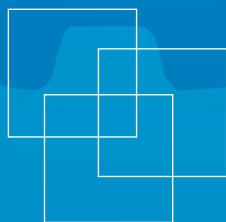




Organização
Internacional
do Trabalho

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS: TRABALHO E PROFISSÕES PARA O FUTURO DO TRABALHO DIGNO



PRESTAÇÃO DE CUIDADOS:
TRABALHO E PROFISSÕES PARA
O FUTURO DO TRABALHO DIGNO

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS: TRABALHO E PROFISSÕES PARA O FUTURO DO TRABALHO DIGNO

As publicações do *Bureau* Internacional do Trabalho gozam de proteção de direitos de propriedade intelectual em virtude do Protocolo 2 da Convenção Universal dos Direitos de Autor. No entanto, podem ser reproduzidos pequenos excertos dessas publicações sem autorização, desde que se indique a respetiva fonte. No que diz respeito aos direitos de reprodução ou de tradução, deve ser enviado um pedido para *ILO Publications (Rights and Licensing)*, *International Labour Office*, CH-1211 Genebra 22, Suíça, ou por correio eletrónico: rights@ilo.org. Os pedidos desta natureza serão bem-vindos.

As bibliotecas, instituições e outros utilizadores registados junto de uma organização de direitos de reprodução poderão fazer cópias, de acordo com as licenças obtidas para esse efeito. Consulte o sítio www.ifrro.org para conhecer a entidade reguladora no seu país.

Prestação de cuidados: trabalho e profissões para o futuro do trabalho digno / *Bureau* Internacional do Trabalho – Genebra: OIT, 2019.

ISBN 978-972-704-429-0 (web pdf)

Também disponível em inglês: *Care work and care jobs for the future of decent work* / *International Labour Office* – Geneva: ILO, 2018. ISBN: 978-92-2-131642-8 (impresso); ISBN: 978-92-2-131643-5 (web pdf); francês: *Prendre soin d'autrui: un travail et des emplois pour l'avenir du travail décent*, Genève, *Bureau International du Travail*, 2019, ISBN 978-92-2-133484-2 (impresso), ISBN 978-92-2-133485-9 (web pdf) e espanhol (só sumário executivo): *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*. ISBN: 978-92-2-1334842-8 (impresso); ISBN 978-92-2-133483-5 (web pdf).

As designações constantes das publicações da OIT, que estão em conformidade com a prática seguida pelas Nações Unidas, e a apresentação do material nelas contido, não significam a expressão de qualquer juízo de valor por parte do *Bureau* Internacional do Trabalho em relação ao estatuto jurídico de qualquer país, zona ou território ou das suas autoridades, ou à delimitação das suas fronteiras.

A responsabilidade pelas opiniões expressas nos artigos assinados, nos estudos e noutros contributos, continua a ser exclusiva dos seus autores e autoras, pelo que a sua publicação não constitui uma aprovação por parte do *Bureau* Internacional do Trabalho das opiniões expressas nos mesmos.

A referência ou não referência a nomes de empresas, produtos ou procedimentos comerciais não implica qualquer opinião favorável ou desfavorável por parte do *Bureau* Internacional do Trabalho.

A informação sobre as publicações e produtos digitais pode ser obtida através de: www.ilo.org/publns.

O relatório *prestação de cuidados: trabalho e profissões para o futuro do trabalho digno* é uma importante contribuição para a Iniciativa do Centenário da OIT Mulheres no Trabalho e para o processo que a OIT está a empreender para orientar o seu trabalho para a justiça social à medida que se aproxima do seu segundo centenário. A Iniciativa do Centenário da OIT Mulheres no Trabalho teve início com a análise das razões pelas quais o progresso na redução das disparidades entre homens e mulheres no mundo do trabalho tem sido lento, e o que necessita ser feito para que ocorra uma verdadeira transformação. Os dados, as investigações, os estudos e os inquéritos, todos conduziram de novo ao trabalho de cuidados.

O trabalho de cuidados, tanto remunerado como não remunerado, encontra-se no cerne da humanidade e das nossas sociedades. As economias dependem do trabalho de cuidados para sobreviver e prosperar. Em todo o mundo, são as mulheres e as raparigas que realizam mais de três quartos do total do trabalho de prestação de cuidados ^{NT} não remunerado, e dois terços dos trabalhadores de cuidados são mulheres. As transformações demográficas, socioeconómicas e ambientais estão a aumentar a procura de trabalhadores de cuidados, que ficam muitas vezes confinados a empregos de baixa qualidade. Se não forem abordados de uma forma adequada, os défices atuais na prestação de serviços de cuidados e a sua qualidade criarão uma grave e insustentável crise de cuidados a nível mundial e aumentarão ainda mais as desigualdades de género no mundo do trabalho.

Quem irá responder às crescentes necessidades de prestação de cuidados no futuro? Em que condições serão prestados os serviços de cuidados não remunerados e remunerados? Que políticas podem ser implementadas para reconhecer, reduzir e redistribuir o trabalho de cuidados não remunerado, criar mais empregos dignos para quem trabalha na prestação de cuidados e garantir a sua representação, o diálogo social e a negociação coletiva? Estas são as questões que, pela primeira vez, são abordadas de forma abrangente, com base numa grande diversidade de estudos e de dados.

O cenário ótimo para o trabalho de cuidados está ao nosso alcance. O presente relatório mapeia um novo roteiro do trabalho de cuidados de qualidade - um trabalho no qual os cuidadores e as cuidadoras não remunerados podem obter um ganho pela prestação de cuidados sem sofrerem elevadas penalizações e ainda que estes trabalhadores tenham acesso a empregos dignos que condicionam a prestação dos serviços de cuidados de qualidade.

O ambiente político propício para alcançar um trabalho de cuidados de qualidade, baseado na igualdade entre mulheres e homens, é específico do contexto em que se insere, mas exequível. Em todos os casos, as políticas de cuidados, macroeconómicas, de proteção social, laborais e de migração necessitam de ser projetadas de forma a produzir resultados positivos tanto para as pessoas que necessitam de cuidados como para as que prestam esses cuidados, sejam ou não pagos. Isto exige o envolvimento de governos, empregadores, trabalhadores e das suas organizações, bem como de representantes dos cuidadores e cuidadoras não remunerados e dos beneficiários de cuidados. Ao fornecer uma imagem mundial da economia dos cuidados do ponto de vista do mundo do traba-

lho, o presente relatório constrói um argumento convincente e baseado em evidências para colocar o trabalho de cuidados de qualidade como uma prioridade nas agendas políticas nacionais. É necessário tomar medidas urgentes para perseguir a via ótima para o trabalho de cuidados, para que exista na sua conceção um futuro do trabalho digno para mulheres e homens.

SHAUNA OLNEY
Responsável
Unidade do Género, Igualdade
e Diversidade e *ILOAIDS*

MANUELA TOMEI
Diretora
Departamento de Condições
de Trabalho e Igualdade

PREFÁCIO	v
AGRADECIMENTOS	xxv
LISTA DE ABREVIATURAS	xxix
SUMÁRIO EXECUTIVO	xxxi
INTRODUÇÃO	1

CAPÍTULO 1. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS: TRABALHO E PROFISSÕES DEFINIÇÕES E ÂMBITO DE APLICAÇÃO **7**

1.1. DEFINIR O TRABALHO DE CUIDADOS E A ECONOMIA DOS CUIDADOS	8
1.1.1. O trabalho de cuidados e a nova definição estatística de «trabalho»	11
1.1.2. O círculo «trabalho de cuidados não remunerado-trabalho remunerado-trabalho de cuidados remunerado»	13
1.1.3. A qualidade do trabalho de cuidados	15
1.2. O TRABALHO DE CUIDADOS NUM MUNDO EM MUDANÇA	17
1.2.1. Um mundo do trabalho em transformação	17
1.2.2. Demografia e necessidades de cuidados em mudança	20
1.3. O TRABALHO DE CUIDADOS, A AGENDA 2030 PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL E O TRABALHO DIGNO	29
1.4. TRABALHO DIGNO NAS ATIVIDADES DE CUIDADOS: UM QUADRO PARA A AÇÃO	34
Notas	39

CAPÍTULO 2. O TRABALHO DE CUIDADOS NÃO REMUNERADO E AS DESIGUALDADES ENTRE MULHERES E HOMENS NO TRABALHO **41**

2.1. O TRABALHO DE CUIDADOS NÃO REMUNERADO E QUEM OS PRESTA	44
2.1.1. Definições e medição	44
2.1.2. A magnitude, a natureza e o valor do trabalho de cuidados não remunerado ..	48
2.1.3. As diferenças entre homens e mulheres na prestação de cuidados não remunerada	59
2.1.4. A intersecção da dimensão de género e outras desigualdades na prestação de cuidados não remunerada	65
2.1.5. Tendências das diferenças entre homens e mulheres na prestação de cuidados não remunerada	75

2.2. TRABALHO DE CUIDADOS NÃO REMUNERADO E DESIGUALDADES ENTRE MULHERES E HOMENS NO MUNDO DO TRABALHO	80
2.2.1. O trabalho de cuidados não remunerado como a principal barreira à participação das mulheres no mercado de trabalhos.	80
2.2.2. Características do emprego das pessoas cuidadoras não remuneradas	94
2.2.3. A qualidade do trabalho das pessoas que prestam cuidados não remunerados.	101
2.3. COMO AS ATITUDES AFETAM AS DESIGUALDADES ENTRE HOMENS E MULHERES NO MUNDO DO TRABALHO	106
2.3.1. Atitudes em relação ao emprego das mulheres	106
2.3.2. Atitudes em relação ao emprego das mães	108
2.3.3. Atitudes em relação às modalidades de conciliação trabalho-família	110
2.3.4. Atitudes em relação ao envolvimento dos homens no trabalho de cuidados não remunerado.	111
OBSERVAÇÕES FINAIS: HARMONIZAR O TRABALHO NÃO REMUNERADO DE CUIDADOS E O EMPREGO VISANDO A IGUALDADE ENTRE HOMENS E MULHERES EM TODAS AS SUAS FORMAS	113
Notas	115

CAPÍTULO 3. POLÍTICAS DE CUIDADOS E TRABALHO DE CUIDADOS NÃO REMUNERADO . . 121

3.1. POLÍTICAS DE CUIDADOS TRANSFORMADORAS	123
3.1.1. Definição de políticas de cuidados	123
3.1.2. Os princípios e direitos fundamentais para as políticas transformadoras de cuidados	125
3.2. DEFENDER AS POLÍTICAS DE CUIDADOS TRANSFORMADORA.	128
3.2.1. Desenvolvimento das crianças	128
3.2.2. A situação das mães em termos de emprego.	130
3.2.3. O envolvimento dos pais nas atividades da família e no cuidado dos filhos . . .	132
3.2.4. Pessoas idosas e pessoas com deficiência.	134
3.2.5. Investimento público em políticas de cuidados e participação de cuidadoras não remuneradas no mercado de trabalho	136
3.3. VISÃO GERAL DAS POLÍTICAS DE CUIDADOS	137
3.3.1. Regimes de licenças	137
3.3.2. Serviços de cuidados	146
3.3.3. Prestações de proteção social relacionadas com os cuidados	159
3.3.4. Modalidades de trabalho favoráveis à família.	165

3.3.5. As infraestruturas relacionadas com os cuidados.	169
3.3.6. Oportunidades e desafios das políticas de cuidados na perspectiva dos empregadores.	172
OBSERVAÇÕES FINAIS: NECESSIDADE DE ACELERAR A IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE CUIDADOS TRANSFORMADORAS E ABRANGENTES	174
Notas.	175
CAPÍTULO 4. TRABALHO E EMPREGO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	181
4.1. O TRABALHO DE CUIDADOS EM TODO O MUNDO	184
4.1.1. O trabalho de cuidados: estimativas mundiais e regionais	186
4.1.2. O trabalho de cuidados: características comuns selecionadas	188
4.2. A MÃO-DE-OBRA DE CUIDADOS POR SETOR	192
4.2.1. Saúde e ação social	192
4.2.2. Educação.	202
4.2.3. Trabalho doméstico	209
4.3. EXPLICAR OS NÍVEIS E A COMPOSIÇÃO DO EMPREGO DAS ATIVIDADES DE CUIDADOS.	214
4.3.1. Grupo 1 – Níveis muito elevados de emprego em setores de cuidados.	216
4.3.2. Grupo 2 – Níveis elevados de emprego em setores de cuidados	221
4.3.3. Grupo 3 - Dependência do trabalho doméstico.	237
4.3.4. Grupo 4 - Níveis médios e baixos de quem presta de cuidados	254
OBSERVAÇÕES FINAIS: CUIDAR TAMBÉM DE QUEM TRABALHA NOS CUIDADOS	265
Notas.	267
CAPÍTULO 5. ATIVIDADES DE CUIDADOS PARA UM MELHOR FUTURO DO TRABALHO.	273
5.1. OBJETIVOS E MÉTODOS.	276
5.1.1. Definir os cenários: uma visão geral.	276
5.1.2. Uma nota sobre os métodos	277
5.2. CRIAÇÃO DE EMPREGO NA EDUCAÇÃO.	279
5.2.1. Objetivos das políticas relativas aos cuidados e ensino da primeira infância. . .	279
5.2.2. Objetivos das políticas relativas ao ensino básico, secundário e superior	281
5.2.3. Resultados da simulação de empregos no ensino	281
5.2.4. Estimativas alargadas do emprego setorial global que abrange todas as categorias profissionais da educação	286

5.3. CRIAÇÃO DE EMPREGO EM CUIDADOS DE SAÚDE E CUIDADOS CONTINUADOS	287
5.3.1. Objetivos das políticas relativas aos cuidados de saúde	288
5.3.2. Resultados da simulação de empregos na área dos cuidados de saúde	290
5.3.3. Objetivos das políticas relativas aos cuidados continuados	292
5.3.4. Resultados da simulação de empregos na área dos cuidados continuados.	295
5.3.5. Estimativas alargadas do emprego setorial geral que abrange todas as categorias dos profissionais de saúde	296
5.4. CRIAÇÃO DE EMPREGO TOTAL NOS SETORES DOS CUIDADOS	297
5.4.1. Resultados combinados da simulação de empregos na área dos cuidados.	297
5.4.2. Despesas e receitas fiscais: resultados da simulação de empregos na área dos cuidados.	298
5.4.3. Repartição por sexo dos empregos na simulação.	300
5.5. RESUMO DOS RESULTADOS DA SIMULAÇÃO.	301
OBSERVAÇÕES FINAIS: O CENÁRIO ÓTIMO PARA O TRABALHO DE CUIDADOS.	305
Notas.	307
 CAPÍTULO 6. UM CENÁRIO ÓTIMO PARA CUIDAR DO FUTURO DO TRABALHO DIGNO	311
6.1. UM AMBIENTE POLÍTICO PROPÍCIO PARA UM CENÁRIO ÓTIMO PARA O TRABALHO DE CUIDADOS	312
6.2. RECOMENDAÇÕES E MEDIDAS POLÍTICAS PARA UM CENÁRIO ÓTIMO PARA O TRABALHO DE CUIDADOS	314
6.2.1. Reconhecer, reduzir e redistribuir o trabalho de cuidados não remunerado	314
6.2.2. Mais emprego e trabalho digno para os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados, incluindo migrantes.	343
6.2.3. Representação, diálogo social e negociação coletiva	357
OBSERVAÇÕES FINAIS: O TRABALHO DE CUIDADOS E OS TRABALHADORES E TRABALHADORAS DE CUIDADOS PARA O FUTURO DO TRABALHO DIGNO.	363
Notas.	365
 ANEXOS	369
A.1. NORMAS INTERNACIONAIS DO TRABALHO RELACIONADAS COM AS ATIVIDADES DOS CUIDADOS	369
A.2. ESTRUTURA DEMOGRÁFICA	384
A.2.1. Rácios de dependência das atividades de cuidados	391

A.3. TRABALHO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NÃO REMUNERADO E DESIGUALDADE DE GÉNERO NO TRABALHO	401
A.4. TRABALHO E EMPREGO NAS ATIVIDADES DE CUIDADOS: METODOLOGIA E DADOS.	444
A.4.1. Operacionalizar as definições na área dos cuidados	444
A.4.2. Estimativa da mão-de-obra mundial das atividades de cuidados	445
A.4.3. Análise de grupo	450
A.5. CRIAÇÃO DE EMPREGO: ESTIMATIVAS NACIONAIS DAS ENTRADAS E SAÍDAS	457
A.6. GRUPOS POR REGIÃO E RENDIMENTO	463
A.7. INQUÉRITOS À POPULAÇÃO ATIVA E AOS AGREGADOS FAMILIARES E AOS USOS DO TEMPO	471
Notas	480
BIBLIOGRAFIA	485

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.1. O círculo «trabalho de cuidados não remunerado-trabalho remunerado-trabalho de cuidados remunerado».	14
Figura 1.2. População em idade ativa por tipo de família, último ano disponível (percentagens)	21
Figura 1.3. Proporção de pessoas idosas, com mais de 65 anos, que vivem com crianças com menos de 15 anos, 2006-12	22
Figura 1.4. População em idade ativa a viver em famílias monoparentais, por sexo da pessoa adulta, último ano disponível (percentagens)	24
Figura 1.5. Rácios de dependência de cuidados, 2000, 2015 e 2030 (percentagens)	27
Figura 1.6. Um ambiente propício à realização do cenário ótimo para o trabalho de cuidados.	35
Figura 1.7. Um cenário ótimo para os cuidados para o futuro do trabalho digno: quadros analítico e estratégico	38

Figura 2.1.	Tempo dedicado às três principais categorias de trabalho de cuidados não remunerado, baseado na atividade principal, último ano disponível	50
Figura 2.2.	Prestadores de serviços para consumo próprio por sexo e grupo de atividade, Camboja, 2010.	52
Figura 2.3.	Minutos dedicados diariamente a cuidados a crianças, por sexo, último ano disponível	54
Figura 2.4.	Valor do trabalho de cuidados não remunerado em percentagem do PIB, PPP USD 2011, por sexo, último ano disponível	56
Figura 2.5.	Proporção de crianças a cargo de pessoas cuidadoras não remuneradas (que não a mãe ou o pai) durante pelo menos uma hora durante a semana, por faixa etária, 2014.	58
Figura 2.6.	Repartição entre homens e mulheres do trabalho remunerado, do trabalho de cuidados não remunerado e do trabalho total entre as pessoas inquiridas em idade ativa: média mundial, por sexo, último ano disponível	60
Figura 2.7.	Parte total do trabalho de cuidados não remunerado, por sexo, último ano disponível	61
Figura 2.8.	Tempo dedicado diariamente ao trabalho de cuidados não remunerado, trabalho remunerado e trabalho total, por sexo, região e grupo de rendimento, último ano disponível	62
Figura 2.9.	Relação entre a diferença entre homens e mulheres no trabalho de cuidados não remunerado e a participação na força de trabalho, último ano disponível	65
Figura 2.10.	Tempo despendido ao trabalho de cuidados não remunerado, por sexo e localização (urbana/rural), último ano disponível	66
Figura 2.11.	Figura 2.11. Tempo despendido ao trabalho de cuidados não remunerado por faixa etária, 74 último ano disponível	68
Figura 2.12.	Proporção de crianças que realizam trabalho de cuidados não remunerado (tarefas domésticas), por sexo, faixa etária e horas por semana, 2016.	70
Figura 2.13.	Tempo despendido em trabalho de cuidados não remunerado por nível de escolaridade e por sexo, último ano disponível	72
Figura 2.14.	Tempo despendido ao trabalho de cuidados não remunerado por sexo e estado civil, último ano disponível	73
Figura 2.15.	Tempo dedicado ao trabalho de cuidados não remunerado por sexo, presença e idade dos filhos no agregado familiar, último ano disponível.	74
Figura 2.16.	Tendências no tempo despendido ao trabalho de cuidados não remunerado e trabalho remunerado, por sexo, 1997 e 2012	76
Figura 2.17.	Alteração anual dos minutos dedicados diariamente ao trabalho de cuidados não remunerado, por sexo, 1997 e 2012	77
Figura 2.18.	Situação face ao emprego de pessoas prestadoras de cuidados não remunerados e de pessoas sem responsabilidades familiares, por sexo, último ano disponível	83
Figura 2.19.	Diferença entre a proporção de mulheres cuidadoras fora do mercado	

de trabalho e de mulheres não cuidadoras, taxa de pobreza <i>per capita</i> de 1,90 dólares por dia, último ano disponível	84
Figura 2.20. Cuidadoras não remuneradas, por local de residência e situação no emprego, último ano disponível	85
Figura 2.21. Impacto da presença de filhos com menos de 6 anos de idade e de pessoas idosas na família e taxa de atividade, por sexo, último ano disponível	86
Figura 2.22. Probabilidade de estar no mercado de trabalho, por sexo e composição da família (em comparação com pessoas sós), último ano disponível	89
Figura 2.23. Percentagem de pessoas inativas, por sexo, e principal razão para estar fora do mercado de trabalho, último ano	92
Figura 2.24. Percentagem de pessoas cuidadoras não remuneradas e de pessoas que não vivem com quem beneficia de cuidados na população empregada, por sexo (percentagens), último ano disponível	94
Figura 2.25. Taxas de emprego de mulheres e homens com e sem filhos de 0 a 5 anos, último ano disponível	95
Figura 2.26. Diferença no emprego relacionada com a parentalidade, último ano disponível (pontos percentuais)	96
Figura 2.27. Diferenciais nas taxas de emprego das mulheres que vivem com dependentes e das mulheres que vivem sem dependentes (países que apresentam um diferencial entre mães e mulheres sem filhos abaixo do 30.º percentil), último ano disponível	97
Figura 2.28. Duração semanal do trabalho remunerado, por sexo e número de filhos com menos de seis anos, último ano disponível	99
Figura 2.29. Situação no emprego das pessoas que prestam cuidados não remunerados e das pessoas que não vivem com quem beneficia de cuidados, por sexo e situação no mercado de trabalho e, último ano disponível	102
Figura 2.30. Natureza informal ou formal do emprego principal das pessoas que prestam cuidados não remunerados e pessoas que não vivem com beneficiários de cuidados, por sexo, último ano disponível	103
Figura 2.31. Contribuição para a segurança social de pessoas que prestam cuidados não remunerados e trabalhadores (as) por conta própria que não vivem com beneficiários de cuidados, por sexo, último ano disponível	104
Figura 2.32. Principais dificuldades com que se debatem as mulheres em empregos remunerados, 2016	108
Figura 2.33. Preferências quanto à conciliação trabalho-família (percentagens), 2011–14.	110
Figura 3.1. Princípios fundamentais de apoio para as políticas de cuidados transformadoras	126
Figura 3.2. Percentagem de crianças entre os 36-59 meses em processo de desenvolvimento adequado, e taxa de frequência de crianças na educação pré-escolar, último ano disponível	129
Figura 3.3. Perceção das medidas para apoiar o envolvimento dos homens, 2014.	133

Figura 3.4.	Duração das licenças remuneradas para pais, e rácio homens-mulheres do tempo despendido em tarefas domésticas e de cuidados não remunerado, 2015-16	135
Figura 3.5.	Despesa pública em cuidados continuados em percentagem do PIB e esperança de vida aos 60 anos em 45 países, por sexo, 2010-15	135
Figura 3.6.	Despesa pública em políticas de cuidados selecionadas em percentagem do PIB e taxa de emprego das mulheres com responsabilidades de cuidados, último ano disponível	137
Figura 3.7.	Percentagem de países que cumprem as normas da OIT relativas à duração da licença de maternidade, pagamento e fonte das prestações pecuniárias, por região, 2016	139
Figura 3.8.	Países que concedem licenças pagas por lei ou não pagas aos pais pelo nascimento de um filho, segundo a duração (dias), 2016	141
Figura 3.9.	Preferências em termos de licença entre mães e pais, 2011-14 (percentagens)	142
Figura 3.10.	Proporção de tempo durante o primeiro ano da criança no qual os custos relacionados com a parentalidade são partilhados entre o Estado (segurança social), os empregadores e as famílias, último ano disponível	143
Figura 3.11.	Taxas brutas de matrícula em programas ECCE, 2015	147
Figura 3.12.	Taxas brutas de matrículas na educação pré-escolar, 2015	148
Figura 3.13.	Preferências em matéria de cuidados às crianças, 2011-14 (percentagens) . .	150
Figura 3.14.	Beneficiários de cuidados continuados por tipo de serviço e idade, último ano disponível	157
Figura 3.15.	Prestação de ajuda doméstica a pessoas idosas, preferências 2011-14 (percentagens).	158
Figura 3.16.	Regimes fiscais que permitem benefícios fiscais relativos ao pagamento de cuidados a crianças, 2018	161
Figura 3.17.	Disposições em matéria de regimes de horário de trabalho na União Europeia, 2015 (percentagens).	167
Figura 3.18.	População sem acesso a infraestruturas básicas por região do mundo, 2014-15	170
Figura 4.1.	Trabalho de cuidados em percentagem do emprego total, por sexo e região . .	187
Figura 4.2.	Penalizações/prémios salariais para o trabalho de cuidados, conclusões empíricas selecionadas, por sexo.	190
Figura 4.3.	Relação entre a mão-de-obra na saúde e ação social em percentagem do emprego total e PIB <i>per capita</i>	192
Figura 4.4.	Relação entre a mão-de-obra na saúde e ação social, percentagem do emprego total e PIB e despesa em saúde em percentagem do PIB.	194
Figura 4.5.	Diferenças salariais em profissões selecionadas em comparação com o pessoal médico, 2011	195

Figura 4.6.	Relação entre a mão-de-obra na educação em percentagem do emprego total, PIB <i>per capita</i> e taxa de pobreza <i>per capita</i>	202
Figura 4.7.	Salários anuais de docentes com 15 anos de experiência em percentagem do PIB <i>per capita</i> , 2015	205
Figura 4.8.	Relação entre trabalho doméstico em percentagem do emprego total e PIB <i>per capita</i> e índice de Gini	210
Figura 4.9.	Emprego na prestação de cuidados em percentagem do emprego total, por região e sexo	215
Figura 4.10.	Modelos de emprego relacionado com as atividades de cuidados cuidados . . .	216
Figura 4.11.	Perfis do nível de escolaridade de profissionais de cuidados na educação e na saúde e ação social	218
Figura 4.12.	Percentagem de pessoas de origem estrangeira na prestação de cuidados na educação e na saúde e ação social	220
Figura 4.13.	Percentagem de emprego público/privado na educação e na saúde e ação social, Canadá e Estados Unidos da América	222
Figura 4.14.	Nível de habilitações no setor da educação, saúde e ação social	226
Figura 4.15.	Percentagem de pessoas de origem estrangeira a prestar serviços de cuidados na educação e na saúde e ação social	227
Figura 4.16.	Perfis do nível de escolaridade do pessoal que presta cuidados	233
Figura 4.17.	Percentagem de trabalhadoras domésticas de origem estrangeira (empregadas por famílias)	234
Figura 4.18.	Proporção de profissionais de cuidados por conta de outrem informais na educação e na saúde e ação social, por sexo	236
Figura 4.19.	Proporção de emprego público e privado na educação e na saúde e ação social, por sexo.	243
Figura 4.20.	Percentagem de trabalhadores em situação de emprego informal na saúde e ação social, por sexo.	244
Figura 4.21.	Proporção de trabalhadoras domésticas em situação de emprego informal (a trabalhar para famílias)	245
Figura 4.22.	Horas semanais trabalhadas, trabalhadoras domésticas (a trabalhar para famílias)	246
Figura 4.23.	Proporção de trabalho de cuidados no emprego público e privado na educação e na saúde e ação social, por sexo	251
Figura 4.24.	Proporção de emprego informal no trabalho de cuidados na educação e na saúde e ação social, por sexo.	252
Figura 4.25.	Proporção de trabalhadoras domésticas em situação de emprego informal (empregadas por famílias)	253

Figura 4.26.	Horas semanais trabalhadas, trabalhadoras domésticas (empregadas por famílias)	253
Figura 4.27.	Trabalho de cuidados no emprego público e privado na educação e na saúde e ação social, por sexo	256
Figura 4.28.	Proporção de emprego informal no trabalho de cuidados por conta de outrem na educação e na saúde e ação social, por sexo	257
Figura 4.29.	Perfis do nível de escolaridade do trabalho de cuidados na educação e na saúde e ação social.	260
Figura 4.30.	Proporção de trabalho de cuidados no emprego público e privado na educação e na saúde e ação social, por sexo	262
Figura 4.31.	Proporção de emprego informal no trabalho de cuidados na educação e na saúde e ação social, por sexo	263
Figura 4.32.	Horas semanais trabalhadas, trabalhadoras domésticas (empregadas por famílias)	264
Figura 5.1.	O círculo virtuoso do investimento na economia dos cuidados	274
Figura 5.2.	Número de empregos diretos e indiretos criados na educação	283
Figura 5.3.	Número de empregos diretos e indiretos gerados na educação, cenário ótimo, por sexo.	284
Figura 5.4.	Alocação da despesa adicional por subsetor da educação no cenário ótimo (percentagens).	285
Figura 5.5.	Alocação do emprego adicional por subsetor da educação no cenário ótimo (percentagens).	285
Figura 5.6.	Número expandido de empregos na educação - 2015 face a 2030, cenário <i>status quo</i> e cenário ótimo	287
Figura 5.7.	Criação de empregos em cuidados de saúde por empregos diretos e indiretos	291
Figura 5.8.	Distribuição de emprego adicional em cuidados de saúde, por sexo.	292
Figura 5.9.	Cuidados continuados: criação de empregos e proporções por país	295
Figura 5.10.	Emprego no setor da saúde e ação social - 2015 face a 2030, cenário <i>status quo</i> e cenário ótimo.	296
Figura 5.11.	Emprego total relacionado com os cuidados e emprego conexo em 2015 e 2030, cenário <i>status quo</i> e cenário ótimo.	297
Figura 5.12.	Despesa total com cuidados, por setor.	299
Figura 5.13.	Percentagem de mulheres no total do emprego, por setor	301
Figura 5.14.	Resumo dos resultados da simulação	302

Figura 6.1. O quadro dos cinco R para o trabalho de cuidados digno: alcançar o cenário ótimo para o trabalho de cuidados com igualdade entre homens e mulheres	313
Figura A.4.1. Exemplo de análise de grupo completa	451
Figura A.4.2. Dendograma da análise tipológica	456

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.1. O trabalho de cuidados e a sua relação com a Resolução I da 19. ^a ICLS, ICATUS 2016 e o SCN 2008	12
Quadro 3.1. Visão geral das políticas de cuidados	124
Quadro 3.2. Proteção da maternidade, serviços ECCE e situação das mães no emprego, por região, 2015-16 (percentagens)	131
Quadro 4.1. Mão-de-obra na saúde e ação social em percentagem da mão-de-obra total, emprego de homens e mulheres por região e sexo, e grau de feminização por região	193
Quadro 4.2. Profissionais de saúde nas comunidades locais por densidade, média de idade e proporção de mulheres	201
Quadro 4.3. Mão-de-obra na educação em proporção do emprego total, por região e sexo e grau de feminização por região	203
Quadro 4.4. Trabalhadores/as domésticos/as (empregados por famílias) em proporção do emprego total, homens e mulheres, por região e sexo e taxa de feminização por região	209
Quadro 5.1. Resumo dos parâmetros do setor da educação: cenário <i>status quo</i> (SQ) face ao cenário ótimo (CO)	282
Quadro 5.2. Setor da educação: geração de emprego e despesas de acordo com o cenário <i>status quo</i> face ao cenário ótimo	283
Quadro 5.3. Resumo dos parâmetros do setor dos cuidados de saúde: cenário <i>status quo</i> face ao cenário ótimo	289
Quadro 5.4. Setor dos cuidados de saúde: geração de emprego e despesas de acordo com o cenário <i>status quo</i> face ao cenário ótimo	291
Quadro 5.5. Resumo dos parâmetros dos cuidados continuados: cenário <i>status quo</i> face ao cenário ótimo	294
Quadro A.1.1. Normas internacionais do trabalho relacionadas com as atividades dos cuidados	369
Quadro A.2.1. População em idade ativa por tipo de família (percentagens), último ano disponível	384
Quadro A.2.2. População em idade ativa a viver em famílias monoparentais, por sexo do/a cabeça de casal (percentagens), último ano disponível	388

Quadro A.2.3.	Rátios de dependência de cuidados (percentagens), 2000, 2015, e 2030	392
Quadro A.3.1.	Tempo despendido nas três principais categorias de trabalho de prestação de cuidados não remunerado e em trabalho remunerado (minutos por dia) e proporção de trabalho de prestação de cuidados não remunerado, por sexo (percentagens), último ano disponível.	401
Quadro A.3.2.	Tendências do tempo despendido no trabalho de prestação de cuidados não remunerado e trabalho remunerado, por sexo (minutos diários), 1997 e 2012	406
Quadro A.3.3.	Cuidadores/as não remunerados/as e pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados, por sexo e situação no mercado de trabalho (percentagens), último ano disponível.	408
Quadro A.3.4.	Cuidadoras não remuneradas, por local de residência e situação face ao emprego (percentagens), último ano disponível	413
Quadro A.3.5.	Determinantes da participação no mercado de trabalho, coeficientes estimados num modelo de regressão linear, por sexo, último ano disponível Quadro A: Presença de crianças com menos de seis anos e pessoas idosas em casa	416
Quadro A.3.6.	Percentagem de pessoas inativas, por sexo, e principal razão para a inatividade, último ano disponível	419
Quadro A.3.7.	Percentagem de Cuidadores/as não remunerados/as e pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados na população empregada, por sexo (percentagens), último ano disponível.	422
Quadro A.3.8.	Situação face ao emprego de mulheres e de homens com e sem filhos com idades entre os 0 e os 5 anos (percentagens), último ano disponível	425
Quadro A.3.9.	Duração de trabalho semanal, por sexo e número de filhos com menos de seis anos, último ano disponível.	430
Quadro A.3.10.	Pessoas cuidadoras não remuneradas e pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados, por sexo e situação na profissão (ISCE-93) (percentagens), último ano disponível.	433
Quadro A.3.11.	Natureza informal ou formal do emprego principal de pessoas cuidadoras não remuneradas e pessoas que não coabitam com quem beneficia de cuidados, por sexo (percentagens), último ano disponível.	438
Quadro A.3.12.	Pessoas cuidadoras não remuneradas e pessoas que não coabitam com quem beneficia de cuidados, por sexo e contribuição para a segurança social (percentagens), último ano disponível.	441
Quadro A.4.1.	Estimativas mundiais e regionais da mão-de-obra dedicada à prestação de cuidados, por região e sexo (em milhares), 2018.	449
Quadro A.4.2.	Proporção de trabalhadores/as de prestação de cuidados em proporção do total de empregado/as (percentagens), último ano disponível	452

Quadro A.5.1.	Custos do alargamento dos serviços de cuidados baseados nos países num cenário <i>status quo</i> (SQ) e num cenário ótimo	457
Quadro A.5.2.	Criação de emprego direto na saúde, cuidados continuados e educação em 2030 e criação de emprego suplementar na saúde e ação social e na educação em 2030, como resultado do investimento em serviços de cuidados, por país (empregos, em milhares).	460
Quadro A.6.1.	Grupos por país, região, sub-região e rendimento.	463
Quadro A.7.1.	Lista dos inquéritos à população ativa e aos agregados familiares, por país e ano, microdados * Ordenado de acordo com a versão original	471
Quadro A.7.2.	Inquéritos aos usos do tempo, microdados.	478

LISTA DE CAIXAS

Caixa 1.1.	A definição das formas de trabalho da ICLS	11
Caixa 1.2.	Pessoas idosas a coabitar com crianças	22
Caixa 1.3.	O Quadro Triplo R revisitado: reconhecer, reduzir e redistribuir o trabalho de cuidados não remunerado e compensar e representar os trabalhadores e trabalhadoras de prestação de cuidados	30
Caixa 1.4.	A contribuição de um cenário ótimo para o trabalho de cuidados no sentido de atingir os ODS	31
Caixa 1.5.	Normas internacionais do trabalho relacionadas com os cuidados	33
Caixa 2.1.	As definições de trabalho de cuidados não remunerado na Resolução I da 19.ª ICLS e da ICATUS 2016 em paralelo.	46
Caixa 3.1.	Perceções das medidas para apoiar o envolvimento dos homens no trabalho de cuidados não remunerado na Europa	133
Caixa 3.2.	A opinião pública é de uma forma geral favorável a que os homens utilizem as licenças	142
Caixa 3.3.	Harmonizar os direitos a licenças e o acesso a serviços de cuidados e ensino da primeira infância: exemplos de países nórdicos.	149
Caixa 3.4.	As preferências quanto aos cuidados a crianças variam entre regiões e grupos sociais.	150
Caixa 3.5.	Na Europa as perceções das pessoas sobre os serviços de cuidados e ensino da primeira infância estão relacionadas com as taxas de emprego das mulheres	154
Caixa 3.6.	Expectativa de apoio extrafamiliar para os serviços domésticos diários das pessoas idosas dependentes	157
Caixa 4.1.	Definir a mão-de-obra de cuidados	185
Caixa 4.2.	Pessoas com deficiência: Assistentes pessoais e vida independente.	199
Caixa 4.3.	Uma associação cooperativa de cuidados ao domicílio.	200

Caixa 4.4.	Comparabilidade de dados entre 2013 e 2016 e estimativas atuais	209
Caixa 4.5.	Recrutamento por intermediário para trabalho doméstico.	213
Caixa 4.6.	Trabalho doméstico migrante em Estocolmo.	221
Caixa 4.7.	A utilização de robôs no Japão para apoiar o trabalho de cuidados.	224
Caixa 4.8.	Contratos de zero horas e pessoas cuidadoras no Reino Unido.	229
Caixa 4.9.	Estratificação entre profissionais de cuidados continuados na Eslovênia . .	237
Caixa 4.10.	Países do CCG: trabalho doméstico migrante e o sistema <i>kafala</i>	239
Caixa 4.11.	Famílias transnacionais	250
Caixa 6.1.	Avanços na mensuração do trabalho de cuidados não remunerado: o caso da Colômbia	315
Caixa 6.2.	Construir escolas é o primeiro passo para aumentar o acesso à educação	319
Caixa 6.3.	Enfrentar as alterações climáticas com empregos verdes e políticas sensíveis aos cuidados.	319
Caixa 6.4.	Programas de obras públicas que têm em conta as atividades de cuidados: exemplos da Índia, Etiópia e África do Sul	322
Caixa 6.5.	Envolver os homens nos cuidados a crianças no Brasil, Indonésia, Ruanda e África do Sul com o <i>Men Care+</i>	326
Caixa 6.6.	Progressos na cobertura universal dos cuidados de saúde	327
Caixa 6.7.	Educação e proteção na primeira infância e trabalhadoras na economia informal: lições retiradas das experiências do Chile, México e Índia	330
Caixa 6.8.	Iniciativa <i>WIEGO's Childcare</i> : melhorar as opções de cuidados a crianças para as trabalhadoras na economia informal	331
Caixa 6.9.	Medidas amigas da família: o caso da Danone	333
Caixa 6.10.	Regimes de pensões que compensam o trabalho de cuidados não remunerado prestado pelas pessoas cuidadoras	337
Caixa 6.11.	Princípios básicos de regimes de licença adaptados às atividades de cuidados transformadores em termos de igualdade entre homens e mulheres.	340
Caixa 6.12.	Soluções em matéria de políticas para alargar a proteção da maternidade às mulheres na economia informal.	341
Caixa 6.13.	Proposta de Diretiva da União Europeia relativa à conciliação entre a vida profissional e pessoal 2017	342
Caixa 6.14.	Reformas legais recentes que alargam o reconhecimento dos direitos dos trabalhadores e trabalhadoras domésticas.	344
Caixa 6.15.	O papel crucial dos sindicatos na promoção da igualdade salarial no trabalho de prestação de cuidados: caso histórico na Nova Zelândia	346

Caixa 6.16.	Tornar o trabalho formal: o caso de uma cooperativa de trabalhadores de cuidados em Trindade e Tobago.	347
Caixa 6.17.	Cooperativas de cuidados que prestam serviços aos beneficiários de cuidados e melhores condições de trabalho exemplos selecionados.	349
Caixa 6.18.	Reduzir a segregação profissional em cuidados e ensino da primeira infância: medidas inovadoras adotadas pelo Governo flamengo	352
Caixa 6.19.	Recrutamento justo de docentes: lições retiradas do protocolo de recrutamento de docentes da <i>Commonwealth</i>	356
Caixa 6.20.	Desenvolver capacidades através de novas formas de promoção: o caso da figura de assistentes pessoais na Finlândia	358
Caixa 6.21.	Negociação coletiva ao nível dos estados: o caso dos trabalhadores domésticos no Illinois e na Califórnia	360
Caixa 6.22.	Reconhecer as necessidades de cuidados na América Latina: exemplos: do Uruguai e Costa Rica	362

AGRADECIMENTOS

O presente relatório é o resultado de um enorme esforço de colaboração em toda a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e uma importante contribuição para a Iniciativa do Centenário Mulheres no Trabalho e a Iniciativa do Centenário Futuro do Trabalho da OIT. Foi preparado pela Unidade de Género, Igualdade e Diversidade e *ILOAIDS* (GED), Divisão do Departamento de Condições no Trabalho e Igualdade (*WORKQUALITY*) da OIT, sob a supervisão geral de Shauna Olney e Manuela Tomei.

O relatório foi coordenado por Laura Addati, e elaborado conjuntamente por Umberto Cattaneo, Valeria Esquivel e Isabel Valarino. A extensa pesquisa e a recolha, processamento e análise dos dados foram preparados por Umberto Cattaneo, Devora Levakova e Carlotta Nani.

Teve por base uma série de estudos de fundo realizados por um conjunto de especialistas internacionais: Jayati Ghosh (Universidade Jawaharlal Nehru), *Decent work and the care economy: Recognizing, reducing, redistributing, representing and rewarding care work*; Jacques Charmes (Instituto de Investigação e Desenvolvimento), *The Unpaid Care Work and the Labour Market: An analysis of time-use data based on the latest World Compilation of Time-use Surveys*; Amelita King-Dejardin, consultora independente e antiga funcionária da OIT, *The social construction of migrant care work: At the intersection of care, migration and gender*; Ipek Ilkcaracan (Universidade Técnica de Istambul) e Kijong Kim (Instituto de Economia Levy da Universidade de Bard), *The employment generation impact of meeting SDG targets in early childhood care, education, health and long-term care in 45 countries*; Marcello Montefiori (Universidade de Génova) com as contribuições de Umberto Cattaneo e Margherita Licata da OIT, *The impact of HIV on care work and the care workforce*; e Tom Shakespeare (Universidade de East Anglia) e Fiona Williams (Universidade de Leeds), *Care and assistance: Issues for persons with disabilities, women and care workers*. Além disso, Claire Hobden, da OIT, contribuiu extensivamente para as secções sobre o trabalho doméstico.

O relatório foi também enriquecido pelos contributos substanciais e pelas discussões geradas no âmbito do painel *Reconhecer, Reduzir e Redistribuir o Trabalho de Cuidados*, durante a Conferência Plataforma de Direitos Humanos OIT-Oxford *A Better Future for Women at Work: Legal and Policy Strategies* (Oxford, maio de 2017); assim como no plenário sobre *Trabalho de cuidados e os trabalhadores de cuidados para o futuro do trabalho digno* na Conferência Regulamentar a Investigação relativa ao Trabalho Digno da OIT (Genebra, julho de 2017). Agradecemos estas contribuições a Shahrashoub Razavi (ONU Mulheres), Valeria Esquivel (OIT), Juliana Martinez Franzoni (Universidade da Costa Rica), Ito Peng (Universidade de Toronto), Fiona Williams (Universidade de Leeds); assim como a Susan Himmelweit (Universidade Aberta), Elissa Braunstein (Universidade do Estado do Colorado), Chidi King (CSI), Eleonore Kofman (Universidade de Middlesex) e Magdalena Sepúlveda (UNRISD).

A equipa gostaria de agradecer a todos os que tornaram este relatório possível, particularmente os valiosos comentários, contribuições e ideias de revisores internos anónimos, assim como a vários colegas do BIT que devem ser reconhecidos: Manuela Tomei (*WORKQUALITY*); Shauna Olney, Syed Mohammed Afsar, Petter Anthun, Rishabh Dhir, Mai Hattori, Susan Maybud, Martin Oelz, Emanuela Pozzan, Esteban Tromel e Brigitte Zug-Castillo (GED); Philippe Marcadent, Patrick Belser, Janine Berg, Florence Bonnet e Claire Hobden (Divisão de Mercados de Trabalho Inclusivos, Relações Laborais e Condições de Trabalho); Michelle Leighton, Maria Gallotti e Katherine Landuyt (Divisão de Migração Laboral); Jae-Hee Chang (*Bureau* para as Atividades dos Empregadores); Sangheon Lee (Departamento de Políticas de Emprego); Maria Teresa Gutierrez (Programa de Investimento Intensivo no Emprego); Matthieu Charpe (Divisão de Desenvolvimento e Investimento); Anne Drouin, Cristina Lloret e Hiroshi Yamabana (Programa Mundial sobre Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais); Simel Esim e Mina Waki (Unidade de Cooperativas); Moustapha Kamal Gueye (Iniciativa Empregos Verdes); Federico Blanco e Michaelle De Cock (Divisão para os Princípios e Direitos Fundamentais no Trabalho); Pablo Arellano (Unidade de Legislação Laboral e Reforma); Jordi Agusti-Panareda, Xavier Beaudonnet, Karen Curtis e Anna Torriente (Programa para a Liberdade de Associação); Alessandro Chiarabini, Claire Marchand-Campmas, Erica Martin, Emmanuelle Saint-Pierre Guilbault e Deepa Rishikesh (Programa para a Proteção Social e Condições de Trabalho); Stefania Errico (Departamento das Normas Internacionais do Trabalho); Damian Grimshaw, Uma Rani Amara, Marva Corley-Coulibaly, Elizabeth Echeverria Manrique, Ekkehard Ernst, Carla Henry, Takhmina Karimova, Takaaki Kizu, Stefan Kuehn, Pelin Sekerler Richiardi e Christian Viegelahn (Departamento de Investigação); Akira Isawa, Oliver Liang, Margherita Licata e Christiane Wiskow (Departamento de Políticas Setoriais); Christina Behrendt, Markov Kroum e Xenia Scheil-Adlung (Departamento de Proteção Social); Rafael Diez de Medina, Elisa Benes, Monica Castillo, Roger Gomis, Edgardo Greising, David Hunter, Steven Kapsos, Yves Perardel, Ritash Sarna, Marie-Claire Sodergren, Theodoor Sparreboom e Kieran Walsh (Departamento de Estatística).

Gostaríamos de exprimir a nossa gratidão pelos comentários, contribuições e apoio significativos dos especialistas da OIT dos Escritórios locais da OIT: Maria Arteta (OIT San José); Fabio Bertranou e a sua equipa (OIT Santiago); Maria José Chamorro (OIT Lima); Christoph Ernst (OIT Buenos Aires); Audrey Le Guével e a sua equipa (OIT Bruxelas); Aya Matsuura (OIT Nova Deli); Mariko Ouchi (OIT Budapeste), Anne Caroline Posthuma (OIT Brasília) e Joni Simpson (OIT Bangucoque).

O relatório beneficiou também dos comentários de colegas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO): Giorgio Cometto, Tana Wulijit, Khassoum Diallo, os membros da Unidade de Gestão de Dados, Evidências e Conhecimento do Departamento de Pessoal de Saúde (OMS) e Yoshie Kaga (UNESCO). Agradecemos também a Elisabeth Tang e ao Comité Executivo da Federação Internacional de Trabalhadores Domésticos (IDWF).

Gostaríamos de agradecer a Raphaël Crettaz, Gian Franco Danesi e à equipa da Secção de Produção de Documentos e Publicações, Impressão e Distribuição; Joelle Baille, Indira Bermúdez, Susana Cardoso e à equipa da biblioteca da OIT; Adam Bowers, Chris Edgar, Inês Gomes, Rosalind Yarde, Jean-Luc Martinage, Hans von Rohland e à equipa

do Departamento de Comunicação e Informação Pública da OIT em Genebra; e a outros Escritórios da OIT pela coordenação do lançamento do relatório e atividades de comunicação relacionadas em todo o mundo. Um agradecimento pelo apoio de Sylvie Layous e da equipa de Estágio da OIT; Maria Ibarz Lopez, Janet Pennington e Rasha Tabbara (*WORKQUALITY*); e Jane Barney e Veronica Rigottaz (GED).

Por último, o presente relatório não teria sido possível sem o apoio financeiro do Governo da Flandres e da Agência Sueca de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (SIDA).

LISTA DE ABREVIATURAS

BIT	<i>Bureau</i> Internacional do Trabalho
CCG	Conselho de Cooperação do Golfo
CEDAW	Convenção das Nações Unidas sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres
CEPAL	Comissão Económica para a América Latina e Caraíbas
CSI	Confederação Internacional de Sindicatos
CTRP	Protocolo de Recrutamento de Professores da <i>Commonwealth</i>
ECCE	Serviços de cuidados e educação da primeira infância
ECDI	Índice de desenvolvimento durante a primeira infância
ECED	Desenvolvimento educacional durante a primeira infância
EISS	Segurança social relativa a acidentes de trabalho
EPSU	Federação dos Sindicatos Europeus de Serviço Público
EPT	Educação para Todos
FAT	Formas atípicas de emprego
FMI	Fundo Monetário Internacional
GLWA	Aliança Mundial dos Trabalhadores do Setor da Saúde
ICATUS	Classificação Internacional de Atividades de Uso do Tempo
ICLS	Conferência Internacional dos Estatísticos do Trabalho
ISCED	Classificação Internacional Tipo da Educação
ISSP	Programa de Inquérito Social Internacional
LTC	Cuidados continuados (<i>long term care</i>)
METI	Ministério da Economia, Comércio e Indústria (Japão)
OCDE	Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAM	Programa Alimentar Mundial
PISA	Programa Internacional de Avaliação de Alunos
PPP	Paridade do Poder de Compra

RSE	Responsabilidade Social das Empresas
SAS	Saúde e Ação social
SCN	Sistema de Contas Nacionais
SEWA	Associação das Mulheres Trabalhadoras Independentes (Índia)
SQ	<i>Status quo</i> (cenário)
SSBC	Seguro de saúde com base na comunidade
SST	Segurança e Saúde no Trabalho
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
TMC	Transferências monetárias condicionadas
UE	União Europeia
UIP	União Interparlamentar
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UNHLP	Painel de Alto Nível sobre o Empoderamento Económico das Mulheres do Secretário-Geral das Nações Unidas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNRISD	Instituto de Investigação das Nações Unidas para o Desenvolvimento Social
WIEGO	Mulheres em situação de emprego informal: globalização e organização

SUMÁRIO EXECUTIVO

Prestação de cuidados: trabalho e profissões para o futuro do trabalho digno

O trabalho de cuidados, tanto remunerado como não remunerado, é de importância vital para o futuro do trabalho digno. O crescimento da população, o envelhecimento das sociedades, as transformações das famílias, a secundarização das mulheres nos mercados de trabalho e as lacunas nas políticas sociais exigem que governos, empregadores, sindicatos e cidadãos adotem medidas urgentes no que respeita à organização do trabalho de prestação de cuidados. Se não forem abordados de uma forma adequada, os défices atuais na prestação de serviços de cuidados e a sua qualidade criarão uma grave e insustentável crise neste domínio a nível mundial e aumentarão ainda mais as desigualdades entre homens e mulheres no trabalho.

O trabalho de prestação de cuidados compreende dois tipos de atividades sobrepostas: as *atividades de cuidados diretos, pessoais e relacionais*, como dar de comer a um bebé ou cuidar de cônjuge doente, e as *atividades de cuidados indiretos*, como cozinhar e limpar. O trabalho de cuidados não remunerado consiste na prestação de cuidados por *cuidadores ou cuidadoras que não recebem remuneração*. A prestação de cuidados não remunerada é considerada trabalho, pelo que é uma dimensão fundamental do mundo do trabalho.¹ O *trabalho de cuidados remunerado* é realizado por trabalhadores e trabalhadoras a troco de uma remuneração ou benefício. Estes compreendem uma grande diversidade de trabalhadores dos serviços pessoais, tais como profissionais de enfermagem, docentes, pessoal médico e pessoal de serviços de assistência pessoal. Os/as trabalhadores/as domésticos/as, que prestam tanto cuidados diretos como indiretos nos agregados familiares, também fazem parte da força de trabalho dedicada à prestação de cuidados.

A maioria do trabalho de cuidados de todo o mundo é realizada por cuidadores e cuidadoras sem remuneração, na sua maioria mulheres e raparigas pertencentes a grupos socialmente desfavorecidos. O trabalho de cuidados não remunerado é um determinante essencial da entrada e manutenção das mulheres na via profissional, assim como da qualidade dos empregos que ocupam. Ainda que a prestação de cuidados possa ser gratificante, quando é realizada em excesso envolve um elevado nível de penosidade, prejudica as oportunidades económicas e o bem-estar das cuidadoras e cuidadores que não recebem uma remuneração e reduz o seu gozo efetivo dos direitos humanos.

A maioria são mulheres, frequentemente migrantes, e quando trabalham é na economia informal, fazem-no em condições precárias e a troco de um salário muito baixo. O tra-

balho de prestação de cuidados remunerado continuará a ser uma fonte de trabalho no futuro, sobretudo para as mulheres. A natureza relacional deste trabalho limita o potencial de substituição da mão-de-obra humana por robôs e outras tecnologias.

As condições do trabalho de cuidados não remunerado têm um impacto na maneira como os cuidadores e as cuidadoras que não recebem uma remuneração acedem ao trabalho remunerado e nele permanecem, e influenciam as condições de trabalho de todos os trabalhadores e trabalhadoras. Este «círculo de trabalho de cuidados não remunerado-trabalho remunerado-trabalho de cuidados remunerado» afeta igualmente a desigualdade entre mulheres e homens no trabalho remunerado fora da economia dos cuidados e tem repercussões na desigualdade de género nas famílias e na capacidade de as mulheres e os homens prestarem cuidados não remunerados.

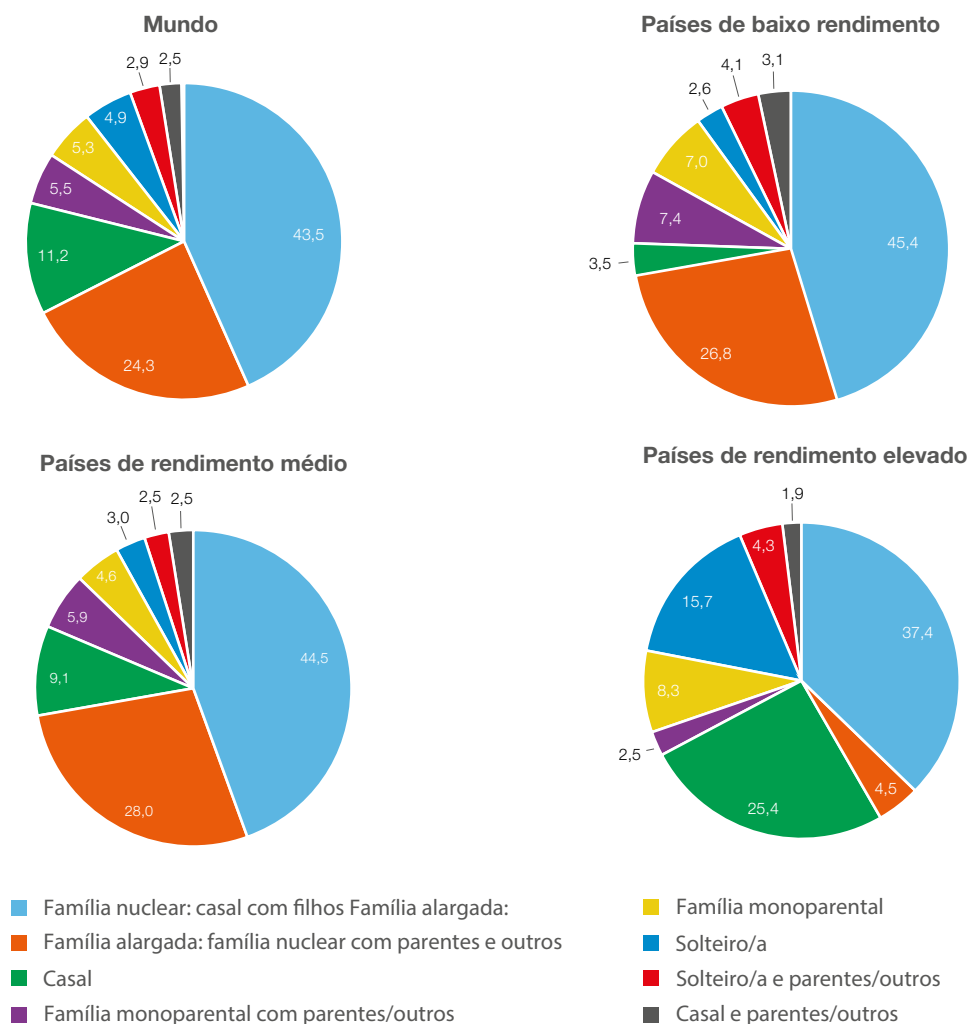
É no melhor interesse de todos assegurar boas condições de prestação de cuidados nas suas formas remunerada e não remunerada. As políticas transformadoras e o trabalho de cuidados digno são fundamentais para assegurar um futuro do trabalho baseado na justiça social e na promoção da igualdade de género para todas as pessoas. A sua aplicação vai exigir uma duplicação do investimento na economia dos cuidados, o que pode conduzir a um total de 475 milhões de empregos até 2030, o que significa 269 milhões de novos empregos.

O TRABALHO DE CUIDADOS NUM MUNDO EM MUDANÇA

As mudanças nas estruturas familiares, os índices mais elevados de dependência de cuidados e as necessidades de cuidados em constante evolução, conjugados com o aumento da taxa de emprego das mulheres em determinados países, reduziram a disponibilidade da prestação de cuidados não remunerada e conduziram ao aumento da procura de cuidados remunerados. Em 2015, havia 2.1 mil milhões de pessoas a necessitar de cuidados (1.9 mil milhões de crianças com menos de 15 anos, das quais 800 milhões tinham menos de seis anos, e 200 milhões de pessoas idosas que tinham alcançado ou ultrapassado a esperança de vida saudável). Em 2030, prevê-se que o número de beneficiários de cuidados irá ascender a 2.3 mil milhões, devido a um acréscimo de 100 milhões de pessoas idosas e 100 milhões de crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 14 anos.

A prevalência de deficiências graves significa que entre 110 e 190 milhões de pessoas com deficiência poderão necessitar de cuidados ou assistência durante toda a sua vida.² Também se verificou um aumento da procura de trabalho de cuidados tanto remunerado como não remunerado, prestado nas casas de pessoas com deficiência.

As famílias tornaram-se mais pequenas e o papel tradicional da família alargada foi reduzido substancialmente. Em 2018, as famílias nucleares representavam a percentagem mais elevada da população mundial em idade ativa, nomeadamente 43,5 por cento, ou 2.4 mil milhões de pessoas. O mesmo número para as famílias alargadas representa quase um quarto: 24,3 por cento ou 1.3 mil milhões de pessoas (ver Figura 1). Outra expressão clara destas alterações nas estruturas familiares é a da prevalência de famílias monoparentais, que constituem 5,3 por cento da população mundial em idade ativa (300 milhões de pessoas). À escala mundial, 78,4 por cento destas famílias são

Figura 1. População em idade ativa por tipo de família (percentagens) e grupo de rendimento, último ano

Nota: ver Capítulo 1, Figura 1.2 (90 países).

Fonte: cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

encabeçadas por mulheres, que estão a assumir cada vez mais as responsabilidades financeiras e os cuidados de crianças sem o apoio dos pais.

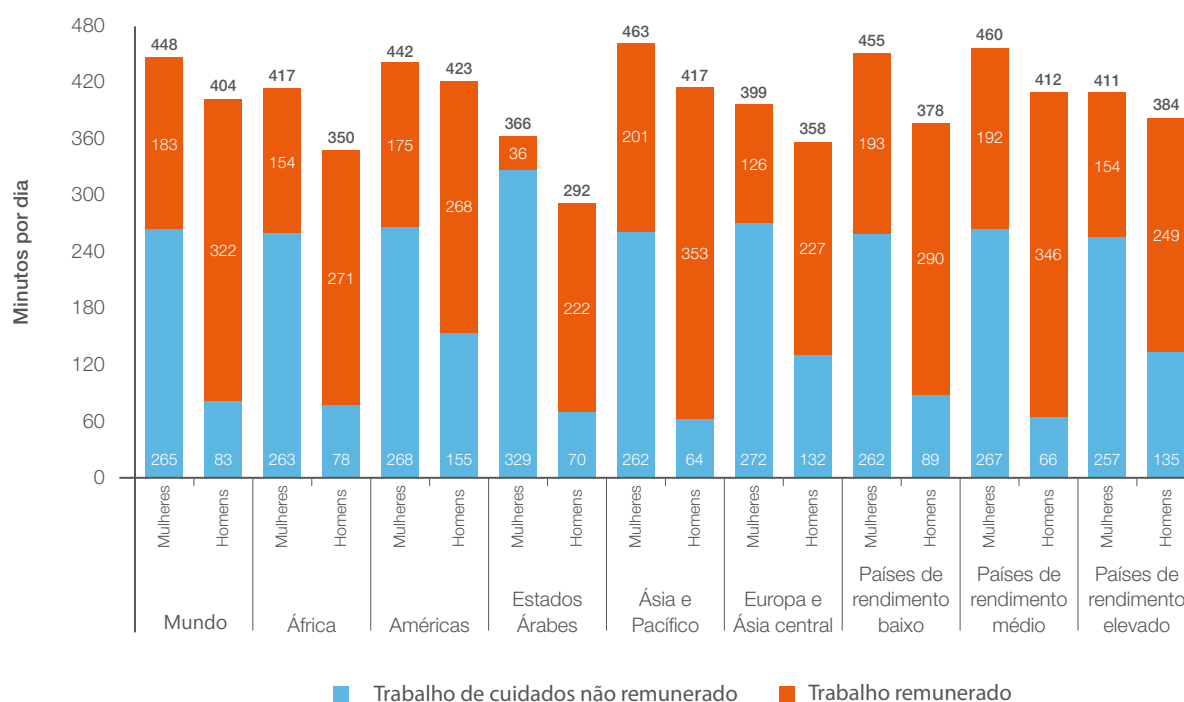
Salvo se estas necessidades de cuidados adicionais forem abordadas através de políticas de cuidados adequadas, esta procura adicional de cuidados remunerados - se se mantiver por satisfazer - continuará provavelmente a limitar a participação das mulheres no mercado de trabalho, impondo-lhes uma carga adicional e acentuando ainda mais a desigualdade entre mulheres e homens no trabalho.

O TRABALHO DE CUIDADOS NÃO REMUNERADO E A DESIGUALDADE DE GÊNERO NO TRABALHO

As mulheres realizam 76,2 por cento do total do trabalho de cuidados não remunerado, dependendo 3,2 vezes mais tempo do que os homens

O trabalho de cuidados não remunerado contribui significativamente para as economias dos países, assim como para o bem-estar individual e da sociedade. Aqueles e aquelas que o asseguram satisfazem a grande maioria das necessidades de cuidados em todo o mundo. Não obstante, o seu trabalho de cuidados não remunerado continua a ser maioritariamente invisível e não reconhecido, e não é considerado na tomada de decisões. As estimativas baseadas em dados de inquéritos sobre os usos do tempo realizados em 64 países (que representam 66,9 por cento da população mundial em idade ativa) mostram que são dedicadas diariamente 16,4 mil milhões de horas ao trabalho de cuidados não remunerado. Isto corresponde a 2 mil milhões de pessoas a trabalhar oito horas por dia sem receber remuneração. Se estes serviços fossem avaliados na base de um salário mínimo por hora, representariam 9 por cento do PIB mundial, o que corresponde a 11 biliões de dólares norte-americanos (correspondentes à paridade do poder de compra em 2011). A maior parte do trabalho de cuidados não remunerado consiste em tarefas domésticas (81,8 por cento), seguido dos cuidados pessoais diretos (13,0 por cento) e trabalho voluntário (5,2 por cento).

Figura 2. Tempo despendido diariamente em trabalho de cuidados não remunerado, trabalho remunerado e trabalho total, por sexo, região e grupo de rendimento, último ano disponível



Nota: ver Capítulo 2, Figura 2.8 (64 países).

Fonte: cálculos da OIT baseados em Charmes, a publicar.

À escala mundial, sem exceção, as mulheres realizam três quartos do trabalho de cuidados não remunerado, ou 76,2 por cento do total de horas dedicadas a este. Nenhum país do mundo regista uma partilha de prestação de cuidados não remunerada na mesma proporção entre homens e mulheres. As mulheres dedicam, em média, 3,2 vezes mais tempo do que os homens à prestação de cuidados não remunerada, isto é, 4 horas e 25 minutos por dia, contra 1 hora e 23 minutos no caso dos homens. Ao longo de um ano, isto representa um total de 201 dias de trabalho (numa base de oito horas por dia) para as mulheres, em comparação com 63 dias de trabalho no caso dos homens. Em todas as regiões, as mulheres dedicam mais tempo ao trabalho de cuidados não remunerado do que os homens, desde 1,7 vezes mais nas Américas até 4,7 vezes mais nos Estados Árabes. A prestação de cuidados não remunerada é, a nível mundial, mais intensiva para as raparigas e as mulheres que vivem nos países de rendimento médio, casadas e adultas com um nível de escolaridade mais baixo, residentes em zonas rurais e com crianças que ainda não atingiram a idade escolar.

O trabalho remunerado das mulheres não transforma, por si só e automaticamente, a divisão entre homens e mulheres do trabalho não remunerado. Em todas as regiões e grupos de rendimento, quando se consideram conjuntamente o trabalho remunerado ou em troca de benefícios e o trabalho de cuidados não remunerado, o dia de trabalho médio das mulheres (7 horas e 28 minutos) é mais longo do que o dos homens (6 horas e 44 minutos), não obstante as diferenças consideráveis entre os países (ver Figura 2). Isto faz com que as mulheres sejam sistematicamente mais pobres do que os homens, inclusivamente após realizar ajustes para considerar as horas de trabalho. Adicionalmente, o trabalho de cuidados não remunerado excessivo e extenuante pode conduzir a estratégias de cuidados subótimas, com consequências prejudiciais para quem beneficia dos cuidados, como os bebés, as crianças, as pessoas com deficiência e as pessoas idosas, assim como para os/as próprios/as cuidadores/as que não recebem uma remuneração.

Em alguns países, a contribuição dos homens para o trabalho de cuidados não remunerado aumentou nos últimos vinte anos. Porém, entre 1997 e 2012 a diferença entre mulheres e homens no tempo dedicado à prestação de cuidados não remunerada apenas diminuiu em 7 minutos (de 1 hora e 49 minutos para 1 hora e 42 minutos) nos 23 países que dispõem de séries cronológicas de dados. A este ritmo, serão necessários 210 anos (portanto, até 2228) para eliminar o diferencial de género observado na prestação de cuidados não remunerada nestes países. Este lentíssimo ritmo de mudança põe em causa a eficácia das políticas passadas e atuais para abordar a dimensão e a divisão do trabalho de cuidados não remunerado nas últimas duas décadas.

As atitudes em matéria da divisão, entre mulheres e homens, do trabalho remunerado e do trabalho de cuidados não remunerado estão a mudar

A desigualdade de género em casa e no emprego deriva de representações sociais de género dos papéis produtivos e reprodutivos que persistem nas diferentes culturas e contextos socioeconómicos. Ainda que existam variações regionais, o modelo familiar do «homem ganha-pão» continua, de uma forma geral, profundamente enraizado na estrutura social, e a função de cuidadora da mulher na família continua a ser central. Todavia, isto está a mudar.

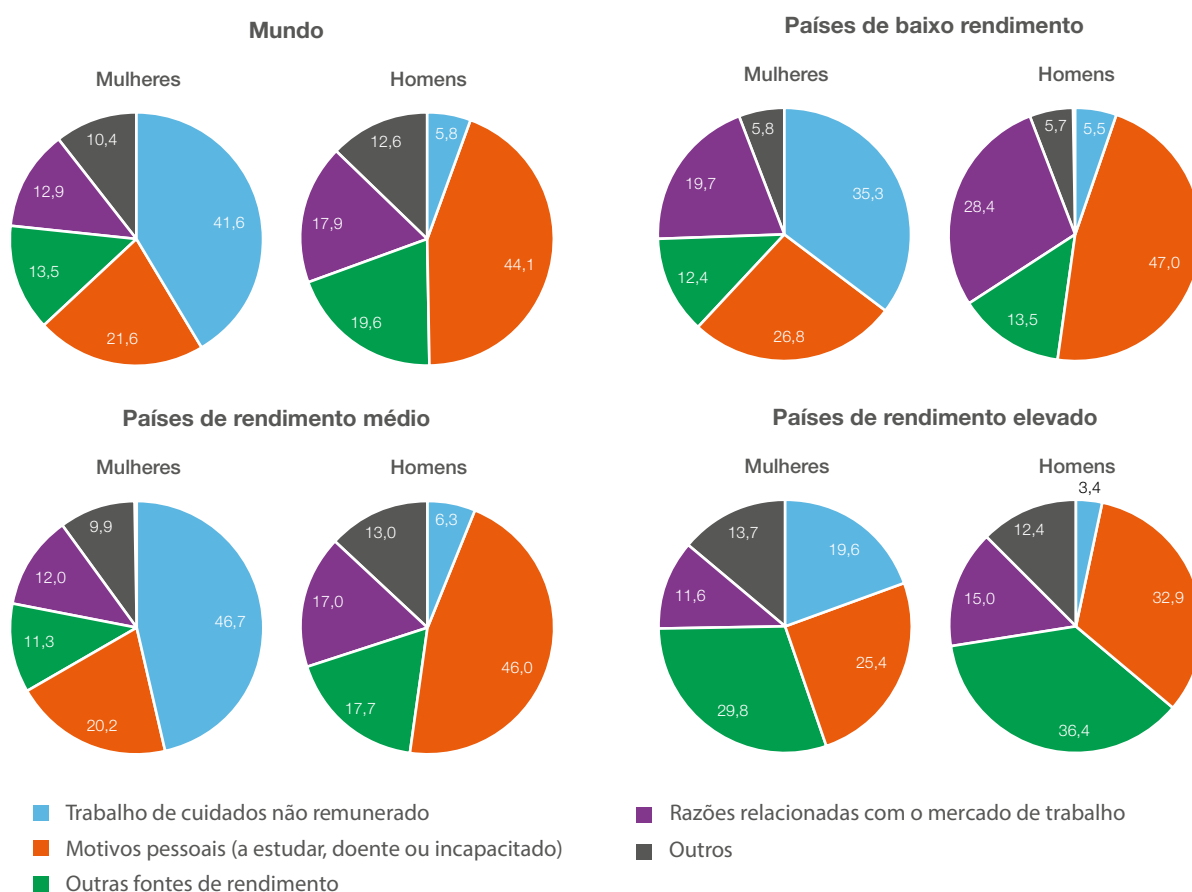
As atitudes quanto ao trabalho remunerado das mulheres são muito positivas, sendo que 70 por cento das mulheres e 66 por cento dos homens preferem que as mulheres tenham um trabalho remunerado.³ No que respeita ao papel dos homens, considera-se cada vez mais que os homens de todo o mundo nunca tinham participado tanto no trabalho de cuidados não remunerado como atualmente. As pessoas que têm dificuldades em conciliar o trabalho e a família, ou as que provavelmente terão responsabilidades de cuidados num futuro próximo - como as mulheres, as pessoas mais jovens, os progenitores que constituem um casal com dois salários e os progenitores solteiros - tendem a ter atitudes mais progressistas e a favor da igualdade de género do que as outras pessoas.

As alterações nas estruturas familiares e o envelhecimento das sociedades apontam para um aumento do número tanto de mulheres como de homens que irão enfrentar um potencial conflito entre o trabalho de cuidados não remunerado e o emprego remunerado. Como resultado, deveria prever-se um maior apoio aos papéis igualitários em termos de género e à sua aplicação na prática. Esta mudança de comportamento e de prática é provável que se traduza igualmente em políticas de cuidados transformadoras. De facto, consoante a acessibilidade e a qualidade destas medidas vai aumentando, é provável que as atitudes em relação ao emprego das mães e o que se considera uma conciliação adequada da vida profissional e familiar favoreçam uma divisão mais igualitária do trabalho remunerado e do trabalho de cuidados não remunerado entre as mulheres e os homens.

647 milhões de pessoas em idade ativa estão fora do mercado de trabalho devido a responsabilidades familiares

O trabalho de cuidados não remunerado constitui o principal obstáculo à atividade profissional das mulheres, enquanto a distribuição mais igualitária do trabalho de cuidados não remunerado entre mulheres e homens está associada a níveis mais elevados de participação das mulheres no mercado de trabalho. À escala mundial, o principal motivo indicado pelas mulheres em idade ativa para estar fora no mercado de trabalho é o trabalho de cuidados não remunerado, enquanto para os homens é «estar a estudar, estar doente ou incapacitado». Em 2018, 606 milhões de mulheres em idade ativa declararam que estão indisponíveis para trabalhar ou que não estão à procura de emprego devido ao trabalho de cuidados não remunerado, enquanto apenas 41 milhões de homens estão inativos pela mesma razão. Estes 647 milhões de cuidadores não remunerados a tempo completo representam o maior grupo de potenciais participantes no mercado de trabalho em todo o mundo, entre os quais as mães com crianças pequenas estão sobrerrepresentadas. As cuidadoras não remuneradas a tempo completo constituem 41,6 por cento dos 1,4 mil milhões de mulheres inativas em todo o mundo, em comparação com apenas 5,8 por cento dos 706 milhões de homens inativos (ver Figura 3). Em todos os grupos de rendimento, o trabalho de cuidados não remunerado é o motivo mais mencionado para justificar a inatividade das mulheres nos países de rendimento médio, e 46,7 por cento das mulheres citam este motivo contra os 6,3 por cento dos homens. Um relatório da OIT-Gallup de 2017 concluiu que, a nível mundial, a maioria das mulheres preferia trabalhar em empregos remunerados, incluindo as inativas (58 por cento), opinião partilhada pelos homens.⁴ Isto significa que uma grande parte desta potencial força de trabalho poderia ser ativada através do acesso universal a políticas, serviços e infraestruturas de cuidados.

Figure 3. Percentagem de pessoas inativas, por sexo, e principal razão para estar fora do mercado de trabalho, último ano disponível



Nota: ver Capítulo 2, Figura 2.23 (84 países).

Fonte: cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

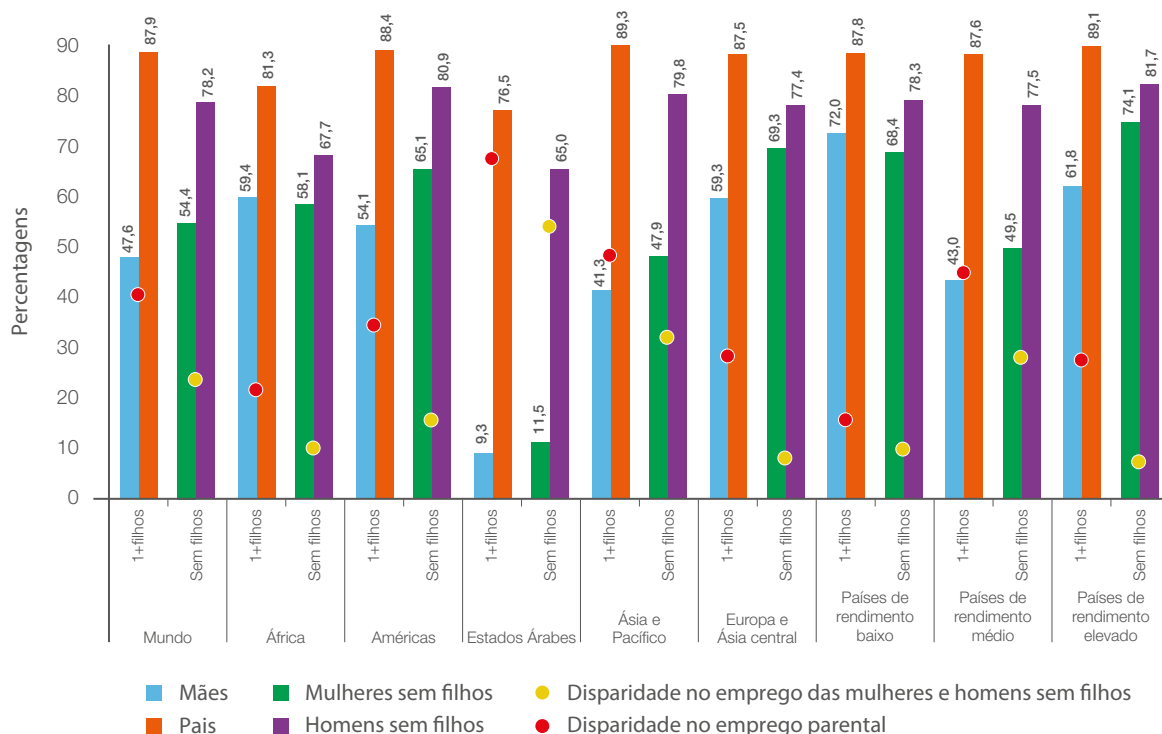
Ter um emprego e ter responsabilidades familiares é a norma em todo o mundo. Em 2018, havia 1,4 mil milhões de pessoas adultas empregadas a viver com pessoas dependentes de cuidados (500 milhões de mulheres e 900 milhões de homens). Isto significa que, a nível mundial, 67,7 por cento destas pessoas - sobretudo homens - são potenciais cuidadores não remunerados. Todavia, a composição do agregado familiar afeta de maneira diferente a participação das mulheres e dos homens no mercado de trabalho. Existe uma «penalização de participação no mercado de trabalho» para as mulheres com responsabilidades de cuidados e um «prémio de participação no mercado de trabalho» para os homens que vivem com pessoas beneficiárias de cuidados. Em comparação com as mulheres solteiras, as mulheres que vivem em famílias alargadas têm 16,6 por cento menos probabilidades de serem ativas no mercado de trabalho, enquanto que o mesmo valor para os homens é na realidade 0,5 pontos percentuais mais elevado, o que os torna mais ativos.

As mães com filhos de 0 a 5 anos de idade sofrem uma penalização no emprego em comparação com os pais

Sem exceção, o tempo dedicado pelas mulheres à prestação de cuidados não remunerados aumenta consideravelmente com a presença de crianças pequenas na família. Isto traduz-se no que se pode denominar uma «penalização no emprego associada à maternidade», que se observa a nível mundial e sistematicamente em todas as regiões para as mulheres com crianças pequenas. Em 2018, as mães de filhos com menos de 5 anos representavam as taxas de emprego mais baixas (47,6 por cento) em comparação não só com os pais (87,9 por cento) e os homens sem filhos (78,2 por cento), mas também com as mulheres sem filhos pequenos (54,4 por cento). Este padrão contrasta com o «prémio no emprego associado à paternidade», apresentando os pais de crianças pequenas as taxas mais elevadas de emprego à escala mundial e em todas as regiões, em comparação não apenas com os homens sem filhos, mas também com as mulheres sem filhos e as mães (ver Figura 4).

Além disso, observa-se uma pequena variação nas taxas de emprego dos pais de uma região e de um país para o outro, ao passo que as taxas de emprego das mães variam consideravelmente. A «disparidade no emprego parental» à escala mundial - nomeadamente a diferença entre a taxa de emprego dos pais e das mães de filhos de 0 a 5 anos - é de 40,3 por cento, e os custos relacionados com o emprego que implica os cuidados a crianças pequenas são mais altos nos países de rendimento médio para os três grupos de rendimento (quase 45 por cento). Depois de África, a região da Europa e Ásia Central

Figura 4. Taxas de emprego de mães e de pais de filhos de 0 a 5 anos, e de mulheres e de homens sem filhos de 0 a 5 anos de idade, último ano disponível



Nota: ver Capítulo 2, Figura 2.25. Nos países de rendimento elevado a faixa etária é de 25–54 anos e nos países de rendimento médio e baixo é de 18–54 anos (89 países).

Fonte: cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

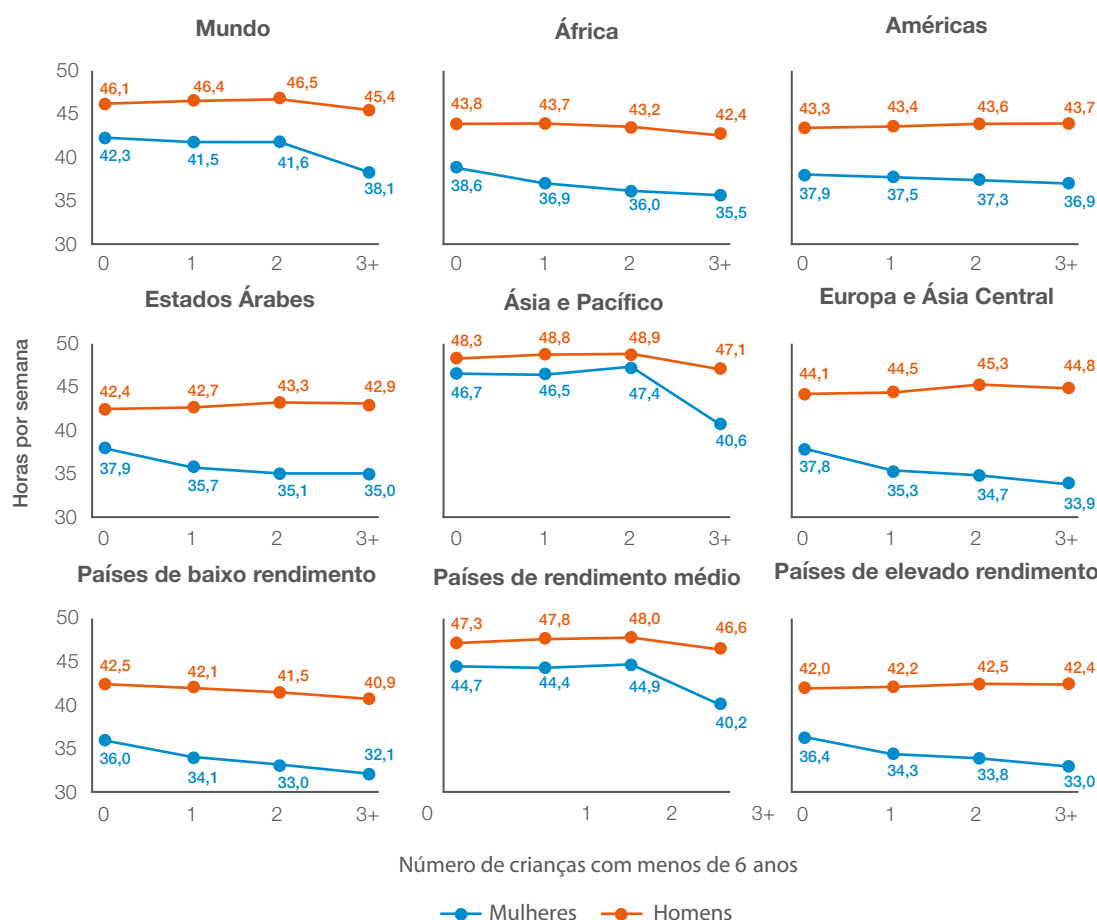
apresenta a disparidade no emprego parental mais baixa, ainda que existam diferenças significativas dentro da região. Isto reflete a diferente acessibilidade e qualidade das políticas e dos serviços de cuidados proporcionados pelos diferentes países.

Quem presta cuidados não remunerados enfrenta uma penalização na qualidade do emprego

O trabalho de cuidados não remunerado é um dos principais obstáculos que as mulheres enfrentam para conseguir trabalho de melhor qualidade, o que afeta o número de horas dedicadas pelas mulheres ao trabalho remunerado, a sua situação no emprego e as suas condições de trabalho. As mulheres adultas que acumulam um emprego com responsabilidades familiares têm uma maior probabilidade de trabalhar menos horas remuneradas do que os homens adultos e as mulheres adultas sem filhos. A nível mundial, as mulheres empregadas que vivem em agregados familiares sem crianças com menos de 6 anos trabalham em média 42,3 horas por semana, em comparação com as 46,1 horas semanais trabalhadas pelos homens. Isto representa uma diferença entre mulheres e homens em termos de horas trabalhadas de 3 horas e 48 minutos por semana. Viver com pelo menos uma criança pequena aumenta esta diferença em até quase 5 horas (aproximadamente menos 1 hora de trabalho remunerado por semana para as mulheres e mais 18 minutos por semana para os homens). Em todas as regiões, a disparidade de género relativa às horas dedicadas ao emprego remunerado aumenta com o número de crianças. No total, as mulheres que trabalham cinco dias por semana e que têm três ou mais crianças com menos de 6 anos a viver no agregado familiar perdem 18 horas de trabalho remunerado por mês, enquanto essa perda não é registada entre os homens que se encontram na mesma situação. A disparidade entre as horas semanais trabalhadas pelos pais e pelas mães de uma criança com menos de 6 anos é mais reduzida entre as pessoas inquiridas que vivem na região da Ásia e Pacífico (2 horas e 18 minutos) e maior entre as pessoas que vivem na Europa e Ásia Central (9 horas e 12 minutos) (ver Figura 5). A incapacidade de trabalhar longas horas afeta a qualidade dos empregos e o nível de remuneração das mulheres. De facto, as longas horas de trabalho em alguns empregos predominantemente masculinos constituem um elemento dissuasor para as cuidadoras não remuneradas reais ou potenciais, contribuindo para a segregação profissional. Como resultado, o prémio salarial por trabalhar horas muito longas aumenta também, o que contribui para o aumento da diferença salarial mensal entre homens e mulheres.

As mulheres com responsabilidades de cuidados têm também mais probabilidades de trabalharem por conta própria ou na economia informal, e menos probabilidades de contribuir para a segurança social. A nível mundial, a percentagem de trabalhadoras remuneradas e a trabalhar por conta de outrem é mais baixa entre as cuidadoras (62,2 por cento) do que entre as mulheres não cuidadoras (67,8 por cento). Ainda que o trabalho remunerado e por conta de outrem não seja em si mesmo uma garantia de trabalho de melhor qualidade, este facto apoia a hipótese de que quem presta cuidados não remunerados tem de «transitar» para trabalhos por conta própria para poder conciliar a prestação de cuidados com o trabalho remunerado. Além disso, quem presta cuidados não remunerados tem geralmente piores condições de trabalho; por exemplo, as cuidadoras não remuneradas têm mais probabilidades de trabalhar na economia informal (62,0 por cento) que as mulheres não cuidadoras (56,8 por cento). Os cuidadores e cuidadoras que prestam cuidados remunerados e por conta de outrem com responsabilidades de cuidados têm também menos probabilidades de estarem abrangidos por um regime de segurança social

Figura 5. Duração semanal do trabalho remunerado, por sexo e número de crianças com menos de 6 anos, último ano disponível



Nota: ver capítulo 2, figura 2.28 (86 países). Nos países de rendimento elevado a faixa etária é de 25–54 anos e nos países de rendimento médio e baixo é de 18–54 anos.

Fonte: cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

do que os que não têm estas responsabilidades. Entre as trabalhadoras por conta de outrem, 47,4 por cento das cuidadoras não remuneradas contribuem para a segurança social, em comparação com 51,6 por cento das mulheres não cuidadoras.

POLÍTICAS DE CUIDADOS E TRABALHO DE CUIDADOS NÃO REMUNERADO

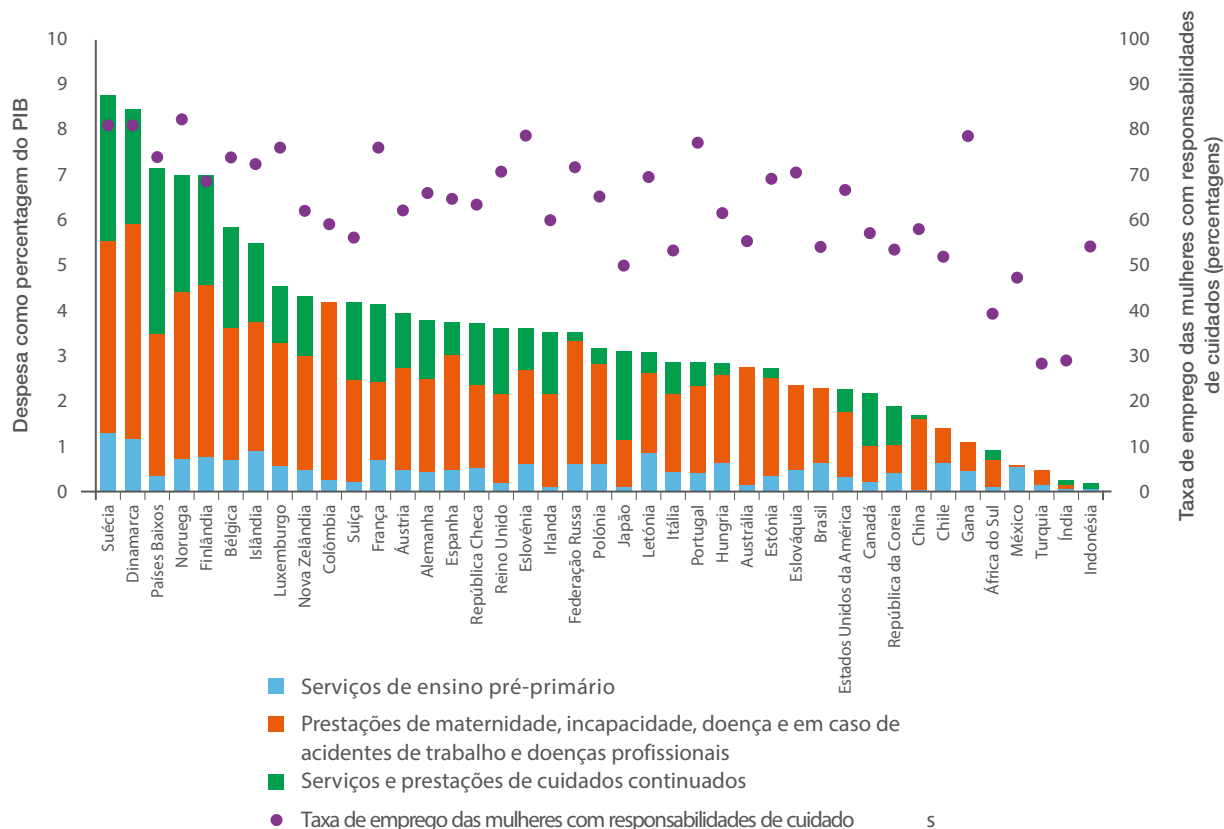
As políticas de cuidados transformadoras dão resultados positivos em termos de saúde, económicos e de igualdade de género

As desigualdades no trabalho de cuidados não remunerado e na mão-de-obra estão estreitamente relacionadas. Não se podem realizar progressos substanciais na conquista da igualdade de género na mão-de-obra se não se abordar em primeiro lugar a desigualdade na prestação de cuidados não remunerada, através do reconhecimento, a redução e a redis-

tribuição do trabalho de cuidados não remunerado entre mulheres e homens, assim como entre as famílias e o Estado. As políticas de cuidados são políticas públicas que atribuem recursos para reconhecer, reduzir e redistribuir a prestação de cuidados não remunerada sob a forma de dinheiro, serviços e tempo. Abarcam a prestação direta de *serviços de cuidados tanto a crianças como a pessoas idosas, e transferências e prestações de proteção social relacionadas com os cuidados*, destinadas aos trabalhadores e trabalhadoras com responsabilidades familiares ou de cuidados, às pessoas que prestam cuidados não remunerados, ou as pessoas que necessitam de cuidados. Também incluem infraestruturas relacionadas com os cuidados, o que reduz o trabalho penoso para as mulheres, como ir buscar água e proporcionar serviços de saneamento e o fornecimento de energia. Incluem também a regulamentação do trabalho, como as *políticas relativas às licenças e outras modalidades de trabalho favoráveis à família*, que permitem conciliar melhor o emprego remunerado com o trabalho de cuidados não remunerado. Estas políticas são transformadoras quando garantem os direitos humanos, a autonomia e o bem-estar tanto das pessoas que prestam cuidados não remunerados (estejam a trabalhar ou não) como de quem beneficia dos cuidados.

As políticas de cuidados transformadoras podem dar resultados positivos em termos económicos e no que respeita à saúde e à igualdade de género, conduzindo a melhores re-

Figura 6. Despesa pública em políticas de cuidados seleccionadas em percentagem do PIB e taxa de emprego das mulheres com responsabilidades de cuidados, último ano disponível



Nota: ver Capítulo 3, Figura 3.6. A correlação entre o investimento em políticas de cuidados e a taxa de emprego das mulheres com responsabilidades de cuidados é de 0,67 por cento. (41 países).

Fonte: cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).; UNESCO, 2018; OIT, 2017m; OCDE, 2017.

sultados para as crianças, para os empregos das suas mães e a prestação de cuidados dos seus pais, assim como para as pessoas idosas e as pessoas com deficiência. Os dados sobre a despesa pública com políticas de cuidados selecionadas mostram que nos países que tendem a investir mais numa combinação de políticas de cuidados para compensar as contingências em termos de cuidados da população ativa - isto é, em caso de maternidade, doença ou incapacidade - as taxas de emprego das cuidadoras não remuneradas dos 18 aos 54 anos de idade são habitualmente mais altas do que as registadas nos países que investem comparativamente menos (ver Figura 6). Particularmente nas regiões onde existe uma proteção da maternidade abrangente e uma licença remunerada para os pais, em conjunto com uma prestação de serviços de cuidados e de educação da primeira infância relativamente generosa, as taxas médias de emprego das mães são geralmente mais altas.

As políticas de cuidados sensíveis à dimensão de género e baseadas nos direitos humanos podem contribuir para transformar a divisão sexual do trabalho nas famílias e, assim, mudar as atitudes das pessoas no que respeita ao trabalho de cuidados. Existe uma associação positiva entre as licenças parentais nacionais e o tempo que os homens dedicam aos cuidados infantis. Os países onde os homens despendem em média pelo menos 60 por cento do tempo dedicado pelas mulheres ao trabalho de cuidados não remunerado são também os países onde a licença remunerada dos homens é mais longa. Estes benefícios são possíveis se uma parte da prestação de cuidados assumida pelas mulheres e a família for orientada para o Estado ou para serviços de mercado subsidiados ou sem fins lucrativos.

Os défices na cobertura das políticas de cuidados afetam os grupos mais desfavorecidos

Apesar dos fortes argumentos a favor das políticas de cuidados transformadoras, existem grandes défices de cobertura das mesmas em todo o mundo. As maiores disparidades registam-se em África, na Ásia e Pacífico e nos Estados Árabes, e têm consequências negativas tanto económicas como para a saúde das pessoas com necessidades de cuidados como para as com responsabilidades de cuidados (particularmente as mulheres), as pessoas idosas, as pessoas com deficiência, as pessoas que vivem com o VIH/SIDA, os povos indígenas, as pessoas residentes nas zonas rurais e quem trabalha na economia informal ou em empregos atípicos. Na América Latina e Caraíbas, ainda que as políticas de cuidados ocupem um lugar mais destacado na agenda política, persistem défices notórios, especialmente em termos de acesso aos serviços. Inclusivamente nos países de rendimento elevado, a conceção e implementação das políticas de cuidados não abordam sistematicamente as desigualdades sociais e de género relacionadas com a divisão do trabalho de cuidados e com os obstáculos enfrentados pelas mulheres para participar no mercado de trabalho. Em geral, continuam a escassear as abordagens sensíveis à dimensão de género e baseadas nos direitos humanos, e há ainda um longo caminho a percorrer para alcançar os princípios da universalidade, tal como a adequação e equidade. O papel do Estado varia consoante o tipo de política envolvido, mas a responsabilidade principal continua a faltar em muitos casos.

O acesso universal à proteção da maternidade e os regimes de licença efetivamente mais igualitários não são ainda uma realidade. Em 2016, apenas 42 por cento dos países (77 dos 184 países com dados disponíveis) cumpriam as normas mínimas estabelecidas pela

Convenção (n.º 183) sobre a Proteção da Maternidade, de 2000 da OIT, e 39 por cento dos países (68 dos 174 países com dados disponíveis) não tinham nenhuma disposição legal relativa à licença de paternidade (remunerada ou não remunerada). O acesso universal a serviços de cuidados de qualidade às crianças está longe de ser concretizado, especialmente nos países de rendimento baixo e médio. A nível mundial, as taxas brutas de inscrição nos serviços de cuidados e educação pré-escolar de crianças com menos de 3 anos de idade era apenas de 18,3 por cento em 2015, e apenas atingiu praticamente 57,0 por cento no caso da inscrição de crianças de 3 a 6 anos de idade no ensino pré-escolar. O ensino pré-escolar gratuito e obrigatório durante pelo menos um ano apenas existe em 38 de 207 países.⁵

Os serviços de cuidados continuados são praticamente inexistentes na maioria dos países de África, da América Latina e da Ásia, e apenas em alguns países de rendimento elevado o Estado desempenha um papel de liderança no financiamento de serviços de cuidados continuados, o que se traduz numa maior cobertura. Em 2015, a cobertura efetiva de pessoas com deficiência grave que recebiam prestações por deficiência foi de apenas 27,8 por cento, oscilando entre apenas 9 por cento na Ásia e Pacífico e mais de 90 por cento na Europa. Não obstante, muitos países (103 dos 186 com dados disponíveis) proporcionam prestações por deficiência, mas somente através de regimes contributivos, o que significa que só podem beneficiar destes regimes as pessoas adultas empregadas, na sua maioria homens.⁶ O abastecimento de água, o saneamento e uma melhor qualidade dos serviços de eletricidade podem conduzir a melhorias no bem-estar, particularmente para as mulheres e raparigas que vivem em famílias pobres e nas áreas rurais. Porém, existem enormes diferenças regionais no que respeita ao acesso a estas infraestruturas relacionadas com os cuidados.

Um clima de limitação de recursos é um fator importante contrário à aplicação de políticas transformadoras de cuidados. Dito isto, países com um PIB e estruturas socioeconómicas semelhantes apresentam diferentes políticas de cuidados e resultados associados. Isto sublinha a importância de uma definição clara de prioridades de política e de uma vontade política de ampliar o espaço fiscal a fim de gerar os níveis adequados de recursos necessários para apoiar a expansão das políticas de cuidados e aproveitar os benefícios subsequentes.

TRABALHADORES E TRABALHADORAS E O EMPREGO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

A nível mundial a prestação de cuidados integra 249 milhões de mulheres e 132 milhões de homens

Os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados são os rostos e as mãos da prestação de serviços de cuidados remunerados. A mão-de-obra mundial dedicada à prestação de cuidados compreende quem presta cuidados nos seguintes setores: educação, saúde e ação social. Assim como quem trabalha noutros setores, o trabalho doméstico e aqueles e aquelas que, sem prestar cuidados, trabalham nos setores dos cuidados com funções de apoio à prestação destes serviços. O emprego relacionado com os cuidados é uma importante fonte de emprego em todo o mundo, especialmente para mulheres. No total, a mão-de-obra mundial dedicada à prestação de cuidados ascende a 381 milhões de trabalhadores (249 milhões de mulheres e 132 milhões de homens). Estes números representam 11,5 por cento do total do emprego mundial, 19,3 por cento do emprego feminino mundial e 6,6 por cento do em-

prego masculino mundial. Na maioria dos casos, quanto maior é a mão-de-obra dedicada à prestação de cuidados, maior é a feminização. Aproximadamente dois terços da mão-de-obra mundial dedicada à prestação de cuidados é feminina, e esta proporção ultrapassa três quartos nas Américas, na Europa e na Ásia Central.

A maioria trabalha no setor da educação (123 milhões) e no setor da saúde e ação social (92 milhões). No conjunto, ascendem a um total de 215 milhões (142 milhões de mulheres e 72 milhões de homens), representando 6,5 por cento do total do emprego mundial em 2018. Os trabalhadores e as trabalhadoras domésticos constituem pelo menos 2,1 por cento do total do emprego mundial: existem 70 milhões a trabalhar para famílias em todo o mundo, dos quais 49 milhões são mulheres e 21 milhões são homens. Os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados que trabalham fora dos setores dos cuidados totalizam 24 milhões, ou 0,7 por cento do total do emprego mundial. Outras categorias de trabalhadores e trabalhadoras que trabalham em setores de cuidados (por exemplo, contabilistas, cozinheiros e pessoal da limpeza) totalizam 72 milhões, ou 2,2 por cento do total do emprego mundial.

Os empregos de fraca qualidade na prestação de cuidados conduzem a um trabalho de cuidados de qualidade deficiente

As pessoas que prestam cuidados a outras partilham características específicas: ao proporcionar cuidados, entram em contacto com quem beneficia deles, com quem frequentemente estabelecem relações de cuidados prolongadas; apresentam uma série de competências, ainda que estas não sejam muitas vezes reconhecidas ou remuneradas; vivem com frequência tensões entre aqueles a quem prestam cuidados e as condições nas quais têm de prestar os cuidados, e são na sua maioria mulheres. Contudo, não são um grupo homogêneo: existem diferenças e hierarquias entre os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados também em termos de remuneração e de estatuto.

O pessoal de enfermagem e as parteiras constituem o maior grupo profissional no setor dos cuidados de saúde, e a enfermagem continua a ser a profissão mais feminizada neste setor. Os seus salários são frequentemente demasiado baixos, e o pessoal de enfermagem recorre muitas vezes a empregos múltiplos ou ao aumento dos turnos ou das horas extraordinárias, práticas que comprometem a qualidade dos cuidados e que têm um impacto negativo no equilíbrio da vida pessoal e profissional e na retenção do pessoal. Os trabalhadores e trabalhadoras de serviços de assistência pessoal - a maioria trabalha no domicílio - têm salários baixos e condições de trabalho precárias têm maior probabilidade de serem objeto de práticas discriminatórias. Os/As agentes de saúde comunitários carecem muitas vezes da formação necessária para realizar as suas tarefas, não contam com recursos suficientes, são mal remunerados, ou não são de todo remunerados, e muitas vezes seu recrutamento é para compensar a escassez de profissionais de saúde. A migração de profissionais de saúde é uma característica dos mercados de trabalho mundiais neste setor, impulsionada pelas condições de trabalho e pelas diferenças de rendimento entre países. O reconhecimento e a certificação das qualificações constituem grandes obstáculos para o pessoal de enfermagem migrante.

Os salários do pessoal docente representam o custo mais elevado na educação formal. Os salários anuais de professores e professoras do ensino básico e secundário^{NT} estão em consonância com o PIB *per capita*, ligeiramente inferiores nos países de rendimento elevado, mas superiores nos países de rendimento relativamente mais baixo. Todavia, nas últimas décadas, os trabalhos temporários e a tempo parcial no setor da educação sofreram um aumento. Em todos os países, independentemente do seu nível de rendimento, a situação, o salário e as prestações do pessoal dedicado à educação da primeira infância recebe inferiores aos dos professores e professoras do ensino primário, o que pode conduzir a níveis baixos de satisfação no trabalho e baixas taxas de retenção.

As condições de trabalho no trabalho doméstico são particularmente vulneráveis à exploração – estão entre as piores em toda a mão-de-obra dedicada à prestação de cuidados. Os postos de trabalho neste setor são notoriamente imprevisíveis e ocasionais na sua natureza, e são negativamente afetados por uma baixa cobertura da proteção social e laboral. Além disso, a violência no trabalho está omnipresente no trabalho doméstico.

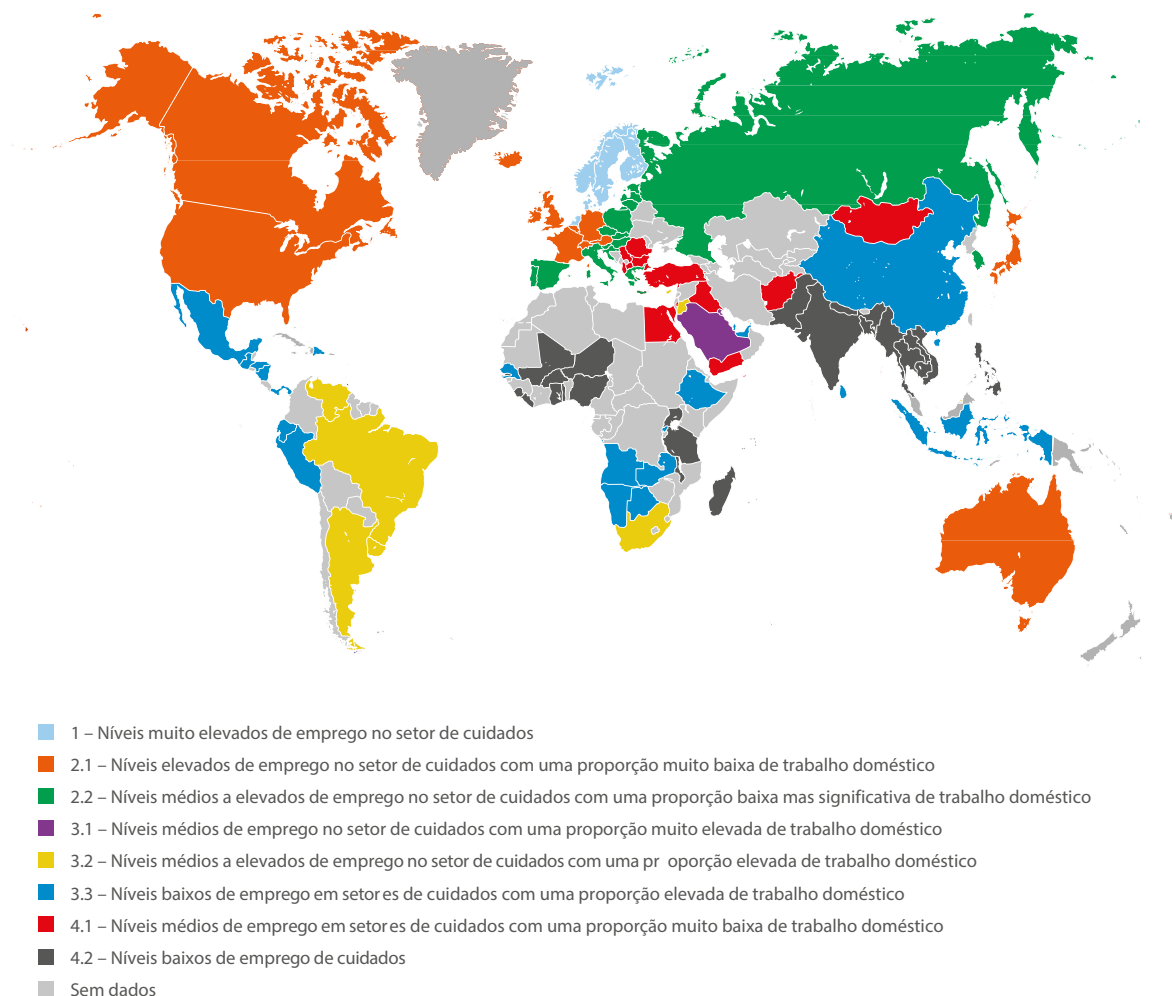
Os empregos de fraca qualidade de quem presta cuidados conduzem a um trabalho nesta área de má qualidade. Isto é prejudicial para o bem-estar das pessoas que recebem os cuidados, de quem os presta, e também para quem presta cuidados não remunerados que dispõe de menos opções. Por exemplo, o aumento da carga de trabalho do pessoal de enfermagem nos hospitais aumenta o risco de mortalidade dos pacientes internados; os horários apertados privam o pessoal dos serviços de assistência às pessoas da flexibilidade necessária para prestar os cuidados requeridos, e a elevada percentagem de alunos e alunas por docente está associada a maus resultados escolares.

Um “cenário desfavorável” para o trabalho de cuidados é atualmente o modelo de emprego predominante em todo o mundo

Existem grandes variações entre os países no que respeita à sua dimensão e nível de desenvolvimento, aos mercados de trabalho, políticas de migração e âmbito dos seus serviços de saúde, de educação e de cuidados. Estas variações influenciam os níveis e a composição do emprego relacionado com os cuidados. Uma análise à mão-de-obra dedicada à prestação de cuidados em 99 países, utilizando a técnica de grupos, identificou oito modelos distintos de emprego relacionado com os cuidados. Alguns países da mesma região com o mesmo nível de desenvolvimento, encontram-se no mesmo grupo, mas os modelos de emprego relacionado com os cuidados são transversais a todas as regiões e níveis de rendimento, mostrando que as vias para o emprego relacionado com os cuidados são diversas (ver Figura 7).

Existem duas fontes principais de variação entre estes grupos: em primeiro lugar, a percentagem de emprego no setor da saúde e ação social, impulsionado pela cobertura dos cuidados de saúde e dos cuidados continuados e, em segundo lugar, a proporção de emprego no trabalho doméstico que, em muitos países, inclui um número desproporcionado de migrantes. As variações no emprego relacionado com a educação são menos acentuadas, um facto que deriva do efeito combinado de níveis de cobertura próximos da universalidade no ensino básico, e níveis semelhantes (e baixos) da cobertura da educação pré-escolar. Assim, por exemplo, a mão-de-obra dedicada à prestação de cuidados repre-

Figura 7. Modelos de emprego relacionado com os cuidados



Nota: ver capítulo 4, figura 4.10 (99 países).

Fonte: cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

senta 27,7 por cento do emprego total nos países que integram o grupo 1 (níveis muito elevados de emprego nos setores dos cuidados), enquanto que os países que integram o grupo 4.2 (níveis baixos de emprego associado a cuidados) a mão-de-obra dedicada à prestação de cuidados representa apenas 4,7 por cento do emprego total.

Uma característica marcante do grupo 3 (que compreende os subgrupos 3.1, 3.2 e 3.3 da figura 7), é a dependência de trabalhadores e trabalhadoras domésticos, muitas vezes por insuficiência de serviços de cuidados públicos. Este grupo (em muitos casos, trabalho doméstico migrante), adquiriram importância em vários contextos: quando os setores mais prósperos da população têm poder económico para subcontratar a prestação de cuidados a outro grupo da população que dispõe de menos meios económicos; quando programas de mão-de-obra estrangeira orientada especificamente para os cuidados facilitam a sua contratação e o emprego por parte de famílias; quando as políticas públicas proporcionam incentivos e subsídios para incentivar as pessoas a contratar trabalhado-

res/as de cuidados, como é o caso de várias políticas de transferências monetárias para a prestação de cuidados e quando as relações de trabalho e as condições de trabalho nas famílias estão, de *jure et facto*, insuficientemente regulamentadas ou não estão de todo regulamentadas.

Esta análise indica que as políticas são efetivamente importantes para determinar o nível de emprego, as condições de trabalho, a remuneração e a situação dos trabalhadores e trabalhadoras das atividades de cuidados. As políticas de migração, as políticas laborais e a cobertura e a conceção das políticas de saúde, educação e de cuidados determinam, em última instância, as condições de vida de quem presta cuidados em comparação com quem trabalha em outros setores, países e regiões. A prestação pública de serviços de cuidados tende a melhorar as condições de trabalho e o salário deste grupo, enquanto a sua prestação privada não regulada tende a agravá-las, independentemente do nível de rendimento dos países. A existência e representatividade das organizações de trabalhadores que cobrem aqueles e aquelas que prestam cuidados, assim como a cobertura dos mecanismos de diálogo social, incluindo a negociação coletiva, também desempenham um importante papel na determinação das suas condições salariais e laborais e na sua capacidade de influenciar a tomada de decisões que os afetam.

O «cenário ótimo» para o trabalho de cuidados significa tornar realidade o trabalho digno para quem presta cuidados, incluindo o trabalho doméstico e realizado por migrantes. Cuidar deste grupo exige inverter as tendências descritas, ampliando a proteção laboral e social de todas as pessoas que prestam cuidados; promover a profissionalização evitando simultaneamente a erosão das competências profissionais; assegurar a representação e a negociação coletiva dos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados, e evitar estratégias de poupança de custos nos setores dos cuidados, tanto públicos como privados, que reduzem os salários ou diminuem o tempo dedicado aos cuidados diretos.

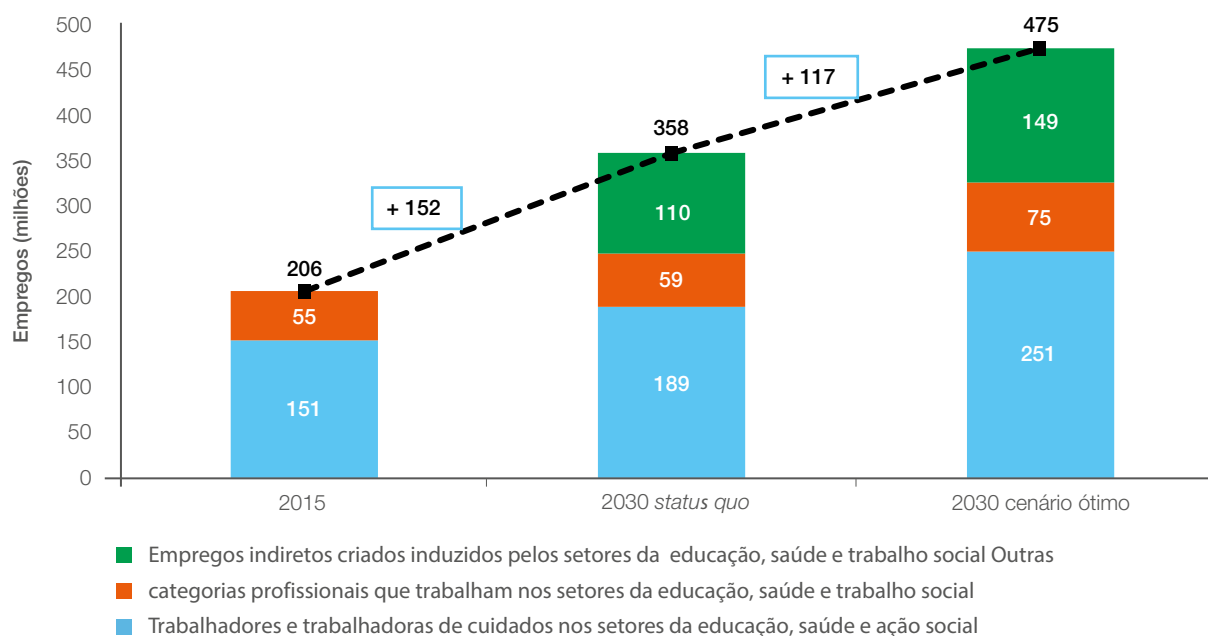
O EMPREGO NAS ATIVIDADES DE CUIDADOS E O FUTURO DO TRABALHO

O investimento na economia dos cuidados para alcançar os ODS pode representar um total de 475 milhões de empregos até 2030

O emprego de qualidade relacionado com os cuidados que promove a igualdade de género e beneficia todas as partes envolvidas (quem beneficia dos cuidados, trabalhadores/as de cuidados e cuidadores e cuidadoras que não recebem remuneração) é possível e exequível. Este facto ficou demonstrado num estudo de simulação macroeconómica para o ano de 2030 realizado em 45 países que representam 85 por cento do PIB mundial e 60 por cento da população e mão-de-obra mundiais. Em 2015, o emprego combinado nos setores da saúde e da educação e ação social nestes 45 países ascendeu aproximadamente a 206 milhões de trabalhadores e trabalhadoras, o que representa quase 10 por cento do seu emprego total e corresponde a 8,7 por cento do PIB combinado destes países.

A simulação consiste em comparar um cenário *status quo* com um cenário ótimo. O cenário *status quo* assume que o emprego relacionado com os cuidados se vai alterar em função da população e das alterações demográficas até 2030, mas que as taxas de cober-

Figura 8. Emprego total relacionado com os cuidados e emprego conexo em 2015 e 2030, cenário *status quo* e cenário ótimo



Nota: ver Capítulo 5, Figura 5.11 (45 países). Para 2015, cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

Fonte: Ilkkaracan e Kim, a publicar.

tura atuais, os padrões de qualidade e as condições de trabalho nos setores dos cuidados se irão manter constantes, de forma que os défices em matéria de cuidados persistem. De acordo com este cenário, estima-se que o emprego setorial na educação, saúde e trabalho social aumente provavelmente quase um quarto, até alcançar um total de 248 milhões de empregos em 2030. Estes incluem: 94 milhões de prestadores diretos e 29 milhões de empregos de apoio à educação, sendo estes números respetivamente de 95 e 30 milhões no setor da saúde e do trabalho social. Adicionalmente, seriam gerados mais 110 milhões de empregos noutros setores (empregos indiretos). Se prevalecer o cenário *status quo*, o número total de empregos na economia dos cuidados e noutros setores irá ascender a 358 milhões até 2030.

O cenário ótimo apoia-se em metas pertinentes estabelecidas pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), e é baseado na Agenda para o Trabalho Digno da OIT. Os resultados da simulação mostram que o aumento do investimento na economia dos cuidados tem o potencial de gerar um total de 475 milhões de empregos até 2030, isto é, 117 milhões de novos empregos adicionais acima do cenário *status quo* ou 269 milhões de novos empregos acima dos empregos em 2015 (ver Figura 8). Destes empregos adicionais criados, 78 milhões seriam no ensino e na saúde e ação social, o que aumentaria o emprego setorial total de 206 milhões em 2015 para 326 milhões em 2030. Os serviços de cuidados e ensino da primeira infância (39 milhões) e cuidados continuados (30 milhões) são os que mais contribuem para este potencial de criação de empregos, seguidos pelos serviços de saúde e ação social, com 9 milhões de empregos novos.

Os restantes 39 milhões de empregos adicionais são gerados noutros setores (empregos indiretos). Este número representa uma hipótese baixa, uma vez que a análise não contemplou os efeitos induzidos do emprego impulsionados pelo aumento da despesa de consumo nos agregados familiares.

