensiones entrega el MIES?”. Consultado em 1 de junho de 2025. <https://www.inclusion.gob.ec/que-tipos-de-bonos-y-pensiones-entrega-el-mies>.
- Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional de Bolivia. 2021. “Modelo “Guía para la atención a personas adultas mayores en centros de larga estadía””. Estado Plurinacional da Bolívia. <https://iberoamericamayores.org/wp-content/uploads/2022/10/Modelo-de-Guia-para-la-atencion-a-personas-adultas-en-CALE.pdf>.
- Ministerio de Salud de Argentina. 2025. “Observatorio Integral del Sistema de Cuidados a Largo Plazo de Personas Mayores: informe correspondiente al año 2024”. Ministério de Saúde da Argentina. [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/observatorio\\_integral\\_sistemas\\_de\\_cuidados-01072025.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/observatorio_integral_sistemas_de_cuidados-01072025.pdf).
- Ministerio de Salud de Barbados. 2015. “A guide for continuing professional education: registration of nurses and midwives”. Consejo de Enfermería de Barbados, Ministério de Saúde de Barbados. <http://www.health.gov.bb/attachments/M.O.H.%20Nursing%20Council%20Booklet.pdf>.
- Ministerio de Salud de Chile. 2018. “Encuesta Nacional de Salud 2016–2017: segunda entrega de resultados”. Gobierno de Chile. [https://redsaud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2018/02/2-Resultados-ENS\\_MINSAL\\_31\\_01\\_2018-ilovepdf-compressed.pdf](https://redsaud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2018/02/2-Resultados-ENS_MINSAL_31_01_2018-ilovepdf-compressed.pdf).
- . 2022. “Resumen ejecutivo: Programa Hospital Digital”. Gobierno de Chile. [https://www.dipres.gob.cl/597/articles-285478\\_r\\_ejecutivo\\_institucional.pdf](https://www.dipres.gob.cl/597/articles-285478_r_ejecutivo_institucional.pdf).
- Ministerio de Salud, Bienestar y Deporte de los Países Bajos. 2018. “Actieprogramma Werken in de Zorg”. Haia: Ministério da Saúde, Bem-Estar e Desporto dos Países Baixos. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-835599.pdf>.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. 2013. “Cuidador institucional de personas adultas mayores: características, situación actual y redes de apoyo”. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/cuidador-institucional-personas-adultos-mayores.pdf>.
- . 2024. “Informe al Congreso de la República: política pública nacional de envejecimiento y vejez 2022–2031”. Gobierno de la Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/politica-publica-nacional-envejecimiento-vejez-2022-2031.pdf>.



- MHLW (Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-Estar do Japão). 2013. "Report submitted by the MHLW at the 45th meeting of Long-term Care Insurance Subcommittee, Social Security Council of MHLW". [http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000033t43-att/2r98520000033t8n\\_1.pdf](http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000033t43-att/2r98520000033t8n_1.pdf).
- Miranda, H., L. Punnett, R. Gore e J. Boyer. 2011. "Violence at the workplace increases the risk of musculoskeletal pain among nursing home workers". *Occupational & Environmental Medicine* 68 (1): 52–57. <https://doi.org/10.1136/oem.2009.051474>.
- Molina, H., L. Sarmiento, N. Aranco e P. Jara. 2020. "Envejecimiento y atención a la dependencia en Chile". Nota técnica BID IDB-TN-2004. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <https://doi.org/10.18235/0002678>.
- MTESS (Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de Argentina). 2022. "Masculinidades para la equidad en las relaciones laborales: Convenio 190 OIT". <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/cuadernillo-masculinidades-para-la-equidad-en-las-relaciones-laborales.pdf>.
- Mukamel, D., W. Spector, R. Limcangco, Y. Wang, Z. Feng e V. Mor. 2009. "The costs of turnover in nursing homes". *Medical Care* 47 (10): 1039–1045. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e-3181a3cc62>.
- Navarrete-Mejía, P. J., J. F. Parodi, M. T. Rivera-Encinas, F. M. Runzer-Colmenares, J. C. Velasco Guerrero e E. Sullcahuaman-Valdiglesias. 2020. "Perfil del cuidador de adulto mayor en situación de pandemia por SARS-CoV-2, Lima-Peru". *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo* 13 (1): 26–31. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2020.131.596>.
- NHS (National Health Service). 2019. "Preparing the healthcare workforce to deliver the digital future". Serviço Nacional de Saúde. <https://topol.hee.nhs.uk/wp-content/uploads/HEE-Topol-Review-2019.pdf>.
- . 2025. "Care coordinators". <https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/workforce-and-training/care-co-ordinators/>.
- Observatorio de Desarrollo Social/Alianza del Pacífico. 2022. "Programa de protección social al adulto mayor – Colombia Mayor". <https://observatorioalianzapacifico.cepal.org/es/covid-19/medida/programa-de-proteccion-social-al-adulto-mayor-colombia-mayor>.
- OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico). 2019. "Good practice for good jobs in early childhood education and care: eight policy measures from OECD countries". Paris: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. <https://doi.org/10.1787/64562be6-en>.



- . 2020. “Who cares? attracting and retaining care workers for the elderly”. OECD Health Policy Studies. Paris: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>.
- . 2023a. “Beyond applause? improving working conditions in long-term care”. Paris: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. <https://doi.org/10.1787/27d33ab3-en>.
- . 2023b. “Skills in Latin America: insights from the Survey of Adult Skills”. OECD Skills Studies. Paris: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. <https://doi.org/10.1787/5ab893f0-en>.
- . 2024a. “Is care affordable for older people?”. OECD Health Policy Studies. Paris: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. <https://doi.org/10.1787/450ea778-en>.
- . 2024b. “Tax and benefit policy descriptions for France 2024”. Paris: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. <https://www.oecd.org/content/dam/oe.cd/en/topics/policy-sub-issues/incomes-support-redistribution-and-work-incentives/TaxBEN-France-latest.pdf>.
- OEA (Organização dos Estados Americanos). 2022. “Ley Modelo Interamericana de Cuidados”. <https://www.oas.org/es/cim/docs/LeyModeloCuidados-ES.pdf>.
- OISS (Organização Ibero-Americana de Segurança Social). 2019. “Medidas compensatorias de los cuidados no remunerados en los sistemas de seguridad social en Iberoamérica”. Madrid: Organização Ibero-americana de Segurança Social. <https://oiss.org/wp-content/uploads/2019/03/OISS-2019-Medidas-compensatorias-de-los-ciudadanos-no-remunerados-res.-baja.pdf>.
- . 2022. “Protocolo iberoamericano de formación en cuidados: recomendaciones para el diseño de mallas curriculares para la formación en cuidados a personas adultas mayores en situación de dependencia desde una perspectiva de derechos humanos”. Madrid: Organização Ibero-americana de Segurança Social. <https://iberoamericamayores.org/wp-content/uploads/2022/11/Protocolo-Iberoamericano-de-Formacion-en-Cuidados-digital-1.pdf>.
- OIT (Organização Internacional do Trabalho). 2012. “International standard classification of occupations: ISCO-08—structure, group definitions and correspondence tables, volume 1”. Genebra: Organização Internacional do Trabalho.
- . 2013. “Domestic workers across the world: global and regional statistics and the extent of legal protection”. Genebra: Organização Internacional do Trabalho. <https://www.ilo.org/publications/domestic-workers-across-world-global-and-regional-statistics-and-extent-0>.