Um cenário ótimo presuppõe duplicar os níveis atuais de investimento na educação, saúde e ação social até 2030

Num cenário *status quo*, a despesa pública e privada na prestação de serviços de cuidados ascenderia a 14,9 biliões de dólares norte-americanos até 2030, o que corresponde a 14,9 por cento das previsões do PIB combinado dos 45 países analisados em 2030. Este aumento, dos atuais 8,7 por cento do PIB (em 2015) para 14,9 por cento no cenário *status quo* em 2030 é impulsionado pela transformação demográfica destes países e pelos crescentes custos de saúde e cuidados continuados que lhes estão associados. Por outras palavras, se o investimento na prestação de cuidados não aumentar em 6 pontos percentuais do PIB global, os défices de cobertura irão agravar-se e as condições de trabalho na prestação de cuidados irão deteriorar-se.

Tornar real o cenário ótimo iria traduzir-se numa despesa pública e privada total na prestação de serviços de cuidados que ascenderia a 18,4 biliões de dólares norte-americanos, correspondendo a cerca de 18,3 por cento das previsões do PIB total dos 45 países em 2030. Por outras palavras, concretizar os ODS nos setores da educação e da saúde para resolver os défices de cuidados requer uma despesa adicional correspondente a 3,5 pontos percentuais do PIB previsto em 2030 acima do cenário *status quo*. Esta despesa adicional contribui, simultaneamente, para dois objetivos: em primeiro lugar, alcançar as taxas de cobertura de toda a população em matéria de cuidados de saúde e da população idosa em matéria de cuidados continuados, tal como estabelecido pelo ODS 3 (saúde e bem-estar para todos) e, em segundo lugar, alcançar as taxas de inscrição no ensino (desde os serviços de cuidados e educação na primeira infância até ao ensino superior) tendo em vista atingir o ODS 4 (educação para todos). Além disso, este nível de despesa assegura a realização destas metas em condições de trabalho digno para quem presta cuidados, contribuindo para alcançar o ODS 8 (trabalho digno e crescimento económico).

Os níveis requeridos de despesa na prestação de serviços de cuidados no cenário ótimo implicam duplicar os níveis atuais de despesa em percentagem do PIB, e implica um aumento da despesa pública. No mínimo, 17,5 por cento de qualquer despesa pública adicional seria recuperada a curto prazo, através de receitas fiscais.

O cenário ótimo para o trabalho de cuidados é exequível, mas deve ser apoiado em políticas transformadoras e no trabalho digno para quem presta cuidados

A OIT colocou o trabalho de cuidados no centro das Iniciativas do Centenário sobre as Mulheres no Trabalho e o Futuro do Trabalho. A realização da igualdade entre mulheres e homens no trabalho é também uma prioridade urgente como consequência da adoção do ODS 5, que visa reconhecer e valorizar o trabalho de cuidados não remunerado «atra-

vés da disponibilização de serviços públicos, infraestruturas e políticas de proteção social» (meta 5.4). Este compromisso mundial com a igualdade de género foi acompanhado por um reconhecimento do papel desempenhado pela Agenda para o Trabalho Digno para a transformação do planeta, erradicando a pobreza extrema e combatendo as desigualdades. Isto foi reafirmado pelo ODS 8 sobre o emprego pleno e produtivo e trabalho digno para todos os homens e mulheres.

O presente relatório mostra que o quadro do Triplo R – *reconhecer, reduzir e redistribuir o trabalho de cuidados não remunerado* – e a Agenda para o Trabalho Digno confluem

Figura 9. O quadro dos 5R para o Trabalho Digno de Cuidados: alcançar o cenário ótimo para o trabalho de cuidados respeitando a igualdade entre mulheres e homens

Principais domínios de intervenção	Recomendações para a ação	Medidas concretas
Atividades de cuidados	Reconhecer, reduzir e redistribuir o trabalho de cuidados não remunerado	■ Medir todas as formas de trabalho de cuidados e incluir trabalho de cuidados não remunerado na tomada de decisões ■ Investir em serviços, políticas e infraestruturas relacionadas com os cuidados de qualidade ■ Promover políticas ativas do mercado de trabalho que apoiem a integração, a reintegração e os progressos das pessoas cuidadoras não remuneradas no mercado de trabalho ■ Estabelecer e por em prática modalidades de trabalho favoráveis à família para todos os trabalhadores e trabalhadoras ■ Promover a informação e a educação no sentido de ter famílias, locais de trabalho e sociedades mais igualitárias ■ Garantir o direito ao acesso universal a serviços de cuidados de qualidade ■ Assegurar sistemas de proteção social favoráveis aos cuidados e sensíveis à dimensão de género, incluindo os pisos de proteção social ■ Implementar o financiamento de políticas relativas às licenças para todos os homens e mulheres e que promovam igualdade de género
Macroeconomia		
Proteção social		
Trabalho	Retribuir: mais trabalho e trabalho digno para quem presta trabalho de cuidados	■ Regular e implementar termos e condições de emprego dignas e alcançar a igualdade de remuneração por um trabalho de igual valor para todas as pessoas que prestam cuidados ■ Assegurar um ambiente de trabalho seguro, atrativo e estimulante tanto para mulheres e homens que prestam cuidados ■ Promulgar leis e adotar medidas para proteger os trabalhadores e trabalhadoras migrantes
Migrações	Representação, diálogo social e negociação coletiva para quem presta cuidados	■ Assegurar a participação plena e efetiva e a igualdade de oportunidades de liderança para as mulheres em todos os níveis de tomada de decisão na vida política, económica e pública ■ Promover a liberdade de associação para os trabalhadores de cuidados e os empregadores ■ Promover o diálogo social e fortalecer o direito à negociação coletiva nos setores de cuidados ■ Promover a criação de alianças entre os sindicatos que representam os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados e as organizações da sociedade civil que representam quem beneficia dos cuidados e os cuidadores e cuidadoras que não recebem remuneração

Fonte: elaboração para este relatório. Ver Capítulo 6, Figura 6.1.

para definir a via ótima para o trabalho de cuidados com justiça social. Isto implica a prestação de cuidados de boa qualidade, que beneficiem tanto prestadores de cuidados não remunerados como as pessoas a quem se destinam esses cuidados. O cenário ótimo para o trabalho de cuidados necessita de ser baseado em medidas transformadoras em cinco domínios principais: políticas de cuidados, macroeconómicas, de proteção social, laborais e migratórias. Estas políticas são transformadoras quando contribuem para o *reconhecimento do valor* do trabalho de cuidados não remunerado para a *redução* de determinadas formas penosas de trabalho de cuidados e para a *redistribuição* das responsabilidades de cuidados entre as mulheres e os homens e entre os agregados familiares e o Estado. As políticas também devem retribuir de forma adequada quem presta cuidados e promover a sua *representação*, assim como a de quem beneficia dos cuidados e dos cuidadores e cuidadoras que não recebem remuneração.

A figura 9 resume as recomendações e medidas concretas necessárias para a realização do cenário ótimo para o trabalho de cuidados no Quadro dos 5R para o Trabalho Digno de Cuidados: *reconhecer, reduzir e redistribuir* o trabalho de cuidados não remunerado; recompensar o trabalho de cuidados remunerado através da promoção de mais trabalho de cuidados digno para os trabalhadores e trabalhadoras; e garantir a *representação*, o diálogo social e a negociação coletiva. Cada grupo de recomendações corresponde a uma série de medidas concretas que se destinam a ajudar a avançar no cenário ótimo para o trabalho de cuidados, medidas que são orientadas pelas normas da OIT.

O Quadro 5R constitui uma abordagem às políticas públicas baseada nos direitos humanos e sensível à dimensão de género. O Quadro cria um círculo virtuoso que atenua as desigualdades relacionadas com os cuidados, aborda as barreiras que impedem as mulheres de aceder a um trabalho remunerado e melhora as condições de todas as pessoas que prestam trabalho de cuidados remunerados e não remunerados e, consequentemente, a qualidade dos cuidados.

NOTAS

- 1 OIT, 2013: *Resolution concerning statistics of work, employment and labour underutilization Adopted by the Nineteenth International Conference of Labour Statisticians* (out. 2013) (Genebra).
 - 2 OMS e Banco Mundial, 2011: *World report on disability* (Genebra).
 - 3 OIT e Gallup, 2017: *Towards a better future for women and work: Voices of women and men* (BIT, Genebra).
 - 4 *Ibidem*.
 - 5 UNESCO, 2016: *Education for people and planet: creating sustainable futures for all, Global education monitoring report 2016*, 2ª éd. (Paris).
 - 6 OIT, 2017: *Relatório Mundial sobre Proteção Social 2017–19: Proteção social universal para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável* (Genebra).
- NT Ensino básico (1.º ciclo) dos 6 aos 9 anos de idade.

INTRODUÇÃO

O trabalho de cuidados, tanto remunerado como não remunerado, é vital para o futuro do trabalho digno. O crescimento da população, o envelhecimento das sociedades, a secundarização das mulheres nos mercados de trabalho e as lacunas nas políticas sociais exigem que governos, empregadores, sindicatos e cidadãos adotem medidas urgentes no que respeita à organização do trabalho de cuidados. O trabalho de cuidados é essencial para a reprodução da mão-de-obra do futuro, para a saúde e educação da atual mão-de-obra e para cuidar dos números crescentes de pessoas idosas. A maior parte do trabalho de cuidados não remunerado em todo o mundo é realizado por mulheres e é um fator fundamental para determinar as suas possibilidades de entrada e permanência na vida profissional e a qualidade dos seus empregos. A maioria das pessoas que prestam cuidados remunerados são mulheres, que trabalham muitas vezes na economia informal, em condições precárias e a troco de um salário muito baixo. Contudo, o trabalho de cuidados remunerado continuará provavelmente a ser uma importante fonte de emprego no futuro, especialmente para as mulheres. O trabalho de cuidados digno é, por conseguinte, central para assegurar um futuro do trabalho baseado na igualdade de género e na sua promoção, para o benefício de todas as pessoas.

Estas são as razões pelas quais o trabalho de cuidados e a economia dos cuidados foram colocados no cerne das Iniciativas do Centenário sobre as Mulheres no Trabalho e sobre o Futuro do Trabalho da OIT, lançadas na Conferência Internacional do Trabalho em 2013. O objetivo da Iniciativa Mulheres no Trabalho é compreender porque tem sido tão lento o progresso no acesso das mulheres a um trabalho digno a nível mundial, abordar barreiras estruturais e identificar vias inovadoras para alcançar a igualdade entre mulheres e homens. A adesão a um cenário «status quo» já não é uma opção viável. O presente relatório mostra que a repartição atual do trabalho de cuidados não remunerado constitui um grande obstáculo a um futuro do trabalho com igualdade entre mulheres e homens. Propõe a centralidade do emprego remunerado de qualidade nos setores de cuidados para a promoção de um melhor futuro do trabalho e aponta a importância de adotar um «cenário ótimo» para o trabalho de cuidados. Isto implica a prestação de cuidados de qualidade que beneficiem tanto quem presta como quem beneficia de cuidados e que proporcionem trabalho digno para os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados.

A Iniciativa Mulheres no Trabalho surge num período de desafios para a realização de igualdade de oportunidades e tratamento entre mulheres e homens, mas também num momento em que o nível e a intensidade do debate sobre o empoderamento das mulheres e a igualdade de género nunca foram tão relevantes na agenda internacional. A adoção da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável posicionou a conquista da igualdade de género no trabalho como uma prioridade urgente. A meta 5.4 do Objetivo 5 de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que reconhece e valoriza o trabalho de cuida-

dos não remunerado «através da disponibilização de serviços públicos, infraestruturas e políticas de proteção social», tornou-se, pela primeira vez, não só uma meta em si mesma, mas também um meio de proporcionar o desenvolvimento sustentável para todas as mulheres e raparigas. Este compromisso mundial com a igualdade de género foi acompanhado por um reconhecimento do papel desempenhado pela Agenda para o Trabalho Digno para a transformação do planeta, erradicando a pobreza extrema e combatendo as desigualdades. Isto foi afirmado pelo Objetivo 8 dos ODS sobre o emprego pleno e produtivo e trabalho digno para todas as mulheres e homens. Fazer do trabalho digno com igualdade de género um pilar da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável tem reforçado igualmente o papel da OIT e dos seus mandantes na construção de um novo modelo para um segundo século de trabalho digno em 2019, no qual o trabalho de cuidados e a economia dos cuidados estão no centro das políticas transformadoras.

A Iniciativa Mulheres no Trabalho mostrou que os problemas enfrentados pelas mulheres no mundo do trabalho não são novos, mas o ambiente em que estes estão a ocorrer está a mudar devido à persistência do fraco crescimento do emprego, à «crise das desigualdades»¹ e aos desafios em matéria de demografia, migrações e tecnologia (ver o relatório do Diretor-geral da Conferência Internacional do Trabalho de 2018).² As disparidades de género estão a reduzir em muitos países, embora apenas a um ritmo lento. Este atraso no progresso é um fator acrescido num ambiente de mudança que é desfavorável para as mulheres, e a reversão desta situação requer abordagens políticas urgentes e inovadoras. O recente relatório da OIT-Gallup 2017³ demonstra que as mulheres em todo o mundo, incluindo as que estão fora do mercado de trabalho, gostariam de conciliar o trabalho remunerado com o cuidado das suas famílias. Não obstante, esta aspiração muitas vezes não é satisfeita devido à presença persistente de barreiras estruturais, tais como a distribuição desigual das responsabilidades de cuidados entre as mulheres e os homens no ambiente familiar e a ausência de cuidados acessíveis para crianças e parentes.

Como as mulheres em todo o mundo realizam um trabalho de cuidados não remunerado desigual e com frequência muito significativo, a sua disponibilidade para o emprego remunerado é limitada, assim como a qualidade do emprego a que podem ter acesso, reforçando assim as diferenças de género no trabalho remunerado. A subvalorização do trabalho de cuidados não remunerado das mulheres resulta na subvalorização generalizada do trabalho de cuidados remunerado, conduzindo a salários mais baixos e condições de trabalho precárias nos setores de cuidados, nos quais as mulheres estão sobrerrepresentadas. Por sua vez, estas penalizações nas profissões de cuidados repercutem-se noutros ramos de atividade, exacerbando ainda mais as desigualdades de género no mundo do trabalho, inclusivamente em termos de voz e representação das mulheres em todas as esferas da vida política, social e económica. Estas penalizações também afetam a pouca prioridade (ou, em certos casos, a completa ausência) dada às preocupações associadas aos cuidados no diálogo social e nos processos de tomada de decisão. Reequilibrar a equação do trabalho de cuidados não remunerado-remunerado é, assim, uma condição necessária para estabelecer um ciclo virtuoso de trabalho digno para todos.

No limiar do centenário da OIT, os mandantes da OIT encontram-se numa encruzilhada histórica. Para criar um ciclo virtuoso de trabalho digno para todos, é imperativo seguir um cenário ótimo para o trabalho de cuidados, com base na justiça social. O cenário ótimo para o trabalho de cuidados baseia-se no reconhecimento de que os Estados-membros

da OIT precisam de ser «Estados solidários»⁴ e o mundo do trabalho precisa de se tornar um «mundo do trabalho solidário», em consonância com as aspirações das pessoas. Um mundo de trabalho solidário proporciona cuidados de qualidade, o que, por sua vez, depende de trabalho de cuidados remunerado e não remunerado de qualidade, partilhado de forma igualitária para que tanto mulheres como homens possam prestar cuidados e beneficiar da sua retribuição.

Investir em trabalho de cuidados de qualidade oferece muitos benefícios de curto e longo prazo para um futuro do trabalho digno: ajudaria a atender às necessidades de cuidados não atendidas ou insuficientemente atendidas; transferiria a prestação de cuidados de setores não remunerados para setores remunerados, liberando os prestadores de cuidados não remunerados, a maioria dos quais são mulheres, para assumir um emprego remunerado; e geraria um número significativo de novos empregos. Até 2030, a OIT estima que um cenário ótimo para o trabalho de cuidados tem o potencial de criar 475 milhões de empregos na educação, na saúde e ação social e, indiretamente, noutros setores como resultado do aumento da despesa setorial, isto é, mais 117 milhões de empregos dignos do que os que seriam criados se os atuais níveis de cobertura e as condições de trabalho dos trabalhadores de cuidados persistirem. Construir este cenário ótimo exige repensar o paradigma atual e mapear o novo roteiro do trabalho de cuidados. É isto que o presente relatório procura fazer.

OBJETIVOS E ESTRUTURA DO RELATÓRIO

O relatório *Prestação de cuidados: trabalho e profissões para o futuro do trabalho digno* proporciona uma análise aprofundada dos desafios e oportunidades inerentes à integração da economia dos cuidados na análise e nas políticas do mercado de trabalho. O relatório explora as dimensões, as características e as desigualdades intersectoriais do trabalho tanto não remunerado como remunerado e a sua relação com um mundo do trabalho em mudança. Analisa a economia dos cuidados como um meio de apoiar a igualdade de oportunidades e tratamento das mulheres no trabalho e como uma área de crescimento do emprego, com importantes implicações para os debates em matéria de leis e políticas relativas ao futuro do trabalho.

Aponta para a contribuição dos cuidadores não remunerados dentro das suas próprias famílias, bem como nas suas comunidades locais. Examina também os riscos socioeconómicos vinculados aos impactos duradouros que a incapacidade de conciliar as responsabilidades laborais e familiares tem na participação das mulheres no mercado de trabalho e no acesso a empregos de qualidade. As condições de trabalho dos trabalhadores de cuidados em todo o mundo - médicos, enfermeiros, professores, pessoal de cuidados às crianças e assistentes pessoais, para citar apenas algumas profissões de cuidados, assim como os trabalhadores domésticos - estão estreitamente relacionadas com a organização do trabalho de cuidados não remunerado. Se existem trabalhos de cuidados suficientes para cobrir as necessidades futuras de cuidados, e se os empregos gerados compreenderão empregos dignos, são aspetos cruciais no estabelecimento de um cenário ótimo para o trabalho de cuidados e para a definição dos fatores que determinarão o futuro do trabalho.

O Capítulo 1 tem início com a definição de trabalho de cuidados e da economia dos cuidados à luz da Resolução I da 19.^a Conferência Internacional dos Estatísticos do Trabalho (ICLS). Descreve as principais características da prestação de cuidados, que compreende três partes - os beneficiários de cuidados, os cuidadores não remunerados (empregados ou não) e os trabalhadores de cuidados. É explicado de que forma as características relativas às questões de género do trabalho de cuidados são a origem da sua desvalorização económica, expõe o papel limitado que as tecnologias podem desempenhar na substituição da interação humana na prestação de cuidados e destaca a necessidade de desafiar a definição clássica de produtividade no trabalho como pré-condição para alcançar uma prestação de cuidados de qualidade. Explica-se porquê e como o trabalho de cuidados é importante para o mundo atual e futuro do trabalho, no contexto das megatendências socioeconómicas, demográficas e ambientais em curso. Finalmente, examina de que forma o trabalho e as políticas relacionadas se inscrevem nos quadros de políticas internacionais e nacionais e enfatiza a importância de abordar as questões em matéria de trabalho de cuidados num contexto político propício.

O Capítulo 2 define e analisa a magnitude, a natureza e o valor do trabalho de cuidados não remunerado, em termos do volume de horas envolvidas e do número e características dos cuidadores não remunerados. Debate as questões relativas à quantificação e aponta para o papel complementar da mão-de-obra e os inquéritos de uso do tempo, no seguimento da recente atualização das normas internacionais relacionadas com as estatísticas sobre o trabalho e a classificação internacional das atividades para o uso do tempo. É apresentada uma análise interseccional das disparidades de género na prestação de cuidados e tendências relacionadas, fundamentada numa base de dados abrangente proveniente de 67 inquéritos sobre o uso do tempo. O impacto do trabalho de cuidados não remunerado na desigualdade de género no trabalho, centrando-se na participação na mão-de-obra, nas horas trabalhadas e na qualidade do trabalho, com base na análise de quase 90 inquéritos à população ativa e a outros agregados familiares. O papel das atitudes sociais em relação ao trabalho remunerado das mulheres e dos homens e ao trabalho de cuidados não remunerado na formação e solidificação das desigualdades de género na força de trabalho é também destacado no capítulo.

No Capítulo 3 é debatido o papel das políticas transformadoras em matéria de cuidados, especificamente as medidas para abordar e transformar as desigualdades no trabalho não remunerado e no trabalho remunerado, através do reconhecimento, redução e redistribuição da carga do trabalho de cuidados não remunerado. Apresenta os princípios fundamentais e os principais elementos das políticas transformadoras de cuidados, que compreendem as políticas em matéria de licenças, os serviços de cuidados, as prestações pecuniárias de proteção social relacionadas com os cuidados, as modalidades de trabalho que permitem conciliar as responsabilidades profissionais e familiares e as infraestruturas de cuidados. O capítulo destaca o papel destas políticas que visam conduzir a melhores resultados para as crianças, para o emprego das mães e o papel de cuidador dos pais, assim como para as pessoas idosas e pessoas com deficiência. O capítulo também apresenta informações sobre as atitudes das mulheres e dos homens em relação às políticas de cuidados selecionadas e relaciona-as com as disposições das atuais políticas de cuidados.

No Capítulo 4 examinam-se mais de perto a magnitude e as características da mão-de-obra dedicada à prestação de cuidados, com base em quase 100 inquéritos à população ativa junto das famílias. Apresentam-se as estimativas mundiais e regionais da mão-de-obra dedicada à prestação de cuidados, por sexo, e analisa-se a sua composição setorial, centrando-se em profissões relacionadas com os serviços de cuidados selecionadas. O capítulo apresenta, então, uma análise abrangente de grupos baseada nos países que mostra como a prestação de serviços de cuidados e o ambiente político determinam as condições de trabalho dos trabalhadores das atividades de cuidados. Os grupos mostram variações dentro e entre as regiões que fornecem informações sobre os principais fatores determinantes da qualidade do trabalho, independentemente do nível de desenvolvimento.

No Capítulo 5 analisa-se o papel da economia dos cuidados na criação de emprego. Com base numa metodologia de entradas-saídas para 45 países em todo o mundo, o capítulo fornece estimativas quanto à criação de empregos com condições de trabalho digno no setor dos cuidados, tendo em conta as projeções demográficas. Explora e compara os resultados do cenário *status quo*, que se baseia na continuidade das tendências atuais na cobertura de serviços de cuidados e nas condições de trabalho dos trabalhadores de cuidados, e do cenário ótimo relativo ao trabalho de cuidados, moldado com base na realização dos ODS pertinentes.

No capítulo 6, final, apresentam-se uma série de recomendações baseadas nas normas da OIT e nas experiências dos países de todo o mundo. Estas recomendações estabelecem o cenário ótimo para o trabalho de cuidados, no qual o trabalho digno em matéria de cuidados contribui para que o futuro do trabalho seja melhor para todos.

NOTAS

- 1 Alejo Vázquez Pimentel, Macias Aymar e Lawson, 2018.
- 2 OIT, 2018a.
- 3 OIT e Gallup, 2017.
- 4 Tronto, 2015; OIT 2015f.

CAPÍTULO 1

Prestação de cuidados: trabalho e profissões Definições e âmbito de aplicação

MENSAGENS-CHAVE

- A prestação de cuidados é inerente à condição humana, pois todos os seres humanos dependem de cuidados para sobreviver e prosperar. A prestação de cuidados pode ser remunerada ou não remunerada.
- Conforme estabelecido pelas definições das estatísticas do trabalho em 2013, o trabalho de cuidados não remunerado é trabalho. As pessoas cuidadoras não remuneradas proporcionam cuidados, apoio e efetuam tarefas domésticas junto dos agregados familiares ou à comunidade local, sem recompensa monetária. Todas as pessoas adultas prestarão cuidados não remunerados em alguma etapa durante o seu ciclo de vida.
- A prestação de trabalho não remunerado é uma experiência gratificante, mas também pode ter efeitos adversos no que respeita às oportunidades económicas, ao bem-estar e ao gozo efetivo dos direitos humanos das pessoas cuidadoras não remuneradas.
- Os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados realizam o trabalho de cuidados para obter um ganho ou pagamento e fornecem serviços no âmbito da saúde, da educação e sociais. Os trabalhadores e trabalhadoras domésticos fornecem serviços de cuidados nos agregados familiares. A economia dos cuidados é a soma de todas as formas do trabalho de cuidados.
- Os cuidados de qualidade requerem boas condições da prestação de cuidados, tanto na sua forma remunerada como não remunerada. A natureza relacional da prestação de cuidados limita o potencial de substituição da mão-de-obra humana por robôs e outras tecnologias.
- As mudanças nas estruturas familiares, os rácios mais desfavoráveis de dependência de cuidados e as necessidades de cuidados em constante evolução, conjugados com o aumento da taxa de emprego das mulheres em determinados países, reduziram a disponibilidade da prestação de cuidados não remunerada e conduziram ao aumento da procura de cuidados remunerados.
- Se não forem adequadamente abordados, os défices na prestação de serviços de cuidados e a sua qualidade irão aumentar, exacerbando a crise mundial em matéria de cuidados e acentuando ainda mais as desigualdades de género no trabalho.
- A inclusão da meta 5.4 sobre a prestação de cuidados não remunerado nos ODS é um reconhecimento da valiosa contribuição deste trabalho para a consecução dos ODS para o bem-estar das pessoas e da sociedade.
- O Quadro do Triplo R - reconhecer, reduzir e redistribuir o trabalho de cuidados não remunerado - e a Agenda para o Trabalho Digno confluem para definir o cenário ótimo para a prestação de cuidados. Isto implica serviços

de qualidade que beneficiem tanto quem presta como quem beneficia de cuidados e que proporcionem trabalho digno para os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados.

- As políticas de prestação de cuidados, macroeconómicas, de proteção social, laborais e de migrações devem criar sinergias para proporcionar um ambiente propício para o progresso do trabalho digno nesta área, permitindo o reconhecimento, a redistribuição e, quando necessário, a redução do trabalho não remunerado, assim como a promoção da representação e o trabalho digno para quem trabalha na prestação de cuidados.

1.1. DEFINIR O TRABALHO DE CUIDADOS E A ECONOMIA DOS CUIDADOS

As atividades dos cuidados são inerentes à condição humana. Todos os seres humanos dependem de cuidados como beneficiários e como prestadores. Estas atividades são necessárias para a existência e reprodução das sociedades e da mão-de-obra e para o bem-estar geral de todas as pessoas. A própria essência de ter cidadãos e cidadãs independentes e com autonomia, assim como trabalhadores e trabalhadoras produtivos, assenta na existência da prestação de cuidados.

Em consonância com a literatura, no presente relatório o trabalho de cuidados é definido em sentido lato, como consistindo em atividades e relações que implicam a satisfação das necessidades físicas, psicológicas e afetivas de pessoas adultas e crianças, pessoas idosas e jovens, fragilizados e fisicamente aptos.¹ Os recém-nascidos, jovens, pessoas idosas, doentes e as pessoas com deficiência, e inclusivamente as pessoas adultas saudáveis, têm problemas físicos, psicológicos, cognitivos e emocionais e requerem diversos graus de proteção, cuidados ou apoio. O presente relatório é baseado numa definição abrangente de trabalho de cuidados que cobre todo o espectro dos cuidados e inclui as atividades envolvidas na reprodução social.²

As atividades de cuidados são compostas por duas grandes categorias. Em primeiro lugar, as que consistem em *atividades de cuidados diretos, face a face e pessoais* (por vezes referidas como cuidados de «educação» ou «relacionais»),³ tais como amamentar um bebé, cuidar de um parceiro doente, ajudar uma pessoa idosa a tomar banho, realizar *check-ups* de saúde ou ensinar as crianças pequenas. Em segundo lugar, as que envolvem *atividades de cuidados indiretos*, que não implicam cuidados pessoais face a face, tais como as limpezas, cozinhar, tratar da roupa e outras tarefas de manutenção do agregado familiar (por vezes referidas como «cuidados não relacionais» ou «tarefas domésticas»), que constituem as pré-condições necessárias à prestação de cuidados pessoais.⁴ Estes dois tipos de atividades de cuidados não se podem dissociar e sobrepõem-se frequentemente na prática, tanto nas famílias como nas instituições.

O trabalho de cuidados é sempre realizado no âmbito de uma relação de cuidados entre o *cuidador ou cuidadora e a pessoa beneficiária dos cuidados*⁵ - entre a mãe e o filho, enfermeira/o e o paciente, trabalhador/a doméstico/a e o empregador, o filho e o pai doente. Entre os motivos para cuidar incluem-se o amor e o afeto, o dever e a responsabilidade, e a pressão social e familiar, assim como a recompensa pecuniária, quando os cuidados são prestados como atividade remunerada. Uma relação de cuidados tem também uma

dimensão de recurso ou componente financeira - alguém está a incorrer em custos para proporcionar cuidados. Isto torna-se evidente quando se realiza um pagamento pelo tempo e esforço da pessoa cuidadora, tais como os salários dos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados ou as licenças pagas para pessoas cuidadoras. Os custos podem ser também não monetários, em termos das oportunidades de emprego e dos tipos de emprego a que as pessoas cuidadoras não remuneradas podem aceder (ver Capítulo 2).

De facto, o trabalho de cuidados pode ser remunerado ou não remunerado. O *trabalho de cuidados não remunerado* constitui o cuidado de pessoas ou efetuar tarefas domésticas sem qualquer compensação monetária explícita. A maioria do trabalho de cuidados não remunerado em quase todas as sociedades é realizado no seio das famílias, e é na maioria das vezes proporcionado por mulheres e raparigas. Mas, as pessoas cuidadoras não remuneradas cuidam também de pessoas fora das suas famílias, tais como no círculo de amizade ou vizinhança, e membros da comunidade, e numa diversidade de instituições (públicas, privadas, sem fins lucrativos) numa base voluntária.

O *trabalho de cuidados remunerado* constitui o trabalho de cuidados realizado para obter um ganho ou pagamento⁶ numa série de diferentes contextos, tais como em agregados familiares particulares (como no caso do trabalho doméstico)⁷, e em hospitais públicos ou privados, clínicas, lares, escolas e outros estabelecimentos de cuidados. Os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados podem encontrar-se numa relação de trabalho, onde o empregador é um particular ou um agregado familiar, um organismo público, uma empresa privada ou uma organização privada sem fins lucrativos, ou podem trabalhar por conta própria (trabalho independente).

Pessoas cuidadoras não remuneradas

As mulheres assumem a grande maioria do trabalho de cuidados não remunerado em termos de número de horas e também representam a maioria das pessoas cuidadoras não remuneradas em todo o mundo. As pessoas que prestam cuidados não remunerados ou «pessoas cuidadoras não remuneradas»⁸ são as pessoas que prestam cuidados não remunerados ou apoio aos membros do seu próprio agregado familiar, aos de outras famílias ou da comunidade que tenham necessidades de cuidados ou apoio, no contexto da família, da comunidade, ou de outros relacionamentos afetivos anteriores.⁹ As pessoas cuidadoras não remuneradas podem encontrar-se em todas as sociedades, incluindo as que têm um sistema alargado de segurança social ou nas quais o mercado assegure vários aspetos dos cuidados. Formas de prestação de cuidados não remunerada podem por vezes ser apoiadas por prestações de proteção social ou subsídios, como no caso de uma transferência monetária destinadas a compensar as perdas de rendimentos ou a reconhecer a contribuição dos cuidadores não remunerados, como apresentado no Capítulo 3. Os indivíduos realizam trabalho de cuidados não remunerado, independentemente de participarem ou não no mercado de trabalho, mas este facto tem inevitavelmente impactos nos termos e condições dessa participação. Praticamente todas as pessoas adultas (e, em alguns casos, crianças) serão cuidadoras não remuneradas em alguma etapa durante o seu ciclo de vida.

Como discutido no Capítulo 2, numa análise de 89 inquéritos à população ativa estima-se que existam cerca de 2,3 mil milhões de potenciais pessoas cuidadoras não remuneradas (1,2 mil milhões de mulheres, 1,1 mil milhões de homens);¹⁰ especificamente, as mulheres e os homens adultos do mundo que vivem em agregados familiares com pelo

menos uma criança com menos de 15 anos de idade, uma pessoa idosa frágil ou uma pessoa com deficiência grave ou doença prolongada. Porém, nem todas as potenciais pessoas cuidadoras não remuneradas fornecem trabalho de cuidados não remunerado. A quantidade e a intensidade da prestação de cuidados não remunerada varia significativamente de acordo com os contextos culturais, as características das pessoas cuidadoras e as condições socioeconômicas. A formação e a estrutura familiar também são um fator significativo, particularmente o número e o tipo de membros da família que têm necessidades de cuidados ou de apoio e a medida em que estes são atenuados por políticas de cuidados eficazes.¹¹ Por exemplo, em África, o perfil mais comum é o de uma mulher com idade entre 15 e 54 anos, com poucos recursos econômicos, vários filhos, um baixo nível de escolaridade e, muitas vezes, problemas de saúde ou deficiência, e que, simultaneamente, trabalha numa atividade remunerada, maioritariamente na economia informal, e recebe pouco ou nenhum apoio de natureza formal.¹² Nos países de rendimento elevado, é geralmente uma mulher com idade entre 25 e 54 anos, muitas vezes uma mãe solteira que vive com um ou dois filhos, que beneficia de algumas formas de políticas de cuidados, mas que depende principalmente de trabalho remunerado a tempo parcial para poder ocupar-se da sua família. Como discutido no Capítulo 2, as pessoas cuidadoras não remuneradas cobrem a grande maioria das necessidades de cuidados mundiais, muitas vezes com efeitos adversos nas suas próprias oportunidades econômicas e de bem-estar, assim como das beneficiárias dos cuidados.

Trabalhadores e trabalhadoras de cuidados

As pessoas que trabalham na prestação de cuidados diferem em termos de escolaridade, competências, setor e remuneração: desde docentes universitários, pessoal médico e dentistas num dos lados do espectro, até aos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados a crianças e de cuidados pessoais no outro espectro.¹³ As pessoas cuidadoras com profissões da área dos cuidados fornecem serviços de saúde, sociais e de educação, com o apoio de outras categorias profissionais, tais como gestores/as, contabilistas, pessoal técnico e administrativo que trabalham no mesmo hospital ou escola. Embora não classificadas como pessoas que prestam cuidados, o seu trabalho é essencial para a prestação de serviços de cuidados. Por esta razão, o presente relatório considera como fazendo parte da economia dos cuidados, e todas as profissões integradas nos setores da «saúde e ação social» e «educação» como fazendo parte da mão-de-obra no âmbito dos cuidados.¹⁴

A prestação de cuidados também inclui o trabalho doméstico. No seu papel de prestadores de serviços pessoais e domésticos em casas particulares, os trabalhadores e trabalhadoras domésticos são uma parte fundamental da mão-de-obra no âmbito dos cuidados. De acordo com as definições da OIT, são os trabalhadores e trabalhadoras numa relação de trabalho que realizam trabalho num ou mais agregados familiares. Ao invés de definir o trabalho doméstico de acordo com as tarefas, a característica distintiva do trabalho doméstico é o local de trabalho.¹⁵ Regra geral, estas pessoas limpam, cozinham e realizam outras tarefas domésticas que são fundamentais para os cuidados pessoais, além de proporcionar cuidados diretos a crianças, pessoas idosas e pessoas com deficiência.

Como explicado em detalhe no Capítulo 4, existem hoje 215 milhões de trabalhadores e trabalhadoras de cuidados nos setores de cuidados (e trabalho total social e na educação) e 70,1 milhões no trabalho doméstico no mundo. Quando se adicionam os trabalhadores

e trabalhadoras que dão apoio à prestação de cuidados, a mão-de-obra mundial no âmbito dos cuidados atinge 381 milhões, ou 11,5 por cento do total do emprego mundial.

As mulheres representam até 65 por cento da mão-de-obra mundial no âmbito dos cuidados. Esta proporção é mais elevada entre os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados em profissões de cuidados (66 por cento) e entre os trabalhadores e trabalhadoras domésticos (70 por cento).¹⁶ A mão-de-obra mundial masculina representa 6,6 por cento do emprego masculino mundial, enquanto que a proporção equivalente para as mulheres é quase três vezes superior a esse número, isto é, 19,3 por cento. O estereótipo de género do trabalho de cuidados não remunerado e a associação dos cuidados à inclinação «natural» e às capacidades «inatas» das mulheres, em lugar das capacidades adquiridas através da educação formal ou da formação, está por trás do elevado grau de feminização do emprego no âmbito dos cuidados. Isto não só implica que o emprego em profissões e setores de cuidados seja uma fonte significativa de procura de trabalho para as mulheres, indica também que a melhoria das condições de trabalho e de remuneração para a mão-de-obra como um todo terá um impacto positivo direto nas condições de trabalho e na remuneração de um grande número de mulheres.

1.1.1. O trabalho de cuidados e a nova definição estatística de «trabalho»

A Resolução I, adotada pela 19.^a Conferência Internacional dos Estatísticos do Trabalho (ICLS) relativa às «estatísticas do trabalho, emprego e subutilização da mão-de-obra» introduz uma «definição conceitualmente revolucionária» do trabalho (ver Caixa 1.1).¹⁷ Esta definição inclui, mas transcende, o trabalho em troca de uma remuneração ou de benefícios e compreende «qualquer atividade realizada por pessoas independentemente do sexo e idade para produzir bens ou prestar serviços para consumo por terceiros ou para consumo próprio». A introdução da última frase, «para consumo por terceiros ou para consumo próprio», assinala uma mudança decisiva, uma vez que reconhece a produção de bens e

Caixa 1.1. A definição das formas de trabalho da ICLS

«O trabalho compreende qualquer atividade realizada por pessoas independentemente do sexo e idade para produzir bens ou prestar serviços para terceiros ou para consumo próprio.» Para permitir a medição separada para cumprir diferentes objetivos, a Resolução I identifica as seguintes «cinco formas de trabalho mutuamente exclusivas»:

1. *Trabalho de produção para consumo próprio*, que compreende a produção de bens e serviços para uso final próprio;¹⁸
2. *Emprego*, que compreende o trabalho realizado para outros contra remuneração ou em troca de benefícios;
3. *Trabalho em formação não remunerado*, que compreende o trabalho realizado por terceiros sem remuneração, para adquirir experiência ou competências no local de trabalho;
4. Trabalho voluntário, que compreende o trabalho sem remuneração e não obrigatório realizado para terceiros;
5. *Outras atividades de trabalho* (não definidas nesta Resolução).¹⁹

Fonte: OIT, 2013d.

Quadro 1.1. O trabalho de cuidados e a sua relação com a Resolução I da 19.^a ICLS, ICATUS 2016 e o SCN 2008

Destino pretendido da produção	Para utilização final própria				Para uso de outras pessoas						
Formas de trabalho na Resolução I da 19.ª ICLS	Trabalho de produção para consumo próprio		Emprego		Trabalho em formação não remunerado	Outras atividades de trabalho	Trabalho voluntário				
	de serviços	de bens	11. Emprego em empresas, e instituições públicas sem fins lucrativos	12. Emprego em agregado familiar e empresas para produção de bens			13. Emprego no agregado familiar e nas empresas para prestar serviços	53. Trabalho em formação não remunerado e atividades relacionadas	59. Outras atividades de trabalho não remunerado ²⁵	Em casa para produção:	
										Bens	Serviços
ICATUS 2016	4. Serviços de cuidados não remunerados para o agregado familiar e membros da família	2. Produção de bens para consumo final próprio	1. Emprego e atividades conexas		5. Trabalho não remunerado, voluntário, em formação ou outra situação						
								51. Voluntariado direto não remunerado para outras famílias	52. Voluntariado não remunerado baseado na comunidade e em organizações		
Tipo de trabalho	Trabalho não remunerado		Trabalho remunerado ou em troca de benefícios		Trabalho não remunerado						
Tipo de trabalho de cuidados	Trabalho de cuidados não remunerado <i>(Como um subconjunto de trabalho não remunerado, compreendendo o cuidado de pessoas e o trabalho doméstico)</i>		«Emprego no âmbito dos cuidados», para fornecer serviços de cuidados nas profissões e/ou setores de cuidados <i>(Como um subconjunto do Emprego)</i>		Trabalho de cuidados em formação não remunerado para fornecer serviços de cuidados em profissões de cidadãos <i>(Como um subconjunto de Trabalho em formação não remunerado)</i>		Trabalho de cuidados voluntário <i>(Como um subconjunto do Trabalho voluntário)</i>		Voluntariado direto não remunerado para outras famílias para fornecer serviços com parâveis ao trabalho de cuidados não remunerado		
Relação com o SCN 2008			Atividades dentro dos limites de produção do SCN		Atividades dentro dos limites gerais de produção do SCN						

Nota: A laranja, formas de trabalho de cuidados e a sua relação com a Resolução I da 19.^a ICLS, a Classificação Internacional de Atividades de Uso do Tempo (ICATUS) 2016 e o Sistema de Contas Nacionais (SCN 2008). A amarelo, a sua relação com os tipos de trabalho: «Trabalho não remunerado» e «Trabalho remunerado (salário ou lucro)». O «trabalho de cuidados não remunerado» corresponde à forma de trabalho «trabalho de produção para consumo próprio de serviços» da ICLS. «Emprego no âmbito dos cuidados», «Trabalho de cuidados em formação não remunerado» e «Trabalho de cuidados de voluntários» são, respetivamente, as subcategorias de «Emprego», «Trabalho em formação não remunerado» e «Trabalho voluntário».

Fonte: Autores, adaptado de OIT, 2013d e ONU 2017a.

serviços prestados em casa para outros membros do agregado familiar e para consumo pessoal como trabalho. Com efeito, o novo conceito de «trabalho» está em alinhamento com o domínio da produção geral tal como definido no Sistema de Contas Nacionais de 2008 (SCN), de maneira a incluir atividades produtivas, tais como a produção de serviços para uso final próprio, assim como o trabalho voluntário em agregados familiares para a produção de serviços.²⁰ Além disso, as novas normas definem o conceito de trabalho, independentemente do seu carácter formal ou informal ou da legalidade da atividade.

Em consonância com as normas adotadas pela 19.^a ICLS, o *trabalho de cuidados* pode ser realizado em troca de remuneração ou de benefícios (emprego no âmbito dos cuidados) ou pode ser não remunerado (como trabalho de cuidados não remunerado ou trabalho de cuidados voluntário ou trabalho de cuidados no âmbito de uma formação, ver Quadro 1.1). Esta definição centra-se no processo de trabalho envolvido na prestação de serviços de cuidados²¹ e não no destino final da prestação do serviço (agregado familiar/família ou mercado) ou na localização física onde o serviço é prestado (no âmbito privado ou público).²² A *economia dos cuidados* é igual à soma de todas as formas de trabalho de cuidados e é, por conseguinte, composta por pessoas cuidadoras e trabalhadores e trabalhadoras de cuidados que não recebem remuneração.

1.1.2. O círculo «trabalho de cuidados não remunerado-trabalho remunerado-trabalho de cuidados remunerado»

As condições em que são realizados tanto o trabalho de cuidados remunerado como o não remunerado influenciam-se mutuamente, e também influenciam o trabalho remunerado fora da economia dos cuidados. Isto é referido como o círculo «trabalho de cuidados não remunerado-trabalho remunerado-trabalho de cuidados remunerado».²³ Dependendo de como estes componentes se relacionam uns com os outros, as desigualdades, particularmente as desigualdades entre mulheres e homens, podem agravar-se ou diminuir.

A parte desigual e, muitas vezes, elevada quantidade de trabalho de cuidados não remunerado, realizado principalmente por mulheres e raparigas de grupos socialmente desfavorecidos, restringe em ambos os casos a sua disponibilidade para assumir um emprego remunerado, assim como a qualidade do emprego a que podem ter acesso. Este é particularmente o caso quando não há opções de cuidados acessíveis e de qualidade oferecidos pelo Estado, pelo mercado e o setor sem fins lucrativos. De facto, a falta de opções de cuidados adequados é um dos principais obstáculos à participação da mão-de-obra feminina (Capítulo 2). Mas a carga desproporcionada do trabalho de cuidados não remunerado também tem impacto no número de horas despendidas no trabalho remunerado, resultando numa «penalização no emprego relacionada com a maternidade», tal como aprofundado no Capítulo 2, que também afeta o rendimento das pessoas cuidadoras não remuneradas.²⁴ Este conjunto de condições desfavoráveis tem consequências adicionais ao criar disparidades entre homens e mulheres, em poupanças e ativos, e colocando restrições adicionais sobre o poder de decisão das mulheres no seio das famílias, restringindo o seu acesso à proteção social (incluindo às pensões de velhice)²⁶ e, em última análise, limitando o seu gozo efetivo dos direitos humanos.²⁷ Além disso, o trabalho de cuidados não remunerado reduz a possibilidade de as mulheres e outras pessoas de cuidados não

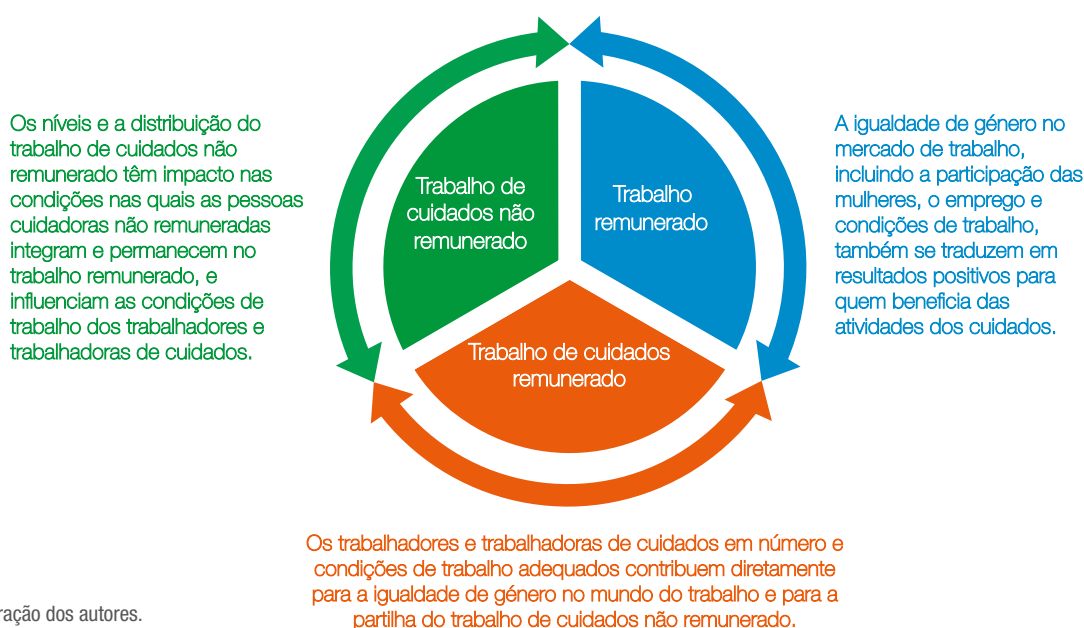
remunerados exercerem a sua «voz» nos processos de tomada de decisão e limita o seu acesso aos mecanismos existentes ou potenciais de representação e ação coletiva.²⁸

A prestação de cuidados pode ser uma experiência gratificante, e a maioria das mulheres e dos homens - tanto os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados não remunerados como remunerados - considera um privilégio dedicar tempo para viver a experiência afetiva e relacional dos cuidados diretos a crianças, pais ou outros beneficiários dos cuidados. Contudo, o facto de uma proporção significativa do trabalho de cuidados em todas as sociedades envolver tarefas domésticas rotineiras, e muitas vezes penosas (ver Capítulo 2), ser desigualmente distribuído entre homens e mulheres e ser fornecido numa base não remunerada, torna invisíveis os custos substanciais que a sua prestação implica para aqueles e aquelas que o proporcionam. Estes custos resultam em esforço físico, tensão emocional, obrigações pecuniárias, falta de tempo,²⁹ perda de oportunidades e de rendimentos perdidos para sempre - tudo fatores potenciais de empobrecimento tanto para quem presta cuidados como para quem deles beneficia.³⁰

A subvalorização do trabalho de cuidados não remunerado também conduz à redução dos salários e à deterioração das condições de trabalho nos setores dos cuidados, no qual as mulheres estão largamente sobrerrepresentadas. As pessoas que trabalham na prestação de cuidados têm elas próprias necessidades de cuidados que, muitas vezes, não são atendidas devido aos seus baixos salários e às longas horas de trabalho.

A existência e a qualidade dos serviços de cuidados estão diretamente relacionadas com os níveis de emprego e as condições de trabalho dos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados, e afetam a oferta de mão-de-obra, particularmente no que respeita às mulheres. Como a maioria das mulheres (e apenas alguns homens) têm responsabilidades de

Figura 1.1. O círculo «trabalho de cuidados não remunerado-trabalho remunerado-trabalho de cuidados remunerado»



Fonte: Ilustração dos autores.

cuidados diretas em algum momento das suas vidas, a falta de serviços de cuidados aceitáveis tem um grande impacto na igualdade de género, no mercado de trabalho e nas suas contribuições para as atividades de cuidados não remunerados.³¹ Na relação entre o trabalho de cuidados remunerado e o trabalho de cuidados não remunerado, a ligação trabalho de cuidados não remunerado-trabalho remunerado-trabalho de cuidados remunerado torna-se um círculo completo (ver Figura 1.1).

1.1.3. A qualidade do trabalho de cuidados

As condições de emprego dos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados (nos setores privado e no público) e as condições nas quais os cuidados são prestados numa base não remunerada afetam a qualidade dos serviços de cuidados e, consequentemente, o bem-estar de quem beneficia deles - as pessoas cuidadoras não remuneradas, os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados e as pessoas beneficiárias dos cuidados são as três partes diretamente envolvidas na questão *trabalho de cuidados de qualidade*.³²

As pessoas beneficiárias dos cuidados e as pessoas cuidadoras não remuneradas têm interesse em encontrar os melhores cuidados de qualidade para si e/ou para os seus familiares. Particularmente no caso das pessoas com deficiência, incluindo as pessoas idosas fragilizadas, a unidade dos interesses entre os prestadores e os beneficiários dos cuidados³³ emerge do reconhecimento de que todos os indivíduos são dependentes de cuidados e que os cuidados devem ser a base dos direitos sociais.³⁴ Desta perspetiva, os cuidados de qualidade significam, entre outras coisas, o acesso a serviços de cuidados com preços acessíveis fornecidos por trabalhadores e trabalhadoras de cuidados com as competências necessárias. De uma perspetiva dos direitos em matéria de deficiência, o foco na «vida independente» como um meio de permitir que pessoas com deficiência possam alcançar o máximo de independência e controlo sobre as suas próprias vidas, assim como a representação, tem sido um elemento fundamental da qualidade dos cuidados.³⁵ Este princípio enfatiza o exercício de escolha e o controlo para as pessoas com deficiência e, em geral, para todos os beneficiários adultos, como um meio para melhorar a sua autonomia, inclusão e participação na sociedade.

As pessoas cuidadoras não remuneradas, ainda que estejam numa situação de emprego ou fora do mercado de trabalho, constituem uma das partes nos debates sobre a qualidade dos cuidados. Só recentemente as sociedades ultrapassaram o conceito de considerar o trabalho de cuidados não remunerado como garantido e começaram a reconhecer, reduzir e redistribuir a contribuição das pessoas cuidadoras não remuneradas.³⁶ Em todas as sociedades, a maioria das pessoas cuidadoras não remuneradas são mulheres, e a maioria destas encontram-se, elas próprias, numa situação de emprego como «trabalhadoras com responsabilidades familiares».³⁷

As necessidades e as circunstâncias da prestação dos serviços dos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados têm sido raramente consideradas em relação à qualidade dos cuidados sendo, porém, um elemento integrante. Da mesma forma que os beneficiários de cuidados têm preocupações relativamente às normas dos cuidados, exercendo a escolha e assegurando a continuidade e a segurança dos cuidados, os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados também têm o mesmo tipo de preocupações. Estas estão principalmente relacionadas com as relações nas quais estes se envolvem ao prestar os cuidados, as

disposições contratuais e as condições de trabalho em que prestam estes cuidados, a sua capacidade de se sindicalizarem, de representação e negociação coletiva e, não menos importante, as suas próprias necessidades e interesses enquanto indivíduos e como pessoas cuidadoras não remuneradas.

Devido à natureza específica do trabalho de cuidados, os cuidados de qualidade envolvem um trabalho extremamente intensivo. Assim, as noções tradicionais de produtividade do trabalho - que, nos seus termos mais simples, seria calcular o número de pessoas cuidadas por trabalhadores e trabalhadoras de cuidados - podem não ser apenas irrelevantes, mas inclusivamente serem prejudiciais para a qualidade dos cuidados. A dificuldade, se não impossibilidade, do aumento da produtividade de quem trabalha na prestação de cuidados sem comprometer a qualidade dos resultados é, de facto, uma das características distintivas do trabalho de cuidados.³⁸ Outro fator prende-se com aspetos relacionais do trabalho de cuidados, que, entre outras coisas, limita o potencial de substituir o trabalho humano por robôs e outras tecnologias. Isto tem implicações para a carga de trabalho e os seus efeitos na qualidade dos cuidados. Se um enfermeiro ou enfermeira tiver de lidar com muitos mais pacientes, não vai ser simplesmente capaz de fornecer a mesma qualidade de cuidados a todas as pessoas do que se tivesse um número mais reduzido de pacientes. A aprendizagem na primeira infância está muitas vezes intimamente relacionada com o grau de atenção que a criança recebe da pessoa que cuida dela ou professor/a, e há agora um grande conjunto de evidências que reforça a importância do grau de enquadramento das crianças na educação pré-escolar.³⁹

Além disso, e uma vez que cuidar também tem aspetos afetivos e psicológicos, o excesso de trabalho das pessoas cuidadoras não só reduz a qualidade da prestação de cuidados, mas pode até dar origem a impaciência ou irritação ou negligência por parte da pessoa cuidadora. Isto pode resultar em danos para o beneficiário, seja um bebé ou uma criança pequena, uma pessoa idosa dependente, uma pessoa doente ou com deficiência grave, ou até mesmo uma pessoa adulta saudável com exigências específicas em termos de cuidados. É, assim, no melhor interesse de todos assegurar boas condições na prestação de cuidados nas suas formas remunerada e não remunerada.

O custo dos cuidados de qualidade pode entrar em conflito com a acessibilidade aos serviços de cuidados. Uma vez que os serviços de cuidados são inerentemente de mão-de-obra intensiva e a remuneração do trabalho constitui a maior parte dos custos dos cuidados, pagar salários mais elevados a quem presta cuidados pode ameaçar o acesso das pessoas aos serviços de cuidados. Os custos crescentes dos cuidados podem estar além da capacidade (ou do limite aceitável) das pessoas que necessitam de cuidados, ou das pessoas cuidadoras não remuneradas ou das entidades que pagam esses cuidados. Esta é uma preocupação fundamental num contexto de políticas de austeridade que têm reduzido a despesa pública nos serviços de educação, saúde e cuidados. Quando os serviços de cuidados se tornam inacessíveis, os beneficiários dos cuidados e as pessoas que lhes prestam cuidados sem remuneração são suscetíveis de optar pela prestação de cuidados no mercado informal, contratando pessoas que não gozam de uma proteção laboral eficaz, e que, por isso, trabalham em condições mais adversas por um salário inferior.

Em contrapartida, os serviços de cuidados públicos de baixa qualidade serão apenas utilizados por quem não tem alternativa. Se os únicos serviços de cuidados disponíveis e acessíveis são de má qualidade e se as famílias ganham o suficiente de forma a que nem

todos os membros da família precisam de ter um emprego, as mulheres vão novamente sair do mercado de trabalho, reduzir o seu horário de trabalho ou encontrar as suas próprias soluções informais para as suas responsabilidades de cuidados, reproduzindo condições do mercado de trabalho fracas e incerteza quanto à qualidade da prestação de cuidados incerta. A má prestação de cuidados não irá, então, contribuir para a mudança das normas em termos de género, para a melhoria da qualidade do emprego das mulheres ou para a produção de reduções sustentáveis nas disparidades de emprego entre homens e mulheres.⁴⁰

1.2. O TRABALHO DE CUIDADOS NUM MUNDO EM MUDANÇA

O trabalho de cuidados, remunerado e não remunerado, é de importância vital para o mundo do trabalho. Os Estados-membros da OIT estão a enfrentar pressões crescentes no que respeita ao emprego e aos sistemas de proteção social em resultado da globalização, da tecnologia, do aumento do desemprego, emprego de má qualidade e alterações climáticas, assim como os défices na prestação de cuidados a jovens, pessoas doentes, com deficiência e idosas.⁴¹ Uma série de tendências socioeconómicas, demográficas e ambientais mundiais indicam que esses défices na prestação de serviços de cuidados se irão agravar, exacerbando a crise mundial em matéria de cuidados. Estas megatendências têm posicionado o trabalho de cuidados como um tópico cada vez mais crucial nas suas agendas políticas.⁴²

Estes desenvolvimentos estão a afetar a viabilidade e a sustentabilidade dos modelos de cuidados centrados nas famílias (maioritariamente mulheres e raparigas) e nas comunidades como os principais prestadores de cuidados. Estão também a afetar a forma como os cuidados são distribuídos no espectro social e durante o ciclo de vida, e o seu impacto na saúde e no bem-estar, assim como a participação das pessoas na vida familiar, no mundo do trabalho e na esfera pública.⁴³ Estas tendências e modelos apelam a uma ação urgente para abordar a forma como a prestação de cuidados é distribuída e organizada. Por exemplo, o surgimento e a expansão de uma nova classe média nos países do Sul, cada vez mais caracterizada por famílias com dois salários, significa que a prestação de cuidados se está a tornar uma área de crescente preocupação. Na América Latina, o número de pessoas da classe média era igual às pessoas que viviam na pobreza em 2009.⁴⁴ As estimativas indicam que, em todo o mundo, a classe média irá aumentar de 1,8 mil milhões em 2009 para 3,2 mil milhões em 2020 e 4,9 mil milhões em 2030.⁴⁵ Os membros desta «categoria média frágil», para quem os custos relativos aos cuidados podem revelar-se sinal de empobrecimento, colocam o foco das suas reivindicações nas políticas de serviços sociais mais acessíveis e de melhor qualidade.⁴⁶

1.2.1. Um mundo do trabalho em transformação

Mercados de trabalho

Durante as últimas décadas, as alterações nos mercados de trabalho têm afetado a prestação de cuidados não remunerada e também a remunerada. Os processos de feminização e a «informalização» do mercado de trabalho, o impacto das migrações e as novas ca-

racterísticas da segregação profissional, que resultam num estreitamento do espectro de setores e profissões em que as mulheres trabalham, ilustram como a dinâmica das questões de género do emprego se tem transformado ao longo do tempo e em diferentes localizações geográficas.⁴⁷ Em muitos aspetos, a globalização e a reorganização da produção em cadeias de valor globais e zonas francas de exportação criou novos e melhores postos de trabalho em termos de contratos, remuneração e cobertura da segurança social.⁴⁸ Todavia, a globalização também tem sido associada aos níveis crescentes de desigualdade nos rendimentos e à exacerbação das atuais formas de pobreza e insegurança, que também podem ser atribuídas a necessidades de cuidados não satisfeitas.⁴⁹

Em resultado do contexto económico em mudança, muitas mulheres assumiram empregos remunerados, algumas adiaram o casamento, com o conseqüente risco de redução da fertilidade, adquirindo simultaneamente uma maior autonomia e maior visibilidade e participação na esfera pública. No caso de crises económicas, todos os membros do agregado familiar - femininos ou masculinos, jovens ou idosos - podem ter de assumir um trabalho remunerado para compensar a perda de postos de trabalho e contribuir para o rendimento do agregado familiar. Nos países mais pobres, o desemprego e a pobreza forçaram muitas mulheres a assumir o principal papel de sustento da família, sem qualquer forma de apoio do Estado para cobrir o trabalho de cuidados não remunerado de que têm de abdicar.

Os esforços políticos para melhorar os direitos das mulheres foram acompanhados por um aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho ao longo do século passado. Não obstante a disparidade de participação de mulheres e homens tenha diminuído na maioria das regiões, a participação permaneceu baixa nos Estados Árabes, no Norte de África e no Sul da Ásia. A nível mundial, a diferença entre homens e mulheres no emprego reduziu-se em apenas 0,6 pontos percentuais desde 1995. Em 2018, a taxa de emprego feminina foi de 45,6 por cento, em comparação com quase 71,2 por cento para os homens, sendo que as oportunidades para as mulheres de ocuparem um emprego remunerado permanecem 25,6 pontos percentuais abaixo das oportunidades para os homens.⁵⁰

O aumento do nível do emprego das mulheres em determinados países, embora proporcionem a algumas mulheres direitos e meios para o empoderamento económico e integração social, não foi acompanhado por uma melhoria geral da qualidade do emprego. Esta mudança no trabalho remunerado não se traduz necessariamente em «igualdade», em termos de trabalho digno, salário igual para trabalho de igual valor e reconhecimento e valorização de todas as formas de trabalho realizado por mulheres.⁵¹ Mesmo em regiões onde o nível de emprego por conta de outrem das mulheres aumentou, este é muitas vezes caracterizado por baixos salários, contratos temporários, condições de trabalho precárias e empregos de baixo estatuto.⁵² Estas características do emprego das mulheres também têm sido relacionadas com o aumento das tensões crescentes na reprodução social dos indivíduos, famílias e sociedades, resultando em menos tempo disponível para o trabalho doméstico não remunerado e os cuidados pessoais.⁵³

Alterações climáticas

As alterações climáticas e outros fenómenos, como a desertificação, a desflorestação, os desastres naturais, a seca persistente e os fenómenos meteorológicos extremos,⁵⁴ aumentam a dificuldade de conseguir empregos dignos, igualdade entre mulheres e homens e

desenvolvimento sustentável.⁵⁵ As mulheres de zonas rurais, as crianças, as pessoas idosas e os povos indígenas são particularmente afetados, e de diferentes maneiras, pelas alterações climáticas, assim como pelos impactos relacionados com os cuidados. O trabalho de cuidados não remunerado aumenta, assim, como resultado das tarefas domésticas duras adicionais, e a deterioração da saúde dos membros da família exige a prestação de mais cuidados diretos.⁵⁶

As alterações climáticas agravam o sofrimento evidente em zonas rurais, especialmente para raparigas e mulheres, devido à falta de infraestruturas físicas. Esta situação é particularmente aplicável aos povos indígenas, 80 por cento dos quais vivem na Ásia e no Pacífico, uma região vulnerável às alterações climáticas. Por exemplo, a escassez de água pode forçar as mulheres indígenas a caminhar distâncias mais longas na procura de água. Isto significa que não só as mulheres têm menos tempo disponível para o emprego remunerado, mas que também são mais vulneráveis ao assédio sexual durante a recolha de água a muitos quilómetros de distância das suas aldeias comunitárias.⁵⁷ O aumento da carga de trabalho deixa menos tempo às mulheres para cuidar dos filhos ou para participar em atividades sociais.⁵⁸ Na África do Sul, por exemplo, muitas mulheres passam duas horas por dia a recolher combustível e cerca de uma hora a abastecerem-se de água. Uma vez que as alterações climáticas reduzem o rendimento das colheitas, limitam a disponibilidade de madeira e aumentam a escassez de água, o peso destas atividades dependentes dos recursos naturais é suscetível de aumentar para as mulheres.⁵⁹ Quando forçadas a migrar ou a encontrar alternativas de atividades geradoras de rendimento às suas atividades tradicionais, as mulheres indígenas estão frequentemente expostas à exclusão social e económica, à exploração, à violência de género e a violações dos direitos humanos.⁶⁰ Tendem também a concentrar-se em profissões com condições de trabalho, direitos no trabalho e de proteção social precários, incluindo o trabalho doméstico.⁶¹ Podem também ser confrontadas com ausência de acesso adequado à formação e ao desenvolvimento de competências, ligações frágeis ao mercado e discriminação tanto nos mercados de trabalho formais como informais.⁶²

As alterações climáticas têm também impacto na saúde da população, particularmente nas crianças, assim como em doentes e pessoas idosas. Isto cria uma carga adicional para as mulheres e raparigas que têm de cuidar dos seus familiares doentes, afetando igualmente as suas oportunidades no que respeita à educação e a uma atividade remunerada.⁶³ A saúde das crianças é frequentemente afetada pelo efeito direto das catástrofes, principalmente após períodos de seca, como é o caso da Cidade de Ho Chi Minh (Vietname), onde, durante os períodos de maré alta, a maioria das crianças sofre de mais problemas de saúde.⁶⁴ Na África Subsariana, os choques climáticos têm como consequência que as crianças de famílias com baixos rendimentos tenham uma alimentação de qualidade inferior, o que, juntamente com a falta de acesso a intervenções médicas, tem a longo prazo impactos negativos sobre o seu desenvolvimento.⁶⁵

A globalização do trabalho de cuidados

As tendências acima mencionadas têm acelerado aumentos dos custos da prestação de cuidados, especialmente nos países com uma população em envelhecimento. Isto tem incentivado os governos a introduzir prestações pecuniárias relacionadas com os cuidados para compensar o custo dos cuidados prestados no domicílio, que é cada vez mais preferido em

detrimento dos cuidados institucionais. A retração ou a inadequação persistente da despesa pública em políticas de cuidados em muitos países também resultou na colocação de uma maior ênfase na privatização dos cuidados, o que transferiu uma maior responsabilidade quanto à prestação de cuidados para a família, o mercado e o setor do voluntariado.⁶⁶

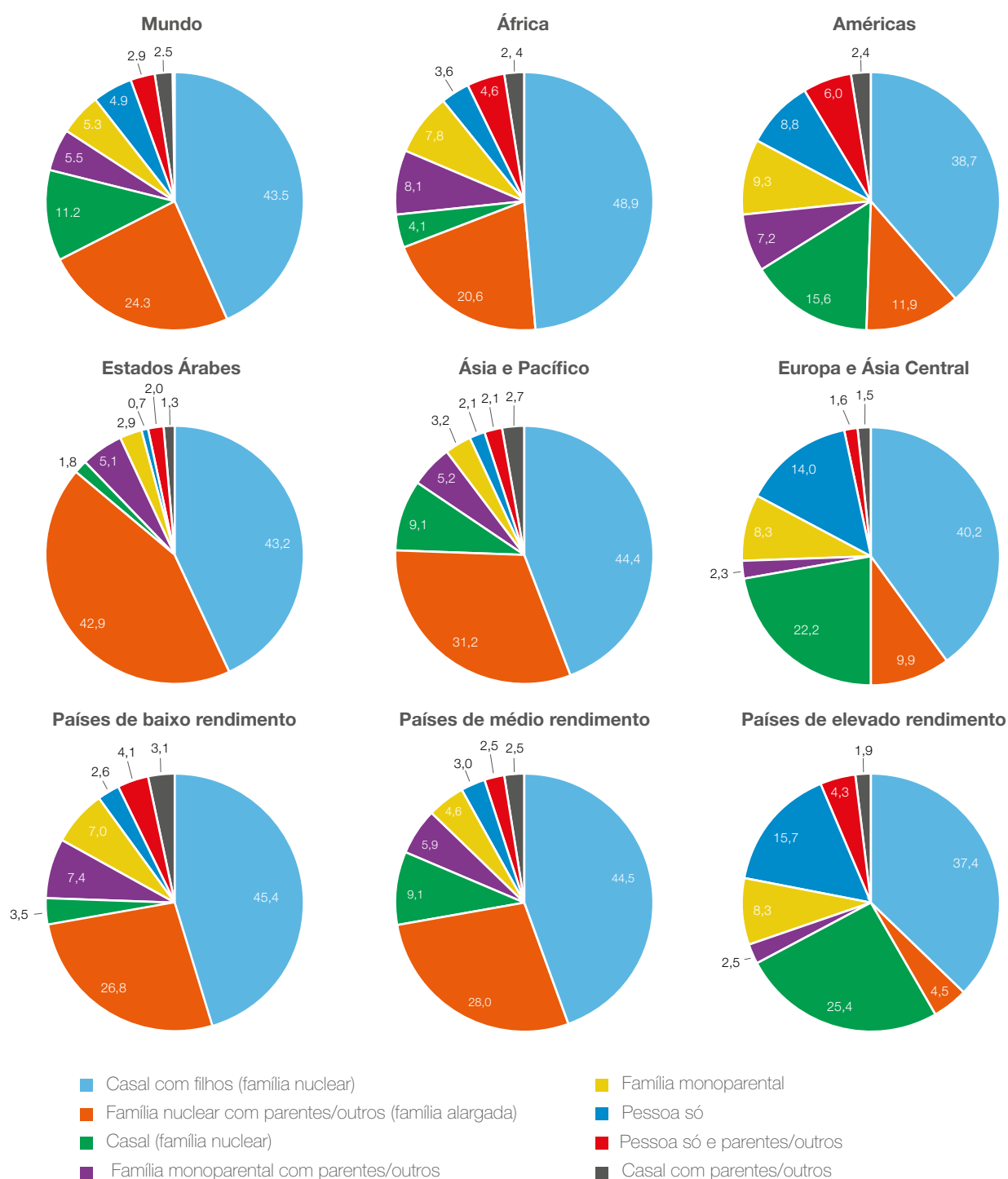
Um impacto da tendência de as mulheres despendem menos tempo no trabalho de cuidados não remunerado tem sido a expansão dos serviços de prestação de cuidados, particularmente nos países mais prósperos, onde as mulheres migrantes preenchem cada vez mais a procura de trabalhos de cuidados. Os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados migrantes que assumem funções como trabalhadores/as domésticos/as, cuidadores de crianças, pessoal de enfermagem ou médico são na sua maioria mulheres que emigraram de países de rendimento baixo e, inclusivamente, médio. As trabalhadoras de cuidados migrantes deixam frequentemente os seus próprios filhos com o pai ou com outros parentes, ou empregam alguém que as auxilie - muitas vezes outra migrante interna ou internacional - no que tem sido denominado como «cadeias globais de cuidados».⁶⁷

1.2.2. Demografia e necessidades de cuidados em mudança

Estruturas familiares

O protagonismo do trabalho de cuidados não remunerado como barreira estrutural à igualdade de género no trabalho está igualmente relacionado com o facto de as famílias terem também mudado. As transformações do modelo de família nuclear em curso, que anteriormente era composta por um casal heterossexual casado com filhos, tornou mais comum o que tem sido definido como «globalizando modelos de família». Este processo tem visto a proliferação de formas e modelos familiares que não são construídos na base da obrigação social, mas que são cada vez mais escolhidos e baseados no consentimento mútuo.⁶⁸ Esta tendência pode ser observada tanto nos países de rendimento elevado como em todo o Sul. Os laços familiares e as estruturas mudaram: as famílias tornaram-se mais pequenas e o número de famílias alargadas a viver debaixo do mesmo teto tem diminuído; há cada vez mais famílias monoparentais; as mulheres casam-se mais tarde e têm menos filhos num número crescente de países. Estas transformações, associadas a um aumento da taxa de participação das mulheres no mercado de trabalho, resultam numa diminuição da disponibilidade de trabalho de cuidados não remunerado e, por conseguinte, num aumento de responsabilidades das mulheres, potencialmente acentuando as tensões com os seus empregos remunerados.

Em 2018, as pessoas a viver em famílias nucleares representavam a percentagem mais elevada da população mundial em idade ativa: 43,5 por cento, ou 2,4 mil milhões de pessoas (ver Figura 1.2). As famílias nucleares representam o maior reservatório da população em idade ativa em todas as regiões e grupos de rendimento, com a exceção dos Estados Árabes, onde as percentagens de pessoas a viver em famílias nucleares e em famílias alargadas é quase idêntica (42,9 e 43,2 por cento, respetivamente). Mesmo em África, 48,9 por cento das pessoas com 15 ou mais anos de idade vivem em famílias nucleares, demonstrando em que medida o papel da família tradicional tem sido prejudicado. Por exemplo, nos países de rendimento médio de África, tal como o Egito (67,2 por cento) e a Tunísia (66,3 por cento), é mais provável que a população com 15 ou mais anos de idade viva em famílias nucleares

Figura 1.2. População em idade ativa por tipo de família, último ano disponível (percentagens)

Nota: faixa etária 15 e mais anos. Estimativas mundiais, regionais e por grupo de rendimento ponderadas pela população em idade ativa. Percentagem da população em idade ativa e número de países: Mundo: 82 por cento (90); África: 70 por cento (24); Américas: 88 por cento (13); Estados Árabes: 43 por cento (3); Ásia e Pacífico: 84 por cento (16); Europa e Ásia Central: 83 por cento (34); Países de baixo rendimento: 66 por cento (14); Países de médio rendimento: 86 por cento (44); Países de elevado rendimento: 71 por cento (32). Ver Anexo A.2, Quadro A.2.1 para dados a nível nacional e o Anexo A.7, Quadro A.7.1 para o ano do inquérito.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

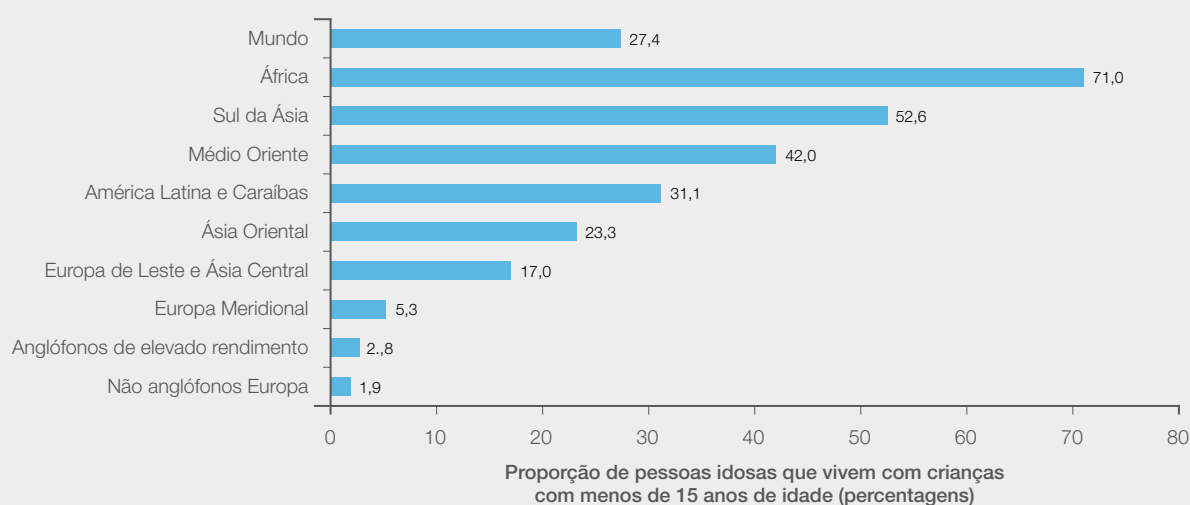
do que em famílias alargadas. Nestes países, as pessoas que vivem em famílias alargadas representam menos de 10 por cento da população em idade ativa.

Contudo, 24,3 por cento da população mundial em idade ativa vive em agregados familiares alargados, representando cerca de 1,3 mil milhões de pessoas (ver Caixa 1.2), sobretudo em países de baixo rendimento, onde a possibilidade de partilhar as responsabilidades de cuidados, os bens e o consumo com os membros da família torna este tipo de agregado familiar mais atraente. Por exemplo, no Afeganistão, na Gâmbia e no Mali, que

Caixa 1.2. Pessoas idosas a coabitar com crianças

Os dados do Inquérito Mundial da Gallup para 161 países (2006-12) mostram que, a nível mundial, cerca de 27,4 por cento das pessoas idosas (com idade superior a 65 anos) vivem com crianças com menos de 15 anos de idade. Nos países com rendimento mais baixo, os avós coabitam com frequência com os seus netos. Em África, 71,0 por cento das pessoas com mais de 65 anos de idade vivem com crianças com menos de 15 anos de idade, enquanto esta proporção é de 52,6 por cento no Sul da Ásia e de 42,0 por cento no Médio Oriente (Figura 1.3).

Figura 1.3. Proporção de pessoas idosas, com mais de 65 anos, que vivem com crianças com menos de 15 anos, 2006-12



Nota: Os grupos de países são baseados no Inquérito Mundial da Gallup (2006-12). As estimativas do Mundo derivam da média simples das estimativas regionais. 161 países.

Fonte: Autores, com base em Deaton e Stone, 2014.

A prestação de cuidados a crianças por avós em coabitação é também generalizada na Ásia Oriental. Por exemplo, na China, 45,0 por cento dos avós coabitam com crianças com idades entre 0 e 6 anos, o que mostra um forte sentido de solidariedade estrutural entre as gerações (*Chen et al.*, 2011). O grande envolvimento dos avós na prestação de cuidados infantis é devido à tradição cultural, ao apoio limitado do Estado a pessoas idosas e a crianças, à baixa idade de reforma e à migração em grande escala das pessoas adultas em idade ativa de meio rural em busca de melhores oportunidades de trabalho.

Fonte: Deaton e Stone, 2014, com base na Sondagem Mundial da Gallup (2006-12).

são países de baixo rendimento afetados por conflitos,⁶⁹ a percentagem da população em idade ativa a viver em agregados familiares alargados é a mais elevada do mundo, com uma prevalência de mais de 40 por cento. No Leste e no Sudeste Asiático, a prevalência de famílias alargadas é muito mais o resultado da influência religiosa da ética confuciana, das normas patriarcais e obrigação filial, não obstante as taxas de casamento tenham diminuído nas últimas duas a três décadas, especialmente entre as mulheres com ensino superior.⁷⁰ As evidências da República da Coreia sugerem que as expectativas relativamente aos cuidados e ao apoio aos pais estão a mudar, especialmente entre as mulheres. É de facto, e consistentemente, menos provável que as mulheres - em comparação com os homens - considerem que os seus pais idosos devem ser apoiados pela família, devendo ser apoiados pelas autoridades públicas e pela comunidade.⁷¹

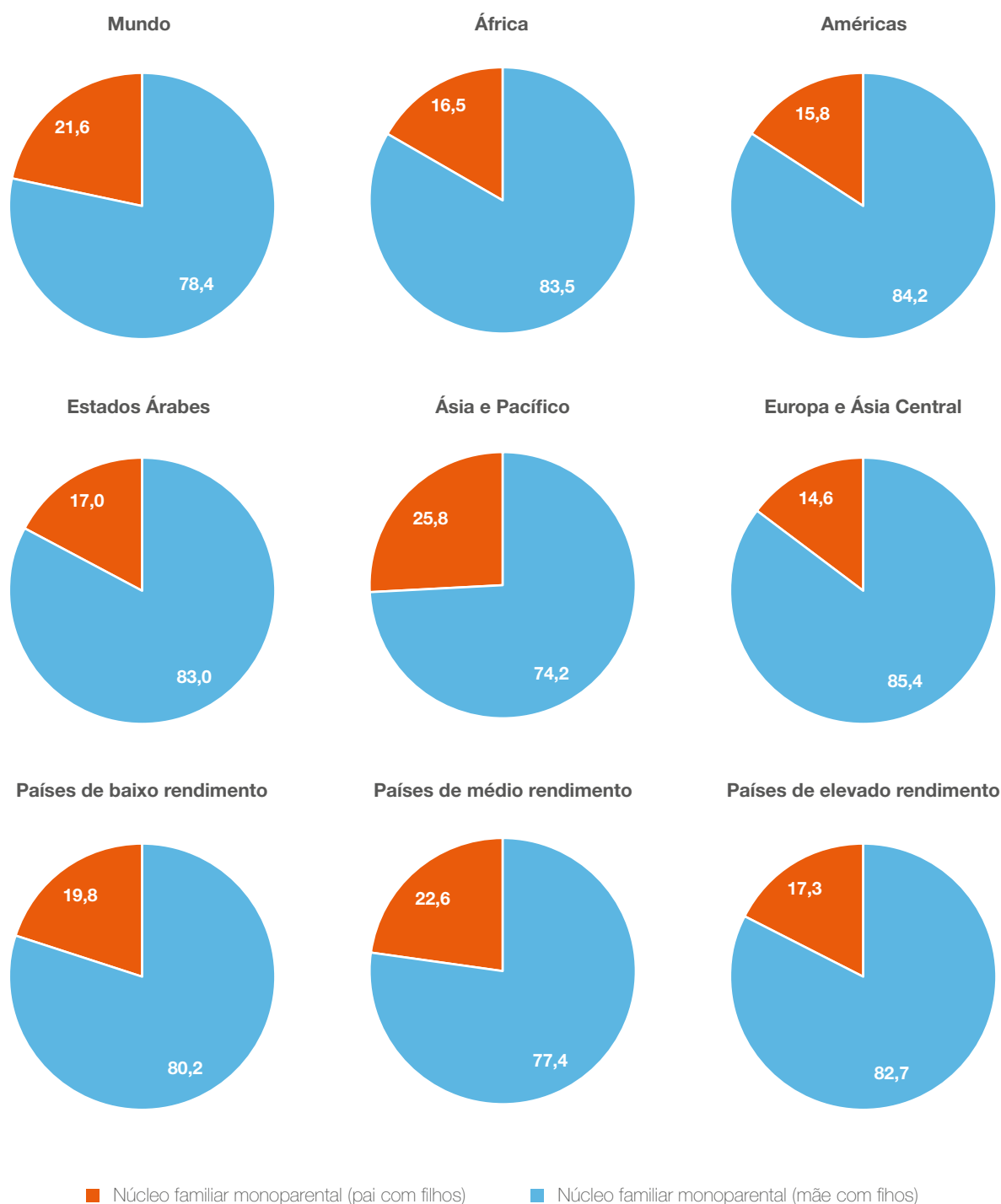
O nível da população com 15 ou mais anos de idade que vive em agregados familiares alargados diminui à medida que o rendimento aumenta, passando de 28,0 por cento nos países de rendimento médio para uns meros 4,5 por cento nos países de rendimento elevado. A tendência oposta é observada nos agregados familiares que compreendem pessoas solteiras e apenas casais (núcleo familiar). As pessoas que vivem nestes agregados familiares representam, respetivamente, 2,6 e 3,5 por cento das pessoas com 15 ou mais anos de idade em países de baixo rendimento, representando, respetivamente, 15,7 e 25,4 por cento da população em idade ativa nos países de elevado rendimento.

A nível mundial, em 2018, 636 milhões de pessoas com 15 ou mais anos de idade viviam em agregados familiares incluindo apenas pessoas casadas ou em situação de união de facto, sem dependentes (núcleo familiar - casal, 11,2 por cento), enquanto as pessoas solteiras (pessoas que vivem nas suas próprias casas) representam 277 milhões de pessoas (4,9 por cento) (Figura 1.2). A percentagem mais elevada de pessoas solteiras encontra-se nos países europeus, com uma prevalência de mais de 25 por cento das pessoas com 15 ou mais anos na Dinamarca (27,0) e na Noruega (27,4), reduzindo quase até zero em alguns países de baixo rendimento.

Uma expressão clara destas mudanças nos modelos familiares é o aumento da prevalência das famílias monoparentais. Estima-se que 320 milhões de crianças vivam em famílias monoparentais.⁷² As famílias monoparentais acolhem 5,3 por cento da população mundial em idade ativa (o que representa 300 milhões de pessoas); 78,4 por cento a pessoa adulta é uma mulher (ver Figura 1.4). Isto significa que 235 milhões de mulheres em todo o mundo são mães solteiras ou agem como o único prestador de cuidados às crianças no agregado familiar, em comparação com 65 milhões de pais solteiros. Este padrão é mantido em qualquer região ou categoria de rendimento do país. Os agregados familiares monoparentais em que a pessoa adulta é uma mulher são particularmente significativos nas Américas (84,2 por cento) e em África (83,5 por cento). A Ásia e o Pacífico têm a percentagem mais baixa de população a viver em famílias monoparentais constituídas por mulheres, com 74,2 por cento. Este resultado é impulsionado pela China (que representa 35,9 por cento da população regional em idade ativa), onde 64,0 por cento da população com 15 anos ou mais vive em famílias monoparentais constituídas por mulheres, a terceira estimativa mais baixa do mundo.

Nos Estados Unidos da América, em 2016, cerca de 23 por cento de todas as crianças com menos de 18 anos vivia apenas com as mães, em comparação com 4 por cento que viviam apenas com os pais.⁷³ Os fatores que influenciam as famílias monoparentais di-

Figura 1.4. População em idade ativa a viver em famílias monoparentais, por sexo da pessoa adulta, último ano disponível (percentagens)



Nota: faixa etária 15 e mais anos. Estimativas mundiais, regionais e por grupo de rendimento ponderadas pela população em idade ativa. Percentagem da população em idade ativa e número de países: Mundo: 82 por cento (90); África: 70 por cento (24); Américas: 88 por cento (13); Estados Árabes: 43 por cento (3); Ásia e Pacífico: 84 por cento (16); Europa e Ásia Central: 83 por cento (34); Países de baixo rendimento: 66 por cento (14); Países de médio rendimento: 86 por cento (44); Países de elevado rendimento: 71 por cento (32). Ver Anexo A.2, Quadro A.2.2 para dados a nível nacional e o Anexo A.7, Quadro A.7.1 para o ano do inquérito.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

ferem entre as regiões. Por exemplo, na Europa e na Ásia Central, 8,3 por cento da população em idade ativa vive em famílias monoparentais; estes números são impulsionados pelo aumento do número de separações e divórcios.⁷⁴ Em África (7,8 por cento), as famílias monoparentais tendem a estar relacionadas com os altos custos associados ao casamento, o desemprego estrutural em massa e os elevados níveis de migração laboral. Este é particularmente o caso da África Austral, onde as mulheres estão cada vez mais a assumir os encargos financeiros, assim como as responsabilidades inerentes aos cuidados às crianças sem o apoio dos pais, ainda que o apoio dos parentes, principalmente das avós, esteja frequentemente disponível.⁷⁵ A nível mundial, 5,5 por cento da população em idade ativa (ou 309 milhões de pessoas) vive em famílias monoparentais com parentes ou outros, enquanto em países com uma alta prevalência de VIH, tais como o Botsuana, a Namíbia e a África do Sul, a percentagem ultrapassa 20 por cento devido às taxas de mortalidade mais elevadas entre os chefes de família dos agregados familiares ou dos seus cônjuges (ver Anexo 2, Quadro A.2.1).

Existe ainda o fenómeno das «famílias transnacionais». Este resulta da migração interna e internacional e inclui um número crescente de mulheres à procura de emprego no estrangeiro ou em áreas urbanas do seu próprio país, deixando os filhos para trás. Estas tendências também desafiam a ideia de a família estar localizada num lugar, e apontam para a existência de «cadeias de cuidados» globais (internacionais) e nacionais (urbanas-rurais).⁷⁶ Os movimentos migratórios para ter acesso a melhores oportunidades de trabalho e a consequente «fuga de cérebros» e «fuga de pessoas que prestam cuidados», também resultam em menos pessoas cuidadoras adultas disponíveis e na necessidade de encontrar soluções alternativas.⁷⁷ As meninas, as adolescentes e as mulheres mais velhas, particularmente as provenientes de famílias maiores e com baixo rendimento, muitas vezes não têm outra opção a não ser tornarem-se cuidadoras e partilhar a carga de trabalho não remunerado nas suas famílias. Porém, isto acontece muitas vezes às custas da sua própria educação e das oportunidades de participação no mercado de trabalho (ver secção 2.1.4 no Capítulo 2 e Capítulo 4).⁷⁸

Modalidades de dependência

Em 2015, havia 906 milhões de pessoas com 60 e mais anos no mundo: em 2030, este número será de 1,4 mil milhões de pessoas, dos quais 292 milhões apresentarão idades superiores à esperança de vida saudável aos 60 anos.⁷⁹ Com o envelhecimento das sociedades em inúmeros países, os rácios de dependência desfavoráveis (isto é, as elevadas percentagens da população que não trabalha em relação à população ativa) criam pressão na proteção social, uma vez que uma parte da população em decréscimo tem de financiar um número cada vez maior de dependentes. A taxa de participação das mulheres no mercado de trabalho não é apenas a causa para uma maior procura de cuidados remunerados, mas também proporciona uma maneira de abordar os rácios de dependência desfavoráveis e a escassez de mão-de-obra em alguns países.

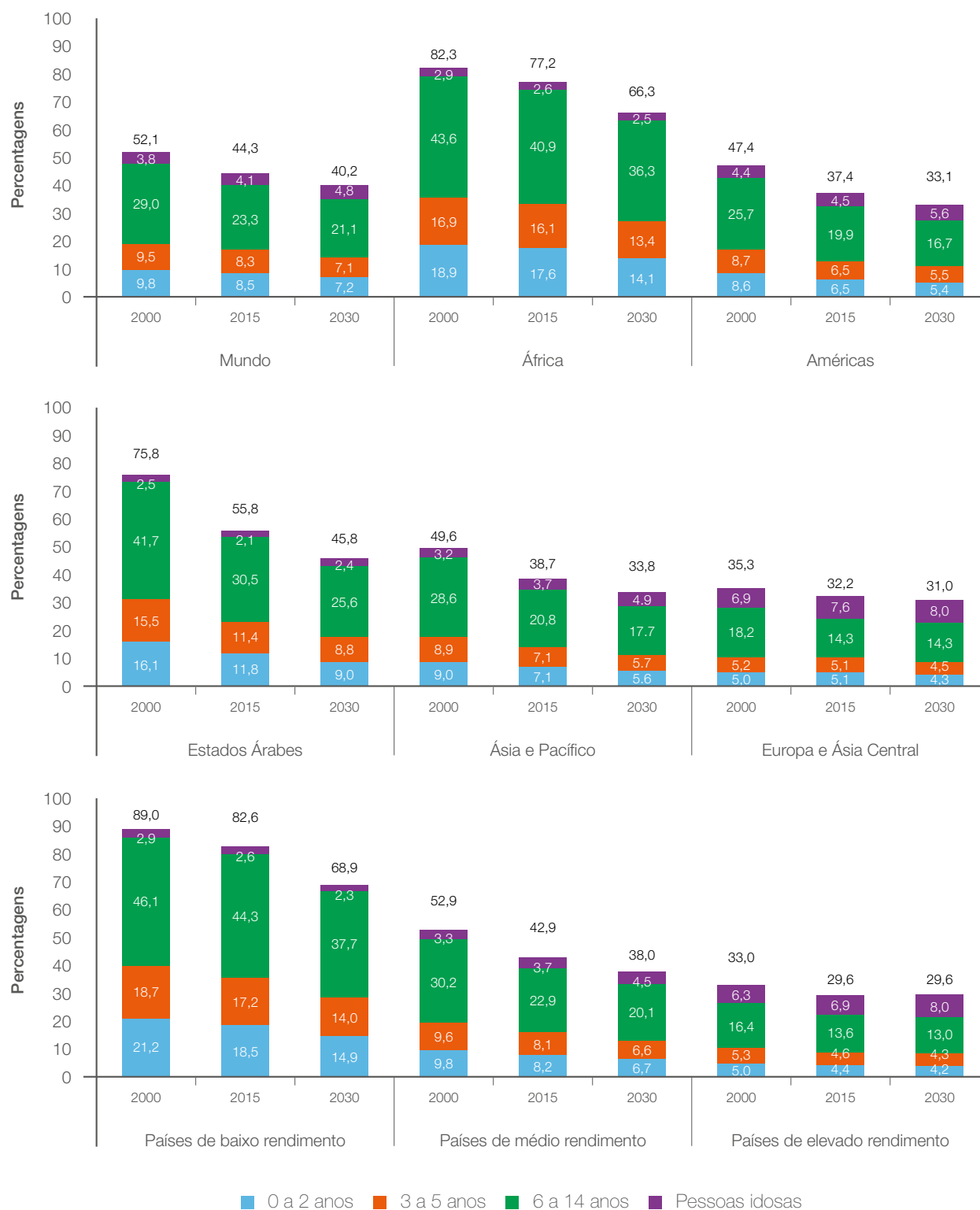
As pessoas que necessitam de cuidados são definidas como crianças com menos de 15 anos e as pessoas idosas ou que ultrapassaram a esperança de vida saudável aos 60 anos de idade. As pessoas potenciais prestadoras de cuidados são definidas como adultas entre os 15 anos de idade e menos seis anos do que a esperança de vida saudável. De acordo com estas definições, em 2015 havia 2,1 mil milhões de pessoas que necessitavam de

cuidados (1,9 mil milhões de crianças com menos de 15 anos, entre as quais 0,8 milhões tinham menos de 6 anos de idade, e 0,2 mil milhões de pessoas idosas) e quase 5,1 mil milhões de potenciais prestadoras de cuidados (especificamente, pessoas adultas que vivem com pelo menos uma pessoa com necessidade de cuidados). Entre 2015 e 2030, estima-se que a percentagem de pessoas potenciais prestadoras de cuidados aumente em 17,9 por cento, atingindo 6,0 mil milhões, enquanto o número de beneficiários de cuidados vai aumentar em 8,1 por cento, atingindo os 2,3 mil milhões (2,0 mil milhões de crianças com menos de 15 anos, entre as quais 0,8 mil milhões tinham menos de 6 anos de idade, e 0,3 mil milhões de pessoas idosas). Estas projeções mostram que, embora o rácio de dependência de cuidados vá diminuir em 4,1 pontos percentuais entre 2015 e 2030, o número absoluto de beneficiários de cuidados será mais elevado em 2030, impulsionado por um número absoluto de crianças inalterado com idades entre 0 e 5 anos (0,8 mil milhões) e de mais 0,1 mil milhões de pessoas idosas. A menos que a situação seja resolvida através de políticas de cuidados adequadas, esta procura extra de cuidados é suscetível de continuar a restringir a taxa de participação das mulheres no mercado de trabalho e acentuar ainda mais as desigualdades no trabalho (ver Capítulo 2).

A nível mundial, a atual procura de cuidados provém principalmente de crianças com idade entre os 0 e os 14 anos (que representavam 90,0 por cento do total de dependentes em 2015), enquanto as pessoas idosas constituem apenas uma pequena parte das pessoas dependentes (10 por cento do total em 2015). Em 2030, 87,3 por cento terá entre 0 e 14 anos de idade, enquanto 12,7 por cento serão pessoas mais velhas. O rácio total de dependência de cuidados⁸⁰ era de 52,1 por cento em 2000 e, desde então, tem diminuído até 44,3 por cento em 2015 (ver Figura 1.5). Por outras palavras, para cada quatro pessoas que são suscetíveis de ser dependentes de cuidados, existem cerca de dez pessoas que potencialmente podem cuidar delas. Prevê-se que o rácio de dependência de cuidados diminua mais, até 40,2 por cento em 2030. Isto está principalmente relacionado com a diminuição contínua projetada para a taxa de fecundidade em países de médio e baixo rendimento.⁸¹ Em particular, projeta-se que o rácio de dependência de cuidados para crianças com idade entre 0 e 14 anos de idade diminua de 48,3 por cento em 2000 para 35,4 por cento em 2030. Contudo, prevê-se que o rácio de dependência de cuidados relativo às pessoas idosas aumente em 1 ponto percentual durante o mesmo período, atingindo 4,8 por cento em 2030, e refletindo o aumento da longevidade da população mundial devido a um melhor nível de vida e um melhor acesso aos cuidados de saúde.⁸²

Os países de elevado rendimento registam os rácios de dependência de pessoas idosas mais elevados (6,9 por cento em 2015), em relação aos países de médio rendimento (3,7 por cento) e de baixo rendimento (2,6 por cento) (Figura 1.5). Por outro lado, nos países de baixo rendimento a quase totalidade do rácio de dependência é composta por pessoas com menos de 15 anos de idade, predominantemente crianças com menos de 6 anos de idade (representando 35,7 por cento em 2015). A nível mundial, o rácio de dependência das crianças com menos de 15 anos representava 40,1 por cento em 2015, uma tendência que é em grande parte explicada pela elevada procura de cuidados nos Estados Árabes e em África, que tem uma taxa de fecundidade particularmente elevada (isto é, 4,71 no período 2010-15).⁸³ Quando se decompõe a taxa de dependência da infância, as maiores participações são representadas por crianças com idade entre 0 e 2 anos, com 18,5 por cento nos países de baixo rendimento em 2015, em comparação com apenas 8,2 por cento nos países de médio rendimento e apenas 4,4 por cento nos países de elevado rendimento.

Figura 1.5. Rácios de dependência de cuidados, 2000, 2015 e 2030 (percentagens)



Nota: 183 países. Ver o Anexo A.2.1 para as metodologias e a Quadro A.2.3 para dados nacionais.

Fonte: Cálculos da OIT baseados na Organização das Nações Unidas, 2017c e na OMS. Observatório Mundial da Saúde, 2018.

Os cuidados a crianças pequenas são particularmente exigentes, exigindo uma supervisão quase constante, o que deixa pouco tempo às pessoas cuidadoras para outras atividades.⁸⁴ Existem diferenças semelhantes entre grupos de países para os rácios de dependência de cuidados para crianças com idade entre 3 e 5 anos. Este grupo também requer cuidados intensivos, especialmente porque apenas uma minoria de países oferecem livre acesso à educação pré-escolar, o que implica que é necessário encontrar soluções de cuidados alternativos (ver Capítulo 3).⁸⁵ A grande procura de cuidados imposta pelas crianças muito pequenas, conjugada com a qualidade fraca e a inacessibilidade dos serviços de cuidados a crianças, poderá ter um efeito negativo nas taxas de emprego e nas condições de trabalho das suas mães, que podem ter de enfrentar um compromisso entre o trabalho, muitas vezes na economia informal, e a prestação de cuidados. Os impactos negativos adicionais derivados dos rácios de dependência elevados incluem o trabalho e o acesso limitado das meninas à educação devido ao facto de que estas têm de assumir tarefas domésticas e responsabilidades relativas aos cuidados de irmãos mais novos, como documentado em muitos países em vias de desenvolvimento (ver Capítulo 2).⁸⁶

Observa-se um quadro diferente na Europa e na Ásia Central, uma região caracterizada por uma população mais envelhecida, onde se encontram os rácios de dependência de cuidados a crianças mais reduzidos do mundo. De facto, em países como a Noruega e a Dinamarca, o rácio de dependência de cuidados para crianças com menos de 5 anos de idade é de 24,1 e 22,8 por cento, respetivamente (comparado com 40,1 por cento a nível mundial), enquanto que o rácio de dependência de cuidados para as pessoas idosas é de 6,3 na Noruega e de 7,3 por cento na Dinamarca (em comparação com 4,1 por cento a nível mundial em 2015). Pelo contrário, no Burquina Faso e no Uganda, os rácios de dependência das crianças e das pessoas idosas são de 86,8 e 2,0 por cento, respetivamente, para o primeiro e de 96,2 e 1,8 por cento, respetivamente, para o último. No Zimbabué e no Lesoto, dois países com uma elevada prevalência de VIH, os rácios de dependência de cuidados são de 76,1 e 62,3 por cento, respetivamente. De facto, a propagação do VIH pode aumentar o rácio, pois reduz o número de potenciais prestadores de cuidados, como parece ser o caso do Zimbabué.

A prevalência de deficiências graves representa uma sobrecarga de trabalho das pessoas prestadoras de cuidados. As deficiências graves afetam 2,7 por cento da população mundial com idade entre os 15 e os 59 anos,⁸⁷ com números que oscilam entre 2,6 por cento nas Américas e 3,3 por cento em África. Aproximadamente 5 por cento das crianças, 10 por cento das pessoas adultas em idade ativa e até 50 por cento das pessoas idosas têm uma deficiência.⁸⁸ Não existem dados fiáveis sobre o número exato de pessoas com deficiência que necessitam de apoio e assistência nas suas vidas diárias. O Relatório Mundial sobre a Deficiência de 2011 da OMS e do Banco Mundial estima que, não obstante haja mil milhões de pessoas com deficiência no mundo, apenas 110-190 milhões têm incapacidades muito significativas. Para além disso, as políticas tais como «envelhecer no seu lugar» para as pessoas idosas e a «(des)institucionalização» de pessoas com deficiência, sobretudo as pessoas com deficiências mentais, aumentaram a procura de trabalho de cuidados remunerado e não remunerado prestados nos domicílios de pessoas idosas dependentes e de pessoas com deficiência grave e das suas famílias. Um resultado deste processo é que uma proporção significativa do trabalho de cuidados é realizada na esfera privada, aumentando a sua invisibilidade e colocando uma tensão adicional nas condições de trabalho e de vida

dos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados e das pessoas destinatárias dos cuidados (ver Capítulos 3 e 4).⁸⁹

Nos debates sobre os cuidados, a deficiência é muitas vezes negligenciada devido à ênfase na prestação de cuidados a crianças e a pessoas idosas. Há aproximadamente duas vezes mais crianças do que pessoas com deficiência no mundo, representando mais de um terço da população mundial.⁹⁰ A preponderância de crianças e de pessoas idosas, que necessitam de cuidados durante períodos limitados, possivelmente encobre as necessidades específicas das pessoas com deficiência. De facto, algumas pessoas com deficiência exigem cuidados ou assistência ao longo de toda a sua vida. Além disso, quando os argumentos para investir na prestação de cuidados se centram sobretudo em conseguir um retorno positivo para a sociedade (através, por exemplo, de permitir que as mães e as pessoas cuidadoras a integrem-se no emprego remunerado), pode dar origem a que outros objetivos de políticas sejam negligenciados, tais como a empregabilidade de pessoas idosas ou de pessoas com limitações intelectuais, que podem ser consideradas como tendo falta de potencial produtivo.⁹¹

1.3. O TRABALHO DE CUIDADOS, A AGENDA 2030 PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL E O TRABALHO DIGNO

O ODS 5 «Alcançar a igualdade de género e empoderar todas as mulheres e raparigas», inclui a meta 5.4: «Reconhecer e valorizar o trabalho de assistência e doméstico não remunerado, por meio da disponibilização de serviços públicos, infraestrutura e políticas de proteção social, bem como a promoção da responsabilidade partilhada em casa e na família, conforme os contextos nacionais.»⁹²

Esta meta reconhece que o trabalho compreende mais do que o emprego remunerado e que o trabalho de cuidados não remunerado constitui uma contribuição valiosa para o bem-estar individual e social. A inclusão desta meta no ODS 5 reconhece igualmente o atual desequilíbrio na divisão do trabalho de cuidados não remunerado entre as mulheres e os homens, e o facto de serem necessárias políticas específicas para apoiar a consecução desta meta, de uma forma consistente com as realidades culturais e económicas dos diferentes países. Além disso, alcançar a meta 5.4 «por meio da disponibilização de serviços públicos, infraestrutura e políticas de proteção social» implica simultaneamente contribuir para a consecução de vários outros ODS, particularmente o ODS 3 sobre a saúde, o ODS 4 sobre a educação e o ODS 8 sobre o trabalho digno (ver Caixa 1.4).

A meta 5.4 é inspirada pelo Quadro Triplo R - reconhecer, reduzir e redistribuir o trabalho de cuidados não remunerado - que resume a abordagem transformadora às políticas de cuidados (ver Caixa 1.3).⁹³

[...] O reconhecimento de que a economia de cuidados vai além do trabalho de cuidados não remunerado e que inclui também o trabalho de cuidados remunerado, despertou um interesse renovado nos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados nos círculos internacionais.⁹⁴ O UNHLP, do qual o diretor-geral da OIT era membro, no seu segundo relatório reconhece que é imperativo formalizar e promover o trabalho de cuidados remunerado de qualidade: os cuidados das pessoas idosas, os cuidados de saúde, o ensino e o serviço doméstico devem ser reconhecidos como setores crí-

Caixa 1.3. O Quadro Triplo R revisitado: reconhecer, reduzir e redistribuir o trabalho de cuidados não remunerado e compensar e representar os trabalhadores e trabalhadoras de prestação de cuidados

O Quadro Triplo R - reconhecer, reduzir e redistribuir os cuidados não remunerados e o trabalho doméstico - é uma extensão do apelo feito na Plataforma de Ação de Pequim para o reconhecimento e avaliação, geralmente interpretado como uma medida, através da inclusão de uma dimensão de justiça económica concreta. «Reconhecer» o trabalho de cuidados não remunerado implica por um fim à habitual prática de a sociedade os tomar como garantidos e desafiar as normas sociais e os estereótipos de género que o subvalorizam e tornam invisível na conceção e implementação de políticas. «Reduzir» o trabalho de cuidados não remunerado significa diminuir o tempo dedicado ao mencionado trabalho quando este é penoso, sobretudo melhorando as infraestruturas. «Redistribuir» o trabalho de cuidados não remunerado significa mudar a sua distribuição entre mulheres e homens, mas também entre famílias e sociedades como um todo.

O Quadro Triplo R inspirou as conclusões da Comissão sobre a Condição Jurídica e Social da Mulher em 2016, que declarou que os governos devem tomar todas as medidas apropriadas para reconhecer, reduzir e redistribuir o trabalho de cuidados não remunerado, «dando prioridade às políticas de proteção social, incluindo serviços sociais de qualidade acessíveis e serviços de cuidados para crianças, pessoas com deficiência, pessoas idosas, pessoas que vivem com o VIH/SIDA e todas as outras que necessitam cuidados, e promover a partilha das responsabilidades de cuidados entre as mulheres e os homens».

Em 2017, as recomendações do Painel de Alto Nível sobre o Empoderamento Económico das Mulheres (UNHLP) relativas ao trabalho de cuidados não remunerado, sublinhou o Quadro Triplo R e reconheceu o papel da Agenda para o Trabalho Digno na conceção das políticas de cuidados, apelando para que o trabalho de cuidados «seja um trabalho digno, com salários adequados, salário igual para trabalho de igual valor, condições de trabalho dignas, no quadro de uma atividade formal, cobertura da segurança social, regulamentos de segurança e saúde no trabalho, autocuidados, formação profissional e profissionalização e liberdade sindical». Atingir estes objetivos exige o estabelecimento de um sistema de «retribuição» e «representação» apropriadas dos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados.

Fontes: ONU Mulheres, 1995; ONU Mulheres, 2016; UNHLP, 2017.

ticos da economia que contribuem para o desenvolvimento humano e a igualdade de género e, conseqüentemente, os salários, as competências e os direitos laborais devem ser respeitados em conformidade. Isto é de vital importância em contextos onde existe um mercado de cuidados informal em crescimento e onde os trabalhadores e trabalhadoras migrantes e nacionais são arrastados para formas de trabalho incertas e precárias numa economia de cuidados que não é abrangida por proteção social e laboral efetivas, por leis e legislação de trabalho nacionais e políticas de migração adequadas e que, por vezes, não são inclusivamente reconhecidas como trabalho.⁹⁵

Além disso, o relatório recomenda «garantir que as organizações que representam todos os trabalhadores, incluindo na área da prestação de cuidados e as organizações dos direitos das mulheres, podem representar as suas necessidades e preocupações na tomada de decisões no local de trabalho, na comunidade e no domínio político... para garantir que... as pessoas cuidadoras remuneradas e não remuneradas têm voz tendo em vista estabelecer cuidados de qualidade e condições de trabalho dignas».⁹⁶

Caixa 1.4. A contribuição de um cenário ótimo para o trabalho de cuidados no sentido de atingir os ODS

Objetivo 1 (Erradicar a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares): Apela à implementação de «a nível nacional, medidas e sistemas de proteção social adequados para todos, incluindo os pisos de proteção social» em relação a, entre outras questões, maternidade, crianças, pessoas com deficiência e pessoas idosas (1.3). A proteção social contribui para diminuir as despesas diretas relacionadas com os cuidados e pode, assim, ajudar a reduzir a proporção de pessoas que vivem na pobreza (1.2).



Objetivo 2 (Erradicar a fome, alcançar a segurança alimentar, melhorar a nutrição e promover a agricultura sustentável): O acesso a programas públicos de alimentação para as crianças inscritas em serviços de educação pré-escolar, assim como no ensino primário e secundário, irão contribuir para assegurar o acesso a alimentação de qualidade, nutritiva e suficiente durante todo o ano (2.1). Adicionalmente, o acesso a melhores infraestruturas básicas e melhoradas, tais como as relacionadas com a água, o saneamento e a eletricidade, podem apoiar o envolvimento das mulheres rurais, das mulheres que trabalham na agricultura e das mulheres indígenas em atividades agrícolas ou outras atividades lucrativas (2.3).



Objetivo 3 (Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades): Um melhor acesso à proteção na maternidade irá reduzir a taxa de mortalidade materna (3.1) e acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos (3.2); um melhor acesso aos serviços de cuidados e à cobertura universal dos cuidados de saúde, incluindo os cuidados continuados, irá melhorar a saúde de todos, incluindo as pessoas afetadas por VIH ou SIDA, as pessoas com deficiência e as pessoas idosas (3.8).



Objetivo 4 (Garantir o acesso à educação inclusiva, de qualidade e equitativa, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos): Melhorar o acesso de todas as meninas e meninos a serviços de cuidados e ensino da primeira infância (ECCE) de qualidade, de modo a que estejam preparados para o ensino primário (4.2); garantir o acesso ao ensino primário e secundário equitativo e de qualidade (4.1); e à educação técnica, profissional e superior de qualidade, a preços acessíveis, incluindo à universidade (4.3); assim como garantir instalações físicas para educação, apropriadas para crianças e sensíveis às deficiências e à igualdade de género (4.a) e aumentar o contingente de professores qualificados (4.c) nas regiões onde são mais escassos.



Objetivo 5 (Alcançar a igualdade de género e empoderar todas as mulheres e raparigas): Os serviços públicos de cuidados, a proteção social e melhores infraestruturas irão reduzir a penosidade no trabalho de cuidados não remunerado e contribuir para o reconhecimento, redistribuição e valorização do trabalho de cuidados não remunerado e do trabalho doméstico (5.4). Ao mudar alguma da carga dos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados do agregado familiar para o Estado, mercado ou setor sem fins lucrativos, assim como das mulheres para os homens no seio do agregado familiar, estas políticas de cuidados irão também contribuir para a promoção da participação plena e efetiva das mulheres e para a igualdade de oportunidades para a liderança em todos os níveis de tomada de decisão na vida política, económica e pública (5.5). As políticas de cuidados irão contribuir de uma forma geral para a igualdade de direitos das mulheres no que respeita aos recursos económicos (5.a) e para a adaptação de políticas sólidas que promovam a igualdade de género e o empoderamento de todas as mulheres e raparigas (5.c).



Objetivo 6 (Garantir a disponibilidade e a gestão sustentável da água potável e do saneamento para todos): O acesso universal e equitativo à água potável e segura para todos (6.1) irá permitir a redução do trabalho penoso às mulheres e raparigas que suportam uma carga desproporcionada de trabalho doméstico não remunerado, ao passo que o acesso a saneamento e higiene adequados e equitativos (6.2) irá beneficiar a todos, especialmente as mulheres e as pessoas com deficiência que enfrentam maiores obstáculos e riscos.



Objetivo 7 (Garantir o acesso a fontes de energia fiáveis, sustentáveis e modernas para todos): O acesso universal, de confiança, moderno e a preços acessíveis aos serviços de energia (7.1), irá também facilitar o ganho de tempo substancial para que as mulheres possam participar em atividades pessoais, de lazer e geradoras de rendimentos, ajudando-as a reduzir o trabalho penoso de recolher lenha para aquecimento e preparação de refeições.



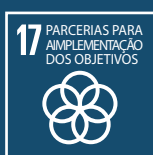
Objetivo 8 (Promover o crescimento económico inclusivo e sustentável, o emprego pleno e produtivo e o trabalho digno para todos): As políticas ativas do mercado de trabalho, tais como os programas de obras públicas que considerem as obrigações de cuidados dos participantes, podem contribuir para a criação de empregos dignos (8.3), incluindo entre mulheres de zonas rurais e outras mulheres de meios desfavorecidos. Ao proporcionar apoio às pessoas cuidadoras não remuneradas mediante a prestação de serviços de cuidados e a geração de empregos dignos, as políticas de cuidados e os serviços fazem aumentar a mão-de-obra no âmbito dos cuidados, sustentando a procura de emprego por parte das mulheres (e dos homens) e contribuindo para o emprego pleno e produtivo para todos (8.5). A negociação coletiva e uma melhor organização dos trabalhadores de cuidados, incluindo os trabalhadores e trabalhadoras migrantes e domésticos, também pode ajudar a conseguir trabalho digno para todos e salário igual para trabalho de igual valor (8.5). Uma melhor regulamentação por parte dos estados e a formalização do trabalho de cuidados informais irá também contribuir para a proteção dos direitos laborais e promover ambientes de trabalho seguros, particularmente para as mulheres migrantes e os trabalhadores em situação de emprego precário (8.8). O acesso a serviços financeiros é também essencial para garantir a autonomia das mulheres e que as famílias podem suportar serviços de cuidados dignos (8.10).



Objetivo 9 (Construir infraestruturas resilientes, promover a industrialização inclusiva e sustentável e fomentar a inovação): O desenvolvimento de infraestruturas relacionadas com os cuidados, assim como serviços de cuidados que ofereçam empregos de cuidados dignos, irão contribuir para desenvolver infraestruturas fiáveis e sustentáveis para apoiar o desenvolvimento económico e o bem-estar humano (9.1).



Objetivo 10 (Reduzir as desigualdades no interior dos países e entre países): O acesso universal a prestações pecuniárias de proteção social relacionadas com os cuidados e serviços de cuidados irá apoiar o crescimento do rendimento dos 40 por cento da população mais pobre (10.1) e promover a inclusão social, económica e política de todos, independentemente da idade, sexo, deficiência, raça, etnia, origem, religião, condição económica ou outra (10.2). As políticas de proteção social no âmbito fiscal, salarial e de proteção social para os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados e pessoas cuidadoras não remuneradas irão contribuir para garantir a igualdade de oportunidades e reduzir as desigualdades de resultados (10.3) e alcançar progressivamente uma maior igualdade (10.4).



Objetivo 17 (Reforçar os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável): As políticas macroeconómicas que visam o investimento em estruturas para a prestação de cuidados, os serviços de cuidados públicos e os empregos no âmbito dos cuidados estão relacionados com o fortalecimento da mobilização de recursos internos para melhorar a capacidade nacional de cobrança de impostos e outras fontes de receita (17.1).

Com base no relatório do UNHLP, a Comissão sobre a Condição Jurídica e Social da Mulher destaca nas suas conclusões de 2017 que o investimento nos setores da saúde e social «pode reforçar o empoderamento económico das mulheres e transformar os papéis sociais no âmbito dos cuidados informais em trabalho digno, melhorando as suas condições de trabalho e salários, e criando oportunidades para o seu empoderamento económico através do reforço das competências e da progressão na carreira».⁹⁷ A Comissão também concorda em «promover os cuidados remunerados dignos e o serviço doméstico para mulheres e homens nos setores público e privado, proporcionando proteção social, condições de trabalho seguras e salário igual para trabalho igual ou salário igual para trabalho de igual valor, facilitando assim a transição dos trabalhadores e trabalhadoras informais, incluindo da prestação de cuidados e serviços domésticos remunerados informais, para a economia formal».⁹⁸

A crescente visibilidade do trabalho de cuidados na agenda internacional sobre a igualdade de género enriquece a compreensão da relação entre os cuidados remunerados e

Caixa 1.5. Normas internacionais do trabalho relacionadas com os cuidados

As normas internacionais do trabalho são instrumentos interrelacionados e interdependentes. No seu conjunto, fornecem um quadro que pode contribuir para o progresso de uma igualdade de género transformadora e para a promoção do trabalho de cuidados de qualidade. Abordam as barreiras estruturais enfrentadas pelas pessoas - sobretudo mulheres - no que respeita às necessidades e às responsabilidades no âmbito dos cuidados e proporcionam orientação para alcançar o trabalho digno para todos. É, assim, de primordial importância que todos os 187 Estados-membros da OIT promovam a ratificação e a implementação efetiva das normas internacionais do trabalho relacionadas com os cuidados, que são de particular relevância para o trabalho de cuidados e os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados. Estas incluem as Convenções fundamentais sobre a liberdade sindical e a negociação coletiva (C87 e C98), sobre a eliminação do trabalho infantil (C138 e C182) e sobre a não discriminação e igualdade salarial (C100 e C111). Diversas Convenções e Recomendações centram-se em políticas de cuidados, tais como a proteção da maternidade (C183), as normas mínimas da segurança social (C102) e os pisos de proteção social (R202), e medidas para apoiar os trabalhadores e trabalhadoras com responsabilidades familiares, como os cuidados a crianças e cuidados continuados, licenças parentais e modalidades de trabalho favoráveis à família (C156); e trabalho a tempo parcial (C175) e regimes de horário de trabalho (C30 e C47). Outros instrumentos e orientações visam tornar o trabalho digno uma realidade para todos os trabalhadores e trabalhadoras, incluindo oriundos de grupos socialmente desfavorecidos, tais como os migrantes (C143), com deficiência (C159), os povos indígenas e tribais (C169), C30 e C47, a domicílio (C177), em cooperativas (R193), afetados pelo VIH (R200), na economia informal (R204) e possíveis futuras normas sobre a violência no mundo do trabalho. Um outro grupo de instrumentos inclui os que visam os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados, incluindo do trabalho doméstico (C189) e o pessoal de enfermagem (C149), assim como as recomendações da OIT e da UNESCO sobre os professores e as orientações da OIT sobre o pessoal de cuidados às crianças. O Quadro A.1.1 do Anexo A.1 proporciona uma visão geral das disposições fundamentais das normas internacionais do trabalho relacionadas com os cuidados, mostrando que, além das Convenções fundamentais que foram amplamente ratificadas por todos os países, de uma forma geral, é mais provável que os países da Europa e das Américas ratifiquem as restantes, em comparação com os países da África, Ásia e Pacífico e os Estados Árabes.

Fontes: Quadro A.1.1 no Anexo A.1; OIT, 2013c; OIT e UNESCO, 2016.

não remunerados e o trabalho doméstico.⁹⁹ Confere um novo enfoque e mais diferenciado a questões como a segmentação dos mercados de trabalho em função do sexo e a migração das mulheres, apoiando simultaneamente alianças políticas entre os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados e os beneficiários dos cuidados.¹⁰⁰ A remuneração insuficiente, o excesso de trabalho e, em geral, as condições de trabalho difíceis estão associadas a cuidados de má qualidade, em detrimento tanto dos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados como de quem beneficia dos cuidados. Este foco internacional no trabalho de cuidados também ajuda a articular as reivindicações para aumentar o investimento público direto nos cuidados (ver Capítulo 5).

A abordagem de trabalho digno para o trabalho de cuidados baseia-se na Agenda para o Trabalho Digno da OIT, que se fundamenta na Constituição da OIT (1919) e em toda uma série de declarações e normas internacionais do trabalho. Ao integrar o consenso tripartido internacional, a abordagem de trabalho digno para o trabalho de cuidados fornece um quadro abrangente para complementar e fundamentar o conceito do Quadro Triplo R. Os quatro pilares da Agenda para o Trabalho Digno - criação de emprego, proteção social, direitos no trabalho e diálogo social, com a igualdade entre mulheres e homens como objetivo transversal - e o Quadro Triplo R considerados conjuntamente formam um Quadro 5R para o Trabalho Digno de Cuidados, que proporciona orientação para definir e avançar políticas de cuidados transformadoras e trabalho digno para os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados (ver Caixa 1.5). Ao integrar estes direitos laborais e humanos nas legislações e políticas nacionais e ao apoiá-los através de uma implementação efetiva, os Estados aumentam a possibilidade de atingir os ODS 5.4, 3, 4 e 8 e, assim, atingir o cenário ótimo para o trabalho de cuidados.

1.4. TRABALHO DIGNO NAS ATIVIDADES DE CUIDADOS: UM QUADRO PARA A AÇÃO

A ação política é essencial para se conseguir um trabalho de cuidados de qualidade, estabelecendo um ciclo virtuoso de reconhecimento, redução e redistribuição do trabalho de cuidados não remunerado e promovendo condições de trabalho dignas e representação para todos os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados, preparando assim o caminho para um cenário ótimo para o trabalho de cuidados. As formas através das quais as políticas interagem define o caminho de uma sociedade para o trabalho de cuidados, isto é, quem presta os cuidados, a qualidade da prestação de cuidados e as condições de trabalho de quem presta cuidados.

A Figura 1.6 apresenta os domínios de intervenção política que afetam a prestação do trabalho de cuidados remunerado e não remunerado. As políticas de cuidados, macroeconómicas, de proteção social, laborais e migratórias devem criar sinergias para proporcionar um ambiente político propício para o progresso do trabalho digno de cuidados, permitindo o reconhecimento, a redistribuição e, quando necessário, a redução do trabalho não remunerado, assim como a promoção da representação, e trabalho digno para os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados.

As políticas de cuidados são políticas públicas que atribuem recursos sob a forma de dinheiro (incluindo rendimento), serviços ou tempo para as pessoas cuidadoras ou as pessoas que necessitam de cuidados.¹⁰¹ Como ilustrado no Capítulo 3, estas incluem políticas em matéria de licenças (p. ex., licenças parentais), os serviços de cuidados (p. ex.,

Figura 1.6. Um ambiente propício à realização do cenário ótimo para o trabalho de cuidados

Fonte: Ilustração dos autores.

desenvolvimento e cuidados da primeira infância), as prestações pecuniárias de proteção social relacionadas com os cuidados (p. ex., subsídios para os cuidados às crianças), as disposições favoráveis à conciliação entre o trabalho e a vida familiar (p. ex., teletrabalho e horários de trabalho flexíveis) e infraestruturas (p. ex., saneamento e abastecimento de água nas casas). As políticas de cuidados asseguram o bem-estar das sociedades e são um fator essencial na abordagem da questão do trabalho de cuidados não remunerado e na atenuação das desigualdades enfrentadas por pessoas com elevados níveis de necessidade de cuidados e/ou pessoas que proporcionam normalmente cuidados não remunerados (ver Capítulo 2).¹⁰²

As *políticas macroeconómicas*, tais como as políticas orçamentais, monetárias e comerciais, moldam as oportunidades das mulheres e dos homens no emprego remunerado e os recursos disponíveis para as políticas destinadas a diminuir as desigualdades entre mulheres e homens.¹⁰³ A maximização das margens orçamentais aumenta os recursos disponíveis para financiar as políticas de cuidados e reduz e redistribui o trabalho de cuidados não remunerado. Se centradas na criação de emprego (e não em metas restritivas, como o controlo da inflação), as políticas monetárias podem apoiar a expansão geral do emprego, trazendo consigo a expansão dos empregos no âmbito dos cuidados e aliviando a pressão sobre os salários na área dos cuidados (Capítulo 4). A expansão dos serviços de cuidados foi justificada em termos macroeconómicos com argumentos tanto do «lado da oferta» como do «lado da procura». Do lado da oferta, a prestação de serviços de cuidados é favorecida pelo seu potencial para aumentar a participação das mulheres

no mercado de trabalho e de apoiar o desenvolvimento futuro do capital humano através da educação das crianças.¹⁰⁴ Do lado da procura, os que defendem os efeitos macroeconómicos de uma expansão dos serviços de cuidados públicos nos países desenvolvidos e em desenvolvimento¹⁰⁵ enfatizam o aspeto da prestação de serviços de cuidados como um «investimento», pois conduz à criação de empregos de qualidade comparativamente melhor e contribui de forma vital para a criação de capital humano (Capítulo 5).¹⁰⁶

As políticas de proteção social fornecem as políticas fundamentais e os quadros regulamentares e instituições que regem as responsabilidades de cuidados. Influenciam o apoio dirigido às pessoas beneficiárias de cuidados, a situação das pessoas cuidadas não remuneradas, estejam ou não em situação de emprego, e os meios através dos quais o trabalho de cuidados é prestado. Os sistemas de proteção social definem quais os tipos de cuidados que são mais apropriados e desejáveis, quem deve prestar os cuidados (através dos setores público, privado ou voluntário), quem os deve pagar (através de sistemas contributivos, não contributivos e de responsabilidade da entidade empregadora); mediante prestações universais ou sujeitas a condição de recursos), independentemente de a prestação ser coberta através de serviços ou pagamentos (como no caso de «prestações pecuniárias» ou pagamentos independentes pessoais) e a natureza e os níveis de benefícios/compensações dos cuidadores e os condicionalismos associados). Uma dimensão específica dos sistemas de proteção social é o tratamento da prestação de cuidados a crianças e as políticas públicas implementadas para prestar (ou apoiar) a prestação de cuidados às crianças. Estas abrangem a natureza dos serviços de cuidados a crianças públicos e privados e o âmbito da sua oferta, a existência de políticas que facilitam o envolvimento dos pais tanto no caso dos cuidados diretos como no emprego remunerado, tais como a licença de maternidade, de paternidade e parental e a existência de prestações em dinheiro ou subsídios que ajudem as famílias a pagar os cuidados às crianças ou a empregar uma pessoa que presta cuidados. Estas políticas determinam se os cuidados são prestados por pessoas cuidadoras não remuneradas a trabalhar a tempo completo (membros da família, sobretudo mães, a prestar os cuidados às crianças a tempo completo) ou por pessoas cuidadoras não remuneradas que combinam a prestação de cuidados com emprego (ver Capítulos 2 e 3).

As políticas laborais, incluindo as políticas de proteção laboral e a legislação do trabalho que regulam os direitos e as obrigações dos trabalhadores e dos empregadores a nível macro; as instituições e organizações, incluindo as empresas privadas, as cooperativas e outras empresas da economia social e solidária, a nível meso; e acordos, relações e práticas de emprego formais/informais a nível micro. As políticas laborais fornecem oportunidades, ou apresentam desafios, às pessoas cuidadoras não remuneradas, assim como às pessoas com deficiência, que integram ou regressam ao trabalho remunerado. As políticas de proteção laboral clarificam os direitos e as obrigações das partes envolvidas numa relação de trabalho, e incluem todos os trabalhadores e empregadores na economia de cuidados. Estabelecem as normas de trabalho, tais como as condições de trabalho, os salários (incluindo a igualdade salarial), os regimes de horário de trabalho (incluindo a compensação por trabalho suplementar) e acesso a mecanismos de reparação, assim como a medidas para facilitar a transição da economia informal para a economia formal. As políticas setoriais contribuem para a definição da posição dos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados no mercado de trabalho, em di-

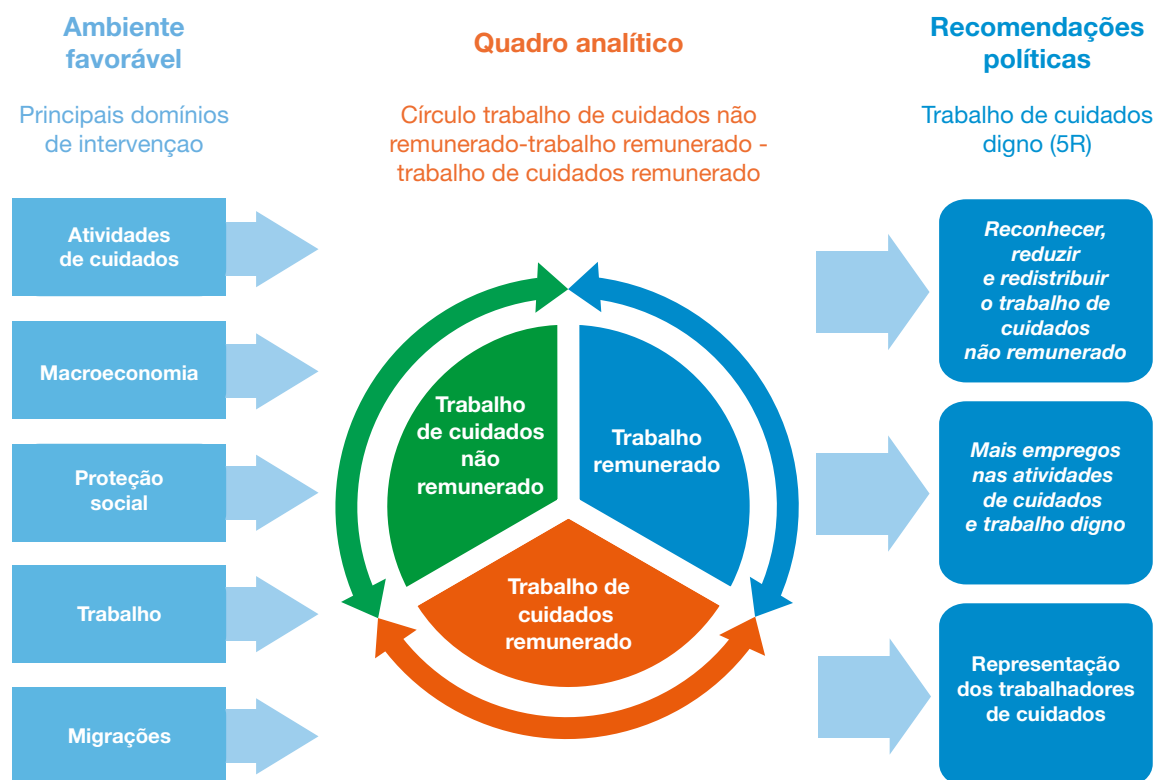
ferentes setores relacionados com os cuidados, incluindo a saúde e ação social, a educação e o trabalho doméstico. As políticas laborais criam igualmente oportunidades de emprego e podem facilitar a inclusão no mercado de trabalho de todos os grupos da sociedade (Capítulos 4 e 6). Outras dimensões essenciais são os princípios de governação e os direitos fundamentais no trabalho, a liberdade sindical e a negociação coletiva para os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados (incluindo quem trabalha na economia informal) e as pessoas cuidadoras não remuneradas, proporcionando também um contexto de não discriminação e proteção da violência e do assédio. As políticas laborais também determinam «direitos civis» fundamentais, tal como as políticas de acessibilidade para as pessoas com deficiência.

As *políticas de migração* são regras que regem as entradas e saídas de um país, as quotas e as disposições especiais para grupos específicos de pessoas, direitos de permanência e de naturalização, assim como os direitos em matéria social, política e civil acordados para migrantes. As políticas de migração determinam a natureza e a sustentabilidade da mão-de-obra no âmbito dos cuidados, definindo durante quanto tempo os trabalhadores e trabalhadoras migrantes podem permanecer, a sua situação em termos de residência e a possibilidade de reagrupamento familiar; se existe preferência por quem é especializado/a em detrimento de quem tem baixa qualificação; se os títulos profissionais, competências e qualificações são reconhecidas além-fronteiras; e se as políticas de recrutamento justas estão em vigor, entre outras questões.¹⁰⁷ As políticas de migração podem abordar as desigualdades entre mulheres e homens, de ordem racial como social tanto nos países de origem como nos de destino. A medida em que as políticas de cuidados se harmonizam com as políticas macroeconómicas, de proteção social, de migração e de trabalho dos países de destino determina o papel das mulheres e dos homens migrantes na economia dos cuidados e as condições em que trabalham e prestam serviços de cuidados.

A Figura 1.7 apresenta os quadros analítico e de políticas do presente relatório. Apresenta a relação entre os cinco principais domínios de intervenção que compreendem o ambiente propício (coluna à esquerda) para abordar o círculo «trabalho de cuidados não remunerado-trabalho remunerado-trabalho de cuidados remunerado» (gráfico central) e as recomendações políticas que refletem os resultados desejados no Quadro 5R, com base nos ODS e na Agenda para o Trabalho Digno. Estas recomendações políticas proporcionam as bases para um cenário ótimo para os cuidados para o futuro do trabalho digno. Oferecem os meios para alcançar o trabalho de cuidados digno através de: reconhecer, reduzir e redistribuir o trabalho de cuidados não remunerado; promover mais trabalho digno para os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados; e garantir-lhes os direitos de representação, diálogo social e negociação coletiva (coluna à direita).

O presente relatório segue a estrutura dos quadros estratégicos e analíticos que visam desagregar e analisar as suas inter-relações, compreender o papel das políticas na sua conceção e traçar o cenário ótimo para o trabalho de cuidados. O Capítulo 2 analisa as ligações entre o trabalho de cuidados não remunerado e o trabalho remunerado, mostrando de que maneira as desigualdades no trabalho de cuidados não remunerado alimentam as desigualdades entre mulheres e homens no emprego. O Capítulo 3 analisa as disparidades nas políticas de cuidados e os seus efeitos na perpetuação das desigual-

Figura 1.7. Um cenário ótimo para os cuidados para o futuro do trabalho digno: quadros analítico e estratégico



Fonte: Ilustração dos autores.

dades entre mulheres e homens no trabalho e outros resultados negativos que afetam especificamente as pessoas beneficiárias dos cuidados. O Capítulo 4 considera a ligação trabalho remunerado-trabalho de cuidados remunerado, revelando o efeito que a insuficiente oferta de trabalhadores e trabalhadoras de cuidados e os défices de trabalho digno no trabalho de cuidados remunerado têm no mercado de trabalho. Encerra também o círculo de ligações, explorando de que maneira as condições da prestação de trabalho de cuidados não remunerado também afetam as suas condições de trabalho. O Capítulo 5 mostra o âmbito do potencial de criação de emprego nos setores dos cuidados e o papel fundamental que os empregos dignos nas atividades de cuidados irão representar no futuro do trabalho digno. Por último, o Capítulo 6 apresenta as recomendações e medidas que fornecem os pilares para a conquista de um cenário ótimo para os cuidados através do trabalho digno, para orientar a ação transformadora dos constituintes da OIT.

NOTAS

- 1 Daly, 2001.
- 2 Razavi, 2013.
- 3 Duffy, 2011.
- 4 Razavi, 2007.
- 5 Jochimsen, 2003.
- 6 De acordo com a situação no emprego (CISP-93), isto significa trabalhadores por conta de outrem nos agregados familiares, nas empresas ou no setor público, membros de cooperativas de produtores, empregadores e trabalhadores por conta própria.
- 7 Como definido na Convenção (n.º 189) sobre os Trabalhadores e Trabalhadoras do Serviço Doméstico, 2011.
- 8 O presente relatório prefere esta definição para descrever esta forma de prestação de cuidados não remunerada às definições baseadas no conceito de cuidados «informais». O termo «informal» refere-se ao trabalho de cuidados remunerado numa base profissional, prestado na economia informal ou ao abrigo de uma relação de emprego informal, de acordo com a Recomendação (n.º 204) relativa à Transição da Economia Informal para a Economia Formal, 2015.
- 9 Yeandle *et al.*, 2017.
- 10 Uma minoria de 1,5 mil milhões de pessoas adultas não têm responsabilidades de cuidados: 0,8 mil milhões de homens e 0,7 mil milhões de mulheres.
- 11 Chioda, 2016.
- 12 Domínguez-Serrano, 2012.
- 13 Razavi e Staab, 2010.
- 14 Ver Capítulo 4 e Anexo A.3.
- 15 OIT, 2016a.
- 16 Estes resultados baseiam-se em novas estimativas para os Estados Árabes e a China (ver Capítulo 4).
- 17 Nussbaum, 2017.
- 18 O trabalho exclui atividades que não envolvem a produção de bens ou serviços (por exemplo, mendigar e roubar), e o autocuidado (por exemplo, higiene e lazer) e as atividades que não podem ser realizadas por outra pessoa em seu nome (como dormir e aprender).
- 19 Conforme definido na Resolução, o «trabalho de produção para consumo próprio» refere-se a «qualquer atividade de produção de bens ou prestação de serviços para consumo final próprio». A prestação de serviços para consumo final próprio inclui a contabilidade e a gestão domésticas, preparar e servir refeições, limpar, decorar e manter a habitação própria, bem como os cuidados a crianças, o transporte e a prestação de cuidados a dependentes, incluindo pessoas idosas e outros membros do agregado familiar.
- 20 Estas «outras atividades de trabalho» incluem atividades como serviço comunitário não remunerado e trabalho não remunerado realizado por reclusos, quando ordenado por um tribunal ou uma autoridade semelhante, e serviço militar ou civil alternativo não remunerado, que pode ser tratado como uma forma diferente de trabalho para fins de medição (tal como o trabalho obrigatório e o trabalho realizado para outros sem pagamento), ver OIT, 2013d, p. 3.
- 21 A análise de dados do inquérito de uso do tempo considerava, no passado, a recolha de lenha e de água um elemento do trabalho de cuidados e doméstico não remunerado, e pode haver razões para identificar subsecções da produção de bens para consumo final próprio como trabalho de cuidados. Neste relatório, o trabalho de cuidados é associado à prestação de serviços, em consonância com a nova definição de «trabalho de produção de bens e serviços para consumo próprio» estabelecida na 19.^a ICLS.
- 22 Folbre, 2006b.
- 23 Esta categoria também pode incluir a prestação de serviços de cuidados, como, por exemplo, o trabalho forçado não remunerado de reclusos na limpeza das instalações, na lavandaria, na cozinha e a servir refeições.
- 24 Antonopoulos, 2009.
- 25 Grimshaw e Rubery, 2015.
- 26 OIT, 2016c.
- 27 Sepúlveda Carmona, 2013.
- 28 Antonopoulos, 2009, p. 5.
- 29 Zacharias, Antonopoulos e Masterson, 2012.
- 30 Razavi, 2013; Glenn, 2000.
- 31 Himmelweit, 2017.
- 32 Esta designação segue o UNRISD (2016) ao colocar as pessoas cuidadoras e as beneficiárias de cuidados no mesmo quadro de justiça social.
- 33 Shakespeare e Williams, a publicar.
- 34 Sainsbury, 2013.
- 35 Shakespeare e Williams, a publicar.
- 36 Esquivel e Kaufmann, 2017.
- 37 Convenção (n.º 156) sobre os Trabalhadores com Responsabilidades Familiares, 1981, e Recomendação (n.º 165) associada.
- 38 Himmelweit, 2006.
- 39 OCDE, 2017a.
- 40 Himmelweit, 2017.
- 41 OIT, 2017d.
- 42 OIT, 2013b; Yeandle *et al.*, 2017.
- 43 Yeandle *et al.*, 2017.
- 44 Ferreira, 2013.
- 45 Ibid.
- 46 Martínez Franzoni e Sanchez-Ancochea, 2016.
- 47 Ferguson, 2013.
- 48 OIT, 2016j.
- 49 Razavi, 2013.
- 50 OIT, 2017j.
- 51 Hepple, B. 2017.
- 52 Lansky *et al.*, 2017.
- 53 Elson, 1998; Razavi, 2013.
- 54 ONU Mulheres, 2017.
- 55 OIT, 2015b; OIT, 2018a.
- 56 OMS, 2011; Duncan, 2007; Agência Europeia do Ambiente, 2006; Filleul, Larrieu e Lefranc, 2011; Nogueira *et al.*, 2005; Pirard *et al.*, 2005.
- 57 UNESCO, 2016a.
- 58 Carling, Carino e Sherpa, 2015.
- 59 Guzmán *et al.*, 2009.

- 60 OIT, 2017e; Sunuwar, 2015.
- 61 CEPAL, 2013.
- 62 OIT, 2017e.
- 63 EIGE, 2012.
- 64 Banco Mundial e AUS AID, 2014.
- 65 Hallegatte *et al.*, 2016.
- 66 Sainsbury, 2013; Flynn e Schwartz, 2017.
- 67 Yeates, 2012.
- 68 Giddens, 1992; Padilla *et al.*, 2007, citado em Raza-vi, 2013.
- 69 Banco Mundial, 2016.
- 70 Razavi, 2013.
- 71 Peng, 2012.
- 72 Chamie, 2016.
- 73 Folbre, 2017.
- 74 Bernardi e Mortelmans, 2018.
- 75 Razavi, 2013.
- 76 Yeates, 2012.
- 77 Domínguez-Serrano, 2012.
- 78 Samman *et al.*, 2016.
- 79 Cálculos da OIT baseados na ONU, 2017c e na OMS. Observatório Mundial de Saúde, 2018.
- 80 Neste relatório, o rácio de dependência de cuidados é designado como o número de «dependentes», definidos como crianças com 0-15 anos de idade e pessoas que têm ou ultrapassaram a esperança de vida saudável aos 60 anos de idade (pessoas idosas), dividido pelo número de pessoas com idade entre os 15 anos e a esperança de vida saudável aos 60 anos de idade menos 6 anos («pessoas potenciais prestadoras de cuidados não remunerados») (ver Anexo A.2.1). O rácio de dependência de cuidados difere do habitual rácio de dependência, em que tanto a população ativa como dependente é definida de acordo com faixas etárias fixas. O rácio de dependência de cuidados utiliza a esperança de vida saudável aos 60 anos como definido pelo Observatório Mundial de Saúde de 2018 da OMS, contando para a heterogeneidade demográfica de cada país.
- 81 ONU, 2017b e 2017c.
- 82 HelpAge, 2017.
- 83 ONU, 2017c.
- 84 Samman *et al.*, 2016.
- 85 UNESCO, 2017.
- 86 Samman *et al.*, 2016.
- 87 OMS e Banco Mundial, 2011.
- 88 Ibid.
- 89 Yeandle *et al.*, 2017.
- 90 ONU, 2017c.
- 91 Shakespeare e Williams, a publicar.
- 92 Assembleia Geral das Nações Unidas, 2015a.
- 93 Esquivel e Kaufmann, 2017.
- 94 Lansky *et al.*, 2017; Duffy, Armenia e Stacey, 2015; Anderson e Shutes, 2014; Kofman e Raghuram, 2015.
- 95 UNHLP, 2017, p. 9.
- 96 Ibid.
- 97 ONU Mulheres, ponto 19.
- 98 Ibid., ponto (r).
- 99 Banco Mundial, 2012b, p. 201; Woetzel *et al.* 2015; Banco Mundial, 2015b.
- 100 UNRISD, 2016.
- 101 Ibid.
- 102 Esquivel e Kaufmann, 2017.
- 103 Heintz, 2015.
- 104 Klugman e Tyson, 2016.
- 105 CSI, 2016; Ilkkaracan, Kim e Kaya, 2015.
- 106 Importa salientar que os modelos do lado da oferta e da procura aqui referidos contêm determinados pressupostos diametralmente opostos. Se o lado da oferta assume que as mulheres enfrentam barreiras para integrar a força de trabalho que têm de ser removidas (e que, uma vez removidas, estas poderão assumir vagas já prontas e à sua espera), os modelos do lado da procura assumem que há uma oferta infinita de mulheres (e homens) para assumir estes empregos, pois é apenas a falta da procura de mão-de-obra que está a impedir as mulheres de estarem empregadas. Ambos os pressupostos são extremos e negligenciam o facto de que a procura e a oferta se reforçam mutuamente.
- 107 Williams e Gavanias, 2008.

CAPÍTULO 2

O trabalho de cuidados não remunerado e as desigualdades entre mulheres e homens no trabalho

MENSAGENS-CHAVE

- O trabalho de cuidados não remunerado é um contributo importante para as economias nacionais, assim como para o bem-estar individual e da sociedade. As pessoas que prestam cuidados não remunerados satisfazem a grande maioria das necessidades de cuidados em todo o mundo. Este trabalho de cuidados não remunerado permanece, não obstante, quase invisível e não reconhecido, e não é considerado na tomada de decisões.
- As definições internacionalmente harmonizadas e as estatísticas comparáveis sobre o trabalho de cuidados não remunerado, recolhidas tanto pelos inquéritos à população ativa como sobre o uso do tempo, proporcionam uma medida efetiva do trabalho de cuidados não remunerado como uma nova forma de «trabalho», permitindo assim o seu reconhecimento e inclusão nas políticas nacionais.
- À escala mundial, sem exceção, as mulheres realizam a maioria do trabalho de cuidados não remunerado, isto é, 76,2 por cento do total das horas fornecidas. Nenhum país do mundo regista uma prestação de cuidados não remunerada partilhada de forma igualitária entre homens e mulheres.
- O trabalho remunerado das mulheres não transforma, por si só e automaticamente, a divisão do trabalho não remunerado entre mulheres e homens. De facto, quando tanto o trabalho remunerado (sob a forma de salário ou lucro) e o trabalho de cuidados são considerados em conjunto, a duração do trabalho das mulheres é maior do que a dos homens, apesar das diferenças significativas entre os países. Isto faz com que as mulheres tenham sistematicamente menos tempo do que os homens, inclusivamente após ajustes para considerar as horas de trabalho.
- As diferenças na divisão do trabalho de cuidados não remunerado e do trabalho remunerado entre mulheres e homens são o resultado da composição do agregado familiar e das desigualdades profundamente enraizadas com base no sexo, rendimento, idade, escolaridade e local de residência. As mulheres e as raparigas que vivem em países de baixo rendimento, em áreas rurais, que têm um fraco rendimento e reduzida escolaridade, asseguram uma parte desproporcionada do trabalho de cuidados não remunerado.
- O volume de trabalho de cuidados não remunerado se excessivo e extenuante pode conduzir a estratégias de cuidados subótimas, com consequências prejudiciais para as pessoas beneficiárias dos cuidados, como os bebés, as crianças, as pessoas com deficiência e as pessoas idosas, assim como para as pessoas cuidadoras não remuneradas.

- Os homens nunca estiveram tão envolvidos na vida familiar como estão hoje; de facto, a sua contribuição para o trabalho de cuidados não remunerado aumentou em alguns países nos últimos 20 anos. Contudo, a diferença entre mulheres e homens no trabalho de cuidados não remunerado está a diminuir a um ritmo quase impercetível entre os poucos países com séries temporais de dados disponíveis. A este ritmo de mudança tão lento, serão necessários cerca de 210 anos (isto é, não antes de 2228) para eliminar o diferencial de género observado no trabalho de cuidados não remunerado nestes países.
- Conciliar trabalho e responsabilidades familiares é a norma em todo o mundo. Em 2018, havia 1,4 mil milhões de pessoas empregadas - sobretudo homens - a viver com pessoas dependentes de cuidados. A composição do agregado familiar, contudo, afeta de forma diferente a participação das mulheres e dos homens no mercado de trabalho. Em comparação com as mulheres que vivem sós, as mulheres que vivem em famílias alargadas têm 16,6 por cento menos probabilidades de aceder ao mercado de trabalho, enquanto que o mesmo valor para os homens é na realidade 0,5 pontos percentuais mais elevado.
- À escala mundial o principal motivo indicado pelas mulheres em idade ativa para estar fora do mercado de trabalho foi o trabalho de cuidados não remunerado, enquanto para os homens foi «estar a estudar, estar doente ou incapacitado». Em 2018, havia 647 milhões de pessoas cuidadoras não remuneradas a trabalhar a tempo completo em todo o mundo. Representam o maior grupo de categorias de trabalhadores perdidos para o mercado de trabalho a nível mundial. Destes, 606 milhões eram mulheres.
- Sem exceção, a quantidade de tempo despendido pelas mulheres à prestação de cuidados não remunerada aumenta consideravelmente com a presença de crianças pequenas numa família. Isto resulta no que pode ser denominado como «penalização profissional da maternidade», observada de forma sistemática em todas as regiões no caso das mulheres com crianças pequenas e que é particularmente marcado nos países de rendimento médio. Este padrão contrasta com o «prémio profissional à paternidade», apresentando os pais de crianças pequenas as taxas mais elevadas de emprego à escala mundial e em todas as regiões em comparação com os homens sem filhos, mas também com as mulheres com ou sem filhos.
- O trabalho de cuidados não remunerado é um dos maiores obstáculos para que as mulheres possam mudar para empregos com uma melhor qualidade. As mulheres com crianças com menos de seis anos de idade trabalham menos horas de trabalho remunerado do que os homens e as mulheres sem filhos. As mulheres com responsabilidades de cuidados têm também mais probabilidades de trabalharem por conta própria ou na economia informal, e menos probabilidades de contribuir para a segurança social.
- As desigualdades entre mulheres e homens na família e no emprego resulta das representações de género dos papéis produtivos e reprodutivos dos homens e das mulheres que persistem nas diferentes culturas e contextos socioeconómicos.
- À medida que a estrutura familiar e as circunstâncias da vida mudam e as políticas de cuidados, os serviços e as infraestruturas se tornam mais acessíveis e de melhor qualidade, é provável que as atitudes em relação ao emprego das mães e o que se considera uma conciliação adequada da vida laboral e familiar favoreçam uma divisão mais igualitária do trabalho remunerado e do trabalho de cuidados não remunerado entre as mulheres e os homens.
- As desigualdades no trabalho de cuidados não remunerado e as desigualdades na mão-de-obra estão estreitamente relacionadas. Não se podem realizar progressos substantivos na consecução da igualdade de género no mercado de trabalho antes de se abordarem em primeiro lugar as desigualdades na prestação de cuidados não remunerada, através do reconhecimento, a redução e a redistribuição do trabalho de cuidados não remunerado entre as mulheres e os homens, assim como entre as famílias e o Estado.

O trabalho de cuidados não remunerado pode ser muito gratificante para quem o presta e altamente salutar para quem dele beneficia. É também indispensável para o bem-estar dos seres humanos e para o desenvolvimento das capacidades das pessoas. Quem presta esses cuidados e como estes são prestados tem, porém, implicações importantes para o bem-estar individual e social, o que inclui igualdade na família e no local de trabalho. Adicionalmente, a divisão do trabalho entre mulheres e homens de cuidados não remunerado é determinante para a atividade profissional das mulheres, em quantidade e qualidade.¹

A distribuição do trabalho de cuidados não remunerado mostra não apenas que muito mais mulheres do que homens realizam este tipo de trabalho - e durante mais horas - mas que, entre as próprias mulheres, algumas despendem significativamente mais tempo no trabalho de cuidados não remunerado do que outras.² Além disso, a prestação de cuidados não remunerada espelha as desvantagens com base no sexo, classe social, raça e situação geográfica, deficiência, estatuto serológico relacionado com o VIH e a SIDA e nacionalidade, entre outros.³

Ao utilizar uma abordagem interseccional, este capítulo apresenta as diferenças sociodemográficas, económicas e de género que se aplicam à divisão de trabalho de cuidados não remunerado e trabalho remunerado, dois componentes do «círculo de cuidados» (ver Capítulo 1). Mostra como estas diferenças são resultado da composição do agregado familiar e das desigualdades profundamente enraizadas, baseadas no sexo, classe social, origem, escolaridade e localização do trabalho.⁴ O objetivo é analisar as desigualdades persistentes na mão-de-obra usando como ponto de entrada o domínio do trabalho fora do mercado, nomeadamente as atividades realizadas no âmbito do limite da produção geral do Sistema de Contas Nacionais de 2008 (SCN) (ver Quadro 1.1 no Capítulo 1). Para este efeito, são adotadas três abordagens com base em dados, fontes e indicadores diferentes, mas ainda assim complementares. Estes são, em primeiro lugar, o volume de horas despendidas em trabalho de cuidados não remunerado, medido por 67 inquéritos sobre os usos do tempo; em segundo, considerar os indicadores-chave do mercado de trabalho desagregados por «composição do agregado familiar» como um indicador aproximado para a extensão e a distribuição do trabalho de cuidados não remunerado, conforme captado por aproximadamente 90 inquéritos sobre a população ativa; e, em terceiro, inquirir os comportamentos das mulheres e dos homens em relação à divisão do trabalho de cuidados remunerado e não remunerado que resultam de normas sociais predominantes, expressos pelos dados disponíveis de inquéritos de opinião.

Este capítulo encontra-se dividido em três secções: a primeira secção baseia-se em dados dos usos do tempo para definir o trabalho de cuidados não remunerado e rever a sua magnitude, natureza e valor. Além disso, examina as tendências em relação às principais desigualdades na prestação de trabalho de cuidados não remunerado ao longo das últimas décadas. A segunda secção baseia-se numa análise dos dados dos inquéritos à população ativa, a fim de avaliar a magnitude e as características das cuidadoras não remuneradas enquanto mão-de-obra. O que é revelado é até que ponto a presença de dependentes de cuidados numa família resulta em diversas penalizações relacionadas com o emprego para a grande maioria das mulheres. A terceira e última secção considera de que maneira as normas sociais moldam as atitudes das mulheres e dos homens em relação à divisão do trabalho de cuidados remunerado e não remunerado que perpetua as persistentes desigualdades entre mulheres e homens no trabalho.

2.1. O TRABALHO DE CUIDADOS NÃO REMUNERADO E QUEM OS PRESTA

Em todas as sociedades, a maioria do trabalho de cuidados não remunerado tem sido tradicionalmente prestado sem pagamento por parte da família ou do agregado familiar, com base no parentesco e nas relações familiares. As mulheres normalmente despendem desproporcionadamente mais tempo no trabalho de cuidados não remunerado do que os homens, independentemente da localização geográfica, da classe social e da cultura.⁵ O modelo dos «homens como ganha-pão» e as «mulheres como cuidadoras» continua a ser o conceito dominante para as relações entre mulheres e homens a nível mundial, segundo o qual o papel principal do homem é ter um trabalho remunerado e fornecer comida e abrigo, e o das mulheres é assegurar o bem-estar da família através das atividades de cuidados. Isto acontece apesar das elevadas taxas - ou crescentes taxas - de participação das mulheres no mercado de trabalho. Como resultado, diz-se que as mulheres que trabalham para obter um salário têm de trabalhar um «segundo turno» ou viver um «dia duplo», um em casa e outro no trabalho.

Existem, não obstante, variações nos modelos do tempo dedicado ao trabalho de cuidados não remunerado. As mulheres que vivem em comunidades rurais fortemente unidas podem ter assistência de outros membros femininos da família; pelo contrário, os migrantes recentemente chegados às zonas urbanas podem encontrar-se privados destas formas de ajuda mútua informal. As mulheres que vivem em zonas rurais podem ter de dedicar mais tempo a tarefas domésticas na ausência de água canalizada e de eletricidade, em comparação com as suas contrapartes a viver em zonas urbanas. Quando as políticas públicas apoiam os cuidados a crianças (por exemplo, fornecendo licenças parentais remuneradas e creches públicas) ou a pessoas idosas, as mulheres poderão utilizar estes apoios com vista a reduzir o tempo que dedicam a algumas tarefas de cuidados não remuneradas (ver Capítulo 3). As mulheres com salários relativamente altos nos países em desenvolvimento muitas vezes realizam menos trabalho de cuidados não remunerado do que as suas contrapartes com baixo rendimento através da aquisição de serviços pagos para o tempo que teriam de outra maneira dedicado às tarefas domésticas ou aos cuidados às crianças (por exemplo, contratando uma empregada ou empregado doméstico ou uma ama, ou pagar uma creche). Em contrapartida, as mulheres com baixo rendimento têm normalmente menos meios financeiros e, por isso menos soluções alternativas na falta de serviços públicos acessíveis, e não têm outra opção a não ser trabalhar em «turno duplo».

2.1.1. Definições e medição

A separação tradicional entre o trabalho económico e «fora do mercado» resultou na marginalização, subvalorização e privatização do trabalho fora do mercado, especialmente as atividades associadas à maternidade e aos cuidados. Estas atividades «não económicas» foram colocadas fora da esfera produtiva e, consequentemente, do «domínio do trabalho».⁶ Como descrito no Capítulo 1, a adoção da Resolução I sobre as «estatísticas do trabalho, emprego e subutilização dos recursos de mão-de-obra» pela 19.^a Conferência Internacional dos Estatísticos do Trabalho (ICLS), em 2013, estabeleceu um novo conceito de «trabalho» (ver Quadro 1.1, Capítulo 1). Antes da adoção desta Resolução, não existiam normas estatísticas internacionais do trabalho para definir a prestação de servi-

ços para consumo próprio como trabalho, ou também para definir o trabalho voluntário. Isto significa que o trabalho no âmbito dos serviços de cuidados não remunerados e serviços domésticos não remunerados para o próprio domicílio e membros da família, ou o trabalho voluntário não remunerado, não era medido de uma maneira consistente, mesmo quando recolhido por inquéritos à população ativa. A mudança introduzida pela 19.^a ICLS é inovadora, uma vez que salienta que o trabalho pode ser realizado em qualquer tipo de unidade económica, onde se incluem os agregados familiares e as comunidades.⁷ Reconhece como trabalho, assim, os serviços prestados fora do contexto das transações do mercado. Este é um reconhecimento importante do caráter vital do «trabalho de produção para consumo próprio» e dos seus prestadores não remunerados para o funcionamento de qualquer economia.

Conforme definido no Capítulo 1, o trabalho de cuidados não remunerado é um trabalho não remunerado realizado para manter o bem-estar, a saúde e a manutenção de outros indivíduos num agregado familiar ou comunidade local, e inclui os cuidados diretos e indiretos (isto é, as tarefas domésticas de rotina).⁸ A Caixa 2.1 fornece uma definição de cuidados não remunerados e de tarefas domésticas, com base na recém-adotada e harmonizada definição estatística internacional de trabalho e das formas de trabalho. Este quadro é atualmente também evidente na Classificação Internacional de Atividades sobre os Usos do Tempo (ICATUS, 2016) e facilitará a produção de estatísticas significativas e comparáveis sobre os usos do tempo nos diferentes países e ao longo do tempo.⁹

Ao proporcionar orientações sobre a medição do trabalho, a Resolução I da 19.^a ICLS enfatiza a função complementar dos inquéritos à população ativa - os inquéritos aos agregados familiares mais adequados para a recolha de estatísticas sobre a mão-de-obra e o trabalho (trabalho de produção para consumo próprio) - e os instrumentos relativos aos agregados familiares especializados, tais como os inquéritos sobre os usos do tempo. Os inquéritos sobre os usos do tempo são considerados «a principal fonte de estatísticas sobre a participação e o tempo despendido no trabalho de produção para consumo próprio e no trabalho voluntário para fins de análise ao nível individual, do agregado familiar e macroeconómico».¹⁰ Os inquéritos sobre a população ativa e os usos do tempo são ambos relevantes para a produção de estatísticas e indicadores sobre duas dimensões essenciais e complementares relacionadas com o trabalho das pessoas cuidadoras não remuneradas: em primeiro lugar, a magnitude e as características da população em idade ativa que se encontra em formas de trabalho não remuneradas (isto é, trabalho de produção para consumo próprio, trabalho em formação não remunerado ou trabalho voluntário), conforme medido *per capita* e através de indicadores da taxa de participação; em segundo lugar, o tempo dedicado a atividades não remuneradas, conforme medido por indicadores do volume de trabalho (isto é, as horas de trabalho realmente trabalhadas), em conformidade com as normas estatísticas internacionais sobre a duração do trabalho.¹³

A metodologia para os inquéritos baseia-se na utilização de agendas detalhadas ou nas questões específicas do inquérito, concebidas para registar de que forma as pessoas inquiridas distribuem o seu tempo pelas diferentes atividades realizadas durante uma ou mais das 24 horas do dia para um dado período de referência.¹⁴ Estes métodos são particularmente adequados como um método para captar as atividades de trabalho de cuidados não remunerado realizado em simultâneo, tal como os cuidados a crianças e as tarefas domésticas, ou intermitentemente, como, por exemplo, a amamentação ou cuidar de

Caixa 2.1. As definições de trabalho de cuidados não remunerado na Resolução I da 19.^a ICLS e da ICATUS 2016 em paralelo

No presente relatório, o trabalho de cuidados não remunerado refere-se à prestação de serviços para consumo próprio, ao trabalho voluntário nos agregados familiares para prestar serviços de cuidados a outros agregados familiares e ao trabalho de cuidados em formação não remunerado, como disposto na Resolução I da 19.^a ICLS (ver Figura 1.1 no Capítulo 1). Exclui as atividades produtivas que se enquadram na «produção de bens para consumo próprio» (tal como o fabrico de bens para consumo próprio, a recolha de lenha ou de água, a agricultura de subsistência) e o emprego «para obter benefícios» (tal como o trabalho familiar não remunerado, isto é, trabalhar numa empresa familiar sem receber um salário ou remuneração).¹¹

Por conseguinte, as pessoas consideradas como estando envolvidas na prestação de serviços para consumo próprio são as pessoas em idade ativa que, durante um curto período de referência, realizaram qualquer uma das seguintes atividades:

- contabilidade e gestão do agregado familiar, aquisição e/ou transporte de bens;
- preparação e/ou serviço de refeições, eliminação do lixo doméstico e reciclagem;
- limpeza, decoração e manutenção da habitação ou instalações próprias, bens duradouros e outros bens e jardinagem;
- cuidados a crianças e educação, transporte e cuidados a pessoas idosas, dependentes ou outros membros do agregado familiar e animais domésticos ou de companhia, etc.

A ICATUS 2016 está conforme com a Resolução I da 19.^a ICLS e identifica diversas «atividades produtivas fora dos limites de produção do SNC, mas dentro dos limites gerais de produção».¹² Estas atividades refletem a lista acima referida de serviços de cuidados não remunerados e compreendem:

i) Serviços domésticos não remunerados para o agregado familiar e membros da família, incluindo:

- gestão e preparação dos alimentos e das refeições;
- limpeza e manutenção da habitação própria e das imediações;
- decoração, manutenção e reparação «faça você mesmo»;
- cuidado e manutenção de vestuário e calçado;
- gestão do agregado familiar para consumo final próprio;
- cuidados de animais domésticos;
- compras para o próprio agregado familiar e membros da família;
- viagens, deslocações e transporte ou acompanhamento de bens ou pessoas relacionadas com os serviços domésticos não remunerados para o agregado familiar e os membros da família; e
- outros serviços domésticos não remunerados para o agregado familiar e membros da família.

ii) *Serviços de cuidados não remunerados para o agregado familiar e membros da família, incluindo:*

- cuidados a crianças e educação;
- cuidados a pessoas adultas dependentes;
- ajuda a pessoas adultas não dependentes do agregado familiar e membros da família;
- viagens e acompanhamento de bens ou pessoas relacionadas com os serviços domésticos não remunerados para o agregado familiar ou membros da família; e
- outras atividades relacionadas com os serviços domésticos não remunerados para o agregado familiar e membros da família.

Fonte: Autores, baseados em OIT, 2013d e ONU 2017a

um membro da família doente. São uma fonte potencialmente útil para avaliar a qualidade de estimativas do emprego e do volume de trabalho dedicado a todas estas diferentes formas de trabalho e refinar as questões de outros inquéritos aos agregados familiares.¹⁵

Importa salientar que alguns analistas destacaram problemas com a harmonização e a comparabilidade dos dados sobre os usos do tempo. Por exemplo, a classificação das atividades em alguns países não separa os cuidados a crianças dos cuidados a pessoas adultas, a recolha de água do tempo de deslocação. Além disso, uma vez que os dados sobre o trabalho voluntário e o tempo despendido em trabalho remunerado não são reunidos regularmente, nem com um grau de detalhe consistente, não podem ser usados para fins comparativos. Ainda que o método das agendas seja considerado o melhor método para medir as atividades não remuneradas, este método de registo não é implementado sistematicamente em todas as regiões (na América Latina, por exemplo), um fator que necessariamente prejudica as comparações entre países. A periodicidade dos dados também é problemática, uma vez que os inquéritos sobre o uso do tempo não são realizados de forma regular ao longo do tempo e alguns dos dados disponíveis dos países estão desatualizados. É importante assinalar que muitas vezes a desagregação por sexo dos dados dos usos do tempo publicada nos relatórios estatísticos nacionais não é disponibilizada, o que afeta a qualidade da análise de género.¹⁶ É esperado que a adoção da ICATUS 2016 aborde alguns destes desafios. Em qualquer caso, os inquéritos sobre os usos do tempo continuam a ser o método padrão para medir o volume de trabalho de cuidados não remunerado e as suas características e diferenças nos agregados familiares e entre estes.¹⁷

Os inquéritos à população ativa também estão a evoluir de forma a refletir os conceitos e as orientações contidas na Resolução I da 19.^a ICLS. Estes constituem a principal fonte de informação para captar os padrões gerais de participação da população no mercado de trabalho e são cada vez mais usados como uma fonte de estatísticas sobre a participação em formas de trabalho não remuneradas. Além disso, são uma ferramenta importante para destacar as ligações entre o trabalho não remunerado, em todas as suas formas, e o desempenho do mercado de trabalho. Para este fim, podem ser anexados aos inquéritos à população ativa, numa base periódica ou contínua, pequenos módulos adicionais sobre a prestação de serviços para consumo próprio, trabalho em formação não remunerado ou

trabalho voluntário, com base em metodologias das agendas ou questões retrospectivas, passando a ser um meio efetivo para medir o trabalho de cuidados não remunerado.¹⁸ Recentemente, a OIT iniciou um trabalho metodológico para testar abordagens alternativas para a medição da participação e do tempo despendido na prestação de serviços para consumo próprio através de inquéritos a agregados familiares. Foram testadas as abordagens que utilizam perguntas retrospectivas específicas para a sua inclusão direta nos inquéritos à população ativa junto dos agregados familiares.¹⁹

A relevância do trabalho de cuidados não remunerado para o quadro dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), conforme monitorizado pela meta 5.4 dos ODS (ver Capítulo 1), assim como os desenvolvimentos recentes no alinhamento das estatísticas de trabalho com as definições de uso do tempo, prometem uma melhoria na medição e, assim, o reconhecimento do trabalho de cuidados não remunerado. Isto será possível através do desenvolvimento de estatísticas internacionalmente harmonizadas e comparáveis sobre os serviços de cuidados não remunerados, recolhidas por inquéritos à população ativa e sobre o uso do tempo. Esta abordagem tem o potencial de apoiar uma melhor compreensão do papel desempenhado pelos cuidados não remunerados, não só na determinação das desigualdades de género no mundo do trabalho, mas também no reforço de um amplo leque de outras desigualdades na mão-de-obra. Uma medição eficaz do trabalho de cuidados não remunerado ajudaria, por conseguinte, a melhorar a conceção e a implementação de políticas económicas, sociais e do mercado de trabalho (ver Capítulo 6).

2.1.2. A magnitude, a natureza e o valor do trabalho de cuidados não remunerado

A magnitude do trabalho de cuidados não remunerado

Conforme mencionado na Resolução I da 19.^a ICLS, a magnitude da prestação de cuidados não remunerada pode ser avaliada em termos do volume de horas de trabalho e do número de cuidadores não remunerados. As estimativas baseadas em dados sobre os usos do tempo (vários anos) para 64 países com dados sobre o uso do tempo no trabalho remunerado e no trabalho de cuidados não remunerado, que representam 66,9 por cento da população mundial em idade ativa,²⁰ mostram que o tempo dedicado a trabalho de cuidados não remunerado (prestação de serviços para consumo próprio) ascendeu a 16,4 mil milhões de horas por dia, contribuindo as mulheres com mais de três quartos (76,2 por cento) do total (ver secção 2.1.3). Isto equivale a 2 mil milhões de pessoas a trabalhar a tempo completo (isto é, 40 horas por semana) sem remuneração.

O tempo dedicado pelas mulheres ao trabalho de cuidados não remunerado varia consideravelmente entre os países, variando de um máximo de 345 minutos por dia (ou quase um quarto de um dia completo de 24 horas) no Iraque a um mínimo de 168 minutos por dia (ou 2 horas e 48 minutos) em Taiwan, China (ver Figura 2.1). O valor mediano para os 67 países com dados sobre o uso do tempo no trabalho não remunerado é representado pela Áustria e pela Alemanha, onde o trabalho não remunerado das mulheres é de 269 minutos (4 horas e 29 minutos, ou 18,7 por cento de um dia de 24 horas). O trabalho de cuidados não remunerado dos homens varia de 200 minutos (3 horas e 20 minutos, ou 13,9 por cento de um dia de 24 horas) na Moldávia a apenas 18 minutos no Camboja, com um valor mediano de 110 minutos (1 hora e 50 minutos) no Catar. Observa-se assim uma diferença de um fator de 11 entre o valor máximo e o valor mínimo. Em média, os homens dedica-

ram 83 minutos em trabalho de cuidados não remunerado enquanto as mulheres dedicaram 265 minutos, mais do que o triplo do tempo dedicado pelos homens.²¹

A natureza do trabalho de cuidados não remunerado

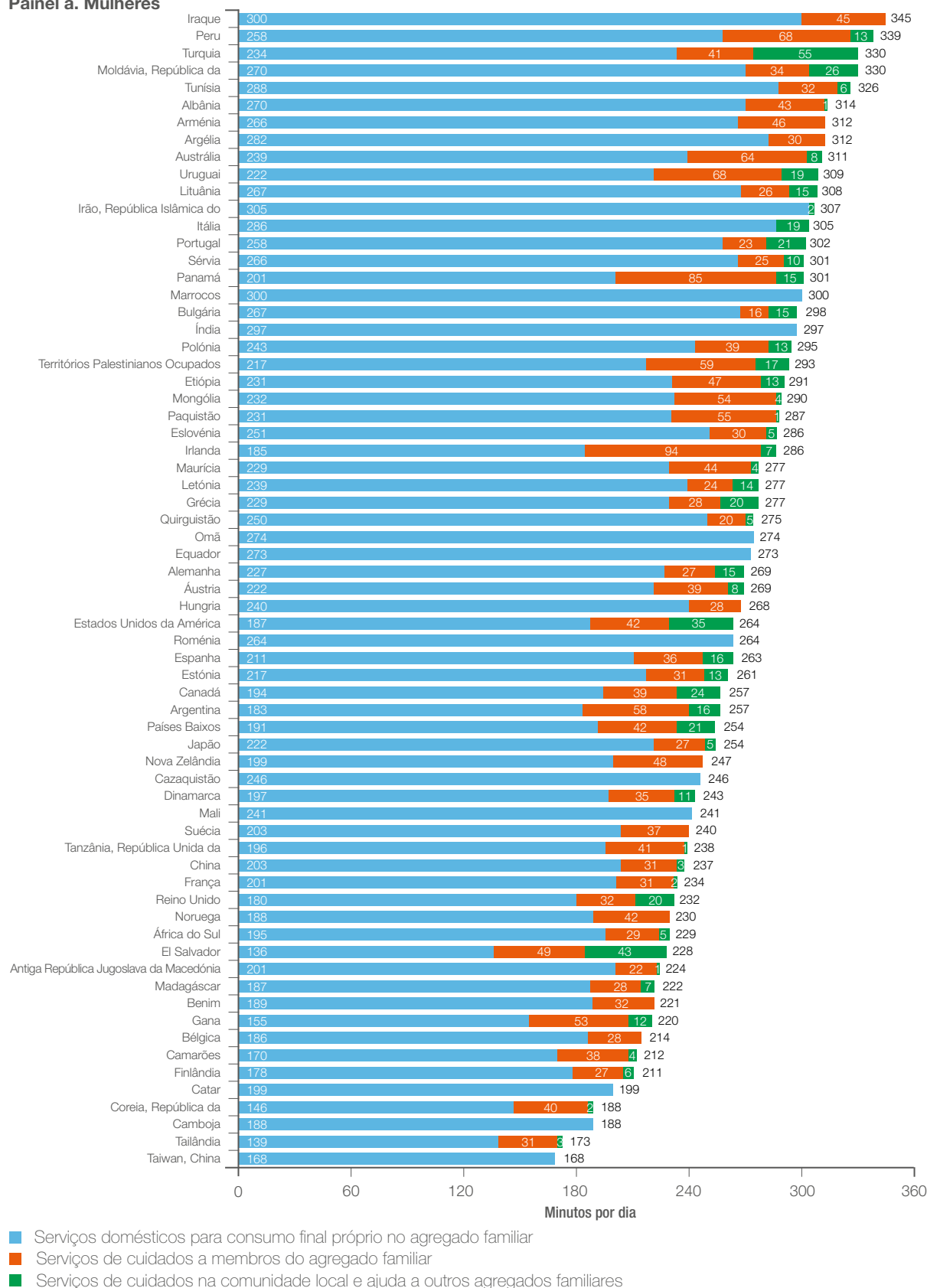
A Figura 2.1 apresenta as três principais categorias do trabalho de cuidados não remunerado, desagregado com recurso aos inquéritos sobre os usos do tempo disponíveis. Estes compreendem o seguinte: trabalho doméstico (serviços domésticos para consumo final do agregado familiar, cuidados indiretos); serviços de cuidados aos membros do agregado familiar (cuidados diretos); e trabalho voluntário (serviços de cuidados à comunidade e ajuda a outros agregados familiares, cuidados diretos e indiretos). Em média, 81,8 por cento do trabalho de cuidados não remunerado consiste em trabalho do agregado familiar de rotina, medido como atividade principal. A prestação de cuidados diretos a membros da família representava 13 por cento do total, comparado com 5,2 por cento para o trabalho voluntário. A prevalência relativamente mais baixa de cuidados diretos está associada ao facto de que os dependentes de cuidados não estavam presentes em todos os agregados familiares. De facto, em 2018 havia 3,3 mil milhões de pessoas em idade ativa que não tinham responsabilidades de cuidados; 1,7 mil milhões destas eram homens e 1,6 mil milhões eram mulheres (ver secção 2.2). Há também uma questão metodológica relacionada com o facto de que nos inquéritos sobre os usos do tempo o trabalho de cuidados é muitas vezes realizado em simultâneo com outros trabalhos domésticos tendendo, assim, a ser categorizado como uma atividade secundária ou terciária, resultando na subestimação dos «cuidados diretos».²² A elevada taxa de prevalência do trabalho no agregado familiar enfatiza a importância dos «cuidados indiretos» como algo necessário para todos os adultos.

A Figura 2.2 ilustra que, no caso do Camboja, são as mulheres que predominantemente realizam todos os serviços de cuidados e no agregado familiar (um total de 86,0 por cento de mulheres em comparação com 54,3 por cento dos homens). A participação das mulheres na elaboração de refeições, limpeza, compras e cuidados diretos é sistematicamente superior à dos homens. A categoria das «reparações domésticas» é a única exceção, com 9,3 por cento dos homens a realizar esta atividade em comparação com 1,8 por cento das mulheres. Esta segregação entre mulheres e homens nas atividades de cuidados não remunerados reflete um conjunto de normas e perceções sociais relativas a uma divisão «natural» do trabalho nos agregados familiares que é comum a outros países para além do Camboja, independentemente do nível de rendimento nacional e do agregado familiar (ver também secção 2.1.3). O trabalho de cuidados não remunerado dos homens tende normalmente a concentrar-se nas atividades «masculinas», tais como as reparações da casa, quando a sua participação total no trabalho de cuidados não remunerado é baixa. O Camboja, por exemplo, apresenta a segunda taxa de trabalho de cuidados não remunerado mais baixa entre os 67 países, representando apenas 8,7 por cento do total (ver Figura 2.7).

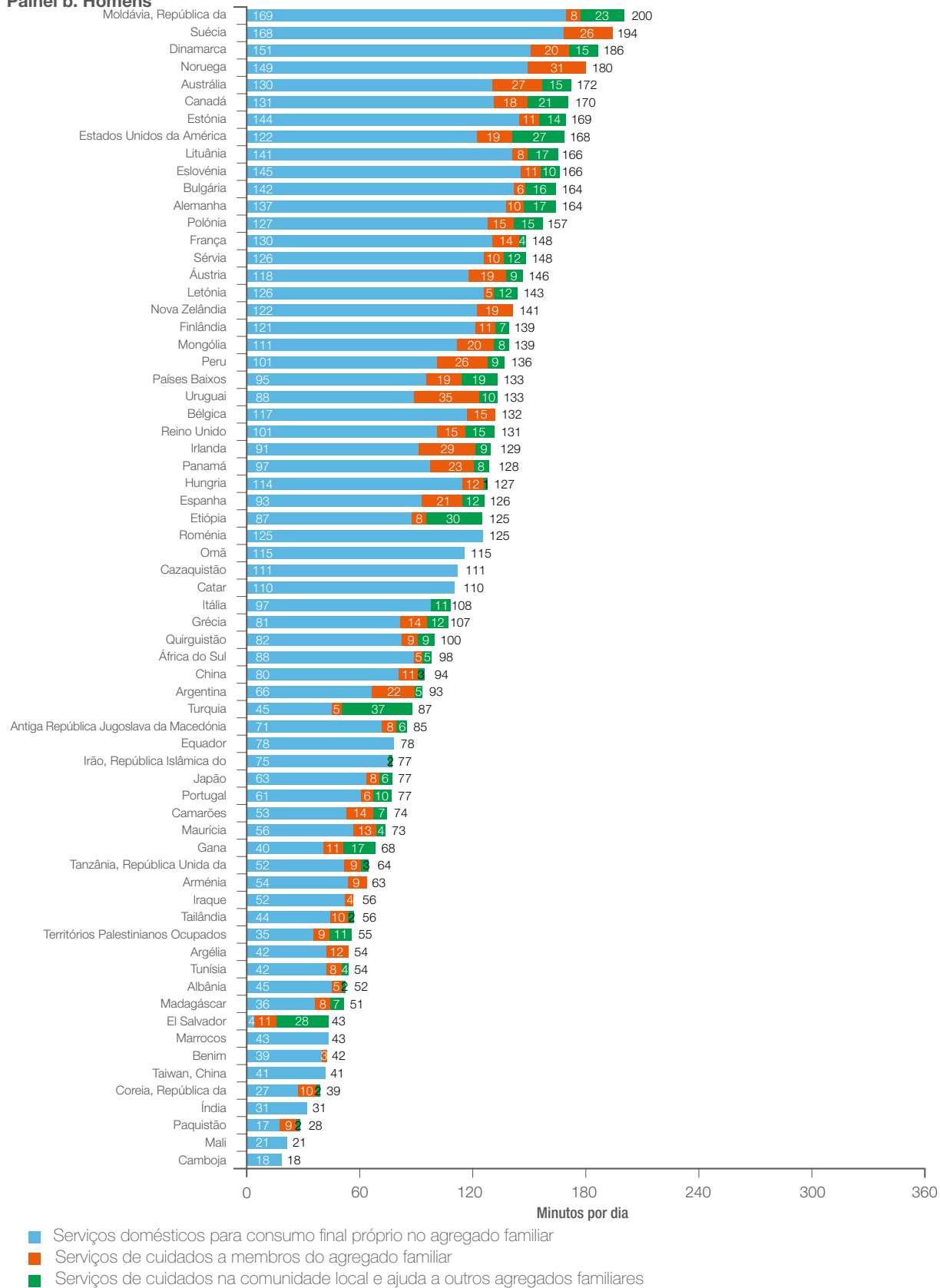
O significado e a natureza do trabalho de cuidados não remunerado (tanto direto como indireto) tendem a variar entre os países de acordo com o rendimento *per capita* e são particularmente substanciais e de natureza excessiva em países de baixo rendimento, especialmente no que respeita às mulheres e às crianças que vivem em áreas rurais (ver também secção 2.1.4). Conforme debatido no Capítulo 1, este facto está relacionado com a falta

Figura 2.1. Tempo dedicado às três principais categorias de trabalho de cuidados não remunerado, baseado na atividade principal, último ano disponível

Painel a. Mulheres



Painel b. Homens



Nota: Faixa etária: 15 e mais anos 67 países. Ver Anexo A.3, Quadro A.3.1 para dados a nível nacional e o Anexo A.7, Quadro A.7.2 para o ano do inquérito.

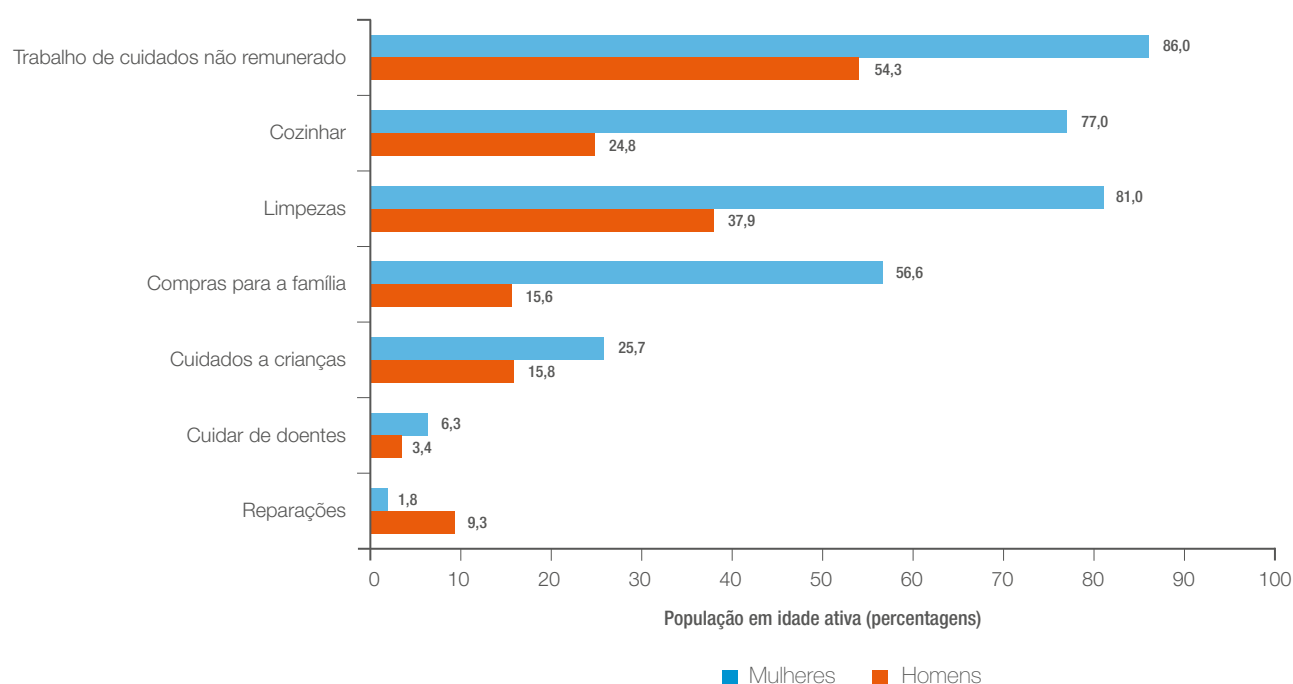
Fonte: Cálculos da OIT baseados em Charmes, a publicar.

de serviços básicos e infraestruturas, tais como o acesso adequado a um abastecimento de água, saneamento, serviços financeiros, eletricidade, estradas, transportes seguros, tecnologias economizadoras de tempo, educação, cuidados de saúde e outra proteção social e outros dispositivos e serviços de cuidados.²³ A estrutura populacional, a composição e a dimensão das famílias e as normas culturais que influenciam a divisão do trabalho entre homens e mulheres são fatores adicionais importantes (ver também secções 2.1.4 e 2.1.5).

As epidemias, designadamente o VIH e outras, contribuem igualmente para um aumento na prestação de trabalho de cuidados não remunerado, sobretudo nos países com uma elevada prevalência de VIH. As mulheres estão a ser empurradas para fora do mercado de trabalho, especialmente na agricultura, para cuidar das pessoas doentes e das mortes.²⁴ Um relatório da OIT de 2018 estima que o volume adicional de trabalho de cuidados não remunerado necessário para atender às necessidades das pessoas parcial ou completamente incapazes de trabalhar devido aos sintomas da SIDA provavelmente representará entre 30 000 e 70 000 pessoas por ano em 2020.²⁵ A nível mundial, este volume adicional de trabalho de cuidados não remunerado seria equivalente a cerca de 40 000 pessoas incapazes de participar no mercado de trabalho até 2020 como consequência da procura de trabalho de cuidados não remunerado devido à SIDA.²⁶

De acordo com um recente Inquérito Mundial da Gallup, analisando o tempo despendido apenas em cuidados a crianças (dados para 46 países), revela que o tempo que as mulheres e os homens comunicaram ter dedicado a cuidados a crianças variou consideravelmente (Figura 2.3). Este parece ser o caso mesmo em países com um nível equivalente de desenvolvimento; uma conclusão que aponta para o papel desempenhado pelas

Figura 2.2. Prestadores de serviços para consumo próprio por sexo e grupo de atividade, Camboja, 2010



Nota: Faixa etária: 15 e mais anos

Fonte: Cálculos da OIT baseados em microdados do inquérito à população ativa do Camboja.

políticas de cuidados (ver Capítulo 3). O tempo despendido com os cuidados a crianças variou de um máximo de 6 horas e 34 minutos por dia no Catar até apenas 59 minutos diários no Congo. De uma forma geral, as mulheres continuam a desempenhar a maior parte dos cuidados a crianças, em média, três vezes mais do que os homens.

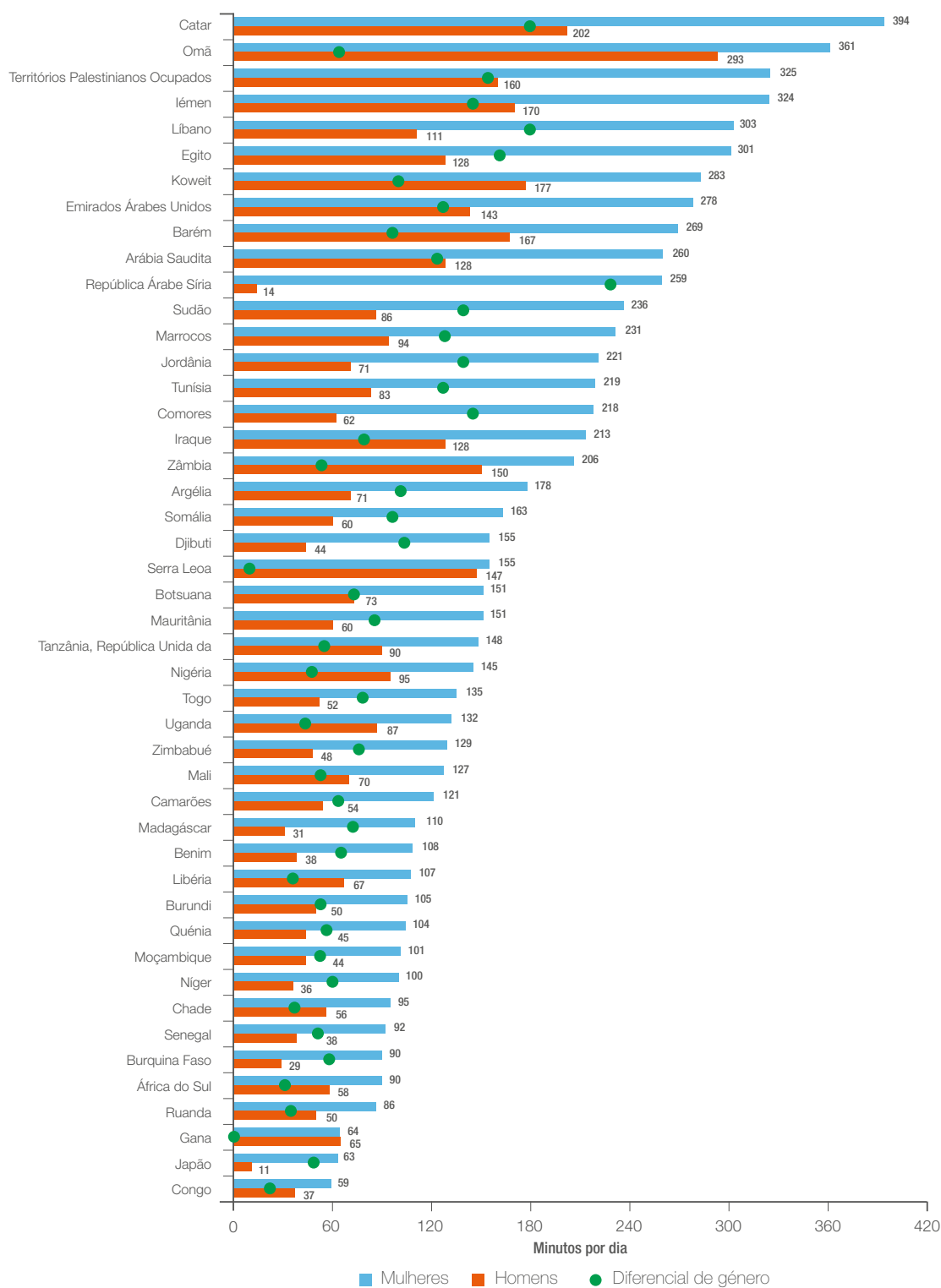
O valor do trabalho de cuidados não remunerado

A magnitude do trabalho de cuidados não remunerado é enorme e compensa, com frequência, a falta de despesa pública em serviços de cuidados e infraestruturas. Representa a transferência de recursos das mulheres (e de muito poucos homens) para a sociedade e a economia.²⁷ Não obstante a sua contribuição, o trabalho de cuidados não remunerado é excluído da medida principal da riqueza nacional, conforme calculado pelo Produto Interno Bruto (PIB). Isto resulta numa subestimação da atividade económica geral, assim como numa diminuição do valor do bem-estar individual, familiar e da sociedade em geral. Este facto foi destacado pela Comissão para a Medição do Desempenho Económico e do Progresso Social,²⁸ quando afirmou que «o PIB é uma medida desadequada para medir o bem-estar ao longo do tempo, particularmente nas suas dimensões económica, ambiental e social», devido, entre outras razões, ao facto de excluir os serviços produzidos pelo trabalho de cuidados não remunerado.

O Sistema de Contas Nacionais (SCN) das Nações Unidas²⁹ estabeleceu critérios para reunir informações económicas para serem introduzidas no cálculo do PIB e de outros agregados macroeconómicos. O SCN de 2008 enumera como razões para não incluir o trabalho de cuidados não remunerado dentro dos limites de produção do SNC, «o relativo isolamento e a independência destas atividades dos mercados, a extrema dificuldade de fazer estimativas economicamente significativas dos seus valores e os efeitos adversos que teria na utilidade das contas para fins de políticas e análise de mercados e desequilíbrios de mercado».³⁰ Isto merece uma análise. Em primeiro lugar, o trabalho de cuidados não remunerado e o trabalho remunerado estão fundamentalmente ligados; não são independentes um do outro (ver Capítulo 1). Quando as mulheres integram o mercado de trabalho, o PIB, por definição, sobe, embora a redução concomitante no trabalho de cuidados não remunerado não seja contabilizada. Isto não significa, evidentemente, que as mulheres não devam então integrar o mercado de trabalho, mas a consequente redução de trabalho de cuidados não remunerado tem de ser substituída por outro trabalho de cuidados remunerado ou não remunerado para que o bem-estar geral permaneça inalterado - uma dimensão que não é atualmente recolhida junto dos agregados económicos. Pode ser elaborado um argumento semelhante quando os cortes nos financiamentos governamentais aumentam a procura de trabalho de cuidados não remunerado, o que, mais uma vez, é uma dimensão invariavelmente não considerada. O aumento da «eficiência», muitas vezes defendido em tais casos, é artificial, na medida em que pode ter um efeito negativo se os cuidados não forem prestados ou se os cuidadores tiverem de interromper o trabalho remunerado para poder cuidar de outras pessoas. Adicionalmente, ao não reconhecer que o trabalho de cuidados não remunerado é um investimento nas gerações futuras, o investimento total é subestimado (ver Capítulo 6).³¹

Existem vários métodos para atribuir um valor económico ao trabalho de cuidados não remunerado para além do seu valor intrínseco individual e social, e torná-lo assim visível.³² Os métodos de avaliação das entradas atribuem um valor monetário ao tempo de-

Figura 2.3. Minutos dedicados diariamente a cuidados a crianças, por sexo, último ano disponível



Nota: Faixa etária: 15 e mais anos. 46 países. O último ano refere-se a 2008 ou a 2011.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em microdados do Inquérito Mundial da Gallup.

dicado ao trabalho de cuidados não remunerado usando um dos métodos de equivalência seguintes: a) o salário de mercado da pessoa que realiza o trabalho não remunerado; b) os salários médios (ou o salário mínimo) de todas as pessoas que participam da economia (conhecido como abordagens de custo de oportunidade); c) o salário médio pago a um/a trabalhador/a doméstico/a; ou d) o salário médio pago por cada tarefa não remunerada como se o agregado familiar tivesse empregado uma pessoa que preste cuidados especializados (por exemplo, um /a cozinheiro/a, um/a enfermeiro/a, um/a professor/a, etc.) para o fazer (conhecido como abordagens de custo de substituição).³³ Uma avaliação de resultados (saídas), pelo contrário, atribui um valor de mercado ao bem público decorrente do trabalho de cuidados não remunerado (por exemplo, crianças e adultos saudáveis, alimentação nutritiva, casas limpas, etc.).³⁴

Em 1995, a Conferência sobre as Mulheres organizada pela ONU em Pequim adotou uma recomendação para melhorar a recolha de dados sobre o trabalho não remunerado e desenvolver métodos para avaliar esse trabalho para a sua apresentação em contas satélite ou outras contas oficiais, que são separadas das contas do PIB, mas harmonizadas com este.³⁵ Os progressos na recolha de dados sobre o uso do tempo e os métodos de avaliação proporcionam a base para calcular as Contas Satélite do Setor das Famílias, com as quais é possível medir e quantificar o valor da soma do trabalho não remunerado e do trabalho doméstico (ou produção doméstica) fora do PIB mas dentro do limite da produção geral³⁶ do SCN.³⁷ A elaboração de contas satélites - atualmente disponíveis num vasto conjunto de países em todas as regiões - tem permitido uma melhor avaliação e maior visibilidade do valor económico do trabalho de cuidados não remunerado e a sua especificidade, como variáveis macroeconómicas agregadas.³⁸

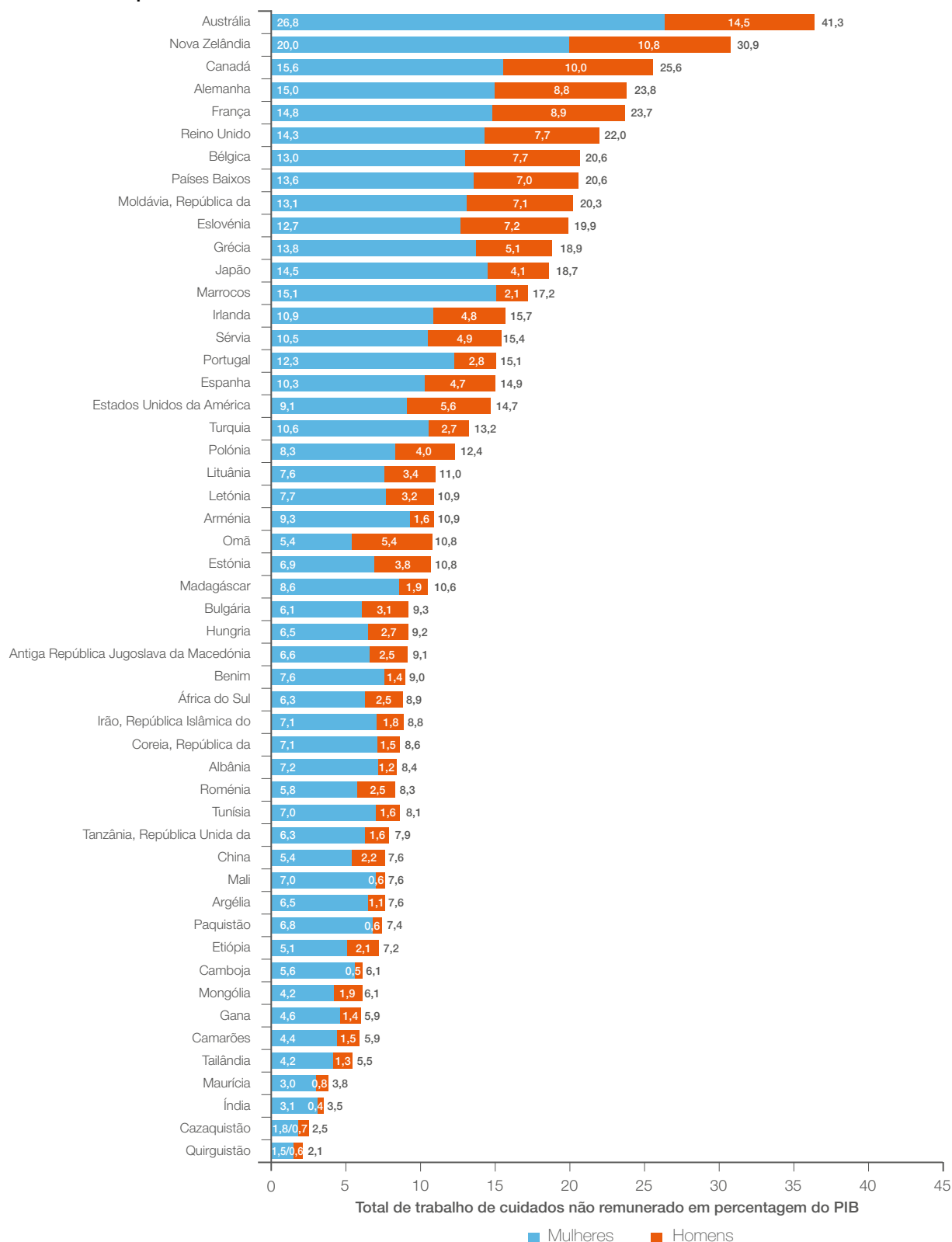
Estimativas sobre o valor do trabalho de cuidados não remunerado

As estimativas da OIT baseadas em dados de 53 países que representam 63,5 por cento da população mundial em idade ativa, mostram que o trabalho de cuidados não remunerado representa 9 por cento do PIB mundial, onde é conferido um valor monetário às horas dedicadas à sua prestação, com base no salário mínimo por hora (abordagem de custo de oportunidade).³⁹ Isto representa um total de 11 biliões de dólares americanos em paridade do poder de compra (PPP) em 2011. O valor do trabalho de cuidados não remunerado das mulheres representa 6,6 por cento do PIB mundial, ou 8 seja biliões de dólares americanos, enquanto a contribuição dos homens representa 2,4 por cento do PIB mundial, ou 3 biliões de dólares americanos. A Figura 2.4 ilustra que o valor do trabalho de cuidados não remunerado varia entre 2,1 por cento do PIB no Quirguistão e 41,3 por cento na Austrália,⁴⁰ com um valor mediano de cerca de 10 por cento. Esta estimativa sugere que, em diversos países, o valor do trabalho de cuidados não remunerado excede os respetivos valores da indústria transformadora, comércio, transportes e outros setores essenciais do mercado.⁴¹ O valor do trabalho de cuidados não remunerado representa uma percentagem mais reduzida do PIB nos países de médio e baixo rendimento devido aos salários mínimos serem mais baixos.

A contribuição dos cuidadores não remunerados

O valor do trabalho de cuidados não remunerado pode ser avaliado adicionalmente, considerando-se a gratificação e concretização dos cuidadores não remunerados no que

Figura 2.4. Valor do trabalho de cuidados não remunerado em percentagem do PIB, PPP USD 2011, por sexo, último ano disponível



Nota: 51 países. Ver Anexo A.7, Quadro A.7.2 para o ano do inquérito.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em Charmes, a publicar, e no ILOSTAT.

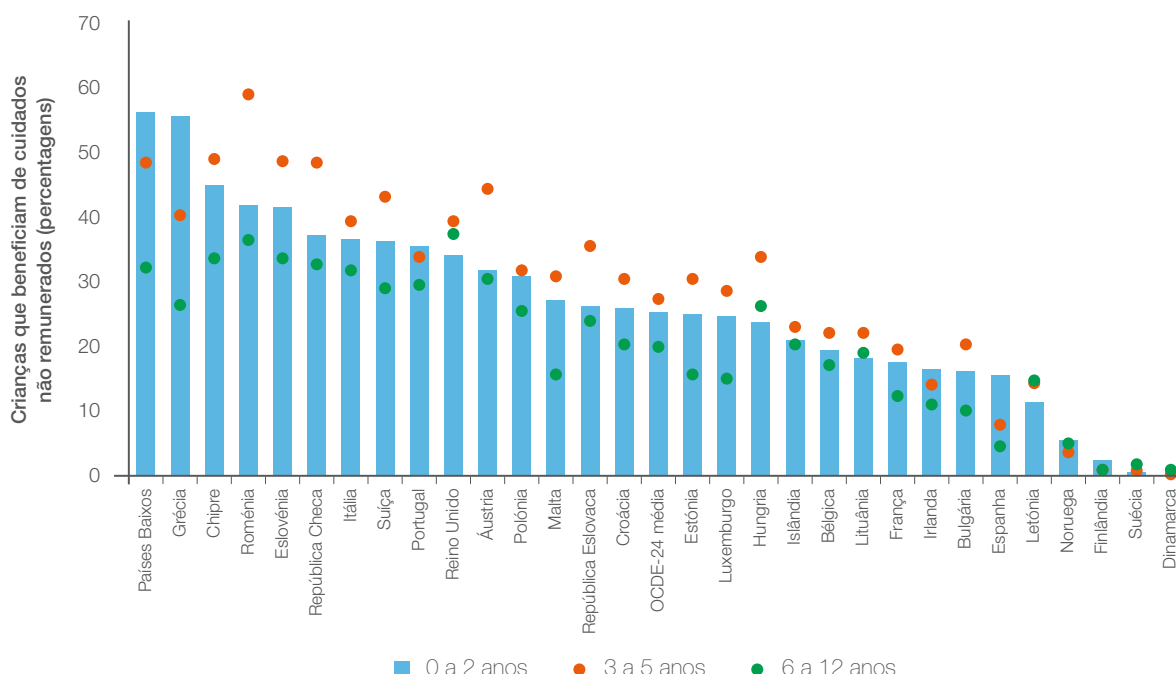
respeita à prestação de cuidados - uma dimensão importante desta atividade relacional. Pode também ser avaliado em termos da contribuição necessária das pessoas cuidadoras não remuneradas na resposta às necessidades de cuidados, que beneficia os beneficiários dos cuidados (ver Capítulo 1). A nível mundial dão resposta à maioria das necessidades de cuidados, muitas vezes em detrimento das suas oportunidades económicas e bem-estar pessoal, assim como das pessoas beneficiárias de cuidados. Há grandes variações entre os países no que respeita ao grau de recurso das famílias aos prestadores de cuidados não remunerados.

Conforme discutido nos Capítulos 1, 3 e 4, a de políticas, infraestruturas e serviços de cuidados, assim como de valores culturais, todos estes são os principais determinantes da distribuição do trabalho de cuidados não remunerado.⁴² Os dados de 31 países em desenvolvimento mostram que as modalidades de cuidados que dependem apenas da prestação de cuidados não remunerados são as mais generalizadas. Mais especificamente, 39 por cento das mulheres empregadas com filhos com menos de seis anos (44 por cento das quais tinham baixos rendimentos e 29 por cento rendimentos elevados) eram as prestadoras de cuidados principais mais frequentes quando trabalhavam contra remuneração ou em troca de um ganho. Isso sugere que as mulheres podem estar a sofrer um excesso de carga ao ter de conciliar a prestação de cuidados com as suas atividades económicas produtivas e remuneradas quando não há acesso a serviços de cuidados às crianças.⁴³ Outros parentes (26 por cento), raparigas (cerca de 12 por cento, mas apenas 3 por cento de rapazes), vizinhos ou amigos (5 por cento) seguem-se na lista as pessoas cuidadoras não remuneradas mais frequentes. Apenas 11 por cento comunicaram que os filhos eram cuidados por serviços organizados de cuidados a crianças, por pessoal do trabalho doméstico ou outro contratado, ou pelo cônjuge.⁴⁴

Nos países de rendimento elevado, as pessoas cuidadoras não remuneradas proporcionam também um apoio substancial. Os dados de 30 países de rendimento elevado mostram que, em média, 25 por cento das crianças dos 0 aos 2 anos obtiveram apoio por parte de pessoas cuidadoras que não o pai ou a mãe e não remuneradas durante pelo menos uma hora por semana, em 2014, incluindo os avós ou outros familiares, pessoas amigas ou da vizinhança (ver Figura 2.5).⁴⁵ A procura de pessoas cuidadoras não remuneradas foi ligeiramente mais elevada entre os 3 e os 5 anos, com uma média de 26,9 por cento das crianças a receberem cuidados não remunerados de outras pessoas que não os progenitores. Entre os 6 e os 12 anos de idade, altura em que frequentam o ensino obrigatório, o recurso a pessoas cuidadoras não remuneradas diminuiu, mas era ainda de 19,6 por cento em média, refletindo o acesso limitado a serviços de cuidados formais fora do horário escolar em muitos países.⁴⁶ Em todos os grupos etários, a proporção mais baixa de crianças que dependem de cuidados não remunerados foi encontrada nos países nórdicos (com exceção da Islândia). Este facto está em consonância com as políticas e serviços de cuidados integrais proporcionados nesses países (ver também Capítulo 3).⁴⁷ O volume de apoio prestado por pessoas cuidadoras não remuneradas também variou entre os países, dependendo da faixa etária da criança, mas no geral foi substancial: as crianças foram cuidadas por cuidadores não remunerados durante, em média, 11 horas (para a faixa etária de 6-12 anos de idade) e 17 horas por semana (para a faixa etária de 0-2 anos de idade).

Os avós - e as avós particularmente - prestam cuidados substanciais e não remunerados em todo o mundo (ver secção 2.1.4). Dados de 11 países europeus mostram que

Figura 2.5. Proporção de crianças a cargo de pessoas cuidadoras não remuneradas (que não a mãe ou o pai) durante pelo menos uma hora durante a semana, por faixa etária, 2014



Nota: 30 países.

Fonte: Cálculos da OIT baseados na OCDE, 2017c.

cerca de 50 por cento dos avós forneciam ocasionalmente algum tipo de cuidados às crianças, e 12,5 por cento prestavam cuidados de forma intensiva, isto é, cuidados diários pelo menos 15 horas por semana.⁴⁸ O cuidado dos avós é mais comum entre as famílias de baixo rendimento e está fortemente relacionado com a situação profissional da mãe. A probabilidade de as avós proporcionarem cuidados às crianças de modo intensivo é 1,54 vezes maior do que a dos avôs.⁴⁹ Ainda que os cuidados estejam associados a resultados positivos para a saúde dos avôs, os dados mostram que a prestação de cuidados às crianças de forma intensiva está correlacionada com sintomas depressivos para as avôs.⁵⁰ Dados do Inquérito Mundial Gallup também sugerem que as pessoas idosas que vivem com os netos tendem a um menor bem-estar emocional, especialmente em países de elevado rendimento, devido a sentimentos de *stress*, ira e preocupação.⁵¹ Nos países com elevada prevalência de VIH, sobretudo na África Oriental e Austral, as avós assumem frequentemente os cuidados de netos órfãos ou prestam cuidados aos netos quando os pais não podem prestar este serviço devido a problemas de saúde. Estima-se que, em 2016, 16,5 milhões de crianças perderam um ou ambos os pais devido a uma causa relacionada com a SIDA. Mais de 80 por cento destas crianças (13,8 milhões) viviam na África Subsariana. Um grande número destas crianças pode ter ficado posteriormente ao cuidado das avôs.⁵²

Devido a necessidades económicas, condições de trabalho precárias, redes de apoio limitadas e falta de acesso a cuidados às crianças acessíveis, os pais podem não ter outra escolha senão confiar aos seus filhos mais velhos o cuidado dos seus irmãos mais novos

(ver secção 2.1.4), ou então deixá-los desacompanhados.⁵³ Dados de 53 países, principalmente de baixo e médio rendimento (2005-13), mostram que, em média, 20 por cento das crianças com menos de cinco anos de idade foram deixadas sem os cuidados de um adulto durante pelo menos uma hora numa dada semana, tempo durante o qual foram deixados sozinhos ou a cargo de um irmão ou irmã com menos de dez anos de idade. Isto representa 35,5 milhões de crianças, isto é, mais crianças com menos de cinco anos do que em toda a Europa. A proporção é ainda mais elevada quando se olha para os países de baixo rendimento, onde 46 por cento das crianças com menos de cinco anos estão sem supervisão adequada.⁵⁴ Essa falta de supervisão adequada pode não apenas resultar em ferimentos ou ainda pior, mas pode também afetar negativamente o desenvolvimento da criança (ver Capítulo 3).⁵⁵

Os modelos de cuidados a crianças não remunerados descritos podem ser considerados como representando estratégias de cuidados subótimas tanto para quem beneficia de cuidados como quem presta cuidados não remunerados, com consequências prejudiciais, sobretudo para as mulheres e as raparigas, as principais prestadoras de cuidados a crianças na família (ver Capítulo 1). Tal como as próximas secções irão mostrar, a soma das horas de trabalho de cuidados não remunerado às horas dedicadas ao trabalho remunerado resulta em cargas de trabalho extremamente intensas e consumidoras de tempo. As mulheres com estas cargas de trabalho têm menos tempo disponível para o lazer ou até mesmo para um período mínimo de descanso. Investigações recentes mostram que a privação de tempo (ou pobreza de tempo) entre as pessoas empregadas é significativa em cada um dos sete países analisados, variando de 38 por cento no Gana a 52 por cento na República Unida da Tanzânia. As mulheres são consistentemente mais privadas de tempo do que os homens, mesmo após ter sido tomado em conta a duração do trabalho remunerado, uma vez que suportam uma carga desproporcionada de trabalho de cuidados não remunerado⁵⁶ (ver secção 2.1.3). A pobreza de tempo pode conduzir à pobreza de rendimento quando as mulheres e as famílias não são capazes de gerar rendimento suficiente para comprar substitutos para alguns dos seus trabalhos de cuidados não remunerados, seja na forma de serviços de cuidados adquiridos, recorrendo a trabalho doméstico remunerado ou melhorias nos equipamentos da família. Quando este é o caso, algum do trabalho de cuidados necessário não é simplesmente prestado, e as longas e intensivas horas de trabalho de cuidados não remunerado são, na maioria das vezes, penosas e tornam-se prejudiciais para o bem-estar das mulheres e das suas famílias.

2.1.3. As diferenças entre homens e mulheres na prestação de cuidados não remunerada

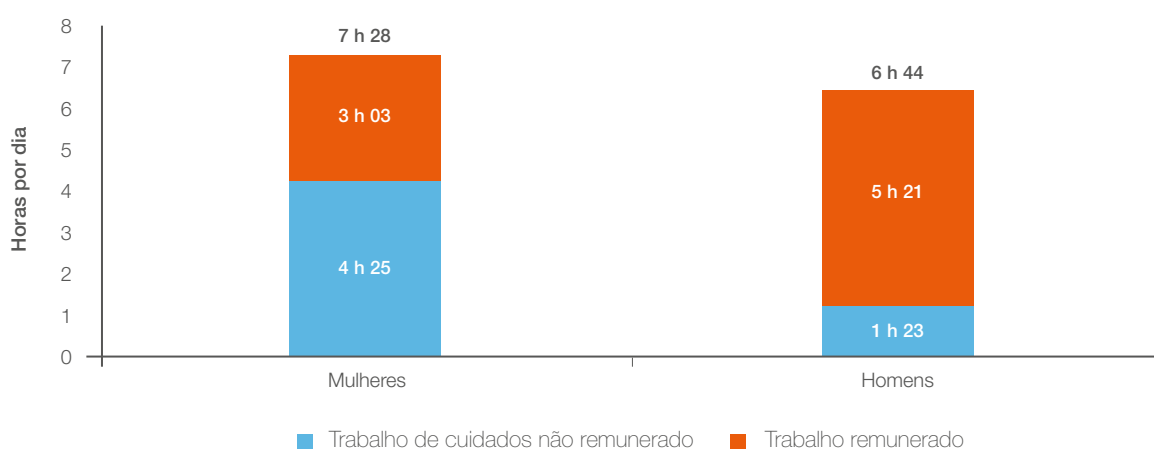
À escala mundial, sem exceção, as mulheres realizam a maioria do trabalho de cuidados não remunerado, isto é, 76,2 por cento do total do volume fornecido. Pelo contrário, a contribuição média dos homens para o total do trabalho de cuidados não remunerado é inferior a um quarto do número total. A nível mundial, as mulheres dedicam, em média, 3,2 vezes mais horas do que os homens ao trabalho de cuidados: 4 horas e 25 minutos (265 minutos) por dia, contra 1 hora e 23 minutos no caso dos homens (83 minutos). Ao longo de um ano, em média, isto representa um total de 201 dias de trabalho (numa base de oito horas por dia) para as mulheres e 63 dias para os homens.

Estimativas mundiais

Este evidente diferencial de género no trabalho de cuidados não remunerado tem dois principais efeitos. Em primeiro lugar, as mulheres representam pouco mais de um terço (36,3 por cento) do total do trabalho remunerado, ou apenas 43,1 por cento do tempo despendido pelos homens na mesma atividade: 3 horas e 3 minutos (183 minutos) para as mulheres por dia, contra 5 horas e 21 minutos (321 minutos) no caso dos homens. O diferencial de género no trabalho de cuidados não remunerado reflete assim a diferença entre homens e mulheres no trabalho remunerado. Em segundo lugar, o total de horas de trabalho por dia para as mulheres (7 horas e 28 minutos) é mais elevado do que para os homens (6 horas e 44 minutos), quando são consideradas ambas as formas de trabalho (trabalho remunerado e trabalho de cuidados não remunerado). Isto representa um diferencial no tempo total de trabalho diário de 44 minutos (ver Figura 2.6).

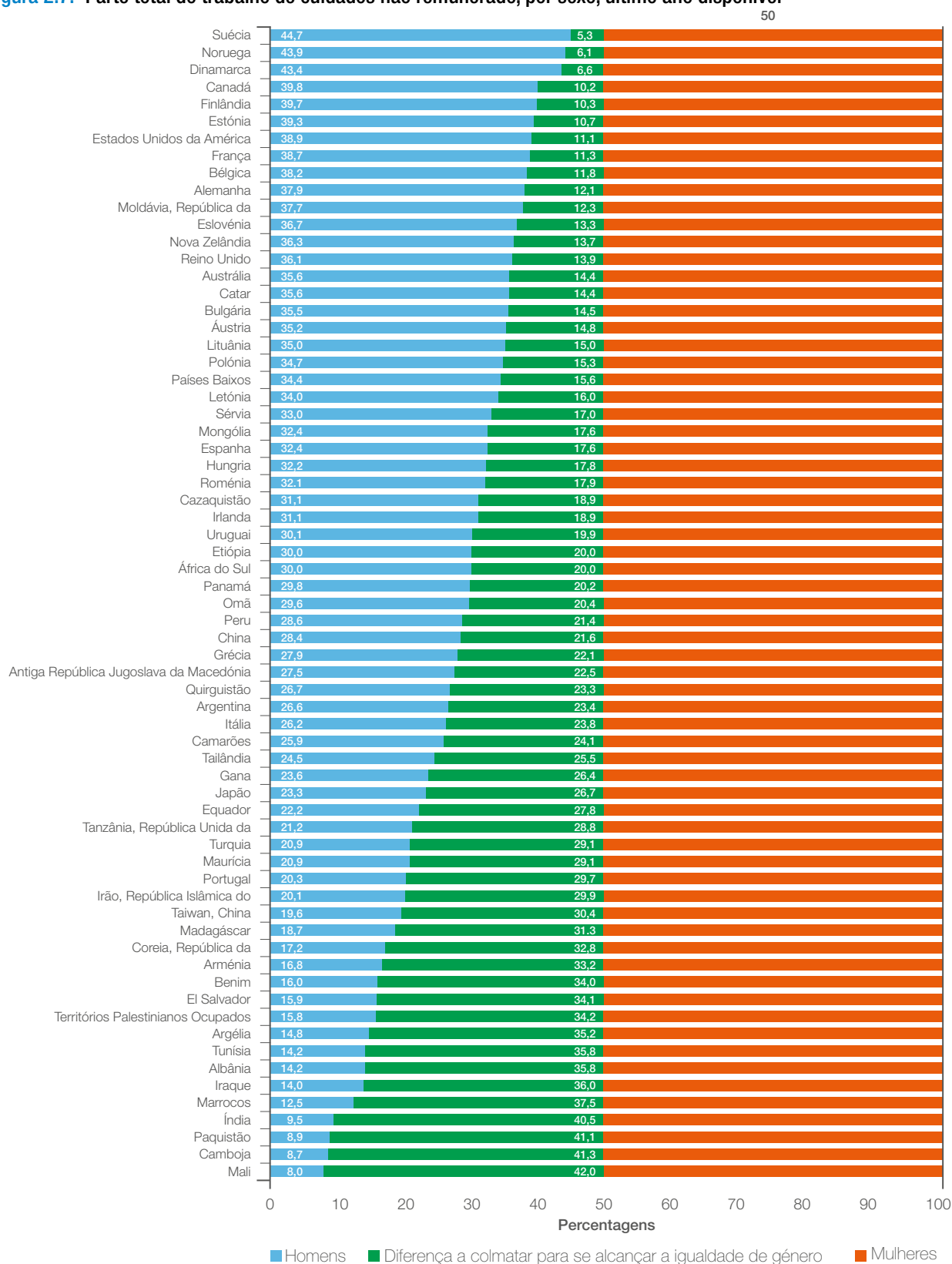
A Figura 2.7 ilustra a diferença que necessita de ser eliminada para alcançar a paridade entre homens e mulheres na divisão do trabalho de cuidados não remunerado entre mulheres e homens.⁵⁷ Não há nenhum país do mundo onde os homens e as mulheres realizem uma percentagem igual de trabalho de cuidados não remunerado. Contudo, os países do norte da Europa aproximam-se da paridade, com os homens a realizar mais de 40 por cento do volume total de trabalho de cuidados não remunerado. Na Suécia, Noruega e Dinamarca, os homens realizam, respetivamente, 44,7, 43,9 e 43,4 por cento do total, seguidos pelo Canadá, Finlândia e Estónia (cada um com mais de 39 por cento). No outro extremo da escala, os homens no Mali, Camboja, Paquistão e Índia fornecem menos de 10 por cento do total de trabalho de cuidados não remunerado (8, 8,7, 8,9 e 9,5 por cento, respetivamente).

Figura 2.6. Repartição entre homens e mulheres do trabalho remunerado, do trabalho de cuidados não remunerado e do trabalho total entre as pessoas inquiridas em idade ativa: média mundial, por sexo, último ano disponível



Nota: Faixa etária: 15 e mais anos. Estimativas mundiais ponderadas pela população em idade ativa. 64 países representam 67 por cento da população mundial em idade ativa. Ver Anexo A.3, Quadro A.3.1 para dados a nível nacional e o Anexo A.7, Quadro A.7.2 para o ano do inquérito.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em Charmes, a publicar.

Figura 2.7. Parte total do trabalho de cuidados não remunerado, por sexo, último ano disponível

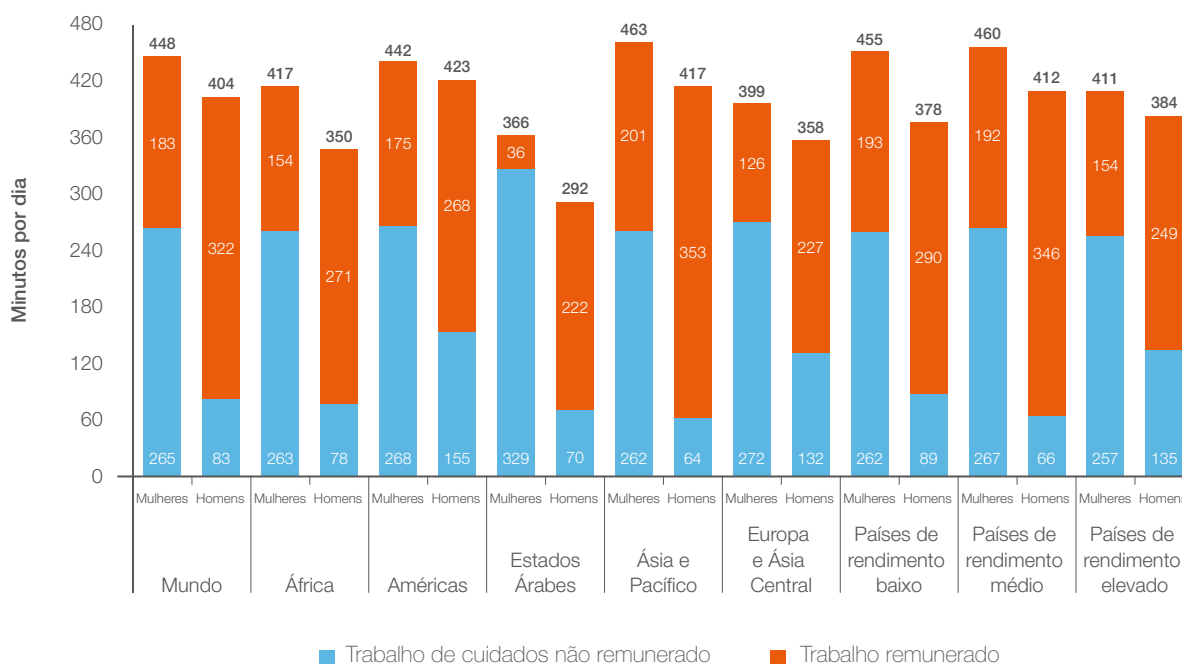
Nota: Faixa etária: 15 e mais anos, 67 países. Ver Anexo A.3, Quadro A.3.1 para dados a nível nacional e o Anexo A.7, Quadro A.7.2 para o ano do inquérito.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em Charmes, a publicar.

Estimativas regionais

Em todas as regiões, as mulheres dedicam mais tempo no trabalho de cuidados não remunerado do que os homens, variando entre 1,7 vezes mais nas Américas, 2,1 vezes mais na Europa e Ásia Central, 3,4 vezes mais em África, 4,1 vezes mais na Ásia e Pacífico, até 4,7 vezes mais nos Estados Árabes (Figura 2.8). Como resultado, em todas as regiões as mulheres despendem menos tempo do que os homens ao trabalho remunerado: o rácio mulheres-homens varia entre 0,16 nos Estados Árabes, 0,56 na Europa e Ásia Central, 0,57 em África e na Ásia e Pacífico e até 0,65 nas Américas. Adicionalmente, as mulheres trabalham mais horas do que os homens quando o trabalho de cuidados não remunerado e o trabalho remunerado são somados. O rácio mulheres-homens do total do trabalho (remunerado e não remunerado) varia entre 1,05 nas Américas, 1,11 na Ásia e Pacífico e Europa e Ásia Central, 1,19 em África, até 1,25 nos Estados Árabes. Em sete dos 64 países, os homens dedicam mais horas por dia em trabalho de cuidados remunerado e não remunerado, totalizando 80 minutos na Tailândia, a maior diferença. Em todos os outros países, as mulheres trabalham mais horas do que os homens em média, exce-

Figura 2.8. Tempo dedicado diariamente ao trabalho de cuidados não remunerado, trabalho remunerado e trabalho total, por sexo, região e grupo de rendimento, último ano disponível



Nota: Faixa etária: 15 e mais anos. Estimativas mundiais, regionais e por grupo de rendimento ponderadas pela população em idade ativa. Percentagem da população em idade ativa e número de países: Mundo: 67 por cento (64); África: 35 por cento (12); Américas: 47 por cento (7); Estados Árabes: 29 por cento (4); Ásia e Pacífico: 80 por cento (11); Europa e Ásia Central: 68 por cento (30); Países de baixo rendimento: 32 por cento (5); Países de rendimento médio: 65 por cento (30); Países de rendimento elevado: 90 por cento (32). O trabalho de cuidados não remunerado e o trabalho remunerado podem diferir do valor do trabalho total devido a arredondamentos. Ver Anexo A.3, Quadro A.3.1 para dados a nível nacional e o Anexo A.7, Quadro A.7.2 para o ano do inquérito.

Fonte: Charmes, a publicar.

dendo esta diferença 1 hora e trinta minutos por dia em nove países e mais de duas horas na Albânia, Madagascar, Mali e nos Territórios Palestinos Ocupados.

Os Estados Árabes é a região do mundo caracterizada por ter a mais baixa taxa de participação de mulheres e homens no trabalho remunerado (36 minutos e 3 horas e 42 minutos por dia, respetivamente) e a segunda mais baixa participação de homens em trabalho de cuidados não remunerado, 1 hora e 10 minutos (ver Figura 2.8). Na Ásia e Pacífico, os homens realizam a percentagem mais baixa de trabalho de cuidados não remunerado de todas as regiões (1 hora e 4 minutos), com 28 minutos no Paquistão (ou 8,0 por cento do tempo total de trabalho dos homens) e apenas 31 minutos na Índia (7,9 por cento). A região das Américas tem uma das distribuições mais igualitárias, com a contribuição das mulheres para o trabalho remunerado a representar 39,5 por cento do tempo de trabalho total e a percentagem dos homens no trabalho de cuidados não remunerado a representar 36,6 por cento. É na Europa e na Ásia Central que os homens realizam a maior proporção de trabalho de cuidados não remunerado de todas as regiões. A participação destes no trabalho de cuidados não remunerado representa 36,7 por cento do seu tempo total tanto no trabalho remunerado como no trabalho de cuidados não remunerado. As percentagens de trabalho de cuidados não remunerado a nível dos países nesta região variam de 16,8 por cento na Albânia a mais de 45 por cento na Bélgica, Bulgária, Dinamarca, Estónia e República da Moldávia.

Estimativas por grupo de rendimento

As diferenças substanciais na participação das mulheres e dos homens no trabalho de cuidados remunerado e não remunerado varia de acordo com o rendimento do país (Figura 2.8). O tempo despendido diariamente pelas mulheres no trabalho remunerado é mais elevado nos países de baixo rendimento (3 horas e 13 minutos), seguindo-se os países de rendimento médio (3 horas e 12 minutos) e depois os países de rendimento elevado (2 horas e 34 minutos). Este resultado pode dever-se ao facto de que a maioria das mulheres são trabalhadoras por conta de outrem em países de rendimento elevado, ao passo que uma elevada proporção de mulheres trabalha por conta própria ou são trabalhadoras familiares não remuneradas nas explorações ou empresas familiares nos países de rendimento baixo e médio.⁵⁸ Um baixo PIB *per capita* também contribui para obrigar as mulheres a participar em atividades remuneradas (ver Figura 2.19 e debate).

Quando se trata de trabalho total, as mulheres dos países de rendimento médio têm, em média, o dia de trabalho mais longo (7 horas e 40 minutos), ao mesmo tempo que este total é mais baixo nos países de rendimento elevado (6 horas e 51 minutos). Isto representa uma diferença de quase uma hora (49 minutos) entre os dois grupos. É nos países de baixo rendimento, porém, que o diferencial entre homens e mulheres é mais marcante: as mulheres trabalham no total mais 77 minutos do que os homens, face a mais 48 minutos nos países de rendimento médio e mais 27 minutos nos países de rendimento elevado.

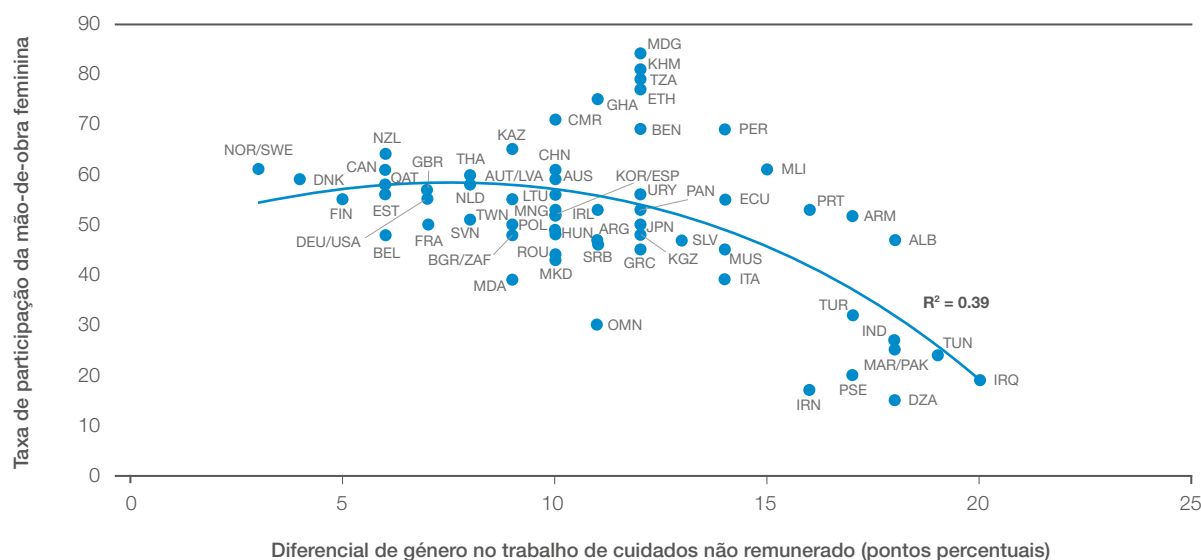
O PIB *per capita* explica apenas em parte estas diferenças entre homens e mulheres. É nos países de rendimento médio que as mulheres dedicam mais horas ao trabalho de cuidados não remunerado (4 horas e 27 minutos), seguidos pelos países de baixo rendimento (4 horas e 22 minutos) e depois os países de rendimento elevado (4 horas e 17 minutos). Estas diferenças entre grupos de rendimento são muito pequenas, contudo, e dentro de um intervalo de dez minutos. E isto ocorre apesar de nos países de rendimento elevado onde as tarefas domésticas deveriam exigir menos tempo pelo facto de existirem mais equipamentos disponíveis.

Por outro lado, o total do trabalho de cuidados não remunerado dos homens é o mais elevado nos países de rendimento elevado (2 horas e 15 minutos), em comparação com 1 hora e 29 minutos nos países de baixo rendimento (representados por apenas cinco países africanos) e 1 hora e 6 minutos em países de rendimento médio, com uma diferença de mais de uma hora por dia entre o primeiro e o terceiro grupo (ou 0,5 vezes).

O aparente paradoxo encontrado em países de rendimento elevado, nomeadamente níveis relativamente mais elevados de trabalho de cuidados não remunerado (e níveis mais baixos de trabalho remunerado), apesar da maior riqueza *per capita*, pode ser explicado pela natureza do trabalho de cuidados não remunerado dos homens e das mulheres. Nos países de elevado rendimento, os dados disponíveis mostram que os casais sem filhos tendem a dividir o trabalho de cuidados não remunerado de forma mais igual do que os casais com filhos com idades semelhantes. É a presença de filhos com idades inferiores à idade escolar que aumenta normalmente a participação das mulheres no trabalho de cuidados não remunerado. Inclusivamente quando ambos trabalham a tempo completo, a paridade entre homens e mulheres na prestação de trabalho doméstico e de cuidados a crianças permanece uma exceção, enquanto a diferença entre homens e mulheres na prestação de cuidados a crianças diminui com a presença de crianças mais velhas na família.⁵⁹ Os pais despendem uma maior proporção do seu tempo total aos cuidados às crianças em «tempo de qualidade», nomeadamente em cuidados interativos (como ler, brincar e ajudar os filhos com os trabalhos de casa) do que as mães. Por outro lado, as mulheres dedicam uma maior proporção do seu tempo aos cuidados a crianças aos cuidados físicos e à supervisão, despendendo simultaneamente mais tempo em geral em cuidados às crianças, incluindo em «tempo de qualidade».⁶⁰

A investigação explorou o papel desempenhado pela participação das mulheres no mercado de trabalho para a redução do diferencial de género no trabalho de cuidados não remunerado. Os resultados de um projeto de investigação da Oxfam (2014) na Colômbia, Etiópia, Filipinas, Uganda e Zimbabué mostram que, em cada um destes países, as mulheres dedicam entre 10 e 44 minutos menos em trabalho de cuidados primário não remunerado para cada hora extra de trabalho remunerado, mas o trabalho remunerado não reduz significativamente o tempo dedicado pelas mulheres em trabalho de cuidados secundário e na supervisão de pessoas dependentes.⁶¹ Outros estudos sugerem que uma redução no trabalho não remunerado das mulheres não é equivalente à sua percentagem de tempo dedicado em trabalho remunerado, resultando num aumento geral da carga de trabalho para as mulheres empregadas. De facto, para cada aumento adicional de 10 por cento na percentagem de mulheres no mercado de trabalho em relação aos homens, o rácio mulheres-homens de trabalho de cuidados não remunerado cai cerca de 8 pontos percentuais.⁶² Conforme iremos desenvolver em mais detalhe a seguir, isto sugere que o trabalho remunerado das mulheres por si só não transforma automaticamente a divisão do trabalho não remunerado por sexo e, além disso, as mulheres assumem formas de trabalho remunerado compatíveis com as suas responsabilidades de cuidados, muitas vezes trabalho a tempo parcial, emprego por conta própria e trabalho na economia informal. Uma maior igualdade de género no trabalho parece, pelo contrário, estar intimamente ligada a uma divisão mais igualitária do trabalho de cuidados não remunerado entre mulheres e homens no agregado familiar devido às políticas de cuidados transformadoras e às políticas do mercado de trabalho e mudanças de atitude (ver Capítulo 3).

Figura 2.9. Relação entre a diferença entre homens e mulheres no trabalho de cuidados não remunerado e a participação na força de trabalho, último ano disponível



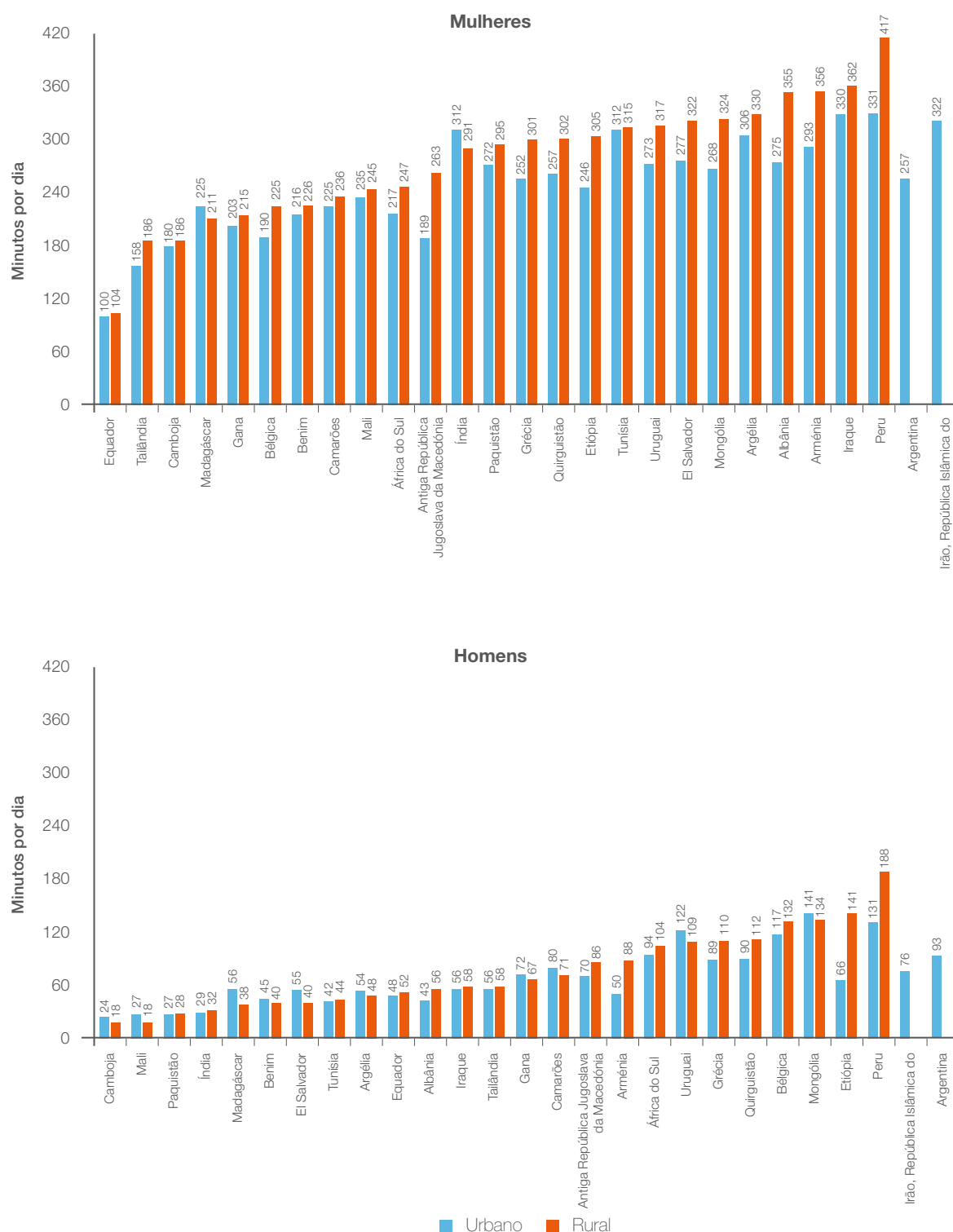
Fonte: Cálculos da OIT baseados na OIT, 2017j e em Charmes, a publicar.