- . 2018. “El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente”. Ginebra: Organização Internacional do Trabalho. <https://www.ilo.org/publications/major-publications/care-work-and-care-jobs-future-decent-work>.
- . 2020. “Competency based training (CBT): an introductory manual for practitioners”. Beirut: Oficina Regional para os Estados Árabes da Organização Internacional do Trabalho. [https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@arabstates/@ro-beirut/documents/publication/wcms\\_757836.pdf](https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@arabstates/@ro-beirut/documents/publication/wcms_757836.pdf).
- . 2021. “El trabajo doméstico remunerado en América Latina y el Caribe, a 10 años del Convenio núm. 189”. Lima: Oficina Regional para América Latina e o Caribe da Organização Internacional do Trabalho. <https://www.ilo.org/es/publications/el-trabajo-domestico-remunerado-en-america-latina-y-el-caribe-diez-anos-del>.
- . 2022. “Los cuidados en el trabajo: invertir en licencias y servicios de cuidados para una mayor igualdad en el mundo del trabajo”. Ginebra: Organização Internacional do Trabalho. <https://www.ilo.org/es/publications/major-publications/los-cuidados-en-el-trabajo-invertir-en-licencias-y-servicios-de-cuidados>.
- . 2023. “Guide for national discussion on training and certification services for caregivers in Latin America”. Ginebra: Organização Internacional do Trabalho. <https://www.ilo.org/publications/experiences-training-and-certification-care-work-latin-america>.
- . 2024. “ILO strategy for the promotion of formalization in Latin America and the Caribbean”. Ginebra: Organização Internacional do Trabalho. [https://www.ilo.org/sites/default/files/2024-07/FORLAC-English\\_web\\_0.pdf](https://www.ilo.org/sites/default/files/2024-07/FORLAC-English_web_0.pdf).
- Okros, N. e D. Virga. 2022. “Impact of workplace safety on well-being: the mediating role of thriving at work”. *Personnel Review* 52 (7): 1861–1877. <https://doi.org/10.1108/PR-10-2021-0709>.
- Okumura, M., M. Stampini, C. Buenadicha, A. Castillo, F. Vivanco, M. A. Sánchez, P. Ibararán e P. Castillo. 2020. “La economía plateada en América Latina y el Caribe: el envejecimiento como oportunidad para la innovación, el emprendimiento y la inclusión”. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <https://doi.org/10.18235/0002598>.
- Oldenkamp, M., U. Bültmann, R. Wittek, R. Stolk, M. Hagedoorn y N. Smidt. 2017. “Combining informal care and paid work: the use of work arrangements by working adult-child caregivers in the Netherlands”. *Health & Social Care in the Community* 26 (1): 122–131. <https://doi.org/10.1111/hsc.12485>.
- OMS (Organização Mundial da Saúde). 2015. “World report on ageing and health”. Ginebra: Organização Mundial da Saúde. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>.



- . 2023. “Operational framework for building climate resilient and low carbon health systems”. Ginebra: Organização Mundial da Saúde. <https://www.who.int/publications/item/9789240081888>.
- . 2024. “Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care”. Ginebra: Organização Mundial da Saúde. <https://www.who.int/publications/item/9789240103726>.
- ONU Mulheres (Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres) e CEPAL (Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe). 2021. “Towards the construction of comprehensive care systems in Latin America and the Caribbean”. <https://www.bit.ly/ConstructionCareSystem>.
- OPS (Organização Pan-Americana da Saúde). 2023. “La demencia en América Latina y el Caribe: prevalencia, incidencia, repercusiones y tendencias a lo largo del tiempo”. Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde. <https://www.paho.org/es/documentos/demencia-america-latina-caribe-prevalencia-incidencia-repercusiones-tendencias-lo-largo>.
- Ortega, I., M. Sancho y M. Stampini. 2021. “Fragilidad de las instituciones de cuidado a la vejez ante el COVID-19: lecciones aprendidas y recomendaciones para la reforma de los servicios”. Documento para discussão do BID IDB-DP-00851. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <https://doi.org/10.18235/0003111>.
- Parlamento de Barbados. 2008. “Nurses Act”. [www.health.gov.bb/attachments/Nurses%20Act,%202008-3.pdf](http://www.health.gov.bb/attachments/Nurses%20Act,%202008-3.pdf).
- PARLATINO (Parlamento Latinoamericano y Caribeño). 2013. “Ley marco: economía del cuidado”. [https://parlatino.org/pdf/leyes\\_marcos/leyes/ley-economia-cuidado-pma-19-oct-2013.pdf](https://parlatino.org/pdf/leyes_marcos/leyes/ley-economia-cuidado-pma-19-oct-2013.pdf).
- Pinquart, M. e S. Sörensen. 2003. “Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis”. *Psychology and Aging* 18 (2): 250–267. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250>.
- Pontificia Universidad Javeriana. s. f. “Cuidado al adulto mayor para cuidadores no formales”. Pontificia Universidad Javeriana. <https://educacionvirtual.javeriana.edu.co/cuidado-adulto-mayor-no-formales>.
- Prado, C., C. Muros Cortés, M. García Díaz, L. Gutiérrez, J. R. Jáuregui, P. Wachholz, L. M. Gutiérrez Robledo, S. Torres Castro, N. Sobers, S. Millar, R. Pereyra, W. Villareal Lafuente, N. Aranco, F. Benedetti, B. Fabiani, M. Stampini e V. Irazola. 2025. “Online survey for assessing the experiences and effect of caregiving on paid and unpaid caregivers of older persons: design and pilot testing in six Latin American and Caribbean countries”. Manuscrito não publicado.