A Figura 2.9 ilustra que uma partilha mais igualitária do trabalho de cuidados não remunerado entre homens e mulheres está associada a níveis mais elevados da participação das mulheres no mercado de trabalho. A correlação entre a participação das mulheres no mercado de trabalho e a eliminação do diferencial entre homens e mulheres no trabalho de cuidados não remunerado é forte.⁶³ Conclusões semelhantes mostram que nos países mais igualitários, dos quais fazem parte os países nórdicos, assim como a Austrália e o Canadá, as mulheres continuam a fazer mais trabalho de cuidados não remunerado, mas o diferencial de género relacionado é inferior a uma hora, as mulheres apresentam taxas elevadas de emprego e as diferenças entre homens e mulheres no mercado de trabalho são pequenas.

2.1.4 A intersecção da dimensão de género e outras desigualdades na prestação de cuidados não remunerada

Os diferenciais de gênero observados no uso do tempo em todas as regiões e países podem ser explicados e acentuados por uma série de fatores socioeconômicos e características individuais. Os dados dos inquéritos sobre o uso do tempo têm permitido gradualmente - embora parcialmente - evidenciar estes fatores e características, entre os quais se encontram os seguintes: residência rural/urbana, faixa etária, níveis de escolaridade, estado civil e a presença de filhos e outros membros da família com necessidade de cuidados ou apoio no agregado familiar.⁶⁴ Outras importantes dimensões a considerar são a origem étnica, a orientação sexual e a identidade de gênero, deficiência, migração e situação em relação ao VIH, as quais se cruzam com o sexo e influenciam a afetação de tempo e as desigualdades daí resultantes no mercado de trabalho.

Figura 2.10. Tempo despendido ao trabalho de cuidados não remunerado, por sexo e localização (urbana/rural), último ano disponível



Nota: Faixa etária: 15 e mais anos. 27 países. Ver Anexo A.7, Quadro A.7.2 para o ano do inquérito.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em Charmes, a publicar.

Meio rural e meio urbano

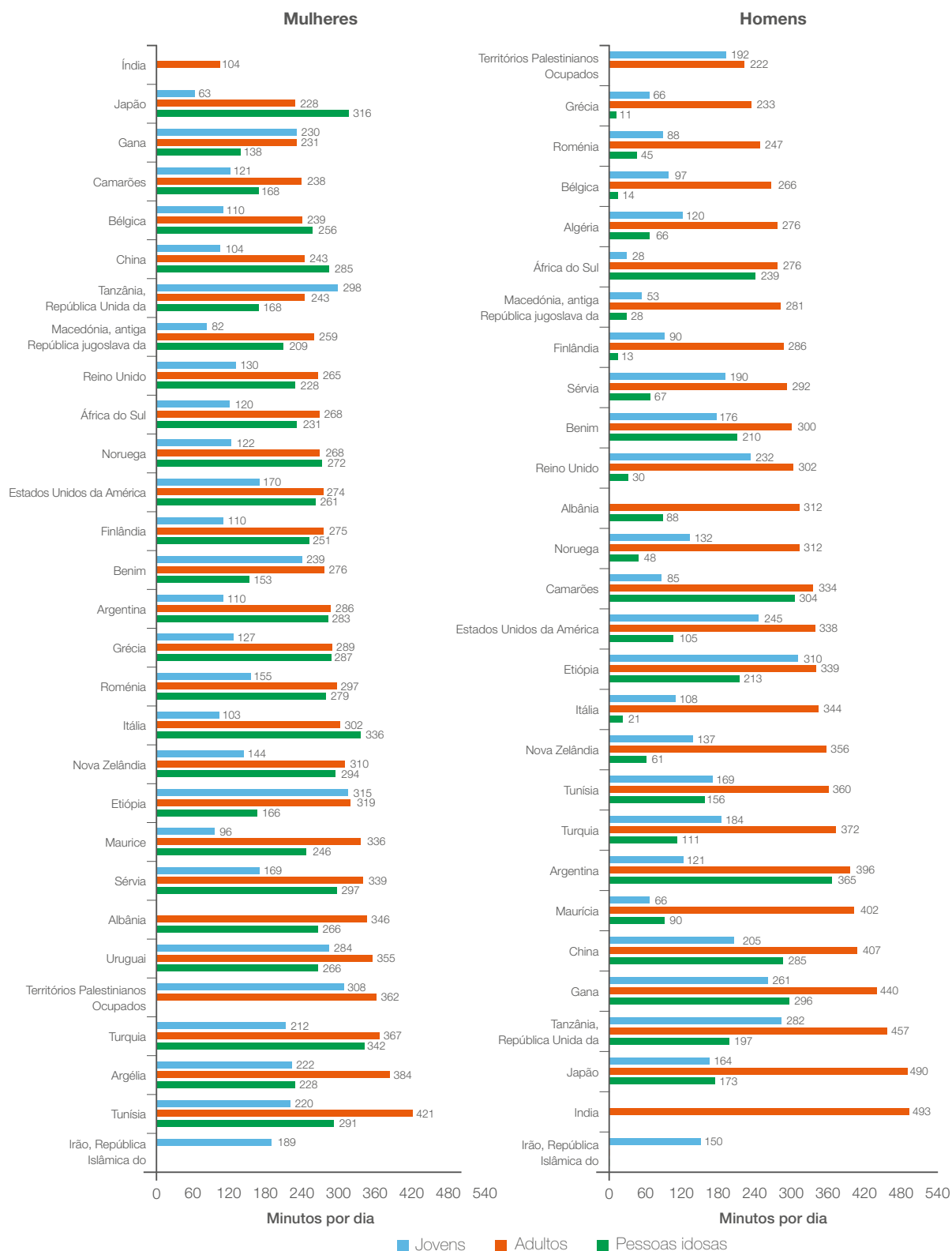
Em termos gerais, o facto de residir em meio rural⁶⁵ aumenta a procura de trabalho de cuidados não remunerado, sobretudo entre mulheres e raparigas, sendo um importante determinante da ausência de participação das mulheres no mercado de trabalho.⁶⁶ Ainda que permaneçam consideráveis diferenças entre homens e mulheres, a Figura 2.10 mostra que, em quase todos os países inquiridos, o trabalho de cuidados não remunerado consome menos tempo nas áreas urbanas uma vez que existe um melhor acesso a infraestruturas básicas, dispositivos economizadores de mão-de-obra e alimentos processados. Há, não obstante, duas exceções: Índia e Madagáscar. Nestes dois países, concluiu-se que o trabalho de cuidados não remunerado das mulheres exige, pelo contrário, mais tempo nas zonas urbanas do que nas zonas rurais. Tal como as mulheres, os homens em Madagáscar dedicam menos tempo ao trabalho de cuidados não remunerado nas zonas rurais do que nas cidades, devido a um nível maior de envolvimento em trabalho remunerado.⁶⁷ Este é também o caso de outros países, como a Argélia, o Benim, Camboja, Camarões, El Salvador, Gana, Mali, Mongólia e Uruguai.

Nas zonas rurais, dedica-se muito tempo e esforço físico à produção de bens para consumo próprio, como, por exemplo, a transformação de produtos alimentares e a recolha de água e lenha.⁶⁸ Em 2015, 263 milhões de pessoas dedicaram mais de 30 minutos na deslocação de ida e volta para ir buscar água.⁶⁹ Na África Subsariana, 71 por cento da tarefa de recolher água para a família recai sobre as mulheres e as raparigas.⁷⁰ As mulheres que residem em zonas rurais dedicam mais tempo ao abastecimento de água e recolher lenha do que as suas contrapartes urbanas, nomeadamente cerca de seis vezes mais na Etiópia, cinco vezes mais no Benim e três vezes mais em Madagáscar. Os homens dedicam consideravelmente menos tempo do que as mulheres ao abastecimento de água, cerca de quatro vezes menos tanto no Benim rural como na Etiópia rural, e três vezes menos na Madagáscar rural. No Benim, na Etiópia e na República Unida da Tanzânia, porém, os homens dedicam relativamente mais tempo na recolha de lenha, que é vista como uma atividade masculina. Uma vez que a recolha de lenha pode ser realizada para venda no mercado, isto pode explicar a distribuição entre mulheres e homens inversa nestes três países.⁷¹

Idade

As características das atividades de cuidados não remuneradas variam ao longo do ciclo de vida. As mulheres e os homens adultos, geralmente da população em idade ativa, dedicam mais tempo não apenas ao trabalho remunerado, mas também ao trabalho de cuidados não remunerado, do que as suas contrapartes mais jovens e mais velhas. Isto apoiaria a hipótese de que existe uma relação em forma de U invertido entre a idade e o tempo dedicado ao trabalho de cuidados não remunerado, sendo que é na meia idade que as pessoas, especialmente as mulheres, dedicam a maior parte do seu tempo aos cuidados.⁷² As exceções são a Etiópia, o Gana e a República Unida da Tanzânia, onde as mulheres jovens dedicam mais ou quase o mesmo tempo em trabalho de cuidados não remunerado do que as mulheres adultas (Figura 2.11).

Figura 2.11. Tempo despendido ao trabalho de cuidados não remunerado por faixa etária, 74 último ano disponível



Nota: 29 países. Ver Anexo A.7, Quadro A.7.2 para o ano do inquérito.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em Charmes, a publicar.

Pessoas adultas mais velhas

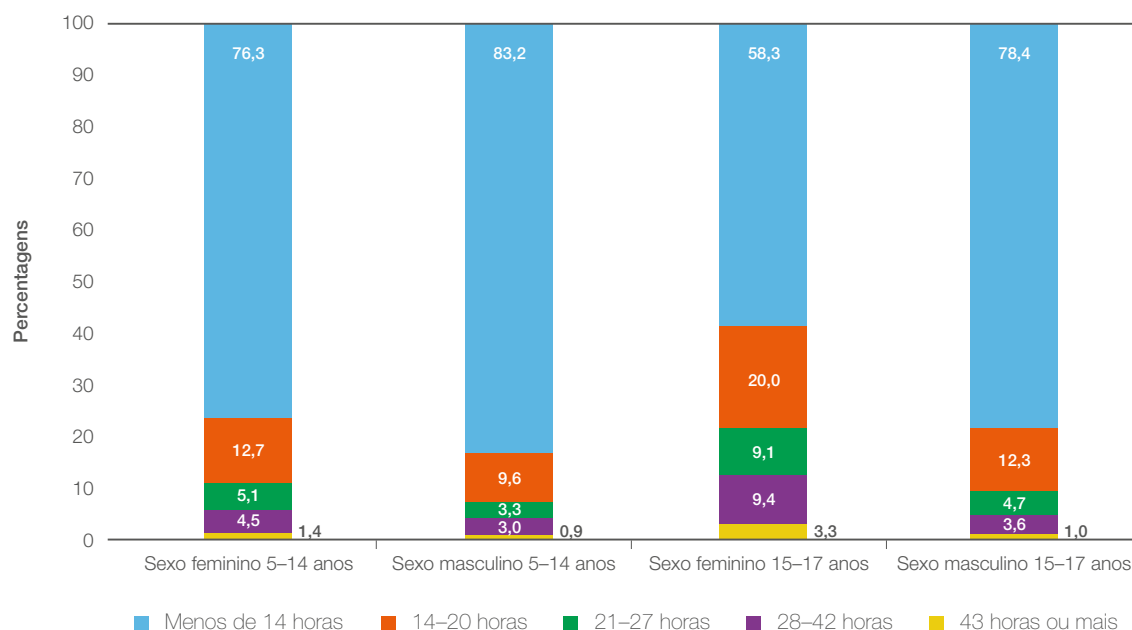
De uma forma geral, o número de horas dedicadas pelas mulheres ao trabalho de cuidados não remunerado vai diminuindo com a idade, ainda que a contribuição das mulheres mais velhas permaneça elevada e seja quase equivalente à das mulheres em idade ativa em alguns países (Argentina, Grécia e Noruega, por exemplo). Na Bélgica, em Itália e no Japão, as mulheres idosas dedicam mais tempo ao trabalho de cuidados não remunerado do que as suas contrapartes em idade ativa. Isto explica-se em parte pelo envelhecimento da população. Além disso, é prática comum nestes países (entre outros) os avós contribuírem mais para os cuidados a crianças, sobretudo quando há falta de serviços públicos ou privados ou quando estes são insuficientes para satisfazer a procura. No que respeita ao trabalho de cuidados não remunerado dos homens, a característica mais notória que emerge da Figura 2.11 é que em todos os países aumentou fortemente o tempo despendido pelos homens ao trabalho de cuidados não remunerado na idade adulta. As explicações para esta mesma conclusão no que respeita às mulheres nesta faixa etária permanecem válidas para os homens. Uma exceção a este padrão geral é a República Unida da Tanzânia, onde as mulheres jovens prestam o nível mais elevado de trabalho de cuidados não remunerado quando comparadas com as suas contrapartes mais velhas. Os homens mais velhos também apresentam uma elevada participação no trabalho de cuidados não remunerado em algumas circunstâncias. Por exemplo, a análise interseccional do uso do tempo na China rural mostra que, após ter controlado os efeitos da idade e da origem étnica, os adultos idosos realizam trabalho de cuidados extra não remunerado quando os adultos no escalão etário mais produtivo migram ou quando existem no agregado familiar pessoas adultas com mais de 70 anos e crianças pequenas.⁷³

Crianças

As crianças constituem uma reserva significativa de prestadores de trabalho de cuidados não remunerado, sobretudo em África e na Ásia e nas regiões do Pacífico. O relatório da OIT *Global estimates of child labour* (2017n) avaliou a magnitude do trabalho de cuidados não remunerado (tarefas domésticas) desempenhado por crianças, e concluiu que aproximadamente 800 milhões de crianças com idade entre os 5 e os 17 anos realizam alguns serviços de cuidados não remunerados para as suas famílias. De forma semelhante às conclusões para pessoas adultas, a repartição deste trabalho é em função do sexo em todos os grupos etários e em todos os momentos da semana.

Aproximadamente 54 milhões de rapazes e raparigas com idades entre os 5 e os 14 anos realizam «horas excessivas» de trabalho de cuidados não remunerado, nomeadamente pelo menos 21 horas ou mais por semana. Este é o limiar para além do qual a investigação exploratória inicial indica que as tarefas domésticas começam a ter um efeito negativo na capacidade de a criança ter uma participação bem sucedida na escola. Sessenta e três por cento deste total são raparigas e 37 por cento são rapazes (ver Figura 2.12). Quase sete milhões de crianças com idade entre os 5 e os 14 anos trabalham um número de horas extremamente longo, isto é, 43 horas ou mais por semana. Quando as tarefas são realizadas adicionalmente ao trabalho remunerado, as crianças assumem um dever duplo. Aproximadamente um quarto das crianças trabalha pelo menos 21 horas por semana, sendo as raparigas sobre-representadas neste grupo. O diferencial de género aumenta à medida que a idade da criança aumenta. De facto, 35 milhões de adolescentes com idades entre 15 e 17 anos prestam serviços

Figura 2.12. Proporção de crianças que realizam trabalho de cuidados não remunerado (tarefas domésticas), por sexo, faixa etária e horas por semana, 2016



Fonte: OIT, 2017f.

de cuidados não remunerados durante pelo menos 21 horas por semana nos seus próprios agregados familiares, 73 por cento dos quais são raparigas e 27 por cento são rapazes.⁷⁵

O facto de ser atribuído às crianças um papel significativo no apoio ao trabalho de cuidados não remunerado na família é ilustrado pelos dados do uso do tempo da Colômbia, México, Peru e Uruguai. Como mostrado abaixo, ao passo que viver com crianças pequenas significa mais trabalho de cuidados não remunerado no agregado familiar, especialmente para as mães, a presença de crianças com idade entre 13 e 18 anos é, pelo contrário, associada negativamente ao trabalho doméstico não remunerado. Isto confirma o papel contributivo desta faixa etária, especialmente quando estas crianças são raparigas, uma conclusão que aponta para uma transmissão intergeracional dos papéis tradicionais em função do sexo.⁷⁶ Os dados sobre os usos do tempo (2012) recolhidos em duas povoações na República Unida da Tanzânia mostram que, em média, eram atribuídas cerca de 12 horas semanais por criança com idade entre 10 e 17 anos e por mãe para ir buscar água, implicando uma redução do tempo disponível para as crianças mais velhas irem à escola e brincarem.⁷⁷ As crianças são também cuidadoras essenciais para os outros membros da família que estão doentes ou incapacitados. Em alguns dos países Subsarianos, os filhos, sobretudo raparigas e jovens mulheres cujos pais estão afetados pelo VIH encontram-se numa situação na qual têm de assumir o papel de cuidadoras dos seus irmãos mais novos.⁷⁸

Educação

O nível de escolaridade é outro importante determinante do tempo dedicado à prestação de cuidados não remunerada, com efeitos opostos para as mulheres e para os homens. Quanto mais alto é o nível de escolaridade das mulheres, menos tempo dedicam ao trabalho de cuidados não remunerado, ao passo que quanto mais alto é o nível de escola-

ridade dos homens, mais tempo dedicam ao trabalho de cuidados não remunerado. Em oito dos 18 países com dados disponíveis, o tempo que as mulheres dedicam ao trabalho de cuidados não remunerado diminui com a obtenção de níveis mais altos de escolaridade. Isto reflete-se num aumento do tempo dedicado ao trabalho remunerado à medida que o nível de escolaridade aumenta (ver secção 2.2). Na Argentina, contudo, o tempo dedicado pelas mulheres ao trabalho de cuidados não remunerado diminui em 30 minutos para as que têm o ensino secundário, voltando a aumentar para as que têm um curso superior, atingindo o mesmo valor que para as mulheres com o ensino básico (4 horas e 30 minutos).

No que respeita ao tempo dedicado pelos homens ao trabalho de cuidados não remunerado, em cinco dos 18 países, o número mais elevado de horas está associado a um nível de ensino mais elevado (Figura 2.13). É este o caso da Bélgica, Benim, Camarões, China e República Unida da Tanzânia. Na Albânia, Argélia, Índia, Tunísia e Turquia aplica-se um padrão semelhante quando é tido em conta apenas o ensino secundário e o superior. Na Argentina, Etiópia, Grécia, Sérvia e Uruguai, pode ser observada a situação inversa: quanto mais alto é o nível de escolaridade dos homens, menos tempo dedicam ao trabalho de cuidados não remunerado.

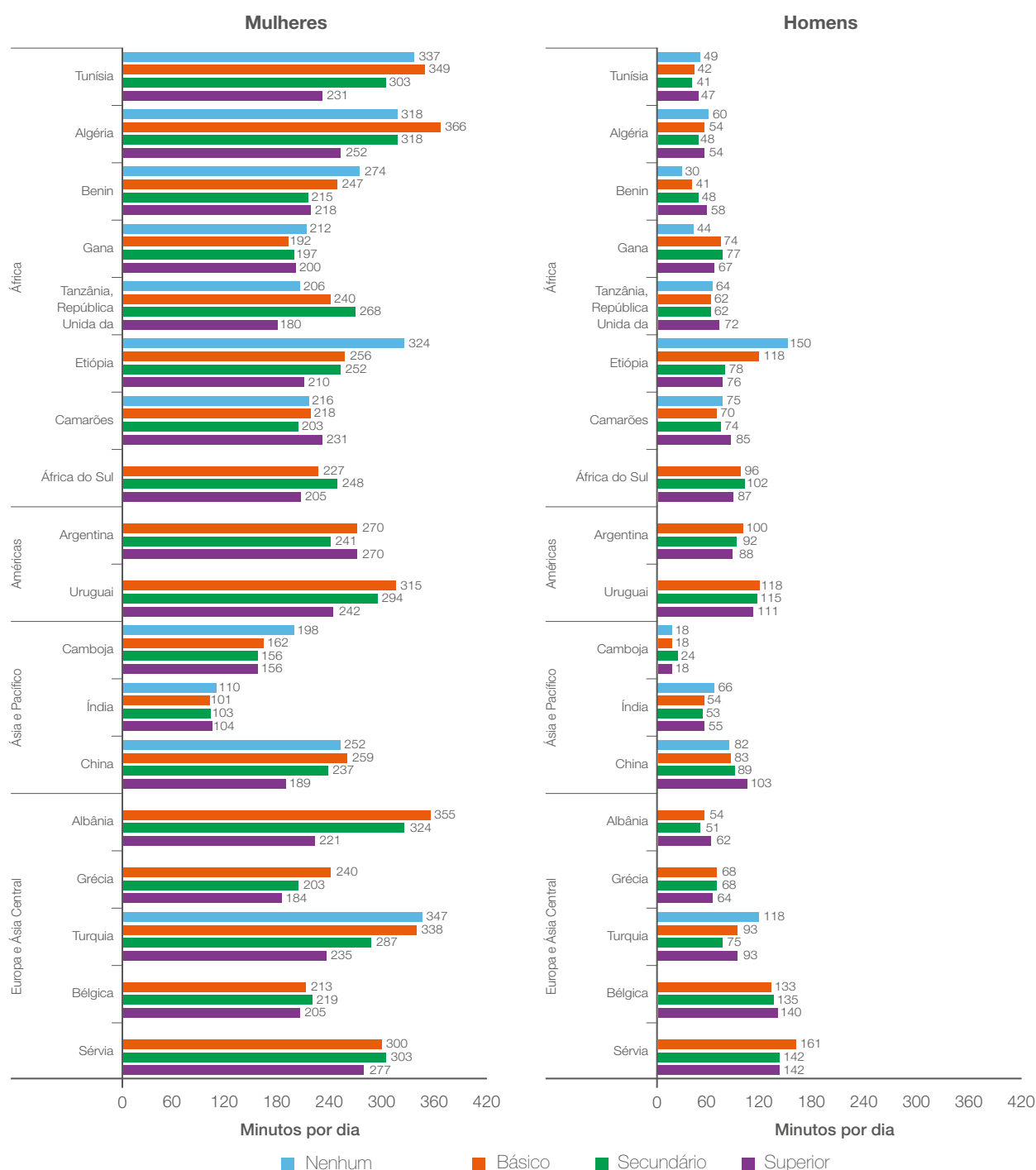
Estado civil

O estado civil⁸⁰ e a presença de crianças no agregado familiar são indicadores poderosos para medir até que ponto as dinâmicas dentro da família afetam a divisão do trabalho de cuidados não remunerado. Tal como a Figura 2.14 ilustra, as mulheres casadas veem aumentar consideravelmente o volume de trabalho de cuidados não remunerado que lhes é exigido, o que torna a formação da família um fator determinante essencial da forte intensidade do trabalho de cuidados não remunerado. Por exemplo, o trabalho de cuidados das mulheres casadas duplica na Argélia e na Tunísia quando comparado com as mulheres solteiras (de 3 horas e 16 minutos por dia para sete horas para as mulheres casadas), assim como na China (de 2 horas e 13 minutos para 4 horas e 8 minutos) e triplica na Turquia (de 2 horas e 25 minutos para 6 horas e 34 minutos). Este aumento é também significativo no Uruguai: de 2 horas e 33 minutos de trabalho de cuidados não remunerado das mulheres solteiras para 6 horas e 16 minutos para as mulheres casadas. De uma forma geral, a participação dos homens nas atividades domésticas de igual modo aumenta quando são casados, por exemplo, na China e na Turquia. Porém, este aumento não é tão acentuado como no caso das mulheres em oito dos 13 países apresentados na figura 2.14.

Presença de crianças

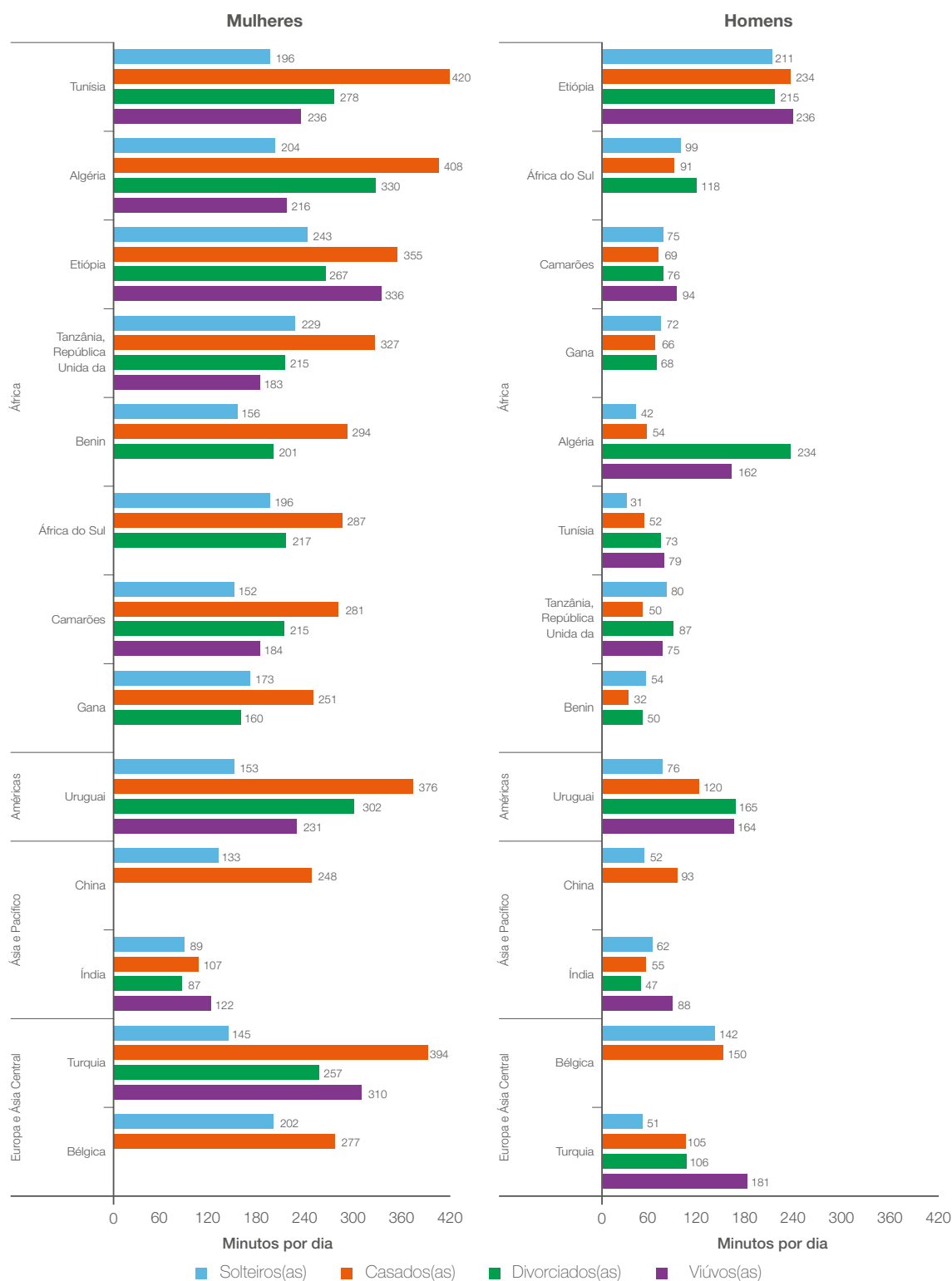
Sem exceção, o volume de tempo que as mulheres dedicam ao trabalho de cuidados não remunerado aumenta nomeadamente com a presença de filhos no agregado familiar,⁸¹ particularmente crianças com menos de cinco anos de idade (Figura 2.15). No caso das mulheres que vivem com pelo menos uma criança pequena na Finlândia, mais do que duplica (de 2 horas e 45 minutos para 6 horas e 15 minutos por dia), triplicando no Reino Unido (acréscimo de 4 horas e 6 minutos por dia). Nestes dois países, Finlândia e Reino Unido, os homens também sofrem um aumento acentuado de trabalho não remunerado (de 1 hora e 41 minutos e 1 hora e 39 minutos, respetivamente). Tal aumento é inexis-

Figura 2.13. Tempo despendido em trabalho de cuidados não remunerado por nível de escolaridade⁷⁹ e por sexo, último ano disponível



Nota: Faixa etária: 15 e mais anos. Ver nota 79 para os grupos de classificação da escolaridade. 18 países. Ver Anexo A.7, Quadro A.7.2 para o ano do inquérito.

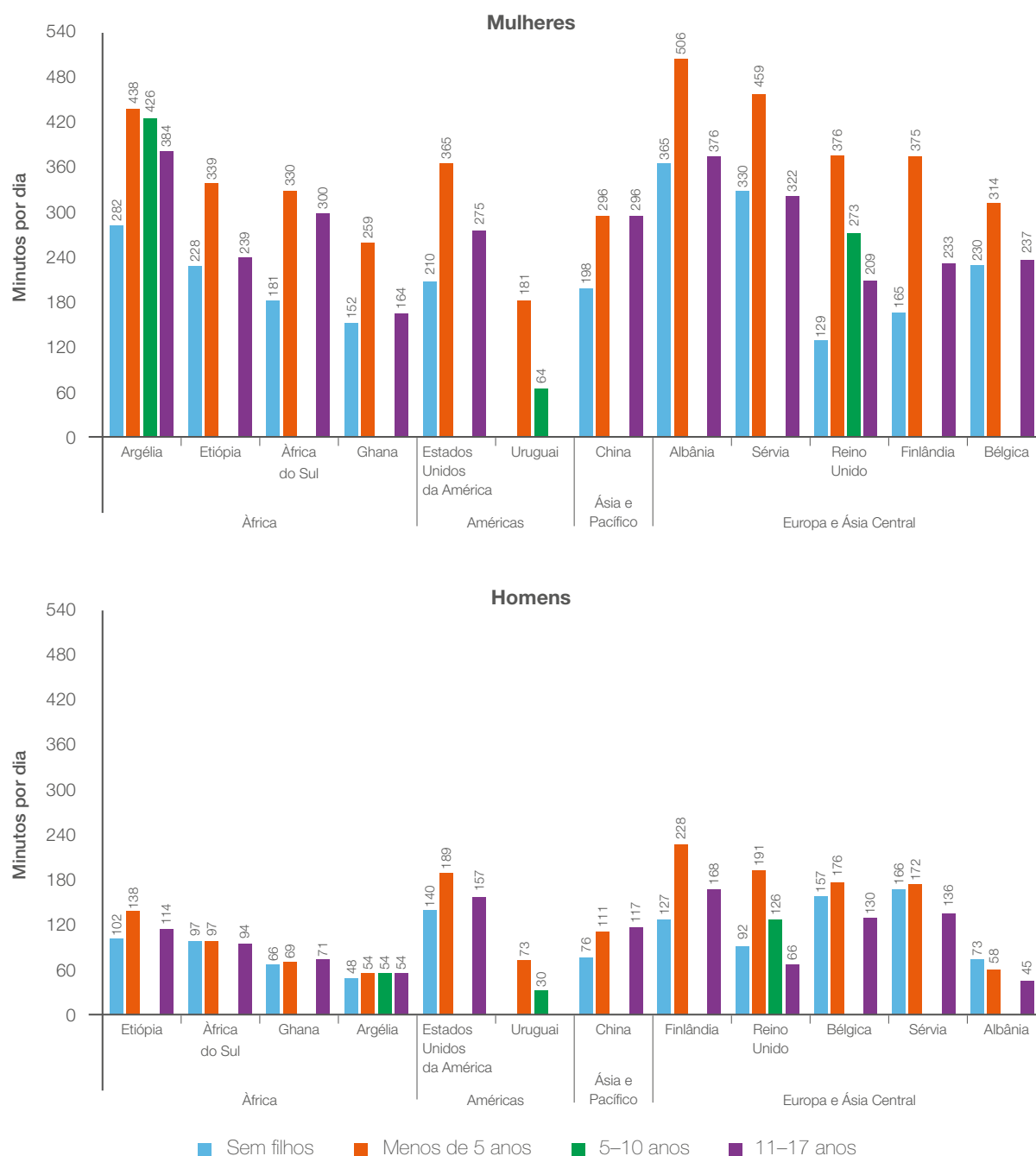
Fonte: Cálculos da OIT baseados em Charmes, a publicar.

Figura 2.14. Tempo despendido ao trabalho de cuidados não remunerado por sexo e estado civil, último ano disponível

Nota: Faixa etária: 15 e mais anos. 13 países. Ver Anexo A.7, Quadro A.7.2 para o ano do inquérito.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em Charmes, a publicar.

Figura 2.15. Tempo dedicado ao trabalho de cuidados não remunerado por sexo, presença e idade dos filhos no agregado familiar, último ano disponível



Nota: Faixa etária: 15 e mais anos. 12 países. Ver Anexo A.7, Quadro A.7.2 para o ano do inquérito.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em Charmes, a publicar.

tente para os homens na África do Sul, ou muito mais modesto noutros países: 3 minutos no Gana, 6 na Argélia, 36 na Etiópia e até 65 minutos na China. De facto, o trabalho de cuidados não remunerado dos homens diminui inclusivamente na Albânia com a presença de uma criança pequena.

A análise de microdados sobre o uso do tempo na Colômbia, México, Peru e Uruguai confirma que a presença de filhos de 0 a 5 anos tem aumentado significativamente com o tempo dedicado ao trabalho de cuidados remunerado, especialmente para as mães,⁸² quando comparado com as pessoas sem filhos.⁸³ Na China rural, a presença de membros do agregado familiar com mais de 70 anos de idade também contribui para aumentar o tempo de cuidados não remunerado dedicado por mulheres mais novas, assim como o de mulheres e homens mais velhos. Não obstante, o aumento dos cuidados devido à presença de pessoas idosas é muito inferior ao relacionado à presença de filhos em idade pré-escolar, sendo que este último equivale a três vezes mais tempo de cuidados não remunerado para as mulheres do que para os homens. A existência de pessoas adultas com idades entre os 16 e os 70 anos no agregado familiar reduz normalmente o tempo de trabalho das mulheres (remunerado e não remunerado), exceto quando estão presentes homens jovens e homens idosos. A sua presença, de facto, aumenta o tempo que as mulheres mais velhas dedicam tanto em atividades geradoras de rendimento como em trabalho de cuidados não remunerado.⁸⁴

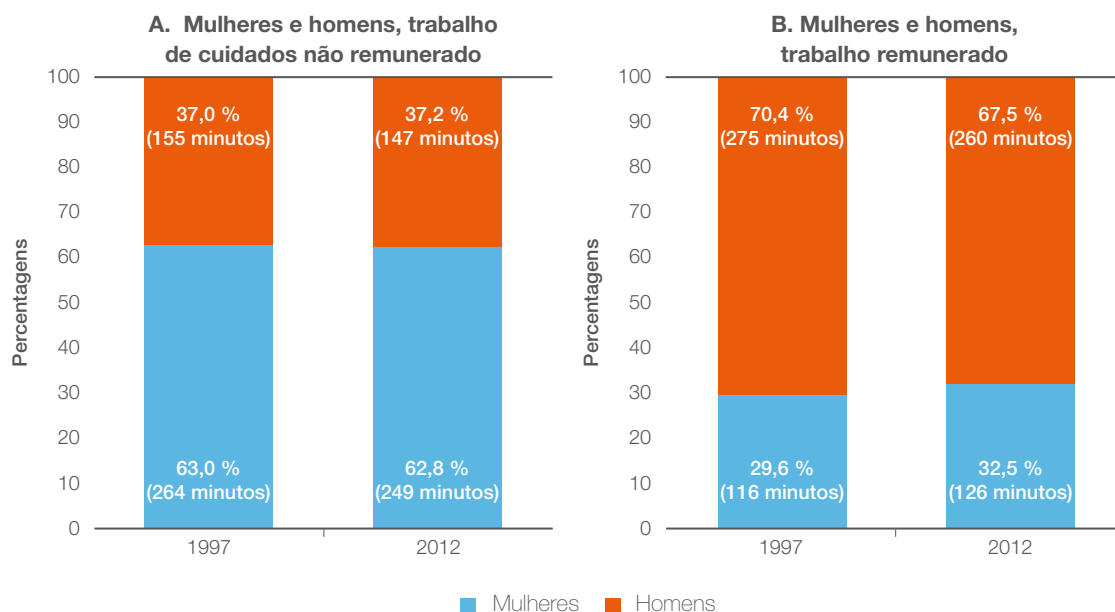
2.1.5. Tendências das diferenças entre homens e mulheres na prestação de cuidados não remunerada

Entre os 72 países com dados sobre o uso do tempo disponíveis, menos de metade (23 países, maioritariamente de rendimento mais elevado) repetiram um inquérito sobre os usos do tempo uma vez ou mais.⁸⁵ Apesar desta periodicidade irregular, os dados disponíveis mostram que, ao longo do tempo, a diferença entre homens e mulheres no tempo dedicado ao trabalho de cuidados não remunerado diminuiu apenas um pouco e que as mulheres continuam a fornecer a maior parte do trabalho de cuidados não remunerado. Isto limita a capacidade das mulheres aumentarem as suas horas em trabalho remunerado, formal e por conta de outrem. Isto é evidenciado pelo aumento limitado das taxas de emprego das mulheres, de apenas 2,8 pontos percentuais a nível mundial, de 1997 a 2012.⁸⁶

Nos últimos 15 anos (de 1997 a 2012), as médias ponderadas pela população de 23 países (que representam 17,3 por cento da população mundial em idade ativa) apresentam um quadro quase inalterado na divisão do trabalho de cuidados não remunerado. O tempo dedicado pelas mulheres ao trabalho de cuidados não remunerado diminuiu apenas ligeiramente, passando de 4 horas e 23 minutos (equivalente a 63,0 por cento do total) para 4 horas e 8 minutos (62,8 por cento). Este decréscimo de 15 minutos representa uma diminuição da parte do trabalho de cuidados não remunerado realizado por mulheres de 0,2 pontos percentuais em 15 anos (ver Figura 2.16, Painel a).

Durante o mesmo período, o trabalho de cuidados não remunerado dos homens não aumentou, pelo contrário, diminuiu em média 8 minutos (de 2 horas e 35 minutos para 2 horas e 27 minutos). A diferença entre homens e mulheres resultante nos cuidados não remunerados caiu ligeiramente de 1 hora e 49 minutos por volta de 1997, para 1 hora e 42 minutos por volta de 2012, representando uma redução total de apenas sete minutos. A este ritmo, com base numa extrapolação linear dos dados disponíveis, serão necessários cerca de 210 anos (isto é, até 2228) para eliminar o diferencial entre homens e mulheres observada no trabalho de cuidados não remunerado nestes países. O que pode ser caracterizado como o lentíssimo ritmo desta mudança questiona a eficácia das políticas

Figura 2.16. Tendências no tempo despendido ao trabalho de cuidados não remunerado e trabalho remunerado, por sexo, 1997 e 2012



Nota: Faixa etária: 15 e mais anos. Estimativas mundiais ponderadas pela população em idade ativa. 1997 é o ano médio observado nos primeiros inquéritos e 2012 nos últimos inquéritos. 23 países. Ver Anexo 3, Quadro A.3.2 para dados a nível nacional e o Anexo A.7, Quadro A.7.2 para o ano do inquérito.

Fonte: Charmes, a publicar.

passadas e atuais para abordar o alcance e a divisão do trabalho de cuidados não remunerado nas últimas duas décadas (ver Capítulo 3).

Em 2012, as mulheres realizaram em média 32,5 por cento do total de trabalho remunerado nos 23 países para os quais há dados disponíveis (ver Figura 2.16, Painel b). Isto representa um aumento médio de 10 minutos (ou 8,6 pontos percentuais) ao longo de 15 anos, de 1 hora e 56 minutos por dia em 1997 até 2 horas e 6 minutos em 2012. Durante o mesmo período, o trabalho remunerado dos homens registou uma quebra de 15 minutos em média (ver abaixo). Quando são considerados tanto o trabalho remunerado como o trabalho não remunerado, as mulheres dedicam menos tempo a trabalhar, com uma quebra de 5 minutos ao longo dos últimos 15 anos, em comparação com uma maior diminuição de 23 minutos para os homens. Em geral, as mulheres contribuíram para 47,9 por cento do trabalho total em 2012, em comparação com 46,9 por cento em 1997.

As diferenças entre os países nas tendências para mulheres e para homens proporcionam um quadro mais preciso e destacam o impacto da crise económica e financeira mundial de 2008 no trabalho de cuidados remunerado e não remunerado. Em 16 dos 23 países, o tempo dedicado pelas mulheres ao trabalho de cuidados não remunerado diminuiu gradualmente, registando a maior variação anual em minutos por semana dedicados ao trabalho de cuidados não remunerado na Turquia, seguido pela Estónia, Noruega, França e Alemanha com uma descida anual de 2,6 minutos por semana (ver Figura 2.17). Houve uma descida constante no trabalho de cuidados não remunerado das mulheres nos países de rendimento elevado. Todavia, em Espanha, na Estónia e em Itália, o trabalho de cuidados não remunerado das mulheres continua acima de quatro horas por dia. Nos

Figura 2.17. Alteração anual dos minutos dedicados diariamente ao trabalho de cuidados não remunerado, por sexo, 1997 e 2012



Nota: Faixa etária: 15 e mais anos. 1997 é o ano médio observado nos primeiros inquéritos e 2012 é o ano médio observado nos últimos inquéritos. 23 países. Ver Anexo 3, Quadro A.3.2 para dados a nível nacional e o Anexo A.7, Quadro A.7.2 para o ano do inquérito.

Fonte: Charmes, a publicar.

restantes oito países onde os dados das tendências estão disponíveis, o trabalho de cuidados não remunerado das mulheres aumentou, em especial no Japão, mas também na África do Sul, no Benim e na República Unida da Tanzânia. Isto ocorreu independentemente de um pequeno aumento na participação dos homens no trabalho de cuidados não remunerado na África do Sul, Austrália, Bélgica, Espanha, Itália, Japão, Noruega, Nova Zelândia, Reino Unido e Suécia (ver Figura 2.17).

No Canadá, entre 2005 e 2010, houve um aumento no trabalho de cuidados não remunerado entre as mulheres (+5 minutos) e especialmente entre os homens (+14 minutos) devido à crise económica. Os dados deste país sobre o uso do tempo (2010) mostram que ficar em situação de desemprego é uma desvantagem maior para as mulheres, que em média aumentaram o tempo dedicado ao trabalho de cuidados não remunerado do que o observado para os homens.⁸⁷ Após a recuperação da crise, a tendência decrescente pré-crise nas horas dedicadas ao trabalho de cuidados não remunerado foi retomada de forma ainda mais decisiva, especialmente entre as mulheres.⁸⁸ Nos Estados Unidos da América, o tempo despendido pelos homens no trabalho remunerado diminuiu 26 minutos entre 2008 e 2010.⁸⁹ Conclui-se que os países nos Estados Unidos da América proporcionam mais cuidados a crianças quando a taxa geral de desemprego aumenta acima de 6 por cento. Este é especialmente o caso nos agregados familiares onde o trabalho remunerado da mãe aumenta.⁹⁰ A prestação de cuidados não remunerada das mulheres, e até certo ponto dos homens, aumentou como resultado do elevado desemprego, mas

diminuiu de novo após os efeitos da crise terem desaparecido. Isto aponta para o papel significativo que a prestação de trabalho de cuidados não remunerado e as normas relativas aos papéis que os homens e as mulheres desempenham na conceção de estratégias familiares para fazer face às dificuldades crescentes durante a recessão.⁹¹

No que respeita aos homens, nos últimos 50 anos houve um aumento generalizado da contribuição dos pais para os cuidados às crianças e para o trabalho doméstico em alguns países europeus, assim como na Austrália, Canadá, Estados Unidos da América e Israel.⁹² A Figura 2.17 mostra a Noruega e a Itália com o maior aumento na contribuição dos homens para o trabalho de cuidados não remunerado (55 e 30 minutos, respetivamente), semelhante à Suécia (18 minutos). A África do Sul é o único país de médio rendimento que sentiu um tal aumento na prestação de trabalho de cuidados não remunerado dos homens (15 minutos). Mais recentemente, tem sido uma característica particularmente significativa entre homens mais jovens e com um elevado nível de escolaridade em países com taxas de fertilidade muito baixas, como a Alemanha, Espanha e Itália, uma maior contribuição para o trabalho de cuidados não remunerado.⁹³ Este aumento tem sido menos significativo em Espanha, que passou de 1 hora e 59 minutos por dia no início dos anos 2000 para 2 horas e 8 minutos por dia em 2010.

Ainda assim, este lento progresso no sentido de tornar as relações de género intrafamiliares mais igualitárias em alguns países⁹⁴ foi atenuado por um abrandamento, ou «nive-lação», da contribuição dos homens para o trabalho de cuidados não remunerado entre o final da década de 1990 e o início da década de 2000 e o período de 2009-2015. Esta tendência tem sido evidente em países como a Austrália, Bélgica, Canadá, Estados Unidos da América e Japão.⁹⁵ Ocorreu noutros países uma descida real na contribuição dada por homens para o trabalho de cuidados não remunerado, nomeadamente a Tailândia (48 minutos), França (48 minutos), Finlândia (26 minutos), Benim (23 minutos), República da Coreia (21 minutos) e Alemanha (11 minutos) (ver Figura 2.17).

Alguns fatores explicativos

Não obstante existirem alguns sinais positivos, a persistência do trabalho de cuidados não remunerado e a segregação sexual nos últimos 20 anos continuam a ser obstáculos importantes para uma convergência mais rápida visando, em primeiro lugar, mais igualdade nas famílias e, em segundo, uma maior igualdade de género no mercado de trabalho como resultado (ver a secção seguinte).⁹⁶ Ainda que tenha aumentado a participação das mulheres no trabalho remunerado, os papéis de género persistem em casa, onde as mulheres continuam a assumir o papel principal na prestação de cuidados diretos e nas tarefas domésticas de rotina, mesmo nas famílias com duplo rendimento.⁹⁷ A redução gradual do diferencial de género no trabalho de cuidados não remunerado em alguns países tem sido impulsionada sobretudo pela redução do tempo dedicado pelas mulheres nas tarefas domésticas. Simultaneamente, nos últimos 50 anos, o tempo dedicado pelas mulheres aos cuidados a crianças aumentou em alguns países de rendimento elevado.⁹⁸ Como ilustrado na Figura 2.9, a relação entre a participação das mulheres no mercado de trabalho e sua proporção de trabalho de cuidados não remunerado não é linear. As mulheres, de facto, acrescentam o trabalho de cuidados não remunerado ao seu tempo dedicado ao trabalho remunerado, trabalhando com efeito num «segundo turno» de trabalho de cuidados não remunerado.⁹⁹ As mulheres com um rendimento mais baixo,

a viver em meio rural e com menos escolaridade que vivem com filhos pequenos geralmente dedicam ainda mais horas ao trabalho de cuidados não remunerado do que as suas contrapartes com um rendimento mais elevado, a viver em meio urbano e com um nível de escolaridade mais alto.

Os homens, especialmente os que têm um nível de escolaridade elevado, realizam mais trabalho de cuidados não remunerado, apesar de se tratar de trabalho definido como masculino e não rotineiro (por exemplo, fazer compras, transportes, reparações em casa, etc.) e «tempo de qualidade» no que se refere aos cuidados às crianças.¹⁰⁰ Dito isto, o tempo que os homens dedicam ao cuidado de crianças permanece em geral baixo, em comparação com as mulheres,¹⁰¹ mas tem vindo a aumentar progressivamente em países como os Países Baixos, a Noruega e o Reino Unido desde a década de 1960.¹⁰² As políticas de cuidados, especialmente os incentivos para os pais tirarem licenças parentais, têm desempenhado um papel importante na promoção da partilha dos cuidados às crianças e na promoção da igualdade na divisão do trabalho de cuidados não remunerado (ver Capítulo 3).¹⁰³

Mais recentemente, o impacto da crise económica de 2008, a conformidade com as normas culturais de género (ver secção 2.3), as práticas discriminatórias no local de trabalho e o denominado «efeito teto de vidro» das políticas atuais (nomeadamente os limites da sua eficácia na transformação das desigualdades existentes no trabalho de cuidados não remunerado), podem todos contribuir para a explicação do recente abrandamento na convergência da paridade observada em alguns países de mais elevado rendimento.¹⁰⁴

A persistência das diferenças entre homens e mulheres substanciais noutros países pode ser também resultado destes fatores. Alguns analistas também apontaram para os efeitos do aumento dos horários de trabalho atípicos (trabalho por turnos, horas longas e/ou fragmentadas) no setor de serviços, que serviram para reforçar a divisão tradicional do trabalho de cuidados não remunerado.¹⁰⁵ Provou-se ser particularmente difícil de alcançar uma divisão mais igualitária das tarefas domésticas de rotina, uma vez que uma expansão dos serviços de cuidados pode reduzir o trabalho doméstico apenas de forma marginal. As tarefas domésticas de rotina, e os cuidados diretos em particular, são incompatíveis com os longos horários do trabalho e dessocializantes que caracterizam certos empregos assumidos sobretudo pelos homens.¹⁰⁶ A nível mundial, uma diferença de 10,8 pontos percentuais separa os homens e as mulheres que trabalham por conta de outrem, um número horas excessivas (mais de 48 horas por semana), enquanto mais de 5,5 pontos percentuais separam os homens e as mulheres que trabalham por conta própria.¹⁰⁷ As horas de trabalho excessivas são mais comuns na Ásia Oriental, Ocidental e Central, onde quase metade dos homens e das mulheres trabalham longas horas. Na Etiópia, Filipinas, Jordânia, Marrocos, Nigéria, Paquistão, Singapura e Turquia, mais de 40 por cento dos homens trabalham mais de 48 horas por semana.¹⁰⁸

Ainda que o progresso geral na divisão mais igualitária do trabalho de cuidados não remunerado tenha sido limitado até este momento, existem políticas em vários países que estão a conduzir a uma divisão mais igualitária no trabalho de cuidados não remunerado. Como discutido mais adiante nos Capítulos 3 e 6, estes exemplos sugerem que a paridade de género na divisão do trabalho de cuidados não remunerado poderia ser alcançada até 2030, desde que uma mudança nos princípios que moldam as políticas de cuidados possa gerar um ambiente político propício que vise a promoção ativa da igualdade de género em casa e no trabalho (ver Capítulo 1).¹⁰⁹

2.2. TRABALHO DE CUIDADOS NÃO REMUNERADO E DESIGUALDADES ENTRE MULHERES E HOMENS NO MUNDO DO TRABALHO

Os agregados familiares, as famílias e a reprodução social sob a forma de prestação de trabalho de cuidados não remunerado, a sua intensidade e a desigualdade na sua distribuição têm sido negligenciados na análise das desigualdades no mercado de trabalho. A desigualdade entre homens e mulheres no trabalho de cuidados não remunerado é, contudo, o elo perdido que influencia a situação entre homens e mulheres no mundo do trabalho.¹¹⁰ É essencial a aplicação de uma «lente de cuidados» ao quadro analítico, tanto nas suas dimensões remunerado como não remunerado, para entender e abordar a perpetuação das desigualdades de género na mão-de-obra.

Na secção seguinte discute-se como a divisão desigual do trabalho no contexto familiar molda as diferenças entre homens e mulheres na participação no mercado de trabalho, na taxa de emprego, nas horas trabalhadas e na informalidade dos empregos. Tanto a estrutura do agregado familiar como a presença de dependentes na família que exigem cuidados ou apoio têm uma influência importante no nível e modalidades da participação de mulheres cuidadoras e não cuidadoras e de homens cuidadores e não cuidadores no mercado de trabalho. Estes, de facto, moldam a decisão das mulheres no momento de decidir se querem ou não integrar o mercado de trabalho, assim como a intensidade (isto é, com que duração do trabalho) e com que qualidade do seu trabalho remunerado.

2.2.1. O trabalho de cuidados não remunerado como a principal barreira à participação das mulheres no mercado de trabalho

Em 2018, a taxa de participação das mulheres no mercado de trabalho era de 48,5 por cento, em comparação com 75,0 por cento dos homens. Isto representa uma diferença entre homens e mulheres de 26,5 pontos percentuais.¹¹¹ Estes números significam que, a nível mundial, 2,1 mil milhões de pessoas se encontravam inativas, o que corresponde a um total de 67,3 por cento de mulheres em idade ativa (mais de 1,4 mil milhões), em comparação com 32,7 por cento de homens (706 milhões) da mesma faixa etária. Como debatido anteriormente, a «inatividade» estatística da mão-de-obra feminina oculta a sua enorme contribuição para a sociedade através da prestação de milhares de milhões de horas de trabalho de cuidados não remunerado - uma contribuição que permanece invisível e não considerada nas estatísticas nacionais (ver secção 2.1.2). Além disso, serve para esconder as «mulheres desaparecidas» nas estatísticas do trabalho, nomeadamente as mulheres que trabalham fora de casa, mas que se identificam a si mesmas como «donas de casa» porque desvalorizam e não comunicam o seu trabalho remunerado.¹¹²

Não obstante estas médias mundiais reflitam uma distribuição entre mulheres e homens do trabalho de cuidados não remunerado quase inalterada (ver secção 2.1.5), as diferenças regionais na participação das mulheres no mercado de trabalho refletem não só normas culturais de género persistentes,¹¹³ mas, sobretudo, a falta de oportunidades adequadas para que as mulheres possam conciliar o trabalho remunerado com o trabalho de cuidados não remunerado. Nas regiões onde a diferença entre homens e mulheres na participação no mercado de trabalho tem sido mais ampla (por exemplo, nos Estados Árabes e Norte de África), assim esta permanece. No Sul da Ásia e na Ásia Oriental, a diferença aumentou ainda mais.¹¹⁴ Juntamente com a Europa Setentrional, Meridional e Ocidental, a América do Norte e a África Subsariana, a América Latina é a região onde

a diferença entre homens e mulheres na participação no mercado de trabalho tem diminuído mais, tendo a taxa de participação das mulheres aumentado de 40,3 por cento em 1991 para 51,5 por cento em 2018. A taxa de participação das mulheres em idade reprodutiva no mercado de trabalho, que aumentou de 53 por cento em 1992 para 65 por cento em 2012, parece ter desempenhado um importante papel no aumento global.¹¹⁵

A análise que se segue fornece novas perspetivas no sentido de compreender melhor estes fenómenos mundiais e regionais. Pela primeira vez, uma nova análise de microdados de 89 inquéritos à população ativa junto dos agregados familiares (abrangendo 81,3 por cento da população mundial em idade ativa) permite fazer uma avaliação a nível mundial, regional e de rendimento do país da medida em que a presença de dependentes, usada como um fator indicativo do trabalho de cuidados não remunerado, afeta os resultados do mercado de trabalho relativamente às mulheres e aos homens, começando com a respetiva participação no mercado de trabalho. A análise incluiu mais de 15 milhões de observações, a partir das quais foram identificadas a composição do agregado familiar e a distinção entre cuidadores remunerados e não cuidadores, assim como identificar beneficiários dos cuidados (ver Capítulo 1).

Em 2018, havia aproximadamente 2,3 mil milhões¹¹⁶ de mulheres e homens adultos¹¹⁷ (1,2 mil milhões de mulheres e 1,1 mil milhões de homens)¹¹⁸ a viver em agregados familiares com pelo menos uma criança com menos de 15 anos ou uma pessoa idosa com idade igual ou superior à «esperança de vida saudável» do país.¹¹⁹ Esta população de «potenciais» cuidadores não remunerados representa 41,9 por cento da população em idade ativa. Ainda que morar numa casa com uma pessoa com necessidade de cuidados aumente a probabilidade de o trabalho de cuidados não remunerado ser prestado, a secção 2.1 demonstrou que nem todas as pessoas potenciais cuidadoras não remuneradas prestam trabalho de cuidados não remunerado. De facto, é a intensidade da prestação de horas de cuidados não remuneradas, que varia substancialmente de acordo com o sexo e outros aspetos socioeconómicos, que afeta a situação profissional.

Participação de pessoas cuidadoras não remuneradas na mão-de-obra

Esta subsecção inicia-se com a avaliação da distribuição das pessoas cuidadoras não remuneradas na mão-de-obra, centrando-se nas pessoas que vivem com uma pessoa dependente de cuidados que se encontra fora do mercado de trabalho (isto é, «inativo») e presta trabalho de cuidados não remunerado a tempo completo. Uma comparação entre as taxas de participação das mulheres e dos homens no mercado de trabalho mostra que a presença de crianças com menos de 15 anos de idade ou de pessoas idosas no agregado familiar tem um efeito negativo na participação das mulheres no mercado de trabalho (uma «penalização na participação na força de trabalho») e um efeito positivo na dos homens («prémio de participação na força de trabalho»). A penalização é maior no caso das mulheres que vivem com crianças de 0 a 5 anos.

Ao examinar no mercado de trabalho as diferenças entre as mulheres cuidadoras e as não cuidadoras, os dados mostram que, a nível mundial, 45,1 por cento das mulheres cuidadoras não remuneradas estão fora do mercado de trabalho, em comparação com 42,6 por cento das mulheres sem responsabilidades de cuidados diretos (Figura 2.18). Na maioria das regiões ou categorias de rendimento regista-se igualmente esta penalização para as mulheres que vivem com os beneficiários dos cuidados. A diferença entre as taxas de emprego das mulheres cuidadoras, em oposição às não cuidadoras, é nega-

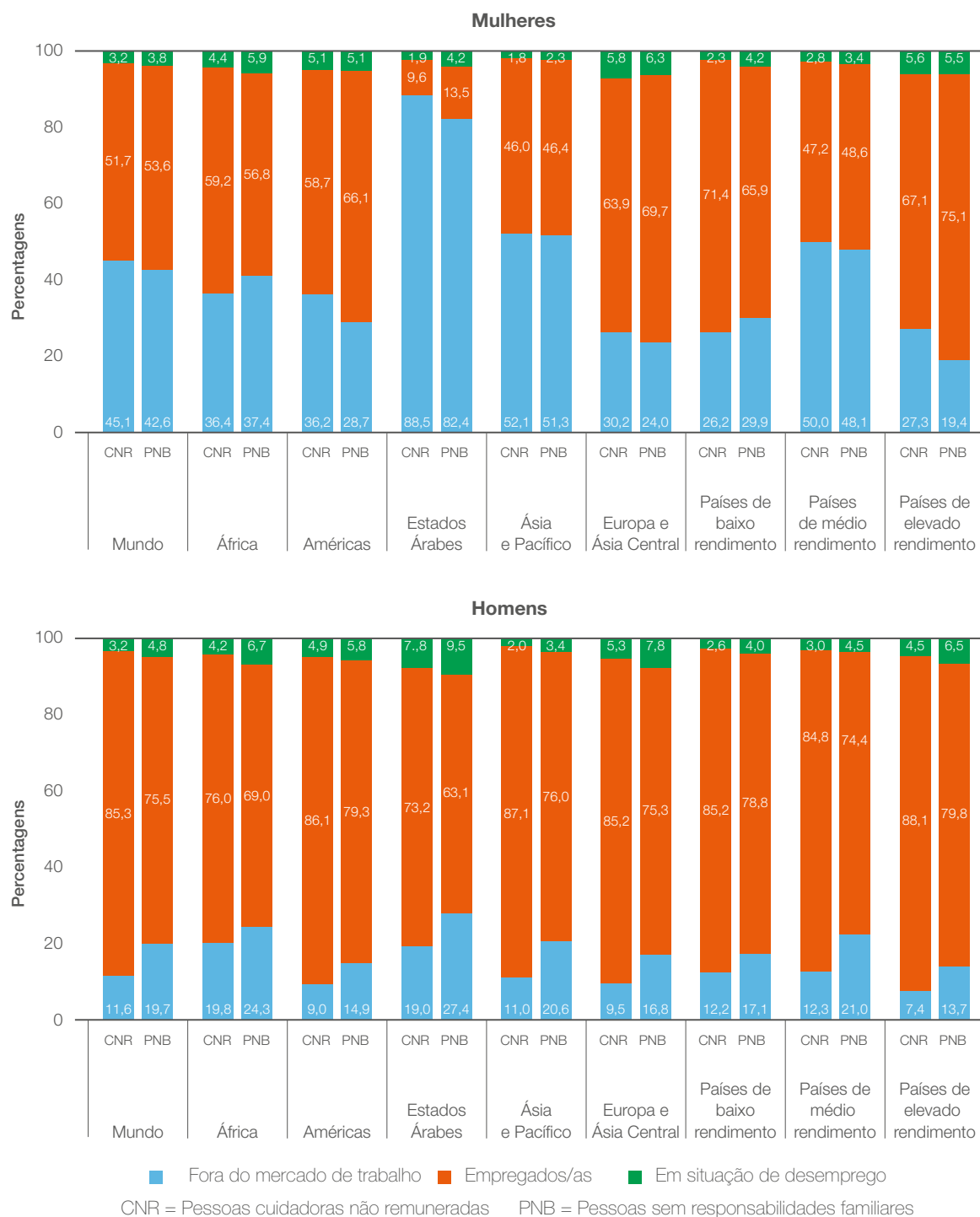
tiva e mais elevada nos países com maior rendimento, com uma diferença de 8 pontos percentuais. Nestes países de rendimento elevado, 27,3 por cento das mulheres cuidadoras não remuneradas encontram-se fora do mercado de trabalho, em comparação com 19,4 por cento das mulheres sem responsabilidades de cuidados. A nível regional, as Américas registam o maior diferencial (7,4 pontos percentuais) entre a taxa de emprego das mulheres cuidadoras e das não cuidadoras, seguidas pela Europa e a Ásia Central (5,8 pontos percentuais). Por exemplo, na Hungria, 61,9 por cento das mulheres cuidadoras estão empregadas, em comparação com 85,4 por cento das mulheres não cuidadoras, uma diferença de mais de 20 pontos percentuais. A Áustria, a República Checa e a Suíça também apresentam amplas diferenças no emprego entre as mulheres cuidadoras e as mulheres não cuidadoras (cerca de 20 pontos percentuais). Estes são também países nos quais o acesso aos serviços públicos de cuidados é limitado (ver Capítulos 3 e 4).

É nos países de médio rendimento que se encontram as percentagens mais elevadas de mulheres fora do mercado de trabalho que são cuidadoras não remuneradas (50,0 por cento) e que não são cuidadoras (48,1 por cento). A nível regional, nos Estados Árabes é mais provável que as mulheres cuidadoras não remuneradas se encontrem fora da força de trabalho, uma vez que apenas aproximadamente 10 em cada 100 mulheres cuidadoras não remuneradas estão empregadas. Este é o número mais baixo em todas as regiões e em todos os grupos de rendimento. Nesta região, apenas 14 em cada 100 mulheres não cuidadoras estão empregadas. As exceções às penalizações no mercado de trabalho relacionadas com os cuidados podem, todavia, ser encontradas em África e nos países de baixo rendimento. Em África, por exemplo, as mulheres cuidadoras estão melhor representadas entre as mulheres empregadas (mais 2,4 pontos percentuais do que as mulheres não cuidadoras) e têm menos probabilidades de se encontrar fora do mercado de trabalho (1,0 pontos percentuais) do que as mulheres não cuidadoras (ver a explicação abaixo da Figura 2.19).

A situação dos homens cuidadores e não cuidadores face ao emprego apresenta padrões completamente opostos aos das mulheres cuidadoras. Em todas as regiões e em todos os grupos de rendimento, é sistematicamente mais provável que os homens que vivem em agregados familiares com dependentes (cuidadores não remunerados) participem do mercado de trabalho (nomeadamente, têm um «prémio de participação na força de trabalho») em comparação com os homens que não vivem com dependentes. É mais provável que os homens estejam empregados e menos provável que estejam fora do mercado de trabalho quando vivem com crianças com menos de 15 anos de idade ou com pessoas idosas, do que quando não vivem com dependentes. Isto confirma que o modelo dos «homens como ganha-pão» continua a ser a modalidade trabalho-família que mais prevalece em todo o mundo. À escala mundial, os homens cuidadores não remunerados apresentam, em média, uma taxa de participação no mercado de trabalho 8,2 pontos percentuais mais elevada do que os homens sem estas responsabilidades de cuidados. A nível mundial, apenas 11,6 por cento dos homens cuidadores se encontram fora do mercado de trabalho e 85 em cada 100 estão empregados. Além disso, 19,7 por cento dos homens não cuidadores estão inativos e 75,5 por cento estão empregados (ver Figura 2.18).

Entre os três grupos de rendimento inquiridos, esta diferença na taxa de participação no mercado de trabalho é mais elevada entre os países de médio rendimento (8,7 pontos percentuais), onde 21,0 por cento dos homens sem responsabilidades de cuidados estão inativos, comparados com 12,3 por cento dos seus contrapartes cuidadores. A nível regional, o diferencial na participação no mercado de trabalho entre cuidadores e não

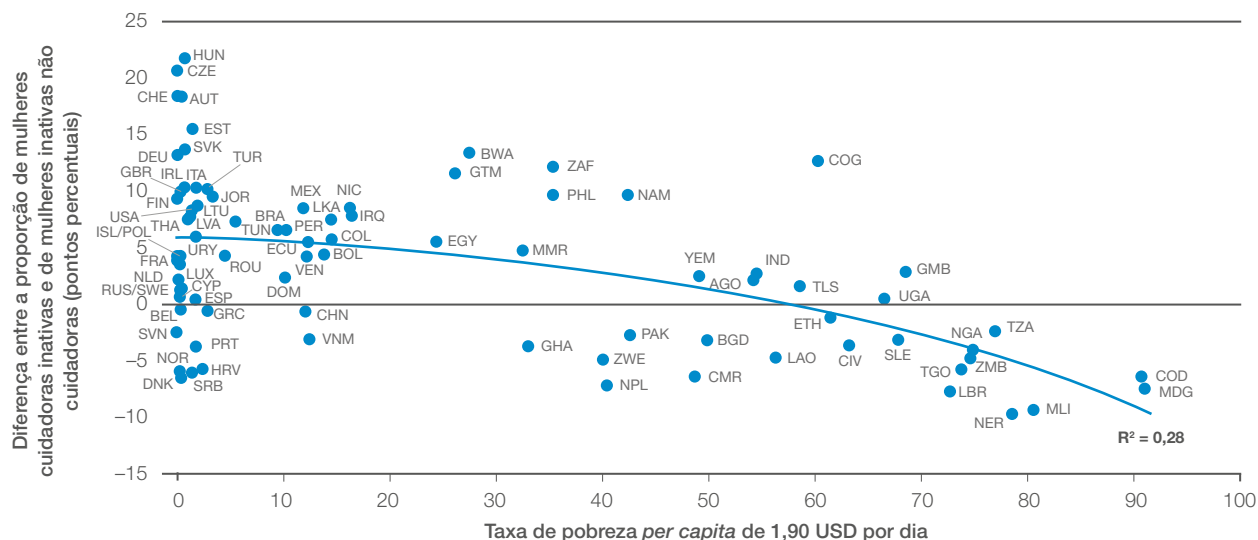
Figura 2.18. Situação face ao emprego de pessoas prestadoras de cuidados não remunerados e de pessoas sem responsabilidades familiares, por sexo, último ano disponível



Nota: a faixa etária dos países de rendimento elevado é de 25-54 anos e dos países de rendimento médio e baixo é de 18-54 anos. Estimativas mundiais, regionais e por grupo de rendimento ponderadas pela população em idade ativa. Percentagem da população em idade ativa e número de países: Mundo: 82 por cento (89); África: 70 por cento (24); Américas: 88 por cento (13); Estados Árabes: 43 por cento (3); Ásia e Pacífico: 84 por cento (15); Europa e Ásia Central: 83 por cento (34); Países de baixo rendimento: 66 por cento (14); Países de médio rendimento: 86 por cento (44); Países de elevado rendimento: 69 por cento (31). Ver Anexo A.3, Quadro A.3.3 para dados a nível nacional e o Anexo A.7, Quadro A.7.1 para o ano do inquérito.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados)

Figura 2.19. Diferença entre a proporção de mulheres cuidadoras fora do mercado de trabalho e de mulheres não cuidadoras, taxa de pobreza *per capita* de 1,90 dólares por dia, último ano disponível



Nota: Nesta figura, o diferencial positivo indica uma potencial penalização para as mulheres que vivem com beneficiários de cuidados. As diferenças a nível nacional são representadas face à taxa per capita da pobreza de 1,90 USD (PPP USD 2011). 84 países.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados) e Banco Mundial, 2018a.

cuidadores varia de 4,5 pontos percentuais em África até 9,6 na Ásia e Pacífico. A nível nacional, esta diferença é maior no Níger (16,7 pontos percentuais) e mais reduzida no Congo (-37,6 pontos percentuais), onde os homens com responsabilidades familiares participam em menor escala no mercado de trabalho do que os homens que não têm estas responsabilidades.

Para explicar melhor a situação da participação no mercado de trabalho dos cuidadores e não cuidadores, procedeu-se a uma revisão do papel desempenhado pelos níveis de pobreza em 89 países. A Figura 2.19 mostra o grau de pobreza no limiar *per capita* de 1,90 USD está negativamente correlacionado (-0,51) com a diferença entre a percentagem de mulheres cuidadoras e mulheres não cuidadoras fora do mercado de trabalho. Poderá, de facto, haver uma relação em forma de U invertido entre as duas. Nos países de baixo rendimento, não obstante a falta de serviços de cuidados, a proporção de mulheres fora da força de trabalho a viver com dependentes é menor quando comparada com as mulheres que não vivem com dependentes. Isto reflete as taxas de pobreza nestes países e a necessidade de trabalho remunerado para satisfazer as necessidades básicas da família. À medida que um país se desenvolve economicamente e a taxa *per capita* da pobreza diminui, as mulheres que vivem com filhos com menos de 15 anos de idade e com pessoas idosas tendem a sair do mercado de trabalho a um ritmo mais elevado do que as mulheres sem dependentes.

Uma pessoa cuidadora não remunerada é ligeiramente mais desvantajoso em termos económicos nas zonas rurais, onde 48,4 por cento das mulheres com dependentes estão fora da força de trabalho, em comparação com 44,6 por cento de mulheres que se encon-

Figura 2.20. Cuidadoras não remuneradas, por local de residência e situação no emprego, último ano disponível

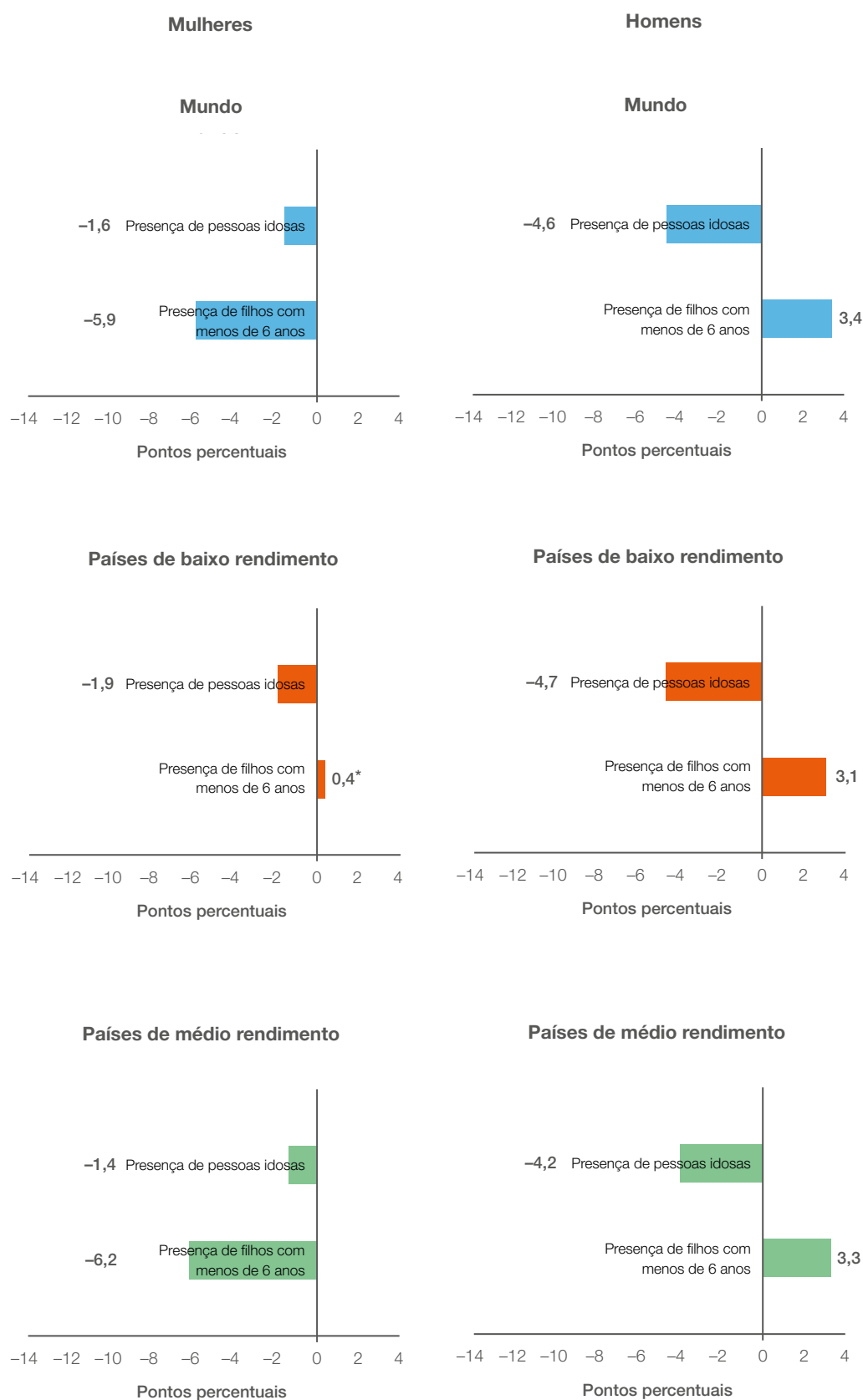
Nota: a faixa etária dos países de rendimento elevado é de 25-54 anos e dos países de rendimento médio e baixo é de 18-54 anos. Estimativas mundiais, regionais e por grupo de rendimento ponderadas pela população em idade ativa. Percentagem da população em idade ativa e número de países: Mundo: 80 por cento (82); África: 69 por cento (23); Américas: 78 por cento (10); Estados Árabes: 48 por cento (3); Ásia e Pacífico: 83 por cento (15); Europa e Ásia Central: 81 por cento (31); Países de baixo rendimento: 66 por cento (14); Países de rendimento médio: 84 por cento (40); Países de rendimento elevado: 68 por cento (28). Ver Anexo A.3, Quadro A.3.4 para dados a nível nacional e o Anexo A.7, Quadro A.7.1 para o ano do inquérito.

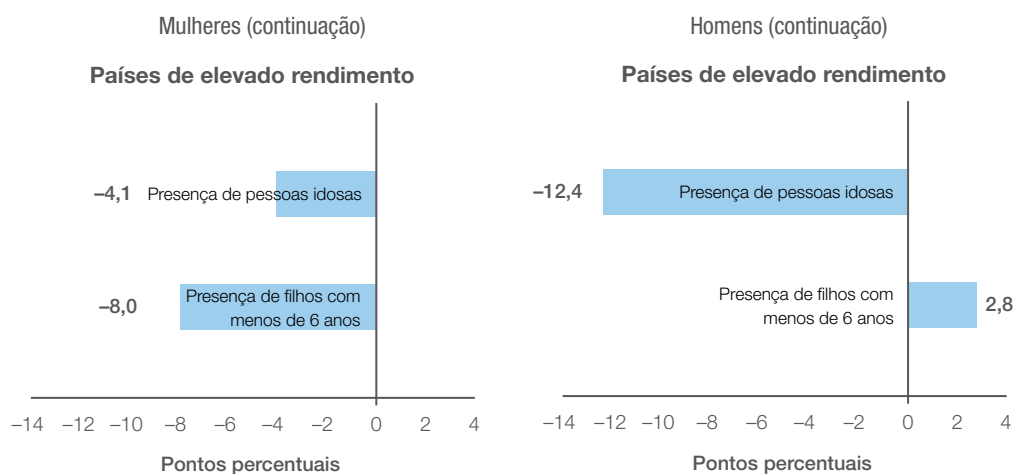
Fonte: Cálculos da OIT baseados em microdados de inquéritos sobre a força de trabalho e a agregados familiares.

tram nesta situação nas zonas rurais (Figura 2.20). A Ásia e Pacífico apresenta a maior diferença regional entre a situação no mercado de trabalho das mulheres dos meios rurais e urbanos que vivem com dependentes. Nesta região, as mulheres cuidadoras dos meios rurais têm uma probabilidade de mais 6 pontos percentuais de estarem inativas quando comparadas com as mulheres cuidadoras dos meios urbanos. Isto é determinado sobretudo pela China, onde 71,6 por cento das mulheres cuidadoras dos meios urbanos estão empregadas, em oposição a 44,4 por cento das mulheres cuidadoras dos meios rurais. A China é o país onde as mulheres que vivem nas zonas rurais são mais penalizadas. As mulheres cuidadoras que vivem nas zonas rurais são confrontadas com uma diferença na participação no mercado de trabalho de mais de 15 pontos percentuais na Guatemala, México, Roménia, Serra Leoa e Sérvia, aumentando para mais de 20 pontos percentuais na África do Sul, Bulgária, Lituânia e Nicarágua.

Além disso, o facto de ser cuidador não remunerado torna-se mais desvantajoso quando se ocupa das crianças pequenas do que de pessoas idosas. A penalização no mercado de trabalho é, além disso, mais exacerbada para as mulheres que vivem com filhos de 0 a 5 anos. Esta penalização no mercado de trabalho está ilustrada na Figura 2.21. Este facto confirma que as mulheres com filhos pequenos são as que têm uma menor probabilidade

Figura 2.21. Impacto da presença de filhos com menos de 6 anos de idade e de pessoas idosas na família e taxa de atividade, por sexo, último ano disponível





Nota: a faixa etária dos países de rendimento elevado é de 25-54 anos e dos países de médio e baixo rendimento é de 18-54 anos. As regressões dos mínimos quadrados ordinários foram estimadas para homens e mulheres no mundo e em cada grupo de rendimento. Todos os coeficientes estimados são estatisticamente significativos, com exceção dos coeficientes marcados com um asterisco. Variável dependente: participação no mercado de trabalho (1 se empregado/a ou em situação de desemprego, 0 inativo/a). Controlos: presença de crianças com menos de 6 anos no agregado familiar; presença de pessoas idosas no agregado familiar definidas como membros do agregado familiar com idade igual ou acima da esperança de vida saudável; nível de escolaridade (básico ou menos, intermédio, avançado, não declarado); local de residência (rural ou urbano); efeitos fixos por país; controlos da faixa etária (agrupados por cinco anos). Os erros padrão robustos são especificados. Percentagem da população em idade ativa e número de países: Mundo: 81 por cento (85); Países de baixo rendimento: 66 por cento (14); Países de médio rendimento: 88 por cento (43); Países de elevado rendimento: 60 por cento (28). Ver Anexo A.3, Quadro A.3.5, Painel A para os resultados das regressões e o Anexo A.7, Quadro A.7.1 para o ano do inquérito.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados)

de de ter uma atividade remunerada, independentemente de uma série de características pessoais. De facto, após verificação dos efeitos da escolaridade, faixa etária, local de residência, grupo de rendimento e de utilizar um modelo de efeitos fixos por país, os resultados da regressão do modelo de probabilidade linear mostram que, em todo o mundo, a presença de crianças com idades entre 0 e 5 anos no agregado familiar reduz as probabilidades de as mulheres participarem no mercado de trabalho em 5,9 pontos percentuais, enquanto a presença de pessoas idosas reduz a mesma probabilidade em 1,6 pontos percentuais. Por outro lado, a probabilidade de os homens estarem fora do mercado de trabalho é afetada positivamente pela presença de filhos com menos de seis anos de idade em 3,4 pontos percentuais («prémio de paternidade»), não obstante serem também negativamente afetados pela presença de pessoas idosas, e até em maior escala do que as mulheres (-4,6 pontos percentuais).

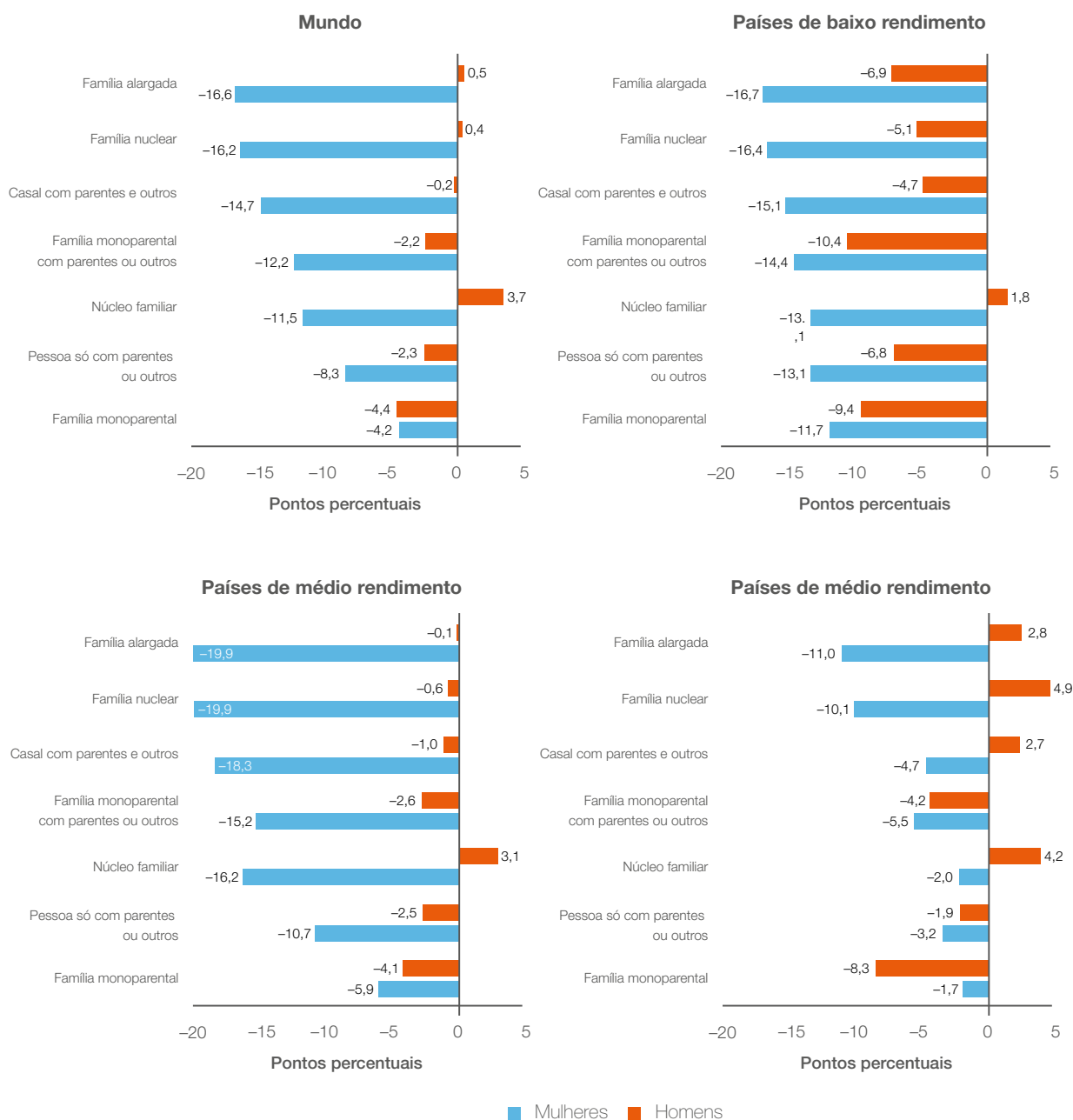
As mulheres que vivem em países de elevado rendimento são as mais significativamente penalizadas pela presença de filhos de 0 a 5 anos. De facto, estas têm 8 por cento menos probabilidade de se encontrarem no mercado de trabalho em comparação com as mulheres sem filhos na mesma faixa etária. Nos países de rendimento elevado, as famílias podem encontrar barreiras no acesso aos serviços de cuidados e, consequentemente, emerge um *trade-off* entre o custo dos cuidados a crianças fora da família e os ganhos provenientes do trabalho remunerado. Isto resulta muitas vezes em que as mulheres são obrigadas a sair do mercado de trabalho porque os seus salários são geralmente mais baixos do que os dos seus companheiros masculinos. Nos países de elevado rendimento, a diminuição da participação das mulheres na presença de filhos pequenos é acompanhada por um aumento de 2,8 pontos percentuais da taxa de participação dos homens no mercado de trabalho, um «prémio de paternidade».

Nos países de baixo rendimento, a presença de filhos com 0-5 anos não influencia a participação das mulheres na força de trabalho, enquanto aumenta as probabilidades de os homens se encontrarem no mercado de trabalho (+3,1 pontos percentuais). Com a presença de filhos com menos de seis anos de idade, a participação das mulheres no mercado de trabalho pode aumentar devido à falta de proteção social e de rendimento. Nos ambientes com poucos recursos, as mulheres podem não ter outra opção senão integrar ou manterem-se no mercado de trabalho para poderem sustentar os seus filhos pequenos. Adicionalmente, e como apresentado no Capítulo 1, nos países de baixo rendimento, 32,7 por cento das pessoas em idade ativa vivem em famílias alargadas onde as responsabilidades de cuidados podem ser partilhadas entre os membros da família, permitindo assim que as mulheres continuem a trabalhar. Além disso, estes são países com uma elevada prevalência de trabalhadores independentes, especialmente por conta própria e familiares não remunerados/as na agricultura, maioritariamente na economia informal, um facto que permite aos/às trabalhadores/as independentes combinar o trabalho contra remuneração ou em troca de benefícios com os cuidados a crianças, mesmo se não for da forma mais satisfatória.¹²⁰

A presença de pessoas idosas na família é igualmente um fator que afeta negativamente a participação das mulheres no mercado de trabalho, mas em menor medida quando comparado com o impacto causado pelas crianças com menos de seis anos de idade. Tal como a presença de filhos com 0-5 anos, isto é mais significativo nos países de elevado rendimento onde a redução da participação das mulheres no mercado de trabalho é de 4,1 pontos percentuais, seguidos pelos países de baixo rendimento (-1,9 pontos percentuais) e os países de médio rendimento (-1,4 pontos percentuais). Este resultado relaciona-se com os diferentes rácios de dependência de cuidados entre os dois grupos de rendimento do país, marcado pelas diferentes dimensões do envelhecimento da população e pela expectativa de vida (ver Capítulo 1). Em todos os cuidadores não remunerados e em todos os grupos de rendimento, porém, a presença de pessoas idosas está associada à maior queda na taxa de participação entre os homens, o que é novamente visível em países de rendimento elevado (-12,4 pontos percentuais). Isso pode ser explicado pelo facto de que as taxas de homens solteiros são mais elevadas entre os países incluídos neste grupo de rendimento e que os homens com 25-54 anos em vários destes países tendem a sair de casa dos pais mais tarde do que as mulheres com a mesma idade. Adicionalmente, isto também pode dever-se a condições de trabalho precárias (ver Capítulo 1). Um número crescente de homens é também confrontado com um *trade-off* entre estar no mercado de trabalho e cuidar dos pais idosos, uma vez que os cuidados a pessoas idosas são sobretudo privados e dispendiosos (ver Capítulos 3 e 4).

Participação no mercado de trabalho e composição do agregado familiar¹²¹

As decisões sobre a participação no mercado de trabalho nomeadamente sobre trabalhar ou não e, se assim for, quantas horas dedicar ao trabalho remunerado - são geralmente tomadas no contexto familiar, sendo as respetivas relações de negociação/poder entre o casal um importante fator (ver secção 2.3). As características e as dinâmicas do agregado familiar em relação à presença de outras potenciais pessoas cuidadoras de adultos ou a crianças, especialmente mulheres e raparigas, também influenciam a participação das mulheres e dos homens no mercado de trabalho e as diferenças entre homens e mulheres relacionadas com a atividade ou inatividade. É no início da formação do casal e da família que emergem as entre homens e mulheres e que se acentuam as diferenças que existiam antes.¹²²

Figura 2.22. Probabilidade de estar no mercado de trabalho, por sexo e composição da família (em comparação com pessoas sós), último ano disponível

Nota: a faixa etária dos países de elevado rendimento é de 25-54 anos e dos países de médio e baixo rendimento é de 18-54 anos. As regressões dos mínimos quadrados ordinários foram estimadas para homens e mulheres no mundo e em cada grupo de rendimento. Todos os coeficientes estimados são estatisticamente significativos, com exceção dos coeficientes marcados com um asterisco. Variável dependente: participação no mercado de trabalho (1 se empregado/a ou em situação de desemprego, 0 se fora do mercado de trabalho). Controlos: tipo de família (alargada, família nuclear, nuclear com parentes, família monoparental com parentes, núcleo, casal com parentes, família monoparental), grupo de referência: solteiro/a; nível de escolaridade (básico ou menos, intermédio, avançado, não iniciado); local de residência (rural ou urbano); efeitos fixos por país, controlos de grupos etários (agrupados por cinco anos). Os erros padrão robustos são especificados. Percentagem da população em idade ativa e número de países: Mundo: 78 por cento (84); Países de baixo rendimento: 66 por cento (14); Países de rendimento médio: 83 por cento (42); Países de elevado rendimento: 60 por cento (28). Ver Anexo A.3, Quadro A.3.5, Painel B para os resultados das regressões e o Anexo A.7, Quadro A.7.1 para o ano do inquérito.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados)

Em comparação com as mulheres solteiras, é menos provável que as mulheres casadas ou em união de facto ou que vivam com filhos sejam ativas no mercado de trabalho (Figura 2.22). A nível mundial, a probabilidade da sua participação diminui em 16,6 pontos percentuais no caso das mulheres em agregados familiares alargados e em 16,2 pontos percentuais no caso das mulheres que vivem em famílias nucleares (nomeadamente, casal com filhos) onde prevalece o modelo «homens como ganha-pão». A probabilidade de as mulheres estarem no mercado de trabalho diminui em 14,7 por cento nas famílias «núcleo familiar» (nomeadamente, casal sem filhos) com parentes. Isto aponta novamente para o papel de ganha-pão dos homens no casal. Isto também sugere que a presença de outras mulheres adultas no agregado familiar compensa apenas parcialmente as responsabilidades de cuidados da mãe. Consequentemente, a presença de outras mulheres adultas não é sistematicamente associada a uma maior taxa de participação das mães no mercado de trabalho. Em famílias monoparentais com parentes, assim como em núcleos familiares, a probabilidade de as mulheres integrarem o mercado de trabalho diminui em 12,2 e 11,5 pontos percentuais, respetivamente. Não é surpreendente que a redução mais pequena na participação das mulheres no mercado de trabalho (-4,2 pontos percentuais) seja registada nas famílias monoparentais, a maioria das quais encabeçadas por mulheres. Nestas famílias, as mulheres são confrontadas com a necessidade de trabalhar em troco de um rendimento para sustentar e garantir o sustento dos seus filhos.

Em consistência com o que foi previamente delineado, o facto de não viver só afeta a participação dos homens no mercado de trabalho. A probabilidade de integrar o mercado de trabalho diminui em 0,2 pontos percentuais relativamente aos homens em famílias núcleo com parentes, 76 vezes menos do que o observado nas mulheres (-14,7 pontos percentuais). A nível mundial, os homens que vivem com cônjuge e sem filhos (no núcleo familiar) têm uma maior probabilidade de estarem no mercado de trabalho (+3,7 pontos percentuais) em comparação com os homens solteiros. É também visível um «prémio de participação no mercado trabalho» nos homens que vivem em famílias alargadas (+0,5 pontos percentuais) e em famílias nucleares (+0,4 pontos percentuais). Estes dados confirmam o modelo «homens como ganha-pão» - «mulheres como cuidadoras», assim como o hipotético «prémio de paternidade».

A análise por grupos de rendimento do país mostra que estes padrões persistem nos países de elevado rendimento. Contudo, é notável que nestes países as mulheres que vivem com cônjuge (num núcleo familiar) tenham uns meros 2 pontos percentuais a menos de oportunidade de participar no mercado de trabalho em comparação com as mulheres solteiras. Isto sugere a existência de um modelo de ganha-pão mais igualitário anterior à paternidade nos países onde as mulheres são mais instruídas, o casamento está em declínio e a fecundidade é adiada (ver secção 1.2). Existe, todavia, um «prémio de participação na força de trabalho» para os homens em união de facto (em famílias nucleares, famílias alargadas, núcleo familiar e núcleo familiar com parentes), que são mais propensos a serem ativos do que os seus contrapartes solteiros. Em comparação, nos países de baixo rendimento, os homens em núcleos familiares (casal) têm apenas 1,8 por cento mais possibilidades de estar no mercado de trabalho em comparação com os solteiros, indicando um efeito mais neutro para o casamento ou a coabitação. As mulheres em países de baixo rendimento, pelo contrário, sofrem uma «penalização pelo casamento» que resulta numa queda de 13,1 pontos percentuais na probabilidade de as mulheres casadas ou em união de facto estarem empregadas ou à procura de emprego.

Nos países de baixo rendimento, a probabilidade de as mulheres e homens não solteiros integrarem o mercado de trabalho é sempre mais baixa, independentemente do tipo de agregado familiar. Não obstante, para as mulheres, este efeito é mais forte (em termos de magnitude) do que para os homens e sempre em cerca de -14 pontos percentuais. O facto de os resultados serem semelhantes para as famílias com e sem filhos sugere que o que impede as mulheres de trabalhar pode estar relacionado tanto com o trabalho de cuidados não remunerado quanto com outras barreiras estruturais, como as normas sociais, questões relacionadas com a segurança, falta de infraestruturas e de oportunidades de rendimento. Como mostrado na secção 2.3, se a nível mundial a conciliação entre trabalho e família é um dos desafios mais difíceis enfrentados pelas mulheres trabalhadoras, especialmente na África Subsaariana, o tratamento discriminatório no trabalho (incluindo abusos, assédio e discriminação) é citado como o principal desafio por 20 por cento das pessoas inquiridas, homens e mulheres, seguido pela conciliação entre trabalho e família.¹²³

Nos países de médio rendimento, a participação dos homens no mercado de trabalho é afetada pela composição da família; varia entre +3,1 pontos percentuais para núcleos familiares e -4,1 pontos percentuais para famílias monoparentais. Contudo, o impacto da presença de dependentes no agregado familiar para as mulheres é ainda mais acentuado do que nos países de baixo rendimento: nos agregados familiares alargados, as mulheres têm quase -19,9 por cento menos probabilidades de estar no mercado de trabalho. A probabilidade para os homens, pelo contrário, diminui em apenas 0,1 pontos percentuais. Este é o maior diferencial entre homens e mulheres em todos os grupos de rendimento. Nas famílias nucleares também a probabilidade de as mulheres estarem no mercado de trabalho é 19,9 pontos percentuais inferior do que para as mulheres solteiras.

O efeito de uma forte prevalência de VIH

Nos países com uma prevalência de VIH mais elevada e com falta de serviços de cuidados, ou com um acesso insuficiente, pode ser difícil combinar os deveres de cuidados para com os membros afetados pelo VIH com o trabalho remunerado. Um estudo da OIT a publicar, que utiliza microdados de inquéritos demográficos e de saúde, testou a hipótese de em que medida a presença de um membro da família afetado pelo VIH no agregado familiar torna mais difícil que os prestadores de cuidados não remunerados estejam empregados, e se podem surgir as diferenças entre homens e mulheres neste sentido. A análise foi realizada em três países com epidemia generalizada, a Libéria, a Namíbia e a Zâmbia, e foi restringida aos membros do agregado familiar que são VIH negativos. Depois do controlo de diferentes fatores, como o nível de instrução, local de residência e idade, e recorrendo a uma análise de regressão, concluiu-se que ser mulher e viver num agregado familiar com um membro da família que vive com o VIH reduz significativamente a probabilidade de estar empregada.¹²⁴

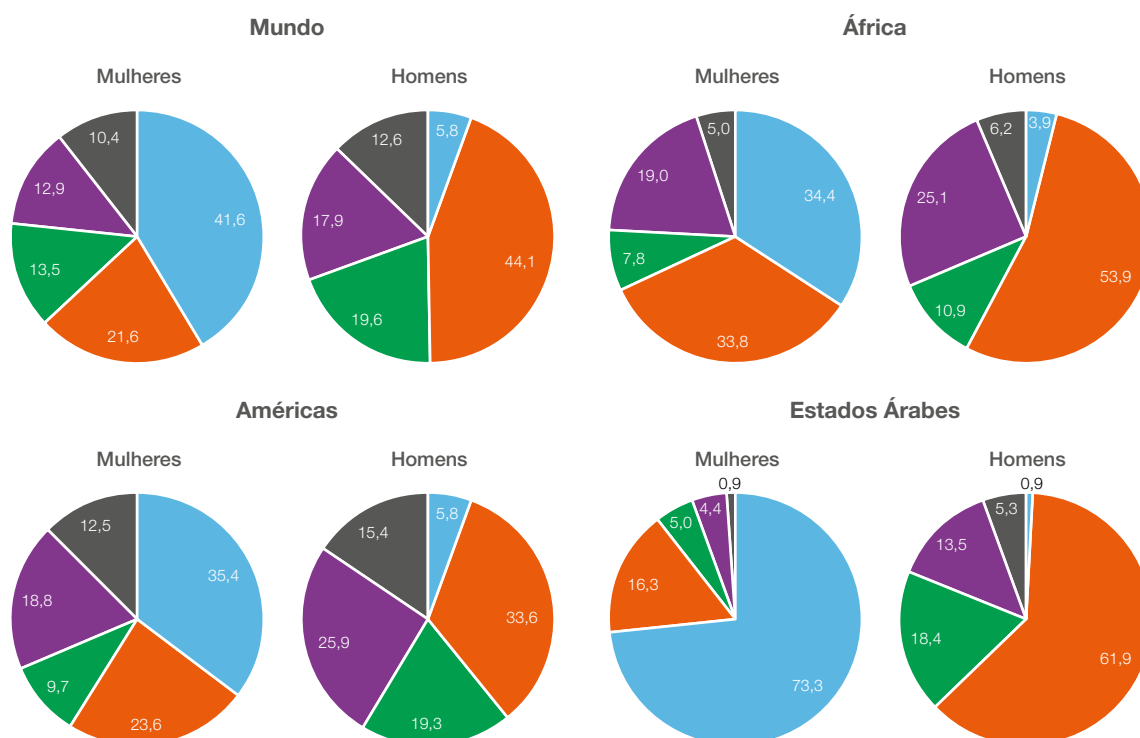
A principal razão para a inatividade

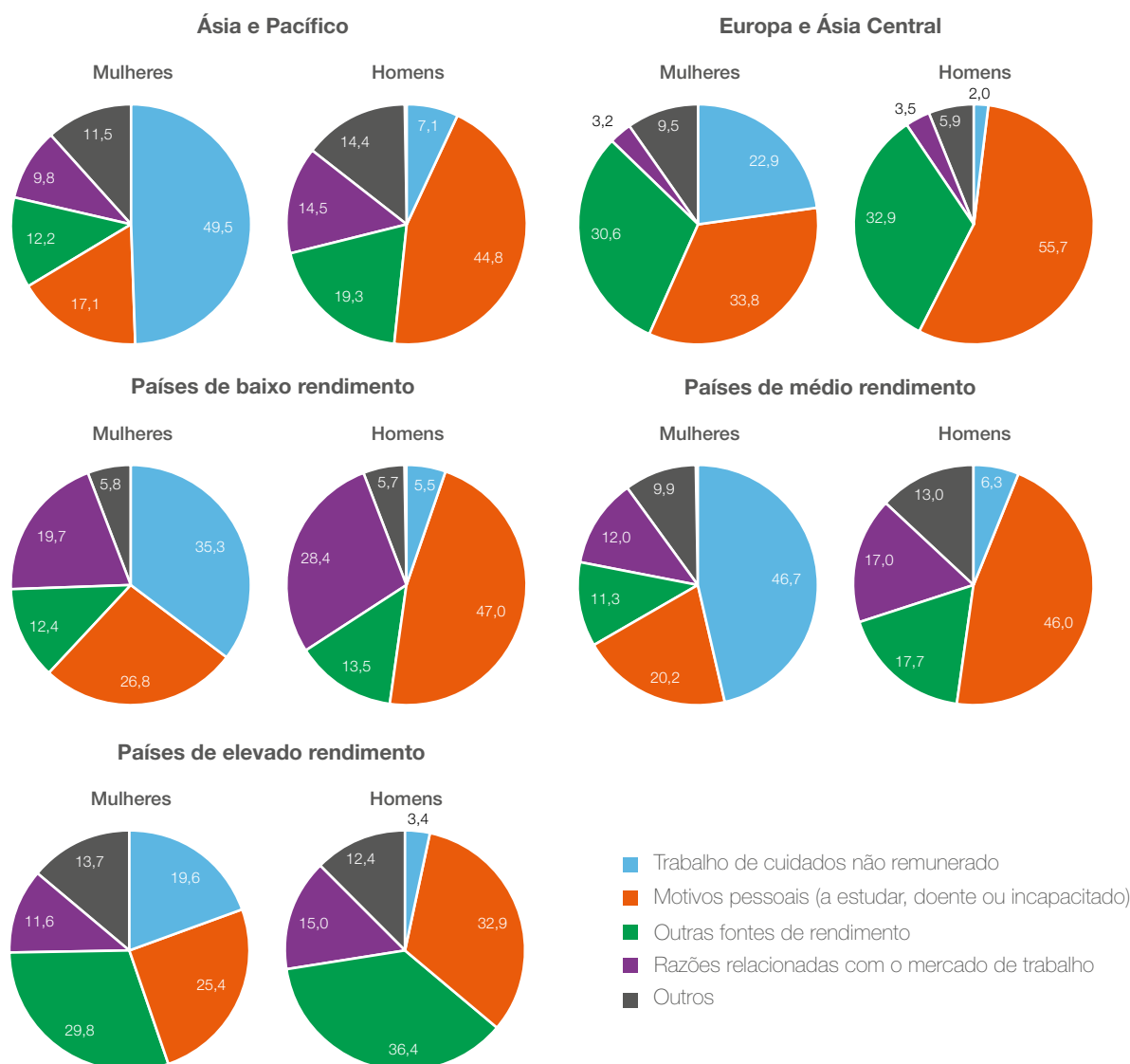
O facto de a presença de dependentes afetar negativamente a situação das mulheres no mercado de trabalho é também confirmado pelas pessoas inquiridas dos 84 inquéritos à população ativa juntos dos agregados familiares com dados disponíveis analisados. Os questionários permitiram uma investigação das razões pelas quais não estavam a participar no mercado de trabalho. Foi perguntado a quem não se encontrava nem em situação de emprego nem de desemprego, qual era a principal razão para não estar à procura de

emprego ou não estar disponível para trabalhar. Não obstante as diferenças nos questionários, as possíveis opções de resposta podem ser de um modo geral agrupadas como se segue: responsabilidades de cuidados não remuneradas, motivos pessoais (a estudar, doente ou com incapacidade), outras fontes de rendimento, razões relacionadas com o mercado de trabalho, e outros. A última categoria inclui a falta de infraestruturas necessárias para aceder ao mercado de trabalho, exclusão social, «não quer trabalhar» e «não classificado noutra categoria».

À escala mundial o principal motivo indicado pelas mulheres em idade ativa para estar fora do mercado de trabalho foi o trabalho de cuidados não remunerado (41,6 por cento), enquanto para os homens foi «estar a estudar, estar doente ou incapacitado» (44,1 por cento). Em 2018, 606 milhões de mulheres em idade ativa estavam fora do mercado de trabalho devido a responsabilidades familiares, enquanto apenas 41 milhões de homens estavam inativos pela mesma razão. Estas mulheres representam 41,6 por cento dos 1,4 mil milhões de mulheres inativas em todo o mundo, em comparação com apenas 5,8 por cento dos 706 milhões de homens inativos (ver Figura 2.23). Estas mesmas mulheres também constituem 28,0 por cento do número total de mulheres e homens em idade ativa fora do mercado de trabalho (2,1 mil milhões). Em conjunto, estes 647 milhões de mulheres e homens cuidadores não remunerados a tempo completo representam o maior grupo de ativos perdidos para o mercado de trabalho em todo o mundo, entre os quais as mães de filhos pequenos sobrerrepresentadas neste grupo. Uma vez que, a nível mundial, a maioria das mulheres preferiria ter um trabalho remunerado, incluindo as que não se encontram no mercado de trabalho, e os homens concordam¹²⁵ (ver secção 2.3.1 abaixo), uma grande proporção desta mão-de-obra potencial poderia ser ativada através do acesso universal a políticas e serviços de cuidados, como discutido no Capítulo 3.

Figura 2.23. Percentagem de pessoas inativas, por sexo, e principal razão para estar fora do mercado de trabalho, último ano





Nota: Faixa etária: 15 e mais anos. Estimativas mundiais, regionais e por grupo de rendimento ponderadas pela população em idade ativa. Percentagem da população em idade ativa e número de países: Mundo: 80 por cento (84); África: 61 por cento (21); Américas: 87 por cento (12); Estados Árabes: 43 por cento (3); Ásia e Pacífico: 85 por cento (15); Europa e Ásia Central: 75 por cento (33); Países de baixo rendimento: 54 por cento (12); Países de médio rendimento: 84 por cento (40); Países de elevado rendimento: 73 por cento (32). O último ano disponível é pelo menos tão recente como 2008, sendo 44,9 por cento das observações de 2016. Ver Anexo A.3, Quadro A.3.6 para dados a nível nacional e o Anexo A.7, Quadro A.7.1 para o ano do inquérito.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados)

Em todas as regiões e grupos de rendimento por país, a percentagem de mulheres fora do mercado de trabalho por motivos de trabalho de cuidados não remunerado nunca é inferior a 20 por cento e isto é frequentemente citado como a principal causa da inatividade, com a exceção dos países de elevado rendimento e da Europa e Ásia Central. Dito isto, mesmo entre as economias mais avançadas, nas quais as políticas e serviços de cuidados são mais acessíveis (ver Capítulo 3) e onde a principal razão tanto para as mulheres como para os homens para estarem fora do mercado de trabalho é «pessoal» (a estudar, doente ou incapacitado) ou «outras fontes de rendimento», cerca de 20 por cento das mulheres foram declaradas como sendo inativas por motivos relacionados com os cuidados. Em todos os grupos de rendimento, o trabalho de cuidados não remunerado é a razão mais

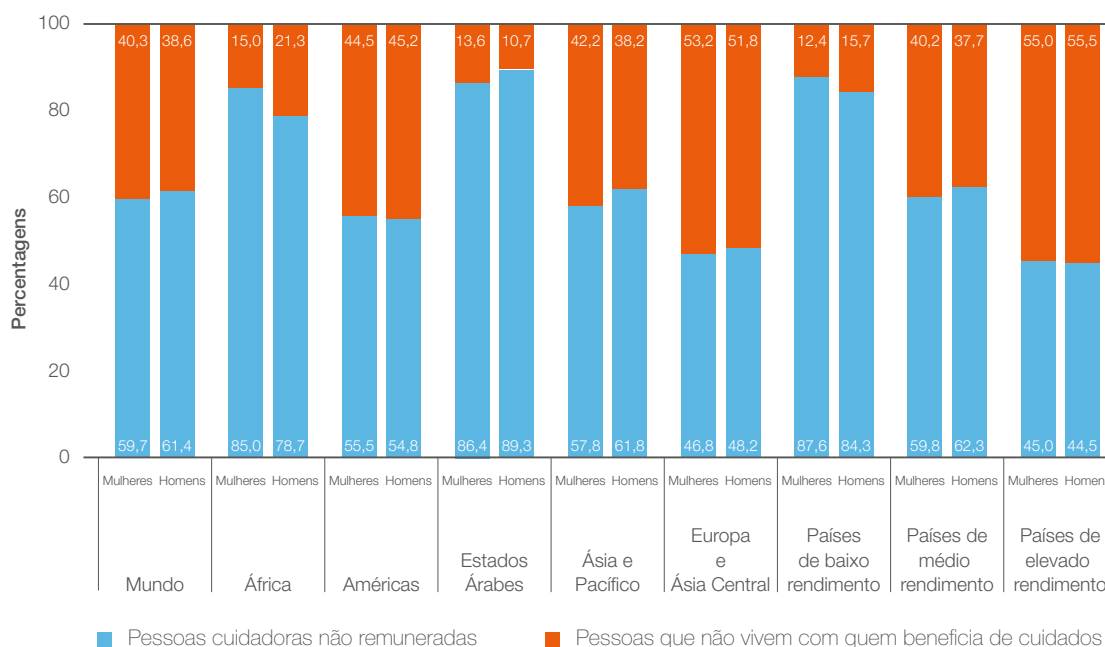
apontada para a inatividade das mulheres nos países de médio rendimento, com 46,7 por cento das mulheres a citarem esta razão, em comparação com 6,3 por cento dos homens.

A nível regional, esta é a razão que mais prevalece e declarada pelas mulheres nos Estados Árabes, onde 73,3 por cento declararam que se encontram fora do mercado de trabalho por motivos relacionados com trabalho de cuidados não remunerado, em comparação com apenas 0,9 por cento dos homens. Esta taxa é a segunda mais alta na Ásia e Pacífico, com 49,5 por cento de mulheres em oposição a 7,1 por cento dos homens. Esta é também a região com a taxa mais elevada de homens a citar os cuidados como a principal razão para a sua inatividade.

2.2.2. Características do emprego das pessoas cuidadoras não remuneradas

A prestação de cuidados não remunerada tem impacto na oferta de mão-de-obra em termos de quantidade e de qualidade, com penalizações salariais relacionadas com a intensidade desta oferta de mão-de-obra (número de horas dedicadas ao trabalho remunerado), a escolha da profissão (situação no emprego, setor público contra o setor privado, ramo de atividade de predominância feminina) e trabalhar na economia formal ou informal.¹²⁶ A nível mundial, o diferencial entre homens e mulheres diminuiu em apenas 0,6 pontos percentuais desde 1995, o que significa que os progressos feitos no sentido de as mulheres começarem a trabalhar têm sido insuficientes.¹²⁷ A análise de 90 inquéritos sobre a mão-de-obra que abrangem 82 por cento da população mundial em idade ativa revela em que medida a presença de dependentes, usa-

Figura 2.24. Percentagem de pessoas cuidadoras não remuneradas e de pessoas que não vivem com quem beneficia de cuidados na população empregada, por sexo (percentagens), último ano disponível



Nota: a faixa etária dos países de rendimento elevado é de 25-54 anos e dos países de médio e baixo rendimento é de 18-54 anos. Estimativas mundiais, regionais e por grupo de rendimento do país ponderadas pela população em idade ativa. Percentagem da população empregada e número de países: Mundo: 82 por cento (90); África: 72 por cento (24); Américas: 88 por cento (13); Estados Árabes: 34 por cento (3); Ásia e Pacífico: 85 por cento (16); Europa e Ásia Central: 83 por cento (34); Países de baixo rendimento: 69 por cento (14); Países de médio rendimento: 87 por cento (44); Países de elevado rendimento: 69 por cento (32). Ver Anexo 3, Quadro A.3.7 para dados a nível nacional e o Anexo A.7, Quadro A.7.1 para o ano do inquérito.

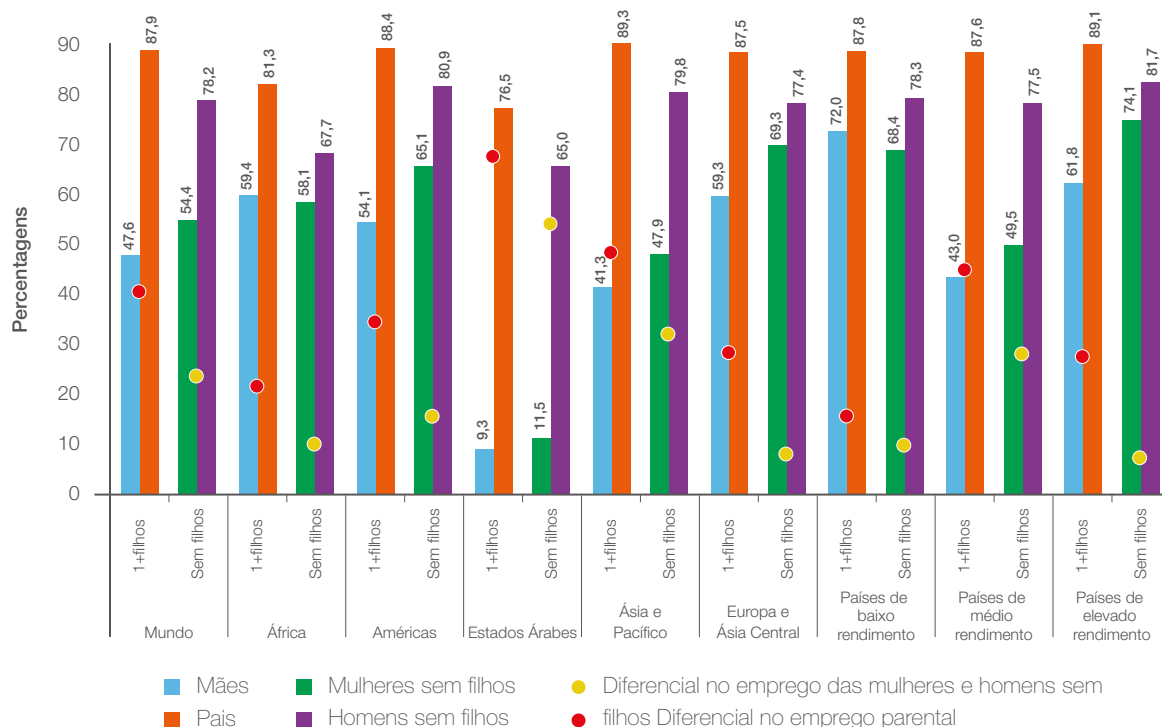
Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados)

da como aproximação para o trabalho de cuidados não remunerado, afeta tanto a participação das mulheres como dos homens no emprego e nas horas trabalhadas em todos os empregos.

Emprego e responsabilidades familiares

Combinar um emprego com responsabilidades familiares não remuneradas é a norma em todo o mundo. Em 2018, havia 1,4 mil milhões de pessoas adultas empregadas com responsabilidades familiares, isto é, «pessoas cuidadoras empregadas» (0,5 mil milhões de mulheres e 0,9 mil milhões de homens). Isto significa que, a nível mundial, 60,7 por cento das pessoas adultas empregadas¹²⁸ vivem com dependentes de cuidados e que as pessoas empregadas com responsabilidades familiares são sobretudo homens. As cuidadoras empregadas (mulheres com responsabilidades de cuidados) representam 59,7 por cento de todas as mulheres empregadas, enquanto os cuidadores empregados representam 61,4 por cento dos homens empregados (Figura 2.24). A África é uma das regiões onde a maior percentagem das mulheres empregadas têm responsabilidades de cuidados (85,0 por cento) devido às elevadas taxas de fecundidade, combinadas com as elevadas taxas de participação no mercado de trabalho (ver Figuras 2.18 e 2.19). Por outro lado, na Europa e na Ásia Central apenas 46,8 por cento das mulheres empregadas são cuidadoras. A análise por grupo de rendimento do país confirma que, à medida que o ren-

Figura 2.25. Taxas de emprego de mulheres e homens com e sem filhos de 0 a 5 anos, último ano disponível



Nota: a faixa etária dos países de rendimento elevado é de 25-54 anos e dos países de médio e baixo rendimento é de 18-54 anos. Estimativas mundiais, regionais e por grupo de rendimento ponderadas pela população em idade ativa. Percentagem da população em idade ativa e número de países: Mundo: 82 por cento (89); África: 70 por cento (24); Américas: 88 por cento (13); Estados Árabes: 43 por cento (3); Ásia e Pacífico: 84 por cento (15); Europa e Ásia Central: 83 por cento (34); Países de baixo rendimento: 66 por cento (14); Países de médio rendimento: 86 por cento (44); Países de elevado rendimento: 69 por cento (31). Ver Anexo 3, Quadro A.3.8 para dados a nível nacional e o Anexo A.7, Quadro A.7.1 para o ano do inquérito.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados)

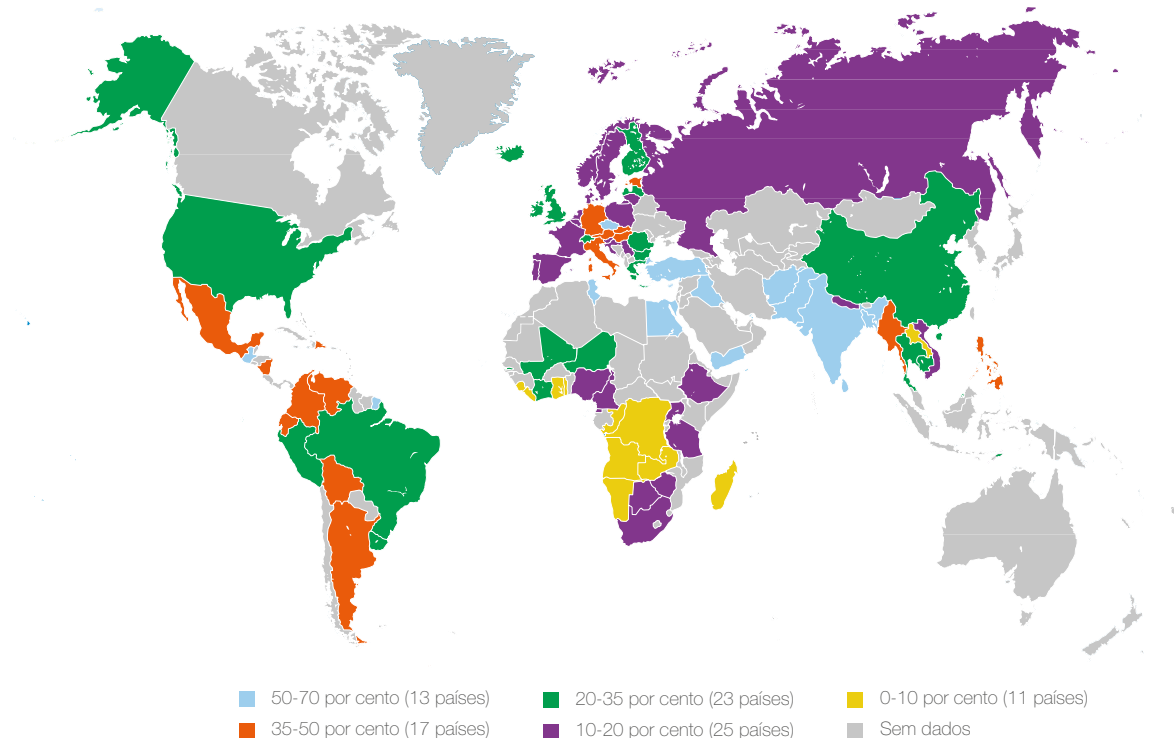
dimento aumenta, viver com um dependente reduz a percentagem de mulheres e de homens cuidadores entre os adultos empregados.

Emprego e maternidade

A secção anterior ilustrou que viver com crianças pequenas implica uma penalização mais elevada pela participação no mercado de trabalho para os cuidadores não remunerados do que a imposta nos casos em que vivem com pessoas idosas. Esta secção apresenta os padrões que se aplicam ao emprego das mães, em comparação com o emprego dos pais e de outras mulheres e homens sem responsabilidades de cuidados de crianças pequenas (por exemplo, mulheres e homens sem filhos). As mães e os pais empregados são definidos como mulheres e homens adultos empregados e que vivem em agregados familiares com pelo menos uma criança com 0-5 anos de idade. A nível mundial, apenas 47,6 por cento das mães estão empregadas, em oposição a 54,4 por cento das mulheres sem filhos, e a penalização pela participação é de 6,8 pontos percentuais (ver Figura 2.25).

A Figura 2.25 ilustra que, a nível mundial, existe um «diferencial no emprego relacionado com a parentalidade»¹²⁹ de 40,3 pontos percentuais, em desfavor das mulheres, em oposição aos pais. Este diferencial no emprego total é reduzido para quase metade no que respeita às mulheres e aos homens sem filhos (23,8 pontos percentuais). Isto sugere que, a nível mundial e de forma consistente em todas as regiões, existe uma «pena-

Figura 2.26. Diferença no emprego relacionada com a parentalidade, último ano disponível (pontos percentuais)



Nota: a faixa etária dos países de elevado rendimento é de 25-54 anos e dos países de médio e baixo rendimento é de 18-54 anos. A diferença no emprego relacionada com a parentalidade é negativa na Zâmbia (-1,5) e no Congo (-22,6). 89 países.

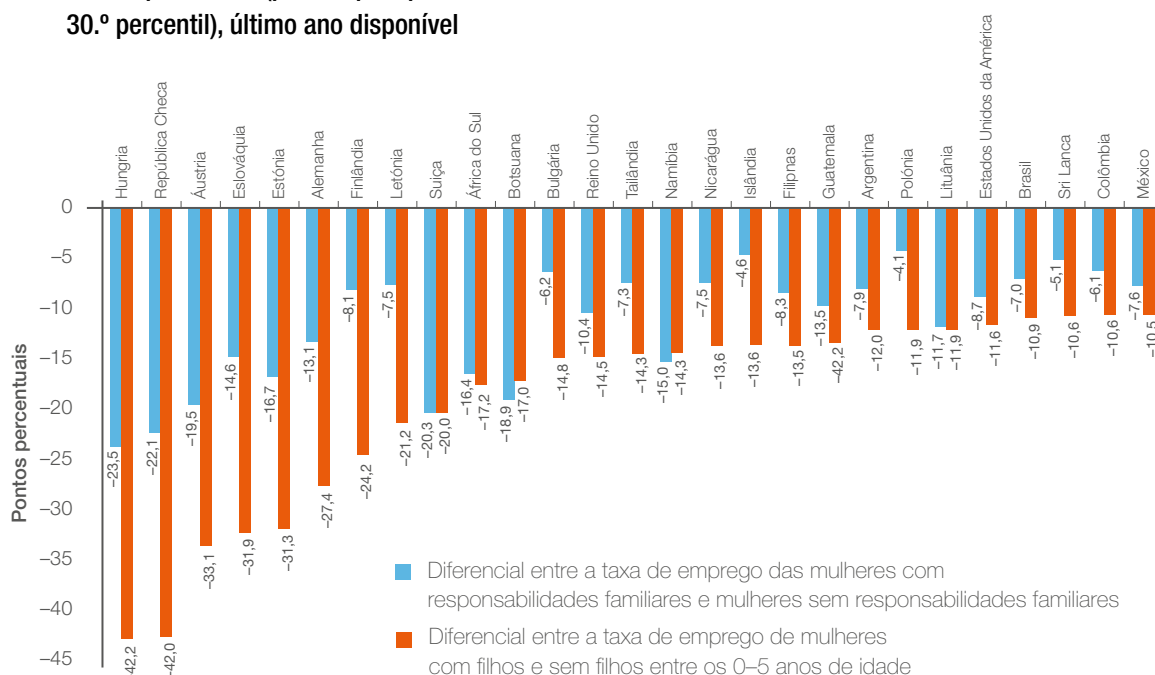
Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados)

lização no emprego relacionada com a maternidade», como o caso das mulheres que vivem com crianças com 0-5 anos de idade que apresentam a taxa de emprego mais baixa (47,6 por cento), em comparação não só com os pais (87,9 por cento), mas também com os homens sem filhos (78,2 por cento) e as mulheres sem filhos (54,4 por cento). Este padrão é refletido no «prémio no emprego relacionado com a paternidade», apresentando os pais as taxas de emprego mais elevadas em todas as regiões. De uma forma geral, a participação dos homens no trabalho remunerado é sistematicamente mais elevada do que a das mulheres, independentemente da presença de crianças pequenas.

As variações regionais são, não obstante, marcantes. A diferença no emprego relacionado com a parentalidade é maior nos Estados Árabes (67,3 pontos percentuais), onde as taxas de emprego das mulheres - incluindo as das mães (9,3 por cento) - são particularmente baixas. Esta diferença é seguida pela Ásia e Pacífico (48,0 pontos percentuais), as Américas (34,3 pontos percentuais), Europa e Ásia Central (28,2 pontos percentuais) e, por último, pela África (21,9 pontos percentuais), onde as condições económicas forçam tanto as mães como as mulheres sem filhos a assumirem trabalho remunerado. Nas Américas, e especialmente na Europa e na Ásia Central, os diferenciais no emprego das mulheres e homens sem filhos (15,8 e 8,1 pontos percentuais, respetivamente), em comparação com as diferenças no emprego ligado à parentalidade (34,3 e 28,2 pontos percentuais, respetivamente), ilustram a medida em que a presença de uma criança no agregado familiar provoca uma divergência nas trajetórias de emprego dos homens e das mulheres.

A Figura 2.26 proporciona uma análise abrangente do diferencial entre as taxas de emprego das mães e dos pais por país (a «diferença no emprego relacionada com a paren-

Figura 2.27. Diferenciais nas taxas de emprego das mulheres que vivem com dependentes e das mulheres que vivem sem dependentes (países que apresentam um diferencial entre mães e mulheres sem filhos abaixo do 30.º percentil), último ano disponível



Nota: a faixa etária dos países de elevado rendimento é de 25-54 anos e dos países de médio e baixo rendimento é de 18-54 anos. 27 países.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados)

talidade»). O Egito apresenta a maior diferença entre as mães e os pais, representando uma diferença na taxa do emprego das mães e dos pais de 18,4 e 87,4 por cento, respectivamente, seguido pelo Iémen, Índia, Iraque, Jordânia, Paquistão, Tunísia, Turquia e Sri Lanka. Nestes últimos países, o diferencial de emprego parental ligado à idade ultrapassa 60 pontos percentuais. As diferenças mais reduzidas são registadas em países de baixo e médio rendimento de África, como Angola, Gana, Libéria, Madagáscar e Togo, onde o diferencial de emprego parental é inferior a 10 pontos percentuais. Conforme previamente debatido, nestes países, o trabalho remunerado das mulheres é fundamental para o meio de subsistência do agregado familiar, especialmente na presença de crianças pequenas. E em consequência, a diferença entre o emprego das mães e dos pais parece reduzir-se.

É interessante observar que, ainda que exista apenas uma pequena variação nas taxas de emprego dos pais de uma região e de um país para o outro, as taxas de emprego das mães são mais variáveis. A região da Europa e Ásia Central apresenta a segunda mais pequena diferença no emprego das mães e dos pais, sendo, não obstante, observado um elevado grau de heterogeneidade na região. Nesta região, as diferenças no emprego relacionado com a parentalidade variam de 61,8 e 52,6 por cento na República Checa e na Hungria, respetivamente, até 13,1 pontos percentuais na Suécia, um país onde o emprego das mães é de 78,4 por cento e o emprego dos pais é de 91,5 por cento. Em Portugal, esta diferença é ainda mais pequena e atinge apenas 10,9 pontos percentuais. Esta heterogeneidade reflete as diferenças na existência e qualidade dos serviços de cuidados proporcionados no setor público entre os países da região (ver Capítulos 3 e 4).

A Figura 2.27 revela que viver com filhos pequenos representa uma penalização significativa em termos de emprego para as mães em oposição às mulheres sem filhos e a outras mulheres com responsabilidades familiares (cuidar de idosos ou crianças mais velhas). A faixa etária dos 0-5 anos é o grupo para o qual as necessidades de cuidados são mais exigentes e onde as políticas dos serviços de cuidados e de licenças não estão disponíveis universalmente para os cuidadores não remunerados (ver Capítulo 3). Na Alemanha, Áustria, Eslováquia, Estónia, Hungria e República Checa, a penalização em termos de emprego, medida através da diferença entre a taxa de emprego das mulheres que vivem com filhos de 0-5 anos e as que não vivem com filhos de 0-5 anos, é a mais elevada do mundo. Entre estes países, as diferenças variam de um máximo de 42,2 pontos percentuais na Hungria a um mínimo de 27,4 pontos percentuais na Alemanha.

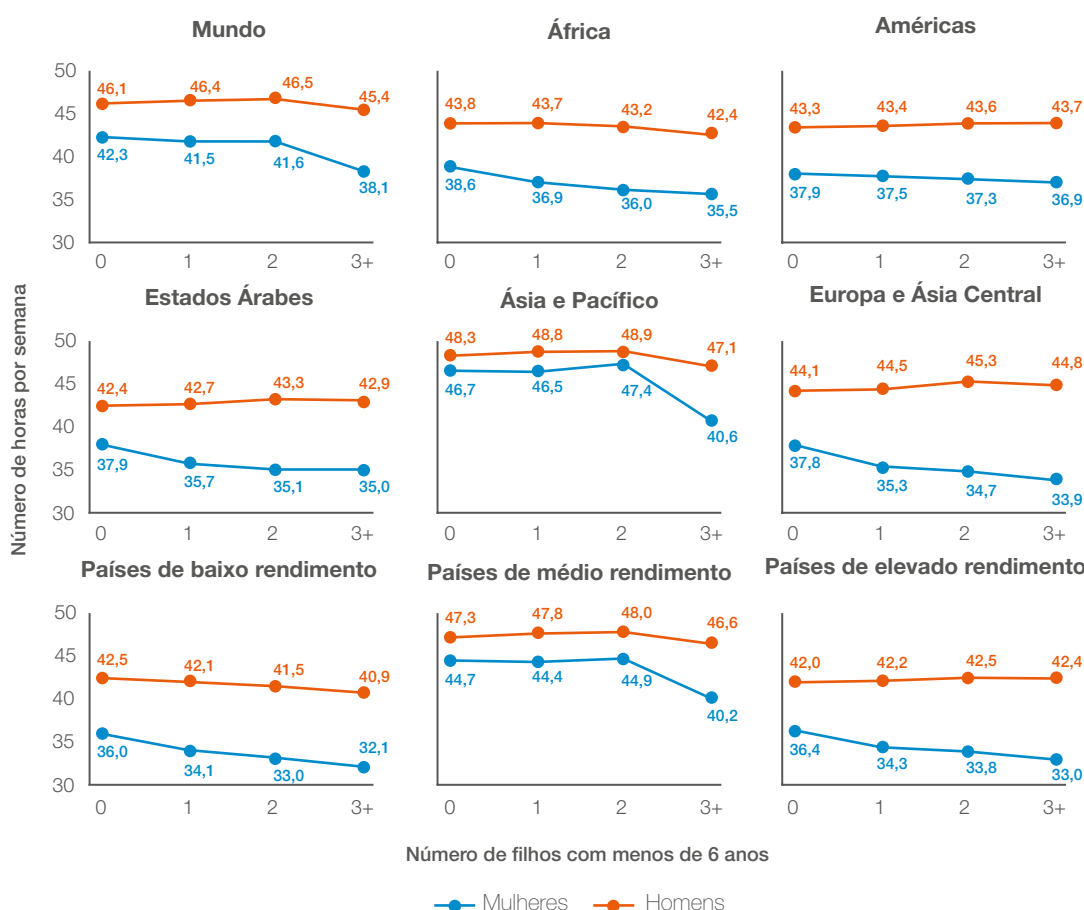
Duração do trabalho remunerado das pessoas que prestam cuidados não remunerados

Mesmo quando as mulheres e os homens têm taxas de emprego semelhantes, viver numa família com dependentes altera os padrões de uso do tempo dos cuidadores empregados. Além disso, ainda que as pessoas empregadas que vivem com dependentes sejam predominantemente homens, são sobretudo as mulheres que têm uma maior probabilidade de reduzir as suas horas de trabalho remuneradas (mudar para trabalho a tempo parcial), especialmente na presença de um filho com menos de seis anos de idade. A nível mundial, as mulheres representam menos de 40 por cento do emprego total, mas constituem 57 por cento das mulheres que trabalham menos horas numa base de tempo parcial. Estimativas baseadas em 100 países concluem que mais de um terço das mulheres empregadas (34,2 por cento) trabalham menos de 35 horas por semana em comparação com 23,4 por cento dos homens empregados.¹³⁰ As variações regionais são importantes, com diferenças entre homens e mulheres que variam entre quase 29,4 pontos percentuais no

emprego total da Europa Setentrional, Meridional e Ocidental, 20 pontos percentuais ou mais na Ásia Central e Ocidental, na Ásia do Sul e na América Latina e Caraíbas, a menos de 10 pontos percentuais na Ásia Oriental e na Europa de Leste.¹³¹

O trabalho a tempo parcial como forma tradicional de emprego atípico tem crescido em importância nas décadas mais recentes. Passou também a ser diversificado nas suas formas, incluindo agora, por exemplo, trabalho a tempo parcial «marginal» (menos de 15 horas semanais). As mulheres estão desproporcionadamente representadas nesta forma atípica de emprego na maioria dos países com dados disponíveis, incluindo na Alemanha, Brasil, Índia, Moçambique, Nigéria, Países Baixos e Suíça.¹³² De igual modo que a inatividade, a principal razão para as mulheres estarem sobrerrepresentadas no trabalho a tempo parcial é o trabalho de cuidados não remunerado. Por exemplo, na Europa 27 por cento das mulheres, em 2014, que trabalhavam a tempo parcial indicaram ter es-

Figura 2.28. Duração semanal do trabalho remunerado, por sexo e número de filhos com menos de seis anos, último ano disponível



Nota: a faixa etária dos países de elevado rendimento é de 25-54 anos e dos países de médio e baixo rendimento é de 18-54 anos. Estimativas mundiais, regionais e por grupo de rendimento ponderadas pela população em idade empregada. Percentagem da população empregada e número de países: Mundo: 66 por cento (86); África: 72 por cento (23); Américas: 88 por cento (13); Estados Árabes: 15 por cento (2); Ásia e Pacífico: 57 por cento (14); Europa e Ásia Central: 83 por cento (34); Países de baixo rendimento: 68 por cento (13); Países de médio rendimento: 66 por cento (42); Países de elevado rendimento: 67 por cento (31). Ver Anexo A3, Quadro A.3.9 para dados a nível nacional e o Anexo A.7, Quadro A.7.1 para o ano do inquérito.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

colhido este tipo de trabalho porque tinham de cuidar de crianças ou de pessoas adultas dependentes, contra apenas 4,2 por cento de homens que indicaram esta mesma razão.¹³³

Ao analisar a situação das pessoas cuidadoras e das não cuidadoras empregadas empregadas em 86 países a nível mundial, concluiu-se que as mulheres empregadas a viver em agregados familiares sem crianças com menos de seis anos de idade trabalhavam, em média, 42,3 horas semanais, em comparação com 46,1 horas por semana trabalhadas pela sua contraparte masculina. Isto representa uma diferença entre homens e mulheres em termos de horas trabalhadas contra remuneração ou em troca de benefícios de 3 horas e 48 minutos por semana. A Figura 2.28 ilustra como viver com pelo menos uma criança pequena aumenta esta diferença até quase 5 horas (aproximadamente menos 1 hora de trabalho remunerado por semana para as mulheres e mais 18 minutos por semana para os homens). Quando existe uma segunda criança, o tempo dedicado pelas mulheres ao trabalho remunerado permanece quase inalterado, enquanto as mães de três ou mais crianças têm uma penalização de 4 horas e 12 minutos por semana em comparação com as mulheres sem filhos de 0-5 anos no agregado familiar. No total, as mulheres que trabalham cinco dias por semana e que têm três ou mais crianças com menos de 6 anos a viver no agregado familiar perdem 18 horas de trabalho remunerado por mês, enquanto essa perda não é registada entre os homens que se encontram na mesma situação.

A duração do trabalho varia conforme as regiões. O diferencial entre as horas semanais trabalhadas pelas mulheres e homens sem crianças com menos de 6 anos é mais reduzida entre as pessoas inquiridas que vivem na região da Ásia e Pacífico (1 hora e 36 minutos) e maior entre as pessoas que vivem na Europa e Ásia Central (6 horas e 18 minutos). Na Europa e Ásia Central, as mulheres empregadas que têm apenas uma criança trabalham 2 horas e 30 minutos por semana, menos do que as mulheres da mesma faixa etária sem crianças, seguidas pelas mulheres dos Estados Árabes (2 horas e 12 minutos), África (1 hora e 42 minutos), as Américas (24 minutos) e na região da Ásia e Pacífico (12 minutos). O diferencial entre as horas semanais trabalhadas pelos pais e pelas mães de uma criança com menos de 6 anos é mais reduzida entre as pessoas inquiridas que vivem na região da Ásia e Pacífico (2 horas e 12 minutos) e maior entre as pessoas que vivem na Europa e Ásia Central (9 horas e 12 minutos). Esta diferença entre homens e mulheres aumenta à medida que o número de crianças também aumenta, atingindo um máximo de quase 11 horas nos agregados familiares com três ou mais crianças com menos de seis anos na Europa e Ásia Central.

A intensidade da oferta de trabalho está em consonância com a literatura de países de rendimento elevado da América Latina e Caraíbas, mostrando que ter filhos na família influencia a intensidade do apoio laboral das mulheres, utilizando como aproximação o número de horas por semana trabalhadas pelas mulheres.¹³⁴ Inclusivamente quando as mulheres e os homens trabalham a tempo completo (36 horas ou mais), a duração média do trabalho remunerado dos homens é mais elevada.¹³⁵ De facto, a expectativa de um horário de trabalho prolongado em alguns empregos predominantemente masculinos atua como um elemento dissuasor para as mulheres e contribui para a segregação profissional.¹³⁶ Adicionalmente, quando os maridos trabalham horas excecionalmente longas, é mais provável que as suas mulheres desistam dos seus próprios empregos.¹³⁷ O prémio em termos de salário relativo aos horários de trabalho prolongados aumenta em consequência, e isto contribui para a diferença salarial entre homens e mulheres.¹³⁸ Nos países da Europa do Norte, a dependência do rendimento do cônjuge, mesmo entre mulheres com um alto nível de escolaridade, resulta em reduções no tempo de trabalho com o nascimento de filhos. Também influencia os

setores e as profissões escolhidas pelas mulheres que têm um melhor acesso a modalidades de trabalho favoráveis à família e melhores políticas em termos de licenças.¹³⁹

2.2.3. A qualidade do trabalho das pessoas que prestam cuidados não remunerados

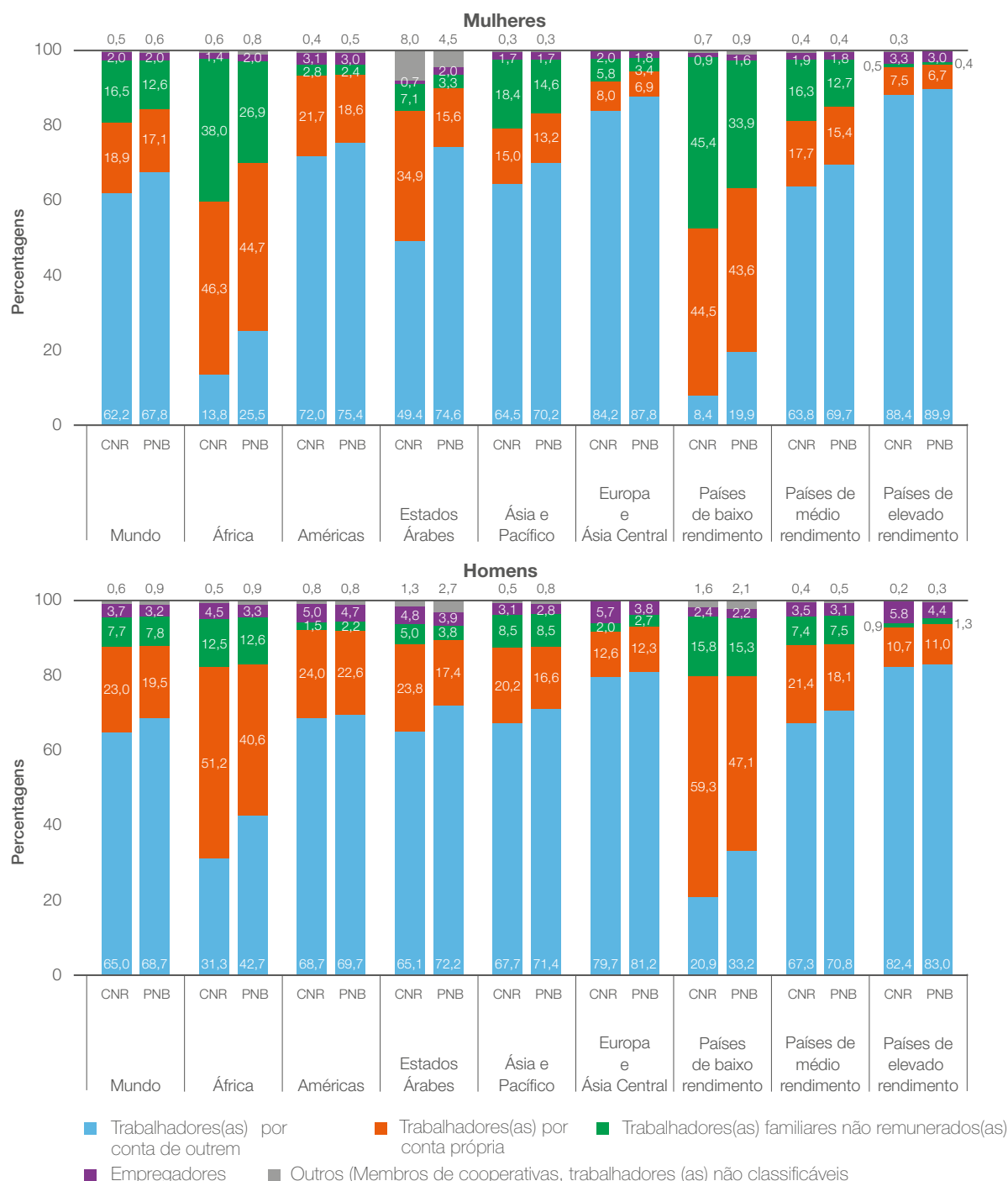
A nível mundial, a percentagem de trabalhadores familiares não remunerados diminuiu significativamente entre as mulheres, em 17 pontos percentuais durante os últimos 20 anos. Em geral, 52,1 por cento das mulheres (em oposição a 51,2 por cento dos homens) eram trabalhadoras por conta de outrem, representando um aumento de 12 pontos percentuais entre 1995 e 2016. O trabalho por conta de outrem das mulheres, contudo, permanece baixo na Ásia do Sul (19,5 por cento) e na África Subsaariana (21,6 por cento), enquanto a percentagem de mulheres a trabalhar por conta própria e em trabalho familiar não remunerado - a maior parte na economia informal - é mais elevada do que a dos homens na maior parte dos países em desenvolvimento.¹⁴⁰ O trabalho por conta de outrem não é, em si, garantia de um trabalho de melhor qualidade, uma vez que, a nível mundial, quase 40 por cento das mulheres trabalhadoras por conta de outrem permanecem na economia informal e não contribuem para a segurança social e, conseqüentemente, estão em maior risco de vulnerabilidade socioeconómica.¹⁴¹

A Figura 2.29 mostra que as mulheres com responsabilidades de cuidados têm uma probabilidade de mais 3,9 pontos percentuais de serem trabalhadoras familiares não remuneradas e uma probabilidade de mais 1,8 pontos percentuais de serem trabalhadoras por conta própria, quando comparadas com as mulheres sem responsabilidades de cuidados. Adicionalmente, a probabilidade de serem trabalhadoras familiares não remuneradas aumenta para 8,7 pontos percentuais em comparação com os homens não cuidadores. Quando comparados com as mulheres, os homens têm uma maior probabilidade de estarem empregados e uma menor probabilidade de serem trabalhadores familiares não remunerados, independentemente de terem, ou não, responsabilidades de cuidados. Isto verifica-se a nível mundial e em todas as regiões e grupos de rendimento dos países.

A nível regional observa-se que na Europa e Ásia Central e nas Américas, a diferença entre mulheres cuidadoras e não cuidadoras em trabalho por conta de outrem é negativa e igual a 3,6 e 3,4 pontos percentuais, respetivamente. Isto reflete a legislação laboral e de proteção social mais inclusiva em vigor nestas regiões (ver Figura 2.29). Pelo contrário, em África, 13,8 por cento das mulheres cuidadoras empregadas são trabalhadoras por conta de outrem, em comparação com 25,5 por cento das mulheres não cuidadoras, 31,3 por cento dos homens cuidadores e 42,7 por cento dos homens não cuidadores. A região dos Estados Árabes segue um padrão semelhante, com 49,4 por cento de mulheres cuidadoras empregadas que são também empregadas contra 74,6 por cento das mulheres não cuidadoras. Nos países de baixo rendimento, a diferença entre as mulheres cuidadoras e não cuidadoras trabalhadoras por conta de outrem é muito ampla, com 8,4 por cento das mulheres cuidadoras empregadas estando em situação de emprego, em comparação com 19,9 por cento das mulheres que não são cuidadoras. Esta diferença reduz-se à medida que o rendimento aumenta, com uma diferença negativa de apenas 1,5 pontos percentuais nos países de elevado rendimento entre as mulheres trabalhadoras por conta de outrem que são cuidadoras e as que não o são.

Outra dimensão da qualidade do trabalho dos cuidadores não remunerados é a informalidade. Algumas mulheres trabalhadoras podem decidir - ou podem ser forçadas a - trabalhar

Figura 2.29. Situação no emprego das pessoas que prestam cuidados não remunerados e das pessoas que não vivem com quem beneficia de cuidados, por sexo e situação no mercado de trabalho e, último ano disponível



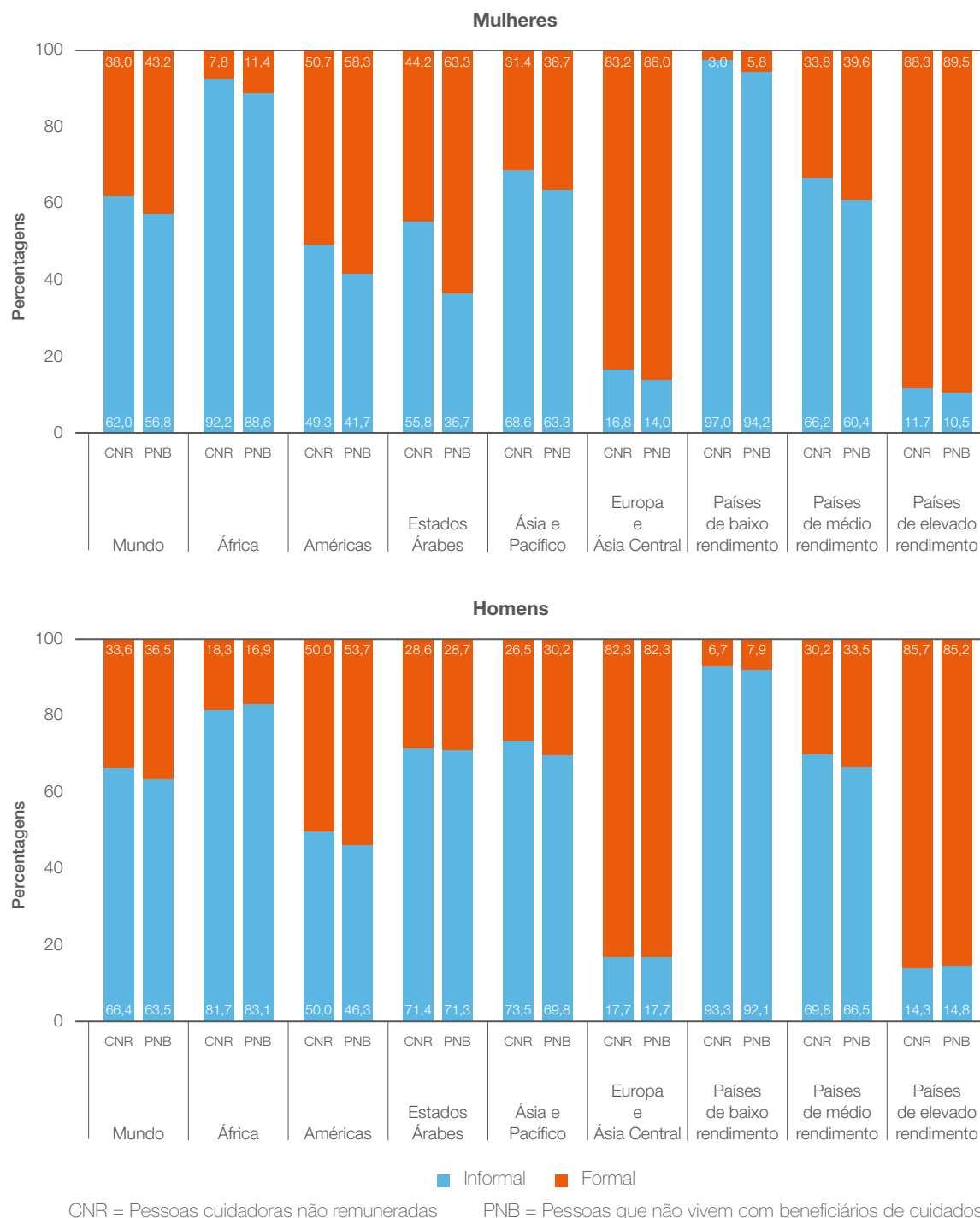
CNR = Pessoas cuidadoras não remuneradas

PNB = Pessoas que não vivem com beneficiários de cuidados

Nota: a faixa etária dos países de rendimento elevado é de 25-54 anos e dos países de médio e baixo rendimento é de 18-54 anos. Estimativas mundiais, regionais e por grupo de rendimento ponderadas pela população em idade empregada. Percentagem da população empregada e número de países: Mundo: 77 por cento (85); África: 55 por cento (21); Américas: 88 por cento (13); Estados Árabes: 34 por cento (3); Ásia e Pacífico: 84 por cento (15); Europa e Ásia Central: 66 por cento (33); Países de baixo rendimento: 68 por cento (13); Países de médio rendimento: 81 por cento (41); Países de elevado rendimento: 67 por cento (31). Ver Anexo A3, Quadro A.3.10 para dados a nível nacional e o Anexo A.7, Quadro A.7.1 para o ano do inquérito.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados)

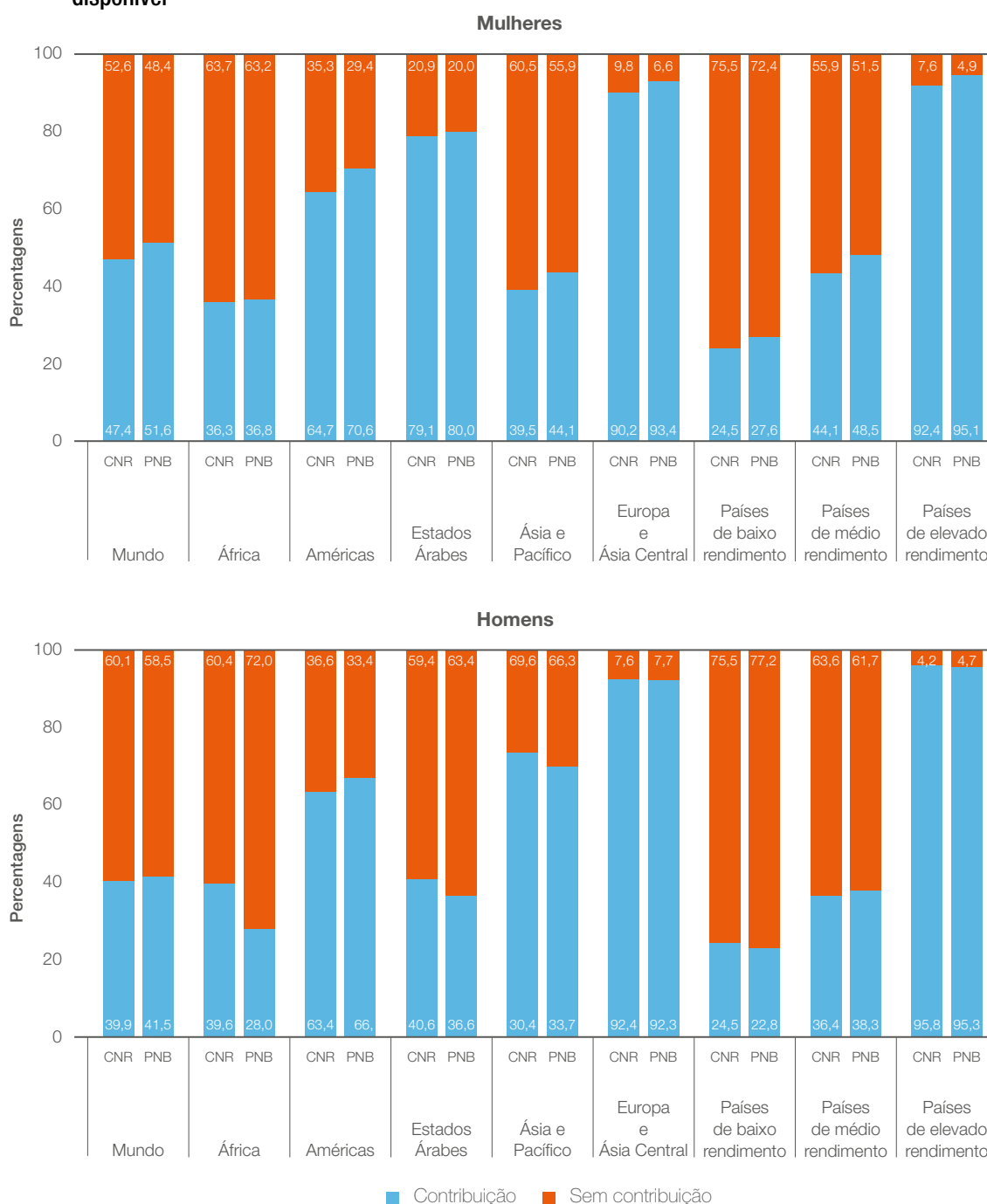
Figura 2.30. Natureza informal ou formal do emprego principal das pessoas que prestam cuidados não remunerados e pessoas que não vivem com beneficiários de cuidados, por sexo, último ano disponível



Nota: a faixa etária dos países de rendimento elevado é de 25-54 anos e dos países de médio e baixo rendimento é de 18-54 anos. Estimativas mundiais, regionais e por grupo de rendimento ponderadas pela população em idade empregada. Percentagem da população em idade ativa e número de países: Mundo: 64 por cento (66); África: 35 por cento (14); Américas: 47 por cento (9); Estados Árabes: 30 por cento (2); Ásia e Pacífico: 78 por cento (10); Europa e Ásia Central: 55 por cento (31); Países de baixo rendimento: 29 por cento (6); Países de médio rendimento: 76 por cento (32); Países de elevado rendimento: 32 por cento (28). Ver Anexo A.3, Quadro A.3.11 para dados a nível nacional e o Anexo A.7, Quadro A.7.1 para o ano do inquérito.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados)

Figura 2.31. Contribuição para a segurança social de pessoas que prestam cuidados não remunerados e trabalhadores (as) por conta própria que não vivem com beneficiários de cuidados, por sexo, último ano disponível



CNR = Pessoas cuidadoras não remuneradas PNB = Pessoas que não vivem com beneficiários de cuidados

Nota: a faixa etária dos países de rendimento elevado é de 25-54 anos e dos países de médio e baixo rendimento é de 18-54 anos. Estimativas mundiais, regionais e por grupo de rendimento ponderadas pela população em idade empregada. Percentagem da população empregada e número de países: Mundo: 63 por cento (67); África: 44 por cento (16); Américas: 48 por cento (10); Estados Árabes: 30 por cento (2); Ásia e Pacífico: 78 por cento (10); Europa e Ásia Central: 47 por cento (29); Países de baixo rendimento: 31 por cento (9); Países de médio rendimento: 75 por cento (31); Países de elevado rendimento: 28 por cento (27). Ver Anexo A.3, Quadro A.3.12 para dados a nível nacional e o Anexo A.7, Quadro A.7.1 para o ano do inquérito.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

na economia informal¹⁴² ou em empregos atípicos como uma estratégia de conciliação entre o trabalho e a família como último recurso. Estes empregos têm muitos aspetos negativos, tais como a exposição a riscos profissionais não cobertos pelos sistemas de compensação de acidentes de trabalho da proteção social, mas podem pelo menos permitir uma maior flexibilidade em termos do número de horas trabalhadas e da localização da atividade.¹⁴³ Esta hipótese é apoiada por alguns dados sobre os usos do tempo que fazem a distinção entre as situações de informalidade. Por exemplo, na Colômbia, México e Uruguai, os trabalhadores e trabalhadoras da economia informal tendem a dedicar mais horas ao trabalho não remunerado, e esta associação é mais forte para as mulheres do que para os homens.¹⁴⁴ Recentemente, uma investigação da OIT também destacou o papel desempenhado pelas responsabilidades de cuidados nas mulheres que optam pelo trabalho através de plataformas digitais (*crowd-work*); também, a maneira como estas responsabilidades afetam a forma como realizam o seu trabalho e colocam constrangimentos sobre quanto podem ganhar.¹⁴⁵

A Figura 2.30 ilustra que, a nível mundial, é mais provável que as mulheres e os homens com responsabilidades de cuidados se encontrem em situações de emprego baseadas em acordos informais do que os que não têm responsabilidades de cuidados. Para as mulheres, esta diferença atinge o seu máximo em 19,1 pontos percentuais nos Estados Árabes, onde 55,8 por cento das mulheres cuidadoras trabalham na economia informal, em oposição a 36,7 por cento das mulheres não cuidadoras. O diferencial em termos de informalidade entre cuidadoras e não cuidadoras cai para 2,8 pontos percentuais na Europa e Ásia Central. Nos países de baixo rendimento, independentemente de as mulheres terem ou não responsabilidades de cuidados, a maior parte das cuidadoras encontram-se no emprego informal (97,0 por cento de cuidadoras não remuneradas e 94,2 por cento de mulheres que não vivem com beneficiários de cuidados). Pelo contrário, nos países de elevado rendimento, não só a diferença entre mulheres cuidadoras e mulheres não cuidadoras é mais reduzida (1,2 pontos percentuais), como também a percentagem de mulheres com empregos informais é a mais baixa: 11,7 por cento para as mulheres que não vivem com beneficiários de cuidados e 10,5 por cento para cuidadoras não remuneradas.

Os homens e as mulheres na economia informal estão excluídos dos benefícios disponíveis para quem trabalha por conta de outrem da economia formal, tal como a cobertura de segurança social. Isto também se aplica a quem trabalha por conta de outrem do setor informal. Há uma maior probabilidade das mulheres e os homens com responsabilidades de cuidados aceitarem um emprego que não inclua benefícios da segurança social, pois provavelmente necessitam de um emprego e não têm outras alternativas de rendimento a curto prazo (Figura 2.31). A nível mundial, 47,4 por cento das mulheres empregadas com responsabilidades de cuidados contribuem para a segurança social, enquanto 51,6 por cento das mulheres sem essas responsabilidades também o fazem. Observam-se os mesmos padrões para os homens. É menos provável que os homens em situação de trabalho remunerado com responsabilidades de cuidados contribuam para a segurança social do que os seus pares sem tais deveres de cuidados. Os homens em ambas as categorias contribuem menos para a segurança social do que as mulheres. Em comparação com as mulheres, os homens trabalhadores por conta de outrem com responsabilidades de cuidados contribuem menos para a segurança social, isto é, 39,9 por cento dos homens contra 47,4 por cento das mulheres. Esta é uma prova do modelo «homens como ganha-pão» em ação, uma vez que é mais provável que os homens com deveres de cuidados aceitem condições de emprego que não requeiram contribuições para a segurança social, pois em muitos casos são os únicos a auferir rendimentos na família. Porém, os trabalhadores e as suas famílias correm maior risco de cair na

pobreza quando não estão protegidos por regimes de proteção social em conformidade com as normas da OIT (ver Capítulo 3).

2.3. COMO AS ATITUDES AFETAM AS DESIGUALDADES ENTRE HOMENS E MULHERES NO MUNDO DO TRABALHO

A decisão pessoal das mulheres e dos homens no que respeita ao seu envolvimento numa atividade remunerada é complexa e é tomada em função do agregado familiar, a considerações e pressões económicas e sociais que podem servir para reduzir as escolhas disponíveis. As preferências individuais são formadas pela avaliação pessoal das circunstâncias próprias de cada pessoa (por exemplo, escolaridade, competências, rendimento) e os custos incorridos (por exemplo, a estabilidade do casal e o bem-estar das crianças) face aos benefícios (por exemplo, rendimento, autonomia, autorrealização, etc.), associadas à entrada no mercado de trabalho.¹⁴⁶ As «preferências» pessoais, assim como as oportunidades e as ações das mulheres e dos homens são, consequentemente, um resultado das condições e constrangimentos socioeconómicos impostos nas famílias, comunidades e países.¹⁴⁷ Para além disso, são influenciados pelo que é considerado aceitável pela família, comunidade ou sociedade no que respeita às normas e aos papéis atribuídos a homens e mulheres. Uns e outras tendem a estar conforme as normas sociais para evitar consequências prejudiciais de exclusão social, insegurança ou outras sanções sociais, incluindo violência e discriminação.¹⁴⁸ Estas atitudes perante os papéis femininos e masculinos, por sua vez, definem a divisão do trabalho no agregado familiar, é um fator que afeta a posição desigual das mulheres no mercado de trabalho, como descrito na secção 2.2.

As atitudes das pessoas em relação à divisão entre mulheres e homens do trabalho remunerado e não remunerado são importantes em vista dos resultados da investigação, que sugerem que as atitudes e as práticas estão intimamente ligadas.¹⁴⁹ Um relatório da OIT de 2017 que utiliza dados da OIT e Gallup sobre as atitudes em relação ao trabalho remunerado das mulheres mostrou uma relação positiva significativa entre as preferências das mulheres e a sua participação no mercado de trabalho, sendo todos os outros fatores iguais.¹⁵⁰ Esta secção explora as preferências das pessoas em relação aos papéis sociais das mulheres e dos homens como cuidadores não remunerados, e se e de que forma devem participar tanto no trabalho remunerado como no trabalho não remunerado. Com base numa análise dos dados disponíveis mais relevantes do mundo, esta secção ilustra as atitudes em relação ao emprego das mulheres e das mães, as preferências relativas às estratégias de conciliação entre trabalho e família e os pontos de vista quanto ao envolvimento dos homens no trabalho de cuidados não remunerado e nas tarefas domésticas.

2.3.1. Atitudes em relação ao emprego das mulheres

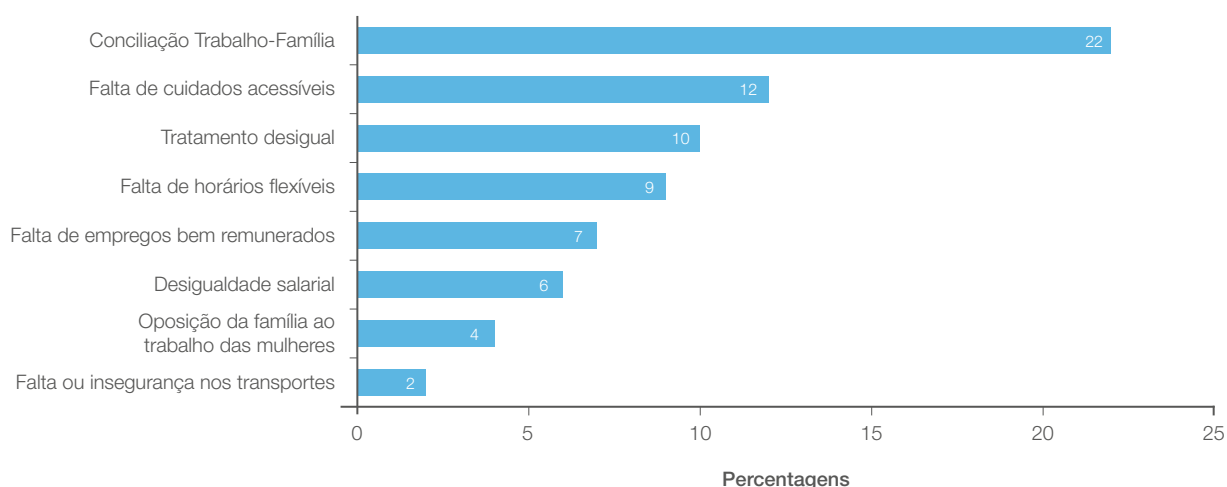
O relatório da OIT-Gallup (2017) proporciona perspetivas importantes sobre a preferência das mulheres por trabalhos remunerados e as perceções das pessoas sobre as mulheres e o trabalho, a aceitação quanto às mulheres terem um emprego remunerado se assim o desejarem, assim como os principais desafios das mulheres trabalhadoras e as suas oportunidades no mercado de trabalho.¹⁵¹ O inquérito foi conduzido em 2016 em 142 países e territórios, representando no seu conjunto 92 por cento da população mundial, com quase 149 000 inquiridos com mais de 15 anos.¹⁵² Uma das questões do inquérito procurava es-

tabelecer se as mulheres inquiridas prefeririam trabalhar num emprego remunerado, ficar em casa para tomar conta da família e realizar trabalho doméstico, ou fazer ambos, e o que os homens preferiam que as mulheres da sua família fizessem a este respeito. Os resultados revelaram uma atitude muito positiva a nível mundial quanto às mulheres terem trabalho remunerado: 70 por cento das mulheres prefeririam estar a trabalhar (trabalhando apenas num trabalho remunerado ou combinando-o com os cuidados da família e as tarefas domésticas), e 66 por cento dos homens prefeririam que as mulheres trabalhassem em empregos remunerados. Observando as diferenças regionais, parece que a preferência por mulheres que trabalham em empregos remunerados é dominante na Europa Setentrional, Meridional e Ocidental, onde quase nove em cada dez mulheres e homens concordam sobre este aspeto. São os homens do Norte de África e dos Estados Árabes os menos favoráveis que as mulheres tenham empregos remunerados. De facto, cerca de metade destes prefeririam que as mulheres ficassem em casa. No Norte da África, é mais provável que os homens jovens mantenham esta posição do que os homens com 45 ou mais anos. Isto contrasta marcadamente com as mulheres jovens, entre as quais a maioria preferiria participar no mercado de trabalho.¹⁵³

Destacam-se dois resultados quando se trata de entender as preferências expressas em relação ao trabalho remunerado e não remunerado das mulheres. Em primeiro lugar, que atitudes positivas em relação ao trabalho remunerado das mulheres são partilhadas pela maioria das mulheres que estão atualmente fora do mercado de trabalho (58 por cento), e isto é especialmente verdadeiro entre a faixa etária mais jovem (15–29 anos de idade, 67 por cento). Considerando que, apenas cerca de metade das mulheres em todo o mundo se encontram no mercado de trabalho e que a principal razão dada pelas mulheres em idade ativa para estarem fora dele foi o trabalho de cuidados não remunerado (ver secção 2.2.1), é esclarecedor que a maioria deste grupo de mulheres preferiria ter um emprego remunerado. O segundo resultado importante diz respeito à influência que a presença de crianças¹⁵⁴ tem nas preferências. A presença de crianças com menos de 15 anos de idade no agregado familiar não influencia significativamente as preferências das mulheres em relação ao trabalho remunerado destas, mas influencia as preferências dos homens relativamente ao facto de as mulheres deverem ou não trabalhar em empregos remunerados. Não é mais provável que as mulheres com crianças prefiram mais do que as mulheres sem crianças que as mulheres fiquem em casa e cuidem da família, e é mais provável que os homens com filhos prefiram que as mulheres fiquem em casa do que os homens sem crianças.

Verificam-se outras diferenças socioeconómicas: as mulheres jovens solteiras têm uma probabilidade significativamente maior de trabalhar em empregos remunerados do que as mulheres mais velhas e casadas, viúvas, divorciadas ou separadas. As mulheres e os homens com um nível de escolaridade mais elevado (isto é, com ensino secundário ou curso superior) tendem a preferir que as mulheres conciliem o trabalho com as responsabilidades de cuidados. Este é também o caso do trabalho a tempo completo e das mulheres desempregadas.

O relatório da OIT-Gallup também revela que a conciliação entre trabalho e família é o principal desafio para as mulheres no trabalho em todo o mundo. Em todas as regiões, o primeiro ou o segundo principal desafio, identificado tanto pelas mulheres como pelos homens, para as mulheres no trabalho foi a conciliação entre trabalho e família ou a falta de cuidados acessíveis, o que está intimamente ligado ao anterior. O maior grupo de pessoas

Figura 2.32. Principais dificuldades com que se debatem as mulheres em empregos remunerados, 2016

Nota: 142 países.

Fonte: OIT e Gallup, 2017.

inquiridas a nível mundial (22 por cento) considerou a conciliação entre trabalho e família como o principal desafio para as mulheres em empregos remunerados (Figura 2.32). Somado à falta de cuidados acessíveis para crianças e parentes (12 por cento dos entrevistados), os desafios «relacionados com os cuidados» atingem 34 por cento. O tratamento desigual no trabalho (especialmente nas economias em desenvolvimento), assim como a falta de horários flexíveis, também foram identificados como desafios significativos. A desigualdade salarial também foi um dos principais desafios identificados nas economias em desenvolvimento.

Os desafios registados para o trabalho das mulheres fora de casa variam de acordo com as circunstâncias do ciclo de vida das mulheres. Por exemplo, concluiu-se que as mulheres com filhos com menos de 15 anos de idade a viver no mesmo agregado familiar têm mais probabilidades de referir a falta de cuidados acessíveis para crianças e famílias como um dos principais desafios do que as que não têm crianças. E as mulheres que participam no mercado de trabalho também têm uma maior probabilidade de referir este facto como um desafio, juntamente com horários flexíveis, conciliação entre trabalho e família e desigualdade salarial. É mais provável que as mulheres com idades entre 30-44 anos citem a falta de cuidados acessíveis para as suas crianças e famílias como um desafio do que as mulheres de outros grupos etários. É mais provável que as mulheres com formação superior refiram o equilíbrio entre trabalho e família como o seu principal desafio (29 por cento) e é mais provável que as mulheres com ensino primário ou inferior citem mais a falta de cuidados acessíveis para crianças e famílias do que as mulheres com uma escolaridade superior.

2.3.2. Atitudes em relação ao emprego das mães

Outra questão importante diz respeito às atitudes em relação ao emprego das mães, uma vez que, conforme discutido na secção 2.2.2, a maternidade está associada a uma queda na participação no mercado de trabalho. O *World Value Survey* fornece um extenso conjunto

de dados de longo prazo e mundial sobre os valores e efeitos sobre a vida social e política, incluindo temas relacionados com a igualdade de género e a diversidade. O inquérito mais recente foi realizado em 2010–14 a mais de 90 000 pessoas com idade superior a 16 anos em 59 países em todas as cinco regiões, representando 73 por cento da população mundial.¹⁵⁵ As atitudes em relação ao emprego das mães foram recolhidas pedindo a sua opinião relativamente à seguinte afirmação: «Quando uma mãe trabalha, as crianças sofrem».

Os resultados revelam opiniões divididas sobre esta afirmação: a nível mundial, 50 por cento dos homens e 45 por cento das mulheres concordaram ou concordaram fortemente com esta afirmação, enquanto 47 por cento dos homens e 51 por cento das mulheres discordaram ou discordaram totalmente.¹⁵⁶ Estes dados sugerem que persiste a crença de que os cuidados maternos são o melhor para as crianças, mas que, de uma forma geral, os homens têm uma visão mais conservadora em relação às disposições trabalho-família do que as mulheres. Crenças como esta diminuíram, todavia, nas últimas décadas, como ilustrado pelas tendências nas atitudes num subconjunto de dez países com séries temporais para esta mesma questão.¹⁵⁷ Considerando que, em 1989-93, 70 por cento das pessoas desses países concordaram ou concordaram totalmente com esta afirmação, apenas 42 por cento o fizeram mais recentemente, 20 anos depois (2010–14).

Uma investigação mais aprofundada sobre os dados mais recentes disponíveis, de 2010–14, revela que as atitudes também variam de acordo com as características socioeconómicas, tais como o nível de escolaridade e as ligações ao mercado de trabalho. Em primeiro lugar, 60 por cento das pessoas sem escolaridade ou que possuem um nível de escolaridade ao nível do ensino básico, concordaram ou concordaram totalmente que as crianças sofrem quando as mães trabalham, enquanto 45 por cento das mulheres com escolaridade ao nível do secundário e 40 por cento das que detêm uma licenciatura o fizeram, expondo até 20 pontos percentuais na divergência de atitudes. Em segundo lugar, as mulheres que trabalham a tempo completo, a tempo parcial e as trabalhadoras independentes têm uma probabilidade significativamente maior do que os homens em situações de emprego semelhantes de discordar ou discordar totalmente desta afirmação, com diferenças entre homens e mulheres de entre 11 e 15 pontos percentuais. De uma forma geral, as pessoas cuidadoras não remuneradas que trabalham a tempo completo são o grupo com mais probabilidades de concordar com a afirmação de que quando as mulheres trabalham, as crianças sofrem (58 por cento), em comparação com os seus contrapartes sem crianças, que têm uma maior probabilidade de discordar desta afirmação. Foi observada outra diferença entre homens e mulheres: a nível mundial, 51 por cento dos pais consideravam que as crianças sofriam quando as mães trabalhavam, enquanto 47 por cento das mães tinham a mesma opinião.

Para além destas variações a nível individual, as atitudes também variaram significativamente entre as regiões. A concordância com a declaração de que as crianças sofrem quando as mães são trabalhadoras por conta de outrem é mais alta nos Estados Árabes (77 por cento dos homens e 71 das mulheres concordaram ou concordaram totalmente) e mais baixa na Europa e Ásia Central, onde 40 por cento dos homens e apenas 36 por cento das mulheres concordaram ou concordaram fortemente. Nos graus intermédios encontram-se os países africanos (56 por cento dos homens e 49 por cento das mulheres), a Ásia e o Pacífico (49 por cento dos homens e 45 por cento das mulheres) e as Américas (40 por cento dos homens e 42 por cento das mulheres). Estas diferenças regionais na perceção estão

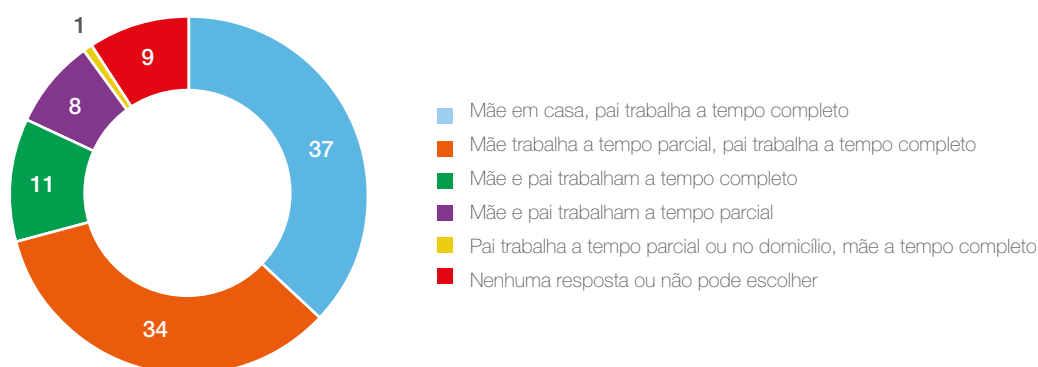
associadas a variações nos diferenciais entre homens e mulheres evidenciadas nas taxas de participação no mercado de trabalho e nos diferentes mecanismos económicos e institucionais para conciliar o trabalho remunerado e as responsabilidades de cuidados. Na Europa e Ásia Central, a região onde os serviços de cuidados às crianças estão mais desenvolvidos e os cuidados não parentais estão relativamente institucionalizados e difundidos (ver Capítulo 3), a proporção de indivíduos com atitudes negativas em relação ao emprego das mães é inferior do que noutras regiões, onde as alternativas aos cuidados maternos podem ser inexistentes, de má qualidade ou inacessíveis. Isto sugere que as políticas e serviços de cuidados estão relacionadas com as perceções das pessoas sobre como a vida em família deve ser organizada e que papéis são considerados aceitáveis para as mães.¹⁵⁸

2.3.3. Atitudes em relação às modalidades de conciliação trabalho-família

Os dados do Programa de Inquérito Social Internacional possibilitam uma identificação mais precisa do que as pessoas esperam no que se refere à forma como os casais e as famílias devem repartir o trabalho de cuidados remunerado e não remunerado. Também aborda as perceções sobre quem deve ser responsável pelos cuidados dos membros da família, tais como a crianças em idade pré-escolar e a pessoas idosas dependentes.¹⁵⁹ Este inquérito foi realizado entre 2011–14 em 41 países de elevado e médio rendimento e a mais de 61 000 pessoas com mais de 15 anos.¹⁶⁰ As atitudes em relação às responsabilidades de cuidados e à forma como as famílias devem conciliar as responsabilidades profissionais e familiares foram abordadas pela primeira vez com uma questão sobre o que as pessoas consideravam a modalidade ideal trabalho-família de um casal heterossexual. Foi colocada a seguinte questão: «Considere uma família com uma criança com idade inferior à idade escolar. Qual seria, na sua opinião, a melhor maneira de organizar a vida familiar e profissional?»

Os resultados mostram que o modelo tradicional de «homens como ganha-pão», nos quais a mãe não tem um trabalho remunerado e o pai trabalha a tempo completo, era o preferido por 37 por cento da amostra total (Figura 2.33). Uma proporção substancial favoreceu uma versão modificada do modelo «homens como ganha-pão» (34 por cento).

Figura 2.33. Preferências quanto à conciliação trabalho-família (percentagens), 2011–14



Nota: Faixa etária: 15 e mais anos. 41 países.

Fonte: Grupo de Investigação ISSP, 2016.

As modalidades alternativas em que ambos trabalham, seja em tempo completo (11 por cento) ou a tempo parcial (8 por cento), foram escolhidas com menos frequência pelas pessoas inquiridas. Um número muito reduzido de pessoas considerou que as mães deviam trabalhar a tempo completo e os pais a tempo parcial ou não trabalhar (1 por cento da amostra).

O modelo «homens como ganha-pão» foi especialmente o preferido nos países do Leste Europeu (52 por cento), nos países asiáticos (entre 45 e 55 por cento) e na África do Sul (51 por cento); tendo sido menos preferido na Europa Setentrional, Meridional e Ocidental (23 por cento) e na América do Norte (29 por cento), onde um modelo modificado de «homens como ganha-pão» de pai a trabalhar a tempo parcial ou no domicílio e mãe a trabalhar a tempo completo foi preferido, respetivamente por 38 e 32 por cento das pessoas inquiridas.

A preferência pelo modelo «homens como ganha-pão» varia de acordo com as circunstâncias de vida das pessoas e se é ou não provável que estas enfrentem desafios na conciliação entre as responsabilidades profissionais e familiares. É mais provável que a modalidade tradicional de «homens como ganha-pão» seja preferida pelos homens (39 por cento) em comparação com as mulheres (35 por cento); por pais (40 por cento) em comparação com as pessoas inquiridas sem crianças (31 por cento); pela coorte mais velha com 65 ou mais anos (42 por cento) mais do que os mais jovens (cerca de 35 por cento); por pessoas de casais com um único salário (45 por cento) em comparação com os que ganham um salário e que vivem sós (32 por cento) e os casais com dois salários (28 por cento); pelos que nunca tiveram um trabalho remunerado (50 por cento), ou que atualmente não estavam em situação de trabalho remunerado (40 por cento) em comparação com os que estão atualmente a trabalhar (32 por cento); e, finalmente, pelos que têm um grau de escolaridade de nível do ensino básico ou nenhum (54 por cento), em comparação com os que têm um grau de escolaridade de nível secundário (39 por cento) ou superior (22 por cento).

2.3.4. Atitudes em relação ao envolvimento dos homens no trabalho de cuidados não remunerado

Outra dimensão importante a considerar ao analisar as atitudes em relação à divisão do trabalho entre homens e mulheres de cuidados remunerado e não remunerado em que a medida dos homens participam nas atividades domésticas e familiares não remuneradas ou se estas atividades são consideradas exclusivamente como sendo fazendo parte do papel da mulher. Um inquérito realizado em 22 países de elevado e médio rendimento (sobretudo em zonas urbanas) em 2016 com mais de 17 000 mulheres e homens com idades entre os 16 e os 64 anos revela que, de uma forma geral, a perceção das pessoas é que hoje em dia os homens estão mais envolvidos em trabalho não remunerado do que no passado (Ipsos MORI, 2017).¹⁶¹ Uma média de 69 por cento da amostra (73 por cento dos homens e 64 por cento das mulheres) concordou com a afirmação «os homens têm agora mais responsabilidades relativamente à casa e aos cuidados às crianças do que nunca». ¹⁶² A concordância foi mais elevada nos países de rendimento médio, tais como a Índia (81 por cento) e a Indonésia (79 por cento), mas também esteve presente em vários países de elevado rendimento (Argentina, Austrália, Canadá, Estados Unidos da América, Reino Unido e República da Coreia), onde 75 a 79 por cento das pessoas inquiridas concordaram com esta afirmação. Apenas uma minoria concordou em dois países: a Polónia (49 por cento) e a Federação Russa (39 por cento).

Foi realizado outro estudo em 2009-12 que abordava o envolvimento dos homens no trabalho de cuidados não remunerado, especificamente da perspetiva dos homens (Inquérito

Internacional sobre os Homens e a Igualdade de Género).¹⁶³ Mais de 10 000 homens com idades entre os 18 e os 59 anos que vivem sobretudo em ambientes urbanos em oito países de baixo e médio rendimento participaram no inquérito. Nos tópicos relacionados com a família, os inquiridos foram questionados se concordavam ou não com a afirmação «trocar as fraldas, dar banho e alimentar as crianças são responsabilidade das mães». Foi observada uma grande variação nas respostas recebidas em diferentes contextos, com 10 por cento das pessoas a concordar ou a concordar parcialmente com a afirmação no Brasil, 26 por cento no México, 28 por cento na Croácia, 46 por cento no Chile, 52 por cento na Bósnia, 53 por cento na República Democrática do Congo, 61 por cento no Ruanda e 86 por cento na Índia.¹⁶⁴ Os autores observaram que os países de mais baixo rendimento tinham as atitudes menos equitativas relativamente aos papéis de género. Argumentaram que estas diferenças derivam de uma perceção nos países de baixo rendimento de que a igualdade de género está a ser imposta externamente. Além disso, em alguns contextos de extrema pobreza, um alto nível de competição por recursos resulta em menos apoio à igualdade de género. Adicionalmente a estas diferenças entre países, também foram observadas variações dentro dos países, dependendo do nível de escolaridade do inquirido e do nível de escolaridade da mãe, bem como da participação dos pais em tarefas domésticas.¹⁶⁵ O estudo concluiu que os rapazes aprendem e interiorizam normas específicas de género nas suas casas, e que posteriormente estas influenciam as suas atitudes como homens adultos, apoiando a hipótese de «exposição» ou «socialização».

A forte prevalência do modelo «homens como ganha-pão» foi da mesma forma identificado num estudo realizado em 20 países de baixo e médio rendimento,¹⁶⁶ com base em *focus group* e entrevistas realizadas a aproximadamente 4000 mulheres e homens e rapazes e raparigas.¹⁶⁷ Os autores encontraram uma forte universalidade e resiliência relativamente às normas que sustentam os papéis atribuídos aos homens e às mulheres. Com diferenças regionais e geracionais muito pequenas, o «bom marido» era quase sempre definido pela sua capacidade de gerar rendimento e pelo papel de autoridade no agregado familiar, enquanto a «boa esposa» era definida pelo seu papel na prestação de cuidados e de alimentação das crianças, marido e pessoas idosas e as suas responsabilidades domésticas, bem como pela sua contribuição para o rendimento familiar conforme e quando necessário.¹⁶⁸

Na Europa, as atitudes em relação ao envolvimento dos homens em atividades domésticas e de cuidados são reveladas pelo Eurobarómetro.¹⁶⁹ Este inquérito, realizado em 2014, colocou a questão aos quase 28 000 homens e mulheres inquiridos com 15 ou mais anos¹⁷⁰, se concordavam, ou não, com a afirmação «de uma forma geral, os homens são menos competentes do que as mulheres para realizar tarefas domésticas». Apenas 50 por cento das pessoas inquiridas (46 por cento das mulheres e 53 por cento dos homens) discordaram desta afirmação, sugerindo que estas opiniões sobre as competências de mulheres e de homens na família continuam generalizadas e estão associadas à maneira como as tarefas domésticas são efetivamente partilhadas. À diferença de perceção entre mulheres e homens - sendo as mulheres que têm mais tendência a considerar os homens menos competentes do que os próprios homens - havia diferenças geracionais marcadas. Os grupos etários mais jovens (15–29 e 30–44 anos, respetivamente) foram significativamente mais tendentes a discordar da afirmação (54 e 53 por cento, respetivamente) do que as pessoas com 65 ou mais anos (40 por cento).

Quando se trata de carreiras masculinas face ao seu envolvimento na vida familiar, a maioria dos europeus inquiridos considera que deveria haver uma compensação. Assim, dois terços das mulheres e dos homens - sem diferença entre os sexos - discordaram da afirmação «um pai deve colocar a sua carreira à frente dos cuidados do seu filho pequeno». Isto sugere que estas mulheres e homens não eram da opinião de que os pais deviam colocar as carreiras à frente da família e dos cuidados às crianças, não obstante estes dados não indicarem o grau de envolvimento esperado dos pais.

OBSERVAÇÕES FINAIS: HARMONIZAR O TRABALHO NÃO REMUNERADO DE CUIDADOS E O EMPREGO VISANDO A IGUALDADE ENTRE HOMENS E MULHERES EM TODAS AS SUAS FORMAS

«[...] O tempo é realmente o derradeiro recurso escasso e a forma como usamos o nosso tempo define quem somos e o que produzimos. Além disso, quem somos e o que produzimos são afetados pelo sexo, raça, etnia e outras características de pertença, e também pelas oportunidades e constrangimentos nas comunidades em que vivemos. [...] Para melhorar o bem-estar de mulheres, crianças e homens, é essencial identificar, através de uma perspectiva de género, as diferenças entre mulheres e homens nestas formas de trabalho, as cargas suportadas e os benefícios retirados por uns e por outras.»

Rachel Connelly e Ebru Kongar¹⁷¹

A nova definição alargada de trabalho de forma a incluir as atividades de cuidados de caráter não comercial tem profundas implicações não apenas na maneira como as desigualdades de género são explicadas, mas também como os fenómenos económicos tais como o rendimento nacional, os mercados de trabalho, a pobreza, a distribuição do rendimento e as crises económicas são analisados e as implicações de ordem política daí provenientes (ver Capítulos 3, 5 e 6).¹⁷² Este capítulo mostrou como o trabalho de cuidados não remunerado contribui de maneira substancial para as economias dos países, assim como para o bem-estar individual e coletivo. Não obstante, este trabalho continua a ser maioritariamente invisível e não reconhecido, e não é considerado na tomada de decisões. Isto está associado a diferentes métodos estatísticos de medição e avaliação, esperando-se que a adoção de novas normas estatísticas sobre a mão-de-obra e o uso do tempo contribua para a sua abordagem.

Além disso, a considerável magnitude e repartição entre homens e mulheres do trabalho de cuidados não remunerado na economia fora do mercado é uma «fonte sistemática sempre presente de [estas] desigualdades entre mulheres e homens no mercado», incluindo no mercado de trabalho.¹⁷³ Os usos do tempo e os dados sobre o emprego apresentados neste capítulo constituem um argumento convincente para as desigualdades no trabalho de cuidados não remunerado e as desigualdades no mercado de trabalho, estando estas profundamente interrelacionadas. Isto não só confirma a relação «trabalho de cuidados não remunerado-trabalho de cuidados remunerado» discutido no Capítulo 1, mas demonstra também que nenhum progresso substancial pode ser alcançado para atingir todas as dimensões da igualdade entre homens e mulheres no mercado de trabalho antes de abordar as desigualdades no trabalho de cuidados não remunerado através do seu reconhecimento, redução e redistribuição efetiva entre mulheres e homens, assim como entre famílias e o Estado (ver também os Capítulos 3 e 6).

Neste capítulo discutiram-se como as desigualdades de género em casa e no emprego derivam também de representações baseadas nas concepções sexistas dos papéis produtivos e reprodutivos que persistem nas diferentes culturas e contextos socioeconómicos. Contudo, uma proporção crescente e substancial de mulheres e homens - e por vezes até uma maioria - acredita que as mulheres e as mães devem ter um trabalho remunerado. Os dados sobre os usos do tempo e as atitudes mostram que os homens nunca estiveram tão envolvidos na vida familiar como no presente e que a contribuição que fazem para o trabalho de cuidados não remunerado tem aumentado nos últimos 20 anos. Isto, porém, não significa necessariamente que os indivíduos inquiridos considerem que as mulheres devem abandonar o seu papel de cuidadora central na família, mesmo se mesmo que a sua função de cuidadora afete a sua participação no trabalho ou penalize a qualidade do seu emprego. Este é especialmente o caso em países de elevado e médio rendimento, onde os custos relacionados com o emprego derivados dos cuidados a crianças pequenas são os mais

altos. Assim, o papel dos homens como principais ganha-pão é ainda um conceito social muito enraizado e refletido na análise do mercado de trabalho acima. Os homens estão a participar mais nas atividades de cuidados, mas não o suficiente para atenuar as desvantagens que as mulheres sofrem no mercado de trabalho devido às suas pesadas responsabilidades.

Do lado positivo, há, em geral, atitudes mais positivas em relação ao trabalho remunerado das mulheres e ao trabalho não remunerado dos homens. Isso verifica-se sobretudo entre as mulheres, as coortes mais jovens e as pessoas em idade fértil, progenitores que constituem um casal com dois salários, progenitores solteiros empregados, pessoas atualmente em situação de trabalho remunerado, assim como entre as pessoas com um nível de escolaridade mais elevado. Como discutido no próximo capítulo, há também um maior apoio para um papel mais ativo do Estado na abordagem das necessidades de prestação de cuidados. Isto significa que as pessoas têm de conciliar trabalho e família, ou que provavelmente terão tais responsabilidades num futuro próximo, são em geral mais favoráveis a políticas das quais poderiam beneficiar e a apoiar práticas que reflitam as circunstâncias da sua vida familiar.

Os resultados apresentados neste capítulo, a partir de dados sobre os usos do tempo, do mercado de trabalho e de atitudes, são evidências de pelo menos duas dimensões que influenciam as preferências, atitudes e práticas das pessoas em relação aos resultados no mercado de trabalho. A primeira é a circunstância pessoal e de vida de uma pessoa, sendo a sugestão que os que já sentiram, ou que já estão familiarizados, com o desafio de conciliar o trabalho e a vida familiar, e os que estão mais expostos a este desafio, são também os que têm atitudes mais progressistas e favoráveis à igualdade entre mulheres e homens. A segunda são os fatores macroeconómicos, tais como os ambientes políticos e as características do mercado de trabalho, assim como as normas culturais, que influenciam fortemente o que as pessoas consideram ser socialmente justo e aceitável para as suas famílias e as suas sociedades. Uma vez que as mudanças nas estruturas familiares e no envelhecimento das sociedades discutidas no Capítulo 1 apontam para um maior risco de exposição de mulheres e homens a um potencial conflito entre o trabalho não remunerado e o emprego, deve ser esperado um maior apoio em favor de papéis sociais mais igualitários e que este apoio tenha tradução prática. Tal mudança de atitudes e de práticas provavelmente resultará de políticas de cuidados transformadoras que procurem ativamente a harmonização do trabalho de cuidados não remunerado e o emprego para mulheres e homens. O papel destas políticas na definição das preferências individuais e dos resultados nos mercados de trabalho é abordado no próximo capítulo.

NOTAS

- 1 Ferguson, 2013.
- 2 Budlender, 2008.
- 3 Razavi, 2011.
- 4 Ibid.
- 5 Ferrant, Pesando e Nowacka, 2014; Razavi e Staab, 2010; Folbre, 2006b.
- 6 Ferguson, 2013, p. 338.
- 7 Nussbaum, 2017.
- 8 Folbre, 2006b.
- 9 ONU, 2017a.
- 10 OIT, 2013d. par. 67.
- 11 Todas estas são atividades produtivas não remuneradas dentro dos limites de produção do SNC que, no seu conjunto, representam uma proporção substancial do uso de tempo das mulheres. Estas atividades (como recolher lenha ou água) também se cruzam com a prestação de trabalho de cuidados não remunerado, especialmente em países de baixo rendimento (ver Capítulo 3 sobre políticas de cuidados para abordar o trabalho de cuidados não remunerado).
- 12 ONU, 2017a. par. 41.
- 13 Ibid., par. 72–75.
- 14 Budlender, 2007.
- 15 OIT, 2013d. par. 67.
- 16 Charmes, a publicar; Esquivel, 2017b.
- 17 Cross, 1998; Esquivel *et al.*, 2008.
- 18 OIT, 2013d. par. 67.
- 19 Os principais resultados dos estudos-piloto da OIT sobre LFS, as lições aprendidas e as recomendações, são descritos numa série de relatórios disponíveis no *site* do Departamento de Estatística da OIT. Ver Anexo A.3, Quadro A.3.1 para dados nacionais.
- 20 As médias são ponderadas utilizando a população com 15 anos ou mais.
- 21 Budlender, 2007; Charmes, 2019.
- 22 ONU, 2015a.
- 23 Domínguez-Serrano, 2012.
- 24 OIT, 2018i.
- 25 Este cálculo é baseado no pressuposto de que cada hora despendida nos cuidados de uma pessoa afetada com SIDA é menos uma hora disponível para o trabalho que, de outra forma, seria realizado. Fonte: Cálculos da OIT baseados em DHS para 31 países, OIT, 2018a.
- 26 ONU, 2016.
- 27 Stiglitz, Sen e Fitoussi, 2009.
- 28 ONU *et al.*, 2009.
- 29 Ibid., p. 99, 6.30.
- 30 ONU Mulheres, 2015
- 31 Abraham e Mackie, 2005.
- 32 Budlender, 2011.
- 33 Antonopoulos, 2009.
- 34 ONU, 1996.
- 35 Stiglitz, Sen e Fitoussi, 2009; Abraham e Mackie, 2005.
- 36 As Contas Satélite do Setor das Famílias são ferramentas para medir e quantificar o valor do resultado do trabalho de cuidados não remunerado, incluindo a contribuição do setor sem fins lucrativos no Sistema de Contas Nacionais. A construção de contas satélites, atualmente disponível em muitos países, permitiu uma melhor avaliação e visibilidade do valor económico do trabalho de cuidados não remunerado e a dimensão de género associada como variáveis macroeconómicas agregadas.
- 37 Ilkharacan, 2017.
- 38 O PPP PIB é o produto interno bruto em 2016 convertido para dólares internacionais utilizando taxas de paridade de poder de compra. Um dólar internacional tem o mesmo poder de compra sobre o PIB que o dólar americano nos Estados Unidos da América. O PIB é a soma do valor bruto acrescentado por todos os produtores residentes na economia mais quaisquer impostos sobre produtos e menos quaisquer subsídios não incluídos no valor dos produtos. É calculado sem fazer deduções da desvalorização dos bens fabricados ou do esgotamento e degradação de recursos naturais. Os dados estão em dólares internacionais atuais. Para a maioria das economias, os valores do PPP são extrapolados das estimativas do indicador de referência do Programa de Comparação Internacional (ICP) de 2011 ou imputados utilizando um modelo estatístico baseado no ICP de 2011. Para 47 economias de elevado rendimento e médio - elevado, os fatores de conversão são fornecidos pelo Eurostat e pela Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico (OCDE).
- 39 O valor elevado do trabalho de cuidados não remunerado na Austrália é explicado pelo valor do salário mínimo nacional, que é de PPP 15 USD (2011) por hora.
- 40 ONU, 2016.
- 41 Glaser *et al.*, 2013.
- 42 Cassirer e Addati, 2007; Alfes, 2016.
- 43 ONU Mulheres, 2015. 44 OCDE, 2017c.
- 45 OCDE, 2016a.
- 46 OCDE, 2017a.
- 47 Glaser, di Gessa e Tinker, 2014.
- 48 Glaser *et al.*, 2013.
- 49 Glaser, di Gessa e Tinker, 2014.
- 50 Samman, Presler-Marshall e Jones, 2016.
- 51 UNICEF, 2018; Foster e Williamson, 2000.
- 52 Samman, Presler-Marshall e Jones, 2016. 54 Ibid., p. 15.
- 53 Morrongiello *et al.*, 2006.
- 54 Zacharias, 2017.
- 55 A participação das mulheres é o complemento para 100 por cento para este indicador.
- 56 OIT, 2018e.
- 57 OCDE, 2017b.
- 58 Ibid.
- 59 Rost, Bates e Dellepiane, 2015.
- 60 Samman, Presler-Marshall e Jones, 2016.
- 61 A Figura 2.9 apresenta uma correlação negativa de 0,48.
- 62 Charmes, a publicar.
- 63 As definições dos termos «urbano» e «rural» variam de país para país e este facto afeta a comparabilidade. Por exemplo, alguns inquéritos agregam zonas

- geográficas na cidade capital, noutra cidade principal (a capital económica, por exemplo), zonas urbanas secundárias, áreas semiurbanas e, por fim, zonas rurais. Para fins de comparação, neste relatório apenas foram retidas duas zonas por país: rural e urbana.
- 66 Connelly e Kongar, 2017.
- 67 Charmes, a publicar.
- 68 DeGraff, Levison e Dungumaro, 2017.
- 69 OMS e UNICEF, 2017.
- 70 ONU, 2013.
- 71 Charmes, 2015.
- 72 Amarante e Rossel, 2018.
- 73 Maurer-Fazio e Connelly, 2017.
- 74 Definições: os grupos etários usados nos inquéritos sobre os usos do tempo variam consideravelmente entre os países. Isto significa que é difícil construir grupos etários homogêneos para fins comparativos. Por exemplo, a categoria «jovens» varia de 10–15, 10–17 ou 10–19 anos (nos Camarões, na África do Sul e na Maurícia, respetivamente) a 18–29 anos (no Uruguai ou nos Territórios Palestínianos Ocupados) ou 20–24 anos (na Grécia ou nos Estados Unidos da América). A faixa etária «idosos» varia de 45+ na África do Sul, 50–74 na Tunísia, 55+ na Turquia, e até 65+ na maioria dos outros países. As faixas etárias para os adultos variam de forma semelhante, mas devido à impossibilidade de agregar subgrupos, a faixa etária de 25–44 ou 35–44 anos, ou mesmo de 25–34 anos, representa os adultos num número não negligenciável de países. Para um país (Albânia), a faixa etária de 15–64 anos representa os adultos (sem desagregar a categoria jovens). Na China, os grupos de jovens e de idosos são combinados sob uma única categoria de «faixa etária inativa», consequentemente, este país não foi incluído. Por estas razões, foram identificados os seguintes três grupos etários agregados para fins de análise nesta secção: «jovens», «adultos» e «pessoas idosas».
- 75 OIT, 2017a.
- 76 Amarante e Rossel, 2018.
- 77 DeGraff, Levison e Dungumaro, 2017.
- 78 Samman, Presler-Marshall e Jones, 2016a.
- 79 Definição: as classificações por nível de escolaridade estão longe de serem harmonizadas. Em alguns países, o ensino secundário é dividido em níveis de escolaridade mais baixos e mais altos. Nestes casos, são usados os níveis mais altos. A educação pré-escolar é por vezes incluída no ensino básico e, por fim, alguns países distinguem entre nível universitário e outros níveis pós-secundários. Para possibilitar as comparações, foi mantido o nível universitário. Outro tipo de classificação inclui as seguintes categorias: «secundário incompleto», «secundário completo + superior incompleto» e «superior completo». Algumas discrepâncias podem ser explicadas pelas especificidades das classificações utilizadas. Porém, é possível identificar alguns padrões, não obstante tais categorias heterogêneas.
- 80 Definições: as classificações do estado civil são muito diferentes devido aos detalhes que fornecem. Casado/não casado ou solteiro é uma divisão raramente apresentada, como tal acontece nos relatórios de inquérito. Em geral, há muitas subcategorias de estado civil utilizadas, como oficialmente casado/união de facto, casado monógamo/casado polígamo. Divorciado, separado, viúvo, são geralmente distinguidos. Mais uma vez, quando a agregação não foi possível, foram escolhidas as categorias mais utilizadas.
- 81 Questões relativas à definição: para capturar as mudanças no uso do tempo devido aos cuidados de crianças, os relatórios do inquérito empregam diferentes metodologias. Ajustam-se para a idade (por exemplo, mais de 25 anos na Argélia ou menos de 45 anos na Finlândia) ou categorizam os agregados familiares em subgrupos, dependendo da presença ou não de crianças com menos de uma certa idade ou numa determinada faixa etária. Este tipo de classificação contudo não está harmonizada. Consequentemente, as faixas etárias e as classificações usadas nos nossos quadros e figuras não são homogêneas. Foram definidas quatro categorias: 1) sem crianças no agregado familiar; 2) presença de crianças com menos de cinco anos de idade; 3) presença de crianças com 5–11 anos; 4) presença de crianças com 11–17 anos. Todavia, alguns países utilizam diferentes escalões etários, como 6–18 anos (China, Etiópia e Gana); 7–18 anos (África do Sul); 7–17 anos (Albânia, Bélgica, Finlândia, Sérvia) e 3, 6 e 12 anos (Uruguai). A Etiópia, o Gana e o Uruguai estipulam: «pelo menos uma criança com menos de...».
- 82 Com um coeficiente da variável quatro a seis vezes maior para as mulheres do que para os homens.
- 83 Amarante e Rossel, 2018.
- 84 Maurer-Fazio e Connelly, 2017.
- 85 Os Estados Unidos da América são o único país que realiza este inquérito regularmente, numa base anual desde 2003. A Noruega realiza um inquérito de uso do tempo a cada dez anos desde 1970. Para a maioria dos países, apenas estão disponíveis dois pontos (ou três pontos) no tempo.
- 86 OIT, 2017b.
- 87 MacPhail, 2017.
- 88 Charmes, a publicar.
- 89 Ibid.
- 90 Kongar e Price, 2017.
- 91 Connelly e Kongar, 2017.
- 92 Kan, Sullivan e Gershuny, 2011.
- 93 Altintas, Sullivan e Billari, 2014.
- 94 Ibid.
- 95 Charmes, a publicar.
- 96 Kan, Sullivan e Gershuny, 2011; Sullivan, 2000.
- 97 Kan, Sullivan e Gershuny, 2011.
- 98 Samman, Presler-Marshall e Jones, 2016.
- 99 Hochschild, 1989.
- 100 Sullivan, 2013.
- 101 Kan, Sullivan e Gershuny, 2011.
- 102 Samman, Presler-Marshall e Jones, 2016.
- 103 Adema, Clarke e Frey, 2015; OIT, 2016b; Addati, Cassirer e Gilchrist, 2014.

- 104 Altintas e Sullivan, 2016; Altintas, Sullivan e Billari, 2014.
- 105 Kan, Sullivan e Gershuny, 2011.
- 106 Bianchi *et al.*, 2012. 107 OIT, 2016b.
- 108 OIT, 2011.
- 109 Muñoz Boudet, Petesch e Turk, 2013.
- 110 Ferrant, Pesando e Nowacka, 2014; OIT, 2016b; UNHLP, 2017.
- 111 OIT, 2018b.
- 112 Franck e Olsson, 2017; Gasparini e Marchionni, 2015; Ghosh, a publicar. Esta questão da autodeclaração nos inquéritos a agregados familiares pode ser também uma razão por trás de algumas das grandes diferenças na participação das mulheres de zonas rurais e urbanas no mercado de trabalho noutras regiões, como a América Latina (Gasparini e Marchionni, 2015). Por exemplo, estimou-se que na Índia, a adição do trabalho contra remuneração ou em troca de benefícios à produção própria de bens aumenta a participação das mulheres no mercado de trabalho de 24 para mais de 80 por cento (Ghosh, a publicar).
- 113 OIT, 2017c.
- 114 OIT, 2016b.
- 115 Gasparini e Marchionni, 2015.
- 116 Ver secção 1.1 para uma definição de pessoas cuidadoras não remuneradas.
- 117 As mulheres e os homens adultos são definidos como indivíduos com 18 a 54 anos em países de baixo e médio rendimento, 25 a 54 anos em países de elevado rendimento.
- 118 Uma minoria de 1,5 mil milhões de adultos não tem responsabilidades de cuidados, dos quais 0,8 mil milhões são homens e 0,7 mil milhões são mulheres.
- 119 Não foi possível atribuir cada beneficiário de cuidados a um prestador de cuidados adulto com base numa análise da composição do agregado familiar. Neste relatório, assim, consideramos qualquer adulto que viva em: a) um agregado familiar com uma criança com menos de 15 anos; b) uma pessoa idosa com idade igual ou superior à esperança de vida saudável do país; ou c) uma pessoa com deficiência grave ou doença prolongada para ser uma «pessoa cuidadora não remunerada» ou um «prestador de cuidados não remunerado». Esta definição é um reconhecimento de que foram encontrados 35 milhões de crianças com idades entre 15 e 17 anos que realizam tarefas domésticas durante mais de 21 horas por semana e, como tal, é mais provável que acabem por se enquadrar na categoria de pessoas cuidadoras não remuneradas.
- 120 Alfes, 2016; Hill, 2017.
- 121 Foram identificados oito tipos de agregados familiares: 1) Pessoa só sem crianças; 2) A família nuclear é composta pelo casal sem crianças; 3) Casal com parentes (sem crianças): o casal vive com os parentes ou outros membros que não são parentes, desde que não sejam as crianças do casal; 4) Família nuclear com parentes é uma família com casal e parentes, desde que os parentes não sejam as crianças do casal; 5) As famílias monoparentais são compostas pelo pai ou pela mãe e crianças; 6) A família nuclear é composta pelo casal e crianças; 7) A família alargada é uma família nuclear com parentes; 8) As famílias monoparentais com parentes são famílias compostas pelo membro adulto, crianças e parentes.
- 122 Chioda, 2016.
- 123 OIT e Gallup, 2017.
- 124 Montefiori, Cattaneo e Licata, a publicar.
- 125 OIT e Gallup, 2017.
- 126 Folbre, 2017; Chioda, 2016.
- 127 OIT, 2016b.
- 128 O grupo de referência de homens e mulheres adultos é definido como pessoas de 18-54 anos em países de baixo e médio rendimento e de 25-54 em países de elevado rendimento.
- 129 Isto é medido como a diferença entre a taxa de emprego dos homens que vivem com crianças de 0 a 5 anos e a taxa de emprego das mulheres que vivem com crianças de 0 a 5 anos. Uma diferença positiva significa que a taxa de emprego dos pais é mais alta do que a das mães.
- 130 OIT, 2016b.
- 131 Ibid.
- 132 OIT, 2016a.
- 133 Ibid., baseado em Schmid e Wagner, 2016.
- 134 Chioda, 2016; EUROSTAT, 2017.
- 135 OIT, 2016b.
- 136 Folbre, 2017.
- 137 Goldin, 2014.
- 138 Cha e Weeden, 2014.
- 139 OIT, 2016b.
- 140 Lansky *et al.*, 2017.
- 141 OIT, 2016b.
- 142 Consultar definição de economia informal em http://www.ilo.org/ilostat-files/Documents/description_IFL_EN.pdf.
- 143 Cassirer e Addati, 2007; Alfes, 2016; Hill, 2017.
- 144 Amarante e Rossel, 2018.
- 145 Adams e Berg, 2018.
- 146 Chioda, 2016.
- 147 Muñoz Boudet, Petesch e Turk, 2013.
- 148 OIT, 2017c, pp. 23-24.
- 149 Muñoz Boudet, Petesch e Turk, 2013.
- 150 OIT e Gallup, 2017.
- 151 Ibid.
- 152 **África (39):** Norte de África (6): Argélia; Egito; Líbia; Marrocos; Sudão do Sul; Tunísia *África Subsariana (33):* África do Sul; Benim; Botsuana; Burkina Faso; Camarões; Chade; Congo; Congo, República Democrática do; Costa do Marfim; Etiópia; Gabão; Gana; Guiné; Lesoto; Libéria; Madagáscar; Maláui; Mali; Mauritânia; Maurícia; Níger; Nigéria, Quênia; República Centro-Africana; Ruanda; Senegal; Serra Leoa; Somália; Tanzânia, República Unida da; Togo; Uganda; Zâmbia; Zimbabué. **Américas (21):** *América Latina e Caraíbas (19):* Argentina; Bolívia, Estado Plurinacional da; Brasil; Chile; Colômbia; Costa Rica; Equador; El Salvador; Guatemala; Haiti; Honduras; México; Nicará-

- gua; Panamá; Paraguai; Peru; República Dominicana; Uruguai; Venezuela, República Bolivariana da. *América do Norte (2)*: Canadá, Estados Unidos. **Estados Árabes (9)**: Arábia Saudita; Barém; Emirados Árabes Unidos; Iémen; Iraque; Jordânia; Koweit; Territórios Palestinos Ocupados. **Ásia e Pacífico (21 países e territórios)**: *Ásia Oriental (6)*: China; Coreia, República da; Hong Kong, China; Japão; Mongólia; Taiwan, China. *Sudeste Asiático e Pacífico (9)*: Austrália; Birmânia; Camboja; Filipinas; Indonésia; Nova Zelândia; Singapura; Tailândia; Vietname. *Sul da Ásia (6)*: Afeganistão; Bangladesh; Índia; Irão, República Islâmica do; Nepal; Paquistão. **Europa e Ásia (52)**: *Europa Setentrional, Meridional e Ocidental (30)*: Albânia; Alemanha; Áustria; Bélgica; Bósnia-Herzegovina; Croácia; Dinamarca; Eslovénia; Espanha; Estónia; Finlândia; França; Grécia; Islândia; Irlanda; Itália; Kosovo; Letónia; Lituânia; Luxemburgo; Macedónia, Antiga República jugoslava da; Malta; Montenegro; Noruega; Países Baixos; Portugal; Reino Unido; Sérvia; Suécia; Suíça. *Europa de Leste (10)*: Bielorrússia; Bulgária; Eslováquia; Federação Russa; Hungria; Moldávia, República da; Polónia; República Checa; Roménia; Ucrânia. *Ásia Central e Ocidental (12)*: Arménia; Azerbaijão; Cazaquistão; Chipre; Geórgia; Israel; Norte de Chipre; Quirguizistão, Tajiquistão; Turquia; Turquemenistão; Uzbequistão.
- 153 OIT e Gallup, 2017.
- 154 É importante notar que estas crianças podem ser, ou não, filhas das pessoas inquiridas. A Gallup perguntou quantas crianças com menos de 15 anos de idade viviam nos seus agregados familiares, independentemente de serem filhos de quem for. É, consequentemente, uma aproximação do facto de serem ou não progenitores.
- 155 **África (10)**: *Norte de África (5)*: Argélia; Egito; Líbia; Marrocos; Tunísia. *África Subsariana (5)*: África do Sul; Gana; Nigéria; Ruanda; Zimbabué. **Américas (9)**: *América Latina e Caraíbas (8)*: Brasil; Chile; Colômbia; Equador; México; Peru; Trindade e Tobago; Uruguai. *América do Norte (1)*: Estados Unidos da América. **Estados Árabes (8)**: Barém; Catar; Iémen; Iraque; Jordânia; Koweit; Líbano; Territórios Palestinos Ocupados. **Ásia e Pacífico (13)**: *Ásia Oriental (5)*: China; Coreia, República da; Hong Kong, China; Japão; Taiwan, China. *Sudeste Asiático e Pacífico (6)*: Austrália; Filipinas; Malásia; Nova Zelândia; Singapura; Tailândia. *Sul da Ásia (2)*: Índia; Paquistão. **Europa e Ásia Central (19)**: *Europa Setentrional, Meridional e Ocidental (6)*: Alemanha; Eslovénia; Espanha; Estónia; Países Baixos; Suécia. *Europa de Leste (5)*: Bielorrússia; Federação Russa; Polónia; Roménia; Ucrânia. *Ásia Central e Ocidental (8)*: Arménia; Azerbaijão; Cazaquistão; Chipre; Geórgia; Quirguizistão; Turquia; Usbequistão.
- 156 Quando as percentagens não somam 100, o remanescente representa os participantes do inquérito com falta de dados («sem resposta» ou «não sabe»). Neste caso, 4 por cento dos homens e 3 por cento das mulheres tinham valores em falta relativamente a esta pergunta.
- 157 Os países para os quais existem dados comparáveis são o Brasil, Chile, Espanha, Federação Russa, Índia, Japão, México, Nigéria e República da Coreia. A fase 2 do *World Value Survey* foi realizada em 1989-93 e a fase 6 em 2010-14.
- 158 Sjöberg, 2004.
- 159 Grupo de Investigação ISSP, 2016.
- 160 **África (1)**: África do Sul.
- Américas (6)**: *América Latina (4)*: Argentina; Chile; México; Venezuela, República Bolivariana da. *América do Norte (2)*: Canadá, Estados Unidos da América.
- Ásia e Pacífico (7)**: *Ásia Oriental (4)*: China; Coreia, República da; Japão; Taiwan, China. *Sudeste Asiático e Pacífico (2)*: Austrália, Filipinas. *Sul da Ásia (1)*: Índia.
- Europa e Ásia Central (27)**: *Europa Setentrional, Meridional e Ocidental (18)*: Alemanha; Áustria; Bélgica; Croácia; Dinamarca; Eslovénia; Espanha; Finlândia; França; Islândia; Irlanda; Letónia; Lituânia; Noruega; Países Baixos; Portugal; Suécia; Suíça; Reino Unido. *Europa de Leste (6)*: Bulgária, Eslováquia, Federação Russa, Hungria, Polónia, República Checa. *Ásia Central e Ocidental (2)*: Israel, Turquia.
- 161 **África (1)**: África do Sul.
- Américas (6)**: *América Latina (4)*: Argentina; Brasil; México; Peru. *América do Norte (2)*: Canadá, Estados Unidos da América.
- Ásia e Pacífico (5)**: *Ásia Oriental (2)*: Japão; Coreia, República da. *Sudeste Asiático e Pacífico (2)*: Austrália; Indonésia. *Sul da Ásia (1)*: Índia.
- Europa e Ásia Central (10)**: *Europa Setentrional, Meridional e Ocidental (7)*: Alemanha; Bélgica; Espanha; França; Itália; Reino Unido; Suécia. *Europa de Leste (2)*: Federação Russa; Polónia. *Ásia Central e Ocidental (1)*: Turquia.
- 162 Ipsos MORI, 2017.
- 163 Levkov et al., 2014.
- 164 Ibid.
- 165 Ibid.
- 166 Elevado rendimento: Polónia. Médio rendimento: África do Sul; Butão; Fiji; Índia; Iémen; Indonésia; Moldávia, República da; Papua-Nova Guiné; Peru; Sérvia; República Dominicana; Sudão; Territórios Palestinos Ocupados. Baixo rendimento: Afeganistão; Burquina Faso; Libéria; Tanzânia, República Unida da; Togo; Vietname.
- 167 Muñoz Boudet, Pesesch e Turk, 2013.
- 168 Ibid.
- 169 Comissão Europeia e Parlamento Europeu, 2015.
- 170 Europa Setentrional, Meridional e Ocidental: Alemanha; Áustria; Bélgica; Croácia; Dinamarca; Eslovénia; Espanha; Estónia; Finlândia; França; Grécia; Irlanda; Itália; Letónia, Lituânia; Luxemburgo; Malta; Países Baixos; Portugal; Suécia; Reino Unido. Europa de Leste: Bulgária; Eslováquia;

Hungria; Polónia; Roménia; República Checa. Ásia

Central e Ocidental: Chipre.

171 Connelly e Kongar, 2017.

172 Ilkkaracan, 2017.

173 Ibid.

CAPÍTULO 3

Políticas de cuidados e trabalho de cuidados não remunerado

MENSAGENS-CHAVE

- As políticas de cuidados consistem em atribuir recursos em forma de dinheiro, prestação de serviços e tempo que incluem: licenças, serviços de cuidados, prestações de proteção social relacionadas com os cuidados, modalidades de trabalho adaptadas às responsabilidades familiares e infraestruturas relacionadas com os cuidados.
- As políticas de cuidados transformadoras garantem os direitos humanos, a autonomia e o bem-estar tanto das pessoas cuidadoras não remuneradas (estejam empregadas ou não) como de quem beneficia dos cuidados. Baseiam-se em quatro princípios fundamentais: sensibilidade à dimensão de género e aos direitos humanos; universalidade, adequação e equidade; responsabilidade geral e principal do Estado; diálogo social e representação.
- As políticas de cuidados transformadoras conduzem a melhores resultados para as crianças, para o emprego das mães e o papel de cuidador dos pais, assim como para as pessoas idosas e pessoas com deficiência.
- Quando o Estado investe numa combinação de políticas de cuidados, as taxas de emprego das mulheres cuidadoras remuneradas tendem a ser mais elevadas do que as dos países que investem comparativamente menos.
- Existem em todo o mundo grandes défices na cobertura das políticas de cuidados, tendo consequências prejudiciais para as pessoas com necessidades de cuidados e responsabilidades de cuidados.
- O acesso universal à proteção da maternidade está longe de ser uma realidade e, a nível mundial, mais de um terço dos países não concedem nenhum direito a licença ao pai. A conceção das políticas de licenças é um fator fundamental para apoiar as oportunidades de as mães e os pais se dedicarem ao trabalho de atividades de cuidados remunerado e não remunerado.
- A maioria dos países apresentou taxas brutas de frequência de serviços de cuidados e educação de crianças (ECCE) de crianças com menos de três anos de idade inferiores a 20 por cento. A frequência da educação pré-escolar é mais elevada, mas permanecem disparidades nos países de baixo rendimento. A disponibilidade de serviços ECCE durante todo o dia permite que os pais assumam empregos próximos do tempo completo, assegurando ganhos mais elevados.
- O Estado assume um papel de liderança no financiamento de serviços de cuidados continuados em apenas alguns países.
- Mais de um terço dos países do mundo não tem quaisquer prestações familiares ou por filho a cargo previstas na legislação nacional.

- Prestações pecuniárias por cuidados podem melhorar substancialmente a vida independente das pessoas com incapacidade, permitindo-lhes empregar assistentes pessoais.
- Os programas de obras públicas são particularmente transformadores quando, além de proporcionar emprego, contribuem para aliviar as pessoas cuidadoras não remuneradas.
- As políticas de cuidados, os serviços de cuidados às crianças e as modalidades favoráveis à família no local de trabalho podem gerar retornos a longo prazo dos investimentos aos empregadores e ter efeitos positivos gerais na conciliação entre o trabalho e a vida pessoal.
- O abastecimento de água, saneamento e melhor qualidade dos serviços de eletricidade pode conduzir a ganhos em termos de bem-estar, especialmente para as famílias pobres, raparigas e mulheres.

As famílias e os mercados de trabalho mudam, e os rácios de dependência de cuidados evoluem (ver Capítulo 1), pelo que satisfazer as necessidades de cuidados está a tornar-se cada vez mais desafiante. É essencial identificar e implementar as ações corretas para poder responder a estes desafios e abordar as necessidades de cuidados. As políticas de cuidados, conjuntamente com medidas para criar um ambiente político favorável ao seu apoio, têm sido o foco principal de uma ação política bem-sucedida.

As políticas de cuidados podem ser um meio eficaz de abordar as desigualdades relacionadas com o trabalho de cuidados não remunerado e garantir os direitos humanos, a autonomia e o bem-estar das pessoas cuidadoras e de quem beneficia dos cuidados.¹ Mas isto depende muito de como estas são concebidas e do objetivo geral destas políticas. A disposição de políticas de cuidados varia amplamente entre países e regiões. Esta variação está relacionada com contextos demográficos, económicos, sociais e culturais distintos, que condicionam os debates sobre políticas e as prioridades dos países, incluindo o espaço fiscal dos Estados para implementar estas políticas. Por exemplo, os países de elevado rendimento (especialmente os nórdicos, ver Capítulo 4) têm tradicionalmente estado na vanguarda na abordagem das contingências em termos de cuidados como um componente integral das responsabilidades de bem-estar do Estado e no desenvolvimento de medidas relativas ao mercado de trabalho, tais como políticas de licenças e modalidades de trabalho favoráveis à família.² Nos países da África Subsariana, a necessidade de infraestruturas relacionadas com os cuidados é atualmente enfatizada, enquanto na Ásia e na América Latina, a necessidade dos serviços de cuidados são questões políticas atuais.³

A forma como as políticas de cuidados são enquadradas nos debates políticos também tem um impacto na sua conceção e implementação. Por exemplo, na América Latina e Caraíbas, as políticas de cuidados são enquadradas como questões de igualdade entre mulheres e homens: a divisão desigual de trabalho de cuidados não remunerado entre homens e mulheres é reconhecida como uma das principais causas da desigualdade de género nas esferas económica e política. Pelo contrário, nas regiões de baixo e médio rendimento, as políticas de cuidados são consideradas antes de mais como políticas de redução da pobreza, o que resulta em que as políticas de proteção social e do mercado de trabalho prestem pouca atenção às dimensões dos cuidados.⁴

Este capítulo define o potencial transformador das políticas de cuidados para o bem-estar económico e social de todas as pessoas e como ingredientes fundamentais para atingir as metas da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Analisam-se diferentes tipos de políticas de cuidados e a sua cobertura mundial, dentro do quadro dos princípios e direitos fundamentais que estabelecem a base para as políticas de cuidados transformadoras. Constrói os fundamentos para investir em políticas de cuidados transformadoras, explorando as implicações das medidas selecionadas, incluindo as relacionadas com as taxas de emprego das mães e das cuidadoras não remuneradas, e sobre o desenvolvimento das crianças e esperança de vida das pessoas idosas. As disparidades existentes nas diferentes regiões são então identificadas, conjuntamente com as desigualdades daí resultantes, nomeadamente para as mulheres (especialmente mulheres de zonas rurais e indígenas) e pessoas idosas, pessoas com deficiência e pessoas que vivem com o VIH. As atitudes de mulheres e dos homens em relação às políticas de cuidados selecionadas também são apresentadas em relação às disposições atuais para mostrar que as normas sociais podem evoluir e refletir a abordagem transformadora do ambiente político.

3.1. POLÍTICAS DE CUIDADOS TRANSFORMADORAS

3.1.1. Definição de políticas de cuidados

As *políticas de cuidados* são políticas públicas que atribuem recursos para reconhecer, reduzir e redistribuir a prestação de cuidados não remunerada sob a forma de dinheiro, serviços e tempo (ver Quadro 3.1).⁵ Desempenham um papel fundamental na abordagem do trabalho de cuidados não remunerado, promovendo a igualdade de género e atenuando as desigualdades enfrentadas pelas pessoas com grandes necessidades de cuidados, assim como mulheres, raparigas e pessoas de grupos socialmente desfavorecidos, que prestam geralmente um volume significativo de cuidados não remunerados.⁶

As *políticas de cuidados transformadoras* são políticas que, simultaneamente, garantem os direitos humanos, a autonomia e o bem-estar das pessoas cuidadoras remuneradas e não remuneradas, assim como de quem beneficia dos cuidados, evitando dilemas e unindo interesses opostos.⁷ Nesta perspetiva, podem ser identificados quatro princípios fundamentais que apoiam a conceção, implementação e avaliação destas políticas (ver Figura 3.1).

As políticas de cuidados vão desde prestações e transferências monetárias de proteção social relacionadas com os cuidados e subsídios para os trabalhadores e trabalhadoras com responsabilidades familiares, pessoas cuidadoras não remuneradas ou para pessoas que necessitam de cuidados, até à prestação direta de serviços de cuidados e serviços complementares, tais como a água e saneamento e outras infraestruturas relacionadas com os cuidados. Também incluem regulamentações do trabalho, incluindo políticas de licenças e outras disposições de trabalho favoráveis à família, permitindo conciliar a vida profissional e familiar (ver Quadro 3.1). As políticas de cuidados incluem, consequentemente, políticas que se cruzam - e são afetadas por - uma série de outros domínios de intervenção política, incluindo a macroeconomia, o trabalho (e as políticas setoriais de saúde e educação relacionadas, ver Capítulo 5), a proteção social e as migrações (ver Capítulo 1). Dependendo da sua conceção, também têm outros objetivos diferentes, tais como a redução da pobreza e a inclusão social, a igualdade de género no trabalho, o tra-

Quadro 3.1 Visão geral das políticas de cuidados

Categoria	Breve descrição
Licenças	Direitos para que as pessoas que prestam cuidados não remunerados que se encontram a trabalhar possam interromper o trabalho enquanto usufruem de direitos de proteção no emprego e segurança de rendimento através de prestações pecuniárias. Os exemplos mais comuns são a licença de maternidade, licença de paternidade, licença para prestação de cuidados a crianças, licença para prestar apoio a pessoas com incapacidade, doentes ou membros da família idosos com necessidades de cuidados.
Serviços de cuidados	Serviços públicos, privados ou sem fins lucrativos que assumem uma parte do trabalho de cuidados não remunerado relativos a crianças em idade pré-escolar, pessoas doentes, pessoas com incapacidade ou idosos. Na África Subsariana, os serviços de cuidados a pessoas afetadas pelo VIH são essenciais. Os serviços de cuidados prestados por pessoal qualificado devem ser acessíveis, com um custo razoável, de acordo com a capacidade financeira de cada pessoa. Os serviços de cuidados e educação da primeira infância (ECCE) incluem serviços e programas que apoiam a sobrevivência, o desenvolvimento e a aprendizagem das crianças desde o nascimento até à entrada no ensino básico, geralmente prestados em casa dos pais ou num centro, assim como serviços no local de trabalho. A distinção é feita entre o desenvolvimento educativo durante a primeira infância (ECED, de 0-2 anos de idade) e a educação pré-escolar (dos 3 anos à idade da entrada na escola). Os serviços de cuidados continuados incluem serviços e políticas que apoiam as pessoas com necessidade de cuidados na sua vida diária, como as pessoas doentes ou idosos e as pessoas com deficiência. Os serviços são normalmente prestados no domicílio ou em instituições.
Prestações de proteção social relacionadas com os cuidados	São as prestações relacionadas com os cuidados que incluem regimes de proteção social que reconhecem as contingências dos cuidados que ocorrem nas vidas das pessoas, tais como cuidados familiares ou a educação das crianças, proporcionadas através de transferências monetárias ou em espécie a pessoas com necessidades de cuidados ou a pessoas cuidadoras não remuneradas. Estas prestações estão associadas aos custos da gravidez, parto e adoção, deficiência e cuidados continuados, criação das crianças e cuidados a outros membros da família, assim como o reconhecimento do trabalho de cuidados nos regimes de proteção social para as pessoas cuidadoras, especialmente em relação aos regimes de pensões. Adicionalmente às políticas de licenças e aos serviços de cuidados, as prestações de proteção social relacionadas com os cuidados incluem reduções fiscais e subsídios em dinheiro por cuidados, assim como programas de transferências monetárias e programas de criação de emprego com um componente específico de cuidados, tal como os que apoiam a permanência ou a reintegração no mercado de trabalho das pessoas com responsabilidades familiares (por exemplo, trabalhos públicos).
Modalidades de conciliação trabalho e família	As modalidades de trabalho permitem uma modificação dos padrões normais de trabalho dos trabalhadores e trabalhadoras para apoiar a conciliação entre as responsabilidades do trabalho e da família. Estas modalidades incluem horários de trabalho flexíveis, horas de trabalho reduzidas, direito a obter ou solicitar trabalho a tempo parcial e as prestações ou direitos proporcionais relacionados, teletrabalho ou trabalho móvel com recurso a TIC. São geralmente garantidos a trabalhadores com responsabilidades familiares ou a pessoas com deficiência.
Infraestruturas relacionadas com os cuidados	Infraestruturas que reduzem a penosidade das tarefas domésticas, tal como a distribuição de água, o saneamento e a procura de energia, assim como proporcionar acesso a transportes e equipamentos domésticos economizadores de trabalho.

Nota: Ainda que a definição estatística do trabalho de cuidados não remunerado nos Capítulos 1 e 2 exclua recolher lenha e água, a falta de infraestruturas básicas tem impactos importantes em termos de tempo e volume de trabalho que as mulheres e as raparigas realizam em casa e na comunidade, especialmente nos países de rendimento mais baixo. O papel das infraestruturas básicas é também reconhecido na meta 5.4 dos ODS e na Recomendação (n.º 156) sobre os Trabalhadores com Responsabilidades Familiares, 1981. Este elemento em termos das políticas é, por essa razão, incluído nesta definição de políticas de cuidados.

Fontes: Autores, baseados na Convenção (n.º 156) e Recomendação (n.º 165) da OIT; Addati *et al.*, 2014; UNRISD, 2016.

balho digno para todos, a criação de emprego e o desenvolvimento de capacidades humanas das gerações futuras.⁸

As políticas de cuidados, se concebidas de forma transformadora, podem contribuir para o cumprimento de vários Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), nomeadamente: 1 (erradicar a pobreza); 3 (garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar); 4 (garantir educação inclusiva, de qualidade e equitativa); 5 (alcançar a igualdade de género e empoderar todas as mulheres e raparigas); 6 (garantir a disponibilidade e a gestão sustentável da água potável e do saneamento); 8 (promover o crescimento económico inclusivo e sustentável, o emprego pleno e produtivo e o trabalho digno para todos); e 10 (reduzir as desigualdades no interior dos países e entre países).⁹

3.1.2. Os princípios e direitos fundamentais para as políticas transformadoras de cuidados

A igualdade de género e a não discriminação no mundo do trabalho tem estado no cerne do mandato da OIT desde 1919. Estes princípios foram traduzidos numa série de normas internacionais do trabalho, adotadas por representantes de governos, empregadores e trabalhadores de todo o mundo. Pode ser estabelecido um quadro para as políticas de cuidados transformadoras a partir de uma série destes instrumentos, particularmente os que são considerados como Convenções fundamentais em termos de igualdade, nomeadamente a Convenção (n.º 100) sobre a Igualdade de Remuneração, de 1951, a Convenção (n.º 111) sobre a Discriminação (Emprego e Profissão), de 1958, a Convenção (n.º 156) sobre os Trabalhadores com Responsabilidades Familiares, de 1981 e a Convenção (n.º 183) sobre a Proteção da Maternidade, de 2000. Outras normas internacionais do trabalho contribuíram para definir este quadro de políticas de cuidados transformadoras, incluindo as relativas à segurança social, do trabalho doméstico e a transição da economia informal para a economia formal, entre outras (ver também Capítulos 1 e 6 e Quadro 1.1 no Anexo A.1).

A Convenção (n.º 156) sobre os Trabalhadores com Responsabilidades Familiares, de 1981 e a respetiva Recomendação (n.º 165) são normas essenciais que se centram mais explicitamente no reconhecimento, redução e redistribuição do trabalho de cuidados, tendo em vista permitir que os trabalhadores, mulheres e homens, conciliem trabalho e responsabilidades familiares sem estarem sujeitos à discriminação. O duplo objetivo dos instrumentos é alcançar a igualdade de oportunidades e tratamento no emprego entre homens e mulheres com responsabilidades familiares, assim como entre trabalhadores com responsabilidades familiares e os que não têm este tipo de responsabilidades. Estes objetivos baseiam-se na consciência de que é «necessária uma mudança no papel tradicional dos homens, assim como no papel das mulheres na sociedade e na família para alcançar a plena igualdade entre homens e mulheres».¹⁰ A Convenção exige que os signatários tornem um objetivo da política nacional que todos os trabalhadores com responsabilidades familiares - tanto mulheres como homens - possam trabalhar sem discriminação e, tanto quanto possível, sem conflitos entre o trabalho e a família.

Figura 3.1. Princípios fundamentais de apoio para as políticas de cuidados transformadoras

Fontes: Autores, baseados em Daly e OIT, 2001; OIT, 2014b; UNRISD, 2016, Martínez Franzoni e Sanchez-Ancochea, 2016

A Convenção (n.º 156) não estabelece os meios específicos através dos quais as políticas nacionais devem ser formuladas ou cumpridas, mas permite uma ampla gama de ações, medidas proativas que é necessário tomar «para permitir que os trabalhadores com responsabilidades familiares possam exercer o seu direito à livre escolha de emprego e tomar em consideração as suas necessidades em termos e condições de emprego e de segurança social», o que implica uma série de políticas de cuidados, incluindo políticas de licenças, modalidades de trabalho favoráveis à família e prestações de proteção social. Outra disposição adicional exige medidas para considerar as necessidades dos trabalhadores com responsabilidades familiares no planeamento comunitário, bem como para desenvolver ou promover serviços comunitários «tais como serviços e instalações para os cuidados de crianças e famílias» (Convenção n.º 156), sublinhando a necessidade de serviços de cuidados. As políticas de cuidados estão claramente no cerne da Convenção e da Recomendação.

A exigência de uma política nacional reflete a Convenção (n.º 111) sobre a Discriminação (Emprego e Profissão), de 1958, que requer que os Estados que a ratificaram declarem e sigam uma política nacional concebida para promover a «igualdade de oportunidades ou de tratamento em matéria de emprego ou profissão, com o objetivo de eliminar toda a discriminação». É discutida uma série de outros instrumentos da OIT mais detalhadamente a seguir, no contexto da visão geral das políticas de cuidados.

Podem ser identificados quatro princípios fundamentais apoiados nas políticas de cuidados transformadoras, baseados nas normas internacionais do trabalho, como apresentado na Figura 3.1. A aplicação destes princípios na conceção, implementação e avaliação das políticas de cuidados conduz a políticas que apoiam os direitos humanos, a autonomia e o bem-estar das pessoas cuidadoras, assim como das pessoas beneficiárias dos cuidados, aspetos que se encontram no cerne da definição das políticas de cuidados transformadoras.

Em primeiro lugar, *as políticas de cuidados devem ser sensíveis à dimensão de género e baseadas nos direitos humanos*: nomeadamente, necessitam de incentivar ativa e sistematicamente a implementação efetiva da não discriminação e igualdade de género em casa, no trabalho e na sociedade.¹¹ As políticas de cuidados e as suas ligações a outros domínios de ação (ver secção 1.4 no Capítulo 1.4) podem alargar os direitos, as capacidades e as escolhas das mulheres e dos homens, e podem atenuar outras dimensões de desigualdades relacionadas com a etnia, origem e deficiência.¹² Não obstante, podem também acentuar e confinar as mulheres a papéis tradicionais associados com a feminilidade e a maternidade. Por exemplo, quando estas políticas são dirigidas apenas às mulheres, desencorajam o seu acesso a empregos de qualidade e os homens de se responsabilizarem pelas atividades de cuidados, o que constitui um fracasso na distribuição do trabalho de cuidados não remunerado no agregado familiar.¹³ Assim, a conceção e implementação efetiva das políticas são cruciais para garantir que as políticas de cuidados contribuem para atingir a igualdade de género substantiva e o empoderamento económico das mulheres.