- PROASOL (Programa de Acción Solidaria). s. f. “Nuestras transferencias monetarias”. Consultado el 1 de junio de 2025. <https://proasol.gob.hn/nuestras-transferencias-sociales/>.
- Quito Informa. 2024. “‘Cuida a quien te cuida’, una campaña impulsada por el Municipio de Quito”. <https://www.quitoinforma.gob.ec/2024/03/06/cuida-a-quien-te-cuida-una-campana-impulsada-por-el-municipio-de-quito/>.
- Rachter, L., M. Stampini, R. Tomé, S. Duryea e T. Vinacur. 2024. “Cuidado a lo largo del ciclo de vida: construyendo sistemas de cuidado en América Latina y el Caribe”. Nota técnica BID IDB-TN-03021. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <https://doi.org/10.18235/0013198>.
- Rajamohan, S., D. Porock e Y. P. Chang. 2019. “Understanding the relationship between staff and job satisfaction, stress, turnover, and staff outcomes in the person-centered care nursing home arena”. *Journal of Nursing Scholarship* 51 (5): 560–568. <https://doi.org/10.1111/jnu.12488>.
- Rasmussen, C., A. Holtermann, O. Mortensen, K. Søgaaard e M. Jørgensen. 2013. “Prevention of low back pain and its consequences among nurses’ aides in elderly care: a stepped-wedge multifaceted cluster-randomized controlled trial”. *BMC Public Health* 13: 1088. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1088>.
- Ravenswood, K., J. Douglas e T. Ewertowska. 2021. “The New Zealand Care Workforce Survey 2019 report”. Auckland: New Zealand Work Research Institute. [https://nzpri.aut.ac.nz/data/assets/pdf\\_file/0003/504093/Care-Workforce-Survey-2019-Report-edited.pdf](https://nzpri.aut.ac.nz/data/assets/pdf_file/0003/504093/Care-Workforce-Survey-2019-Report-edited.pdf).
- Ravenswood, K. e J. Douglas. 2022. “The impact of the pay equity settlement: data from the 2019 New Zealand Care Workforce Survey”. Auckland: New Zealand Work Research Institute. [https://workresearch.aut.ac.nz/data/assets/pdf\\_file/0004/628681/Pay-Equity-Report-2022.pdf](https://workresearch.aut.ac.nz/data/assets/pdf_file/0004/628681/Pay-Equity-Report-2022.pdf).
- Razavi, S. 2007. “The political and social economy of care in a development context: conceptual issues, research questions and policy options”. *Gender and Development Programme Paper No.3*. Ginebra: Instituto de Pesquisa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Social. <https://cdn.unrisd.org/assets/library/papers/pdf-files/razavi-paper.pdf>.
- Rocard, E. e A. Llana-Nozal. 2022. “Supporting informal carers of older people: policies to leave no carer behind”. Paris: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. <https://doi.org/10.1787/0f0c0d52-en>.
- Saad-Lessler, J. 2020. “How does paid family leave affect unpaid care providers?”. *The Journal of the Economics of Ageing* 17: 100265. <https://doi.org/10.1016/j.jeoa.2020.100265>.
- SEDESA (Secretaría de Salud de la Ciudad de México). 2023. “Salud en tu casa”. <https://www.salud.cdmx.gob.mx/servicios/servicio/salud-en-tu-casa>.



- SENA (Servicio Nacional de Aprendizaje). 2024. “Yo te cuido y me certifico’: nuevo impulso para las personas cuidadoras”. <https://www.sena.edu.co/es-co/Noticias/Paginas/noticia.aspx?Id-Noticia=7258>.
- SENADIS (Servicio Nacional de la Discapacidad). 2021. “Diagnóstico del trabajo de cuidado remunerado en residencias SENADIS: estudio de caracterización y representación del cuidado desde las trabajadoras de trato directo”. Santiago: Serviço Nacional para Pessoas com Deficiência.
- Senado de la República de Chile. 2019. “Boletín 12490-07: modifica la Carta Fundamental para incluir, dentro de las garantías constitucionales, el reconocimiento al trabajo doméstico y a la labor consistente en el cuidado de personas”. [https://tramitacion.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin\\_ini=12490-07](https://tramitacion.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=12490-07).
- SENCE (Servicio Nacional de Capacitación y Empleo). s. f. “Avanzando en cuidados: cursos SENCE para cuidadores de personas mayores”. SENCE (Servicio Nacional de Capacitación y Empleo). Consultado em 1 de junho de 2025. <https://sence.gob.cl/personas/noticias/avanzando-en-cuidados-cursos-sence-para-cuidadores-de-personas-mayores>.
- Sistema de Cuidados. 2020. “Rendimos cuentas”. Gobierno de Uruguay. <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/sites/sistema-cuidados/files/2020-03/Cuidados%20rinde%20cuentas%20-%20Marzo%202020.pdf>.
- Spann, A., J. Vicente, C. Allard, M. Hawley, M. Spreeuwenberg e L. de Witte. 2020. “Challenges of combining work and unpaid care, and solutions: a scoping review”. *Health & Social Care in the Community* 28 (3): 699–715. <https://doi.org/10.1111/hsc.12912>.
- Spasova, S., R. Baeten, S. Coster, D. Ghailani, R. Peña-Casas e B. Vanhercke. 2018. “Challenges in long-term care in Europe: a study of national policies”. Bruxelas: Comissão Europeia, Rede Europeia de Política Social. <https://www.ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=20225&langId=en>.
- SSB (Statistics Norway). 2023. “Child care references 2023 (BTU-2023)”.
- Stampini, M., M. Oliveri, P. Ibararán, D. Londoño, H. J. Rhee e G. M. James. 2020. “¿Trabajar menos para cuidar de los padres?: los efectos laborales de la atención a la dependencia en el hogar en América Latina”. Documento de trabalho do BID IDB-WP-1105. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <https://doi.org/10.18235/0002738>.
- Stampini, M., M. L. Oliveri, P. Ibararán e C. Flores. 2022. “Who works less when a parent needs long-term care? Gender disparities in labor market effects in Mexico”. *Journal of Long-Term Care* (2022): 130–141. <https://doi.org/10.31389/jltc.116>.