Em segundo lugar, *as políticas de cuidados devem ser universais e devem proporcionar prestações adequadas e equitativas*. As políticas de cuidados podem beneficiar tanto as mulheres como os homens, especialmente os que têm uma maior probabilidade de ficar para trás, no espírito da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Isto exige que toda a população seja abrangida por serviços semelhantes e de elevada qualidade e transferências monetárias suficientes. O princípio da universalidade na conceção, implementação e resultados implica igualmente a distribuição da cobertura e a generosidade entre os beneficiários. Isto significa um alcance massivo - mulheres e homens, pobres ou não, de zonas rurais ou urbanas, cidadãos ou não cidadãos - com uma combinação de prestações adequadas e de serviços públicos financiados não apenas através de receitas gerais, mas também do seguro social em combinação com a assistência social.¹⁴ Além disso, o princípio de solidariedade social exclui o financiamento de políticas de cuidados, tais como a licença de maternidade ou paternidade e os serviços de cuidados às crianças, através da responsabilidade do empregador direto. É provável que este mecanismo de financiamento coloque as mulheres e outros grupos específicos em risco de discriminação.¹⁵

Em terceiro lugar, *as políticas de cuidados devem garantir que o Estado assume a responsabilidade principal e geral*. Esta dimensão é baseada no princípio de que os cuidados são um bem social. O papel de liderança do Estado inclui o estabelecimento de prestações e a definição da qualidade dos serviços (elegibilidade, nível, direitos, financiamento, modalidades de prestações, monitorização e avaliação), a regulamentação efetiva do mercado e atuar como uma entidade estatutária e central em termos de financiamento, assim como de fornecedor direto e empregador dos trabalhadores de cuidados no setor público.¹⁶ A responsabilidade principal do Estado pode evitar que as políticas de cuidados sejam mal concebidas, financiadas ou implementadas, o que pode perpetuar as desigualdades.¹⁷

Em quarto lugar, *as políticas de cuidados devem basear-se no diálogo social e na representação dos trabalhadores*. Este é um princípio fundamental em termos de governação. As políticas de cuidados têm o potencial de empoderar e garantir os direitos, a autonomia e o bem-estar das pessoas cuidadoras e de quem beneficia dos cuidados. Mas a voz das mais interessadas necessita de ser ouvida na formulação das políticas; é preciso haver apoio para o diálogo entre os representantes as pessoas beneficiárias dos cuidados,

das pessoas cuidadoras não remuneradas dos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados e do Estado.¹⁸ Conforme estabelecido nas normas internacionais do trabalho da OIT, as organizações de trabalhadores e de empregadores e, entre estas, quem representa trabalhadores e trabalhadoras de cuidados¹⁹ e os seus empregadores, têm um papel fundamental a desempenhar na conceção, implementação, monitorização e avaliação das políticas de cuidados e garantir que estas são financiadas de forma adequada e sustentável. As pessoas beneficiárias de cuidados e as pessoas cuidadoras não remuneradas, incluindo as mulheres, os pais, as pessoas idosas e as pessoas com deficiência, as pessoas que vivem com o VIH e outros representantes da sociedade civil, devem, tanto quanto possível, também ser incluídos nas decisões na formulação de políticas e nas avaliações das políticas, visando assegurar que as suas necessidades e expectativas vão ser cumpridas.²⁰ Ao fazê-lo, as políticas de cuidados transformadoras podem ter efeitos gerais positivos na governação, cidadania e responsabilização social.²¹

As secções que se seguem irão analisar a situação e o estado das políticas de cuidados à volta do mundo, no quadro das normas da OIT e em conformidade com os primeiros três princípios (sensíveis à dimensão de género e baseadas nos direitos humanos; universalidade, adequação e equidade; e responsabilidade principal do Estado). São também apresentados os papéis da negociação coletiva e dos empregadores na promoção de medidas específicas em termos de cuidados. Os Capítulos 4 e 6 irão discutir o papel do diálogo social e da representação dos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados no contexto destas políticas.

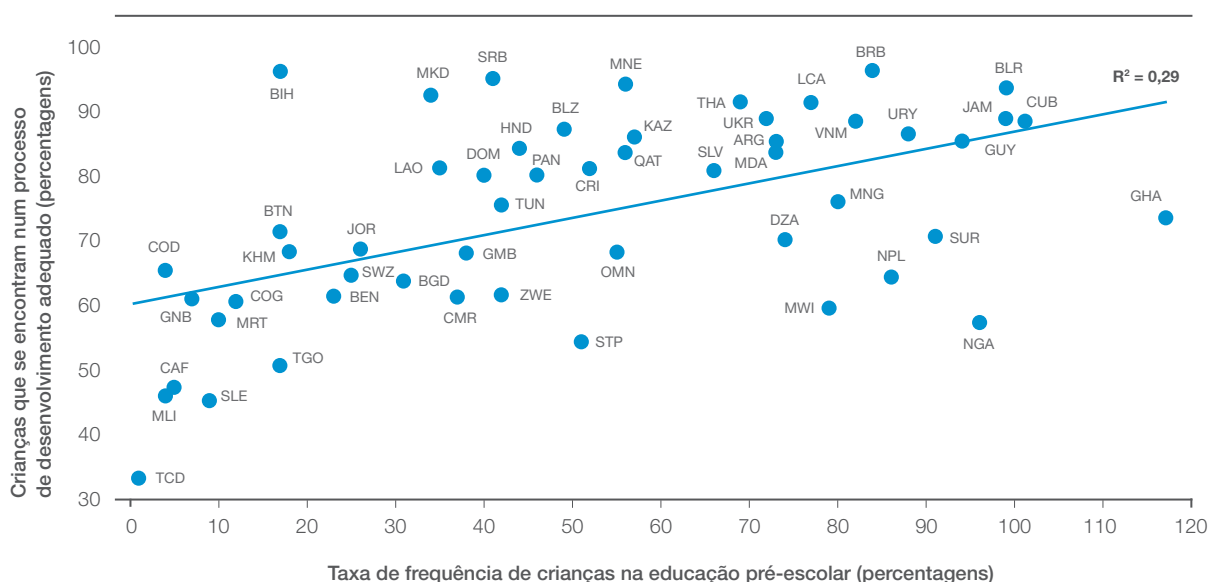
3.2. DEFENDER AS POLÍTICAS DE CUIDADOS TRANSFORMADORAS

Há grandes défices na cobertura das necessidades de cuidados no mundo, com consequências prejudiciais para as pessoas com necessidades de cuidados e para com as pessoas com responsabilidades de cuidados, especialmente mulheres, pessoas idosas e pessoas com deficiência ou que vivem com o VIH. Estas consequências afetam a sua segurança económica, assim como a saúde e o bem-estar. Esta secção analisa a relação entre as políticas de cuidados e os seus resultados, mostrando o impacto positivo que podem ter, desde que sejam universais e sensíveis à dimensão de género, envolvam o Estado como principal responsável e sejam baseadas no diálogo social.

3.2.1. Desenvolvimento das crianças

O desenvolvimento das crianças - mental e físico - depende da existência, e acesso a um conjunto de políticas de cuidados adequadas e condições de vida seguras, incluindo infraestruturas básicas e alimentação suficiente e adequada, assim como ambientes estimulantes e interações sociais com cuidadores atentos.²² Durante os primeiros três anos de vida das crianças, as áreas associadas ao seu desenvolvimento do cérebro como o controlo emocional, as competências sociais, a linguagem e a numeracia são altamente sensíveis aos estímulos.²³ O ambiente em casa e os cuidados parentais das crianças desempenham um papel fundamental na determinação das suas oportunidades de sobrevivência e desenvolvimento. O acesso a licenças parentais suficientemente longas e remun-

Figura 3.2. Percentagem de crianças entre os 36-59 meses em processo de desenvolvimento adequado, e taxa de frequência de crianças na educação pré-escolar, último ano disponível



Nota: 53 países.

Fonte: Cálculos da OIT baseados na UNESCO, 2018

neradas reduz as taxas de mortalidade neonatal e infantil e está associado a taxas mais elevadas de imunização e vacinação.²⁴ Há também indicações de que quando os pais têm acesso a licenças de paternidade ou parental bem concebidas e adequadamente remuneradas, as crianças têm melhores resultados em termos de desenvolvimento, uma vez que beneficiam da interação e estimulação de ambos (mãe e pai) do que apenas de um.²⁵

O acesso das crianças a serviços ECCE de boa qualidade e acessíveis é também crucial para o seu desenvolvimento. Embora seja muito difícil medir e comparar o desenvolvimento das crianças, várias evidências sugerem que frequentar os serviços ECCE tem efeitos positivos a nível da saúde, do desenvolvimento e do desempenho escolar a médio prazo, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento.²⁶ O Índice de desenvolvimento durante a primeira infância (ECDI) da UNICEF avalia o cumprimento do potencial de desenvolvimento das crianças entre os 36-59 meses de idade em quatro domínios: literacia, numeracia, desenvolvimento físico e desenvolvimento sócio-emocional e cognitivo.²⁷ Uma criança é considerada estar num processo de desenvolvimento «adequado» geral se este processo for adequado em pelo menos três dos quatro domínios. A Figura 3.2 mostra que há uma associação positiva entre a percentagem de crianças a frequentar a educação pré-escolar e a percentagem de crianças num processo de desenvolvimento adequado em 53 países de baixo e médio rendimento com dados disponíveis.

Um estudo da OCDE concluiu que as crianças que frequentaram pelo menos dois anos de serviços ECCE tiveram um melhor desempenho em ciências que outras aos 15 anos, utilizando dados do Programa Internacional de Avaliação de Alunos (PISA).²⁸ Esta conclusão foi ainda estatisticamente significativa em cerca de metade dos 57 países com da-

dos disponíveis depois de explicar a situação socioeconómica das crianças. Os serviços ECCE de qualidade desempenham um papel fundamental, especialmente para as crianças de famílias de baixos rendimentos, oriundos da emigração ou a viver em famílias ou sociedades em situação de conflito. Ao promover o acesso universal a serviços ECCE de qualidade, as experiências negativas e as privações nutricionais ou emocionais podem ser atenuadas.²⁹

3.2.2. A situação das mães em termos de emprego

Como descrito no Capítulo 2, as mães têm geralmente uma participação no mercado de trabalho mais baixa e com uma qualidade relativamente deficiente quando comparadas com as mulheres que vivem sem dependentes, assim como em comparação com os homens e os pais. Quando não existem licenças com prestações adequadas, as mulheres trabalhadoras têm de interromper ou reduzir a sua participação no mercado de trabalho remunerado para poder criar as suas crianças, o que acrescenta uma tensão significativa na sua segurança económica.³⁰ Por exemplo, um estudo que analisou o impacto de duas reformas da licença de maternidade no Bangladesh na participação das mulheres no mercado de trabalho concluiu que houve um aumento do número de mulheres a entrarem e permanecerem no mercado de trabalho (de 12 a 16 semanas para todos os trabalhadores em 2006 e de 16 a 24 semanas para quem trabalha na função pública em 2010).³¹

Todavia, a conceção das políticas de licenças é um fator fundamental para apoiar as oportunidades de as mães integrarem o trabalho remunerado e não remunerado. Um estudo mostra que uma licença muito longa e que proporciona baixas prestações, ou inclusivamente nenhuma, tende a prejudicar a carreira das mulheres e as perspetivas de rendimento.³² Por exemplo, concluiu que o aumento da licença parental de um período de dois anos para três anos na Áustria reduziu o retorno das mulheres ao trabalho a curto prazo.³³ Na Alemanha, pelo contrário, a alteração em 2007 da licença de três anos com prestações baixas para uma licença com um período mais curto (14 meses) e bem paga teve um impacto positivo nas taxas de emprego e duração do trabalho das mães até cinco anos após o parto, e especialmente para as pessoas com rendimentos médios e elevados.³⁴ A qualidade do emprego também melhorou, sendo mais provável que as mulheres continuem nos mesmos empregos e ao abrigo de contratos sem termo. Isto aponta para a necessidade de uma proteção da maternidade adequada e regimes de licença parental sensíveis à dimensão de género para fortalecer a ligação das mães ao mercado de trabalho e redistribuir algum do trabalho de cuidados não remunerado na família.

As políticas de licenças devem ser complementadas por modalidades de trabalho de conciliação trabalho/família que visem as mães e os pais, assim como serviços ECCE de qualidade, acessíveis e gratuitos ou subsidiados publicamente. O Quadro 3.2 indica que na maioria das regiões do mundo (exceto em África), existe uma associação entre a participação média no mercado de trabalho das mulheres que vivem com pelo menos uma criança entre os 0-5 anos de idade - usada como aproximação para a participação das mães no emprego - e com licença, assim como políticas de ECCE. As taxas são mais elevadas na Europa e Ásia Central (59 por cento), com a maior proporção de países que cumprem as normas de proteção da maternidade da OIT, onde oito em cada dez mães recebe prestações pecuniárias e onde as taxas brutas de frequência das crianças com menos de três anos de idade, assim como entre os três anos e o início do ensino básico, são com-

Quadro 3.2. Proteção da maternidade, serviços ECCE e situação das mães no emprego, por região, 2015-16 (percentagens)

	Proteção da maternidade		Serviços ECCE		Participação no mercado de trabalho das mulheres que vivem com crianças entre os 0-5 anos de idade ^c
	Países que cumprem as normas de proteção da maternidade da OIT (C.183) ^a	Mães com recém-nascidos a receber prestações pecuniárias de maternidade ^b	Taxa bruta média de frequência em programas ECED	Taxa bruta média de frequência em programas pré-escolares	
Europa e Ásia Central	85	81	26	77	59
Américas	34	69	16	72	54
Ásia e Pacífico	28	33	27	67	41
África	25	16	4	34	59
Estados Árabes	0	n.d.	5	44	9
Mundo	42	41	21	60	48

Notas: ^a A licença é ≥ 14 semanas, paga $\geq 2/3$ dos ganhos e paga $\geq 2/3$ pela segurança social (dados de 2016). ^b Cobertura efetiva para mães com recém-nascidos: percentagem de mulheres que deram à luz e recebem prestações pecuniárias de maternidade (dados de 2015 ou último ano disponível; sem dados para os Estados Árabes). ^c A presença de crianças no agregado familiar é usada como aproximação para a maternidade. Nos países de elevado rendimento, estão incluídas as mulheres com 25-54 anos de idade; nos países de rendimento médio e baixo é de 18-54 anos (dados de 2016 ou último ano disponível). 89 países.

Fontes: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares; OIT 2017m. UNESCO, 2018.

parativamente mais elevadas. Nas Américas e na Ásia e Pacífico, as taxas de participação no mercado de trabalho são mais baixas (54 e 41 por cento, respetivamente), assim como a proteção da maternidade e os indicadores de políticas ECCE. Nos Estados Árabes, tanto a proteção da maternidade como a cobertura ECCE são limitadas e uma participação das mulheres no mercado de trabalho é muito baixa de mulheres com crianças em idade pré-escolar (apenas 9 por cento). A situação em África destaca-se, uma vez que é caracterizada não só pelas baixas prestações e cobertura de serviços para as mães, mas também por uma participação no mercado de trabalho comparativamente elevada das mulheres que vivem com crianças pequenas (59 por cento). Isto pode ser entendido como o resultado da necessidade de o agregado familiar conseguir garantir as necessidades básicas num contexto de muita pobreza. Adicionalmente, a elevada incidência de trabalho informal e rural, até certo ponto e com consequências negativas, pode permitir que as mulheres levem as suas crianças para os locais de trabalho (ver Capítulo 2).

3.2.3. O envolvimento dos pais nas atividades da família e no cuidado dos filhos

O nascimento de um filho faz com que os casais adotem uma divisão de trabalho mais tradicional quando as mulheres transferem parte do seu tempo do trabalho remunerado para o trabalho de cuidados não remunerado após o parto (ver Capítulo 2).³⁵ Há uma série de medidas que podem contribuir para atenuar estas desigualdades e intensificar um maior envolvimento dos homens no trabalho de cuidados não remunerado (ver Caixa 3.1).

A licença de paternidade paga e a licença parental reservada para os pais são políticas de cuidados transformadoras que estreitam a ligação pai-filho, assim como a adoção de disposições familiares favorecem uma maior igualdade entre mulheres e homens a curto e médio prazo.⁴⁰ Um estudo da OCDE na Austrália, Dinamarca, Estados Unidos da América e Reino Unido concluiu que o facto de os pais gozarem a licença - especialmente durante períodos de duas ou mais semanas - estava associado com o envolvimento em atividades de cuidados a crianças, como alimentar, mudar as fraldas ou levantar-se durante a noite.⁴¹ Na Alemanha, foram relatadas conclusões semelhantes relativamente aos homens que gozam a licença.⁴² Foi também verificada uma maior participação nas tarefas domésticas, mas apenas quando os pais gozam pelo menos dois meses de licença, ou quando os pais gozam a licença depois de a mãe voltar ao trabalho e ficam sozinhos em casa com a criança. Na Alemanha, na Noruega e na Suécia verificou-se que o facto de os homens gozarem as licenças aumenta também a probabilidade de trabalharem com horário reduzido.⁴³ A importância da duração da licença e a experiência de responsabilidade exclusiva do pai quando a licença é gozada depois de a mãe voltar ao trabalho foi destacada em vários outros países, incluindo no Canadá, Estados Unidos da América e Portugal.⁴⁴ Noutro estudo que aborda esta questão em 27 países europeus concluiu -se que gozar a licença de paternidade está significativamente associado a um envolvimento mais frequente nos cuidados às crianças, assim como em participar mais frequentemente nas tarefas domésticas, quaisquer que sejam as características individuais.⁴⁵

O estudo também mostra que existe uma associação positiva entre as licenças parentais nacionais e o tempo que os homens dedicam aos cuidados às crianças. Por exemplo, um estudo conduzido em oito países industrializados concluiu que o número de semanas concedidas nas licenças parentais disponíveis para os pais e as prestações elevadas estavam positivamente associadas ao tempo dedicado pelos pais aos cuidados às crianças, isto depois de controlados os efeitos de outras características dos países, incluindo a taxa de emprego das mulheres.⁴⁶ Estima-se que as prestações elevadas das licenças parentais, mais do que a sua ausência, estão associadas a um aumento de quase uma hora por semana no tempo dedicado pelos pais aos cuidados a crianças.

A Figura 3.4 mostra que existe uma relação significativa entre a duração da licença paga disponível para os pais e o rácio homem-mulher do tempo dedicado nas tarefas domésticas e nas atividades de cuidados. Os países onde os homens dedicam em média pelo menos 60 por cento do tempo que as mulheres dedicam ao trabalho de cuidados não remunerado - tal como a Bélgica, Dinamarca, Finlândia, França, Noruega e Suécia - são também os países onde os homens têm as licenças remuneradas com a maior duração. Porém, a figura também sugere que existe uma variação substancial nos rácios homem-mulher entre países onde as licenças têm uma duração semelhante. Assim, além das políticas de licenças e a sua conceção, o envolvimento dos pais nos cuidados às crianças e nas tarefas domésticas é moldado por muitos outros fatores a nível macro e microeconómico, incluindo as taxas de participação das mulheres no mercado de trabalho, o desenvolvimento económico, os valores familiares e a ideologia sobre a relação homens mulheres, características socioeconómicas e composição do agregado familiar (ver também Capítulo 2).⁴⁷

Caixa 3.1. Percepções das medidas para apoiar o envolvimento dos homens no trabalho de cuidados não remunerado na Europa

Os dados do Eurobarómetro³⁶, recolhidos em 2014 de quase 28 000 inquiridos com 15 ou mais anos de idade de 28 países europeus³⁷, fornecem perspetivas sobre as percepções atuais das políticas necessárias para uma maior igualdade de género nas famílias e aumentar a proporção de trabalho de cuidados não remunerado dos homens. Apenas 5 por cento dos homens e 3 por cento das mulheres responderam que não queriam que os homens tivessem um maior envolvimento nos cuidados (ver Figura 3.3). As três respostas mais citadas foram: 1) mudanças comportamentais entre os homens em relação ao trabalho de cuidados não remunerado (citado por 44 por cento das mulheres e 37 por cento dos homens); 2) maior disponibilidade de disposições de trabalho favoráveis à família, incluindo horários de trabalho mais reduzidos para os homens (citado por 39 por cento das mulheres e 40 por cento dos homens); 3) proteção contra a discriminação no caso das licenças serem gozadas pelos homens (citado por 36 por cento das mulheres e 32 por cento dos homens).³⁸

Figura 3.3. Percepção das medidas para apoiar o envolvimento dos homens, 2014



Nota: Faixa etária: 15 e mais anos. 28 países, ver a nota final 37 para a lista completa de países.

Fonte: Comissão Europeia e Parlamento Europeu, 2015.

Estes resultados sugerem que os homens e as mulheres estão conscientes de que as atitudes sexistas relativas ao trabalho de cuidados não remunerado constituem uma grande barreira ao crescimento do envolvimento dos homens. Daí, a necessidade de reconhecer e valorizar mais o trabalho de cuidados não remunerado e desenvolver campanhas de sensibilização visando colocar em questão as normas sociais sobre esta matéria relativas à prestação de cui-

dados.³⁹ Igualmente, para contrapor a norma persistente dos «homens como ganha-pão», são necessárias políticas do mercado de trabalho que garantam modalidades de trabalho flexíveis e políticas de licenças, com a garantia que o uso destas medidas não irá prejudicar nem discriminar as carreiras dos homens e das mulheres. A melhoria da acessibilidade aos serviços de cuidados às crianças, assim como a trabalhos de qualidade para as mulheres, e a introdução de licenças de paternidade obrigatórias, são também importantes políticas. Finalmente, a redução da segregação profissional no âmbito dos cuidados é também induzir a uma potencial melhoria do envolvimento dos homens no trabalho de cuidados não remunerado.

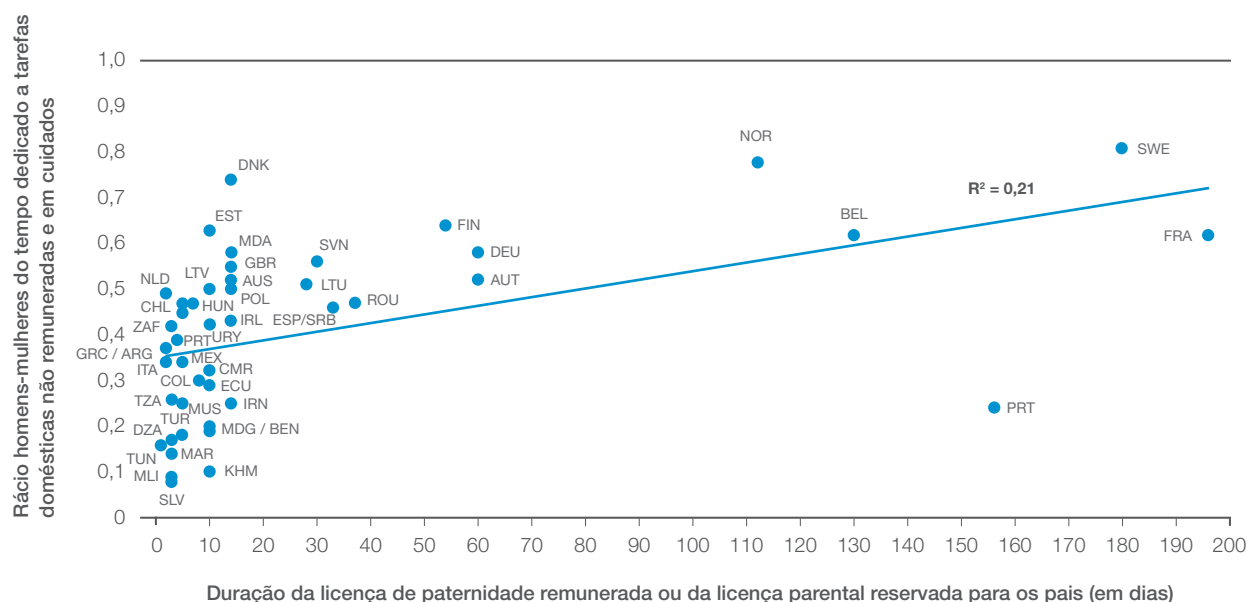
3.2.4. Pessoas idosas e pessoas com deficiência

O envelhecimento da população e a evolução dos rácios de dependência das atividades de cuidados (ver Capítulo 1), têm diferentes implicações para as sociedades e os sistemas de proteção social. Por um lado, a esperança de vida saudável a nível mundial tem vindo a aumentar continuamente nas duas décadas passadas,⁴⁸ o que implica que as pessoas idosas podem contribuir mais para a prosperidade económica e social, particularmente no que respeita aos cuidados dos netos (ver Capítulo 1).⁴⁹ Por outro lado, as taxas de sobrevivência das pessoas com doenças crónicas estão também a aumentar, o que significa que as pessoas irão viver mais anos com uma doença durante a sua vida.⁵⁰ Isto afeta particularmente as mulheres, uma vez que a sua esperança de vida aos 60 anos é maior do que a dos homens (ver Figura 3.5). As mulheres, assim como as pessoas com uma situação socioeconómica mais desfavorecida, têm uma maior probabilidade de sofrerem de morbilidade múltipla⁵¹ e de fragilidade⁵² em idade avançada e de serem dependentes de cuidados.⁵³

Consequentemente, o acesso universal a serviços de saúde e de cuidados continuados acessíveis e de qualidade iria beneficiar as pessoas idosas em geral e as mulheres idosas em particular. Muitos fatores afetam a esperança de vida, entre eles os recursos em termos de cuidados de saúde, o sexo, a situação socioeconómica e a genética.⁵⁴ A Figura 3.5 sugere que nos países onde há uma maior despesa pública em cuidados continuados, os homens e as mulheres com 60 ou mais anos têm uma maior esperança de vida. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os serviços de cuidados de saúde e cuidados continuados em conjunção com o contexto podem parar, abrandar ou reverter o declínio nas capacidades que as pessoas sofrem ao longo da sua vida.⁵⁵ Os cuidados continuados podem assegurar que as pessoas idosas vivam vidas dignas com oportunidades para a sua evolução pessoal e com as capacidades intrínsecas preservadas.

Melhorar as necessidades das pessoas com deficiência, assim como um melhor acesso aos serviços, pode melhorar substancialmente as suas vidas, não só em termos de saúde e bem-estar, mas também no que respeita ao seu acesso ao ensino e ao mercado de trabalho.⁵⁶ As disposições que permitem que as pessoas com deficiência contratem alguém para as ajudar nas suas vidas quotidianas podem remover barreiras (para os que se encontram em idade ativa) para integrar o mercado de trabalho, e podem promover uma vida independente.⁵⁷ Estas disposições podem também remover uma parte da carga suportada por pessoas cuidadoras não remuneradas, e que com frequência limita as suas próprias oportunidades de ganhar a vida e participar plenamente no mercado de trabalho. Há também um grande potencial em termos de criação de emprego, desde que estes empregos no âmbito dos cuidados sejam regulados e garantam uma remuneração e condições de trabalho dignas (ver Capítulo 4).

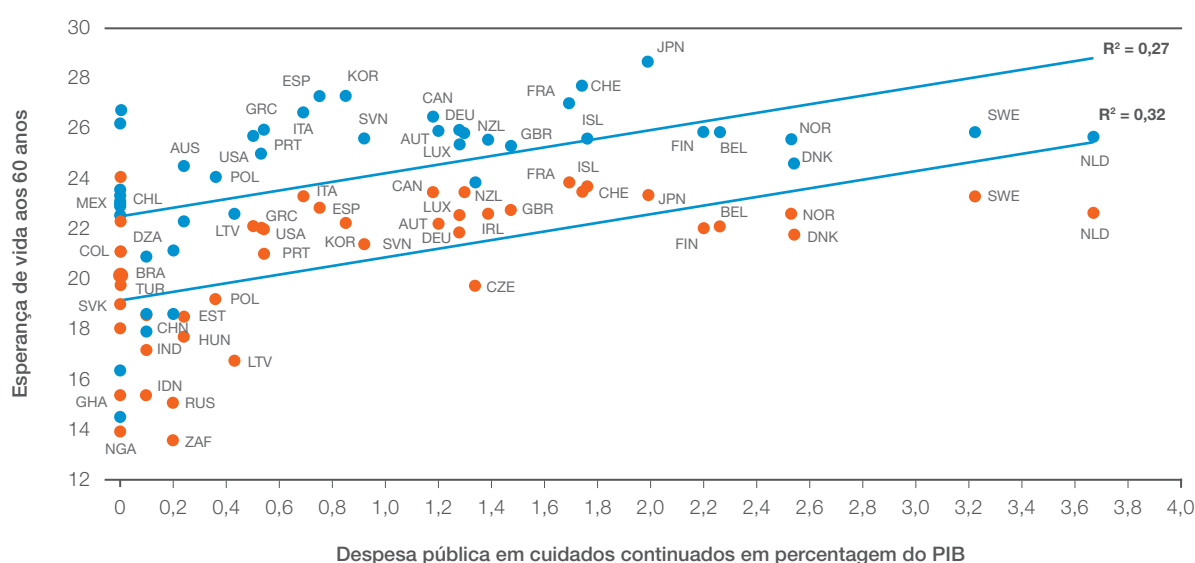
Figura 3.4. Duração das licenças remuneradas para pais, e rácio homens-mulheres do tempo despendido em tarefas domésticas e de cuidados não remunerado, 2015-16



Nota: 46 países. Os dados sobre o uso do tempo correspondem ao tempo médio despendido pelos homens no fornecimento de serviços de cuidados a membros do agregado familiar, dividido pelo tempo médio dedicado nestas mesmas atividades pelas mulheres em cada país.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em dados jurídicos e em Charmes, a publicar.

Figura 3.5. Despesa pública em cuidados continuados em percentagem do PIB e esperança de vida aos 60 anos em 45 países, por sexo, 2010-15



Nota: Os dados sobre a despesa pública em cuidados continuados (LTC) correspondem à média de 2006-10. Os dados sobre a esperança de vida aos 60 anos são de 2015. 45 países.

Fontes: OIT, 2017m; OMS, Observatório Mundial de Saúde, 2018.

3.2.5. Investimento público em políticas de cuidados e participação de cuidadoras não remuneradas no mercado de trabalho

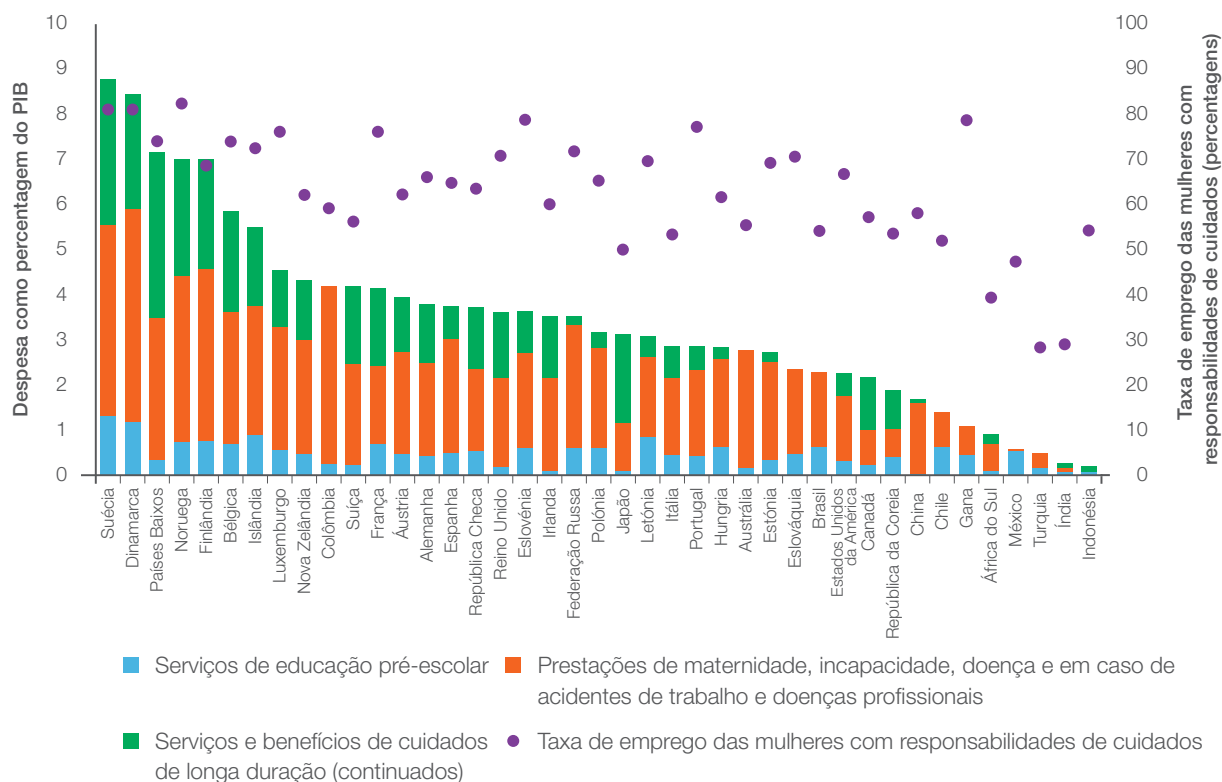
O Capítulo 2 mostrou que as mulheres que vivem com pessoas dependentes de cuidados têm uma maior probabilidade de realizarem mais trabalho de cuidados não remunerado. Também é menos provável, em comparação com as outras mulheres e, de uma forma geral, com os homens, que estejam empregadas em empregos de qualidade. A Figura 3.6 sugere que quando os poderes públicos investem numa combinação de políticas de cuidados, as taxas de emprego das mulheres cuidadoras não remuneradas com 18-54 anos⁵⁸ tendem a ser mais elevadas do que nos países que investem comparativamente menos.

A Figura 3.6 (eixo da esquerda) mostra a despesa pública em percentagem do PIB em 41 países para três políticas de cuidados selecionadas e para as quais há dados disponíveis: educação pré-escolar; serviços e prestações de cuidados continuados; e prestações em caso de maternidade, incapacidade, doença e acidentes de trabalho. O investimento público varia entre 8 por cento do PIB na Dinamarca e na Suécia, e menos de 1 por cento na África do Sul, México, Turquia, Índia e Indonésia. Os países investem tendencialmente mais para compensar as contingências em termos de cuidados da população em idade ativa em caso de maternidade, doença e acidentes de trabalho, assim como incapacidade (neste caso abrangendo todas as idades) (2 por cento do PIB em média) e menos para as necessidades de cuidados dos muito novos (0,47 por cento do PIB em média na educação pré-escolar) e das pessoas idosas (0,98 por cento do PIB em média na despesa com cuidados continuados, que principalmente diz respeito a pessoas idosas).

As taxas de emprego médias das mulheres cuidadoras não remuneradas (no eixo da direita) variam de 28,4 por cento na Turquia a 82,3 por cento na Noruega, com uma média ponderada pela população de 55,1 por cento. A figura sugere que entre os países que investem mais nas políticas de cuidados, a taxa de emprego destas mulheres é de cerca de 70 por cento ou mais. Pelo contrário, nos países onde se investe menos as taxas de emprego variam muito mais e são, em geral, mais baixas, o que sugere que as mulheres com obrigações de cuidados enfrentam barreiras no acesso e na manutenção de trabalho remunerado. Têm de encontrar alternativas para lidar com as obrigações de cuidados, tal como o apoio de uma rede familiar ou comunitária mais ampla, ou os serviços de cuidados do setor privado ou informal, ou têm de adaptar as suas vidas no trabalho e as obrigações de cuidados o melhor que conseguem (ver Capítulo 2).

Não obstante os sólidos argumentos a favor das políticas de cuidados transformadoras, permanece uma falta significativa de abordagens sensíveis às questões de género e baseadas nos direitos humanos; há ainda um longo caminho a percorrer para alcançar a universalidade, tal como a adequação e equidade. O papel do Estado, tal como veremos a seguir, varia consoante o tipo de medida envolvida, mas, de qualquer forma, a sua responsabilidade principal continua a faltar em muitos casos.

Figura 3.6. Despesa pública em políticas de cuidados selecionadas em percentagem do PIB e taxa de emprego das mulheres com responsabilidades de cuidados, último ano disponível



Nota: A taxa de correlação entre o investimento em políticas de cuidados e a taxa de emprego das mulheres com responsabilidades de cuidados é de 0,67 por cento. A taxa de emprego das mulheres com responsabilidades de cuidados refere-se a mulheres com 18-54 anos de idade nos países de médio e baixo rendimento e à faixa etária 25-54 nos países de elevado rendimento. As mulheres com responsabilidades de cuidados são definidas como mulheres que vivem no mesmo agregado familiar com pelo menos uma criança com menos de 15 anos de idade e/ou com uma pessoa idosa (com idade igual ou superior à esperança de vida saudável do país aos 60 anos ou mais). Na Austrália, Canadá, Chile, Indonésia, Japão, República da Coreia e Nova Zelândia, as mulheres com responsabilidades de cuidados não são definidas, logo, é utilizada a taxa de emprego de todas as mulheres com 25 anos de idade ou mais. 41 países.

Fontes: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares; UNESCO, 2018; OIT, 2017m; OCDE, 2017.

3.3. VISÃO GERAL DAS POLÍTICAS DE CUIDADOS

3.3.1. Regimes de licenças

Conceitos fundamentais

Os regimes de licenças permitem que as pessoas cuidadoras não remuneradas que estão empregadas tirem algum tempo para cuidar dos membros da família, uma vez que usufruem de direitos de proteção do emprego e segurança de rendimento através de prestações pecuniárias. A *licença de maternidade* faz parte da proteção da maternidade que, como estabelecido na Convenção (n.º 183) sobre a Proteção da Maternidade, de 2000, também inclui o direito a cuidados de saúde maternos e da criança, prevenção à exposição a riscos para a saúde e segurança no local de trabalho das trabalhadoras grávidas ou a amamentar, proteção contra a discriminação no emprego ou profissão, garantia do direito de retomar o trabalho após a licença de maternidade e direito a pausas para amamentar. A Convenção (n.º 102) relativa à Segurança Social (norma mínima), de 1952 e a Recomendação (n.º 202) sobre Pisos de Proteção Social, de 2012 são outros instru-

mentos da OIT que visam garantir a segurança de rendimento em relação à maternidade. O acesso a outros tipos de licenças para a família para a prestação de cuidados aos recém-nascidos e crianças pequenas, assim como aos membros da família doentes ou com deficiência, é importante para permitir conciliar a vida profissional e familiar, como estabelecido na Recomendação (n.º 165) sobre os Trabalhadores com Responsabilidades Familiares.

A *licença de paternidade* é geralmente uma licença curta para cuidar da criança recém-nascida e da mãe no pós-parto. A *licença parental* tende a ser um período de licença mais longo para cuidar da criança depois da licença materna ou paterna e está geralmente disponível para um ou para ambos os progenitores. Alguns países disponibilizam agora modalidades de licenças neutras relativamente ao sexo (sem distinção entre a licença de maternidade, de paternidade ou parental) e períodos não transferíveis de licença parental a cada um dos progenitores.

Podem existir outras disposições para o cuidado prolongado às crianças (*licença para cuidados às crianças*) ou para necessidades de *cuidados urgentes ou imprevistos* de crianças ou outros dependentes. A *licença de adoção* proporciona tempo aos pais para cuidar dos seus filhos adotivos. Adicionalmente, a *licença para cuidar de adultos ou membros idosos da família com necessidades de saúde*, permite que as pessoas possam cuidar de um filho, um cônjuge ou um membro da família idoso que esteja (gravemente) doente ou incapacitado.

Proteção na maternidade em países de baixo e médio rendimento

Universalidade

Uma das primeiras Convenções adotadas pelos mandantes da OIT em 1919 foi sobre a proteção na maternidade. Após quase 100 anos, a maioria dos países em todo o mundo proporcionam alguma proteção da maternidade às mulheres empregadas. A universalidade, porém, está longe de ser conquistada. A grande maioria das mulheres trabalhadoras ainda não está protegida devido às lacunas em termos de cobertura legal de determinadas categorias de trabalhadores baseadas na situação profissional, profissão, setor e forma de trabalho, ou devido a problemas de implementação, conhecimento dos direitos, capacidade contributiva, práticas discriminatórias ou exclusão social.⁵⁹ O trabalho informal é a principal barreira ao acesso das mulheres à proteção da maternidade. A Recomendação (n.º 204) relativa à Transição da Economia Informal para a Economia Formal, de 2015 recomenda que os Estados-membros «deverão estender progressivamente a todos os trabalhadores da economia informal, tanto na lei como na prática, a segurança social, [e] a proteção da maternidade».

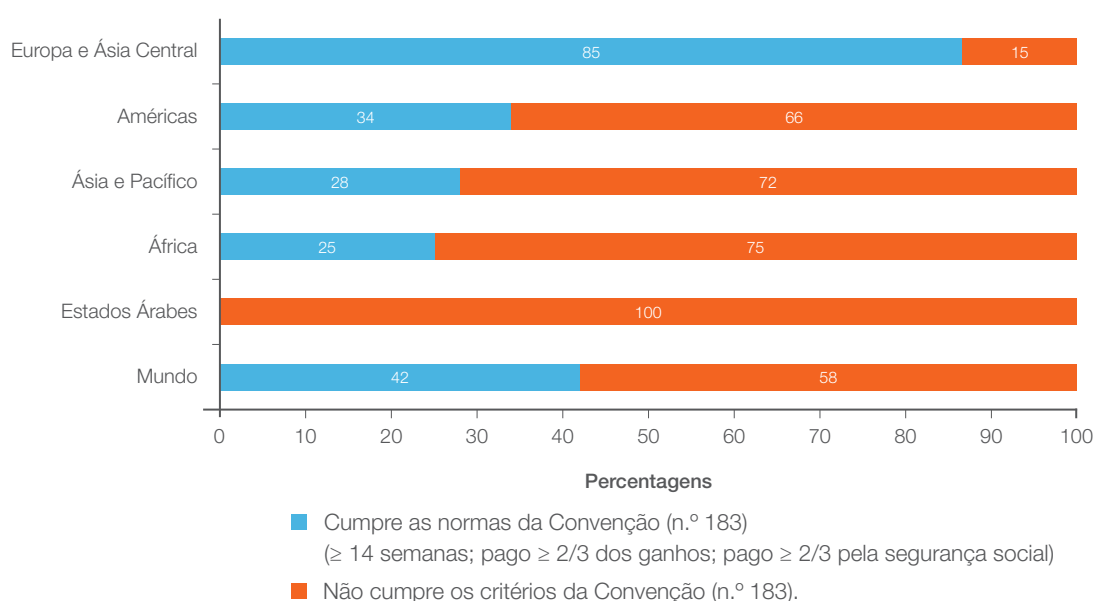
Os dados sugerem que o acesso universal à proteção da maternidade está longe de ser uma realidade. Em 2015, em 172 países, cerca de 60 por cento das mulheres trabalhadoras de todo o mundo (quase 750 milhões de mulheres) não beneficiavam do direito legal a licença de maternidade, e 65,9 por cento estavam excluídas da cobertura obrigatória por lei de rendimento de substituição durante as licenças de maternidade.⁶⁰ Se forem contabilizadas as prestações dos regimes não contributivos (além dos contributivos), a cobertura efetiva de mães com recém-nascidos era apenas de 41,1 por cento em 2015 (estimativa da OIT do indicador 1.3.1 dos ODS).⁶¹ Existem grandes variações entre as regiões; a cobertura efetiva

é de mais de 80 por cento na Europa e Ásia Central, enquanto se estima que apenas 16 por cento das mulheres que dão à luz em África recebem prestações.

Responsabilidade do Estado

A responsabilidade geral do Estado é crucial para garantir os direitos e evitar as práticas que discriminam as mulheres no mercado de trabalho, mas não é, contudo, garantida.⁶² Isto é evidente quando se avalia a proporção de países cuja legislação em matéria de maternidade cumpre as três principais exigências estabelecidas na Convenção (n.º 183): i) a licença deve ter pelo menos 14 semanas de duração; ii) o montante das prestações pecuniárias não deve ser inferior a dois terços do ganho anterior; iii) as prestações de maternidade devem ser asseguradas através de um seguro social obrigatório ou de fundos públicos (pelo menos dois terços de financiamento do Estado e não mais de um terço de financiamento do empregador). Em 2016, 42 por cento dos países (77 de 184 países com dados disponíveis) tinham legislação que cumpria com a Convenção (n.º 183) (ver Figura 3.7). A proporção é mais elevada do que em 2013, quando 34 por cento dos países (57 de 167 países com dados disponíveis) atingiram ou excederam os três critérios.⁶³ As taxas de conformidade mais elevadas encontram-se na Europa e Ásia Central, onde 85 por cento dos países avaliados cumpriam as normas. Entre os países africanos, apenas 25 por cento (13 países) assim o faziam, incluindo o Egito, com uma licença de maternidade paga aumentada de 13 para 17 semanas em 2015. Na Ásia e Pacífico, 28 por cento (nove países) satisfaziam as exigências e 34 por cento (12 países) assim o faziam nas Américas. Nenhum dos Estados Árabes cumpre as normas de proteção da maternidade da Convenção (n.º 183).

Figura 3.7. Percentagem de países que cumprem as normas da OIT relativas à duração da licença de maternidade, pagamento e fonte das prestações pecuniárias, por região, 2016



Nota: 184 países

Fonte: OIT, baseado em dados jurídicos da OIT, 2016

Os países que reformularam os seus regimes de licenças entre 2013 e 2017 e que agora cumprem os requisitos, incluem: El Salvador (de 12 para 16 semanas); Índia (de 12 para 26 semanas); República Democrática Popular do Laos (de 13 para 15 semanas); Paraguai (de 12 para 18 semanas); Peru (de 13 para 14 semanas); e Uruguai (de 12 para 14 semanas).

Igualdade entre homens e mulheres: licença de maternidade, paternidade e parental

A igualdade entre homens e mulheres é um princípio fundamental particularmente relevante para garantir que as políticas de licenças permitem que as mulheres e os homens participem nos cuidados das crianças e de outros membros da família e, em geral, no trabalho de cuidados não remunerado de forma mais igualitária. É necessário aplicar os princípios da universalidade e a responsabilidade principal do Estado para que os regimes de licenças sejam mais igualitários, equitativos e sustentáveis.

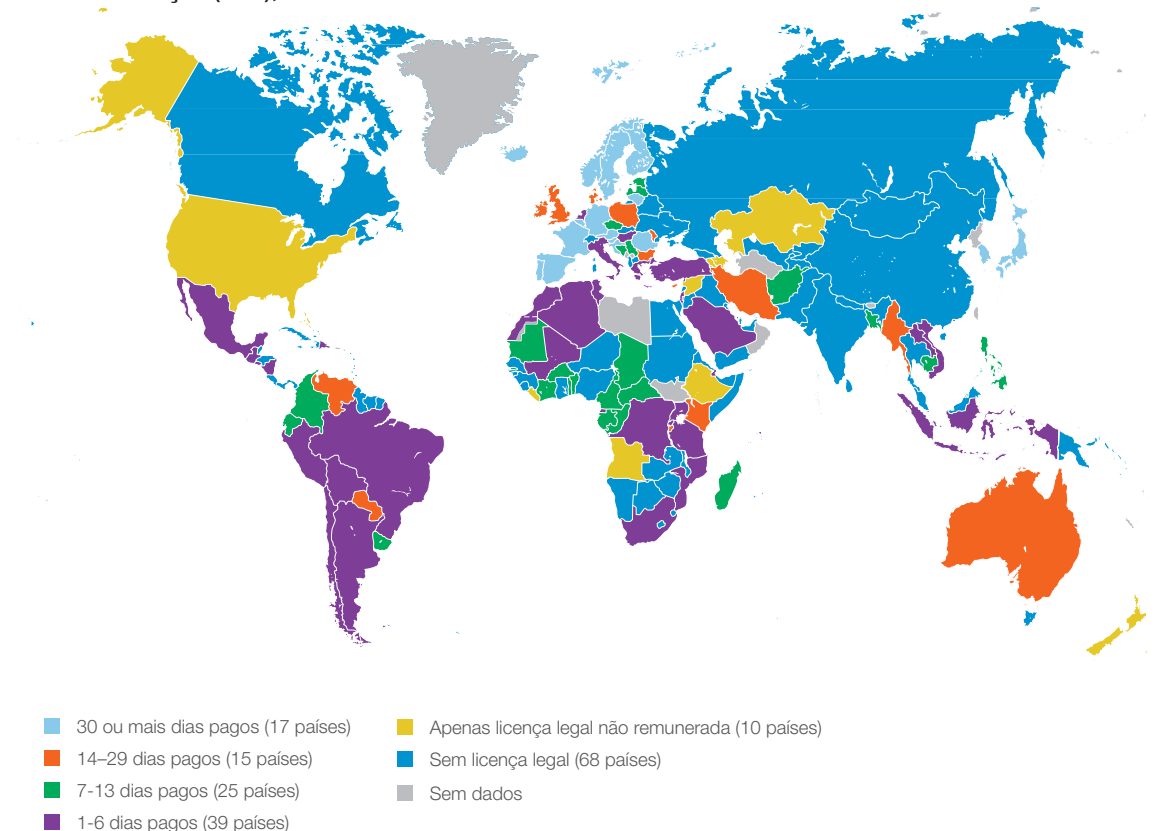
Exceto no que concerne o tempo necessário para recuperar de um parto e a amamentação exclusiva, muito do trabalho de cuidados que um bebé necessita não está diretamente relacionado com o papel biológico das mulheres e pode ser dividido entre ambos os progenitores. Os estudos mostram que o desenvolvimento físico e psicológico saudável das crianças pequenas não está associado ao sexo da pessoa que delas cuida, mas depende da qualidade dos cuidados e das interações entre as crianças e as pessoas cuidadoras.⁶⁴ O reconhecimento dos direitos e responsabilidades dos homens de participar no trabalho de cuidados não remunerado pode ajudar a quebrar as atitudes sociais tradicionais, resultando numa maior igualdade entre homens e mulheres.

A conceção de regimes de licenças tem um enorme potencial para promover o gozo das licenças pelos homens e reduzir as desigualdades entre homens e mulheres no trabalho de cuidados não remunerado (ver Capítulo 2).⁶⁵ O direito a licenças com uma duração adequada (pelo menos duas semanas ou mais), sob a forma de licença de paternidade ou licença parental em parte não transferível que são remuneradas numa proporção elevada dos ganhos anteriores, pode levar os pais a utilizarem de facto o seu direito à licença e aumentar o seu envolvimento nos cuidados às crianças.⁶⁶ Não obstante estes benefícios reconhecidos, em 2016 apenas ligeiramente mais de metade dos países a nível mundial (96 de 174 países com dados disponíveis) proporcionavam o direito legal obrigatório aos pais a quem era paga uma percentagem dos ganhos anteriores ou uma prestação de montante fixo. Ainda que esta proporção esteja a aumentar lentamente, muitos pais permanecem sem direitos legais e, em muito países, a duração das licenças continua a ser relativamente curta.

Cerca de 26 por cento (64 de 174 países) proporcionam licenças inferiores a duas semanas; 14 por cento (25 países) de sete a 13 dias; e 22 por cento (39 países) de um a seis dias. Entre os países que oferecem licença de duas semanas ou mais, 9 por cento (15 países) têm licenças que variam entre 14 e 29 dias e 10 por cento (17 países) têm licenças de um mês ou mais. A licença mais prolongada para os pais é proporcionada nos países da Europa Setentrional, Meridional e Ocidental (ver Figura 3.8).

Cerca de 39 por cento dos países (68 países) não proporcionam qualquer direito legal a licença aos pais. Entre estes 68 países, 20 situam-se em África, 17 nas Américas e 14 na Ásia e Pacífico, dez na Europa e Ásia Central e sete nos Estados Árabes. Em dez países, os pais têm direito a uma licença legal não paga. Este é o caso, por exemplo, dos Estados Unidos da América, onde ao abrigo da *Family and Medical Leave Act* (Lei da Licença

Figure 3.8. Países que concedem licenças pagas por lei ou não pagas aos pais pelo nascimento de um filho, segundo a duração (dias), 2016



Nota: Este mapa abrange as disposições na legislação nacional ou federal reservada aos pais em relação ao nascimento de um filho ou à licença que pode ser usada exclusivamente pelos pais como licença de paternidade ou parental. Inclui igualmente licença partilhável efetivamente «reservada» porque tem de ser utilizada pelo parceiro - ou parceira - do beneficiário da licença (frequentemente o pai) para que a família possa beneficiar de semanas suplementares de licenças. Não inclui as disposições relativas às licenças parentais que podem ser utilizadas pelo pai ou pela mãe, ou as partes dos direitos de licença de maternidade que a mãe pode transferir para o pai. Inclui certas disposições relativas a licenças especiais, para além das férias anuais que podem ser usadas pelos pais no momento do nascimento, mas que não são estritamente categorizadas como «licenças de paternidade». 174 países

Fonte: Cálculos da OIT baseados em dados jurídicos.

Médica e Familiar) federal, é garantida aos homens (e às mulheres) uma licença não paga até 12 semanas por várias razões, incluindo o parto e os cuidados das crianças recém-nascidas até aos 12 meses.⁶⁷

Há, todavia, um reconhecimento crescente de que os homens têm o desejo e a obrigação de ficarem mais envolvidos na fase inicial crucial da vida do filho (ver Caixa 3.2). Entre as recentes reformas, o Barém implementou uma licença paga de um dia para os pais, Hong Kong (China) e a Guiné Equatorial três dias, a Turquia cinco dias e o Afeganistão dez dias, todos estes totalmente pagos pelo empregador. Em 2016, Singapura aumentou a sua licença de paternidade de sete para 14 dias, paga pela segurança social. Em 2017, a República Checa adotou uma licença paga de uma semana, e a Irlanda e o Chipre de duas semanas. Em Espanha, além dos dois dias de «licença por nascimento», o aumento da licença de paternidade de duas para quatro semanas entrou em vigor em 2017.

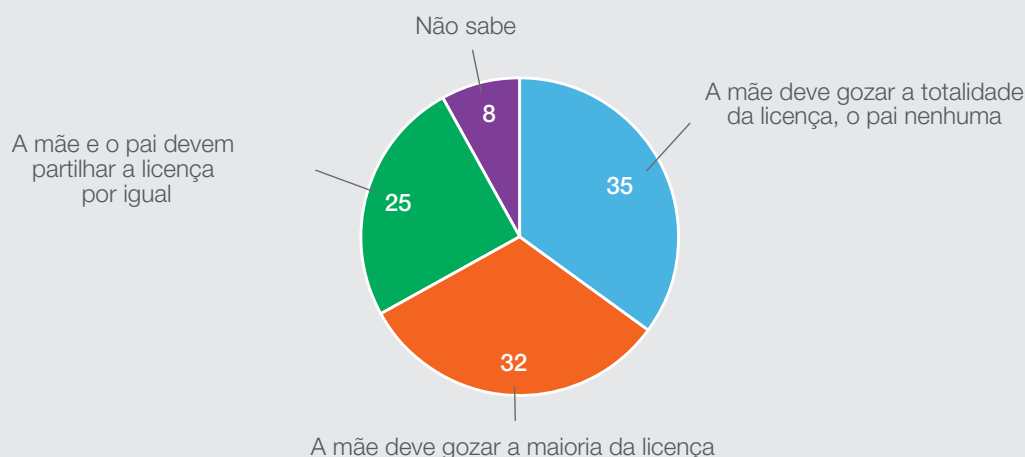
Um estudo recente da OIT em 19 países da América Latina indica como os custos relacionados com a parentalidade são partilhados entre as famílias, os empregadores e o Estado (segurança social) durante o primeiro ano de vida da criança.⁷¹ O estudo considera a percentagem de tempo durante os 12 meses a seguir ao nascimento de uma crian-

Caixa 3.2. A opinião pública é de uma forma geral favorável a que os homens utilizem as licenças

O Programa Internacional de Inquéritos Sociais (ISSP) proporciona perspetivas relativamente às preferências das pessoas no que respeita ao direito a licença dos pais e à forma como estes a devem utilizar. Há dados disponíveis de 41 países de elevado e médio rendimento de todas as regiões do mundo, exceto dos Estados Árabes, 68 representando 62 por cento da população mundial. No inquérito perguntou-se às pessoas com 15 anos ou mais de idade as suas opiniões relativamente à licença para os pais trabalhadores: se deveria estar disponível uma licença paga e, em caso afirmativo, qual deveria ser a sua duração total (incluindo a licença de maternidade, paternidade e parental). Os dados mostram que 85 por cento dos inquiridos (83 por cento dos homens e 86 por cento das mulheres) são a favor de uma licença paga. A duração média de licença preferida foi de um pouco mais de um ano (12,3 meses) e tanto os homens como as mulheres praticamente concordaram quanto a esta duração. Em média, as mulheres consideram que os progenitores devem ter direito a uma licença de 12,8 meses, enquanto os homens consideram que a licença deve ser de 11,7 meses.

Este inquérito também questionou as pessoas sobre as suas opiniões em relação à forma como os progenitores deviam idealmente partilhar esta licença paga (no caso de ambos serem elegíveis e encontrarem-se em situações laborais semelhantes). Os resultados sugerem que a maioria dos inquiridos (57 por cento no total), mulheres e homens em situação de igualdade, consideram que os pais devem usufruir de pelo menos algum período da licença (se não metade desta) e, conseqüentemente, envolverem-se nas atividades de cuidados às crianças (Figura 3.9).

Figura 3.9. Preferências em termos de licença entre mães e pais, 2011-14 (percentagens)

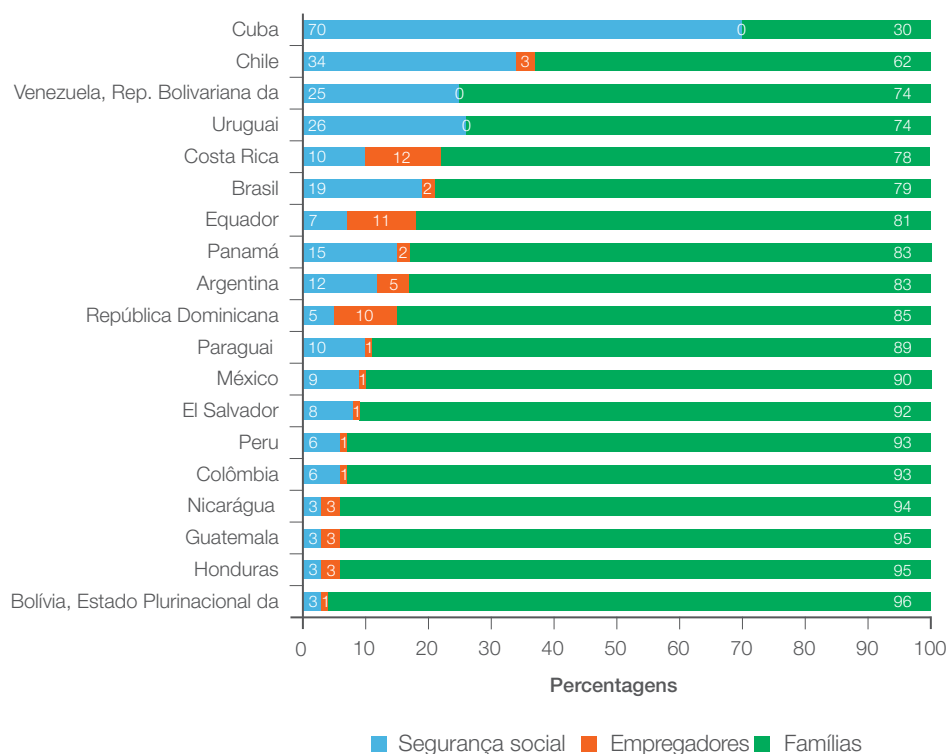


Nota: Faixa etária: 15 e mais anos. 41 países, ver a nota final 68 para a lista completa de países.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em dados do ISSP de 2012 (Family and Changing Gender Roles, módulo IV), Grupo de Investigação do ISSP, 2016.

As análises por região mostram algumas variações quanto às opiniões. Os cuidados maternos são preferidos por mais de 60 por cento dos inquiridos, em média, nos países da Europa de Leste e na África do Sul, e por cerca de 50 por cento em Israel, Turquia e numa série de países da América Latina (Argentina, Chile, México e República Bolivariana da Venezuela). A preferência por uma partilha igual das licenças foi mais frequentemente observada na Europa do norte, do sul e Ocidental, em dois países do Sudeste Asiático e do Pacífico (Austrália e Filipinas) e na América do Norte, onde cerca de 30 por cento dos inquiridos preferem que os progenitores partilhem a licença de forma igual. Isto sugere que há uma relação entre as preferências e as políticas de licenças existentes. As regiões nas quais os cuidados maternos exclusivos são preferidos são as regiões onde os regimes de licenças são menos igualitários e onde os períodos de licença reservados para os pais praticamente não existem.⁶⁹ Isto sugere que o contexto institucional e de políticas molda as atitudes das pessoas em relação às políticas e a forma como consideram que estas devem ser utilizadas.⁷⁰

Figure 3.10. Proporção de tempo durante o primeiro ano da criança no qual os custos relacionados com a parentalidade são partilhados entre o Estado (segurança social), os empregadores e as famílias, último ano disponível



Nota: 19 países.

Fonte: Salvador *et al.*, 2018 a publicar; baseado em dados do ILOSTAT, IBD e SEDLAC.

ça em que as famílias têm direito a uma licença paga relacionada com o nascimento, incluindo a licença de maternidade, de paternidade e parental, assim como dispensa de trabalho (paga) para a amamentação (ver Figura 3.10). Os resultados mostram que mesmo quando as políticas de licenças nacionais obrigatórias são consideradas, as famílias (sobretudo as mulheres) continuam a suportar a maior parte dos custos do trabalho de cuidados a crianças não remunerado, pelo facto de as prestações de segurança social relativas às licenças estarem disponíveis apenas durante uma pequena parte do período considerado. Cuba destaca-se nesta comparação, uma vez que, adicionalmente às 18 se-

manas de licença de maternidade totalmente pagas, é garantida aos progenitores uma licença parental de 39 semanas paga a 60 por cento dos ganhos anteriores financiada pela segurança social. Em todos os outros países, as famílias suportam mais de 60 por cento dos custos relacionados com o nascimento da criança durante o primeiro ano. Na Costa Rica, Equador e República Dominicana, os empregadores cobrem diretamente pelo menos dez semanas dos custos relacionados com a parentalidade, constituindo uma potencial fonte de discriminação contra as mulheres. Os dados revelam os grandes défices em matéria das disposições relativas a licenças em muitos países no que se refere ao principal papel do Estado em termos de financiamento. Considera-se, também, que os custos para as famílias aumentam ainda quando se verificam lacunas nos serviços de cuidados às crianças disponíveis nos primeiros anos de vida das crianças. Estes resultam de uma significativa lacuna na cobertura entre o fim da licença paga, onde esta medida está acessível na prática, e o início da escolaridade gratuita obrigatória (ver também a Caixa 3.3 sobre este tópico).

Direito a licença para cuidar de parentes doentes ou com deficiência

Existem também lacunas substanciais nos regimes de licenças para cuidar de crianças, pessoas adultas, pessoas idosas da família doentes ou com deficiência. Os défices respeitam tanto à acessibilidade universal à licença (em muitos casos, países que não têm qualquer legislação) e o papel do Estado como principal financiador (onde existe a licença, esta é frequentemente não paga ou paga a uma taxa reduzida). A recolha de dados em 2014 pelo Centro de Análise de Políticas Mundiais mostra que, dos 186 países para os quais existem dados disponíveis, 89 (48 por cento) proporcionam licenças para cuidar de membros da família adultos com necessidades de cuidados de saúde, enquanto 97 (52 por cento da amostra total) não o fazem.⁷² Quando são concedidas licenças, estas são com maior frequência licenças pagas (66 países) do que não pagas (23 países). Há, contudo, diferenças regionais importantes em todo o mundo. A Europa e Ásia Central têm a maior proporção de países (45 de 54; 83 por cento da subamostra) que proporcionam estas licenças, seguindo-se África, onde quase metade dos países (25 de 53) proporcionam licenças pagas (18) ou não pagas (7). As regiões onde a licença para cuidar de familiares adultos é proporcionalmente menos frequente são os Estados Árabes, a Ásia e Pacífico e as Américas.

De uma forma geral, as licenças para cuidar de membros da família idosos são ainda menos comuns. Apenas 54 países (que representam 29 por cento da amostra) dos 189 países para os quais havia dados disponíveis proporcionavam licenças pagas (38) ou não pagas (16) aos trabalhadores e trabalhadoras para cuidar de familiares idosos com necessidades de cuidados de saúde. Mais uma vez, existe uma grande disparidade entre a Europa e Ásia Central e o resto do mundo. Na Europa e Ásia Central, 45 por cento dos países (25 de 55) concedem licenças pagas para cuidar de familiares idosos com necessidades de cuidados de saúde e 25 por cento (14) proporcionam licenças pagas. Noutras regiões, 80 por cento ou mais dos países não têm quaisquer licenças pagas para cuidar de pessoas idosas e nos Estados Árabes não existem estas licenças, pagas ou não pagas. Na Ásia e Pacífico, seis países de 36 (17 por cento) concedem licenças pagas: Austrália, Butão, Camboja, Japão, Maldivas e Nova Zelândia. Em África, apenas Angola, Namíbia e Seicheles três países de 54 (6 por cento) assim o fazem. Nas Américas, dois de 33 paí-

ses (6 por cento) proporcionam licenças pagas (Baamas e Estados Unidos da América) e quatro concedem licenças pagas: Canadá, El Salvador, Nicarágua e Peru (12 por cento).

Inclusivamente na Europa e Ásia Central, onde as licenças para cuidar de familiares adultos e idosos são mais comuns, existem grandes diferenças entre países relativamente à duração e à compensação financeira das licenças.⁷³ Diversos países estabelecem uma distinção entre licença de cuidados de curto prazo e de longo prazo. Os dados da Europa e da América do Norte mostram que, em 2009, as licenças para a prestação de cuidados de curto prazo variavam de cinco dias pagos na Áustria e Irlanda a 36 dias em Itália. Enquanto em muitos países as licenças são pagas, outros países garantem licenças legais não pagas (por exemplo, Chipre, Alemanha e Reino Unido) ou apenas concedem regulamentação através de negociação coletiva (por exemplo, Canadá, Dinamarca, Finlândia, Islândia e Suíça) ou acordo individual (por exemplo, Letónia e Federação Russa).

As licenças para a prestação de cuidados são geralmente utilizadas para lidar com as necessidades de cuidados e de apoio durante um período de tempo mais longo: entre algumas semanas e até três anos. A regulamentação mais generosa foi encontrada em Itália, onde os cuidadores podem receber a substituição da totalidade dos rendimentos (até um limite) durante um período de 24 meses no máximo em caso de um membro da família se encontrar numa necessidade premente de apoio. Não obstante, as licenças podem ser também não pagas, como no caso dos Países Baixos, ou pagas a uma taxa de substituição mais baixa (por exemplo, 70 por cento do subsídio de desemprego na Finlândia) ou como um pagamento único, como na Bélgica, onde são pagos cerca de 740 € por mês se pedirem uma «licença para cuidados paliativos» (até 12 meses) ou «licença para assistência médica» (entre um e três meses).⁷⁴

Uma comparação entre seis países – Alemanha, Áustria, Canadá, França, Itália e Países Baixos - concluiu que as mulheres representavam pelo menos 60 por cento dos beneficiários das licenças devido à continuidade dos papéis tradicionais que lhes são atribuídos e a diferença salarial resultante, conduzindo normalmente a uma maior redução do rendimento da família se os homens assumirem a licença para a prestação de cuidados.⁷⁵ Outros obstáculos à aceitação destas licenças por parte dos homens (e das mulheres) residem em fatores sociais ou psicológicos. Assim, os homens geralmente não se atrevem a pedir a licença, por receio de uma estigmatização no local de trabalho ou a outras formas de penalizações nas suas carreiras. Muitos países pretendem manter os trabalhadores com responsabilidades de cuidados associados ao mercado de trabalho. Isto constitui um desafio, mesmo nos países em que as licenças para cuidar de membros da família doentes ou pessoas idosas estão firmemente estabelecidas, como no Japão. O número de trabalhadores que deixam o emprego no Japão é particularmente elevado entre os que têm responsabilidades familiares. Em 2012, apenas cerca de 3,2 por cento pediram a licença paga de três meses disponível através da Licença para Cuidados à Família.⁷⁶ Consequentemente, a partir de 2017, o regime de licenças foi parcialmente reformulado: as taxas das prestações aumentaram de 40 para 67 por cento dos ganhos anteriores, e agora os trabalhadores podem dividir a licença de três meses em segmentos: podem gozar a licença em unidades de meio dia e podem ficar dispensados de trabalhar horas extra.⁷⁷

3.3.2. Serviços de cuidados

Conceitos fundamentais relacionados com os serviços de cuidados e ensino da primeira infância

Os serviços de *cuidados e ensino da primeira infância* (*early childhood care and education* - ECCE), são serviços e programas que apoiam a sobrevivência, o crescimento, o desenvolvimento e a aprendizagem das crianças - incluindo a saúde, a nutrição e a higiene, assim como o desenvolvimento cognitivo, social, emocional e físico - desde o nascimento até à entrada no ensino básico.⁷⁸ Estes programas familiarizam as crianças pequenas com um ensino organizado fora do contexto familiar. Têm uma dimensão educativa explícita e visam preparar as crianças para entrarem no ensino primário.⁷⁹ A meta 4.2 do Objetivo 4 do Desenvolvimento Sustentável visa: «até 2030, garantir que todas as meninas e meninos tenham acesso a um desenvolvimento de qualidade na primeira fase da infância, bem como cuidados e educação pré-escolar, de modo que estejam preparados para o ensino primário.»

De acordo com a Classificação Internacional Tipo da Educação (CITE) da UNESCO,⁸⁰ existem duas categorias de programas: os programas de *desenvolvimento educacional durante a primeira infância* (ECED) são concebidos para crianças na faixa etária 0-2 anos (CITE 01) e os programas de *educação pré-primária* são concebidos para crianças dos três anos de idade até ao início do ensino básico (CITE 02). Para serem reconhecidos como CITE, os programas ECCE têm de cumprir uma série de critérios, tais como terem objetivos de aprendizagem e propriedades pedagógicas adequadas, serem conduzidos por pessoal qualificado, serem realizados num contexto institucional e cumprir um número mínimo de horas diárias e calendário anual. Em muitos países, existem mais modalidades ECCE, mas que não foram ainda reconhecidas como cumprindo estes critérios e, assim, não são consideradas nos dados da UNESCO sobre a frequência. Isto limita a fiabilidade destes indicadores. Apenas é possível contabilizar as matrículas noutros contextos ECCE registados nos países de elevado rendimento.⁸¹

Os serviços disponíveis para os pais podem ser serviços ECCE regulares baseados em centros ou ECCE licenciados no domicílio. Os serviços ECCE no domicílio ocorrem normalmente em casa do prestador e são mais frequentes para crianças com menos de três anos de idade.⁸² Os requisitos mínimos definidos para os serviços ECCE no domicílio licenciados variam amplamente entre países, desde controlos em matéria de saúde e segurança (iniciais ou anuais) ao registo com exigências em relação às normas relativas ao pessoal e aos *currícula*, inspeção pedagógica anual, exigências de formação e supervisão pedagógica regularmente assegurada por um organismo de supervisão acreditado. As pessoas que prestam cuidados no domicílio registadas são recrutadas, apoiadas e, em alguns casos, contratadas, por uma autoridade pública ou uma organização privada com financiamento público. Em alguns países, como a França, os prestadores ECCE domiciliários podem ser diretamente recrutados pelos pais («assistant(e)s maternel(le)s»).

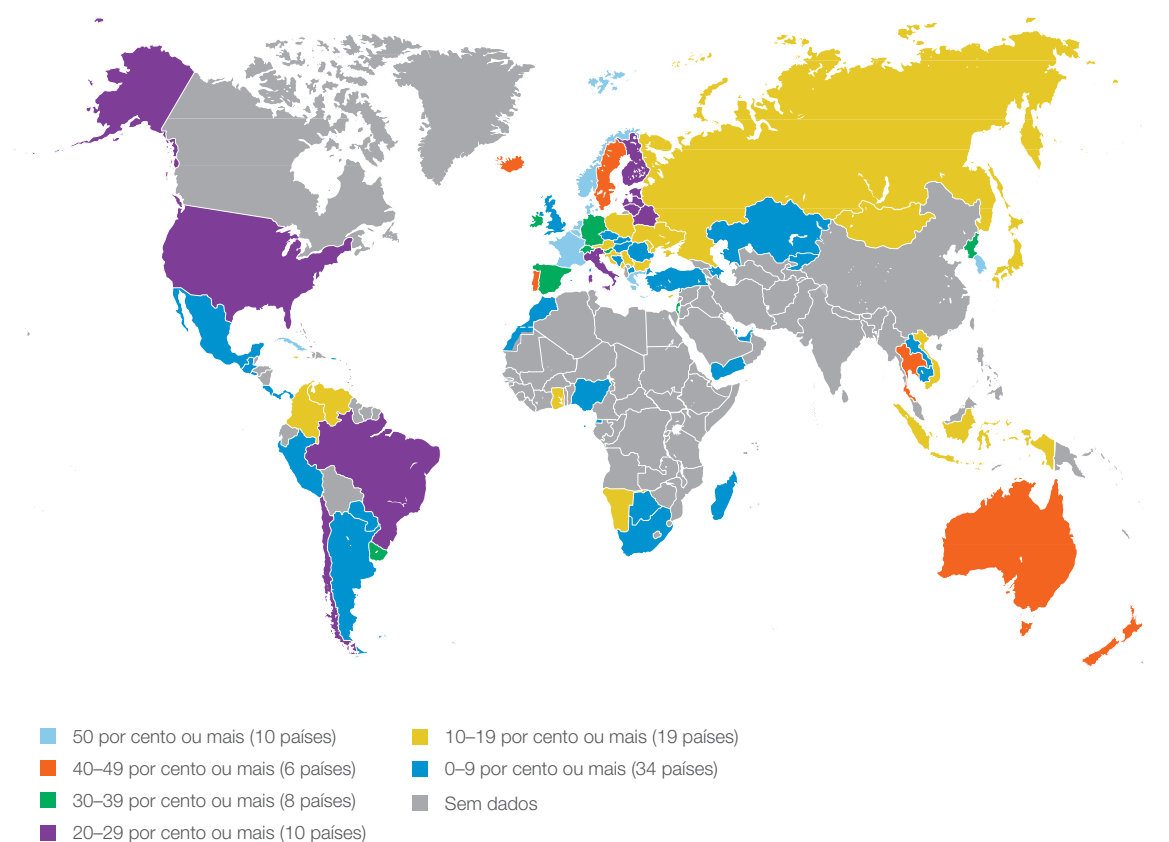
Os centros de acolhimento ECCE licenciados ou autorizados recebem geralmente crianças de toda a faixa etária ECCE e complementam frequentemente outras formas de cuidados às crianças, por vezes fora do horário de funcionamento de outros estabelecimentos ECCE, como as creches.⁸³

Serviços cuidados e ensino da primeira infância em todo o mundo

Universalidade

A cobertura dos serviços cuidados e ensino da primeira infância é geralmente avaliada através das taxas de matrícula das crianças nos programas cuidados e ensino da primeira infância.⁸⁴ Os dados sugerem que o princípio da universalidade está longe de ser atingido em todo o mundo, embora se verifiquem grandes diferenças a nível regional e nacional (ver também Capítulo 4).⁸⁵ As estimativas da OIT baseadas em dados da UNESCO sobre a matrícula de estudantes mostram que as taxas brutas de matrícula das crianças mais pequenas (menos de três anos de idade) em programas cuidados e ensino da primeira infância variam desde um pouco acima de zero até 85 por cento (dados disponíveis para 87 países, ver Figura 3.11). As taxas brutas de matrícula correspondem ao número de estudantes inscritos num dado nível de ensino, independentemente da idade, expresso como a percentagem oficial da população em idade escolar correspondente ao mesmo nível de ensino. A taxa bruta de matrículas média foi de 18,3 por cento em 2015 (ou últimos dados disponíveis desde 2010).⁸⁶ A maioria dos países (53 países) apresentou taxas

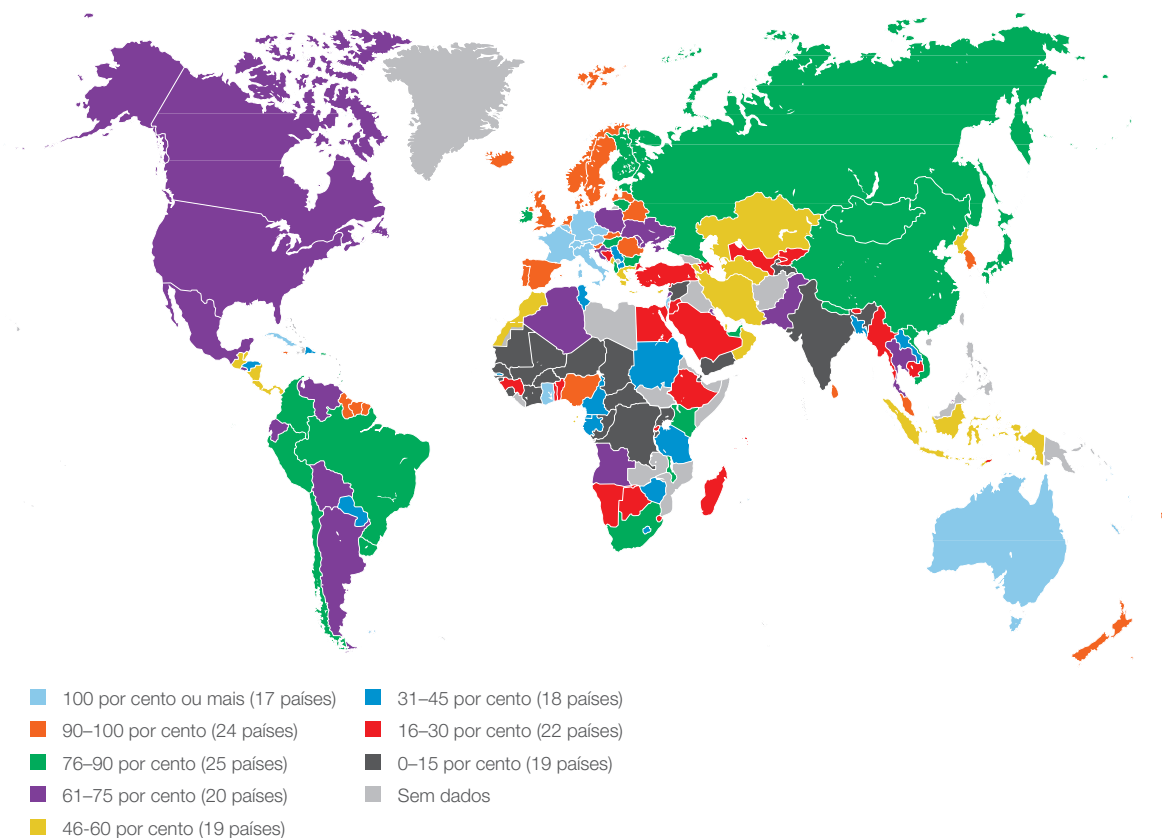
Figura 3.11. Taxas brutas de matrícula em programas ECCE, 2015



Nota: 87 países.

Fontes: Cálculos da OIT baseados na UNESCO, 2018; ONU, 2017c.

Figura 3.12. Taxas brutas de matrículas na educação pré-escolar, 2015



Nota: as taxas brutas de matrículas podem exceder 100 por cento devido à inclusão de estudantes com idades superiores ou inferiores devido a admissões precoces ou tardias ou repetição do ano.

Fonte: Cálculos da OIT baseados na UNESCO, 2018

de matrículas brutas inferiores a 20 por cento. Vinte e quatro países apresentaram taxas entre 20 e 49 por cento e apenas dez países tiveram taxas de matrícula de 50 por cento ou mais: Bélgica, Cuba, Dinamarca, França, Grécia, Luxemburgo, Malta, Noruega, Países Baixos e República da Coreia.

A frequência da educação pré-escolar é substancialmente superior: em média, a taxa bruta de matrículas é de 57,0 por cento (baseada em 2015 ou último ano disponível desde 2010; dados disponíveis para 164 países). De acordo com a UNESCO, as matrículas na educação pré-escolar aumentaram 64 por cento de 1999 a 2012, para atingir quase 184 milhões de crianças em todo o mundo.⁸⁷ Porém, um elevado número de crianças continuam excluídas e muitos países estão ainda longe de assegurar o acesso das crianças aos serviços de cuidados e ensino da primeira infância, conforme estabelecido no Objetivo 4.2 dos ODS (ver Figura 3.12). Apenas 25 por cento dos países (41 de 164) alcançaram a cobertura universal em 2015.⁸⁸ Nos países de baixo rendimento, a taxa bruta de matrícula média na educação pré-escolar não foi além dos 23 por cento e em países de médio rendimento foi de 56 por cento. Nos países de elevado rendimento as taxas de cobertura foram substancialmente superiores, com uma média de 87 por cento. Os países que registaram melhores resultados foram sobretudo os países de elevado rendimento, mas as exceções incluem, por exemplo, o Gana, onde foram abolidos os encargos escolares

a este nível e existem benefícios associados aos programas pré-escolares favoráveis à criança promovidos através de campanhas de sensibilização.⁸⁹ Isto sugere que, para além das preferências dos pais relativamente a soluções específicas para os cuidados às crianças, as políticas de educação e a disponibilidade e custo dos serviços são fatores chave para a explicação das taxas de inscrição (ver Caixa 3.4 sobre as preferências).

De acordo com a UNESCO, o ensino obrigatório pré-escolar durante pelo menos um ano apenas existe em 38 dos 207 países com dados disponíveis.⁹⁰ Quando estão disponíveis serviços de cuidados e ensino da primeira infância, estes têm normalmente início quando as crianças atingem os três anos de idade e, com frequência, a tempo parcial. Todavia, e tendo em vista apoiar a participação continuada das mães no mercado de trabalho, é de primordial importância que funcionem a tempo completo e que o período de tempo entre o final da licença paga e a idade de início legal dos serviços de cuidados e ensino da primeira infância seja reduzido (ver Caixa 3.3).

Caixa 3.3. Harmonizar os direitos a licenças e o acesso a serviços de cuidados e ensino da primeira infância: exemplos de países nórdicos

A International Network on Leave Policies and Research (Rede Internacional sobre Políticas de Licenças e Investigação) analisou a situação das políticas de licenças e o acesso aos serviços de cuidados e ensino da primeira infância em 2017 em 42 países, principalmente de elevado rendimento. Os resultados mostram que 25 países garantem o acesso efetivo aos serviços de cuidados e ensino da primeira infância, mas que na grande maioria (18 países) o acesso tem início apenas a partir dos três anos de idade. Os períodos entre o final da licença legal adequadamente paga (dois terços dos ganhos anteriores) e o início do direito ao acesso aos serviços variam de um a cinco anos.

De facto, apenas seis países - sobretudo nórdicos - asseguram que esse período de espera não existe, que as políticas estão harmonizadas e com um acesso efetivo aos serviços de cuidados e ensino da primeira infância. Na Dinamarca, a licença adequadamente paga é válida até quase o primeiro ano da criança, e o direito a estes serviços tem logo início quando a criança tem seis meses de idade. Na Noruega e na Suécia, existe uma sobreposição de um mês entre o final da licença adequadamente paga (13 meses) e o direito da criança aos serviços (12 meses). Da mesma forma, na Finlândia e na Eslovénia, o direito a serviços de cuidados e ensino da primeira infância começa a partir do final da licença parental, a qual tem uma duração de cerca de um ano. Em Malta, o direito a estes serviços começa aos três meses de idade, quando a licença paga termina. Este direito, contudo, está reservado às crianças cujos progenitores trabalham a tempo completo ou se encontram a estudar.

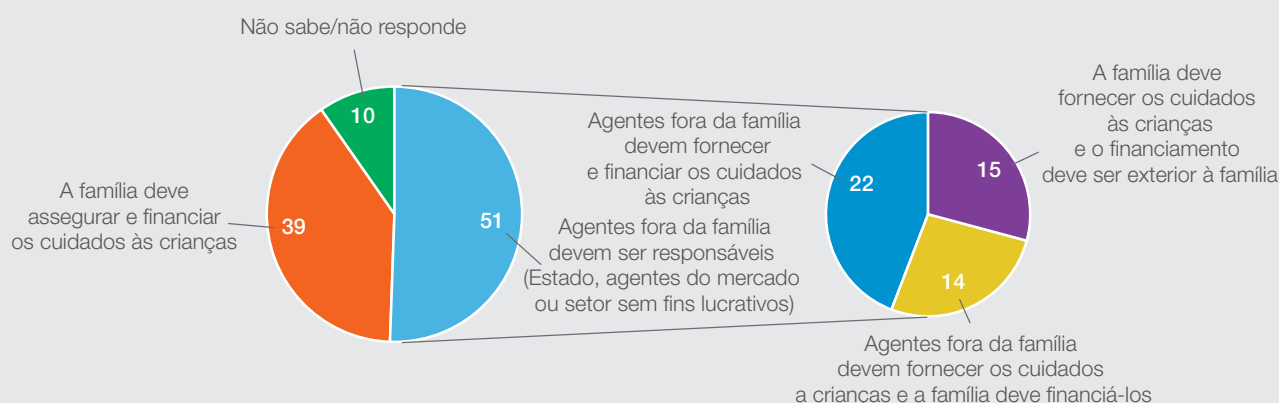
O desenvolvimento de políticas coerentes e bem articuladas nestes países foi impulsionado pela adoção de sistemas de cuidados e ensino da primeira infância integrados, nomeadamente a integração de serviços de cuidados e ensino da primeira infância para crianças com menos e com mais de três anos, sob a responsabilidade de um único ministério. A maior atenção prestada aos serviços de cuidados e ensino da primeira infância para as crianças com menos de três anos conduziu a uma maior consciência da necessidade de harmonizar estes serviços com as políticas de licenças. Isto foi possível através da ampliação dos direitos aos serviços de cuidados e ensino da primeira infância para idade inferior para coincidir com o final do período da licença. Tomando a Suécia como um exemplo de estudo de caso, Moss (2012) conclui que a abordagem holística destes serviços e das políticas de licenças neste país foi possibilitada através de uma conjunção de fatores, incluindo a importância dos valores da universalidade e da igualdade que prevalecem no Estado-Providência de inspiração social democrata sueca e que justificava uma despesa nesta área; um compromisso com a igualdade entre homens e mulheres, assim como com os direitos da criança, em ambos os domínios de ação, e uma continuidade do governo por períodos longos, o que garantiu que a relação entre as licenças e as políticas de cuidados e ensino da primeira infância fosse mantida.

Fontes: Blum, Koslowski e Moss, 2017; Moss, 2012.

Caixa 3.4. As preferências quanto aos cuidados a crianças variam entre regiões e grupos sociais

Dados do Programa Internacional de Inquérito Social que representam 62 por cento da população mundial 97 proporcionam perspectivas relativamente às preferências das pessoas no que saber quem deve prestar e pagar os cuidados a crianças após o final das licenças e antes do início do ensino básico.⁹⁸ Cinquenta e um por cento estão a favor do apoio de agentes fora da família (principalmente do Estado, mas também agentes do mercado ou do setor sem fins lucrativos) para financiar ou prestar cuidados às crianças em idade pré-escolar, enquanto 39 por cento consideram que este deve ser um papel exclusivo da família (Figura 3.13, esquerda). Entre os 51 por cento que preferem algum apoio extra familiar, cerca de 22 por cento consideram que os cuidados às crianças devem ser prestados e pagos por agentes exteriores à família. Há uma divisão relativamente igual entre os que consideram que a família deve prestar cuidados às crianças, mas que outros agentes devem apoiar as pessoas cuidadoras financeiramente, e os que consideram que os cuidados às crianças devem ser prestados por agentes fora das famílias, mas pagos pelas próprias famílias (Figura 3.13, direita).

Figura 3.13. Preferências em matéria de cuidados às crianças, 2011-14 (percentagens)



Nota: Faixa etária: 15 e mais anos. 41 países, ver a nota final 97 para a lista completa de países.

Fonte: Elaboração dos autores, baseada em dados do Programa de Inquérito Social Internacional (ISSP): Family and Changing Gender Roles IV - ISSP 2012.

Há diferenças regionais significativas nas preferências em termos de atitudes. A ideia de que só a família deve prestar e financiar os cuidados às crianças é mais acentuada na África do Sul (60 por cento), na Ásia Oriental, na Austrália e nas Filipinas (Sudeste Asiático) (57 por cento). É mais baixa nos países da Europa do Norte, Europa do Sul e de Leste (23 por cento), onde as famílias atualmente dependem mais dos serviços de cuidados às crianças e onde são registadas as taxas de matrícula nos serviços de cuidados e ensino da primeira infância mais elevadas, quando comparado com outras regiões.⁹⁹

Podem ser observadas outras variações entre os grupos sociais. Os agregados familiares com progenitores sós empregados e onde ambos trabalham, portanto, famílias com dois salários - que de uma forma geral dependem dos serviços de cuidados às crianças - são mais favoráveis do que os outros ao apoio extra familiar para os cuidados às crianças (respetivamente 56 e 57 por cento). As diferenças de acordo com a escolaridade e a situação profissional refletem provavelmente os diferentes custos de oportunidade de renunciar ao trabalho remunerado. É mais provável

que as pessoas com um grau de escolaridade secundário (51 por cento) ou grau superior (59 por cento) prefiram o apoio extra familiar em comparação com quem detém um grau de nível do ensino básico (39 por cento). Cerca de 55 por cento das pessoas inquiridas atualmente empregadas são a favor do apoio extrafamiliar para os cuidados às crianças, enquanto apenas 38 por cento dos que se encontram fora do mercado de trabalho são desta opinião. Verificam-se apenas pequenas diferenças de acordo com o sexo: sendo as mulheres ligeiramente mais favoráveis do que os homens a algum apoio extrafamiliar para os cuidados às crianças (respetivamente 52 e 50 por cento).

Fontes: UNESCO, 2015b; Programa de Inquérito Social Internacional: Family and Changing Gender Roles IV - ISSP 2012.

Outra importante dimensão da qualidade dos serviços de cuidados e ensino da primeira infância é o seu grau de inclusão e se o acesso é universal para todas as crianças, incluindo as crianças com deficiência. As estimativas mundiais sugerem que há cerca de 93 milhões de crianças com menos de 15 anos que vivem com deficiência moderada ou grave, a maioria das quais (80 por cento) vivem em países em vias de desenvolvimento⁹¹ e em famílias pobres.⁹² Há falta de formação relevante de professores no âmbito dos serviços de cuidados e ensino da primeira infância, de meios técnicos de assistência de apoio ao desenvolvimento das crianças, assim como de acesso a estes serviços, especialmente nos países em desenvolvimento.⁹³ Porém, a primeira infância é um período crucial para identificar problemas de desenvolvimento e deficiência e para intervir para ajudar as crianças a realizar plenamente o seu potencial.⁹⁴ Se as crianças e as suas famílias não forem alvo de intervenções, apoio e proteção precoces, as suas dificuldades podem tornar-se mais graves, muitas vezes conduzindo a consequências para a vida, aumento da pobreza e exclusão. Alguns países de elevado rendimento estão a implementar o ensino inclusivo para todas as crianças, por exemplo, a Finlândia, que tem uma abordagem holística. A Itália e o Reino Unido são dois outros exemplos onde são contratados auxiliares e professores de apoio para melhorar a experiência das crianças com necessidades especiais nas turmas regulares.⁹⁵ Diversos países de médio rendimento estão também a implementar programas nas instituições de ensino regulares. Estes incluem a Itália e o Vietname, assim como países da África Subsaariana como a Etiópia, Maláui, República Unida da Tanzânia e Ruanda.⁹⁶

Papel do Estado

A falta de acesso aos serviços de cuidados e ensino da primeira infância coloca em desvantagem as crianças de países de baixo ou médio rendimento - especialmente em África, Ásia Central e Estados Árabes - assim como as que vivem em áreas rurais e em agregados familiares pobres. As disparidades nas taxas de frequência de programas de cuidados da primeira infância das zonas urbanas e rurais são também muito grandes: excedem 35 pontos percentuais na Tunísia e na República Democrática Popular do Laos.¹⁰⁰ O acesso a programas gratuitos e/ou subsidiados publicamente é ainda escasso. Em 2015, apenas 33 por cento dos países estipularam legalmente pelo menos um ano de educação pré-escolar gratuito, 21 por cento, um ano de ensino pré-escolar obrigatório e 17 por cento, ambos.¹⁰¹ O acesso aos serviços de cuidados às crianças varia assim largamente com a riqueza, uma vez que muitas famílias têm de pagar os encargos pré-escolares. De acordo com o último relatório mundial de monitorização da educação da UNESCO de 2017, em 2010–15 em 52 países de baixo e médio rendimento

«as crianças mais ricas com 3 e 4 anos de idade tinham cinco vezes mais probabilidade de frequentar atividades organizadas de aprendizagem do que os mais pobres».¹⁰²

Os estabelecimentos de cuidados e ensino da primeira infância podem ser instituições públicas ou privadas. As instituições privadas são geralmente controladas e geridas, seja com vista à obtenção de lucro ou não, por organizações não governamentais, organismos religiosos, grupos de interesses específicos, fundações ou empresas,¹⁰³ e podem, ou não, receber subsídios do Estado. Estas instituições e os programas de cuidados a crianças que oferecem variam no seu grau de institucionalização, sobretudo em países de baixo e médio rendimento, onde os serviços são por norma realizados em locais tão diversos quanto centros comunitários, igrejas locais ou instalações anexas às escolas.¹⁰⁴ A falta de responsabilidade do Estado e o investimento em serviços de cuidados e ensino da primeira infância é refletido nas altas taxas de matrícula em instituições privadas ao nível pré-escolar (41 por cento a nível mundial em 2015).¹⁰⁵ Este é muito mais alto do que no ensino básico (17 por cento) e secundário (26 por cento), devido ao menor investimento público na primeira infância. Os dados sobre a despesa pública no ensino pré-escolar em 70 países mostram que em 2014 o investimento era mais elevado (entre 1 e 1,5 por cento) no Equador, na República da Moldávia e na Suécia, e menor (cerca de 0 por cento) na República Islâmica do Irão, Mali e Sudão do Sul (ver secção 3.2.5).¹⁰⁶

As estimativas regionais mostram que matrículas nas instituições privadas são particularmente elevadas nos Estados Árabes e nos países asiáticos, em média até 45 e 55 por cento, respetivamente. Quando tanto a prestação como o financiamento são confiados ao setor não estatal, como no caso da Etiópia e vários Estados Árabes, o ensino pré-escolar tende a abranger apenas as populações urbanas mais privilegiadas. Os dados dos países de elevado rendimento sugerem que as percentagens de crianças inscritas em programas de cuidados e ensino da primeira infância privados são ainda mais elevadas do que as inscritas no ensino pré-escolar, excedendo 50 por cento em dois terços dos países.¹⁰⁷

Outro importante aspeto destes serviços é se estes incluem ou não programas de alimentação às crianças. Estes serviços têm efeitos positivos na saúde das crianças, tanto a curto prazo ao oferecer ementas nutricionalmente equilibradas, como a longo prazo, ao influenciar os hábitos alimentares e prevenir a obesidade.¹⁰⁸ Adicionalmente, proporcionam aos pais (sobretudo às mães) mais tempo para se dedicarem a atividades geradoras de rendimento sem qualquer interrupção à hora do almoço. De acordo com o Programa Alimentar Mundial, cerca de 368 milhões de alunos da educação pré-escolar, ensinos básico e secundário tomam as suas refeições nas escolas (baseado em 169 países com dados disponíveis).¹⁰⁹ Nos países de baixo e médio baixo rendimento, porém, os programas estão apenas disponíveis em determinadas zonas geográficas escolhidas de acordo com fatores de vulnerabilidade. Enquanto 49 por cento das crianças do ensino básico recebem refeições gratuitas nos países de rendimento médio, apenas 18 por cento as recebem nos países de baixo rendimento.¹¹⁰ É provável que esta discrepância também se aplique ao nível pré-escolar, não obstante não existirem dados disponíveis. As cantinas das escolas podem melhorar substancialmente a segurança alimentar das crianças, especialmente em contextos rurais, e podem ser uma parte fundamental dos pisos de proteção social, como sugerido por um estudo recente no Togo.¹¹¹

A governação dos sistemas de cuidados e ensino da primeira infância pode ser dividida ou integrada. Os sistemas divididos, existentes, por exemplo, nos Estados Unidos da

América, França, Japão e Turquia, as políticas para os programas de cuidados e ensino da primeira infância (centrados nos cuidados) e os programas pré-escolares (centrados na educação na primeira infância) desenvolveram-se separadamente e sob a responsabilidade de diferentes autoridades, geralmente o Ministério dos Assuntos Sociais e o Ministério da Educação, respetivamente.¹¹² Nos sistemas integrados (Austrália, Brasil, Dinamarca e Suécia, por exemplo), a responsabilidade pelos serviços de cuidados e ensino da primeira infância está sob uma autoridade que regula o plano curricular, normas e/ou financiamento. O estudo sugere que os sistemas integrados estão associados a uma melhor qualidade destes serviços, aumento do direito universal, um acesso mais económico, pessoal mais qualificado e transições mais suaves para as crianças.¹¹³

Qualidade variável dos serviços de cuidados e ensino da primeira infância

A educação de boa qualidade pode reduzir as desigualdades sociais ao assegurar que todas as crianças iniciam a educação formal em igualdade de condições.¹¹⁴ Não existe uma definição mundialmente acordada ou um sistema de medição da educação pré-escolar de qualidade, e as pessoas podem ter diferentes perceções do que são serviços de qualidade (ver Caixa 3.5).¹¹⁵ Todavia, a equipa de docentes é geralmente considerada um fator determinante para a qualidade do ensino e das interações na sala de aula.¹¹⁶ A qualidade do ensino está muito associada à formação, qualificações e condições de trabalho da equipa de cuidados e ensino da primeira infância (ver Capítulo 4). Outro fator importante é o rácio crianças-professor por sala de aula. Um rácio baixo normalmente permite que os professores e as professoras se concentrem mais nas necessidades individuais dos alunos e alunas e reduz o tempo perdido com as interrupções. A estimativa mundial do rácio crianças-docente na educação pré-escolar foi de 17,8 em 2015, com grandes disparidades entre países de baixo rendimento (28,3 em média), países de médio rendimento (18,7) e países de elevado rendimento (13,6).¹¹⁷ Os rácios mais elevados são típicos dos países da África Subsaariana, com uma média de 30 crianças por docente, mas com uma variação considerável, variando de 17 no Lesoto até 42 no Maláui e 53 na Libéria. Também existem diferenças dentro dos países, por exemplo, entre regiões rurais e urbanas, e também entre contextos públicos e privados. A UNESCO também destaca a falta de normas relacionadas com o rácio crianças-docente e o cumprimento insuficiente em muitos países de baixo ou médio rendimento.¹¹⁸

Não existem estimativas mundiais dos rácios crianças-docente nos programas ECED, mas estes são normalmente inferiores aos da educação pré-escolar, uma vez que as crianças com menos de três anos de idade exigem mais atenção e cuidados. Os dados disponíveis de 14 países de elevado rendimento mostram que em 2014 o rácio crianças-professor médio era 9, variando desde 4 na Nova Zelândia a 16 no Reino Unido.¹¹⁹ Os dados disponíveis de alguns países de baixo e médio rendimento sugerem que há uma grande variação e em muitos casos uma supervisão insuficiente. Um relatório da OIT afirma que os rácios crianças-docente variam de 4 nos Barbados e Trindade e Tobago a 25 nas Filipinas e 30 no Paquistão.¹²⁰

Também existem variações entre países e programas quanto aos horários, nomeadamente a combinação de tempo parcial (menos de 30 horas por semana) e tempo completo (mais de 30 horas semanais) na prestação dos serviços. A disponibilidade de serviços ECCE durante todo o dia é um fator essencial, pois permite que os progenitores das crianças pequenas assumam empregos a tempo completo e rendimentos em proporção.¹²¹ Os dados

Caixa 3.5. Na Europa as percepções das pessoas sobre os serviços de cuidados e ensino da primeira infância estão relacionadas com as taxas de emprego das mulheres

As pessoas têm percepções diferentes sobre a qualidade dos serviços de cuidados e ensino da primeira infância. No Inquérito Europeu sobre Qualidade de Vida, conduzido em 2011-12 em 34 países europeus, era perguntado aos residentes com 18 ou mais anos de idade, como classificavam a qualidade dos serviços de cuidados a crianças no seu país, numa escala de 1 (muito má qualidade) a 10 (muito boa qualidade). As médias dos países variaram de cerca de 5 na Bulgária, Kosovo, Polónia e Roménia a ligeiramente acima de 7 na Áustria, Chipre, Dinamarca, Finlândia, Islândia, Luxemburgo, Malta e Suécia.

As análises do Eurofound mostraram que um melhor acesso aos serviços de cuidados a crianças estava positivamente associado à qualidade dos serviços observada pelas pessoas. Foi avaliado o acesso aos serviços de cuidados a crianças, considerando o custo dos serviços, a sua disponibilidade, acesso (distância ou horário de funcionamento) e a qualidade dos cuidados observada pelos utilizadores do serviço. O Eurofound também destacou uma correlação positiva entre o emprego das mulheres e a acessibilidade observada dos cuidados a crianças. Isto sugere que os países com elevadas taxas de emprego de mulheres são os países em que as pessoas enfrentam menos dificuldades quando utilizam os serviços de cuidados às crianças. Também sublinha o facto de que a boa qualidade e o acesso, a estes serviços, permite que as mulheres tenham uma atividade profissional remunerada. Isto é particularmente destacado nos países nórdicos (Dinamarca, Finlândia e Suécia) e em alguns países da Europa Ocidental (Alemanha, Áustria e Países Baixos).

Fonte: Eurofound, 2013.

comparáveis, contudo, só estão disponíveis para os países de elevado rendimento, com uma frequência média de 30 horas por semana em 2014.¹²²

Conceitos fundamentais relacionados com os serviços de cuidados continuados

Os *cuidados continuados* referem-se às prestação de serviços a pessoas de todas as idades que têm uma dependência funcional continuada. A dependência cria a necessidade de serviços concebidos para compensar a capacidade limitada de realizar atividades do quotidiano, como tomar banho, vestir-se e entrar ou sair da cama, durante um período de tempo prolongado.¹²³ A dependência também resulta de dificuldade no acesso a cuidados de saúde e em manter um estilo de vida saudável para prevenir a deterioração do estado de saúde e funcional, criando necessidades emocionais adicionais e pressões às quais é preciso responder.

O *sistema de cuidados continuados* de um país refere-se às pessoas cuidadoras e contextos onde os cuidados continuados podem ser prestados. O trabalho de cuidados não remunerado prestado pela família ou por pessoas amigas é a fonte de cuidados mais importante para as pessoas com necessidades de cuidados continuados.¹²⁴ Além disso, muitos países implementaram sistemas públicos de cobertura de riscos de serviços de cuidados continuados, que são prestados por pessoal de enfermagem, assim como por profissionais fora da área da saúde,¹²⁵ incluindo trabalhadores e trabalhadoras domésticos («assistentes pessoais»).¹²⁶ As pessoas beneficiárias de cuidados são pessoas idosas, assim como crianças e pessoas adultas com deficiência.

A *deficiência* é um conceito complexo, dinâmico e multidimensional, com um componente médico e social. É um termo genérico que se refere a incapacidades, limitações na atividade e restrições na participação, referindo-se às várias barreiras que podem resultar da interação entre uma pessoa com uma incapacidade continuada (física, mental, intelectual ou sensorial) e os fatores contextuais dessa pessoa (ambiental e pessoal).¹²⁷

Os serviços de cuidados continuados podem ser prestados *com base na comunidade* ou em contextos de *residência institucional*. Os cuidados *com base na comunidade* referem-se a todas as formas de cuidados que não exigem que as pessoas idosas ou pessoas com deficiência residam num contexto de cuidados institucionais, e incluem os cuidados domiciliários,¹²⁸ os centros comunitários e os centros de dia.¹²⁹ Os cuidados em *residência institucional* referem-se aos cuidados institucionalizados prestados em instalações equipadas para apoiar as pessoas doentes. Os serviços de *cuidados temporários* prestam cuidados de curto prazo para aliviar as pessoas cuidadoras não remuneradas. Podem realizar-se nas casas das pessoas, assim como na comunidade e nos centros de dia ou instalações residenciais. Como estabelecido na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU, é essencial que as pessoas com deficiência tenham uma escolha e possam aceder a diferentes tipos de serviços, incluindo assistência pessoal, tendo em vista apoiar a sua vida e inclusão na comunidade e evitar o isolamento e a segregação.¹³⁰

Os serviços de cuidados continuados podem ser prestados por organizações públicas ou privadas (sem ou com fins lucrativos), com serviços que variam desde sistemas de alarme a cuidados pessoais 24 horas, sete dias por semana. Pode ser exigido às pessoas beneficiárias dos cuidados que paguem uma parte do custo destes serviços. Políticas como as transferências monetárias para as pessoas adquirirem serviços de cuidados continuados estão cobertas ao abrigo da secção «prestações de proteção social» das políticas de cuidados (secção 3.3.3).

Universalidade

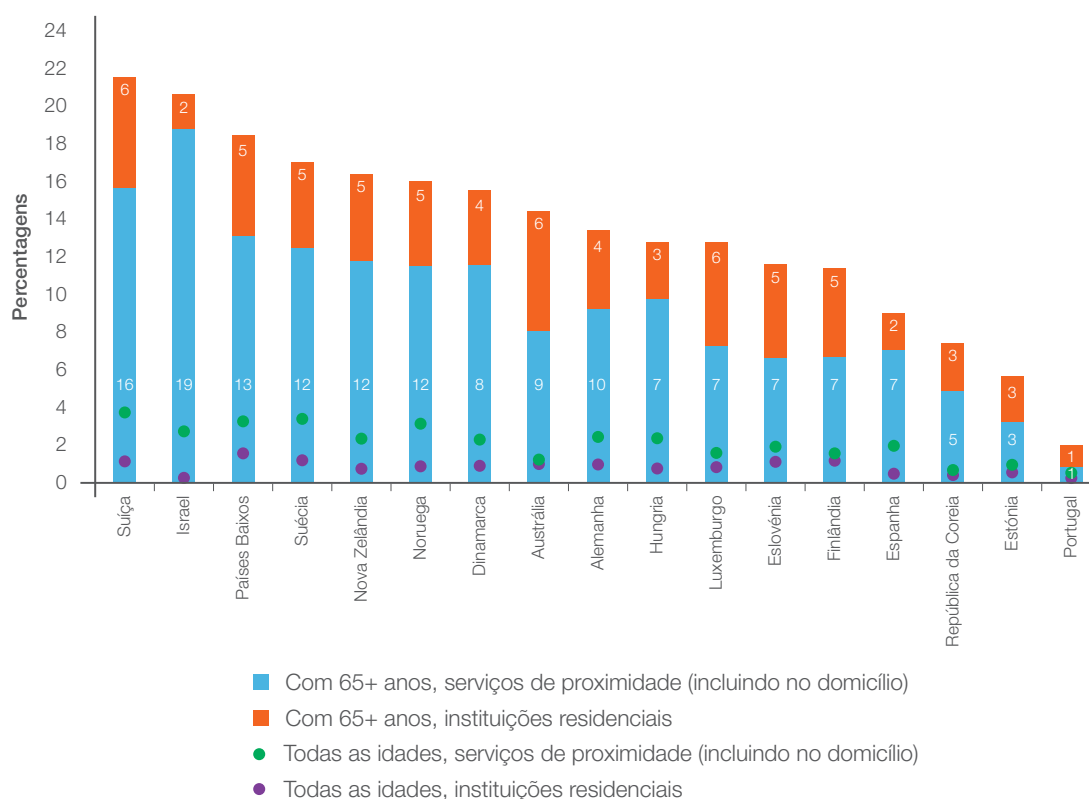
O crescimento da população idosa (ver Capítulo 1), aponta para o importante papel que os cuidados continuados irão desempenhar nas futuras políticas de cuidados (ver também Capítulo 5). Não obstante a sua crescente importância, existe já uma notória falta de acessibilidade a cuidados continuados a nível mundial, e o princípio da universalidade tornou-se uma realidade apenas para uma minoria. Um estudo de 46 países representativos de todas as regiões do mundo mostra que em 2015, apenas nove países (elevado rendimento) tinham consagrado o direito a receber proteção em matéria de cuidados continuados na legislação nacional.¹³¹ Dos restantes países analisados, 23 tinham défices muito elevados, proporcionando apenas regimes sujeitos a condição de recursos, e 14 tinham um défice de 100 por cento. Consequentemente, 48 por cento da população destes 46 países não tem qualquer tipo de proteção social em matéria de cuidados continuados sociais e 46 por cento está em grande medida excluída da cobertura. Uma vez que as mulheres têm uma esperança de vida mais longa do que os homens, estas deficiências têm implicações importantes para a desigualdade entre homens e mulheres e o bem-estar das mulheres e denotam a ausência de sensibilidade em termos das questões de género das políticas de cuidados continuados.

Papel do Estado

O papel do Estado de assumir responsabilidade pelos serviços de cuidados continuados é muito menos frequente mundialmente e, em alguns casos, não existe sequer, comparativamente com as políticas de licenças e de cuidados a crianças. A despesa pública em cuidados continuados foi, em média, inferior a 1 por cento do PIB nos anos 2006-10 entre os 46 países do estudo acima mencionados. Com algumas poucas exceções, a maioria dos países de África, América Latina e Ásia não tiveram qualquer despesa em cuidados continuados. Na Ásia, a República da Coreia salienta-se como o país com uma despesa pública semelhante aos países europeus mais generosos, nomeadamente a Dinamarca, Islândia, Luxemburgo, Noruega e Países Baixos. Em 2015, a despesa média em cuidados continuados em 15 países de elevado rendimento foi de 1,7 por cento do PIB.¹³² Assim, apenas em alguns poucos países o Estado assume um papel de liderança no financiamento de serviços de cuidados continuados. Isto resulta numa enorme desigualdade no acesso e numa elevada despesa a cargo dos interessados, que pode conduzir os agregados familiares à pobreza. O acesso e a acessibilidade dos serviços variam de acordo com os sistemas de saúde e se os cuidados continuados fazem ou não parte de um sistema de cuidados de saúde universal. As estimativas da OIT em países de elevado rendimento selecionados mostram que a despesa pessoal em cuidados continuados variava de 3,5 por cento do rendimento do agregado familiar no Luxemburgo a 22,9 por cento em Israel, em 2015.¹³³

Em 17 países de elevado rendimento com dados disponíveis (ano de 2016 ou último ano disponível), a maioria dos beneficiários de cuidados continuados usufruíam de serviços de cuidados continuados com base nos serviços de proximidade e não de cuidados em instituições residenciais. Este é o caso de beneficiários idosos com 65 ou mais anos de idade e dos beneficiários de cuidados continuados de todas as idades. Tomando uma média simples nestes países, 9 por cento das pessoas com 65 ou mais anos recebem cuidados continuados através de serviços de proximidade (incluindo serviços no domicílio ou em centros de dia) e cerca de 4 por cento em instituições (ver Figura 3.14). Nos países de baixo e médio rendimento, os cuidados continuados são muitas vezes prestados através de organizações sem fins lucrativos e em programas e serviços de cuidados de proximidade, por vezes como parte de programas de obras públicas, como, por exemplo, na África do Sul.¹³⁴

A falta de proteção adequada em matéria de cuidados continuados baseia-se em grande parte no pressuposto de que os membros da família - sobretudo filhas, noras ou esposas - irão prestar serviços de cuidados gratuitamente, embora os dados dos inquéritos sugiram que a maioria das pessoas preferiria algum apoio extra familiar (ver Caixa 3.6). De facto, como mostrado no Capítulo 2, a maioria do trabalho de cuidados não remunerado a pessoas idosas dependentes é prestado por mulheres que vivem no mesmo agregado familiar. Esta situação implica muitas vezes que os cuidadores abdicuem de oportunidades de rendimento ou assumam trabalho de cuidados intenso a nível físico e emocional, muitas vezes às custas do seu próprio bem-estar e saúde.¹³⁵ Uma forma através da qual as pessoas cuidadoras não remuneradas podem ser aliviadas é através dos cuidados temporários, que lhes permite fazer uma pausa dos seus deveres de cuidadores, reduzindo o risco de exaustão e melhorando as suas oportunidades de manter uma boa saúde mental.

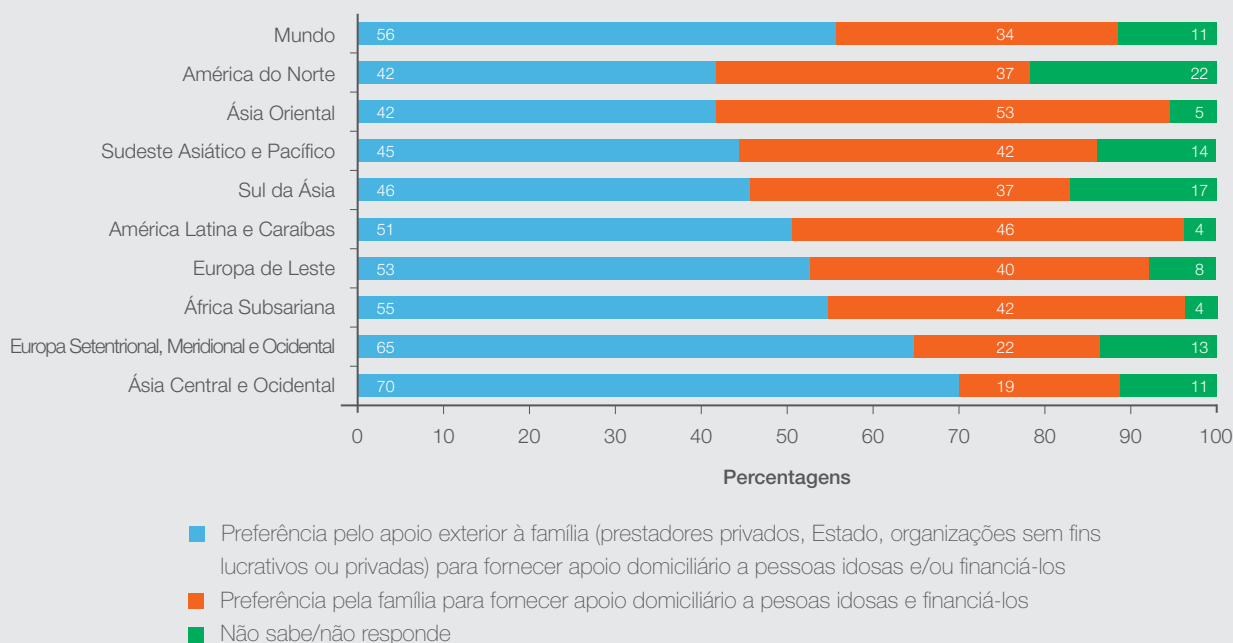
Figura 3.14. Beneficiários de cuidados continuados por tipo de serviço e idade, último ano disponível

Nota: 17 países de elevado rendimento.

Fonte: cálculos da OIT baseados em dados estatísticos da OCDE para 2016 ou ano mais recente.

Caixa 3.6. Expectativa de apoio extrafamiliar para os serviços domésticos diários das pessoas idosas dependentes

As pessoas idosas dependentes (frágeis) necessitam frequentemente de ajuda para as tarefas domésticas do dia a dia, por exemplo, fazer as compras, a limpeza da casa e lavagem da roupa. Os dados do inquérito ISSP de 2012 de 41 países de elevado rendimento e médio,¹³⁷ que representam 62 por cento da população mundial, fornecem perspetivas sobre as preferências das pessoas no que se refere a quem estas pensam que deve principalmente prestar e pagar este apoio.¹³⁸ Os dados mostram que 34 por cento (36 por cento dos homens e 32 por cento das mulheres) consideram que principalmente a família deve prestar e pagar a ajuda doméstica das pessoas idosas, enquanto 56 por cento esperam um apoio extra familiar do Estado, ou de prestadores privados ou sem fins lucrativos (Figura 3.15). Destes 56 por cento, cerca de 31 por cento consideram que é principalmente papel dos agentes públicos ou privados prestar e financiar o trabalho de cuidados doméstico: 18 por cento consideram que a família deve prestar cuidados e receber prestações do estado ou do governo para este trabalho e 6 por cento pensam que a família deve pagar os serviços domésticos prestados por agentes públicos ou privados. Há diferenças regionais significativas nas preferências em termos de atitudes. Por exemplo, na Europa do norte, do sul e ocidental, a maioria (65 por cento, em média) prefere apoio extrafamiliar para a ajuda doméstica das pessoas idosas o que, em certa medida, reflete os elevados investimentos públicos em cuidados continuados em comparação com outras regiões.¹³⁹ Observa-se um padrão semelhante em Israel e na Turquia (70 por cento, em média, a favor do apoio extrafamiliar), ainda que estes países tenham uma forte tradição quanto às pessoas cuidadoras da família.¹⁴⁰ Nos países da Ásia Oriental, onde prevalece um forte sentido de solidariedade intergeracional,¹⁴¹

Figura 3.15. Prestação de ajuda doméstica a pessoas idosas, preferências 2011-14 (percentagens)

Nota: Faixa etária: 15 e mais anos. 41 países, ver a nota final 137 para a lista completa de países.

Fonte: Elaboração dos autores, baseada em dados do Programa de Inquérito Social Internacional (ISSP): Family and Changing Gender Roles IV - ISSP 2012.

a maioria (53 por cento, em média) ainda é a favor principalmente da responsabilidade familiar. Em algumas regiões, observam-se também diferenças nas atitudes em função do sexo, tendo as mulheres uma maior propensão a estar a favor do apoio extrafamiliar. Por exemplo, na Índia, 51 por cento das mulheres está a favor do apoio extra familiar para os cuidados domésticos das pessoas idosas, em comparação com apenas 41 por cento dos homens. Na América do Norte, 41 por cento dos homens prefere a responsabilidade familiar, em comparação com as características socioeconómicas individuais, incluindo o tipo de agregado familiar, escolaridade e idade, também influenciam as atitudes das pessoas. Por exemplo, as pessoas com menos de 30 anos são menos favoráveis à responsabilidade inteiramente familiar no que se refere a ajuda doméstica para pessoas idosas, preferindo o apoio extrafamiliar, relativamente a outras faixas etárias. Curiosamente, os inquiridos idosos (65 ou mais anos) não diferem muito das outras faixas etárias: têm a mesma preferência dos inquiridos de 30-64 anos ao preferirem a responsabilidade familiar. Isto sugere que os idosos não têm expectativas quanto aos cuidados familiares especialmente elevadas e acolhem com satisfação o apoio externo.

Fonte: Programa Internacional de Inquérito Social (ISSP): *Family and Changing Gender Roles IV* - ISSP 2012; Colombo *et al.*, 2011; OMS, 2015.