- Steventon, A., S. Deeny, R. Friebel, T. Gardner e R. Thorlby. 2018. “Emergency hospital admissions in England: which may be avoidable and how?”. Londres: The Health Foundation. [https://www.health.org.uk/sites/default/files/Briefing\\_Emergency%2520admissions\\_web\\_final.pdf](https://www.health.org.uk/sites/default/files/Briefing_Emergency%2520admissions_web_final.pdf).
- Su, H. F., M. Koo, W. L. Lee, H.-C. Sung, R.-P. Lee e W.-I. Liu. 2021. “A dementia care training using mobile e-learning with mentoring support for home care workers: a controlled study”. BMC Geriatrics 21: 126. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02075-3>.
- Suaya, A., D. S. Kaplan e L. Etcheverry. 2023. “Políticas públicas para valorar el trabajo remunerado del hogar en América Latina y el Caribe”. Nota de política do BID IDB-PB-00393. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <https://doi.org/10.18235/0005348>.
- Surr, C. A., C. Gates, D. Irving, J. Oyebode, S. J. Smith, S. Parveen, M. Drury e A. Dennison. 2017. “Effective dementia education and training for the health and social care workforce: a systematic review of the literature”. Review of Educational Research 87 (5): 966–1002. <https://doi.org/10.3102/0034654317723305>.
- The Nursing Council of Jamaica. 2018. “Checklist for nurses and midwives trained abroad”. <https://ncj.org.jm/wp-content/uploads/2018/09/Registration-requirements.pdf>.
- Tsakonas, K., S. Badyal, T. Takaro e G. Buse. 2024. “Rapid review of the impacts of climate change on the health system workforce and implications for action”. Journal of Climate Change and Health 19: 100337. <https://doi.org/10.1016/j.joclim.2024.100337>.
- Triantafillou, J., M. Naiditch, K. Repkova, K. Stiehr, S. Carretero, T. Emilsson, P. Di Santo, R. Bednarik, L. Brichtova, F. Ceruzzi, L. Cordero, T. Mastrogiannakis, M. Ferrando, K. Mingot, J. Ritter e D. Vlantoni. 2010. “Informal care in the long-term care system”. Documento de síntese europeu. Interlinks. <https://www.euro.centre.org/downloads/detail/768>.
- UNASUS (Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde). s. f. “UNASUS website”. <https://www.unasus.gov.br/cursos/busca?status=com%20oferta%20aberta&busca=&ordenacao=Relev%-C3%A2ncia%20na%20busca>.
- UNDRR (Escritório das Nações Unidas para a Redução do Risco de Desastres). 2009. “Terminologia sobre redução do risco de desastres”. <https://www.undrr.org/publication/2009-unisdr-terminology-disaster-risk-reduction>.
- UWI (University of the West Indies). 2019. “Mona Aging and Wellness Centre”. <https://www.mona.uwi.edu/sites/default/files/uwi/reports/wellness.pdf>.
- Vadean, F. e S. Allan. 2020. “The effects of minimum wage policy on the long-term care sector in England”. British Journal of Industrial Relations 59 (2): 307–334. <https://doi.org/10.1111/bjir.12572>.



- Vadean, F. e E. Saloniki. 2020. "Determinants of staff turnover and vacancies in the social care sector in England". Discussion paper. University of Kent. <https://kar.kent.ac.uk/83303/1/dp2020-01.pdf>.
- Valenzuela, E., S. Scuro e P. Vaca. 2020. "Desigualdad, crisis de los cuidados y migración del trabajo doméstico remunerado en América Latina". Serie Asuntos de Género 158. Santiago: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/3807d08e-c4b5-41de-9fe5-ad115f2f1447/content>.
- Van der Gaag, N., B. Heilman, T. Gupta e J. Edmeades. 2023. "State of the World's Fathers 2023: centering care in a world in crisis". Washington, DC: Promundo-US. <https://www.equimundo.org/resources/state-of-the-worlds-fathers-2023/>.
- Villalobos Dintrans, P., D. Oliveira e M. Stampini. 2024. "Human resources for care in Latin America and the Caribbean: current needs and future demands". Journal of the American Medical Directors Association 25 (2): 232–236. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2023.08.026>.
- Villavicencio Salas, K. 2017. "Diagnóstico: 'Mirada sobre la Red de Atención Progresiva para el Cuidado Integral de las Personas Adultas Mayores, de la Municipalidad de Cartago'". Organização Mundial da Saúde. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2018/07/DX-MUNI.-def.pdf>.
- Watkins, M. e L. Overton. 2024. "The cost of caring: a scoping review of qualitative evidence on the financial well-being implications of unpaid care to older adults". Ageing & Society 45 (7): 1465–1492. <https://doi.org/10.1017/S0144686X24000382>.
- Yamada, M. e H. Arai. 2020. "Long-term care system in Japan". Annals of Geriatric Medicine and Research 24 (3): 174–180. <https://doi.org/10.4235/agmr.20.0037>.
- Yeandle, S. e A. Wigfield. 2012. "Training and supporting carers: the national evaluation of the Caring with Confidence programme". Leeds: University of Leeds. <https://essl.leeds.ac.uk/sociology-research-expertise/dir-record/research-projects/873/evaluation-of-the-caring-with-confidence-programme>.
- Zygouri, I., F. Cowdell e A. Ploumis. 2021. "Gendered experiences of providing informal care for older people: a systematic review and thematic synthesis". BMC Health Services Research 21: 730. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06736-2>.



## QUEM CUIDA?

→ Como apoiar e reconhecer quem cuida de pessoas idosas na América Latina e no Caribe



# Anexos





## Anexo A • Pesquisas sobre o uso do tempo

As pesquisas sobre o uso do tempo medem o tempo que as pessoas dedicam ao trabalho remunerado, ao trabalho não remunerado e a atividades de estudo, de lazer ou culturais. Historicamente, têm sido utilizadas para analisar a contribuição econômica do trabalho não remunerado.

O presente relatório usa os dados mais recentes de pesquisas sobre uso do tempo<sup>122</sup> de nove países: Argentina (2021), Brasil (2022),<sup>123</sup> Chile (2022), Colômbia (2020), Costa Rica (2022), El Salvador (2017), México (2019), Paraguai (2016) e Uruguai (2021). São representativas em nível nacional, com exceção da do Chile (que cobre apenas áreas urbanas), da Colômbia (que exclui as regiões da Orinoquia e Amazônia) e do Uruguai (que cobre Montevideu e localidades ou cidades com população superior a 5.000 pessoas). No total, incluem 555.269 pessoas com mais de 14 anos.

Este relatório define cuidadores de idosos como os inquiridos que declaram ter dedicado tempo a auxiliar pessoas idosas nas suas atividades da vida diária durante o período de referência. Todos os questionários perguntam quanto tempo os entrevistados dedicaram a prestar apoio a três grupos populacionais: crianças, pessoas com deficiência ou com necessidade permanente de apoio e idosos. Infelizmente, a maioria dos questionários não permite identificar as pessoas cuidadoras de idosos com deficiência (porque não perguntam a idade das pessoas que recebem esses cuidados). Dado que a prevalência da deficiência é maior entre as pessoas idosas, isso leva a uma subestimação significativa do número dessa categoria de cuidadoras.

Idealmente, o tempo declarado dedicado ao cuidado de uma pessoa idosa deveria incluir os cuidados prestados tanto a pessoas dentro do próprio domicílio quanto a pessoas que moram em outros domicílios. Este último aspecto poderia ser particularmente relevante, por exemplo, no caso de idosos que ainda moram sozinhos, mas contam com uma filha, um filho ou outro familiar que os ajuda em tarefas específicas. Apenas cinco dos nove países incluídos nesta análise dispõem de informações sobre o tempo dedicado ao cuidado de um idoso que mora em outro domicílio: Chile, Colômbia, Costa Rica, México e Uruguai. Para os países que não dispõem dessas informações (Argentina, Brasil, El Salvador e Paraguai), as estimativas apresentadas na

**122.** Para maio de 2025.

**123.** Os dados do Brasil provêm de um módulo especial da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua.



**Tabela 3.1** se baseiam na suposição de que a relação entre pessoas idosas e cuidadoras que prestam apoio em outros domicílios é a mesma que nos países com dados disponíveis.

As pesquisas incluem perguntas sobre as tarefas realizadas pelas cuidadoras familiares apenas quando prestam cuidados de longa duração a um membro do seu próprio domicílio. A mesma informação não está disponível para os cuidados prestados fora do domicílio. Geralmente, as perguntas abrangem três tipos de atividades: as básicas (como alimentar ou dar banho); as instrumentais (que podem envolver, por exemplo, fazer companhia e conversar ou fazer compras); e relacionadas à saúde (como levar ao médico ou administrar medicamentos). Para a Argentina, o Chile, a Colômbia, a Costa Rica e o Uruguai, o número de horas de cuidados de longa duração equivale ao número de horas de apoio dedicado a idosos em atividades básicas, atividades instrumentais e tarefas relacionadas com a saúde.

No México, El Salvador e Paraguai, as pesquisas não coletam informações sobre o apoio em atividades básicas prestado a idosos. Essas informações são coletadas apenas para pessoas que necessitam de apoio permanente. Para esses países, presumimos que a ajuda em atividades básicas é prestada a pessoas idosas quando o domicílio tem pelo menos um membro idoso. Portanto, o número de horas de cuidados de longa duração é a soma das horas de apoio em atividades instrumentais prestadas a membros idosos, o apoio em tarefas relacionadas à saúde prestado a membros idosos e o apoio em atividades básicas prestado a membros que necessitam de apoio permanente (desde que o domicílio tenha pelo menos um membro idoso). Em outras palavras, se supõe que a “pessoa com necessidades permanentes de cuidados” é uma pessoa idosa. Essa suposição não é ideal e pode levar a uma superestimativa do tempo dedicado ao cuidado de idosos. No entanto, como a prevalência da dependência funcional aumenta com a idade, se espera reduzir esse viés.

A pesquisa realizada no Brasil permite apenas identificar as cuidadoras de idosos, sem estimar o tempo dedicado à prestação de cuidados de longa duração nem identificar as atividades realizadas pelas cuidadoras.

Existem outras ressalvas metodológicas ao analisar os resultados, em particular, para as comparações entre países. Em primeiro lugar, a idade a partir da qual uma pessoa que recebe cuidados é considerada idosa varia de acordo com o país. Em El Salvador, no México e Paraguai, se considera idoso a partir dos 60 anos; na Argentina e no Uruguai, a partir dos 65; e no Chile, a partir dos 66. Na Colômbia e na Costa Rica, a idade da pessoa que recebe cuidados pode ser inferida a partir da base de dados, de forma que os pesquisadores podem fixar o limite de idade e, no caso, foi estabelecido 65 anos.



Em segundo lugar, as atividades incluídas em cada categoria (básicas, instrumentais e relacionadas com a saúde) diferem em tipo e número entre os países. A **Tabela A.1** resume as atividades incluídas em cada questionário. As horas declaradas de cuidados prolongados podem ser menores nos países cujos questionários abrangem um número mais reduzido de atividades.

**TABELA A.1 ATIVIDADES ESPECÍFICAS DE CUIDADOS A IDOSOS INCLUÍDAS NAS PESQUISAS, POR PAÍS**

GRUPO	VARIÁVEL	ARGENTINA	CHILE	COLÔMBIA	COSTA RICA	EL SALVADOR	MÉXICO	PARAGUAI	URUGUAI
<b>Atividades básicas</b>	Alimentação		✓	✓			✓*		✓
	Banho/higiene		✓				✓*	✓*	
	Vestir-se		✓		✓	✓*			
	Usar o vaso sanitário	✓	✓	✓					✓
	Deitar/mudar de posição		✓				✓*		
<b>Atividades relacionadas à saúde</b>	Administrar medicamentos		✓	✓	✓		✓	✓	✓
	Terapia	✓				✓	✓		✓
	Levar ao médico		✓	✓			✓	✓	✓
<b>Atividades instrumentais</b>	Ler ou fazer companhia		✓			✓			✓
	Fazer compras / transportar	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
	Usar aparelhos eletrônicos		✓		✓		✓		✓
	Comunicação		✓						

**Fonte:** Elaboração própria a partir de pesquisas sobre uso do tempo.

**Nota:** O símbolo s identifica os países cujas pesquisas incluem pelo menos uma pergunta da categoria; \* relatado em "pessoas com necessidades permanentes de cuidados"; as células combinadas indicam que as atividades estão incluídas em uma única pergunta.

Em terceiro lugar, o período de referência para recordar o tempo dedicado a atividades de cuidados também difere segundo o país. Este estudo relata o número total de horas por semana dedicadas aos cuidados a idosos. Também, o total de horas dedicadas a determinada atividade, durante uma semana inteira, se fornecido pelas entrevistadas no momento de resposta sobre o que lembram (Costa Rica, Paraguai). Quando se pede que respondam sobre um dia específico (Argentina, Colômbia, El Salvador, Uruguai), multiplicamos o número que relatam por sete, partindo do princípio de que esse "dia específico" equivale à média semanal.



Por fim, em casos como o México, onde se pergunta por dois dias representativos — um dia útil e um dia de fim de semana —, calcula-se a soma ponderada de ambos os números (horas dedicadas em um dia útil\*5 + horas dedicadas em um dia de fim de semana\*2).<sup>124</sup>


Em quarto lugar, algumas pessoas cuidadoras podem realizar mais de uma tarefa simultaneamente (por exemplo, fazer companhia e alimentar), o que potencialmente poderia resultar em mais de 24 horas de cuidados em um único dia. Para esses casos, o máximo de horas contabilizadas é de 24.