Porém, a disponibilidade de cuidados temporários é reduzida, mesmo nos países com uma prestação de serviços de cuidados continuados relativamente elevada.¹³⁶

Qualidade dos serviços de cuidados continuados

Devido às más condições de trabalho e regulamentações, a qualidade dos serviços de cuidados continuados é frequentemente baixa (ver Capítulo 4).¹⁴² Algumas das questões mais prementes são a falta de pessoal de cuidados continuados, em particular nos países de bai-

xo e médio rendimento (ver Capítulo 4),¹⁴³ e a qualidade e o tipo dos cuidados prestados. Os serviços prestados podem ser inapropriados ao objetivo de apoiar a vida digna das pessoas idosas e manter a sua autonomia.¹⁴⁴ O preconceito em relação à idade, os estereótipos e os equívocos acerca das pessoas idosas e pessoas com deficiência e as suas necessidades muitas vezes influenciam a qualidade dos cuidados prestados. Por exemplo, estima-se que existam situações de abuso a cerca de 10 por cento de idosos na comunidade em geral (as mulheres e as pessoas com deficiência enfrentam os maiores riscos de abuso), e estima-se que o abuso físico sobre pessoas idosas com demência atinja até 23 por cento das pessoas beneficiárias de cuidados.¹⁴⁵ Outro problema frequente subsiste na falta de integração entre os cuidados continuados e os cuidados de saúde, tanto administrativamente como fisicamente, quando estes serviços são prestados. A separação estrita dos serviços de cuidados continuados e dos serviços de saúde pode resultar numa cobertura fragmentada, lacunas na prestação e a utilização inadequada de serviços de saúde de agudos.

O acesso a serviços continuados é também dificultado pela falta de infraestruturas tanto nos países desenvolvidos como nos países em vias de desenvolvimento, sobretudo nas zonas rurais.¹⁴⁶ A nível mundial, os serviços de cuidados no domicílio com apoios públicos são ainda mais restritos do que os cuidados institucionais. São observadas deficiências extremas no que respeita às instalações de cuidados continuados nos países africanos, que são particularmente afetados considerando a elevada incidência de VIH e o aumento associado de necessidades de cuidados continuados.¹⁴⁷ Esta disponibilidade é muito limitada na maioria dos países da Ásia e da América Latina, com exceção da Argentina, que possui as infraestruturas mais desenvolvidas da região, mas ainda apenas 2 por cento das pessoas idosas têm a possibilidade de viver em lares e em casas residenciais ou adaptadas.

3.3.3. Prestações de proteção social relacionadas com os cuidados

Conceitos fundamentais

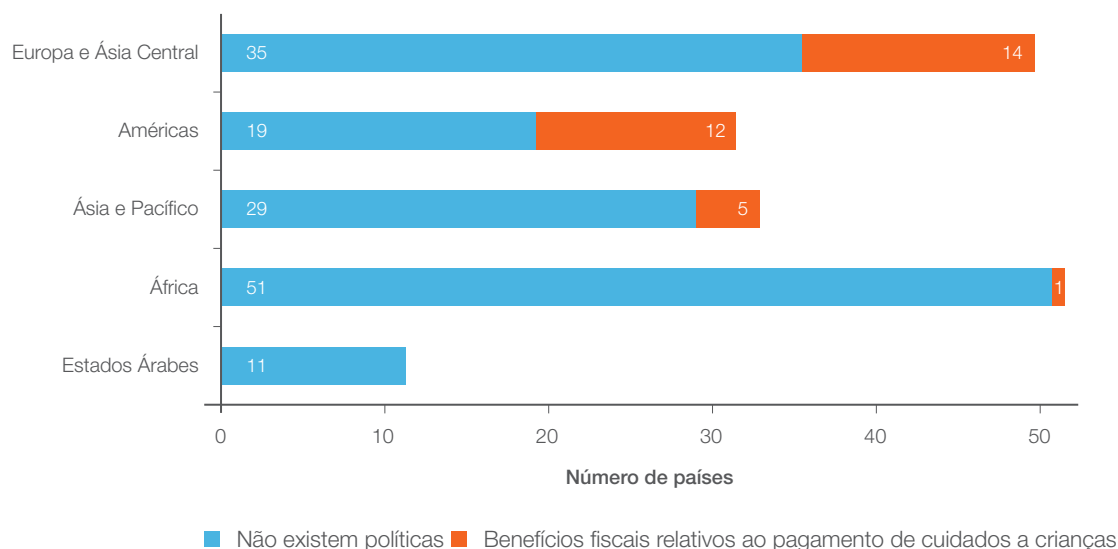
A *proteção social* é um direito humano.¹⁴⁸ É definida como um conjunto de políticas e programas concebidos para reduzir e prevenir a pobreza e a vulnerabilidade ao longo da vida das pessoas.¹⁴⁹ A meta 1.3 dos ODS apela aos países que implementem sistemas e medidas de proteção social adequados a nível nacional para todos e, até 2030, alcançar uma cobertura substancial das pessoas «pobres e vulneráveis». Este compromisso reafirma os direitos e princípios da Convenção (n.º 102) relativa à Segurança Social (norma mínima) da OIT que estabelece o nível mínimo das prestações de segurança social e as condições ao abrigo das quais estas são fornecidas. A meta 1.3 dos ODS também reforça a Recomendação (n.º 202) sobre Pisos de Proteção Social, de 2012 da OIT, que determina que os Estados-membros devem estabelecer e manter patamares nacionais de proteção social no âmbito dos sistemas nacionais de proteção social. Como um conjunto de garantias básicas de segurança social definidas a nível nacional, os patamares de proteção social garantem uma proteção que visa prevenir ou reduzir a pobreza, a vulnerabilidade e a exclusão social. Trata-se de assegurar que todas as pessoas que necessitam tenham acesso ao longo da vida a, pelo menos, cuidados essenciais de saúde, incluindo cuidados maternos com segurança básica de rendimento para as crianças e pessoas idosas, assim como para pessoas em idade ativa que não conseguem auferir um rendimento suficiente, particularmente em caso de doença, desemprego, maternidade e deficiência.

Os sistemas de proteção social abrangem todos estes domínios através de uma combinação de regimes contributivos (seguro social)¹⁵⁰ e não contributivos¹⁵¹ financiados pelos impostos, onde se inclui a assistência social. A inexistência de proteção social deixa as pessoas vulneráveis à pobreza, à desigualdade e à exclusão social, constituindo assim um importante obstáculo ao desenvolvimento económico e social. As pessoas com necessidades de cuidados, como as pessoas com deficiência ou que vivem com o VIH, assim como as que têm uma maior probabilidade de sofrer contingências relacionadas com os cuidados, tal como as mulheres, são as mais expostas. De uma forma geral, as pessoas com menos oportunidades de trabalho remunerado formal - incluindo os povos indígenas e outras minorias étnicas - têm uma cobertura da proteção social e prestações menos abrangentes e menos generosas (caso a tenham) do que as pessoas abrangidas por regimes contributivos relacionados com o trabalho. Todavia, quando concebidos recorrendo a uma abordagem transformadora e de acordo com os princípios fundamentais, os sistemas de proteção social podem colmatar estas deficiências e reduzir as desigualdades com base, nomeadamente, no sexo, casta e etnia.¹⁵² As prestações de proteção social relacionadas com os cuidados incluem os regimes de proteção social que reconhecem as contingências em termos de cuidados que ocorrem na vida das pessoas, tais como os cuidados à família ou a educação das crianças. Cobrem assim, estas contingências concedendo transferências monetárias ou em espécie a pessoas com necessidades de cuidados ou a pessoas cuidadoras, relacionadas com os custos da gravidez, parto e adoção, educação das crianças e cuidados a outros membros da família.¹⁵³ As prestações de proteção social podem tomar a forma de reduções fiscais ou transferências de dinheiro por cuidados, assim como de programas de transferências monetárias e programas de trabalhos públicos com um componente específico dos cuidados, por exemplo, programas que apoiam as pessoas cuidadoras não remuneradas que visam a permanência ou a reintegração no mercado de trabalho. Também incluem o reconhecimento do trabalho de cuidados nos regimes de proteção social, tal como nos regimes de pensões.¹⁵⁴

Regimes fiscais que consideram as contingências em termos de cuidados

Universalidade

Os sistemas de proteção social podem dar apoio a agregados familiares com crianças ou membros com necessidades de cuidados continuados através das deduções fiscais.¹⁵⁵ através destas medidas, os Estados concedem incentivos financeiros às pessoas cuidadoras, frequentemente mulheres, para trabalharem ou adquirirem serviços de cuidados a prestadores públicos ou privados. Os dados do Banco Mundial de 2018 sobre as deduções fiscais relativas aos cuidados a crianças mostram que, a nível mundial, só uma pequena minoria de países concede estes incentivos financeiros - 32 de 177 países com dados disponíveis (ver Figura 3.16).¹⁵⁶ A maioria destes países estão localizados na Europa e Ásia Central, onde 15 de 49 países concedem benefícios fiscais para as despesas com os cuidados a crianças, e nas Américas, onde 12 de 31 países concedem estas vantagens. Na Ásia e Pacífico, apenas o Butão, a Malásia, Nova Zelândia, República da Coreia e Tailândia concedem estes direitos, enquanto em África, a Maurícia é o único país com esta política. Nos Estados Árabes não são concedidos benefícios fiscais relativamente às despesas com os cuidados a crianças. Contudo, este indicador não nos diz se os Estados

Figura 3.16. Regimes fiscais que permitem benefícios fiscais relativos ao pagamento de cuidados a crianças, 2018

Nota: 177 países

Fonte: Banco Mundial, 2018b

têm outras políticas que contribuem para reduzir as despesas com cuidados às crianças ou se disponibilizam esses serviços gratuitamente ou a custos mais baixos.

Sensibilidade às questões da igualdade entre homens e mulheres

Para além das reduções fiscais, tomar em consideração a dimensão de género, ou a sua falta, na conceção dos sistemas fiscais dos países tem uma influência considerável na divisão entre mulheres e homens do trabalho remunerado e não remunerado, sobretudo nas economias desenvolvidas. Os casais casados podem ser tributados relativamente aos seus rendimentos em conjunto, ou fazê-lo individualmente. No caso da tributação conjunta, é possível que o membro do casal que aufera menos rendimentos - geralmente a mulher - seja taxado a uma taxa mais alta do que num sistema individual. Isto cria um desincentivo para a participação das mães no mercado de trabalho, especialmente em contextos onde os serviços de cuidados às crianças são dispendiosos. Os sistemas de tributação individual são mais sensíveis à dimensão de género, uma vez que incentivam ambos os membros a uma partilha de ganhos mais igual entre os membros do agregado familiar e uma participação também mais igual no mercado de trabalho. Em 2014, os países de mais elevado rendimento tinham uma tributação separada para cônjuges e parceiros com algumas exceções: Alemanha, Espanha, Estados Unidos da América, Estónia, França, Irlanda, Luxemburgo, Noruega, Polónia, Portugal e Suíça, não obstante alguns destes países permitirem que os casais possam escolher entre os dois sistemas.¹⁵⁷

Prestações monetárias para cuidados

Universalidade

Mais de um terço (69 países) dos 186 países alvo do estudo da OIT não tem quaisquer prestações familiares ou por criança a cargo previstas na legislação nacional. Entre os 117 países com um regime de prestações familiares ou por criança a cargo, 34 têm prestações legais que abrangem apenas trabalhadores que têm um emprego formal.¹⁵⁸ Os Estados podem implementar sistemas de prestações monetárias para cuidados como forma de reconhecer e compensar estas atividades às pessoas cuidadoras não remuneradas que tenham uma criança pequena ou que prestem serviços de cuidados a membros da família idosos.¹⁵⁹ Estas são geralmente as duas variantes destas prestações: o financiamento dos serviços de cuidados ou subsidiar diretamente as pessoas cuidadoras não remuneradas

A primeira variante de prestações pecuniárias corresponde a «dinheiro atribuído a um utilizador/consumidor qualificado para adquirir serviços de cuidados diretamente ou para adquirir um serviço em nome do beneficiário do serviço».¹⁶⁰ Por exemplo, os sistemas de prestações ou vales são transferências monetárias públicas, que proporcionam um incentivo aos progenitores para terem um trabalho remunerado e que lhes permite adquirir serviços de cuidados às crianças, públicos ou privados, ou contratar serviços domésticos. Encontram-se estes sistemas em diferentes países, incluindo França, Bélgica e Chile.¹⁶¹ Porém, a quantia das prestações é frequentemente mais baixa do que o custo dos cuidados de qualidade. As famílias de baixo rendimento escolhem tendencialmente opções mais baratas e de menor qualidade como foi relatado, por exemplo, em alguns estados dos EUA.¹⁶² Em França, o Fundo Nacional de Abono de Família concede um pagamento sujeito a condição de recursos¹⁶³ aos pais trabalhadores para ajudar a compensar os custos dos cuidados a crianças em casa (sobretudo amas) para crianças até aos seis anos, em casa destas.¹⁶⁴

Quando se trata de cuidados a pessoas idosas, existem também as duas variantes de prestações, com uma ampla variedade de sistemas que dependem de especificidades dos países e dos padrões de desenvolvimento do setor dos cuidados continuados.¹⁶⁵ As prestações relativas aos cuidados continuados podem ser financiadas através das contribuições do seguro social ou pelo sistema geral de impostos.¹⁶⁶ Ambas as variantes das prestações monetárias para cuidados podem permitir que as pessoas idosas com necessidades de cuidados continuados possam ser cuidadas pelos seus familiares mais próximos, sendo as pessoas cuidadoras pagas pelas pessoas beneficiárias dos cuidados ou diretamente pelo Estado. Embora estas medidas contribuam para o reconhecimento do trabalho de cuidados não remunerado prestado pelos familiares, aqui também o montante dos benefícios sociais é normalmente baixo e não compensa os custos dos cuidados não remunerados ou remunerados.

As prestações em dinheiro podem também ser atribuídas para substituir um serviço de cuidados. Neste caso, trata-se de «dinheiro atribuído para complementar o rendimento, subsidiar o custo dos cuidados ou compensar o rendimento do qual se abdicou durante a licença».¹⁶⁷ As licenças e as prestações associadas atribuídas para cuidar das crianças, das pessoas doentes ou dos membros idosos da família são assim exemplos destas políticas (ver secção 3.3.1). Além disso, as transferências monetárias podem ser pagas aos

país independentemente do histórico de emprego ou do gozo da licença (ver o caso do subsídio de cuidados domiciliários da Finlândia no Capítulo 6).

Podem existir prestações para cuidados semelhantes para pessoas com deficiência. A OIT fez uma avaliação sobre os regimes de prestações pecuniárias de invalidez que mostra que de 186 países com dados disponíveis, 170 tinham um regime legal que proporcionava prestações pecuniárias periódicas assentes na legislação nacional.¹⁶⁸ As estimativas mundiais sobre a cobertura efetiva de pessoas com deficiência grave a receber prestações era de 27,8 por cento em 2015 (ou último ano disponível), variando de apenas 9 por cento na Ásia e Pacífico para mais de 90 por cento na Europa. Todavia, um grande número de países (103) concede prestações de invalidez através apenas de regimes contributivos, o que implica que somente as pessoas adultas empregadas podem beneficiar, e que as crianças com deficiência estão excluídas. Além disso, muitos países limitam o acesso ao apoio relacionado com a deficiência e condicionam-no a uma avaliação de recursos que muitas vezes não considera os custos específicos da deficiência. Estas políticas podem desencorajar a participação no emprego e constituir armadilhas para a pobreza para muitas pessoas com deficiência.¹⁶⁹ Contudo, alguns estudos na Finlândia, Reino Unido e Suécia sugerem que as prestações pecuniárias por cuidados melhoram substancialmente a vida independente das pessoas com deficiência ao permitir que estas empreguem assistentes pessoais.¹⁷⁰ De uma forma geral, a figura de assistentes pessoais é preferida ao setor dos cuidados sociais devido às taxas de rotatividade mais baixas, a uma maior flexibilidade e a uma relação mais gratificante entre o empregador e o trabalhador.¹⁷¹ As prestações por cuidados têm, por conseguinte, um potencial transformador.

Sensibilidade à dimensão de género

Algumas prestações pecuniárias têm um fundamento explícito nos cuidados, pois destinam-se a proporcionar uma escolha aos pais ou outros membros da família com necessidades de cuidados, seja para utilizar serviços de cuidados às crianças ou outros serviços ou prestar cuidados eles próprios. Não obstante estas medidas reconhecerem o trabalho de cuidados não remunerado, muitas vezes não são sensíveis à dimensão de género e concedem-se prestações desadequadas (muitas vezes de taxa única) que não substituem os ganhos totais quando o emprego é interrompido temporariamente ou permanentemente. De facto, são maioritariamente utilizadas pelas mães (muitas vezes com empregos de baixo rendimento e com baixo nível de instrução) com consequências negativas adicionais para a sua participação no mercado de trabalho.¹⁷²

No que respeita às prestações de cuidados continuados, um estudo da OCDE que compara dez países concluiu que, numa base de 22 horas de trabalho de cuidados não remunerado prestado a familiar com necessidades moderadas, as pessoas cuidadoras recebiam cerca de metade do salário mediano em França e nos Países Baixos e até 100 por cento no Canadá (Nova Escócia).¹⁷³ Porém, na Bélgica, Croácia, Reino Unido, República Checa, República da Coreia e Suécia, a compensação era inferior a 30 por cento do salário mediano. Assim, as políticas monetárias para cuidados muitas vezes valorizam apenas parcialmente o trabalho das pessoas cuidadoras não remuneradas (sobretudo mulheres) e não têm em conta as diferenças entre homens e mulheres.

Programas de transferências monetárias condicionadas e programas de obras públicas com um componente de cuidados

Nos países de baixo e médio rendimento, foi implementado um número crescente de programas de luta contra a pobreza sob a forma de transferências monetárias condicionadas (TMC) e programas de obras públicas.¹⁷⁴ Em 2014, estes programas foram adotados por 63 e 94 países, respetivamente. Contudo, estes programas geralmente não são sensíveis à dimensão de género, e não tomam necessariamente em consideração as necessidades e as obrigações das pessoas beneficiárias dos cuidados. Uma análise dos programas em 53 países de baixo e médio rendimento concluiu que apenas 23 das 149 disposições tomadas pretendiam reconhecer e redistribuir o trabalho de cuidados não remunerado das mulheres.¹⁷⁵

Por exemplo, diversos programas TMC exigem um conjunto de condições para que as prestações possam ser concedidas, o que resulta muitas vezes num aumento da privação de tempo para as mulheres e reforça a divisão do trabalho entre mulheres e homens de cuidados não remunerados no agregado familiar.¹⁷⁶ Um estudo que compara os programas TMC no Chile, Costa Rica e El Salvador concluiu que estes resultavam razoavelmente bem em termos da redução da desigualdade de rendimentos entre as famílias mais pobres, graças às prestações adicionais e acesso aos serviços. Contudo, não punham em questão os papéis de género e não melhoram o acesso das mulheres ao trabalho remunerado.¹⁷⁷ Um estudo centrado no programa TMC Prospera¹⁷⁸ no México revelou que a maioria das intervenções relacionadas com as questões de género se tinham centrado em quebrar o ciclo intergeracional de pobreza, particularmente das raparigas desfavorecidas, mas tinha sido menos eficaz na promoção do empoderamento económico das mulheres devido, nomeadamente, aos défices na coordenação com os serviços relacionados com o emprego, assim como com os cuidados a crianças e outros serviços sociais.¹⁷⁹

Os programas de obras públicas são programas governamentais que oferecem oportunidades a determinadas categorias de pessoas que não conseguem encontrar trabalho. Associam frequentemente apoio ao rendimento e desenvolvimento de competências e oportunidades de emprego e de empreendedorismo, assim como exigências como a frequência escolar e/ou vigilância médica para as suas crianças. Estes programas também podem, se concebidos com uma abordagem sensível à dimensão de género, ter impactos positivos para as mulheres e ter em consideração as suas necessidades relacionadas com os cuidados. Podem, por exemplo, promover a participação das mulheres através de quotas, fornecer serviços de cuidados a crianças nos locais de trabalho e permitir horários de trabalho flexíveis, assim como garantir proteção da maternidade às participantes do programa.¹⁸⁰ Uma das limitações destes programas é o seu forte foco no trabalho manual no que respeita aos programas de investimento em serviços de saúde e sociais, embora existam exceções na África do Sul, por exemplo, com o Programa Alargado de Empregos Públicos. Os programas de obras públicas são particularmente transformadores porque, além de proporcionar emprego, contribuem para aliviar as pessoas cuidadoras não remuneradas.¹⁸¹

3.3.4. Modalidades de trabalho favoráveis à família

Conceitos fundamentais

As modalidades de trabalho que permitem conciliar o trabalho e a vida familiar são uma variação das modalidades habituais de trabalho. Proporcionam aos trabalhadores e trabalhadoras a possibilidade de ajustar a sua duração de trabalho, os horários de trabalho e local de trabalho de acordo com a sua situação pessoal e situação familiar. Incluem acordos como um horário de trabalho reduzido, horários flexíveis e trabalho a tempo parcial (definido como trabalho remunerado numa base inferior a 35 horas por semana) com termos e condições equivalentes às do trabalho a tempo completo e direitos proporcionais, teletrabalho ou trabalho móvel, com recurso a tecnologias de informação e comunicação (TIC), assim como adaptações no local de trabalho. Estas modalidades são fundamentadas na Convenção da OIT (n.º 156) e respetiva Recomendação (n.º 156) (secção 3.1.2), assim como na Convenção (n.º 175) sobre Trabalho a Tempo Parcial, de 1994. O acesso e a utilização de modalidades favoráveis à família não devem conduzir a termos e condições de emprego desfavoráveis.

Embora estas modalidades possam ser relevantes para todos os trabalhadores e trabalhadoras para conciliar o trabalho e os compromissos e preferências na vida pessoal, são particularmente úteis quando têm responsabilidades de cuidados à família, assim como para as pessoas com deficiência.

Trabalho a tempo parcial

Os países podem garantir aos trabalhadores e trabalhadoras o direito a solicitar acesso a trabalho a tempo parcial ao abrigo de circunstâncias específicas. Não obstante falte ainda uma panorâmica mundial, um relatório da OIT identificou 21 países nos quais os trabalhadores e trabalhadoras com crianças pequenas, ou com outras responsabilidades de cuidados, têm direito a solicitar uma transferência para trabalho a tempo parcial.¹⁸² Estes incluem alguns países de médio rendimento, como Angola, Arménia, Cabo Verde, Cazaquistão e México. O direito a solicitar transferência para trabalho a tempo parcial pode ser assegurado quando os trabalhadores e trabalhadoras têm problemas de saúde ou deficiência. Este é o caso de Angola, Arménia, Dinamarca, Finlândia, Lituânia e Portugal.¹⁸³ Nos países onde o trabalho a tempo parcial está geralmente disponível (como a Austrália e o Reino Unido), esta forma de trabalho é muitas vezes utilizada para cuidar de pais idosos ou gravemente doentes ou crianças com deficiência ou cônjuges.¹⁸⁴ Contudo, esta situação pode tornar-se muito difícil em termos financeiros para o agregado familiar. As mães com filhos gravemente doentes ou com deficiência a trabalhar a tempo parcial têm «uma maior probabilidade de terem baixos rendimentos do que as outras mães, de se encontrarem fora ou nas margens do mercado de trabalho e de enfrentar desafios difíceis para conciliar trabalho e atividades de cuidados».¹⁸⁵

A incidência de horários de trabalho reduzidos e o trabalho a tempo parcial variam significativamente no mundo e, de uma forma geral, é predominante entre as trabalhadoras que são cuidadoras não remuneradas, especialmente mães. Se para muitas pessoas o trabalho a tempo parcial representa uma modalidade de trabalho favorável à família, para muitas outras é involuntário e pode não dar resposta à conciliação trabalho-família. O subemprego - quando as pessoas estão disponíveis e dispostas a trabalhar mais horas do que as que traba-

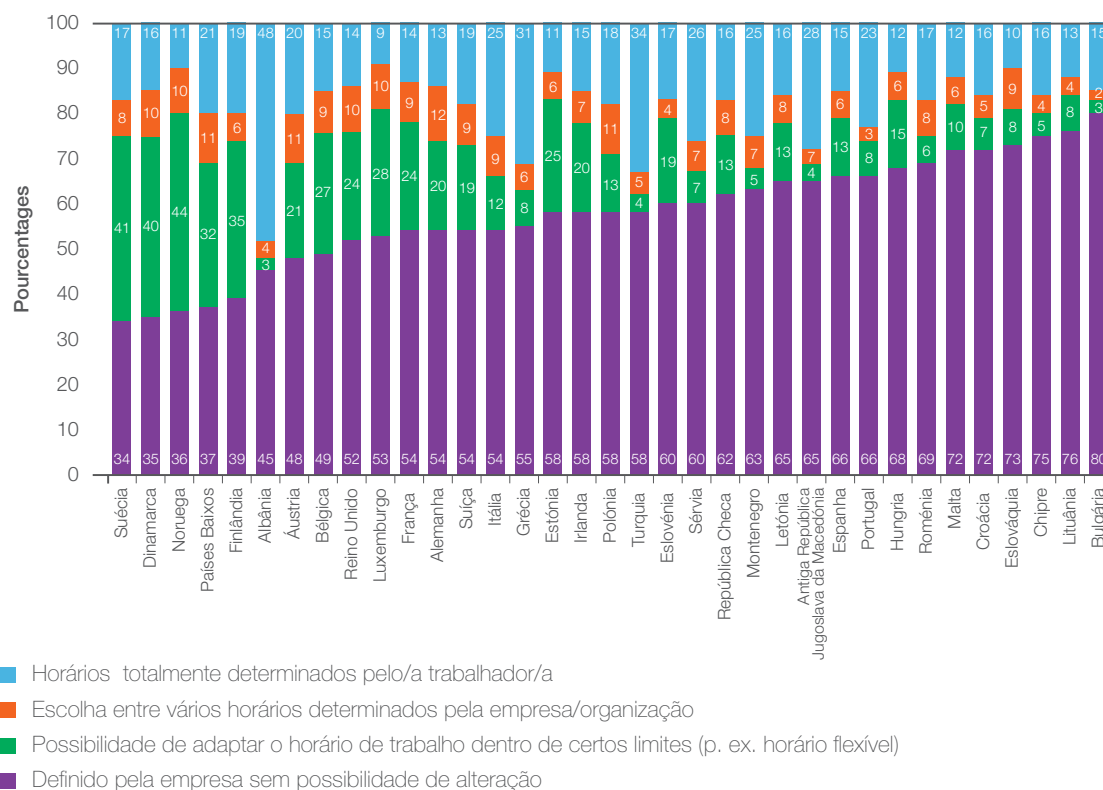
lham - é especialmente elevado em África (14 por cento), quando comparado com outras regiões com dados disponíveis (9 por cento nas Américas, 6 por cento na Ásia e Pacífico, assim como na Europa e Ásia Central em 2019).¹⁸⁶ Em 2014, na União Europeia, 30 por cento das pessoas que trabalham a tempo parcial (40 por cento dos homens e 26 por cento das mulheres) declararam que estavam a trabalhar a tempo parcial porque não tinham encontrado um trabalho permanente a tempo completo. Para 21 por cento (4 por cento dos homens e 27 por cento das mulheres) o trabalho a tempo parcial era porque estavam a cuidar de crianças ou de pessoas adultas com deficiência, e para 4 por cento (6 por cento dos homens e 3 por cento das mulheres) era porque estavam doentes ou com incapacidade.¹⁸⁷

Os trabalhadores e trabalhadoras a tempo parcial enfrentam, de um modo geral, uma penalização em termos remuneratórios, segurança no emprego, formação e promoção, em comparação com quem trabalha a tempo completo.¹⁸⁸ Têm um risco mais elevado de pobreza e é menos provável que tenham acesso a prestações de desemprego ou apoio no reingresso ao mercado de trabalho no caso de ficarem em situação de desemprego.¹⁸⁹ O trabalho a tempo parcial é também mais frequentemente associado ao trabalho temporário, no qual as mulheres estão igualmente sobrerrepresentadas.¹⁹⁰ É, por isso, essencial que o trabalho a tempo parcial de qualidade seja promovido e normalizado.¹⁹¹ A Convenção (n.º 175) apela à adoção do princípio de igualdade de tratamento dos trabalhadores a tempo parcial numa base de salários e benefícios proporcionais, comparável aos acordados para quem trabalha a tempo completo. Os trabalhadores e trabalhadoras a tempo parcial também devem ter acesso a formação e oportunidades de desenvolvimento equivalentes às de quem trabalha com contratos a tempo completo. A extensão do direito a solicitar trabalho a tempo parcial e a possibilidade de passar a tempo completo são outros instrumentos essenciais que facilitam o reingresso no mercado de trabalho remunerado dos progenitores que regressam das licenças de maternidade e paternidade, e ajudar a evitar a armadilha do trabalho a tempo parcial em geral.¹⁹² Os governos e as empresas devem também estabelecer políticas para ampliar os dispositivos a tempo parcial a profissões mais qualificadas e melhor remuneradas e promover ativamente o recurso a acordos a tempo parcial dos homens e das mulheres, sobretudo para incentivar os homens a assumir uma maior proporção de trabalho de cuidados não remunerado e permitir que as mulheres se empenhem plenamente na atividade profissional.

Direito a horários de trabalho reduzidos e horários flexíveis

Nos últimos anos, alguns países reconheceram o impacto negativo dos horários de trabalho prolongados na saúde e introduziram legislação de promoção de medidas para limitar a sobrecarga de trabalho.¹⁹³ Não obstante falem estimativas mundiais relativas ao acesso a horários de trabalho reduzidos e horários flexíveis, parece que estes direitos existem sobretudo. Os dados de 2017 mostram, por exemplo, que 20 de 42 países (sobretudo nos países de elevado rendimento) concedem o direito a solicitar horários de trabalho reduzido para as mães trabalhadoras que se encontram a amamentar e mães trabalhadoras (e muitas vezes pais) com responsabilidades de cuidados a crianças.¹⁹⁴ Dez de 42¹⁹⁵ países concedem o direito a solicitar horários flexíveis, permitindo que o empregador escolha quando se deve iniciar e terminar o trabalho diário.¹⁹⁶ Os empregadores podem apenas recusar se houver um claro prejuízo para a atividade da empresa. Dados de 35 países europeus¹⁹⁷ sugerem que aproximadamente 24 por cento das pessoas empregadas

Figura 3.17. Disposições em matéria de regimes de horário de trabalho na União Europeia, 2015 (percentagens)



Nota: 35 países de médio e elevado rendimento.

Fonte: Eurofound, 2017

têm alguma flexibilidade no seu horário de trabalho.¹⁹⁸ Cerca de 17 por cento declaram que podem adaptar as horas de trabalho dentro de uns determinados limites (horários flexíveis), enquanto 7 por cento referiram que podem escolher entre horários fixos determinados pelos seus empregadores. Existem grandes diferenças a nível dos países, sendo mais provável na Europa central e do norte o acesso a um horário de trabalho flexível do que nos países da Europa Meridional e de Leste (ver Figura 3.17).

Os dados disponíveis sugerem que existem lacunas relativamente aos horários de trabalho reduzidos e horários de trabalho flexíveis (assim como ao trabalho a tempo parcial) especialmente em países de médio e baixo rendimento, com algumas exceções, nomeadamente Angola, Arménia, Cabo Verde, Cazaquistão, Federação Russa e México.¹⁹⁹

A negociação coletiva é um importante instrumento para implementar as modalidades de trabalho que permitem conciliar o trabalho e a vida familiar com termos e condições de emprego de qualidade desenvolvidas, em conjunto com outros meios de regulamentação, tais como a legislação e medidas ao nível das empresas.²⁰⁰ Os resultados de um inquérito elaborado pela Confederação Europeia de Sindicatos mostraram que 49 por cento dos sindicatos celebraram convenções tendo em vista um melhor equilíbrio entre o trabalho e a família, incluindo acordos que regulam os horários de trabalho, os horários

flexíveis e o teletrabalho, assim como os direitos de quem trabalha a tempo parcial e os prestadores de cuidados continuados.²⁰¹ E os resultados de um relatório do Eurofound-OIT mostraram que o diálogo social a nível nacional, setorial ou empresarial desempenhou um papel significativo na regulamentação do teletrabalho na Bélgica, Espanha, Finlândia, Itália, Países Baixos e Suécia.²⁰²

Teletrabalho e trabalho móvel com recurso a TIC

O maior acesso ao trabalho com recurso às TIC significa que o trabalho pode ser realizado fora das instalações dos empregadores. O teletrabalho e o trabalho móvel com recurso às TIC podem representar mais possibilidades para uma melhor conciliação entre o trabalho e as responsabilidades familiares. Os estudos sugerem que o teletrabalho, sobretudo o teletrabalho regular no domicílio, tem efeitos positivos gerais na conciliação trabalho e outros aspetos da vida.²⁰³ Permite a redução do tempo despendido nas deslocações e aumentar a autonomia na organização do tempo de trabalho com base nas necessidades e preferências dos trabalhadores e trabalhadoras. Porém, também existe o risco de sobrepor o tempo de trabalho e o tempo consagrado à família e de horas extra não remuneradas, especialmente quando o trabalho apresenta uma forte intensidade ou uma grande mobilidade.

Entre os trabalhadores e trabalhadoras dos 28 países da União Europeia, uma média de 17 por cento declararam que se encontravam numa das três situações de teletrabalho e trabalho móvel com recurso a TIC: a partir de casa com regularidade, ocasionalmente e com elevada mobilidade.²⁰⁴ Na Dinamarca, Países Baixos e Suécia, isto aplica-se a 30 por cento. Na maioria dos países, o teletrabalho ocasional está mais generalizado do que outras formas de teletrabalho e trabalho móvel com recurso a TIC. O Japão e os Estados Unidos da América estão também entre os países com uma incidência relativamente alta de teletrabalho e trabalho móvel com recurso a TIC, com 20 e 16 por cento, respetivamente. Na Índia, 19 por cento da população empregada na economia formal não agrícola são teletrabalhadores e trabalhadores móveis com recurso a TIC, mas uma vez que apenas 14-16 por cento da economia total da Índia é formal, estes representam apenas uma pequena proporção do conjunto dos trabalhadores e trabalhadoras.

O recurso a modalidades de teletrabalho e trabalho móvel com recurso a TIC não devia constituir um obstáculo para a progressão das carreiras não devendo haver diferenciação nos direitos para quem está em teletrabalho.²⁰⁵ O Acordo Quadro Europeu sobre o Teletrabalho de 2002 fornece orientações para os acordos de teletrabalho em empresas privadas e noutras organizações. Garante, nomeadamente, direitos e condições de trabalho iguais para os teletrabalhadores e trabalhadores móveis com recurso a TIC e para quem trabalha nas instalações do empregador, a proteção da saúde e segurança no trabalho dos teletrabalhadores e o seu acesso a formação e desenvolvimento da carreira. A Convenção (n.º 177) sobre o Trabalho a Domicílio, de 1996, da OIT é também um importante instrumento que visa melhorar a situação desta categoria e promover a igualdade de tratamento, mas foi apenas ratificada por dez países. Existem iniciativas a nível dos países para promover o teletrabalho e o trabalho móvel com recurso a TIC, por exemplo, no Japão, com as *Diretrizes para a adoção e execução adequadas do teletrabalho com equipamentos TIC* e nos Estados Unidos da América com a adoção de uma Lei em 2010 que favorece o tele-

trabalho.²⁰⁶ Esta lei é aplicável a todos os trabalhadores e trabalhadoras do governo federal dos EUA, tornando-o o maior programa de teletrabalho do mundo.

Adaptações no local de trabalho para pessoas com deficiência

As adaptações no local de trabalho desempenham um papel essencial para as pessoas com deficiência; podem permitir ter uma participação no mercado de trabalho ou prolongá-la após o surgimento de um problema de saúde ou deficiência. As pessoas que vivem com o VIH podem também beneficiar destas adaptações no local de trabalho.²⁰⁷ Um estudo em três estados dos EUA (Mississípi, Nova Jérsei e Ohio) concluíram que pelo menos um terço das pessoas com deficiência que não trabalham sofreram barreiras ao emprego, tais como falta de transporte ou um local de trabalho inacessível, que podem ser resolvidas através das adaptações no local de trabalho.²⁰⁸ O estudo também concluiu que há uma correlação positiva entre ter certos tipos de adaptações no local de trabalho (por exemplo, ajuda com o transporte, horário de trabalho flexível ou a intervenção de um assistente pessoal de cuidados) e estar a trabalhar.²⁰⁹

Os incentivos governamentais para que os empregadores proporcionem estas adaptações podem ter diferentes formas: incentivos fiscais oferecidos aos empregadores, especialmente os de pequena dimensão; aconselhamento às empresas e financiamento para as adaptações relacionadas com o emprego; ou apoiar e financiar as alterações no local de trabalho.²¹⁰ As empresas multinacionais de todo o mundo tendem a considerar, cada vez mais, a inclusão da deficiência como uma parte da responsabilidade social das empresas e reconhecem igualmente os benefícios empresariais provenientes desta abordagem.²¹¹ Contudo, há uma necessidade de políticas inclusivas para que sejam também implementadas em pequenas e médias empresas.

3.3.5. As infraestruturas relacionadas com os cuidados

Conceitos fundamentais

As infraestruturas relacionadas com os cuidados reduzem a carga de trabalho relacionada com os cuidados do agregado familiar e da família, geralmente suportada pelas mulheres e raparigas, e que envolve tarefas como obter água e procurar combustível. O acesso ao saneamento também é aqui analisado, como parte das infraestruturas básicas necessárias.

A meta 5.4 dos ODS enumera o fornecimento de infraestruturas entre as medidas para reconhecer o valor do trabalho de cuidados não remunerado e do trabalho doméstico. Outros ODS realçam a sua importância. O ODS 1 visa «erradicar a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares» e inclui uma meta para o acesso universal aos serviços básicos, com uma especial ênfase nas pessoas «pobres e vulneráveis» (1.4). Os *serviços de água potável* incluem água potável de uma fonte melhorada, como a água canalizada, de poços ou poços tubulares, poços perfurados protegidos, nascentes protegidas e água engarrafada ou distribuída, desde que o tempo de recolha não seja superior a 30 minutos para uma viagem de ida e volta, incluindo o tempo na fila. Os *serviços de saneamento básico* correspondem a instalações melhoradas, tais como sistemas de esgotos canalizados, tanques sépticos ou latrinas de fossa, latrinas de fossa melhoradas ventiladas, sanitas compostoras ou latrinas de fossa com placas que não são partilhadas com outros agregados familiares.

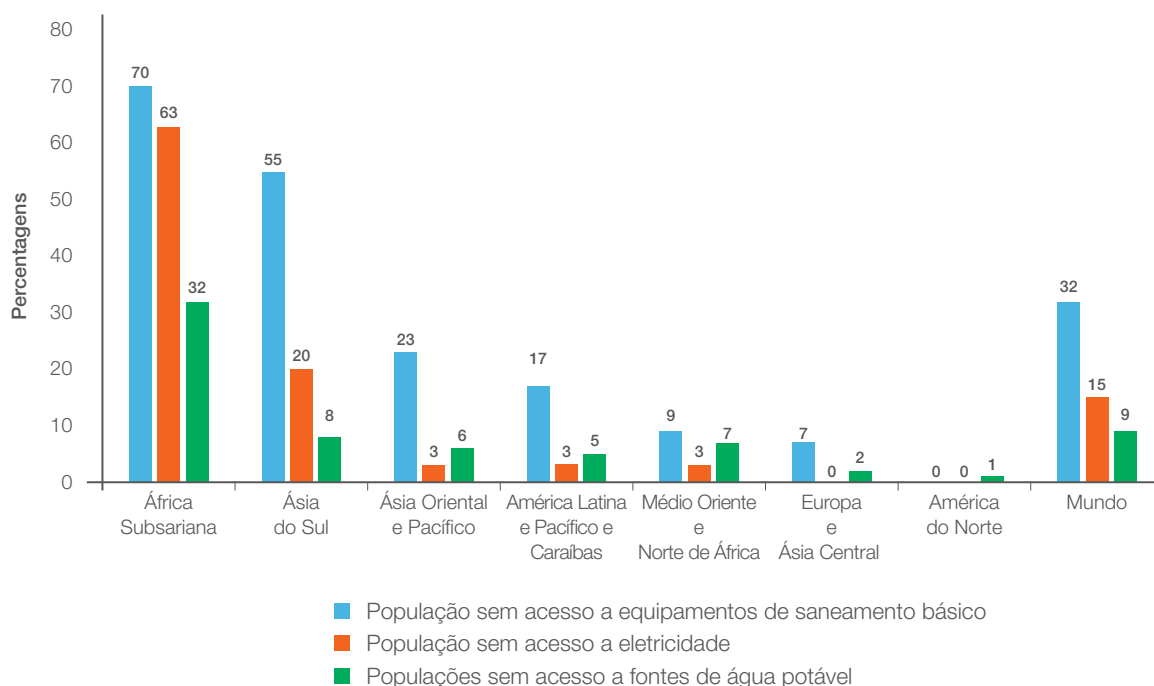
O ODS 6 visa «garantir a disponibilidade e a gestão sustentável da água potável e do saneamento para todos» e «alcançar o acesso universal e equitativo a serviços de água e saneamento geridos de forma segura para todos até 2030» (6.1 e 6.2). Os *serviços de água geridos de forma segura* compreendem a água potável de uma fonte de água melhorada localizada nas instalações, disponível quando necessário e sem contaminação fecal e química. Os *serviços de saneamento geridos de forma segura* são as instalações que não são partilhadas com os outros agregados familiares e onde as excreções são esvaziadas e tratadas fora do local ou tratadas e eliminadas no local ou transportadas através de um esgoto com águas residuais e tratadas fora do local.

As infraestruturas relacionadas com os cuidados

Universalidade

Existem diferenças regionais acentuadas no acesso a eletricidade, assim como aos serviços básicos de água e saneamento. Os Indicadores de Desenvolvimento Mundial mostram que a América do Norte e a Europa e Ásia Central têm as taxas mais baixas do défice no acesso, seguidas de perto pelo Médio Oriente e o Norte de África, assim como pela América Latina e Caraíbas - exceto no que respeita às instalações sanitárias, onde os défices no acesso são mais elevados (17 por cento da população não tinha acesso a saneamento melhorado em 2014) (ver Figura 3.18). Há também o caso dos países da Ásia

Figura 3.18. População sem acesso a infraestruturas básicas por região do mundo, 2014-15



Nota: os dados de acesso a eletricidade são de 2015 e de acesso a saneamento e água potável são de 2014. Os grupos de países nesta figura são baseados no grupo de países do Banco Mundial. 212 países.

Fonte: baseado no Banco Mundial, 2018

Oriental e Pacífico, que estão relativamente bem colocados exceto no que respeita ao saneamento (23 por cento da população não tem acesso). No Sul da Ásia, esta proporção aumenta acentuadamente até 55 por cento e o défice no acesso à eletricidade aumenta até 20 por cento. Os maiores défices são claramente encontrados na África Subsaariana, onde 32 por cento das pessoas vivem sem acesso a fontes de água melhoradas, 63 por cento sem eletricidade e 70 por cento sem instalações de saneamento melhoradas.

As diferenças na cobertura são igualmente muito influenciadas pelos níveis de riqueza do agregado familiar, respeitando as maiores disparidades ao saneamento básico.²¹² Adicionalmente, existem claras disparidades no acesso a infraestruturas básicas entre as pessoas que vivem nas regiões rurais e urbanas, mesmo tendo sido registadas pequenas melhorias na África Subsaariana, por exemplo, entre 1990 e 2010.²¹³

No que se refere ao acesso universal e equitativo a serviços de água e saneamento geridos de forma segura, como definido no ODS 6, as disparidades são ainda maiores, especialmente para as pessoas que vivem nas zonas rurais.²¹⁴ Em 2015, nos 96 países com dados disponíveis que representavam quatro regiões do mundo, foi estimado que 85 por cento da população urbana tinha acesso a água potável gerida de forma segura, em comparação com 55 por cento da população rural. Os serviços de saneamento geridos de forma segura estavam acessíveis a apenas 43 por cento da população urbana e a 35 por cento da população rural.

Consequência dos défices no acesso a infraestruturas relacionadas com os cuidados

A falta de saneamento básico e de fornecimento de água tem efeitos prejudiciais na saúde das pessoas. A diarreia e as infeções respiratórias agudas são as principais causas da mortalidade infantil e podem ser significativamente reduzidas através da lavagem das mãos.²¹⁵ As pessoas que vivem com o VIH podem manter-se saudáveis e produtivas durante um período de tempo mais longo se tiverem acesso a instalações sanitárias. Visto que as mulheres e as raparigas são as principais responsáveis pelo trabalho de cuidados não remunerado (ver Capítulo 2), um melhor fornecimento de água e saneamento pode melhorar substancialmente a sua situação de vida e reduzir o assédio e o risco de violações associadas à defecação a céu aberto e a recolha de água e de lenha longe das aldeias. As pessoas com deficiência são também particularmente vulneráveis à falta de instalações sanitárias e às longas distâncias que é necessário percorrer para chegar aos serviços comuns.²¹⁶

A falta de acesso a eletricidade também tem consequências nefastas na saúde, educação e trabalho. A eletrificação e a melhor qualidade dos serviços de eletricidade pode conduzir a ganhos em termos de bem-estar, especialmente para as famílias pobres, raparigas e mulheres. A análise de 50 estudos sobre os efeitos da eletrificação conduzidos em África, Américas e Ásia concluiu um aumento médio de 7 por cento nas taxas de frequência das crianças nas escolas, com um maior impacto para as raparigas do que para os rapazes.²¹⁷ Foram também destacados aumentos médios de 15 por cento na participação das mulheres no mercado de trabalho e 30 por cento nos rendimentos do agregado familiar. O acesso a eletricidade liberta tempo, permitindo que as mulheres possam participar em atividades profissionais. Um estudo da República Democrática do Congo concluiu que as mulheres com fornos tradicionais trabalhavam até 52 horas semanais mais do que seria necessário com fogões eficientes em termos de utilização de combustível.²¹⁸ Estão

associados resultados positivos na saúde à redução do consumo de combustíveis poluentes para a iluminação, como querosene ou velas. Estas melhorias beneficiam particularmente mulheres e crianças, uma vez que passam mais tempo no interior das habitações do que os outros membros do agregado familiar.

Devido ao acesso deficiente ao saneamento, água e eletricidade, as mulheres que vivem em zonas rurais empregadas na agricultura têm a cargo as tarefas domésticas mais penosas, o que constitui o fator essencial na perpetuação das desigualdades entre mulheres e homens.²¹⁹ As mulheres representam uma proporção crescente da mão-de-obra agrícola remunerada a nível mundial: 43 por cento em 2010, representando mais de 60 por cento na África Subsariana, Oceânia e Ásia do Sul.²²⁰ As tecnologias economizadoras de mão-de-obra e as novas tecnologias representam, assim, uma importante base de recursos que podem beneficiar as mulheres das zonas rurais e apoiar as suas atividades geradoras de rendimento.²²¹ No Quênia, por exemplo, é possível a produção de biogás, uma energia renovável produzida da fermentação anaeróbica de biomassa e resíduos orgânicos sólidos a baixo custo. As mulheres indígenas são particularmente afetadas pela falta de infraestruturas relacionadas com os cuidados, sobretudo no contexto das alterações climáticas, e são vulneráveis a diversas formas de discriminação e exploração. Na América Latina, alguns programas de obras públicas para infraestruturas melhoradas na Nicarágua e no Panamá são dirigidos às mulheres indígenas visando abordar estas questões.²²² Em consonância com a Convenção (n.º 169) sobre Povos Indígenas e Tribais, de 1989, é essencial que as mulheres e homens indígenas participem nos organismos responsáveis pela tomada de decisão de políticas e programas que lhes dizem respeito.

O desenvolvimento sustentável e a melhoria no acesso a infraestruturas básicas por parte das mulheres que vivem em zonas rurais e indígenas podem andar a par com a melhoria dos seus meios de subsistência e de condições de trabalho dignas através da criação de «empregos verdes».²²³ Áreas como as empresas verdes, a gestão e reciclagem de resíduos e as energias renováveis, tal como priorizado no Programa Empregos Verdes da OIT, são fundamentais para realizar o potencial das mulheres e homens rurais e indígenas como agentes essenciais da mudança para uma melhor sustentabilidade. Uma transição justa para uma economia de baixo carbono e trabalho digno também tem potencial para reduzir o trabalho doméstico e de cuidados realizado pelas mulheres, nomeadamente ao incentivar o investimento social nas infraestruturas e serviços relacionados com os cuidados (ver Capítulo 6).²²⁴

3.3.6. Oportunidades e desafios das políticas de cuidados na perspetiva dos empregadores

Tendo em vista a compensação da falta de serviços de cuidados e ensino da primeira infância, as empresas estão cada vez mais a proporcionar instalações para os cuidados às crianças dos seus trabalhadores e trabalhadoras no local de trabalho, tanto nos países emergentes como nos países em desenvolvimento.²²⁵ As empresas estão a tomar consciência dos benefícios em proporcionar estes serviços, tais como a redução do absentismo, rotatividade do pessoal e dos acidentes de trabalho, assim como o aumento da produtividade das trabalhadoras (ver Caixa 3.3). Nos países de baixo e médio rendimento, outras formas comuns de prestação de cuidados a crianças incluem os serviços informais de proximidade e cooperativos. Dois recentes relatórios da OIT sobre o papel das coope-

rativas na prestação de cuidados sugerem que as empresas cooperativas estão a emergir como tipos inovadores de prestadores de cuidados, particularmente na ausência de opções públicas viáveis ou outras privadas (ver Capítulo 6).²²⁶

Apoiar o equilíbrio entre o emprego e as responsabilidades familiares das mulheres e dos homens, as políticas de licenças, os serviços de cuidados às crianças no local de trabalho e as modalidades de conciliação família e trabalho, podem gerar retornos a longo prazo dos investimentos aos empregadores ao reduzir as taxas de rotatividade e o absentismo e ao aumentar a participação, motivação e produtividade dos trabalhadores e trabalhadoras. Embora o princípio da responsabilidade do Estado na formulação e implementação de políticas e de não impor a responsabilidade dos empregadores pelo custo direto dos serviços de cuidados seja crucial para assegurar a igualdade entre homens e mulheres no trabalho, as políticas de cuidados podem ser uma parte importante da gestão dos recursos humanos ou da responsabilidade social das empresas (RSE). As empresas podem decidir ir mais além do cumprimento legal e assim melhorar a sua reputação como parceiros de negócios fiáveis e empregadores atrativos. Estudos de caso em diferentes setores em diferentes regiões do mundo, incluindo a África do Sul, Brasil, Índia, Jordânia, Quênia e Turquia mostram os benefícios das medidas em termos de cuidados a crianças no local de trabalho no impacto e produtividade das empresas.

Contudo, os custos envolvidos na implementação ou administração das políticas de cuidados podem tornar-se problemáticos para os empregadores. Um estudo da Câmara do Comércio Britânica, baseado num inquérito *online* a 408 empresas, concluiu que 21 por cento dos empregadores associava as medidas de trabalho flexíveis a uma carga administrativa. As solicitações de licenças parentais ou de trabalho a tempo parcial por motivos de cuidados podiam significar, por exemplo, que as empresas tinham de formar e supervisionar pessoal de substituição. Dependendo dos contextos e da formulação de políticas de cuidados, os pedidos de adaptação podem ser mais desafiantes para as pequenas (e médias) empresas do que para as maiores, especialmente as que empregam pessoal altamente especializado que não é facilmente substituído. Estas dificuldades podem ser parcialmente compensadas por uma notificação atempada das datas de início, duração e regresso, permitindo que os empregadores planeiem as ausências.

Um inquérito da OIT conduzido em 2013 a quase 1300 pequenas, médias e grandes empresas em 39 países forneceu perspetivas sobre os pontos de vista das empresas e sobre o que estas necessitam para apoiar melhor as mulheres e os homens com responsabilidades de cuidados e a sua progressão profissional. Entre as sugestões figuram: a partilha de boas práticas entre as empresas; o desenvolvimento de estratégias, políticas e formação específicas; receber assistência em matéria de análise de políticas sobre a dimensão de género e conceção de iniciativas; trabalho em rede com associações empresariais de mulheres e desenvolver capacidades com as organizações de empregadores. Os resultados de um estudo da Sociedade Financeira Internacional (SFI) também sugeriram que devem ser promovidas soluções ajustadas a cada empresa. No caso das soluções relativas a cuidados a crianças no local de trabalho, existem diferentes medidas para se adequarem às diferentes necessidades e capacidades de financiamento - estas variam desde horários flexíveis e serviços de informação em matéria de cuidados às crianças a soluções de cuidados de emergência e infantários e creches no local.²²⁷

OBSERVAÇÕES FINAIS: NECESSIDADE DE ACELERAR A IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE CUIDADOS TRANSFORMADORAS E ABRANGENTES

Este capítulo sugeriu que há uma variação considerável na cobertura das necessidades de cuidados no mundo. Em muitas regiões, e particularmente em África, Ásia e Pacífico e Estados Árabes, há claros défices nas políticas de cuidados implementadas. Na América Latina e Caraíbas, não obstante as políticas de cuidados estarem a receber uma atenção política crescente, persistem défices notórios, especialmente em termos de acesso aos serviços de cuidados. Inclusivamente nos países de elevado rendimento da Europa e da América do Norte, que têm normalmente infraestruturas e proteção social mais desenvolvidas, as políticas de cuidados nem sempre abordam as desigualdades sociais e de género relacionadas com o trabalho de cuidados não remunerado e a participação no mercado de trabalho.

Estes défices têm consequências prejudiciais para a segurança económica e social das pessoas, assim como para a sua saúde e bem-estar. Os grupos mais desfavorecidos são os mais expostos a riscos e contingências em termos de cuidados (mulheres); as pessoas com mais necessidades de cuidados (nomeadamente pessoas idosas, pessoas com deficiência e pessoas que vivem com o VIH); e as pessoas que têm uma maior probabilidade de serem excluídas dos sistemas de proteção social, nomeadamente os povos indígenas, as pessoas que vivem em zonas rurais e as que trabalham em formas atípicas de emprego ou na economia informal.

Pelo contrário, quando as políticas de cuidados são formuladas e implementadas tomando em consideração os princípios fundamentais que apoiam o seu potencial formativo, podem melhorar substancialmente as vidas tanto das pessoas cuidadoras não remuneradas (em situação de emprego, ou não) como das beneficiárias dos cuidados.²²⁸ Uma combinação abrangente das políticas de cuidados inclui disposições que permitem conciliar trabalho e família; serviços de cuidados e ensino da primeira infância acessíveis e de qualidade que satisfaçam a procura; serviços de cuidados continuados públicos acessíveis para todos, assim como prestações e serviços para as pessoas com deficiência; políticas de licenças pagas para os pais sensíveis à dimensão de género, assim como uma proteção da maternidade efetiva; prestações monetárias de proteção social que considerem as contingências em termos de cuidados individuais; e, finalmente, infraestruturas básicas adequadas, especialmente nos países de baixo rendimento.

Estas políticas podem efetivamente contribuir para o reconhecimento, redução e redistribuição do trabalho de cuidados não remunerado.²²⁹ Podem também beneficiar a saúde e o desenvolvimento das crianças e contribuir para uma vida prolongada com capacidades funcionais melhoradas, assim como para uma divisão mais igual do trabalho remunerado e não remunerado entre homens e mulheres. As políticas de cuidados transformadoras podem igualmente influenciar as expectativas individuais no que diz respeito às responsabilidades de cuidados e papéis em função do sexo, que são importantes fatores que influenciam a divisão do trabalho na família e a realização concreta da igualdade entre homens e mulheres no trabalho a nível mundial.²³⁰

Um importante fator que limita a grande maioria dos países na procura de políticas de cuidados transformadoras é a viabilidade financeira para a implementação destas medidas em contextos de recursos limitados. Todavia, este capítulo mostra que países com um PIB e estruturas socioeconómicas semelhantes apresentam diferentes políticas de cuidados e resultados associados relacionados. Isto confirma a importância de prioridades de políticas claramente definidas e de uma vontade de ampliar as margens de manobra orçamentais a fim de gerar os níveis adequados de recursos necessários para apoiar a expansão das políticas de cuidados e aproveitar os benefícios subsequentes. Esta questão é analisada no Capítulo 5.

NOTAS

1. UNRISD, 2016.
2. Standing, 2001. Ver também o Capítulo 5.
3. Esquivel e Kaufmann, 2016.
4. Esquivel e Kaufmann, 2017.
5. As políticas de cuidados devem também assegurar que os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados são recompensados com condições de trabalho dignas e adequadamente representados nos processos de tomada de decisões (ver Capítulo 4).
6. Ver Capítulo 2. Ver também Esquivel e Kaufmann, 2017.
7. UNRISD, 2016.
8. Esquivel e Kaufmann, 2017.
9. UNRISD, 2016. Ver também Capítulos 1 e 6.
10. ONU, 1979.
11. UNRISD, 2016; Goldblatt, 2016.
12. Razavi, 2007; OIT, 2016e; Esquivel e Kaufmann, 2017.
13. Blofield e Martínez Franzoni, 2015.
14. OIT, 2012b; Martínez Franzoni e Sánchez-Ancochea, 2016.
15. Addati, Cassirer e Gilchrist, 2014b.
16. OIT, 2012b; Martínez Franzoni e Sánchez-Ancochea, 2016.
17. Sepúlveda Carmona, Nyst e Hautala, 2012.
18. Levtoev *et al.*, 2015; Heilman *et al.*, 2017.
19. Nomeadamente, da área do ensino e saúde, serviço doméstico, serviços de cuidados e ensino da primeira infância e pessoal de cuidados continuados.
20. OIT, 2016e.
21. Molyneux, Jones e Samuels, 2016.
22. UNICEF, 2013b; UNESCO, 2016b.
23. OCDE, 2017b.
24. Heymann *et al.*, 2017; O'Brien, 2009; Nandi *et al.*, 2016.
25. Adema, Clarke e Frey, 2015; Levtoev *et al.*, 2015.
26. UNESCO, 2007 e 2016b; OCDE, 2017b.
27. UNICEF, 2013b.
28. OCDE, 2017b.
29. UNESCO, 2016b.
30. Addati, Cassirer e Gilchrist, 2014b. 31
31. Ahmed, 2017.
32. Solaz e Thévenon, 2013; Kunze, 2016.
33. Lalive e Zweimüller, 2009.
34. Kluve e Schmitz, 2018.
35. Ver também OCDE, 2017c; Gasparini e Marchionni, 2015.
36. Comissão Europeia e Parlamento Europeu, Bruxelas, 2015.
37. *Europa Setentrional, Meridional e Ocidental*: Alemanha; Áustria; Bélgica; Croácia; Dinamarca; Eslovénia; Espanha; Estónia; Finlândia; França; Grécia; Irlanda; Itália; Letónia; Lituânia; Luxemburgo; Malta; Países Baixos; Portugal; Suécia; Reino Unido. *Europa de Leste*: Bulgária; Eslováquia; Hungria; Polónia; Roménia; República Checa. *Ásia Central e Ocidental*: Chipre.
38. Foi pedido às pessoas inquiridas que fornecessem um máximo de três perguntas de uma lista de sete medidas, intervenções ou fatores que poderiam, do seu ponto de vista, aumentar a participação dos homens.
39. Ver, por exemplo, Heilman *et al.*, 2017.
40. Addati, Cassirer e Gilchrist, 2014b.
41. Huerta *et al.*, 2013.
42. Bünning, 2015.
43. Duvander e Jans, 2009; Rege e Solli, 2010.
44. O'Brien e Wall, 2017; Nepomnyaschy e Waldfogel, 2007; Rehel, 2014.
45. Meil, 2013.
46. Boll, Leppin e Reich, 2014.
47. Hook, 2006; Levtoev *et al.*, 2015.
48. HelpAge, 2017.
49. Ver, por exemplo, Igel e Szydlík, 2011.
50. HelpAge, 2017.
51. Morbilidade múltipla significa que as pessoas sofrem de diversos problemas de saúde prolongados.
52. A fragilidade é definida como extrema vulnerabilidade a fatores de pressão endógenos e exógenos que expõe uma pessoa a um risco mais elevado de resultados negativos relacionados com a saúde, de acordo com a OMS.
53. OMS, 2015.
54. Ver, por exemplo, Chan e Kamala Devi, 2015.
55. OMS, 2015.
56. OIT, 2014a; OMS e Banco Mundial, 2011.
57. Anand e Sevak, 2017; OMS e Banco Mundial, 2011.
58. Mulheres que vivem pelo menos com uma criança com menos de 15 anos e/ou uma pessoa idosa com idade igual ou superior à esperança de vida saudável aos 60 anos em cada país.
59. Addati, Cassirer e Gilchrist, 2014a; OIT, 2016e; OIT, 2017c.
60. OIT, 2016e.
61. OIT, 2017b.
62. Quando os empregadores são legalmente obrigados, total ou parcialmente, a assumir os custos diretos da proteção da maternidade, pode originar desincentivos à contratação de mulheres.
63. Addati, Cassirer e Gilchrist, 2014b.
64. Levtoev *et al.*, 2015; OMS, 2004.
65. Castro-García e Pazos-Moran, 2016; Ray, Gornick e Schmitt, 2010; Heilman *et al.*, 2017.
66. Huerta *et al.* 2013; Nepomnyaschy e Waldfogel, 2007; Meil, 2013; Bünning, 2015; Boll, Leppin e Reich, 2014.
67. Gatenio Gabel e Kaufman, 2017.
68. Lista de países incluídos, por regiões da OIT: *Europa Setentrional, Meridional e Ocidental*: Alemanha, Áustria, Bélgica, Croácia, Dinamarca, Eslovénia, Espanha, Finlândia, França, Islândia, Irlanda, Letónia, Lituânia, Noruega, Países Baixos, Portugal, Suécia, Suíça, Reino Unido. *Europa de Leste*: Bulgária, Eslováquia, Federação Russa, Hungria, República Checa, Polónia. *Ásia Central e Ocidental*: Israel, Turquia. *Ásia Oriental*: China, Japão, República da Coreia, Taiwan (China). *Sudeste*

- Asiático e Pacífico*: Austrália, Filipinas. *Sudeste Asiático*: Índia. *América Latina*: Argentina, Chile, México, República Bolivariana da Venezuela. *América do Norte*: Canadá, Estados Unidos da América. *África*: África do Sul.
69. Addati, Cassirer e Gilchrist, 2014b.
 70. Valarino *et al.*, 2017.
 71. Salvador *et al.*, 2018.
 72. Base de dados do *World Policy Analysis Center* sobre a família e as condições de trabalho que afetam os cuidados, disponível em: <https://www.worldpolicycenter.org/topics/family/policies>.
 73. Rodrigues, Huber e Lamura, 2012.
 74. *Ibid.*
 75. Schmidt, Fuchs e Rodrigues, 2016.
 76. Ikeda, 2017.
 77. Inamori, 2017.
 78. Ver glossário, UNESCO, 2016b.
 79. UNESCO, 2007; Instituto de Estatísticas da UNESCO, 2011 e 2018.
 80. *Ibid.*
 81. OCDE, 2017b.
 82. *Ibid.*
 83. *Ibid.*
 84. UNESCO, 2015b, 2016b e 2017.
 85. Existem dados e desafios de ordem metodológica para fazer a comparação das taxas de matrícula nos diversos países. As taxas de matrícula brutas nos programas ECED e pré-primários apresentadas são baseadas nos cálculos da OIT que utilizam os últimos números de inscrição entre 2010 e 2015 dos dados sobre a população da UNESCO e do Banco Mundial. Para alguns poucos países sem dados da UNESCO, foram utilizadas as taxas de inscrição líquidas da OCDE. Os dados da UNESCO apenas representam as crianças inscritas em contextos de cuidados e ensino da primeira infância que preenchem os critérios da CITE. Foram comunicadas diferenças a nível de país no que respeita à decisão de atribuir, ou não, alguns programas ECED à categoria CITE 01. Pelo contrário, as taxas de inscrição da OCDE incluem as crianças inscritas em contextos de cuidados e ensino da primeira infância que cumprem os critérios da CITE, assim como as crianças inscritas noutros contextos de cuidados e ensino da primeira infância. As taxas de inscrição não consideram o número de horas em que as crianças frequentam programas; incluem tanto a frequência a tempo parcial como a tempo inteiro.
 86. As taxas de matrículas brutas podem exceder 100 por cento devido à inclusão de estudantes com idades superiores ou inferiores devido a admissões precoces ou tardias ou repetição do ano.
 87. UNESCO, 2015b.
 88. Cobertura universal medida por uma taxa de matrículas bruta que excede 90 por cento. De acordo com a UNESCO, «quando a taxa de matrículas bruta excede 90 por cento de um nível de escolaridade específico, o número agregado de lugares para os alunos aproxima-se do número exigido para o acesso universal da faixa etária oficial. Porém, esta é uma interpretação com significado apenas se se puder esperar que a matrículas de crianças com idades superiores ou inferiores desça no futuro para libertar lugares para os alunos da faixa etária esperada». Ver <http://uis.unesco.org/en/glossary-term/gross-enrolment-ratio>.
 89. UNESCO, 2015b.
 90. UNESCO, 2016b.
 91. UNICEF, 2013a; OMS e Banco Mundial, 2011.
 92. UNESCO, 2015b.
 93. UNICEF, 2013b.
 94. OMS e UNICEF, 2012.
 95. Devecchi *et al.*, 2012.
 96. UNESCO, 2015b.
 97. *Europa Setentrional, Meridional e Ocidental*: Alemanha, Áustria, Bélgica, Croácia, Dinamarca, Eslovénia, Espanha, Finlândia, França, Islândia, Irlanda, Letónia, Lituânia, Noruega, Países Baixos, Portugal, Suécia, Suíça, Reino Unido. *Europa de Leste*: Bulgária, Eslováquia, Federação Russa, Hungria, Polónia, República Checa. *Ásia Central e Ocidental*: Israel, Turquia. *Ásia Oriental*: China, Japão, República da Coreia, Taiwan (China). *Sudeste Asiático e Pacífico*: Austrália, Filipinas. *Sudeste Asiático*: Índia. *América Latina*: Argentina, Chile, México, República Bolivariana da Venezuela. *América do Norte*: Canadá, Estados Unidos da América. *África*: África do Sul.
 98. A questão sobre as preferências quanto às responsabilidades de cuidados a crianças, era: «As pessoas têm diferentes pontos de vista relativamente aos cuidados a crianças com idade inferior à idade escolar. Quem pensa que deveria prestar principalmente os cuidados a crianças?» As respostas possíveis eram: «membros da família», «organismos públicos» «organizações sem fins lucrativos (por exemplo, instituições de caridade, igrejas/organizações religiosas)», «prestadores privados de cuidados a crianças (por exemplo, creches privadas, amas, *babysitters*)». A segunda questão relativamente às preferências em termos de serviços ECCE, era: «Quem pensa que devia cobrir principalmente os custos dos cuidados a crianças das crianças com idade inferior à idade escolar?» As respostas possíveis eram: «a família», «o governo/fundos públicos» ou «os empregadores». As percentagens apresentadas foram baseadas na combinação das respostas dos inquiridos a estas duas questões após agrupar: 1) os que responderam «a família» a ambas as perguntas do inquérito; 2) os que escolheram os agentes fora da família como prestadores e família como financiadores; 3) os que escolheram a família como prestadores e agentes fora da família como financiadores; e 4) os que responderam que devem ser os agentes fora da família a prestar e financiar os cuidados a crianças.
 99. UNESCO, 2015b.
 100. *Ibid.*
 101. UNESCO, 2017, os dados referem-se a 2015 ou ao ano mais recente.

102. *Ibid.*, p. xvi; ver também pp. 144–145.
103. Ver glossário, UNESCO, 2016b.
104. UNESCO, 2015a.
105. UNESCO, 2015b.
106. *Ibid.*
107. OCDE, 2017b.
108. Drake e Woolnough, 2016.
109. WFP, 2013.
110. *Ibid.*
111. OIT, 2015g.
112. OCDE, 2017b.
113. *Ibid.*
114. UNESCO, 2016b.
115. UNESCO, 2017.
116. UNESCO, 2015g.
117. *Ibid.*
118. UNESCO, 2016b.
119. OCDE, 2017b. 120
120. OIT, 2012a.
121. OCDE, 2017b.
122. A frequência a tempo parcial das crianças com idade inferior a três anos é particularmente generalizada em países como os Países Baixos (18 horas), o Reino Unido (17 horas em média) e a Suíça (20 horas) (*ibid.*).
123. Colombo *et al.*, 2011; Brodsky, Habib e Hirschfeld, 2003.
124. OCDE, 2017a.
125. Colombo *et al.*, 2011.
126. Shakespeare e Williams, a publicar.
127. OMS e Banco Mundial, 2011; Shakespeare e Williams, a publicar.
128. Ao abrigo das definições da OIT, os serviços de cuidados continuados prestados no domicílio podem ser considerados uma forma de trabalho doméstico.
129. OMS, 2015; Klaver *et al.*, 2013.
130. ONU, 2006.
131. OIT, 2017b; Scheil-Adlung, 2015.
132. OCDE, 2017a.
133. Scheil-Adlung, 2015.
134. Patel, 2009.
135. Colombo *et al.* 2011; OMS, 2015.
136. Hoffmann, Huber e Rodrigues, 2013.
137. *Europa Setentrional, Meridional e Ocidental*: Alemanha, Áustria, Bélgica, Croácia, Dinamarca, Eslovénia, Espanha, Finlândia, França, Islândia, Irlanda, Letónia, Lituânia, Noruega, Países Baixos, Portugal, Suécia, Suíça, Reino Unido. *Europa de Leste*: Bulgária, Eslováquia, Federação Russa, Hungria, Polónia, República Checa. *Ásia Central e Ocidental*: Israel, Turquia. *Ásia Oriental*: China, Japão, República da Coreia, Taiwan (China). *Sudeste Asiático e Pacífico*: Austrália, Filipinas. *Sudeste Asiático*: Índia. *América Latina*: Argentina, Chile, México, República Bolivariana da Venezuela. *América do Norte*: Canadá, Estados Unidos da América. *África*: África do Sul.
138. O item do inquérito sobre a prestação dos cuidados, era: «Tendo em vista as pessoas idosas que necessitam de alguma ajuda nas suas vidas quotidianas, tal como com a compra de mercearias, limpeza da casa e lavagem da roupa. etc., quem pensa que devia prestar principalmente esta ajuda?» As respostas possíveis eram: «membros da família», «organismos públicos», «organizações sem fins lucrativos (por exemplo, instituições de caridade, igrejas/organizações religiosas)» ou «prestadores privados especializados». O item do inquérito sobre o pagamento dos cuidados, era: «E quem pensa que devia cobrir principalmente os custos desta ajuda a estas pessoas idosas?» As respostas possíveis eram: «as próprias pessoas idosas ou as suas famílias» ou «o governo/fundos públicos». As percentagens apresentadas foram baseadas nas respostas combinadas a estas duas perguntas após agrupar: 1) quem respondeu «a família» a ambos os itens do inquérito; e 2) quem escolheu outros agentes num ou em ambos os itens.
139. Colombo *et al.*, 2011; OMS, 2015.
140. Colombo *et al.*, 2011.
141. Chen, Liu, e Mair, 2011.
142. Colombo *et al.*, 2011
143. OIT, 2017b.
144. OMS, 2015.
145. *Ibid.*
146. Scheil-Adlung, 2015.
147. Ver, por exemplo, Selwyn *et al.*, 2000.
148. Ao abrigo do direito internacional dos direitos humanos, o direito à segurança social e o direito à proteção social são sinónimos e podem ser utilizados indistintamente. Ver Sepúlveda Carmona, 2017.
149. OIT, 2017b.
150. Um *regime de seguro social* é um regime de proteção social *contributivo* que garante proteção com base no anterior pagamento de contribuições e a «conjugação» destas contribuições para cobrir as despesas incorridas pela ocorrência de uma contingência, tal como o desemprego ou uma doença.
151. Os *regimes não contributivos* não exigem normalmente contribuições diretas dos beneficiários ou dos seus empregadores como uma condição para o direito de receber as prestações pertinentes. O termo abrange uma ampla gama de regimes, incluindo os *regimes universais* para todas as pessoas residentes ou regimes por categoria para determinados grupos amplos da população (por exemplo, para crianças abaixo de uma certa idade ou pessoas mais velhas acima de uma certa idade), e *regimes sujeitos a condição de recursos*. Os regimes sujeitos a condição de recursos atribuem prestações mediante prova de necessidade e visam determinadas categorias de pessoas ou agregados familiares cujos recursos são inferiores a um determinado limiar. São muitas vezes referidos como *regimes de assistência social*.
152. OIT, 2016e; Esquivel e Kaufmann, 2017.
153. Cichon *et al.*, 2004.
154. Fultz, 2011.
155. Ver, por exemplo, OIT, 2016a.
156. Este indicador não toma em consideração se os países concedem aos pais subsídios dedutíveis para efeitos fiscais para os cuidados a crianças, que estes podem utilizar para adquirir serviços de cuidados.

- Os trinta e dois países nos quais são fornecidos pagamentos dedutíveis para efeitos fiscais para os cuidados a crianças, incluem: *África*: Maurícia. *Américas*: Argentina, Brasil, Canadá, Chile, El Salvador, Equador, Estados Unidos da América, México, Paraguai, Porto Rico, República Dominicana, Uruguai. *Ásia e Pacífico*: Butão, Malásia, Nova Zelândia, República da Coreia, Tailândia. *Europa e Ásia Central*: Alemanha, Áustria, Bélgica, Espanha, Federação Russa, França, Itália, Luxemburgo, Malta, Noruega, Portugal, República Checa, Suíça, Reino Unido.
157. OCDE, 2016b.
 158. OIT, 2017b.
 159. Ungerson e Yeandle, 2007.
 160. Kamerman e Gatenio Gabel, 2010, p. 11.
 161. Hein e Cassirer, 2010.
 162. *Ibid.*
 163. O pagamento da segurança social ascende a entre 175 e 463 euros (para uma criança com menos de três anos) e entre 88 e 231 euros (para uma criança de 3-6 anos), de acordo com o rendimento do agregado familiar.
 164. Hein e Cassirer, 2010; Caisse d'allocations familiales, 2018.
 165. Da Roit e Le Bihan, 2010.
 166. 166 OIT, 2017b.
 167. Kamerman e Gatenio Gabel, 2010.
 168. OIT, 2017b. Note que nem todos os programas abordam explicitamente as necessidades de cuidados; alguns abordam o custo geral da incapacidade ou fornecem apoio ao rendimento
 169. *Ibid.*; Shakespeare e Williams, a publicar.
 170. Yeandle e Kröger, 2014.
 171. Shakespeare e Williams, a publicar.
 172. Sipilä, Repo e Rissanen, 2010.
 173. Muir, 2017.
 174. Banco Mundial, 2015.
 175. Chopra, Kelbert e Iyer, 2013.
 176. Holmes e Jones, 2010; Fultz e Francis, 2013.
 177. Martínez Franzoni e Voorend, 2012.
 178. Inicialmente, o programa foi denominado Progres, e foi subsequentemente denominado Oportunidades e, em 2014, Prospera.
 179. Orozco Corona e Gammage, 2017.
 180. Holmes e Jones, 2010. 181
 181. OIT, 2018d.
 182. OIT, 2016b.
 183. *Ibid.*
 184. Yeandle e Kröger, 2014.
 185. *Ibid.*, p. 229.
 186. OIT, 2016b.
 187. *Ibid.*
 188. OIT, 2016e.
 189. OCDE, 2010.
 190. OIT, 2017b.
 191. Fagan *et al.*, 2014. 192
 192. OIT, 2016e.
 193. *Ibid.*
 194. Blum, Koslowski e Moss, 2017.
 195. Austrália, Bulgária, Irlanda, Islândia, Itália, Malta, Nova Zelândia, Países Baixos, Portugal e Reino Unido.
 196. Blum, Koslowski e Moss, 2017.
 197. Do Inquérito Europeu sobre as Condições de Trabalho de 2015.
 198. Eurofound, 2017.
 199. OIT, 2016b.
 200. Pillinger, Schmidt e Wintour, 2016.
 201. Pillinger, 2014.
 202. Eurofound e OIT, 2017.
 203. *Ibid.*
 204. *Ibid.*
 205. *Ibid.*
 206. *Ibid.*
 207. OIT, 2016c.
 208. Anand e Sevak, 2017
 209. Outras adaptações no local de trabalho incluem geralmente fornecer um profissional de acompanhamento; formação específica; organizar assistência dos colegas de trabalho; modificar as funções do posto de trabalho após a ocorrência da deficiência; proporcionar equipamento especial ou um espaço de trabalho modificado; e ajudar a família ou com os cuidados a crianças.
 210. É este o caso na Austrália com o Regime de Adaptações no Local de Trabalho, que fornece até 10 000 dólares australianos para realizar estes trabalhos. Ver OMS e Banco Mundial, 2011.
 211. OIT, 2014a.
 212. OMS e UNICEF, 2017.
 213. Esquivel e Kaufmann, 2017.
 214. OMS e UNICEF, 2017.
 215. Banco Mundial, FAO e FIDA, 2008.
 216. OMS e Banco Mundial, 2011.
 217. Jimenez, 2017.
 218. ONU, 2013.
 219. Sexsmith, Smaller e Speller, 2017; Banco Mundial, FAO e FIDA, 2008.
 220. FIDA, 2016b.
 221. FIDA, 2016a.
 222. Tanzam e Gutierrez, 2015.
 223. OIT, 2015a.
 224. OIT, 2009.
 225. IFC, 2017; Hein e Cassirer, 2010.
 226. OIT, 2016d; OIT, 2017a.
 227. IFC, 2017; OIT, 2015c; Smeaton, Ray e Knight, 2014.
 228. UNRISD, 2016.
 229. Esquivel e Kaufmann, 2017.
 230. Sjöberg, 2004.

CAPÍTULO 4

Trabalho e emprego na prestação de cuidados

MENSAGENS-CHAVE

- Os trabalhadores e as trabalhadoras de cuidados ocupam-se das necessidades mais básicas dos seres humanos e do bem-estar das pessoas que se encontram numa posição de relativa dependência. O seu trabalho supõe geralmente um grau de envolvimento emocional com as pessoas que estão a ser cuidadas.
- A mão-de-obra mundial das atividades de cuidados inclui os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados nos setores (da educação, saúde e ação social), em setores não relacionados com cuidados e no trabalho doméstico (ao serviço de famílias). Isto inclui igualmente trabalhadores e trabalhadoras não relacionados com os cuidados nos setores de cuidados, uma vez que dão apoio à prestação de serviços de cuidados. Combinando estas várias categorias, a mão-de-obra na área da prestação de cuidados abrange 381 milhões de pessoas ou seja 11,5 por cento do emprego total mundial.
- A mão-de-obra mundial dedicada à prestação de cuidados integra 248,9 milhões de mulheres e 132,1 milhões de homens. Na maioria dos locais, quanto maior é a mão-de-obra dedicada à prestação de cuidados, maior é o nível de feminização. Aproximadamente dois terços da mão-de-obra mundial dedicada à prestação de cuidados são mulheres, e esta proporção ultrapassa três quartos nas Américas, na Europa e na Ásia Central.
- Muitas profissões relacionadas com atividades de cuidados são vistas como uma extensão do trabalho de cuidados não remunerado das mulheres nas suas próprias casas e comunidades. Em resultado, trazem consigo um baixo estatuto, falta de reconhecimento social e baixa remuneração.
- Determinadas características do trabalho de cuidados remunerado enfraquece a posição negocial destas pessoas, contribuindo para as suas baixas remunerações e proporcionando assim incentivos para uma elevada rotatividade. Muitos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados sofrem uma «penalização salarial» que varia de 4 a 40 por cento dos salários por hora.
- O setor da saúde e ação social é a maior fonte de emprego. Representa 130,2 milhões de empregos em todo o mundo, constituindo 3,9 por cento do total do emprego mundial. Cerca de 7 por cento das mulheres trabalhadoras no mundo estão neste setor, em comparação com 2 por cento dos homens trabalhadores.
- O pessoal de enfermagem e parteiras constitui o maior grupo profissional no setor dos cuidados de saúde, e a enfermagem continua a ser a profissão mais feminizada neste setor. As pessoas que prestam serviços de assistência pessoal, que na sua maioria trabalha ao domicílio, recebem salários baixos, têm condições de trabalho precárias e há uma maior probabilidade de estarem expostas a práticas discriminatórias. Os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados pessoais carecem com frequência da formação necessária para realizar as suas tare-

fas, não contam com recursos suficientes, são mal remunerados, ou não são de todo remunerados, e recorre-se muitas vezes a estes para compensar a escassez de profissionais da saúde.

- A migração de profissionais de saúde é uma característica dos mercados de trabalho mundiais, impulsionada pelas condições de trabalho e pelas diferenças de rendimento entre países. O reconhecimento e a certificação das qualificações constituem grandes obstáculos para o pessoal de enfermagem migrante.
- O emprego no setor da educação representa 157 milhões de empregos em todo o mundo, constituindo 4,8 por cento do total do emprego mundial. Estes números representam 7,4 por cento de todas as mulheres trabalhadoras e 3,1 por cento dos homens trabalhadores em todo o mundo.
- Os salários anuais da classe docente está em consonância com o PIB *per capita*, ligeiramente inferiores nos países de elevado rendimento, mas superiores nos países de rendimento relativamente mais baixo. Todavia, no setor da educação sentiu-se um aumento de empregos temporários e a tempo parcial nas últimas décadas.
- Existem 70,1 milhões de pessoas a trabalhar no serviço doméstico para famílias no mundo - 49,2 milhões de mulheres e 20,9 milhões de homens - que representam 2,1 por cento do total do emprego mundial e 3,8 do emprego feminino total.
- As condições de trabalho de quem trabalha no serviço doméstico- particularmente vulneráveis à exploração- estão entre algumas das piores condições de trabalho em toda a mão-de-obra dedicada à prestação de cuidados. Os postos de trabalho neste setor são notoriamente imprevisíveis e ocasionais e são afetados por uma baixa cobertura da proteção social e laboral. A violência no trabalho está omnipresente no setor do trabalho doméstico.
- Os números, as condições de trabalho e os níveis de remuneração dos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados ao nível dos países estão estreitamente relacionados com a cobertura e a qualidade dos serviços de cuidados e o papel compensatório que o trabalho de cuidados pode desempenhar na sua ausência. Por sua vez, as condições de trabalho influenciam a qualidade dos cuidados prestados.
- A informalidade, os horários de trabalho prolongados e as formas atípicas de emprego tomam formas específicas entre os trabalhadores e as trabalhadoras de cuidados.
- A prestação pública de serviços de cuidados tende a melhorar as condições de trabalho e os salários, enquanto a sua prestação no setor privado não regulada tende a piorá-las, independentemente do nível de rendimento dos países.
- A existência e a representatividade das organizações de trabalhadores que cobrem os trabalhadores de cuidados, assim como a cobertura dos mecanismos de diálogo social como a negociação coletiva, também desempenham um importante papel na determinação das suas condições salariais e laborais, e na sua capacidade de influenciar a tomada de decisões que os afetam.
- Não se consegue construir um cenário ótimo para o trabalho de cuidados sem trabalho digno para os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados.

Os trabalhadores e as trabalhadoras de cuidados respondem às necessidades humanas mais básicas e do bem-estar dos que se encontram numa posição relativamente dependente, como as crianças, as pessoas idosas ou as pessoas com deficiência. São as mentes, os rostos e as mãos da prestação de serviços de cuidados: são o pessoal de enfermagem, docentes, médicos e médicas, amas e pessoal de serviços de assistência pessoal, para mencionar apenas algumas profissões no âmbito dos cuidados. Simultaneamente, a situação de quem presta cuidados incorpora muitos dos desafios enfrentados pelas mu-

lheres trabalhadoras nos mercados de trabalho em geral, incluindo a segregação, condições de trabalho e salários precários, diferença salarial entre homens e mulheres e violência e assédio no mundo do trabalho.

Os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados fecham o círculo entre a prestação de cuidados não remunerada e o trabalho remunerado. Muitas profissões no setor dos cuidados são vistas como uma extensão dos papéis de cuidados das mulheres nas suas próprias casas e, como resultado, trazem consigo um baixo estatuto, falta de reconhecimento social e baixa remuneração. Algumas profissões estão, de facto, estreitamente associadas com o que é considerado como sendo as competências e predisposições «naturais» das mulheres e que são assumidas como não necessitando de competências, justificando assim os baixos salários. Um número desproporcionado destes empregos são assumidos por mulheres que podem também ser marginalizadas devido à sua raça, etnia ou situação de migrante.¹

Os números, as condições de trabalho e os níveis salariais estão estreitamente relacionados com a cobertura e a qualidade desses serviços na educação e na saúde e ação social, incluindo os cuidados e a educação na primeira infância, assim como os cuidados continuados (ver Capítulo 3). A dimensão da prestação pública, as pressões para reduzir a despesa pública em países afetados pela crise e a força da regulamentação dos prestadores de serviços de cuidados privados são fatores que moldam os salários, as condições de trabalho e a situação profissional dos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados.² Outras políticas podem também contribuir para definir a sua situação no mercado de trabalho, nomeadamente as políticas laborais, incluindo as políticas específicas do setor que dizem respeito aos os trabalhadores e trabalhadoras em setores de cuidados e incluindo no trabalho doméstico, mas também políticas de migração e políticas de proteção social. A existência e a representatividade das organizações de trabalhadores que abrangem os trabalhadores e as trabalhadoras de cuidados, assim como a cobertura dos mecanismos de diálogo social como a negociação coletiva, também desempenham um papel importante na determinação das suas condições salariais e laborais, e na sua capacidade de influenciar a tomada de decisões que os afetam.

Este capítulo encontra-se dividido em três secções. A primeira secção define a mão-de-obra de cuidados e os diferentes grupos nela incluídos e apresenta as estimativas mundiais e regionais relativas ao emprego no setor dos cuidados em 2018. Também analisa as semelhanças entre os diferentes perfis de profissionais que prestam serviços de cuidados. A segunda secção destaca o trabalho doméstico e algumas profissões de cuidados selecionadas. A terceira secção apresenta uma análise transnacional dos «modelos de emprego nas atividades de cuidados» baseada numa análise de grupos do nível e composição da mão-de-obra de cuidados em 99 países. A análise mostra as condições de trabalho dos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados em oito diferentes modelos, como determinado pela combinação da cobertura de serviços de cuidados, de que forma a prestação de serviços de cuidados está organizada e as políticas relevantes em matéria do mercado de trabalho e migrações em vigor. Com esta análise, este capítulo complementa o Capítulo 3 ao examinar os serviços de cuidados na perspetiva dos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados e completa o círculo trabalho de cuidados não remunerado-trabalho remunerado -trabalho de

cuidados remunerado iniciado no Capítulo 2. Os défices na prestação de serviços de cuidados não abrangidos neste capítulo e no Capítulo 3, assim como os números e as condições de trabalho aqui descritas, constituem a base para estabelecer o *status quo* e o cenário ótimo para os cenários de trabalhos de cuidados do Capítulo 5.

4.1. O TRABALHO DE CUIDADOS EM TODO O MUNDO

A mão-de-obra de cuidados mundial inclui os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados noutros setores do trabalho doméstico. Inclui igualmente trabalhadores não relacionados com os cuidados nos setores de cuidados, uma vez que dão apoio à prestação de serviços de cuidados. Combinando estas várias categorias, a mão-de-obra mundial nos cuidados ascende a 381 milhões de pessoas. Existe, assim, uma importante fonte de emprego a nível mundial e, como mostrado no Capítulo 5, poderá expandir significativamente os ODS a cumprir.

Os *trabalhadores e trabalhadoras de cuidados* são pessoas que trabalham por conta de outrem ou independentes³ cujas profissões envolvem a prestação de serviços face a face que desenvolvem as capacidades humanas da pessoa beneficiária de cuidados⁴ - cuidados pessoais ou «relacionais».⁵ Inclui-se aqui o trabalho do pessoal médico e de enfermagem, docentes e auxiliares da educação pré-escolar, ensinos básico e secundário, terapeutas e outras categorias de pessoal de serviços de assistência pessoal. Quando trabalham nos setores dos cuidados, prestam geralmente os seus serviços de cuidados em hospitais, lares, escolas ou centros de saúde (ver Caixa 4.1). Existem hoje 215 milhões de *trabalhadores e trabalhadoras de cuidados em setores de cuidados*, representando 6,5 por cento do emprego mundial total. Há 142,8 milhões de mulheres e 72,5 milhões de homens dedicados ao trabalho de cuidados. Noutras palavras, dois terços são mulheres e apenas um terço são homens, apontando desde o início para um fenómeno que é evidente em todo o mundo e aplicável à maioria das categorias de trabalhadores e trabalhadoras de cuidados: o trabalho de cuidados remunerado é assumido maioritariamente por mulheres.

Para além disso há pessoas a trabalharem noutros contextos: um/a enfermeiro/a numa fábrica, um/a educador/a de infância numa creche disponibilizada por um empregador. Proporcionam igualmente cuidados, mas em setores diferentes dos setores de cuidados. Os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados em setores não relacionados com cuidados representam 23,5 milhões em todo o mundo (0,7 por cento do total do emprego mundial) e englobam 13,8 milhões de mulheres e 9,7 milhões de homens.

A mão-de-obra de cuidados também inclui o trabalho doméstico. Como definido na Convenção (n.º 189) sobre os Trabalhadores e Trabalhadoras do Serviço Doméstico, de 2011, o serviço doméstico é «trabalho efetuado num ou para um ou vários agregados familiares», numa base profissional, e um/a trabalhador/a doméstico é assim «qualquer pessoa do sexo feminino ou masculino que execute um trabalho doméstico no âmbito de uma relação de trabalho».⁶ Esta definição estabelece o local de trabalho - o agregado familiar - como a característica distintiva do setor. Não obstante a Convenção não defina o trabalho doméstico de acordo com as tarefas, é amplamente entendido que inclui tarefas como o cuidado às crianças, das pessoas idosas e das pessoas com deficiência nos agregados familiares, cozinhar, limpar ou engomar. A inclusão do trabalho doméstico na

Caixa 4.1. Definir a mão-de-obra de cuidados

O presente relatório identifica os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados utilizando a Classificação Internacional Tipo das Profissões (CITP 08 ou versões anteriores)⁹ e a Classificação Internacional Tipo de Atividades (CITA, Revisão 4 ou versões anteriores)¹⁰ ao nível de dois dígitos. Com base na CITP 08, são classificados nas seguintes profissões de cuidados: 22 – Profissionais de saúde; 23 – Professores; 32 – Técnicos e profissionais de nível intermédio da área da saúde; e 53 – Trabalhadores dos cuidados pessoais e similares. Há outras profissões de cuidados classificadas sob o n.º 13 – Diretores de produção e de serviços especializados; 26 – Especialistas em assuntos jurídicos, sociais, artísticos e culturais e similares; 34 – Técnicos de nível intermédio dos serviços jurídicos, sociais, culturais e similares; 51 – Trabalhadores dos serviços pessoais; e 91 – Trabalhadores de limpeza. Estas são classificadas indiretamente através da combinação dos códigos CITP e CITA.

Com base na CITA, Revisão 4, os setores de cuidados são: 85 – Educação; 86 – Atividades de saúde humana; 87 – Atividades de apoio social com alojamento; e 88 – Atividades de apoio social sem alojamento. Note-se que quer os prestadores de serviços públicos como os privados que operam nestes setores estão cobertos por esta classificação. Ao combinar profissões de cuidados com os setores de cuidados é possível identificar os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados que trabalham em setores de cuidados e trabalhadores e trabalhadoras de cuidados que trabalham noutros setores, assim como trabalhadores e trabalhadoras não dedicados aos cuidados que trabalham nos setores de cuidados.

O trabalho doméstico está classificado pela CITA, código 97: atividades das famílias empregadoras de pessoal doméstico, sem diferenciar as profissões dentro deste código industrial.¹¹

Nota: para informações mais pormenorizadas, ver o Anexo A.4.1.

Fontes: Recomendação (n.º 202) da OIT sobre Pisos de Proteção Social, de 2012; ONU, 2008.

mão-de-obra dos cuidados reconhece assim que a prestação de cuidados inclui não apenas os cuidados pessoais, mas também o trabalho não relacional e indireto, como limpar e cozinhar, que proporcionam as pré-condições necessárias para a prestação de cuidados.

Ao adotar uma perspetiva setorial, o presente relatório utiliza uma definição estatística mais restrita do que a definição na Convenção (n.º 189). Para os fins deste relatório, os trabalhadores e trabalhadoras domésticos trabalham para famílias (ver Caixa 4.1), excluindo assim determinados grupos empregados por prestadores de serviços domésticos, tanto públicos como privados.⁷ Devido às limitações em termos de dados (resultantes da definição da população em idade ativa), o presente relatório exclui igualmente as crianças em trabalho doméstico (com menos de 15 anos), cujas condições são as do trabalho infantil.⁸ Isto significa que o número calculado neste relatório é provavelmente subestimado. Feita esta advertência, há 70,1 milhões de pessoas a trabalhar para famílias no mundo - 49,2 milhões de mulheres e 20,9 milhões de homens. Estes números representam 2,1 por cento do total do emprego mundial e 3,8 do emprego total das mulheres.

Os trabalhadores e trabalhadoras não relacionados com os cuidados que trabalham nos setores da saúde e ação social e da educação contribuem para a prestação de serviços de cuidados nos setores dos cuidados: administrativo, cozinha ou limpeza, por exemplo, cujas profissões não são da área dos cuidados, mas cujo trabalho é intrínseco para a prestação de serviços de cuidados e, consequentemente, parte da economia dos cuidados conforme definido na secção 1.1.1. Representam 72 milhões de pessoas, ou 2,2 por cen-

to do total do emprego mundial, compreendendo 43 milhões de mulheres e 28,9 milhões de homens.

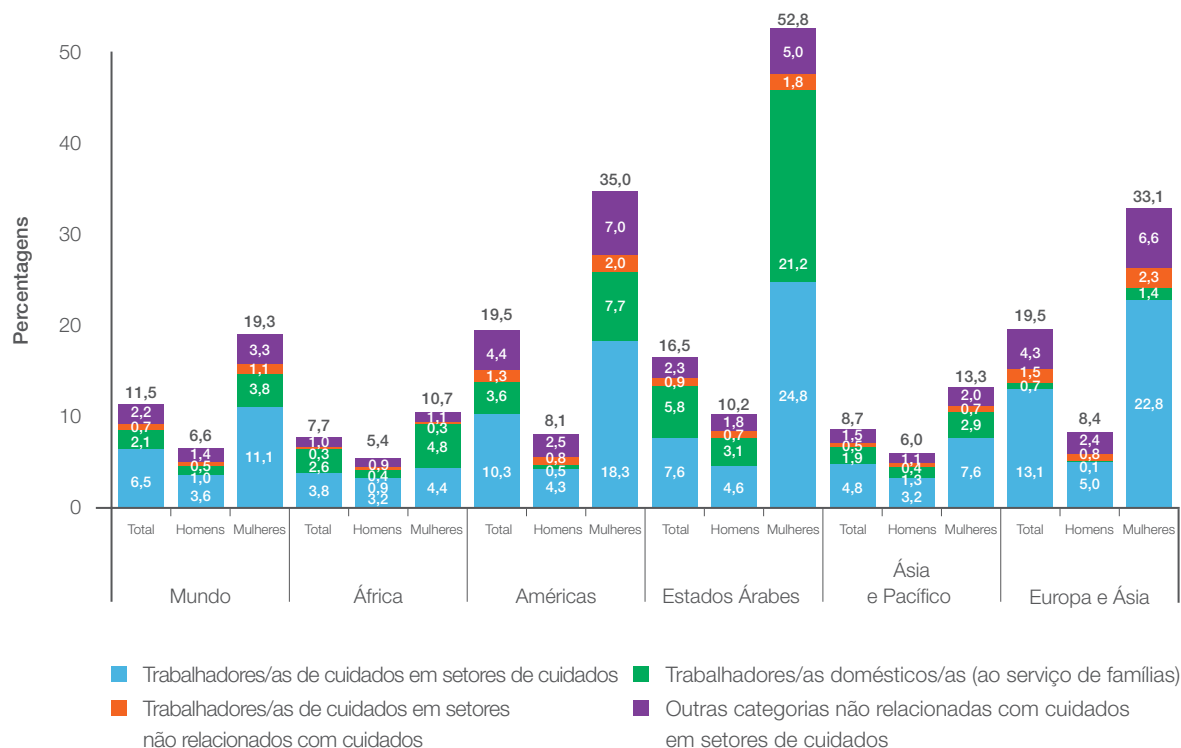
Em suma, a mão-de-obra mundial dedicada à prestação de cuidados que ascende a 381 milhões, é constituída por 248,9 milhões de mulheres e 132,1 milhões de homens. A taxa de feminização do total da mão-de-obra de cuidados é de 65,3 por cento. Estes números convertem-se em 11,5 por cento do total do emprego mundial, 19,3 por cento do emprego feminino mundial e 6,6 por cento do emprego masculino mundial. O emprego relacionado com os cuidados é, assim, uma importante fonte de emprego em todo o mundo, particularmente para as mulheres.

4.1.1. O trabalho de cuidados: estimativas mundiais e regionais

Há variações regionais significativas na estrutura do emprego de cuidados (Figura 4.1). Com a exceção dos Estados Árabes, quanto maior é a mão-de-obra dedicada à prestação de cuidados como percentagem do total do emprego, maior é o nível de feminização. Em duas regiões do mundo, as Américas e a Europa e Ásia Central, o total da mão-de-obra de cuidados compreende quase um quinto do total do emprego e mais de um terço do emprego feminino, sendo a taxa de feminização da mão-de-obra de cuidados superior a 76 por cento. Estas duas regiões diferem, porém, num importante aspeto: enquanto na Europa e Ásia Central os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados nos setores de cuidados representam 13,1 por cento e os trabalhadores e trabalhadoras domésticos 0,7 por cento do total do emprego, nas Américas representam respetivamente 10,3 por cento, e 3,6 por cento do total do emprego. Nas Américas, e particularmente na América Latina, o trabalho doméstico é realizado para as famílias. Na Europa e Ásia Central, é realizado para o Estado ou agentes privados que prestam cuidados pessoais domiciliários. Nas Américas, as trabalhadoras de cuidados nos setores de cuidados representam 18,3 por cento e as trabalhadoras domésticas representam 7,7 por cento do total do emprego feminino. Na Europa e Ásia Central, o trabalho doméstico representa apenas 1,4 por cento do total do emprego feminino, enquanto as mulheres trabalhadoras de cuidados representam 22,8 por cento. Os perfis da mão-de-obra de cuidados masculina em ambas as regiões são, contudo, semelhantes. Os trabalhadores de cuidados representam 4,3 e 5 por cento do total do emprego masculino e os trabalhadores domésticos 0,5 e 0,1 por cento do total do emprego masculino nas Américas e na Europa e Ásia Central, respetivamente.

Em África e na Ásia e Pacífico, o total da mão-de-obra de cuidados compreende cerca de 8 por cento do total do emprego (7,7 e 8,7 por cento, respetivamente), e é mais baixo no caso dos homens (5,4 e 6 por cento, respetivamente) do que no caso das mulheres (10,7 e 13,3 por cento, respetivamente). A África tem a percentagem mais baixa de empregos de cuidados de todas as regiões do mundo e a mais baixa percentagem de trabalhadores e trabalhadoras de cuidados em setores de cuidados (3,8 por cento). Além disso, um terço da mão-de-obra de cuidados em África são trabalhadores domésticos - apontando para graves défices em matéria de cuidados na prestação de serviços de cuidados, conforme será debatido na secção 4.3. A Ásia e Pacífico, por sua vez, tem uma predominância ligeiramente superior de trabalhadores e trabalhadoras de cuidados em setores de cuidados (4,8 por cento) em comparação com a África, mas este número permanece situado a

Figura 4.1. Trabalho de cuidados em percentagem do emprego total, por sexo e região



Nota: População empregada coberta e número de países por estimativas mundiais: Mundo: 88 por cento (99); África: 64 por cento (22); Américas: 87 por cento (14); Estados Árabes: 82 por cento (8); Ásia e Pacífico: 96 por cento (19); Europa e Ásia Central: 83 por cento (36). Ver o Anexo A.4.2 para mais detalhes sobre as metodologias e a Quadro A.4.1 para as estimativas mundiais e regionais sobre a mão-de-obra de cuidados.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

menos de metade da percentagem nas Américas - também indicativo de deficiências da prestação de serviços de cuidados.

Os Estados Árabes apresentam um padrão diferente de todas as outras regiões: é a região com a percentagem mais elevada de pessoas no trabalho doméstico em relação ao total do emprego (5,8 por cento) e a região onde tanto a mão-de-obra de cuidados feminina como masculina representam a percentagem mais elevada de todas as mulheres e homens empregados. Mais de metade das mulheres empregadas (52,8 por cento) trabalham na economia dos cuidados, tornando-a a maior fonte de emprego para as mulheres - e quase metade destas mulheres (ou 21,2 por cento do total do emprego das mulheres) são trabalhadoras domésticas. Simultaneamente, é a região com o grau mais baixo de feminização na mão-de-obra de cuidados (47 por cento). Este paradoxo é explicado pela taxa de emprego das mulheres muito baixa (15,8 por cento).¹² Por outras palavras, muito poucas mulheres estão empregadas nos Estados Árabes, mas quando estão, uma em cada três fazem parte da mão-de-obra na área da prestação de cuidados.

4.1.2. O trabalho de cuidados: características comuns selecionadas

O trabalho de cuidados é extenso e variado e os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados constituem um grupo extremamente heterogêneo. As suas características e experiência variam dependendo de uma série de fatores: o tipo de trabalho que realizam, o contexto em que é desenvolvido, o nível de qualificações que possuem, o ambiente político, etc. Todavia, podem ser identificadas algumas características no caso da maioria dos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados descritos nesta secção. As características específicas dos diferentes grupos são determinadas nas secções 4.2 e 4.3.

A prestação de cuidados como trabalho remunerado

Para a satisfação das necessidades de cuidados, o trabalho de cuidados envolve geralmente um grau de envolvimento emocional com as pessoas que estão a ser cuidadas, algo que é difícil de medir.¹³ Isto torna a prestação de cuidados inseparável da pessoa que os presta - uma característica que a torna fundamentalmente diferente da maioria das outras atividades económicas.

Devido à sua natureza relacional, mesmo na sua forma mais «desqualificada», o trabalho de cuidados remunerado é menos rotineiro que outros trabalhos e, por isso, com uma menor probabilidade de automação e externalização¹⁴, não obstante a tecnologia poder contribuir para a fragmentação do processo de cuidados e integrá-lo em parcelas nas tarefas rotineiras e não rotineiras.

O facto de os cuidados serem relacionais na sua natureza também significa que a procura de trabalho de cuidados remunerado é difícil de ajustar e, em alguns casos, não pode ser ajustada de todo. Isto é verdade em termos temporais e em termos da natureza do trabalho pretendido. As crianças nas creches exigem cuidados que não podem ser adiados. As pessoas idosas com constrangimentos de mobilidade ou as que têm alguma deficiência específica exigem cuidados e assistência em determinadas atividades diárias, que lhes devem ser prestados para lhes permitir continuar as suas vidas. A procura de trabalho de cuidados remunerado em termos de necessidade não varia com os preços. O que irá variar de acordo com o preço e o rendimento são as competências, os salários e as condições nas quais o trabalho de cuidados remunerado é prestado e se as exigências em termos de cuidados vão ser satisfeitas.

Violência e assédio

As relações nas atividades de cuidados entre as pessoas cuidadoras e os beneficiários de cuidados são frequentemente satisfatórias, mas podem ser exigentes e tensas a nível emocional. Por vezes, os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados sofrem situações de violência e assédio. As pessoas que prestam cuidados de saúde, particularmente, relatam alguns dos níveis de violência mais elevados quando comparados com outros setores.¹⁵ Nos Estados Unidos da América, estima-se que as taxas de violência dos beneficiários de cuidados contra profissionais de cuidados de saúde sejam 16 vezes mais elevadas do que noutras atividades profissionais.¹⁶ No Ruanda, 39 por cento dos profissionais de saúde referiram terem vivenciado algumas formas de violência no local de trabalho nos 12 meses anteriores.¹⁷ Na União Europeia (UE), o setor da saúde teve a classificação mais elevada entre todos os setores no que se refere à exposição à violência e assédio: de acordo com o Sexto Inquérito Europeu sobre as Condições de Trabalho do *Eurofound*, 2 por cento dos

trabalhadores em 28 países europeus estiveram expostos à violência física nos últimos 12 meses anteriores ao inquérito, mas a taxa correspondente foi de 7 por cento no setor da saúde.¹⁸

A violência no setor do trabalho doméstico é onnipresente. O trabalho doméstico está muitas vezes excluído da cobertura legal dos sistemas de legislação laboral e, mesmo quando têm proteção os trabalhadores e trabalhadoras domésticos, podem não beneficiar destas proteções na prática, uma vez que muitas vezes trabalham no setor informal.¹⁹ Um estudo recente em Portugal, por exemplo, concluiu que os/as trabalhadores/as domésticos/as informais são com mais frequência vítimas de práticas laborais abusivas, havendo uma maior probabilidade de se forem migrantes, sobretudo as mulheres brasileiras, são mais susceptíveis de relatarem todos os tipos de abuso e assédio.²⁰

A feminização do trabalho de cuidados remunerado

A feminização do trabalho de cuidados remunerado é uma das características mais marcantes na maioria das regiões, setores e profissões. Na Europa e Ásia Central, por exemplo, 79 por cento das pessoas que prestam cuidados nos setores de cuidados e 89 por cento dos trabalhadores domésticos são mulheres, e nas Américas as percentagens equivalentes são 76 e 92 por cento, respetivamente. O nível mais baixo de feminização verifica-se nos Estados Árabes e em África, onde praticamente metade são mulheres (48 e 51 por cento, respetivamente). Nos Estados Árabes e na Ásia e Pacífico, as percentagens de mulheres em trabalho doméstico são as mais baixas a nível mundial (54 e 57 por cento, respetivamente). Em África, 80 por cento são mulheres.

As «preferências quanto aos cuidados» pelas mulheres podem fazer parte da explicação para esta feminização, uma vez que a orientação para os cuidados está associada à feminilidade. Mas as preferências quanto aos cuidados são também desenvolvidas durante a prestação dos cuidados, pois a interação com as pessoas que estão a ser cuidadas pode muitas vezes conduzir ao desenvolvimento de uma ligação emocional com o beneficiário dos cuidados.²¹ As normas em termos de sexo são assim reforçadas pois quem presta tradicionalmente cuidados continua a fazê-lo.

A prevalência de mulheres nos empregos de cuidados não significa que todas as mulheres nestas profissões e setores sejam iguais. Há profundas divisões entre as trabalhadoras de cuidados que reproduzem desigualdades entre grupos de mulheres. Alguns estudos nos Estados Unidos da América concluíram que as mulheres brancas encontram-se desproporcionalmente em posições de chefia enquanto que as mulheres de outras origens étnicas desempenham o trabalho de cuidados pesado ou indireto.²² As divisões também estão associadas ao facto de as profissões de cuidados terem diferentes estatutos sociais - e inclusivamente em termos de autoridade moral - estabelecendo uma hierarquia entre as trabalhadoras de cuidados.²³

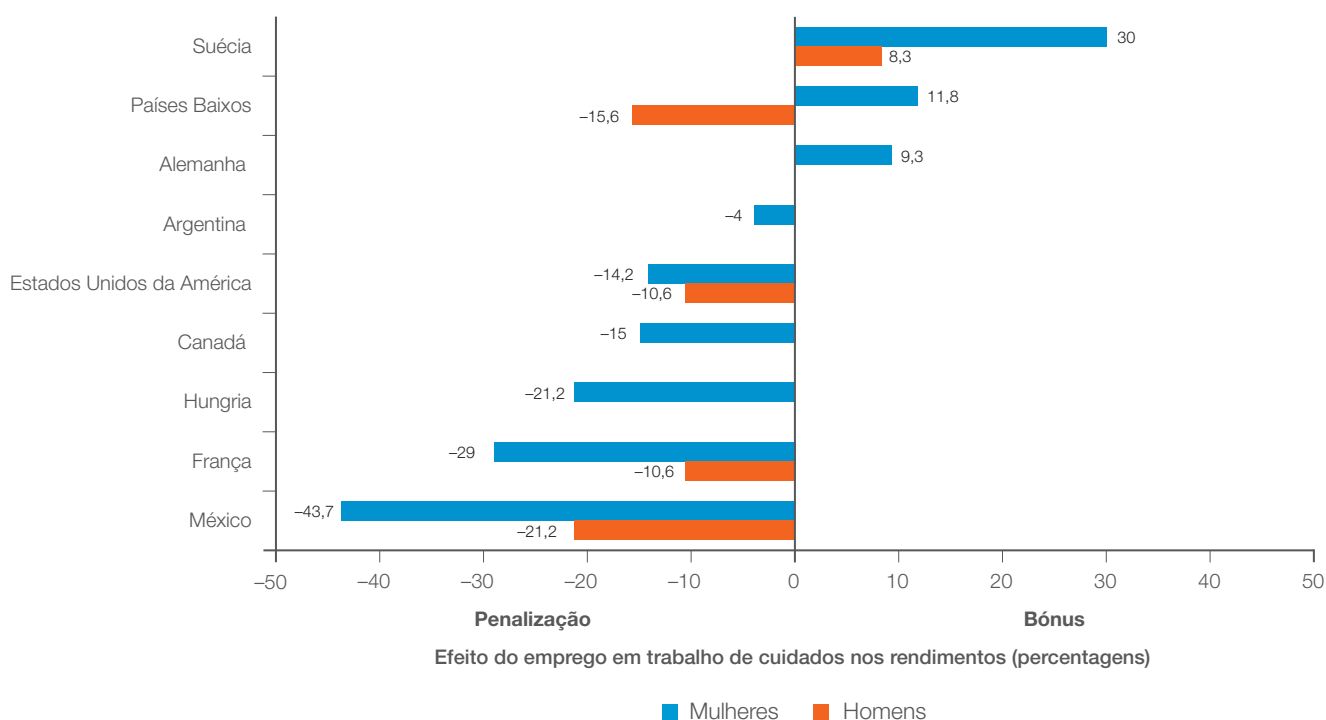
Além disso, nem todas as profissões de cuidados têm sido sempre desempenhadas por mulheres, ou constituíram uma substituição do trabalho de cuidados não remunerado.²⁴ Algumas profissões de cuidados que eram habitualmente dominadas pelos homens nos países de elevado rendimento feminizaram-se com o passar do tempo, como as profissões médicas, uma vez que se verificou um aumento do nível de instrução das mulheres. Contudo, outras profissões de cuidados, como ensino e enfermagem, permaneceram fe-

minizadas na maioria dos países.²⁵ Os estereótipos de género e a falta de acreditação adequada podem ser a razão por que os homens estão menos presentes nestas profissões nos países de elevado rendimento.²⁶ Nos países de baixo rendimento, os empregos de cuidados parecem ser um ponto de entrada para o trabalho remunerado, sobretudo na educação. Os empregos de cuidados respondem às mudanças nas normas relativas aos papéis das mulheres e dos homens e às conceções quanto à natureza das atividades de cuidados.

Penalização dos cuidados em termos de retribuição

Os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados são, na maioria dos contextos, relativamente mal pagos. Foi identificada uma «penalização dos cuidados em termos de retribuição» - uma diferença nos salários por hora que não pode ser atribuída às diferenças nas competências, experiência ou diplomas - em diversos contextos.²⁷ Relativamente aos Estados Unidos da América, uma estimativa recente da penalização indica 14,2 por cento relativamente às mulheres e 10,6 por cento em relação aos homens.²⁸ Também o controlo de fatores institucionais, tal como o grau de feminização setorial/profissional e a percentagem de emprego no setor público nas profissões, indica que as penalizações das mulheres trabalhadoras de cuidados atingem 29 por cento em França e 21,2 por cento na Hungria, mas existe um prémio na Suécia de 30 por cento (ver também secção 4.3).

Figura 4.2. Penalizações/prémios salariais para o trabalho de cuidados, conclusões empíricas selecionadas, por sexo



Fontes: Budig e Misra (2010) exceto para os Estados Unidos da América e Argentina. Para os Estados Unidos da América, Budig *et al.*, 2018. Apenas foram comunicados efeitos significativos ($p \leq 0,05$ testes bicaudais). O modelo inclui a estrutura familiar e as características demográficas, capital humano, características do emprego, incluindo o grau de feminização na profissão ou setor, e a percentagem de emprego no setor público na educação. Para a Argentina, o modelo Esquivel e Pereyra's (2017) é ajustado às características pessoais e profissionais, incluindo se o emprego é realizado no setor público, mas não ao grau de feminização da profissão ou setor.

As penalizações e prémios são também evidentes para os homens, mas são comparativamente mais baixos. No México, a penalização para as mulheres é de 43,7 por cento e para os homens de 21,2 por cento.²⁹ Na Argentina, apenas as mulheres registam uma penalização no salário de 4 por cento, explicada pelas penalizações no setor da saúde³⁰ (Figura 4.2). A penalização nos cuidados é extrema no caso do trabalho doméstico na África do Sul³¹ e nas Filipinas.³²

Entre as razões para esta penalização na remuneração dos cuidados encontra-se a falta de reconhecimento do trabalho de cuidados não remunerado, que se estende à subvalorização do trabalho de cuidados remunerado e que pode contribuir para baixar os salários.³³ Este facto é particularmente evidente no que respeita ao trabalho doméstico.³⁴

Determinadas características intrínsecas do trabalho de cuidados remunerado podem enfraquecer a posição negocial dos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados, o que pode igualmente contribuir para as suas baixas remunerações. Em determinados trabalhos de cuidados, sobretudo os domiciliários e o doméstico, as pessoas estão isoladas e não estão normalmente filiadas em sindicatos ou outras organizações de trabalhadores. A ausência de voz coletiva torna a negociação mais difícil. Adicionalmente, e porque o trabalho de cuidados é relacional, muitos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados não podem ameaçar abandonar os seus serviços: podem não ser capazes de deixar as pessoas desacompanhadas até serem substituídas, por exemplo, ou entrar em greve quando prestam serviços essenciais. O resultado dos cuidados de qualidade é também difícil de medir - as que recebem os cuidados muitas vezes não podem julgar a qualidade dos cuidados recebidos e frequentemente não são elas que os pagam. Por exemplo, a dificuldade em medir o resultado e o facto de que a prestação de cuidados de qualidade está muitas vezes dependente de um trabalho de equipa eficaz está por trás da resistência dos professores dos EUA às medidas de recompensa pelo desempenho. O trabalho de cuidados é um «bem público»,³⁵ tem externalidades, o que significa que o valor integral da prestação de trabalho de cuidados excede o preço cobrado por este pelos prestadores privados. Este facto reduz as margens de lucro no setor privado, fornecendo incentivos para estratégias de alta rotatividade associadas aos cuidados de baixa qualidade e às baixas remunerações dos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados.³⁶

As explicações também se centraram nas características particulares dos serviços de cuidados, cuja produtividade pode ficar aquém de outros setores. As pressões competitivas podem, assim, traduzir-se em menos salários relativos, uma diminuição dos padrões dos cuidados, a erosão das competências e uma maior segmentação da mão-de-obra dos cuidados³⁷ e custos relativos mais elevados dos serviços de cuidados.³⁸ Outras explicações apontaram para os contextos específicos do mercado de trabalho e as condições de emprego, incluindo os acordos contratuais e se estes são cobertos pelo direito do trabalho, assim como a sua capacidade de associação, representação e negociação coletiva. Por exemplo, o fornecimento de trabalhadores e trabalhadoras de cuidados migrantes pode manter os salários desta categoria profissional relativamente baixos em determinados segmentos da mão-de-obra de cuidados, especialmente se os trabalhadores e trabalhadoras migrantes estiverem numa situação precária. Nos mercados de trabalho com grandes desigualdades em termos de ganhos ou com altos níveis de desemprego, determinados grupos profissionais podem ser colocados na base da hierarquia salarial, pressionando os salários dos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados.³⁹

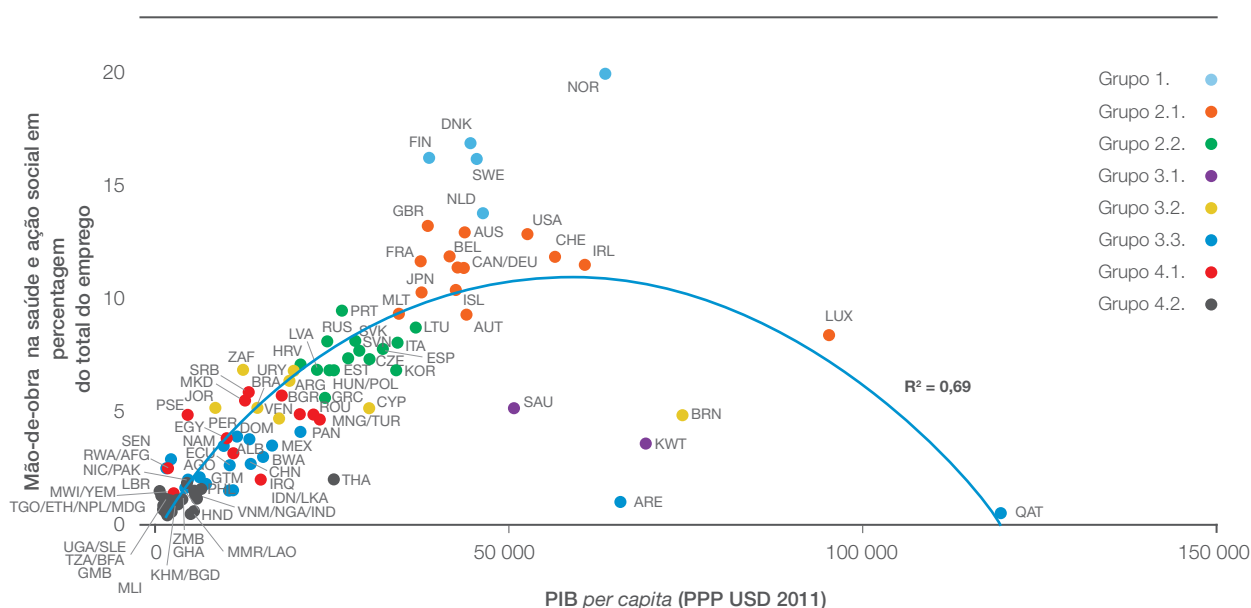
Porém, nem todos têm baixos salários. Com base nas suas competências e diplomas, os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados com elevado estatuto conseguiram melhorar os seus salários.⁴⁰ Um certo grau de «encerramento profissional» - as barreiras legais e sociais ao emprego que algumas profissões conseguem estabelecer - serve o propósito de restringir o fornecimento de trabalho em determinadas profissões, baseado em critérios de certificação, nível de habilitações e na sindicalização.⁴¹ A definição do conteúdo do trabalho de certas profissões no âmbito dos cuidados, tais como a enfermagem, a educação e a ação social, tem sido acompanhada, contudo, pela redefinição coordenada de outros grupos profissionais como tendo baixo nível de competências, tais como auxiliares de cuidados de saúde, auxiliares de educação e trabalhadores e trabalhadoras de organizações de beneficência, cujos salários são mais baixos.⁴²

4.2. A MÃO-DE-OBRA DE CUIDADOS POR SETOR

4.2.1. Saúde e ação social⁴³

O setor da saúde e ação social é a maior fonte de emprego. Em 2018, representava 130,2 milhões de empregos em todo o mundo, constituindo 3,9 por cento do total do emprego mundial. Mais de dois terços (90,6 milhões) são mulheres, enquanto o número de homens era de 39,6 milhões. O emprego na saúde e ação social está positivamente correlacionado com o desenvolvimento económico. A Figura 4.3 mostra como quatro países nórdicos (Dinamarca, Finlândia, Noruega e Suécia) têm números acima dos que de-

Figura 4.3. Relação entre a mão-de-obra na saúde e ação social em percentagem do emprego total e PIB *per capita*



Nota: Para uma descrição dos grupos, ver secção 4.2 e Figura 4.10. Ver Anexo A.6 para consultar a lista dos códigos de países.