---

**124.** Para obter um guia metodológico para a análise de pesquisas sobre uso do tempo, consulte: [https://genlac.econo.unlp.edu.ar/wp-content/uploads/2024/12/Gui%CC%81a-Metodolo%CC%81gica-Uso-del-Tiempo\\_ESP\\_2024-12.pdf](https://genlac.econo.unlp.edu.ar/wp-content/uploads/2024/12/Gui%CC%81a-Metodolo%CC%81gica-Uso-del-Tiempo_ESP_2024-12.pdf)



## Anexo B • Metodologia para identificar as pessoas cuidadoras

Para identificar as pessoas cuidadoras, este estudo utiliza os microdados mais recentes de questionários domiciliares e questionários feitos com a força de trabalho nos países que dispõem de códigos ocupacionais e de uma dimensão amostral suficiente. Em geral, as pesquisas da força de trabalho são mais adequadas do que as pesquisas domiciliares para analisar as características e as condições de trabalho das e dos trabalhadores de cuidados remunerados, de maneira que o relatório recorre a elas sempre que possível. Os anos das pesquisas utilizadas na análise abrangem de 2013 em Trindade e Tobago até 2024 na Costa Rica (**Tabela B.1** )

**TABELA B.1 FONTES DE DADOS UTILIZADAS PARA IDENTIFICAR AS PESSOAS CUIDADORAS**

PAÍS	FONTE	ANO	TIPO
Argentina	Pesquisa Permanente de Famílias (Encuesta Permanente de Hogares)	2024	LFS
Bolívia	Pesquisa Contínua de Domicílios (Encuesta Contínua de Hogares)	2017	HS
Brasil	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua	2023	HS
Chile	Pesquisa de Caracterização Socioeconômica Nacional (Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional)	2022	HS
Colômbia	Grande Pesquisa Integrada sobre Famílias (Gran Encuesta Integrada sobre Familias)	2022	LFS
Costa Rica	Pesquisa Contínua de Empleo (Encuesta Continua de Empleo)	2024	LFS
Equador	Pesquisa Nacional de Empleo, Desemprego e Subempleo (Encuesta Nacional de Empleo Desempleo y Subempleo)	2023	LFS
El Salvador	Pesquisa de Famílias para Fins Múltiplos (Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiplos)	2023	HS
Guiana	Pesquisa da Força de Trabalho (Labour Force Survey)	2021	LFS
Honduras	Pesquisa Permanente de Domicílios para Fins Múltiplos (Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiplos)	2018	HS
Jamaica	Pesquisa da Força de Trabalho (Labour Force Survey)	2014	LFS
México	Pesquisa Nacional de Ocupação e Empleo (Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo)	2024	HS
Panamá	Pesquisa de Famílias para Fins Múltiplos (Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiplos)	2019	HS
Paraguai	Pesquisa Permanente de Famílias (Encuesta Permanente de Hogares)	2017	HS
Peru	Pesquisa Nacional de Famílias (Encuesta Nacional de Hogares)	2023	HS
Trindade e Tobago	Pesquisa Contínua por Amostragem da População (Continuous Sample Survey of the Population)	2013	LFS
Uruguai	Pesquisa Contínua de Domicílios (Encuesta Contínua de Hogares)	2023	HS

Fonte: Elaboração própria.

Nota: HS = pesquisa domiciliar; LFS = pesquisa da força de trabalho.




De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (2013), existem dois enfoques distintos para identificar os cuidadores:

- Baseado em tarefas: classifica as pessoas cuidadoras e trabalhadoras domésticas por meio da Classificação Internacional Uniforme de Ocupações (CIUO-88 e CIUO-08).
- Baseado na indústria: categoriza o emprego por ramo de atividade utilizando a Classificação Industrial Internacional Uniforme de todas as Atividades Econômicas (CIU, Revisão 3 ou 4).

Este estudo utiliza o enfoque baseado em tarefas (ou códigos ocupacionais). Essas informações permitem identificar quais pessoas prestam cuidados a idosos. O enfoque se concentra nas tarefas específicas realizadas por profissionais, em vez do ramo de atividade.

A partir da classificação oficial das ocupações de cada país, foram selecionados os melhores códigos para categorizar as atividades relevantes para esta análise. Em consonância com a OCDE (2020), este estudo define cuidadoras remuneradas como aquelas que prestam assistência em cuidados pessoais de rotina em de um domicílio ou em instituições que não sejam hospitais, sem serem qualificadas ou sem estarem certificadas como pessoal de enfermagem. As enfermeiras não estão incluídas nesta definição nem nas nossas estimativas do presente estudo.

Este estudo faz estimativas do número total de pessoas cuidadoras remuneradas em 17 países. Além disso, analisa as características destas nos 14 países que contavam com 30 ou mais observações por categoria.<sup>125</sup> A **Tabela B.2** , baseado na Organização Internacional do Trabalho (2012), e descreve as tarefas específicas e as ocupações incluídas neste grupo.

**TABELA B.2 PERFIS DE CUIDADO ANALISADOS**

CÓDIGO	PROFISSÃO	DEFINIÇÃO
5321, 5322(a)	Trabalhadores de cuidados pessoais	Pessoas que prestam cuidados pessoais e assistência para mobilidade e atividades da vida diária dirigidos a pacientes e idosos, convalescentes e pessoas com deficiência em ambientes de saúde e residenciais.

**Fonte:** Elaboração própria com base em informações da Organização Internacional do Trabalho (2012).

**Notas:** O código "5329 - Pessoal de cuidados pessoais em serviços de saúde não classificados em outro local" não foi incluído porque a maioria das atividades que abrange faz parte dos cuidados de saúde e estão fora do âmbito da análise.

**125.** A dimensão da amostra é geralmente muito pequena para analisar estatísticas descritivas. De acordo com o teorema central do limite, a distribuição das médias amostrais aproxima-se de uma distribuição normal à medida que a dimensão da amostra aumenta, independentemente da distribuição da população. Em geral, se considera que uma dimensão da amostra de 30 ou mais é suficiente para que este teorema seja cumprido de forma aproximada.



# Anexo C • Pesquisa do BID com pessoas cuidadoras

## Projeto da pesquisa

A Pesquisa do BID com pessoas cuidadoras foi desenvolvida e implementada pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento em duas fases. Primeiramente, o BID contratou o Instituto de Eficácia Clínica e Sanitária<sup>1</sup> para elaborar e testar o questionário. O processo começou com uma revisão exaustiva das pesquisas existentes sobre trabalho remunerado e não remunerado na América Latina e no Caribe. A equipe elaborou e validou o questionário com um painel de especialistas nas áreas de estatística, gerontologia, pesquisa clínica, economia e elaboração de pesquisas. O instrumento também foi testado para a avaliação da sua clareza e aceitabilidade.

Depois da fase de concepção, a equipe do instituto realizou um piloto inicial em três idiomas (inglês, espanhol e português), em seis países (Argentina, Barbados, Bolívia, Brasil, México e República Dominicana). E o piloto foi direcionado a pessoas cuidadoras remuneradas e não remuneradas que cuidam de idosos com 60 anos ou mais, de instituições e de casas dedicadas a cuidados. A pesquisa foi distribuída online e por e-mail, SMS e mensagens do WhatsApp. Também foi aplicada pessoalmente por entrevistadores capacitados. Prado et al. (2025) oferece uma descrição detalhada do processo de elaboração e teste do questionário.

Uma vez concluído o questionário, o BID contratou a empresa SENSATA para ampliar a coleta de dados. A SENSATA divulgou a pesquisa por meio de plataformas como Facebook, Instagram e WhatsApp, utilizando técnicas de marketing e comunicação. A pesquisa foi lançada em novembro de 2023. O questionário é apresentado no Anexo 3 de Fabiani et al. (2024), que analisa as primeiras 27.000 observações coletadas até maio de 2024.

De novembro de 2023 a março de 2025, a pesquisa coletou informações sobre 64.592 pessoas cuidadoras de 26 países da América Latina e do Caribe. Dessas, 74,3% (48.016 pessoas) são cuidadoras não remuneradas e 25,7% (16.576 pessoas) trabalham como cuidadoras remuneradas (86% nos lares das pessoas cuidadas e 14% em ambientes institucionais).



## Cálculo de pesos

Para corrigir o fato de que alguns países estão super-representados na Pesquisa do BID com pessoas cuidadoras, o que afeta o cálculo das médias regionais, este estudo pondera as observações de acordo com a distribuição da população idosa nos países da região. De forma ideal, as ponderações se baseariam na distribuição de cuidadoras remuneradas e não remuneradas, mas essas informações só estão disponíveis para alguns países da região (ver **Tabela 3.1** e **Tabela 4.1**).

Além disso, as cuidadoras remuneradas são ponderadas dentro de cada país, partindo do princípio de que 9,4% das pessoas cuidadoras remuneradas trabalham em ambientes institucionais e 90,6% nos domicílios das pessoas que recebem os cuidados. Essas proporções se fundamentam na razão regional dos dados do **Tabela 4.1**, que é semelhante à observada nos dados coletados pela Pesquisa do BID com pessoas cuidadoras (13,6%). A equação a seguir fornece a ponderação para as cuidadoras da categoria ( $j=1$  para não remuneradas,  $j=2$  para remuneradas em ambiente institucional e  $j=3$  para remuneradas em domicílios) no país  $c$ :

$$W_{jc} = \frac{N_j * \frac{olderpop_c}{olderpopLAC}}{n_{jc}}$$

Onde:

- $n_{jc}$  é o número de observações de cuidadoras da categoria no país  $c$  na Pesquisa do BID com pessoas cuidadoras.
- $N_j$  é o número total de cuidadoras da categoria na América Latina e no Caribe. Isso equivale a 25 milhões de cuidadoras não remuneradas (ver **Tabela 3.1**); 289.225 cuidadoras remuneradas em ambientes institucionais (ver **Tabela 4.1**); e 2.725.415 para cuidadoras remuneradas em domicílios (ver **Tabela 4.1**).
- $olderpop_c$  é o número de pessoas idosas no país  $c$ , de acordo com o conjunto de dados das Perspectivas da População Mundial das Nações Unidas.
- $olderpopLAC$  é o número total de idosos nos 26 países da América Latina e do Caribe incluídos na análise, de acordo com o conjunto de dados das Perspectivas da População Mundial das Nações Unidas.



## Análise da representatividade da pesquisa

Para avaliar a representatividade da pesquisa, a análise compara estatísticas descritivas básicas sobre idade e sexo da Pesquisa do BID com pessoas cuidadoras com números de fontes representativas em nível nacional: pesquisas sobre uso do tempo no caso de cuidadoras não remuneradas (ver **Capítulo 3**) e pesquisas sobre força de trabalho e domicílios para cuidadoras remuneradas (ver **Capítulo 4**). O **Tabela C.1** contém os resultados desse exercício, que mostram que:

- As cuidadoras da pesquisa do BID são relativamente mais velhas do que das pesquisas representativas em nível nacional. Isso é válido para todos os países com dados disponíveis, tanto para cuidadoras remuneradas quanto não remuneradas.
- A porcentagem de mulheres cuidadoras na pesquisa do BID é mais alta do que nas pesquisas representativas em nível nacional, com uma diferença particularmente grande entre as cuidadoras não remuneradas.

Essas diferenças podem refletir vieses no alcance da população de interesse, possivelmente devido à autoaplicação por meio de uma pesquisa online. A aplicação de um questionário exclusivamente online gera o risco de três tipos de vieses na amostra. O primeiro é um viés de cobertura, porque as pessoas sem acesso à internet ou com limitações no uso da tecnologia ficam excluídas da pesquisa, o que dificulta a generalização dos resultados para a população-alvo. O segundo é um viés de seleção: como a participação é voluntária, a amostra obtida por meio de uma pesquisa com essas características pode não representar a população geral de cuidadoras. Por último, pode haver um viés de não resposta, pois as características daquelas que não respondem ou fornecem respostas incompletas podem diferir das daquelas que optam por responder. As taxas de não resposta ou resposta incompleta tendem a ser mais altas em pesquisas online do que em outras modalidades.

**TABELA C.1 COMPARATIVA DAS CARACTERÍSTICAS BÁSICAS ENTRE A PESQUISA DO BID E PESQUISAS REPRESENTATIVAS EM NÍVEL NACIONAL**

PAÍS	REMUNERADO OU NÃO REMUNERADO	IDADE (ANOS)		% DE MULHERES	
		PESQUISA DO BID COM PESSOAS CUIDADORAS	PESQUISAS REPRESENTATIVAS A NÍVEL NACIONAL	PESQUISA DO BID COM PESSOAS CUIDADORAS	PESQUISAS REPRESENTATIVAS A NÍVEL NACIONAL
Argentina	Remunerado	49,6	41,2	92,5	76,9
	Não remunerado	55,9	52,4	91	58,0
Brasil	Remunerado	53,9	44,1	91,9	93,6
	Não remunerado	57,5	49,9	90,8	61,7
Chile	Remunerado	57,7	43,8	95,3	87,3
	Não remunerado	60	56,5	90,6	59,8
Colômbia	Remunerado	50,2	41,3	91,1	92,7
	Não remunerado	54,5	55,9	87,1	76,3
Costa Rica	Remunerado	50,6	42,1	89,9	64,2
	Não remunerado	55,2	51,2	87,6	57,7
Equador	Remunerado	49,6	43,1	93,2	93,7
	Não remunerado	53,8	n. d.	84,6	n. d.
Jamaica	Remunerado	51,1	40,4	96,7	68,9
	Não remunerado	55,8	n. d.	89,8	n. d.
México	Remunerado	52,6	37,3	91,5	96,6
	Não remunerado	54,5	46,9	85,8	54,9
Panamá	Remunerado	51,9	41,0	88,5	60,3
	Não remunerado	54,7	n. d.	90,7	n. d.
Paraguai	Remunerado	48,6	36,4	93,8	90,2
	Não remunerado	52,5	48,6	87,2	65,5
Peru	Remunerado	53	36,3	93,0	98,0
	Não remunerado	56,8	n. d.	84,9	n. d.
Trinidad y Tobago	Remunerado	50,5	44,4	93,9	97,6
	Não remunerado	55,2	n. d.	86,5	n. d.
Uruguai	Remunerado	54,4	45,5	93,9	90,0
	Não remunerado	54,5	60-64	94,0	60,7
Média	Remunerado	52,4	41,3	91,92	85,7
	Não remunerado	56,3	49,1*	91,8	59,0

Fonte: Elaboração própria.

Notas: As estimativas representativas a nível nacional provêm de questionários sobre o uso do tempo (ver Anexo A) e de questionários feitos com agregados familiares e também aplicados à força de trabalho (ver Anexo B). \*A média não inclui o Uruguai, uma vez que a idade é reportada em intervalos nos dados do Uruguai. n. d. = não disponível.



# Anexo D • Políticas nacionais de cuidados

**TABELA D.1 STATUS E PANORAMA DA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS NACIONAIS DE CUIDADOS NA AMÉRICA LATINA E NO CARIBE**  
OS PROJETOS DE LEI OU PROPOSTAS SÃO APRESENTADOS EM LARANJA E AS POLÍTICAS E LEIS APROVADAS EM VERDE

PAÍS	POLÍTICA	ENTIDADE RESPONSÁVEL	OBJETIVO E POPULAÇÃO-ALVO	INCLUSÃO DE CUIDADOS REMUNERADOS E NÃO REMUNERADOS
Argentina	Projeto de Lei Cuidar em Igualdade	Ex-Ministério das Mulheres, Gêneros e Diversidade	Criar o Sistema Integral de Políticas de Cuidados da Argentina para abordar de forma integral os cuidados, incluindo os cuidados para pessoas idosas.	Sim (aborda a necessidade de formalizar os cuidados)
Barbados	Política Nacional sobre o Envelhecimento (2022–2033): Tornar o envelhecimento saudável e ativo uma realidade para todos	Ministério do Empoderamento Popular e Assuntos da Terceira Idade	Prioridade nos cuidados de longa duração: concepção, coordenação e prestação de sistemas, serviços, instalações e recursos de apoio de alta qualidade e acessíveis para idosos.	Sim (Estratégia G.1.2)
Brasil	Lei Orgânica 15069/2024	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome; Ministério da Mulher; e Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania	Estabelecer a Política Nacional de Cuidados, incluindo os profissionais de cuidados (formais e informais) como dois dos cinco grupos prioritários.	Sim
Chile	Boletim 16905-31 que reconhece o direito de cuidar e cria o Sistema Nacional de Apoios e Cuidados	Ministério do Desenvolvimento Social e da Família	Garantir de forma gradual e progressiva o direito ao cuidado, remunerado ou não; enquadrar os cuidados de forma ampla, incluindo as pessoas idosas.	Sim (art. 3, art. 7 f)
Colômbia	Lei 2281 de 2023 que cria o Sistema Nacional de Cuidados, com uma missão institucional mandatada pelo Plano Nacional de Desenvolvimento “Colômbia Potência Mundial da Vida” (2022–2026)	Ministério da Igualdade e Equidade	Fortalecer e integrar serviços de formação, bem-estar, geração de renda e desenvolvimento de capacidades para cuidadoras remuneradas e não remuneradas.	Sim
	Política Pública Nacional de Envelhecimento e Velhice 2022–2031	Ministério da Saúde e Proteção Social	População-alvo: todas as pessoas residentes na Colômbia, em particular aquelas com 60 anos ou mais.	Sim. Linha estratégica de ação 6, linha de ação 3



PAÍS	POLÍTICA	ENTIDADE RESPONSÁVEL	OBJETIVO E POPULAÇÃO-ALVO	INCLUSÃO DE CUIDADOS REMUNERADOS E NÃO REMUNERADOS
Costa Rica	Política Nacional de Cuidados (2021–2031)	Ministério do Desenvolvimento Humano e Inclusão Social	Criar um sistema de cuidados para pessoas em situação de dependência: foco na dependência permanente ou prolongada.	Linha estratégica de ação 5
República Dominicana	Política Nacional de Cuidados	-	-	-
Equador	Lei Orgânica do Direito à Assistência Humana	Ministério da Inclusão Econômica e Social	Estabelece o direito ao cuidado de crianças, dependentes diretos ou outros familiares que necessitem de cuidados ou proteção.	Apenas não remunerados
	Projeto de Lei do Sistema Nacional Integral de Cuidados, 2021	Comissão do Direito ao Trabalho e à Segurança Social	População-alvo: todas as pessoas que necessitem de cuidados, incluindo idosos e cuidadores (principalmente mulheres)	Sim
El Salvador	Política Nacional de Co-responsabilidade pelos Cuidados 2022–2030	Secretaria de Bem-Estar Social	A população-alvo inclui adultos (maiores de 18 anos) que necessitam de cuidados devido a deficiência ou envelhecimento, e pessoas trabalhadoras de cuidados, remuneradas e não remuneradas.	Sim
México	Vários projetos estão em processo de aprovação legislativa.	-	Reconhecer o direito aos cuidados e criar o Sistema Nacional de Cuidados.	-
Peru	Projeto de Lei 2735; Projeto de Lei 3242/2022-CR; Projeto de Lei 4705/2022-CR; Projeto de Lei 5308/2022-CR	Ministério da Mulher e Populações Vulneráveis	Os quatro projetos foram apresentados. Propõem reconhecer o direito ao cuidado e criar o Sistema Nacional de Cuidados.	Sim
Trindade e Tobago	Política Nacional sobre o Envelhecimento	Ministério da Saúde e do Desenvolvimento Social e Serviços Familiares	População-alvo: idosos. Gerido pela Divisão de Envelhecimento	Sim
Uruguai	Plano Nacional de Cuidados 2021–2025	Ministério do Desenvolvimento Social	Não se concentra especificamente nos idosos, mas os inclui, bem como suas pessoas cuidadoras, como populações-alvo.	Sim

Fonte: Questionário da OCDE-BID sobre a força de trabalho em cuidados de longa duração.

O presente relatório analisa o aumento crescente da demanda por cuidadores no âmbito dos cuidados de longa duração em uma das regiões que mais envelhecem rapidamente no mundo. Destaca as condições precárias de trabalho das cuidadoras remuneradas, as consequências para as cuidadoras não remuneradas, bem como as oportunidades limitadas de formação e a carga particular que recai sobre as mulheres em ambos os grupos. Além disso, descreve políticas e boas práticas para apoiar as cuidadoras familiares, ampliar e profissionalizar a força de trabalho de cuidados e construir sistemas de cuidados mais resilientes para a América Latina e o Caribe, aproveitando também a experiência dos países da OCDE.