Fontes: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados) e Banco Mundial, 2018a.

Quadro 4.1. Mão-de-obra na saúde e ação social em percentagem da mão-de-obra total, emprego de homens e mulheres por região e sexo, e grau de feminização por região

	Mão-de-obra na saúde e ação social	Mão-de-obra na saúde e ação social Homens	Mão-de-obra na saúde e ação social Mulheres	Mulheres - % do emprego total na saúde e ação social
<i>Mundo</i>	3,9	2,0	7,0	69,6
<i>África</i>	1,5	1,0	2,0	59,5
<i>Américas</i>	7,6	3,1	13,8	76,7
<i>Estados Árabes</i>	2,8	2,1	7,2	37,8
<i>Ásia e Pacífico</i>	2,5	1,6	4,0	58,8
<i>Europa e Ásia Central</i>	9,6	3,7	16,8	78,9

Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

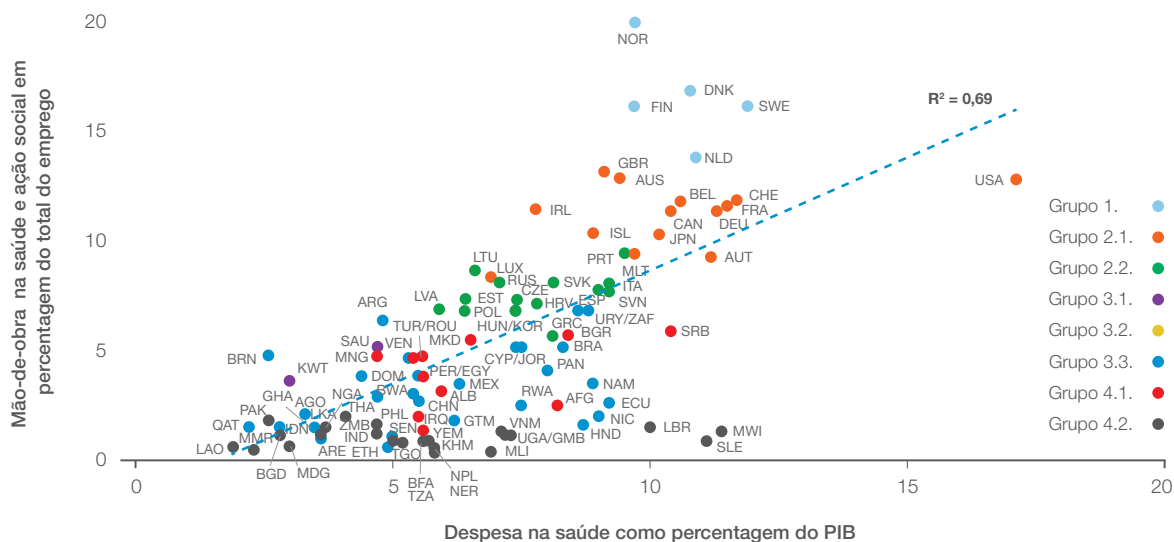
veriam ser esperados para os seus níveis de PIB,⁴⁴ enquanto nos países árabes eles são substancialmente inferiores.

Em termos regionais, a proporção de empregos no setor da saúde e ação social em percentagem do emprego total era inferior em África (1,5 por cento), seguida pela Ásia e Pacífico (2,5 por cento) e os Estados Árabes (2,8 por cento). As proporções mais elevadas encontram-se na Europa e Ásia Central (9,6 por cento) e nas Américas (7,6 por cento) (Quadro 4.1).

O setor da saúde e ação social é uma fonte mais significativa de emprego para as mulheres do que para os homens: 7 por cento das mulheres empregadas no mundo estão neste setor. Este é particularmente o caso de duas regiões onde o emprego no setor é mais elevado: Europa e Ásia Central (onde o emprego setorial representa 16,8 por cento do emprego das mulheres, comparado com 3,7 por cento dos homens) e nas Américas (onde os números equivalentes são 13,8 e 3,1, respetivamente). Nas Américas e na Europa e Ásia Central, quase 80 por cento das pessoas a trabalhar no setor da saúde e ação social são mulheres. Tal como noutros setores dos cuidados, as mulheres estão subrepresentadas nas posições de liderança e tomada de decisões,⁴⁵ incluindo no financiamento multilateral e global das instituições de saúde e instituições académicas.⁴⁶

Os dados a nível do país mostram variações associadas à despesa em serviços de saúde e cuidados continuados (Figura 4.4). Há duas características notórias. A primeira, é que os quatro países nórdicos mencionados acima encontram-se bem acima da média, indicando uma maior intensidade de emprego da sua despesa na saúde, seguidos por outros países europeus. Os Estados Unidos da América, pelo contrário, estão abaixo da média, não obstante a sua despesa total como percentagem do PIB ser mais elevada. A segunda, é que alguns países de baixo rendimento apresentam elevados níveis de despesa em percentagem no PIB sem alcançar um nível adequado de empregos de cuidados. Isto é explicado pelos altos níveis de despesa a cargo dos beneficiários.

Figura 4.4. Relação entre a mão-de-obra na saúde e ação social, percentagem do emprego total e PIB e despesa em saúde em percentagem do PIB



Nota: para uma descrição dos grupos, ver secção 4.2 e Figura 4.10. Ver Anexo A.6 para consultar a lista dos códigos de países.

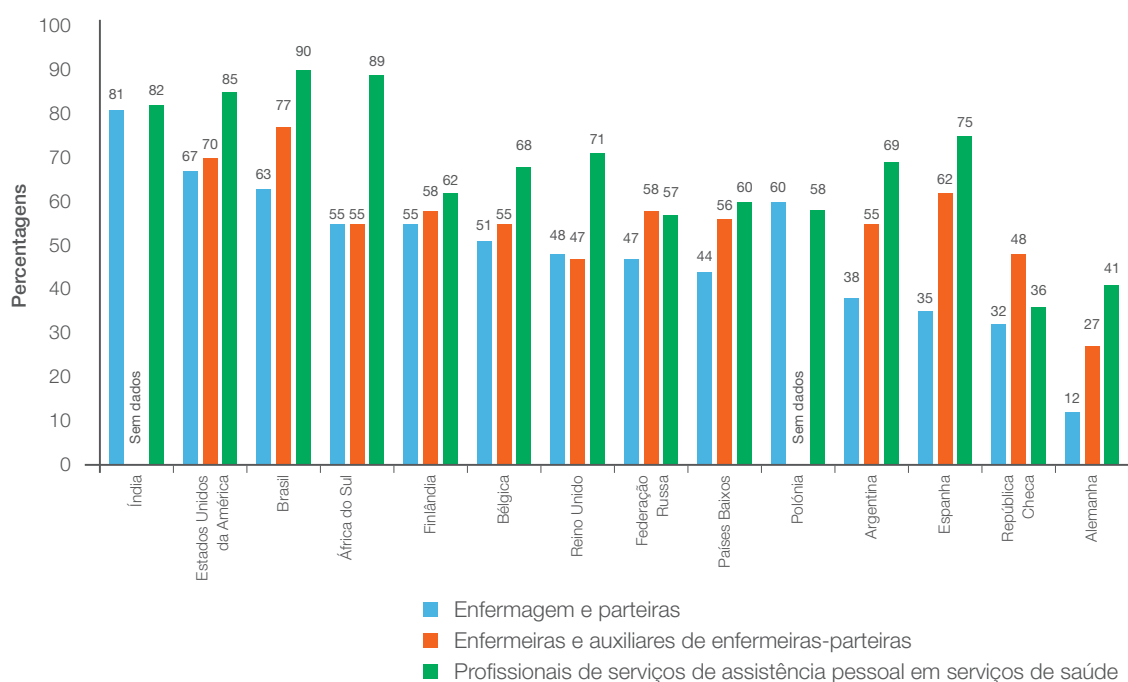
Fontes: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados) e OMS, 2018.

Condições de trabalho e remuneração

Tal como a OIT⁴⁷ e a OMS⁴⁸ repetidamente assinalaram, praticamente todos os países enfrentam desafios no recrutamento, mobilização e retenção de um número suficiente de profissionais de saúde qualificados onde estes são necessários. As elevadas taxas de rotatividade e de abandono dos profissionais de saúde em muitos países são devidas sobretudo à insatisfação relativamente às condições de trabalho, assim como aos baixos salários, à sobrecarga de trabalho, aos horários de trabalho prolongados e às baixas perspectivas de carreira.

O salário é um importante fator de recrutamento, retenção e motivação no setor de saúde e ação social. Para os profissionais de saúde, a remuneração reflete o nível de reconhecimento do valor associado ao seu trabalho. O nível do salário deve ser competitivo e comparável a grupos profissionais com níveis semelhantes noutros setores económicos e deve refletir as qualificações, responsabilidades, deveres e experiência como, por exemplo, especificado para o pessoal de enfermagem na Recomendação (n.º 157) relativa ao Pessoal de Enfermagem, de 1977. O rendimento é também importante para a independência dos profissionais de saúde no desempenho das suas funções de acordo com a ética profissional.

A Figura 4.5 mostra os salários horários nas profissões selecionadas em percentagem dos salários do pessoal médico. Os níveis salariais variam consideravelmente: entre 16 grupos de profissões relacionadas com a saúde em 20 países, o pessoal médico é o mais bem remunerado e o pessoal de serviços de assistência pessoal é o que recebe salários mais baixos, enquanto os grupos de enfermagem e parteiras ocupam uma posição intermédia.⁴⁹ A figura ilustra também as estruturas salariais mais ou menos condensadas, sendo a Alemanha e a República Checa as mais igualitárias, e sendo os prémios devido aos diplomas maiores na África do Sul, Brasil, Estados Unidos da América e Índia. Os trabalhadores e trabalha-

Figura 4.5. Diferenças salariais em profissões selecionadas em comparação com o pessoal médico, 2011

Fonte: Cálculos dos autores baseados em Tijdens, de Vries e Steinmetz, 2013.

doras de serviços de assistência pessoal são particularmente mal pagos na África do Sul, Brasil e Índia, que apresentam as estruturas salariais menos condensadas, e nos Estados Unidos América, onde as condições de trabalho e os salários estão mais próximos do trabalho doméstico.

Em todo o mundo, há trabalhadores e trabalhadoras de cuidados na saúde e trabalho social em formas atípicas de emprego que incluem trabalho a termo, trabalho temporário, trabalho temporário através de agências, trabalho independente economicamente dependente e trabalho a tempo parcial. Ainda que as formas atípicas de emprego bem concebidas e reguladas possam ajudar os prestadores de serviços de cuidados de saúde a responder atempadamente às novas exigências e facilitar a substituição de pessoal temporariamente ausente, os trabalhadores e trabalhadoras neste tipo de modalidades estão geralmente mais expostos a défices de trabalho digno em termos de insegurança no emprego, baixos salários, lacunas no acesso à proteção social, níveis mais elevados de riscos relacionados com a segurança e saúde e um poder limitado de organização e negociação coletiva.⁵⁰ Há também uma tendência em determinados países de substituir os empregos permanentes em serviços de saúde pública por contratos a termo, e a recorrer à externalização para certos tipos de trabalho.⁵¹ Se esta redistribuição do emprego for realizada por agências de emprego, os trabalhadores e trabalhadoras muitas vezes não têm segurança de emprego, são excluídos da cobertura da negociação coletiva e podem não receber a mesma remuneração que os seus colegas com contratos regulares.

As condições de trabalho no setor da saúde influenciam a qualidade dos cuidados. Os indicadores de resultados do paciente, como a morbilidade e a mortalidade, estão estreitamente associados aos níveis de pessoal, à estabilidade do pessoal e aos níveis de escolaridade

dos profissionais de saúde. Estudos realizados em nove países europeus mostram que o aumento de mais um paciente na carga de trabalho de um/a enfermeiro/a hospitalar aumenta o risco de mortalidade do paciente em 7 por cento, enquanto, inversamente, cada aumento de 10 por cento na percentagem de pessoal de enfermagem com uma licenciatura está associado a um decréscimo de 7 por cento na mortalidade dos pacientes.⁵² Outros estudos na República da Coreia concluíram, de forma semelhante, uma associação entre o baixo nível do pessoal e um risco aumentado para a mortalidade do paciente.⁵³ Assim, o trabalho digno no setor da saúde tem um duplo papel que é essencial no reforço dos resultados positivos: assegurar uma mão-de-obra sustentável na saúde e a prestação de cuidados de qualidade. A melhoria dos empregos e das condições de trabalho atrai e retém profissionais de saúde, ao mesmo tempo que lhes permite prestar cuidados de uma forma mais eficaz.

Migração de profissionais da saúde

A migração de profissionais da saúde é uma característica dos mercados de trabalho mundiais. Em média, a respetiva proporção de pessoal médico e de enfermagem migrante constitui 22 e 14,5 por cento, respetivamente, nos países da OCDE. Nos países da OCDE, o número aumentou em 60 por cento entre 2000 e 2010.⁵⁴ Para além da OCDE, a migração de profissionais de cuidados de saúde mostra a evidência de padrões de mobilidade complexos, incluindo movimentos Sul-Sul (por exemplo, pessoal médico a emigrar para a África do Sul e em Trindade e Tobago provenientes da Índia, Jamaica e Nigéria); movimentos intrarregionais, tanto em África como na América Latina; e inclusivamente movimentos Norte-Sul, como explicado pelo Reino Unido como segunda maior fonte de pessoal médico imigrantes na África do Sul.⁵⁵

As condições de trabalho e as diferenças de rendimento entre países mantêm-se como o fator comum para a emigração individual de profissionais da saúde. Por exemplo, foi observada uma correlação entre os níveis de rendimento nos países de origem e as intenções de migrar em 17 países europeus, onde os profissionais de saúde foram atraídos para países que oferecem um rendimento mais elevado, ao mesmo tempo que as saídas diminuíram nos países onde os salários melhoraram.⁵⁶ Outros fatores que motivam a deixar os seus países de origem são uma insatisfação geral no que respeita às condições de trabalho e a procura de desenvolvimento profissional.⁵⁷

As políticas para abordar os efeitos adversos da migração nos países de origem exigem que os países garantam que podem sustentar a mão-de-obra autóctone, reduzir a dependência de migrantes que prestam cuidados de saúde e abordar os défices de trabalho digno para um melhor recrutamento e retenção. Como resultado da implementação do Código Mundial de Práticas da OMS de 2010,⁵⁸ 70 países implementaram medidas para satisfazer as necessidades em termos de mão-de-obra na saúde a nível nacional, tal como a criação de emprego e melhores condições salariais e de trabalho.⁵⁹ Foram também indicados pontos fracos do Código, particularmente a falta de mecanismos claros e métodos para fazer cumprir e monitorizar a sua implementação.⁶⁰

Nos países de destino, a situação precária dos trabalhadores e trabalhadoras migrantes conduz com frequência a más condições de trabalho. Este é particularmente o caso entre quem presta serviços de assistência pessoal internos (ver abaixo). É pouco provável que as pessoas em situação irregular apresentem queixas, devido ao medo de perder o

emprego e serem expulsas. O seu isolamento e falta de informação sobre os seus direitos laborais também contribuem para as suas condições de trabalho precárias.⁶¹

Categorias particulares de profissionais de cuidados da saúde

Pessoal de enfermagem e parteiras

Em todas as regiões, o pessoal de enfermagem e parteiras constitui o maior grupo profissional nos cuidados de saúde. Encontra-se abrangido pela Convenção (n.º 149) relativa ao Pessoal de Enfermagem, de 1977 e a sua Recomendação (n.º 157), que descrevem normas de trabalho básicas, incluindo o seguinte: ensino e formação adequada ao exercício das funções; regulamentação profissional; legislação sobre segurança e saúde no trabalho; horas de trabalho; licenças e segurança social; e participação no planeamento de serviços de enfermagem e consulta no caso de decisões que se relacionam com a sua atividade.

A enfermagem é a profissão mais feminizada dos cuidados de saúde - em alguns países, mais de 90 por cento do pessoal de enfermagem são mulheres.⁶² A enfermagem era inicialmente uma profissão feminina nos hospitais, e as enfermeiras desempenhavam um papel subordinado em relação aos médicos, havendo pouca formação disponível. As qualificações formais foram sendo progressivamente introduzidas, com a emergência de escolas de enfermagem em meados do século XX, juntamente com exigências específicas em matéria de requisitos de certificação. A feminização da profissão (e a sua respeitabilidade) foi mantida pela ênfase nos traços característicos identificados como femininos - autossacrifício, altruísmo, pureza moral e submissão - como central ao papel de uma enfermeira qualificada.⁶³ Tanto os estereótipos que associam a capacidade de proporcionar cuidados com as competências e inclinações que são «inerentes» às mulheres e as hierarquias hospitalares permanecem em vigor hoje, não obstante a crescente profissionalização.⁶⁴ A subestimação do estatuto do pessoal de enfermagem no pessoal da saúde e na sociedade em geral tem sido documentado, por exemplo, na Argentina,⁶⁵ na Austrália⁶⁶ e nos Estados Unidos da América.⁶⁷

Paralelamente à profissionalização, é também evidente um processo de desqualificação, através do qual se consegue uma redução dos custos ao transferir determinadas tarefas para auxiliares com salários mais baixos, como auxiliares de enfermagem, assistentes, pessoal de enfermagem com menos qualificações⁶⁸ ou pessoas cuidadoras das comunidades locais.⁶⁹

Como mostra a Figura 4.5, as remunerações do pessoal de enfermagem e parteiras são aproximadamente metade das do pessoal médico e de outras categorias profissionais auxiliares, cerca de 40 por cento.⁷⁰ O facto de o pessoal de enfermagem trabalhar no setor da saúde ou nos cuidados continuados também tem impacto nos salários: na Alemanha, Estados Unidos da América e Nova Zelândia, o pessoal de enfermagem de cuidados continuados têm salários mais baixos do que os enfermeiros de cuidados de saúde.⁷¹ Também existem diferenças salariais entre homens e mulheres: nos Estados Unidos da América, as enfermeiras representam aproximadamente 70 por cento do pessoal de enfermagem, mas ganham menos do que os enfermeiros, até na mesma especialidade.⁷²

Para compensar os baixos salários, o pessoal de enfermagem e auxiliares de enfermagem recorrem frequentemente a diversos empregos ou aumentam os seus turnos ou horas extras,⁷³ uma prática que pode comprometer a qualidade dos cuidados⁷⁴ e que tem um impacto negativo na conciliação entre a vida familiar e profissional e manutenção do emprego.⁷⁵ A falta de pessoal e a intensificação da carga de trabalho também são problemáticas, tal como foi documentado no caso de hospitais em El Salvador⁷⁶ e no Canadá⁷⁷ e em serviços de cuidados continuados nos Estados Unidos da América.⁷⁸ Significativamente, a violência contra o pessoal de enfermagem e parteiras, incluindo abusos verbais e físicos, tem sido relatada em diversos contextos, ambos associados à falta de pessoal e à «procura» de utentes do setor privado de cuidados de saúde.⁷⁹

Há importantes exemplos de mudanças positivas em alguns países. Na Finlândia, por exemplo, o sindicato do pessoal de enfermagem negociou com sucesso a introdução de alterações na estrutura dos turnos, incluindo as horas previstas, tempo de descanso garantido entre os turnos e dias de descanso consecutivos, o que resultou num aumento da motivação e retenção e melhorou a qualidade da enfermagem.⁸⁰ Nos Estados Unidos da América, os hospitais adaptaram os seus turnos (e as escolas de enfermagem os seus horários) para permitir a continuidade da profissionalização, ainda que às custas de quem acumula a formação com o trabalho.⁸¹

Dependendo do quadro institucional no país de destino, as condições de trabalho do pessoal de enfermagem migrante podem diferir em maior ou menor medida das condições dos colegas autóctones. Os enfermeiros filipinos e indianos no Reino Unido, por exemplo, têm as mesmas condições de trabalho dos nacionais, mas as diferenças na segurança no emprego, identidade e reconhecimento profissional entre migrantes e não migrantes são evidentes. É mais provável que sejam propostos aos enfermeiros migrantes turnos noturnos e uma intensificação da carga de trabalho, tratamento desigual e discriminação com base na origem étnica no local de trabalho.⁸²

O reconhecimento das competências e a certificação é particularmente difícil para o pessoal de enfermagem migrante. Por exemplo, é exigido ao pessoal de enfermagem qualificado de países fora da UE que pretende trabalhar como profissional diplomado no Reino Unido que obtenham uma qualificação junto do *Nursing and Midwifery Council* (Conselho de enfermagem e parteiras) e que realizem testes de competência no *Overseas Nursing Programme* (Programa de enfermagem ultramarino) que avalia as competências para trabalhar no contexto de cuidados de saúde no Reino Unido. Alguns empregadores podem oferecer cargos de auxiliares formados no estrangeiro ou de auxiliares de cuidados de saúde ao pessoal de enfermagem migrante até à conclusão destes processos⁸³, mas isto significa utilizar mão-de-obra qualificada por um salário mais baixo.⁸⁴ Na Austrália, há pessoal de enfermagem e parteiras migrantes com qualificações que trabalha como «auxiliar de enfermagem» pelo facto de as suas qualificações não terem sido reconhecidas.⁸⁵

Caixa 4.2. Pessoas com deficiência: Assistentes pessoais e vida independente

Os/As assistentes pessoal prestam apoio diretamente, ou sob gestão direta, a pessoa com deficiência ou idosa. Não obstante o presente relatório defina todos estes papéis como trabalho de cuidados, o movimento das pessoas com deficiência rejeitou o termo «cuidados», dada a sua associação paternalista, a favor de termos como «assistência» e «apoio» ou inclusivamente «ajuda». O movimento das pessoas com deficiência procurou tornar o papel da pessoa cuidadora num conjunto de tarefas contratuais neutras.

As pessoas com deficiência são geralmente livres de empregar quem quiserem, de organizar o seu apoio da forma que quiserem e estabelecer as relações que quiserem com este fim sem a supervisão de organismos públicos, profissionais ou de um terceiro setor. Esta liberdade é muito gratificante: quando as pessoas com deficiência têm o controlo das suas modalidades de apoio, os resultados e os benefícios para ambas as partes são melhores. Mas existem também riscos e questões que são motivo de preocupação. Uma vez que este grupo está geralmente fora da regulamentação e poucas vezes é sindicalizado, existe margem para abusos e exploração do empregador com deficiência - que está muitas vezes numa posição de vulnerabilidade - ou do empregado, que pode ser uma mulher, ter chegado recentemente ao país e ser incapaz de sair da situação, sobretudo se for uma trabalhadora interna. A formação tanto para as pessoas com deficiência enquanto empregadoras como para os trabalhadores e trabalhadoras e também nos requisitos para assistente pessoal, pode melhorar as relações e os resultados.

Fonte: Shakespeare e Williams, a publicar.

Profissionais de serviços de assistência pessoal

Profissionais de serviços de assistência pessoal proporcionam cuidados pessoais diretos e realizam atividades do dia a dia, tais como alimentação, higiene diária ou vigilância básica de saúde.⁸⁶ Estão particularmente presentes na prestação de cuidados continuados, tanto em contexto institucional como em cuidados no domicílio ou na comunidade.⁸⁷ Nos países da OCDE, representam, em média, mais de 60 por cento do total do emprego nos cuidados continuados.⁸⁸ Destes, a maioria dos profissionais de serviços de assistência pessoal (56 por cento)⁸⁹ trabalham em cuidados no domicílio, onde os benefícios, salários e condições de trabalho são normalmente mais precários em comparação com os cuidados institucionais. Os turnos noturnos e divididos, horários de trabalho muito reduzidos, contratos a termo ou instáveis são mais frequentes nos cuidados domiciliários, assim como a falta de compensação pelas despesas e custos das deslocações, uma situação que é generalizada. A natureza de isolamento do trabalho de cuidados pessoais domiciliários pode tornar o ambiente inseguro, podendo surgir conflitos entre as pessoas que beneficiam dos cuidados, os membros da família e os/as profissionais de serviços de assistência pessoal quanto aos conhecimentos, atitudes e limites das responsabilidades deste grupo profissional.⁹⁰

No Reino Unido, (ver Caixa 4.2) recebem uma remuneração média horária superior à de outros profissionais de cuidados. A flexibilidade e as condições de trabalho positivas ainda tornam esta forma de emprego desejável para algumas pessoas.⁹¹ A maioria das pessoas que prestam serviços de assistência pessoal, contudo, recebem salários inferiores aos de outras profissões no setor da saúde. Como apresentado na Figura 4.5, podem ganhar apenas 10 por cento do que o pessoal médico (Brasil), ou 40 por cento nos países

Caixa 4.3. Uma associação cooperativa de cuidados ao domicílio

A *Cooperative Home Care Associates* (CHCA) é o maior fornecedor de serviços de apoio domiciliário e a maior cooperativa de profissionais dos Estados Unidos da América, com sede em Nova Iorque. Fundada em 1985 para oferecer cuidados domiciliários de qualidade a clientes, oferecendo empregos dignos, tem hoje mais de 2050 pessoas contratadas na maioria mulheres latino e afro-americanas. Oferece anualmente formação gratuita a 600 mulheres com baixo rendimento e em situação de desemprego e constitui uma fonte significativa de emprego no Bronx.

O pessoal da CHCA beneficia de um emprego a tempo completo, salários competitivos, pagamento das horas extra no valor de uma vez e meia do salário base, participação na empresa, mentoria por pares, formação em literacia financeira e supervisão que efetivamente equilibra a tutoria, o apoio e a responsabilização.

Fonte: CHCA, 2018.

com tabelas salariais mais condensadas (Alemanha).⁹² Em alguns países, recebem salários que, em média, estão 1 por cento acima do limiar de pobreza.⁹³

Tanto a sobrequalificação como a falta de qualificações são características das pessoas que prestam serviços de assistência pessoal. Muitas têm pouca formação formal, e mesmo quando é exigida certificação, a maioria não tem as qualificações relevantes.⁹⁴ A sobrequalificação é também comum, particularmente no caso de migrantes com especialização (isto é, pessoal de enfermagem) que não podem validar a sua certificação e estão sujeitos a práticas de recrutamento injustas.⁹⁵ Os trabalhadores e trabalhadoras migrantes de serviços de assistência pessoal em modalidades internas e de disponibilidade total são particularmente vulneráveis à exploração pessoal e financeira, pois não conseguem terminar a relação de emprego.⁹⁶ O seu isolamento muitas vezes dificulta a sindicalização e a organização, incluindo nas cooperativas de trabalhadores, ainda que existam exemplos positivos (ver Caixa 4.3). Além disso, ainda que as pessoas que prestam serviços de assistência pessoal que trabalham numa família privada sejam abrangidas pela Convenção (n.º 189), estão, de facto, frequentemente sem proteção. Porém, o seu papel na prestação de cuidados continuados e serviços de cuidados de saúde é cada vez mais indispensável nos países mais desenvolvidos.⁹⁷

Um estudo qualitativo recente sobre trabalhadores e trabalhadoras migrantes e de minorias étnicas que trabalham sobretudo em cuidados institucionais a pessoas idosas com necessidades significativas de cuidados em Londres, Madrid e Paris, sublinha o racismo e sexismo sentido, inclusivamente por parte das pessoas que cuidam. Sentem que as suas experiências de racismo foram ignoradas ou, pelo menos, posicionadas como secundárias relativamente às vulnerabilidades das pessoas residentes idosas e incapacitadas. O racismo e sexismo são tão prevaletentes que os gestores dos lares consideravam que a capacidade de lidar com essas atitudes e comportamentos fazia parte das competências emocionais necessárias para realizar o trabalho de cuidados.⁹⁸ Todavia, alguns sindicatos contestaram este ponto de vista. A Federação dos Sindicatos Europeus de Serviço Público (EPSU) opôs-se veementemente à proposta, apresentada pelas autoridades públicas na Suécia, de conceder às pessoas idosas o direito de recusar as pessoas cuidadoras com base na cor da pele ou origem de imigração.⁹⁹

Quadro 4.2. Profissionais de saúde nas comunidades locais por densidade, média de idade e proporção de mulheres

País/região	Densidade por 1000 habitantes	Idade média	Proporção de mulheres
África Subsariana	0,34	32	68
Libéria	2,15	25	38
Uganda	0,74	30	70
República Unida da Tanzânia	0,47	29	51
Zâmbia	3,13	32	57

Fonte: Montefiori, Cattaneo e Licata, a publicar.

A falta de reconhecimento das contribuições dos profissionais de serviços de assistência pessoal para a sociedade pelos membros da família, gerentes e a comunidade de uma forma geral tem diversos impactos na autoestima, condições de emprego e salários. Os valores culturais relacionados com o envelhecimento e o trabalho que envolve o contacto através do toque com o corpo humano são contributos importantes para esta falta de reconhecimento, uma vez que o trabalho de cuidados pessoais está associado a «trabalho sujo», que tem um baixo estatuto e é mal pago.¹⁰⁰ Simultaneamente, a retórica que diz respeito ao amor/virtude e cuidados, que retrata a procura de salários (dinheiro) como fundamentalmente oposta à noção de devoção e altruísmo (amor), serve de pretexto para ignorar ou rejeitar as reivindicações de salários mais elevados.¹⁰¹

Contudo, as condições de trabalho e a remuneração deste grupo profissional não são apenas determinadas pelas normas culturais. Estas normas interagem com a comercialização e externalização de serviços de cuidados continuados com o objetivo de baixar os custos da prestação. Os cortes na despesa pública traduzem-se em remunerações mais baixas para os prestadores privados, contribuindo para manter os salários do setor privado baixos e as condições de trabalho precárias.¹⁰²

Profissionais de saúde das comunidades locais e de voluntariado

Profissionais de saúde das comunidades locais asseguram um trabalho de educação em matéria de saúde e encaminhamento para uma série de serviços, e fornecem apoio e assistência às comunidades, famílias e indivíduos, incluindo medidas no âmbito da saúde e aconselhamento sobre como ter acesso a serviços de saúde e sociais adequados. Criam uma ponte entre os prestadores de serviços de saúde e sociais e as comunidades que têm dificuldades em aceder a serviços.¹⁰³ Carecem com frequência de formação e são mal remunerados ou não remunerados e são muitas vezes contratados para compensar a escassez de profissionais da saúde.¹⁰⁴ Na África Subsariana, 68 por cento são mulheres, maioritariamente jovens (Quadro 4.2); 59 por cento tinham apenas o ensino básico. A grande maioria é mal paga, 43 por cento recebe incentivos não monetários e 23 por cento recebe bolsas. Além disso, incorrem em custos, incluindo de transporte, que não são muitas vezes cobertos.¹⁰⁵ Os baixos níveis de compensação conduzem a elevadas taxas de abandono que prejudicam a eficácia geral dos programas baseados nas comunidades locais.¹⁰⁶

Os/As profissionais de saúde das comunidades locais dos países de baixo rendimento têm um estatuto inferior e condições de trabalho insatisfatórias. Apoiam-se em ligações ativas

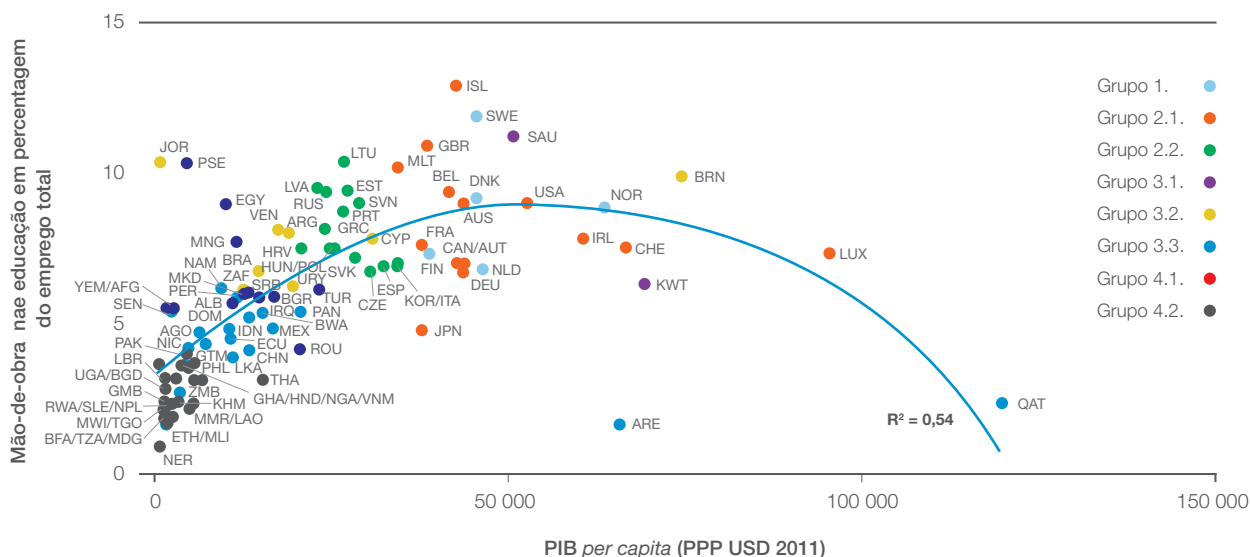
com o setor da saúde para indicações, medicamentos, equipamento, formação e supervisão, mas, muitas vezes, não têm apoio quando os sistemas de saúde são débeis.¹⁰⁷ Além disso, não têm uma estrutura de carreira, o que conduz à insatisfação no trabalho. Na África Subsariana, as pessoas que prestam cuidados domiciliários que trabalham nas suas comunidades para atenuar os efeitos do VIH e SIDA - normalmente como membros de uma organização local¹⁰⁸ - não têm geralmente os produtos adequados e encontram-se em isolamento profissional.¹⁰⁹

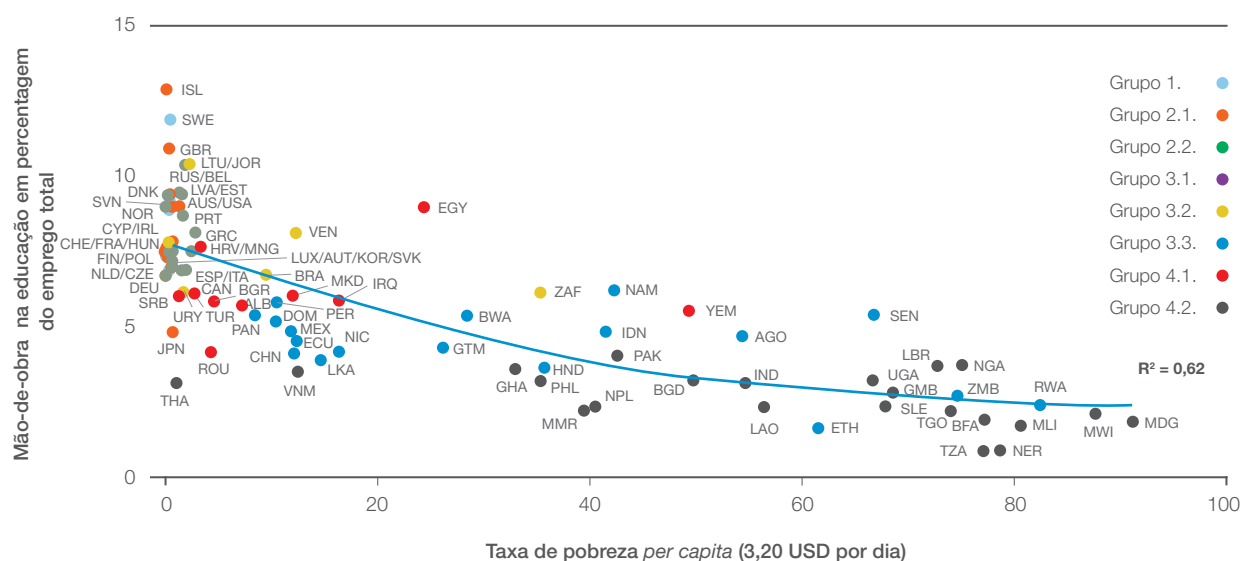
Nos países de elevado rendimento, o pessoal em regime de voluntariado fornece apoio importante para o funcionamento do setor de saúde e ação social, por vezes substituindo as pessoas. Nos Países Baixos, em 2003, encontravam-se aproximadamente um milhão de pessoas voluntárias no setor dos cuidados de saúde e ação social. Uma em cada seis declarou que desempenhara tarefas que pensava que deveriam ser realizadas por profissionais, e 17 por cento indicou que não tinha certezas acerca das suas tarefas.¹¹⁰ Na Austrália, dos 5,8 milhões que assumiram trabalho voluntário em 2014, 10 por cento dedicaram o seu tempo a atividades voluntárias no setor da saúde. Três quartos das pessoas que fazem trabalho voluntário nos serviços de saúde são mulheres.¹¹¹

4.2.2. Educação

O emprego no setor da educação representava 157 milhões de empregos em todo o mundo em 2018, constituindo 4,8 por cento do total do emprego mundial. Tem havido uma expansão do ensino básico desde o ano 2000. O emprego na educação está positivamente correlacionado com o desenvolvimento económico, porém, esta correlação é menos forte do que no caso da saúde e ação social, indicando um desempenho relativamente mais forte nos países de baixo e médio rendimento. A Figura 4.6 mostra que diversos países se posicionarem acima da tendência em termos da sua mão-de-obra na educação, a maioria destes na Europa e Ásia Central. As taxas de pobreza estão, por sua vez, al-

Figura 4.6. Relação entre a mão-de-obra na educação em percentagem do emprego total, PIB *per capita* e taxa de pobreza *per capita*





Nota: para uma descrição dos grupos, ver secção 4.2 e Figura 4.10. Ver Anexo A.6 para ver a lista dos códigos de países.

Fontes: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados) e Banco Mundial, 2018a

tamente correlacionadas com os baixos níveis de emprego na educação, sobretudo nos países africanos.

Em termos regionais, a proporção de emprego na educação em percentagem do total do emprego é mais baixa em África (3,3 por cento), seguida pela Ásia e Pacífico (3,8 por cento). As proporções na Europa e Ásia Central (7,8 por cento), nas Américas (7,1 por cento) e nos Estados Árabes (7 por cento) são relativamente semelhantes (Quadro 4.3).

O setor da educação é uma fonte mais significativa de emprego para as mulheres do que para os homens: 7,4 por cento das mulheres empregadas no mundo estão neste setor, em comparação com 3,1 por cento dos homens. Não obstante, em termos globais o grau de feminização da educação (60,6 por cento) não é tão elevado quanto na saúde

Quadro 4.3. Mão-de-obra na educação em proporção do emprego total, por região e sexo e grau de feminização por região

	Mão-de-obra na educação	Mão-de-obra na educação Homens	Mão-de-obra na educação Mulheres	Mulheres - % do emprego total na educação
<i>Mundo</i>	4,8	3,1	7,4	60,6
<i>África</i>	3,3	3,1	3,6	46,4
<i>Américas</i>	7,1	3,7	11,6	69,6
<i>Estados Árabes</i>	7,0	4,3	22,6	47,4
<i>Ásia e Pacífico</i>	3,8	2,8	5,7	54,4
<i>Europa e Ásia Central</i>	7,8	3,7	12,7	73,8

Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

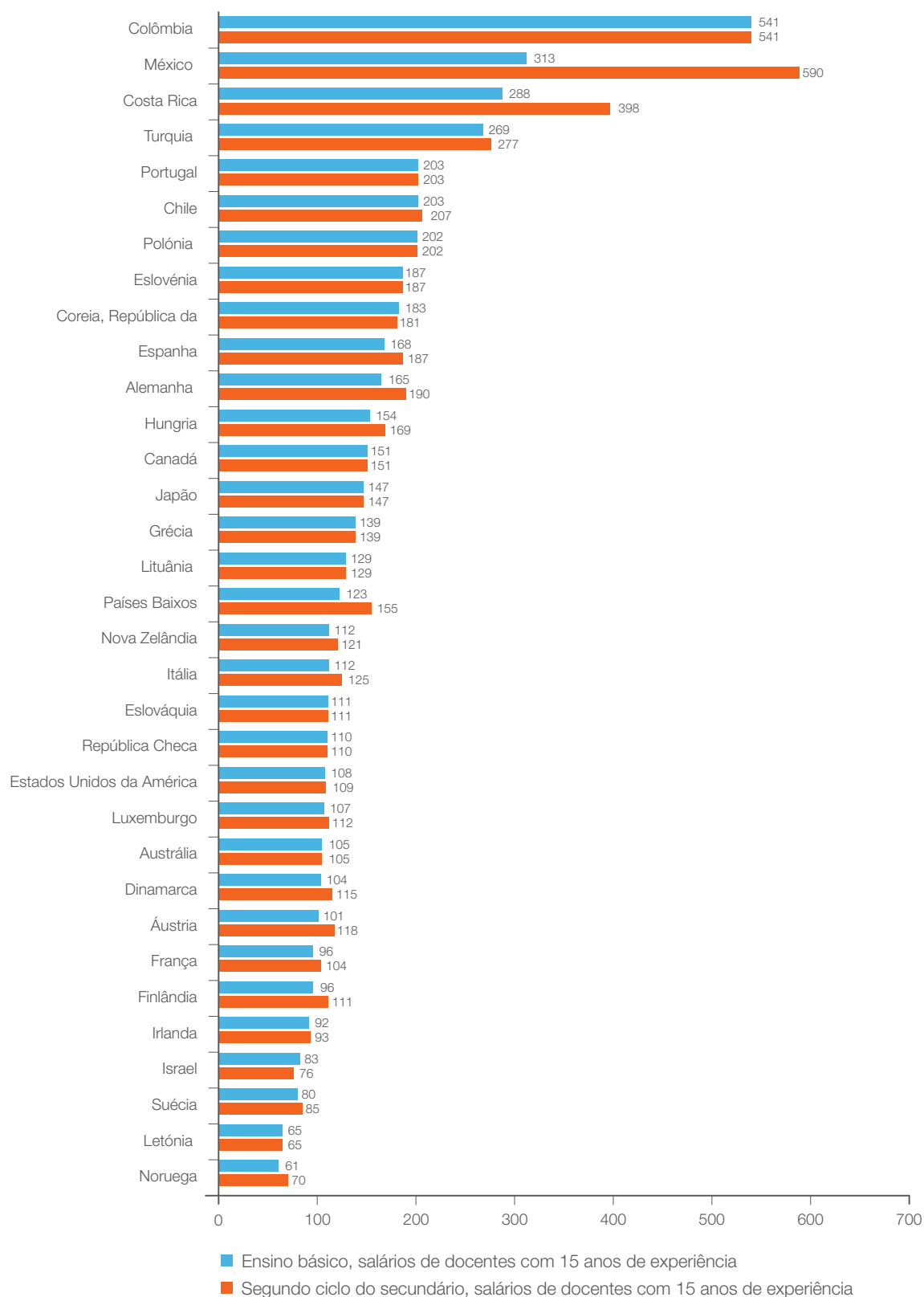
e ação social (69,6 por cento). Tal como no trabalho na saúde e ação social, o grau de feminização é mais elevado quando o emprego no setor é mais elevado. Na Europa e Ásia Central, por exemplo, o emprego no setor representa 12,7 por cento do emprego das mulheres, em comparação a 3,7 por cento do emprego dos homens, enquanto nas Américas, representa 11,6 por cento do emprego das mulheres e 3,7 por cento do emprego dos homens. A mão-de-obra na educação é mais masculina nos países africanos, com populações rurais extensas. Nos Estados Árabes, os padrões já identificados no trabalho na educação e ação social repetem-se, mas com uma diferença destacada: a região tem a maior percentagem de trabalhadores masculinos na educação em comparação com o emprego total dos homens, em 4,3 por cento.

Condições de trabalho e remuneração

Os salários com docentes representam o custo mais elevado na educação formal. Na maioria dos países da OCDE, os salários aumentam com o nível de ensino no qual dão aulas, sendo os do segundo ciclo do ensino secundário pagos 25 por cento mais do que os professores e professoras da educação pré-escolar. A Figura 4.7 mostra que os salários anuais dos docentes estão em consonância com o PIB *per capita*, ligeiramente inferiores nos países de elevado rendimento, mas superiores nos países de rendimento relativamente mais baixo. Dados da Costa Rica e do México mostram igualmente diferenças significativas entre o ensino básico e o segundo ciclo do secundário, mas na maioria dos países os seus salários anuais são semelhantes.

Com o aumento das dívidas nacionais e estimulados pelas respostas dos governos à crise financeira de 2008, os dirigentes dos países da OCDE têm procurado reduzir a despesa pública na educação, sobretudo particularmente a massa salarial.¹¹² A recessão económica em 2008 teve um impacto direto nos salários dos docentes, que foram congelados ou reduzidos em alguns países. Entre 2005 e 2015, os seus salários diminuíram em termos reais num terço dos países com dados disponíveis. A diminuição (ao nível da educação pré-escolar, ensinos básico e secundário) atingiu cerca de 10 por cento no Reino Unido e em Portugal, e até 28 por cento na Grécia.¹¹³ Os salários deste grupo profissional nos países da OCDE são, em média, inferiores aos dos trabalhadores/as a tempo completo de 25-64 anos de idade com habilitações ao nível do ensino superior e apresentam taxas de progressão mais lentas à medida que a mão-de-obra envelhece em comparação com os rendimentos de outras categorias profissionais.¹¹⁴

O setor da educação registou um aumento dos empregos temporários e a tempo parcial nas últimas décadas. O emprego temporário pode representar mais de 20 por cento do emprego na educação em países como a Espanha, Finlândia, Grécia e Portugal. A educação é um setor altamente feminizado e as mulheres estão desproporcionalmente sobrerrepresentadas nestas formas atípicas de emprego. Por exemplo, os dados da União Europeia mostram que na Alemanha e no Reino Unido a percentagem de professoras empregadas a tempo parcial era superior a 30 por cento, enquanto era de cerca de 10 por cento para os homens no período de 2009-11.¹¹⁵ Existe uma disparidade semelhante entre homens e mulheres em contratos a termo em quase todos os países da UE analisados, sobretudo na Irlanda, na Noruega e nos Países Baixos, onde a mesma percentagem de mulheres com contratos a termo em 2009-11 era duas vezes superior à dos homens.

Figura 4.7. Salários anuais de docentes com 15 anos de experiência em percentagem do PIB *per capita*, 2015

Fontes: OCDE, 2018c; Banco Mundial, 2018a.

Migração de profissionais da educação

Os/As profissionais da educação migram em todas as regiões do mundo. Uma análise da Base de Dados de Imigrantes em Países da OCDE, disponível apenas para o ano 2000, mostra que os docentes estrangeiros nos Estados Unidos da América e outros países desenvolvidos eram maioritariamente oriundos de países da OCDE (migração Norte-Norte e dentro da OCDE) com uma história colonial partilhada (isto é, países da *Commonwealth*) e países com uma língua partilhada (isto é, anglófonos).¹¹⁶ A migração de docentes tem sido altamente prevaiente em países com um sistema de ensino baseado na língua inglesa, tal como a África do Sul, Austrália, Canadá, Estados Unidos da América, Índia, Jamaica, Malásia e Reino Unido.¹¹⁷ Onde a língua inglesa não era a principal língua de ensino, ocorreu também migração de docentes, mas a níveis relativamente menos significativos.

Esta migração pode representar um potencial para «regresso de cérebros», isto é, os países de origem obtêm ganhos dos novos conhecimentos e competências que os seus migrantes adquirem no estrangeiro, não obstante falem dados detalhados que mostrem a extensão destes ganhos, as categorias de profissionais migrantes aos quais se aplica e os países de destino e de origem.¹¹⁸ Existem dados, todavia, relativamente aos docentes migrantes oriundos dos Estados Unidos da América, Índia e Reino Unido¹¹⁹ e participantes de programas de intercâmbio em Espanha, Estados Unidos da América e França,¹²⁰ que sublinham a experiência em termos de desenvolvimento e enriquecedora da migração. Em parte, é devido à análise desses dados que os méritos da migração temporária e da «migração circular» foram evidenciados. Os programas de intercâmbio de docentes asseguram que quando regressam a casa após um período definido ou periódico dentro de um período estabelecido, atendendo assim às necessidades dos países de destino, promovendo igualmente o «regresso de cérebros» ou a «circulação de cérebros» e minimizando a «fuga de cérebros» dos países de origem.¹²¹ Apesar destas vantagens, foram apontadas as possíveis implicações negativas da migração circular para os direitos laborais, entre outras, o risco da erosão de competências e sobrequalificação dos docentes migrantes.¹²²

Categorias particulares de profissionais da educação

Pessoal da educação e da proteção da primeira infância

Tanto nos países desenvolvidos como em desenvolvimento, a situação, o salário e as prestações de que o pessoal dedicado à educação da primeira infância usufrui são piores do que os dos docentes do ensino básico, o que pode conduzir a níveis baixos de satisfação no trabalho e baixas taxas de retenção.¹²³

Por exemplo, enquanto o horário de trabalho oficial pode ser semelhante ao dos professores e professoras do ensino básico, poucos países em desenvolvimento pagam atualmente pelo planeamento e preparação fora da sala de aulas. O pessoal que trabalha no setor privado nos países de baixo e médio rendimento da OCDE tem geralmente um salário inferior uma vez que o setor nem sempre garante os mesmos salários e outros benefícios dos cargos no setor público.¹²⁴ O caso da Argentina, onde as instituições que estabelecem os salários abrangem os professores e professoras da educação pré-escolar juntamente

com os professores do ensino básico, tanto no setor público como no privado, é uma exceção a esta regra e isto pode ser atribuído ao elevado nível de sindicalização.¹²⁵

Nos países da OCDE, onde é exigida uma licenciatura à maioria dos professores e professoras do pré-escolar, recebem geralmente apenas 78 por cento do salário médio dos trabalhadores a tempo completo com 25-64 anos de idade e com ensino superior. Os seus salários são inferiores aos do ensino básico e secundário.¹²⁶ Isto está associado ao baixo valor e reconhecimento atribuído a esta profissão e aos seus altos níveis de feminização, assim como às taxas de sindicalização muito baixas. Um estudo sobre os sistemas de proteção e educação da primeira infância em 17 países de quase todas as regiões do mundo concluiu que «a maior parte dos docentes do ensino pré-escolar permanecem não sindicalizados, particularmente no setor privado».¹²⁷ Os baixos níveis de sindicalização resultam num défice de diálogo social. Esta situação prevalece sobretudo nos países em desenvolvimento. Mesmo quando estão formalmente integrados no sistema de ensino básico, não há garantias de que as associações ou sindicatos de professores existentes, dominados por professores de níveis de ensino mais elevados, irão prestar atenção aos de um subsetor que é visto com frequência como um concorrente para o financiamento público.¹²⁸

Nos países da OCDE, podem ser observadas mais distinções entre a mão-de-obra docente para os 0-3 anos de idade e os 3-6 anos de idade (ou idade de início do ensino básico), dependendo do sistema de ensino. Os professores e professoras do pré-escolar têm geralmente mais exigências a nível das qualificações iniciais e melhores condições no emprego do que as pessoas cuidadoras que trabalham com crianças com menos de três anos de idade quando esses serviços de cuidados não fazem parte do sistema educativo (sistemas de ensino pré-escolar divididos). Nos sistemas integrados, as exigências mais elevadas a nível das qualificações educacionais são consistentes para todo o pessoal, sendo que os professores e professoras do ensino pré-escolar têm melhores condições de trabalho.¹²⁹

Docentes do ensino básico

Os professores e professoras dos países desenvolvidos têm geralmente melhores condições de trabalho, remuneração e estatuto do que os dos países de desenvolvimento.¹³⁰ Porém, alguns docentes do ensino básico têm mais probabilidades de ter menos sucesso, incluindo nos países desenvolvidos, sobretudo os professores assistentes e os professores de apoio contratados para ensinar crianças com necessidades especiais ou deficiência. No Reino Unido, o número de docentes auxiliares multiplicou três vezes durante os últimos 20 anos, como parte da reorganização da mão-de-obra da educação e em resultado da agenda de inclusão social. Contudo, um estudo no Reino Unido e em Itália concluiu que estes profissionais estavam muitas vezes isolados nas salas de aula e os seus papéis e responsabilidades eram esbatidos quando comparados aos dos professores nas salas de aula.¹³¹ Tinham também mais probabilidades de ter um pior contrato de trabalho e uma remuneração mais baixa, assim como de enfrentar exigências e oportunidades desiguais em termos de qualificações e formação.¹³²

Os professores do ensino básico em África, particularmente nas zonas rurais, enfrentam condições de trabalho muito difíceis, nomeadamente elevados rácios de alunos/as por docente (atingindo 70 ou 80 crianças para um/a professor/a).¹³³ Tendo em vista contrariar a falta de docentes, alguns governos africanos recrutaram jovens como professores

contratados ou professores comunitários, oferecendo períodos de formação muito curtos. Por exemplo, a grande maioria dos professores e professoras do ensino básico no Mali em 2008 eram contratados ou das comunidades locais (48 por cento e 31 por cento, respectivamente) e apenas 21 por cento eram docentes da função pública.¹³⁴ A baixa remuneração e estatuto do pessoal contratado em comparação com a posição estável e segura do pessoal docente da função pública é uma das razões fundamentais para a falta de motivação e baixa satisfação no trabalho do primeiro grupo, o que conduz a taxas de abandono elevadas e a uma qualidade de ensino medíocre.

Outra preocupação que respeita à qualidade do ensino, relacionada com o baixo e muitas vezes atrasos no pagamento ao nível do ensino básico em países de baixo rendimento, obriga a terem um segundo emprego.¹³⁵ Isto, por sua vez, contribui para as altas taxas de absentismo. Os dados de África mostram que entre 23 por cento (na Mauritânia) e mais de 70 por cento dos docentes (no Chade) acumulam com outras atividades remuneradas que, em muitos casos, se sobrepõe ao tempo de preparação das aulas e inclusivamente ao horário das aulas.¹³⁶

Pessoal universitário

O pessoal universitário inclui profissionais que trabalham numa faculdade, universidade e estabelecimento de ensino superior, assim como pessoal de investigação a tempo completo. A expansão da globalização do ensino superior, juntamente com a diminuição do financiamento público, teve consequências significativas no pessoal universitário. Verificou-se um aumento do emprego atípico e uma dependência crescente em contratos a termo entre o pessoal académico, assim como uma tendência no sentido de condições de trabalho menos seguras, o que resulta numa pressão do desempenho e de uma concorrência crescente entre os jovens universitários.¹³⁷ A diversificação da profissão universitária conduziu igualmente a uma diversidade de oportunidades de emprego oferecidas por diferentes universidades ou por universidades e empresas. As desigualdades entre mulheres e homens no acesso a cargos mais estáveis estão também acentuadas.¹³⁸

Em Espanha, em 2011, 64 por cento dos/as investigadores/as e docentes de universidades públicas tinham um contrato temporário. Esta proporção estava a crescer regularmente desde meados dos anos noventa e era ainda mais elevada do que nas universidades privadas (53 por cento).¹³⁹ Em 2011, 33 por cento dos docentes universitários trabalhavam a tempo parcial. Na Alemanha, o número de pessoal das universidades quase duplicou entre 1992 e 2009, enquanto o número de docentes permaneceu constante. Durante o mesmo período, a percentagem de assistentes com contrato a termo aumentou de 63 para 83 por cento. São frequentemente oferecidos cargos a tempo parcial a jovens não obstante trabalhem efetivamente a tempo completo, com consequências adversas nos seus salários.¹⁴⁰ Os fatores que explicam este crescimento geral de formas atípicas de emprego incluem o excesso de pessoas com licenciatura e de docentes, uma transferibilidade geralmente mais elevada das suas competências entre as profissões e regimes contratuais diferentes entre os setores público e privado, assim como os cortes na despesa pública no setor da educação.¹⁴¹ Além disso, o financiamento público para a investigação é distribuído com mais frequência a projetos de investigação financiados externamente do que diretamente às universidades, favorecendo as-

sim o crescimento de contratos associados a projetos específicos. Nos Estados Unidos da América, a precariedade crescente do corpo docente universitário está relacionada com a diminuição das taxas de inscrição no ensino superior e a diminuição da procura de docentes. Neste contexto de diminuição do número de postos de trabalho, os empregadores têm uma posição privilegiada em termos do estabelecimento das condições de emprego de docentes não titulares.¹⁴²

4.2.3. Trabalho doméstico

O trabalho doméstico abrange 70,1 milhões de mulheres e homens em todo o mundo, constituindo 18 por cento da mão-de-obra de cuidados a nível mundial. O seu papel na prestação de cuidados não pode ser menosprezado.

Caixa 4.4. Comparabilidade de dados entre 2013 e 2016 e estimativas atuais

Em 2013, a OIT publicou as suas primeiras estimativas mundiais e regionais sobre o trabalho doméstico.¹⁴⁵ Nessa altura, a OIT estimou que existiam 52,6 milhões de trabalhadores e trabalhadoras domésticos em 2010, seguindo-se um aumento de mais de 19 milhões durante um período de 15 anos. A OIT publicou então uma segunda estimativa em 2016, que também considerou a população migrantes.¹⁴⁶ Nessa altura, a OIT estimou que existiam 68 milhões de trabalhadores e trabalhadoras domésticos em todo o mundo. Não obstante, a publicação usou uma metodologia semelhante, mas não comparável, à do primeiro relatório. As estimativas atuais são baseadas numa metodologia que é semelhante à metodologia utilizada em 2013, baseada em dados a nível dos países e sem ajustamentos para a migração. Esta metodologia foi selecionada para permitir determinar os números em termos comparáveis à restante economia de cuidados.

Fontes: OIT, 2013a e 2015c.

O trabalho doméstico permanece também um setor fortemente feminizado: 49,2 milhões, ou 70,2 por cento são mulheres. Porém, totalizando 20,9 milhões, a percentagem de homens que trabalham neste setor não pode ser negligenciada. A maioria estão na Ásia e Pacífico (15,5 milhões),¹⁴³ enquanto os números são substancialmente inferiores nas outras regiões, variando entre 0,32 milhões na Europa e 2,3 milhões em África (ver

Quadro 4.4. Trabalhadores/as domésticos/as (empregados por famílias) em proporção do emprego total, homens e mulheres, por região e sexo e taxa de feminização por região

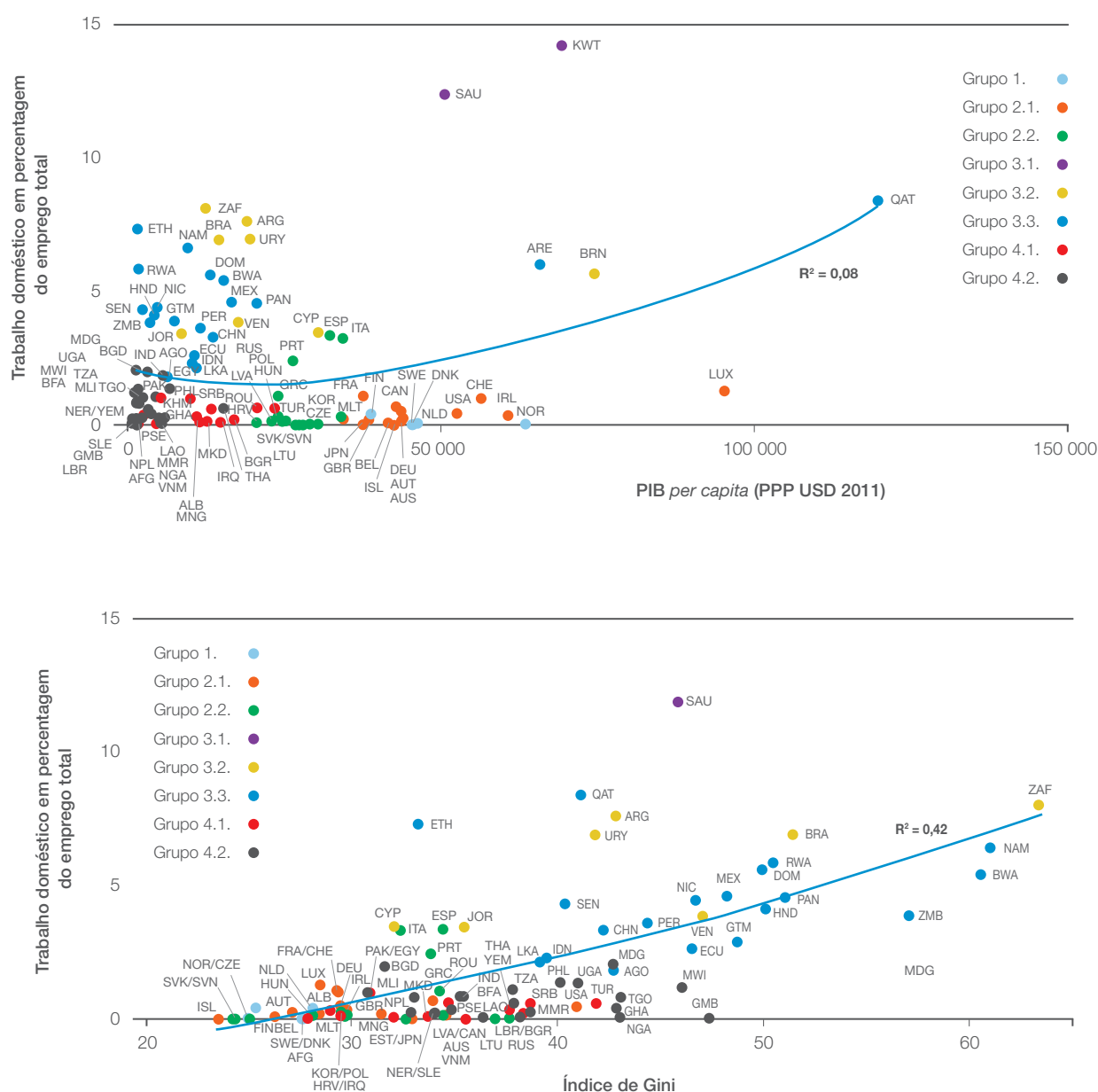
	Trabalhadores Domésticos	Trabalhadores Domésticos Homens	Trabalhadoras Domésticas Mulheres	Taxa de feminização (%)
<i>Mundo</i>	2,1	1,0	3,8	70,2
África	2,6	0,9	4,8	80,3
Américas	3,6	0,5	7,7	92,1
Estados Árabes	5,8	3,1	21,2	54,1
Ásia e Pacífico	1,9	1,3	2,9	56,8
Europa e Ásia Central	0,7	0,1	1,4	88,7

Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

Caixa 4.4). Ainda assim, as trabalhadoras domésticas suplantam os homens em todas as regiões. Constituem quase a totalidade (92,1 por cento) nas Américas, 88,7 por cento na Europa e Ásia Central e 80,3 por cento em África (Quadro 4.4).

Ao nível dos países, a única correlação mais significativa da proporção de trabalhadores e trabalhadoras domésticos é o coeficiente de Gini - uma medida das desigualdades de

Figura 4.8. Relação entre trabalho doméstico em percentagem do emprego total e PIB *per capita* e índice de Gini



Nota: para uma descrição dos grupos, ver secção 4.2 e Figura 4.10. Ver Anexo A.6 para consultar a lista dos códigos de países.

Fontes: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados) e Banco Mundial, 2018a.

rendimento.¹⁴⁴ Quanto mais desigual é um país, maior é a probabilidade deste grupo ser significativo no total do emprego (ver Figura 4.8). Isto é compreensível, uma vez que - para que os agregados familiares tenham possibilidades de empregar trabalhadores/as por conta de outrem - os seus ganhos têm de ser suficientemente mais elevados do que os salários que pagam como empregadores. Contudo, uma procura importante pode ser explicada apenas pelos agregados com mais poder económico. Os países com níveis de procura de trabalho doméstico acima da média são os dos Estados Árabes, determinados países da América Latina e a África do Sul. O facto de o PIB *per capita* não constituir uma forte correlação do emprego no trabalho doméstico indica que a dependência de trabalho doméstico é transversal aos países com diferentes níveis de rendimento.

Condições de trabalho do serviço doméstico

Trabalhar no serviço doméstico significa enfrentar algumas das piores condições de trabalho no conjunto dedicado à prestação de cuidados, e é particularmente vulnerável à exploração. Estas condições são o resultado de uma confluência de fatores: o trabalho doméstico é realizado à porta fechada, muitas vezes excluído da proteção laboral e social e sem modalidades de trabalho formais. A combinação da privacidade da casa, da falta de proteção efetiva e as normas sociais discriminatórias deixam estes trabalhadores e trabalhadoras particularmente vulneráveis a horários de trabalho prolongados a troco de uma baixa remuneração e abusos e violência no trabalho. Devido à composição da mão-de-obra, estas condições afetam de forma desproporcional as mulheres, e sobretudo de comunidades que já enfrentam discriminações na sociedade: migrantes, povos indígenas e as pessoas em situação de pobreza multigeracional.

As suas condições de trabalho são o resultado de um conjunto de políticas do mercado de trabalho, de migração e políticas de cuidados (ou a falta destas). O custo e a complexidade das várias opções de cuidados, moldam as escolhas disponíveis para os agregados familiares. Quando confrontadas com alternativas insustentáveis, as famílias podem considerar mais tentador procurarem as soluções mais baratas e fáceis para os cuidados disponíveis no mercado.

Os empregos neste setor são nitidamente imprevisíveis e casuais, e têm poucos direitos. Um estudo recente concluiu que mais de metade dos/as trabalhadores/as domésticos/as na Alemanha, Espanha, Estados Unidos da América, Itália e Luxemburgo encontram-se em situação de trabalho a tempo parcial e enfrentam períodos frequentes de desemprego. Estas taxas são estatisticamente mais elevadas no trabalho doméstico do que entre áreas de cuidados e outros setores.¹⁴⁷

Muitas vezes a pobreza obriga a aceitar condições de trabalho e de vida que violam os seus direitos humanos. Os/as trabalhadores/as domésticos/as encontram-se entre os trabalhadores pior remunerados, ganhando bem abaixo do rendimento médio das mulheres empregadas, e muitas vezes mal conseguindo estar acima do limiar de pobreza. As estimativas da OIT sugerem que normalmente ganham menos de metade (e por vezes não mais de cerca de 20 por cento) do salário médio num dado país.¹⁴⁸ Esta diferença salarial é devida à subvalorização generalizada do trabalho doméstico, à discriminação salarial e ao seu limitado poder de negociação.¹⁴⁹ As evidências mostram igualmente importantes diferenças salariais entre nacionais e migrantes e, em algumas circunstâncias, entre tra-

balhadores e trabalhadoras domésticos migrantes de diferentes nacionalidades que não podem ser atribuídas às diferenças na escolaridade ou experiência de trabalho.

Os baixos salários levam muitas vezes a trabalhar até ao limite das suas capacidades físicas e emocionais apenas para subsistir. Sobretudo para quem vive no domicílio do empregador, as pressões de um trabalho de 12 horas por dia ou mais com pouco ou nenhum descanso diário ou semanal tem impactos graves na sua saúde, não lhe deixando tempo suficiente para cuidar de si próprio e das suas famílias.¹⁵⁰

Quando concordam trabalhar na casa privada de alguém, colocam o seu direito à privacidade e a sua segurança em risco. Ao fazê-lo, tornam-se particularmente vulneráveis à violência e ao assédio no trabalho, uma experiência comum no setor. Os estudos existentes revelam formas de violência verbal, física e sexual.¹⁵¹ As formas mais comuns são os abusos verbais, insultos e ameaças. Muitos trabalhadores e trabalhadoras domésticos são também vítimas de assédio sexual.¹⁵² Outras formas de violência incluem as acusações de roubo, alimentação insuficiente, acomodações desumanas e horas excessivas de trabalho sem descanso. Estas são muitas vezes agravadas pelo confinamento no agregado familiar, muitas vezes qualificado como trabalho forçado.¹⁵³

Estimativas recentes mostram que 90 por cento não tem acesso à segurança social.¹⁵⁴ Esta falta de cobertura afeta de forma desproporcional as mulheres, uma vez que mais de um terço das trabalhadoras domésticas estão excluídas da legislação de proteção da maternidade, e a gravidez resulta frequentemente numa perda de rendimentos ou até na cessação do emprego (ver Caixa 4.5). Em muitos casos o trabalho doméstico é explicitamente excluído da proteção laboral. Por exemplo, apenas 10 por cento tem acesso a uma proteção laboral igual à usufruída pelos outros trabalhadores. Mais de metade não tem limites nos seus horários de trabalho semanais ao abrigo da legislação nacional e aproximadamente 45 por cento não tem direito a períodos de descanso semanais, o que resulta em violações generalizadas do direito ao descanso. Além disso, apenas metade tem proteção do salário mínimo em base de igualdade com os outros trabalhadores.¹⁶¹ Mesmo quando abrangidos pela proteção laboral, as dificuldades na monitorização e aplicação da legislação laboral conduziram a uma norma de não cumprimento em muitos países. Como resultado, poucas famílias estabelecem contratos de trabalho.¹⁶²

As precárias condições de trabalho são também resultado da sua voz e representação limitadas no setor. Estão frequentemente excluídos do direito à liberdade de associação e negociação coletiva. Não obstante estejam organizados em vários países, as barreiras legais e práticas à formação e filiação em sindicatos são muitas vezes significativas e difíceis de superar. Os trabalhadores e trabalhadoras domésticos migrantes, particularmente, são frequentemente excluídos da filiação em sindicatos ou de formar sindicatos, ou de ser eleitos no sindicato. Uma vez que os empregadores dos trabalhadores domésticos raramente se veem a si próprios como empregadores, também raramente fazem parte de organizações de empregadores representativas, embora existam algumas.¹⁶³

Caixa 4.5. Recrutamento por intermediário para trabalho doméstico

Tal como definido na Convenção (n.º 189) o recrutamento para trabalho doméstico pode ser feito diretamente pelos agregados familiares ou através de intermediários. Os intermediários podem ser públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos e podem incluir cooperativas ou plataformas digitais. A sua utilização tem influência na relação de emprego.¹⁵⁵ Em alguns casos, a contratação direta por um intermediário que coloca os trabalhadores e trabalhadoras domésticos em domicílios particulares; noutros casos, são colocados através do intermediário, caso em que o contrato de trabalho é realizado entre o/a trabalhador/a e a família, existindo um contrato de serviços entre o intermediário e o agregado familiar. Cada uma destas modalidades pode estar sujeita a investimento público, ou não. Por exemplo, na Califórnia, o estado financia os cuidados domiciliários, que podem ser diretamente contratados pelo agregado familiar ou através de um intermediário.¹⁵⁶ O resultado é uma variedade de modelos de contratação, influenciando significativamente a sua proteção laboral.

Paralelamente, nos últimos anos observou-se o crescimento da utilização de plataformas digitais para o recrutamento para os agregados familiares nos Estados Unidos da América, Europa e Médio Oriente e, mais recentemente, na África do Sul, Índia e México. Não obstante pareça ser que apenas números marginais de trabalhadores domésticos tenham sido colocados através destas plataformas, surgiram advertências sobre os seus efeitos na proteção laboral. Presentemente, muitas destas plataformas encontram-se fora do âmbito do campo de aplicação das regulamentações que poderiam, de outra maneira, assegurar-lhes proteção laboral.¹⁵⁷ De facto, embora procurar trabalho através destas plataformas possa parecer atrativo devido à flexibilidade que estas permitem, a utilização destas plataformas pode excluir da proteção laboral, dado que a prática mais comum na maioria das plataformas de trabalho é classificar os trabalhadores como trabalhadores independentes.¹⁵⁸

Os intermediários também trabalham além-fronteiras, uma vez que alguns trabalhadores domésticos migrantes entram nos países de acolhimento através da mediação das agências de recrutamento formais. Os elevados custos do recrutamento expõem os migrantes às dívidas e aos abusos, inclusivamente se o quadro jurídico internacional sublinhar claramente que as comissões de recrutamento não podem ser suportadas pelo trabalhador de acordo com a Convenção (n.º 181) relativa às Agências de Emprego Privadas, de 1997. Nas Filipinas, por exemplo, onde as comissões de recrutamento são ilegais, algumas agências de recrutamento exigem que frequentem formação em competências antes da partida, cobrando valores excessivos, mas a formação prestada não tem relevância ou utilidade para o trabalho a desempenhar. Há evidência de que, tendo em vista cobrir as comissões de recrutamento e outros custos relacionados, os potenciais migrantes e as suas famílias muitas vezes assumem dívidas pesadas, o que os torna particularmente vulneráveis à exploração e, nos piores casos, a servidão por dívidas e outras formas de trabalho forçado.¹⁵⁹

Em 2014, a OIT lançou a Iniciativa de Recrutamento Justo para ajudar a prevenir o tráfico de pessoas e o trabalho forçado e proteger os trabalhadores e trabalhadoras, incluindo migrantes, de práticas abusivas e fraudulentas durante os processos de recrutamento, que envolvem pré-seleção, seleção, transporte, colocação e regresso seguro. A iniciativa também visa reduzir os custos da migração laboral e melhorar os resultados em termos de desenvolvimento para os trabalhadores migrantes e as suas famílias. Os *Princípios gerais e as diretrizes práticas para uma contratação equitativa* (2016) da OIT, estipulam que «o recrutamento deve ocorrer de uma forma que respeite, proteja e cumpra os direitos humanos internacionalmente reconhecidos, incluindo os expressos em normas internacionais do trabalho e, em particular, o direito à liberdade sindical e negociação coletiva, e a prevenção e eliminação do trabalho forçado, trabalho infantil e discriminação em matéria de emprego e profissão».¹⁶⁰

^a Fontes: Berg, 2016; Boris, Unden e Kulick, 2017; Fudge e Hobden, 2018; Gallotti, 2015; Hunt e Machingura, 2016; OIT, 2016b.

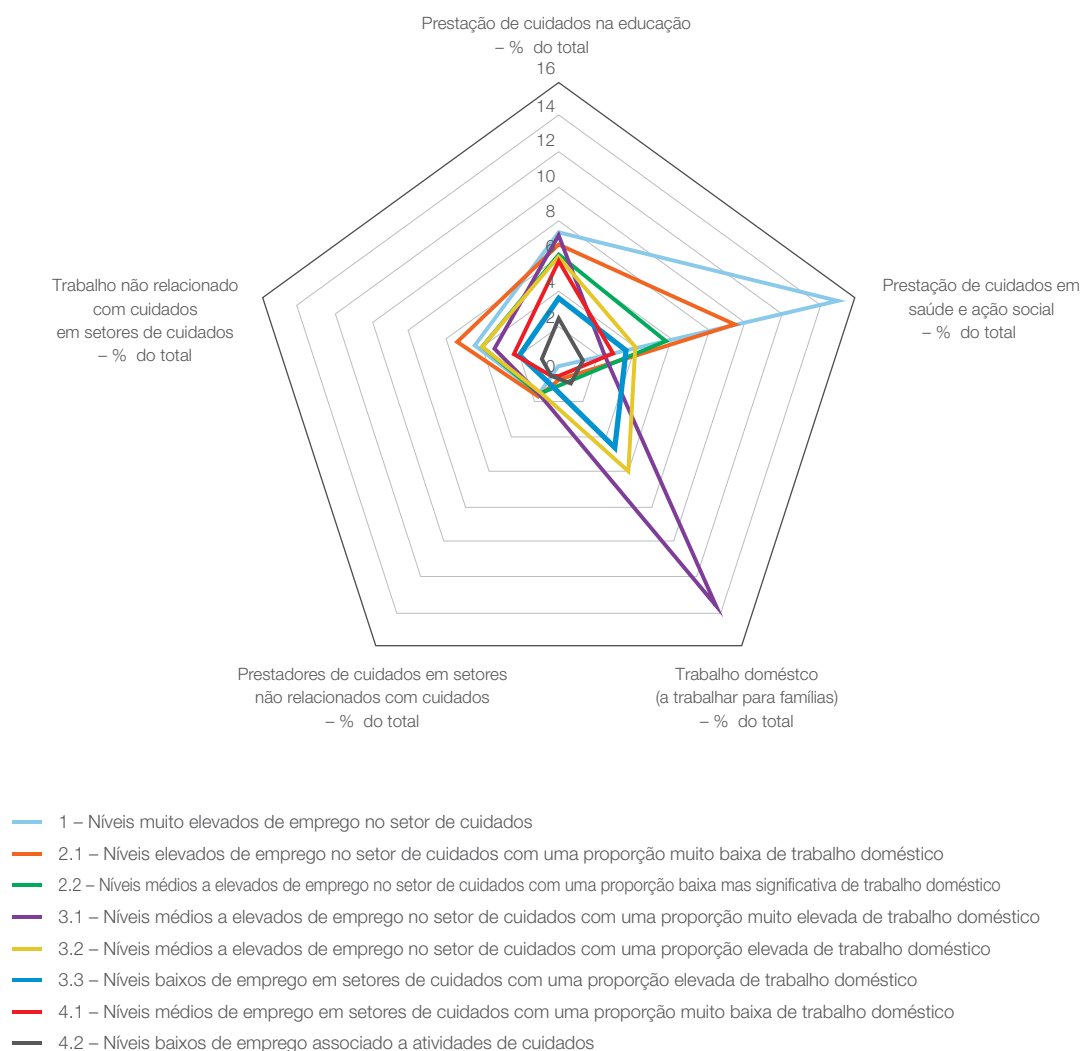
4.3. EXPLICAR OS NÍVEIS E A COMPOSIÇÃO DO EMPREGO DAS ATIVIDADES DE CUIDADOS

As estimativas regionais dos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados apresentadas na secção 4.1, embora informativas, escondem enormes variações entre as regiões. Existem grandes diferenças entre os países em função da sua dimensão e nível de desenvolvimento, assim como dos seus mercados de trabalho, das suas políticas de migração e do alcance dos seus serviços de saúde, educação e de cuidados. Esta secção analisa as variações entre países ao nível e composição do emprego nas atividades de cuidados e relaciona-as com as condições de trabalho dos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados.

São apresentados oito modelos de emprego nas atividades de cuidados nos quatro subtítulos, que derivam de um grupo de análise das proporções no total do emprego de cuidados na educação, de cuidados da saúde, trabalho doméstico (a trabalhar para famílias) e emprego não relacionado com os cuidados em setores de cuidados. Foram agrupados um total de 99 países na base destes indicadores.¹⁶⁴ Os grupos são: 1) Níveis muito elevados de emprego em setores de cuidados; 2) Níveis elevados de emprego em setores de cuidados, compreendendo dois subgrupos (Níveis elevados de emprego em setores de cuidados com uma proporção muito baixa de trabalho doméstico e Níveis médios a elevados de emprego em setores de cuidados com uma proporção baixa mas significativa de trabalho doméstico); (3) Recurso importante a trabalho doméstico, compreendendo três subgrupos (Níveis médios de emprego em setores de cuidados com uma proporção muito elevada; Níveis médios a elevados de emprego em setores de cuidados com uma proporção elevada; e Níveis baixos de emprego em setores de cuidados com uma proporção elevada; e (4) Níveis médios a baixos de emprego em setores de cuidados, compreendendo dois subgrupos (Níveis médios de emprego em setores de cuidados com uma proporção muito baixa de e Níveis baixos de emprego associado a cuidados).

A Figura 4.9 mostra de que forma estes modelos de emprego de cuidados são definidos, de acordo com as cinco dimensões incluídas na análise. Quanto maior for a área contida dentro das linhas, maior é o nível do total do emprego nos setores de cuidados: o grupo 1 é o maior (níveis muito elevados de emprego em setores de cuidados), em que a mão-de-obra nos cuidados representa 27,7 por cento do emprego total, e o grupo 4.2 é o mais pequeno (baixos níveis de emprego associado a cuidados), representando 4,7 por cento do emprego total.

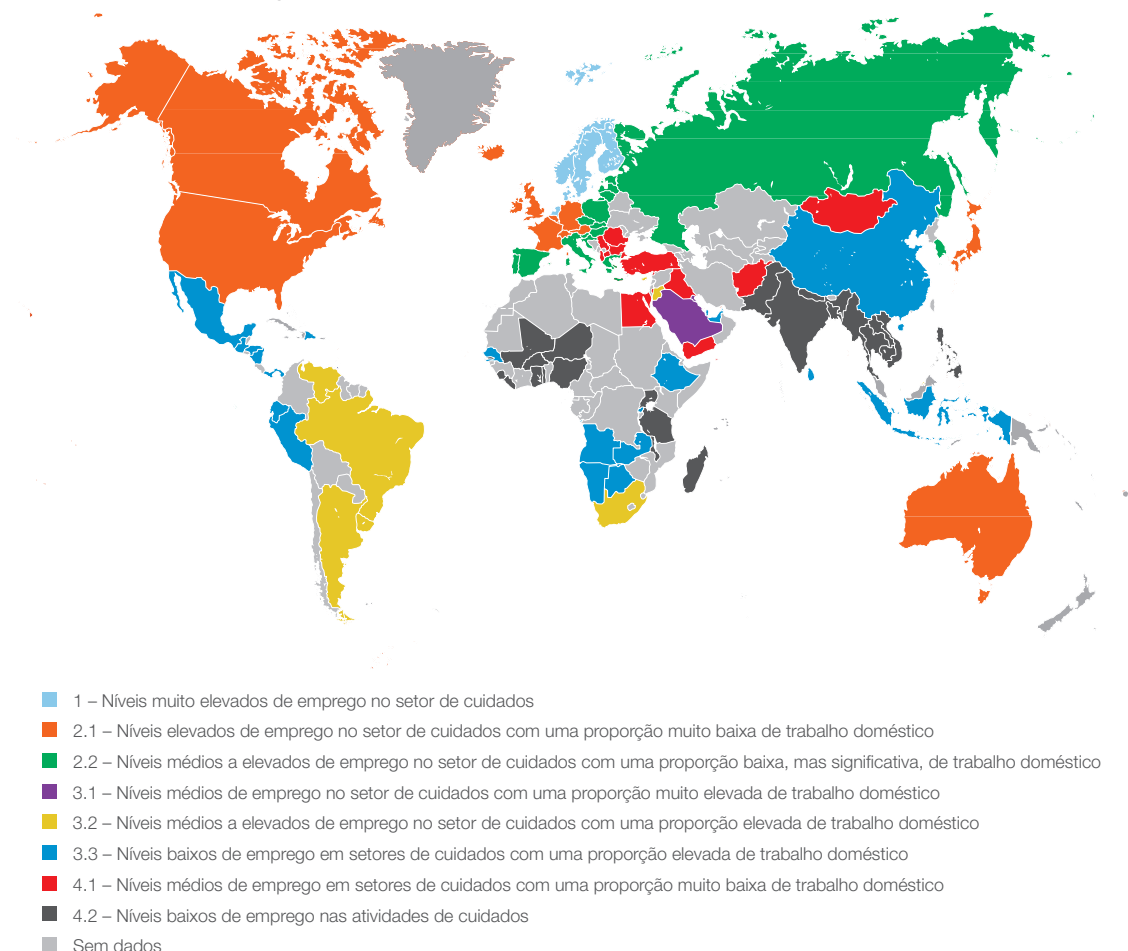
A Figura 4.9 mostra que existem duas fontes principais de variação entre estes grupos: a percentagem de emprego no setor da saúde e ação social, impulsionada pela cobertura dos cuidados de saúde e os cuidados continuados e a percentagem de emprego no trabalho doméstico que, em muitos casos, inclui um número desproporcionado de trabalhadores domésticos migrantes. As variações no emprego relacionado com a educação são menos marcadas, resultando do efeito combinado de níveis de cobertura no ensino básico quase universais, e níveis semelhantes (e baixos) de cobertura da educação pré-escolar, com exceção do grupo 1. As variações no trabalho não relacionados com cuidados em setores de cuidados tendem a ser proporcionais aos números de trabalhadores na prestação de cuidados em setores de cuidados e todos os grupos

Figura 4.9. Emprego na prestação de cuidados em percentagem do emprego total, por região e sexo

Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

têm baixos níveis em setores não relacionados com cuidados. A esquematização da análise do grupo na Figura 4.9 indica desde já a importância das políticas de educação, saúde e cuidados na explicação da extensão do emprego nos setores de cuidados e o papel de substituição que o trabalho doméstico pode desempenhar na sua ausência.

Dispor 99 países em oito grupos implica, sem dúvida, algum nível de generalização, pois nenhum país é exatamente igual a outro. Nos grupos apresentados abaixo, alguns países dentro da mesma região e no mesmo nível de desenvolvimento são agrupados, mas diversos grupos são transversais a regiões e níveis de rendimento, mostrando que os níveis e a composição do emprego de cuidados são diversos e podem ser explicados, em certa medida, pelas opções políticas implementadas a nível nacional (Figura 4.10).

Figura 4.10. Modelos de emprego relacionado com as atividades de cuidados cuidados

Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

4.3.1. Grupo 1 – Níveis muito elevados de emprego em setores de cuidados

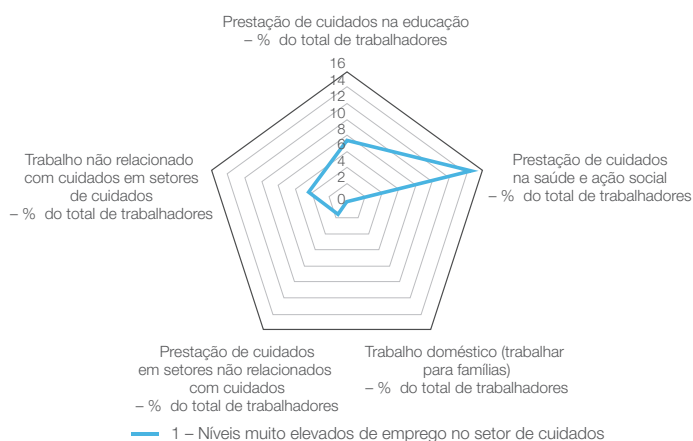
Os países incluídos neste grupo são a Dinamarca, Finlândia, Noruega e Suécia - quatro países nórdicos - e os Países Baixos. No seu modelo de emprego relacionado com os cuidados, a mão-de-obra de cuidados constitui aproximadamente um terço das pessoas empregadas e mais de 40 por cento das mulheres empregadas. A isto junta-se uma proporção muito elevada de trabalhadores e trabalhadoras de cuidados, cerca de 20 por cento do emprego total, atingindo 25 por cento na Noruega. Aproximadamente dois terços trabalham na saúde e ação social e um terço na educação (ver Figura 4.9.a). Estas proporções explicam-se pelos direitos universais relativamente à prestação de serviços de cuidados, e pelas tendências demográficas com diferentes requisitos para a prestação de serviços entre as crianças e as pessoas idosas.

Serviços de cuidados

Fundamental para explicar estes níveis de emprego de cuidados é a cobertura dos serviços de cuidados, sobretudo os cuidados a crianças e pessoas idosas, que são direitos universais baseados na cidadania em detrimento do rendimento ou participação prévia no mer-

cado de trabalho. Cerca de 50 por cento das crianças frequentam a educação pré-escolar e serviços de desenvolvimento nestes países, atingindo o seu nível mais alto na Dinamarca (64 por cento), mas inferior na Finlândia (28 por cento).¹⁶⁵ A educação pré-escolar e os serviços de cuidados desenrolam-se em horário completo (mais de 30 horas semanais), com a exceção dos Países Baixos (20 horas semanais).¹⁶⁶ Por sua vez, os elevados níveis de emprego na educação estão associados aos rácios alunos-professor inferiores a 15:1 na educação pré-escolar e no ensino básico,¹⁶⁷ combinados com a prestação universal de serviços de cuidados a crianças aos níveis pré-escolar (com a exceção da Finlândia, onde a taxa de inscrição é de 79 por cento), básico e secundário.¹⁶⁸

Figura 4.9.a. Grupo 1



Estes países têm uma história partilhada na prestação de serviços de cuidados continuados de elevada qualidade e financiada por impostos. As autoridades locais são as principais responsáveis pela implementação da legislação nacional, pelo financiamento de serviços de cuidados para pessoas idosas e, historicamente, também por fornecer a grande maioria destes serviços.¹⁶⁹ Na Suécia, aproximadamente 4,5 por cento da população com mais de 65 anos recebe cuidados continuados em instituições, e 12 por cento recebe cuidados em casa; a Dinamarca, a Finlândia e a Noruega têm valores comparáveis. A Finlândia tem uma proporção relativamente mais baixa de pessoas deste grupo etário a receber cuidados em casa (6,8 por cento).¹⁷⁰ Desde o ano 2000, os serviços de cuidados domiciliários triplicaram (como percentagem do número total de horas trabalhadas) nestes países, mas o número de pessoas em cuidados residenciais aumentou apenas 50 por cento durante o mesmo período.¹⁷¹ Ocorreu uma expansão dos cuidados domiciliários e dos cuidados residenciais continuados juntamente com o crescimento da prestação com vista a obter lucro,¹⁷² o que teve um impacto significativo na expansão do número de profissionais de cuidados a assumir trabalhos no domicílio e tarefas domésticas através de agências de prestação de serviços privadas ou pelo Estado.¹⁷³

Estes países encontram-se entre os países com a maior densidade de profissionais de cuidados de saúde, tais como pessoal de enfermagem e médicos, tendo em conta a população. A Noruega, por exemplo, duplicou o número médio de pessoal de enfermagem da OCDE (17 por cada 1000 habitantes) e o número equivalente de pessoal médico e um terço superior ao número médio da OCDE (32 por cada 1000 habitantes).¹⁷⁴

A ampla cobertura dos serviços de cuidados está associada papel primordial de que o setor público desempenha na gestão do setor de cuidados nestes países, refletido nos altos níveis de despesa pública na educação (mais de 7 por cento do PIB),¹⁷⁵ assim como na saúde e ação social (quase 10 por cento do PIB),¹⁷⁶ financiado através dos impostos. Relativamente à saúde e ação social, a despesa com cuidados continuados em percentagem do PIB atinge 3,6 por cento na Suécia, seguida pela Dinamarca e Noruega (2,4 por cento) e pela Finlândia (2,1 por cento).¹⁷⁷ Estes países são também «grandes consumidores» no que respeita às políticas em maté-

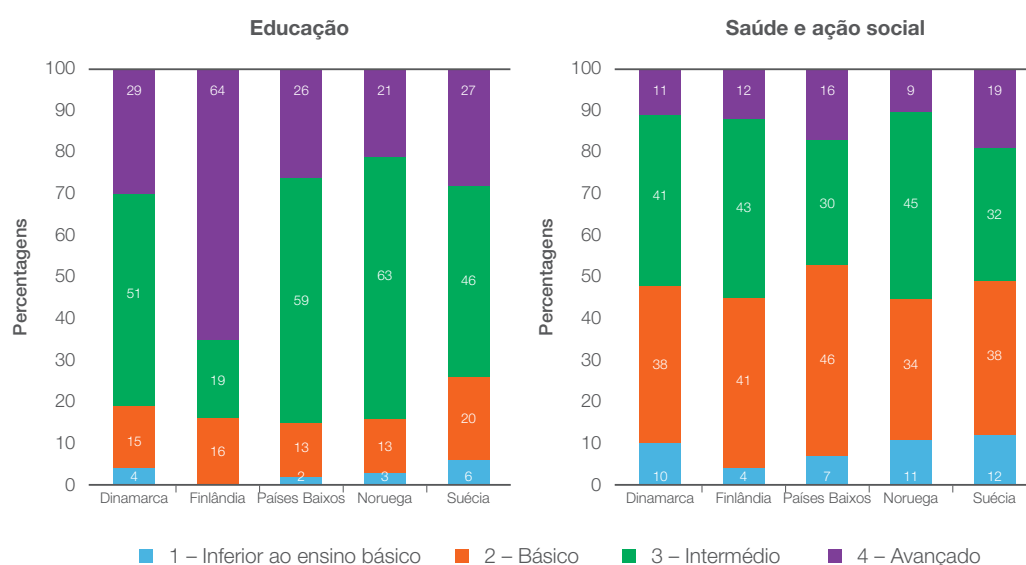
ria de deficiência,¹⁷⁸ abrangendo não só o acesso à proteção social, mas também a integração no mercado de trabalho a níveis mais elevados do que outros países europeus.¹⁷⁹

Nível de qualificação do pessoal

Na Suécia, muitas das pessoas empregadas nos cuidados a crianças são professores e professoras acreditados com habilitações comparáveis às suas contrapartes no sistema do ensino básico.¹⁸⁰ O pessoal da educação pré-escolar é constituído por professores e professoras do pré-escolar e auxiliares de infância. Os professores da educação pré-escolar da Suécia completam um curso universitário de três anos e meio, enquanto o pessoal auxiliar de infância completam um programa no ensino secundário de três anos, que lhes proporciona formação para trabalhar com as crianças pequenas. As creches familiares oferecem uma opção com um custo mais reduzido uma vez que se apoiam em pessoal menos especializado. Os trabalhadores e trabalhadoras das creches familiares recebem salários mais baixos do que quem trabalha nas creches formais, uma vez que não lhes é exigido que tenham uma formação universitária ou secundária em cuidados a crianças, não obstante tenham de completar uma formação oferecida pelos municípios. Estas diferenças nas exigências a nível das habilitações são refletidas nas percentagens relativamente elevadas de profissionais de cuidados na educação com diplomas intermédios na Suécia, assim como em todos os outros países deste grupo, com a exceção da Finlândia (Figura 4.11).

A extensão da prestação de cuidados continuados nestes países explica a combinação de elevadas densidades de profissionais de cuidados de saúde acima mencionadas, com um número relativamente baixo (abaixo de 20 por cento) de profissionais de cuidados na saúde com graus académicos mais elevados (Figura 4.11).

Figura 4.11. Perfis do nível de escolaridade de profissionais de cuidados na educação e na saúde e ação social



Nota: Os níveis de escolaridade são identificados utilizando a Classificação Internacional Tipo da Educação (CITE 11). Inferior ao ensino básico: sem escolaridade nem educação pré-escolar. Básico: ensino básico e secundário inferior. Intermédio: ensino secundário superior e pós-secundário não superior. Avançado: nível de ensino superior de curta duração, licenciatura, mestrado e doutoramento ou equivalente.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

Trabalho doméstico

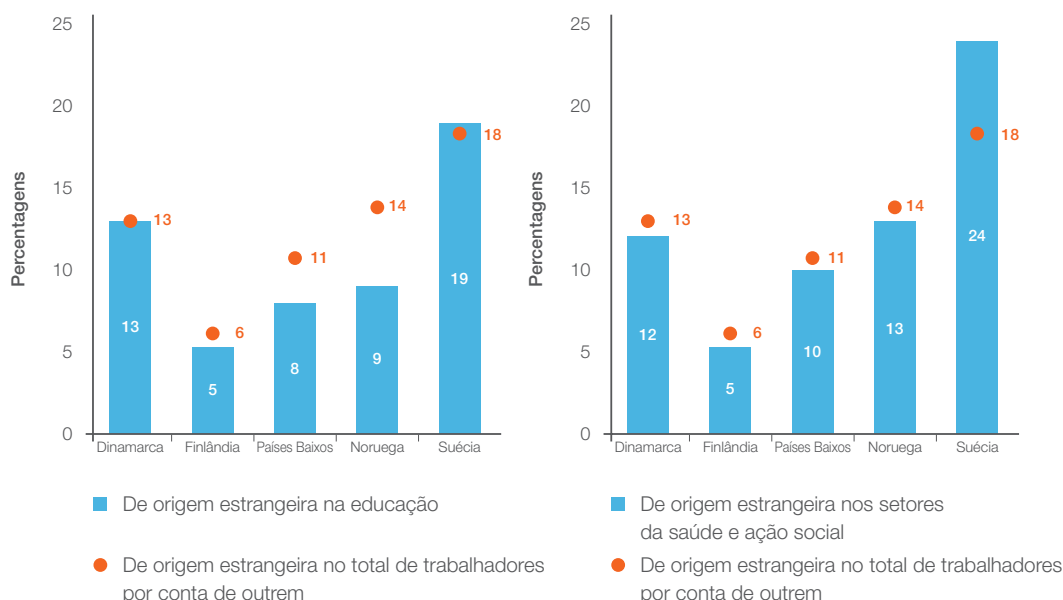
As reduções fiscais tornaram mais acessível a contratação de trabalhadores e trabalhadoras domésticos aos agregados familiares privados (geralmente de elevado rendimento), um facto que expandiu o mercado do pessoal domiciliário e os serviços de cuidados à família nestes países. Estas reduções são mais generosas na Finlândia e na Suécia, onde os utilizadores beneficiam de uma redução fiscal de 45 ou 50 por cento nos custos de mão-de-obra dos serviços realizados em casa dos contribuintes ou em casa dos seus pais, e adquiridas a uma empresa registada ou a uma pessoa que trabalha como independente.¹⁸¹ As reduções têm sido um meio de transformar o trabalho não declarado em trabalho declarado, criar oportunidades de emprego, sobretudo para pessoas em situação de desemprego e trabalhadores e trabalhadoras com baixos níveis de qualificação.¹⁸² Nos Países Baixos, os regimes de prestações pecuniárias para pessoas idosas relativamente generosos, juntamente com o facto de que os beneficiários necessitam de justificar as suas despesas, desencorajaram o recurso a uma mão-de-obra de cuidados mal paga e não regulamentada (e geralmente migrante).¹⁸³

O setor é dominado por empresas que empregam profissionais e prestam os seus serviços nas famílias, sendo que são escassas as situações em que o recrutamento é feito diretamente pelas famílias (perto de zero em termos estatísticos). Contudo, a expansão dos mercados privados tem resultado numa maior estratificação da mão-de-obra de cuidados. Na Suécia, por exemplo, o setor doméstico é composto por diversos níveis.¹⁸⁴ No limite superior, encontram-se pessoas que realizam serviço doméstico para pessoas idosas e são empregadas pelo setor público nos municípios, diretamente ou através de uma agência do setor público. Estas situações proporcionam melhores remunerações e condições de trabalho do que as do mercado estritamente privado e têm a proporção mais pequena de trabalhadores e trabalhadoras de origem estrangeira. No segundo nível, as empresas privadas empregam maioritariamente migrantes, que podem estar a realizar muitas das mesmas tarefas para pessoas idosas realizadas pelas pessoas contratadas através do município, mas que têm salários mais baixos e empregos menos seguros. O nível inferior é composto por aquelas pessoas que se encontram em situação de emprego não regulado e não declarado, a maioria das quais migrantes sem documentos que têm as piores condições de emprego e a quem é pago metade, ou inclusivamente menos de metade, do salário corrente no setor. Trabalham geralmente em pequenas empresas, sendo que são estas que constituem a maior proporção do setor.¹⁸⁵

Trabalhadores e trabalhadoras de cuidados migrantes

Os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados migrantes nos setores da educação, saúde e ação social representam uma proporção mais pequena da mão-de-obra das atividades de cuidados do que os trabalhadores migrantes por conta de outrem entre o total de trabalhadores de cuidados, com a exceção da Suécia, onde constituem quase um quarto do total que trabalha na saúde e ação social (Figura 4.12). Na Dinamarca, os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados migrantes representam 12 por cento do emprego na saúde e ação social (com 21 por cento nos cuidados continuados) e a maioria são provenientes de outros países nórdicos. Trabalham sobretudo em profissões para as quais é apenas exigido o nível mais baixo de qualificações, não obstante beneficiem da mesma proteção social e direitos laborais dos trabalhadores nacionais.¹⁸⁶ Uma proporção substancial da mão-de-obra de cuidados é composta

Figura 4.12. Percentagem de pessoas de origem estrangeira na prestação de cuidados na educação e na saúde e ação social



Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

por uma segunda ou terceira geração descendente de migrantes, que nasceram no país, e que tem geralmente um baixo nível de escolaridade.

Existem também evidências de um recurso extensivo a *au pairs*.¹⁸⁷ As *au pairs* não são usualmente consideradas empregadas e, conseqüentemente, não são cobertas pela proteção laboral. Tanto a Noruega como a Dinamarca recebem a maioria das suas *au pairs* das Filipinas.¹⁸⁸ Da mesma forma, na Dinamarca a maioria das *au pairs* são provenientes das Filipinas e de regiões mais pobres da Europa. Isto, não obstante o facto de as Filipinas, embora incentivem os seus nacionais a migrar para realizar trabalho doméstico, não permitirem que as filipinas assumam contratos de *au pair*.¹⁸⁹ Os regimes de *au pair* colocam geralmente limitações estritas sobre os tipos de tarefas que podem ser realizadas e no número de horas de trabalho. Algumas evidências, porém, sugerem que as famílias empregam pessoas para o trabalho doméstico a tempo completo através destes regimes.¹⁹⁰

Condições de trabalho dos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados

A esmagadora maioria dos trabalhadores e trabalhadoras e determinados que prestam cuidados nos setores da educação e na saúde e ação social encontram-se em situação de emprego formal, com proteção e cobertura pela segurança social nesses países. O número de quem não tem proteção é de 2 por cento em ambos os setores. Os homens parecem ter níveis mais baixos de proteção do que a média, uma vez que as suas taxas de informalidade atingem 5 e 6 por cento na Noruega e na Suécia, respetivamente, na saúde e ação social, e 5 por cento na educação nos Países Baixos. O trabalho doméstico está teoricamente protegido pelo direito social integral ou parcialmente em todos os países deste grupo. Contudo, a aplicação destas proteções é muitas vezes deficiente, particularmente entre migrantes em situação irregular (Caixa 4.6).

Caixa 4.6. Trabalho doméstico migrante em Estocolmo

A constante ameaça de deportação e a consequente impossibilidade de apresentar queixa à polícia fazem com que as pessoas migrantes em situação irregular na Suécia sejam facilmente exploradas. Trabalhadores/as domésticos/as sem autorização legal na Suécia comunicaram terem sido vítimas de assédio sexual no trabalho e ter-lhes sido negado o pagamento após o trabalho ter terminado. A diferença entre quem está em situação regular (documentado) e em situação irregular (indocumentado) é marcante. Quem não possui documentos legais recebe cerca de metade ou um terço dos salários auferidos pelas pessoas migrantes com autorização de residência. Os trabalhadores em situação de emprego numa base horária não têm segurança no emprego e enfrentam a imprevisibilidade no que respeita ao número de horas de trabalho. A prática comum no setor é não pagar o tempo de transporte, que pode ser significativo devido às longas distâncias de deslocação, e constitui a maior preocupação dos trabalhadores. Os horários de trabalho estão de uma forma geral longe dos adequados, deixando os trabalhadores, sobretudo os que dependem deste rendimento para a sua sobrevivência, numa situação muito precária.

Fonte: Hobson, Hellgren e Bede, 2015.

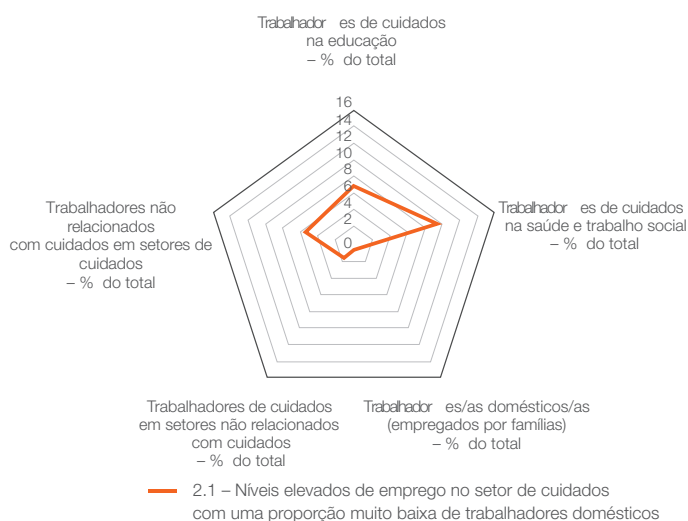
Os níveis de proteção laboral são influenciados pelo papel dos sindicatos na proteção das condições de trabalho dos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados nestes países. Por exemplo, a sindicalização na prestação de cuidados continuados é mais baixa do que noutros setores, mas mais elevada do que na maioria dos outros países, e os sindicatos podem ampliar a proteção das pessoas que se encontram em situação de emprego desprotegido e contrariar os piores efeitos das tendências de privatização. Em 2016, na Suécia, por exemplo, o *Kommunal*, o sindicato do setor público, assegurou um aumento salarial a 40 000 assistentes pessoais a trabalhar em empresas privadas no setor privado em consonância com os salários no setor público.¹⁹¹

4.3.2. Grupo 2 – Níveis elevados de emprego em setores de cuidados

Grupo 2.1: Níveis elevados de emprego em setores de cuidados com uma proporção muito baixa de trabalho doméstico

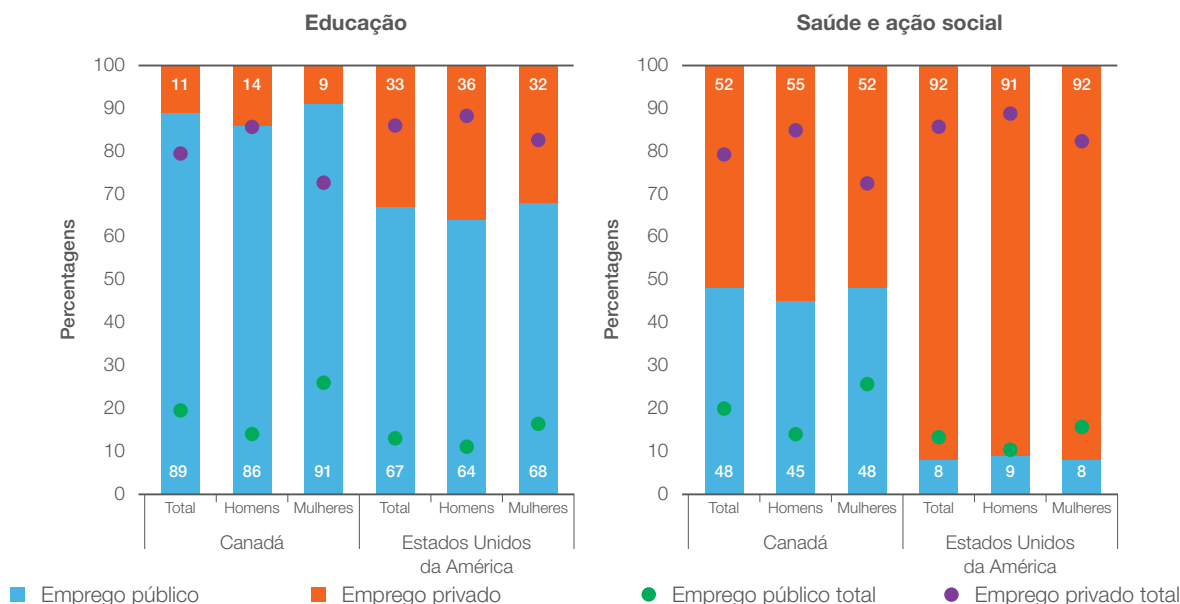
Este grupo compreende apenas países de elevado rendimento. São predominantemente países de expressão inglesa (Austrália, Canadá, Estados Unidos da América, Irlanda, Malta e Reino Unido), países da Europa Ocidental (Alemanha, Áustria, Bélgica, França, Luxemburgo e Suíça) e a Islândia (um país nórdico) e o Japão. A mão-de-obra de cuidados nestes países representa entre 20 e 25 por cento de todas as pessoas empregadas, e a mão-de-obra de cuidados feminina compreende aproximadamente 35 a 40 por cento do total do emprego das mu-

Figura 4.9.b. Grupo 2.1.



Nota: Em percentagem do emprego total

Figura 4.13. Percentagem de emprego público/privado na educação e na saúde e ação social, Canadá e Estados Unidos da América



Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

lheres. Estes níveis são elevados em termos de comparações mundiais, embora mais baixos do que os níveis do grupo anterior.

As pessoas que prestam cuidados representam, em média, 15 a 17 por cento do emprego total, sendo as proporções mais elevadas na Austrália. A proporção de profissionais que prestam cuidados na educação é semelhante à do grupo anterior (cerca de 6 por cento) e atinge o seu máximo na Islândia, onde estes representam 11,5 por cento do emprego total (e 19 por cento do emprego das mulheres). Em quase todos estes países, as pessoas que prestam cuidados nos setores da saúde e ação social constituem cerca de 10 por cento do total do emprego (ver Figura 4.9.b). Isto representa 4 pontos percentuais menos, em média, do que nos países no grupo anterior devido às diferenças relacionadas com a extensão da prestação de cuidados de saúde e cuidados continuados públicos. Em quase todos estes países, a cobertura da proteção de saúde é universal,¹⁹² e tanto os rácios de dependência¹⁹³ como a proporção de pessoas que beneficiam de cuidados continuados em instituições ou no domicílio¹⁹⁴ são muito semelhantes às do grupo anterior - a única exceção de assinalar é a dos Estados Unidos da América. Os EUA, de facto, são o único país entre os países nestes primeiros dois grupos onde a cobertura da saúde não é universal, atingindo apenas 84 por cento da população,¹⁹⁵ e onde, simultaneamente, a despesa total em saúde como percentagem do PIB é mais elevada, situando-se em 17 por cento¹⁹⁶ - aproximadamente mais 7 pontos percentuais do que os outros países neste grupo. É igualmente o único país no qual quase todas as pessoas que prestam cuidados em saúde e ação social (92 por cento) estão no setor privado (Figura 4.13).

Serviços de cuidados

Os países deste grupo combinam o financiamento privado e público em diferentes níveis, mas dependendo do país e da política de cuidados específica em análise, dois padrões caracterizam este grupo. Um grupo de países tende a apoiar-se em mecanismos do mercado para a prestação de serviços de cuidados e, como resultado, a cobertura é inferior. De uma forma geral, o financiamento público é canalizado para famílias através de subsídios sujeitos a condição de recursos e combinados com os pagamentos privados, que estiveram sob escrutínio à medida que a pressão para reduzir a despesa pública aumentou. Um segundo grupo de países tem uma prestação pública universal mais forte, ainda que exista o potencial para surgirem problemas em termos da qualidade da prestação de serviços e das condições do trabalho de cuidados remunerado como resultado.

No segundo grupo, a frequência na educação e nos cuidados pré-escolares são elevadas. Por exemplo, os níveis de frequência relativamente elevados da Alemanha (33 por cento) são o resultado de um pacote de políticas específico, em vigor desde 2013, que duplicou o número de instalações para a educação e os cuidados pré-escolares subsidiados publicamente durante a última década.¹⁹⁷ No Japão, verificou-se um impulso semelhante para expandir a educação pré-escolar iniciada em 1990, e em 2008 o número de crianças na pré-escola duplicou.¹⁹⁸ A Áustria e o Reino Unido têm os rácios de frequência ajustados na educação e nos cuidados pré-escolares mais baixos deste grupo, em 15 e 18 por cento, respetivamente.¹⁹⁹ Porém, a Áustria está a rumar para o aumento do investimento em novas instalações,²⁰⁰ assim como o Canadá.²⁰¹ No primeiro grupo, tanto no Reino Unido²⁰² como nos Estados Unidos da América, os níveis de cobertura igualmente baixos (28 por cento)²⁰³ estão associados a barreiras no acesso para as famílias com rendimento mais baixo.

Vários países deste grupo têm em vigor alguma forma de prestação de cuidados a crianças no domicílio, regulamentada e financiada por fundos públicos, fora do âmbito, mas complementar, dos programas de cuidados e da educação pré-escolar. Na Austrália, por exemplo, existem serviços de creches familiares (com pessoas cuidadoras registadas) e serviços de cuidados domiciliários (em casa das pessoas cuidadoras),²⁰⁴ cofinanciados através de um subsídio para cuidados a crianças sujeito a condição de recursos pago diretamente aos prestadores.²⁰⁵ A província canadiana do Quebec fornece financiamento público para os cuidados a crianças em ambiente familiar (*«services de garde en milieu familial»*). Em França e no Reino Unido, existem vales financiados pelos empregadores e um crédito fiscal para apoiar os custos privados de pessoas cuidadoras de crianças internas.²⁰⁶ Existem programas semelhantes em França (*«assistant(e)s maternel(le)s»*)²⁰⁷ e na Bélgica (*«acceueillante d'enfants»*), cofinanciados por reduções fiscais. Estes programas são marcadamente diferentes da dependência da educação pré-escolar e de programas de cuidados institucionalizados, sendo geralmente menos estritos no que respeita às exigências em termos de qualificações.²⁰⁸ Simultaneamente, proporcionam incentivos para que o trabalho passe a ser declarado e protegido pela legislação do trabalho. A exceção mais evidente a esta regra são os Estados Unidos da América.²⁰⁹

Os rácios aluno-docente são inferiores a 15:1 na educação pré-escolar (com a exceção do Reino Unido com 20:1 e do Japão com 25:1) e ainda mais baixos para o ensino básico (França e Japão com 18:1), indicando uma prestação de serviços de elevada qualidade.²¹⁰

Emerge neste grupo uma imagem semelhante à educação pré-escolar e da situação de cuidados relativamente à prestação de cuidados a pessoas idosas, uma vez que os países têm cobertura universal baseada nas necessidades, acordos mistos ou subsídios sujeitos a condição de recursos com cobertura limitada (Estados Unidos da América). O Japão representa um caso especial, com uma cobertura muito elevada e baseada nos serviços, mas sem subsídios pecuniários por cuidados. A Alemanha proporciona um exemplo de apoio universal orientado para as necessidades em matéria de cuidados continuados, resultando em níveis de cobertura relativamente elevados, tanto em casa (4 por cento) como em instituições (9 por cento), níveis semelhantes aos de França.²¹¹ A Inglaterra (Reino Unido) combina os pagamentos de cuidados pecuniários com base nas necessidades, atingindo 23 por cento das pessoas com 65 ou mais anos de idade, com um acesso rigorosamente limitado e sujeito a condição de recursos aos cuidados continuados, o que resulta numa cobertura de menos de 2 por cento das pessoas com mais de 65 anos em instituições e 3 por cento das pessoas que recebem os cuidados no domicílio.²¹² Nos Estados Unidos da América apenas existe um subsídio sujeito a condição de recursos que abrange as pessoas com baixos rendimentos e poupanças limitadas, ou que esgotaram os seus recursos financeiros como resultado do pagamento dos cuidados mé-

Caixa 4.7. A utilização de robôs no Japão para apoiar o trabalho de cuidados

Dado o rápido envelhecimento da sociedade japonesa, o Ministério da Economia, Comércio e Indústria japonês estabeleceu a Estratégia Robótica do Japão para a utilização de robôs para satisfazer as suas necessidades de cuidados crescentes em 2020. O objetivo desta estratégia não é fazer robôs para que realizem a maioria do trabalho de cuidados, mas para suavizar as cargas de trabalho e criar um melhor ambiente de trabalho através da utilização de equipamento de enfermagem robótico. Com uma pressão crescente para melhorar a eficiência do trabalho e reduzir o número de trabalhadores e trabalhadoras que prestam cuidados, é importante manter serviços de cuidados de elevada qualidade que possam ser prestados apenas por pessoas. Adicionalmente à criação de ambientes de trabalho seguros e estáveis para os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados, o Ministério visa ajudar as pessoas idosas que necessitam de cuidados para viver uma vida independente num ambiente familiar.

De acordo com o inquérito conduzido pelo Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-Estar em 2011,²²¹ os robôs podem ajudar a atenuar as cargas de trabalho físicas ao levantar os beneficiários de cuidados, os sistemas de monitorização podem ajudar as pessoas com demência e os auxiliares de mobilidade podem ajudar as pessoas beneficiárias de cuidados a saírem de forma autónoma em segurança.

A capacidade de os robôs substituírem os cuidados prestados pelos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados é menos clara. Nos debates sobre a emergência dos robôs, é frequentemente citado o exemplo do PARO como uma tecnologia tão avançada que pode ser usada para substituir as funções de cuidados humanos. O PARO, um «robô social» desenvolvido no Japão, é um animal de peluche moldado com a forma de uma foca bebé, com sensores e microfones que lhe permitem sentir o toque e o som e responder a estes sinais através da vocalização e movimento. É utilizado em lares para proporcionar estimulação cognitiva a pacientes idosos com demência. Não obstante o PARO tenha sido exaltado pela sua capacidade de melhorar autonomamente o humor dos pacientes e diminuir o *stress*, uma análise mais detalhada à forma como este é usado revela o papel fundamental dos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados na mediação da interação entre o paciente e o PARO, algo que é omitido nas avaliações à sua eficácia.

Fontes: Berg, 2018; Governo do Japão, METI, 2015.

dicos e continuados.²¹³ Como consequência, a cobertura é limitada: apenas 2,5 por cento das pessoas com 65 ou mais anos recebem cuidados em casa e uma percentagem semelhante é cuidada em instituições, o nível mais baixo neste grupo. A imagem é semelhante no Canadá, pois os cuidados continuados estão para além do âmbito do seguro de cuidados de saúde, a maior parte dos pagamentos são diretos e os subsídios e a prestação de serviços variam de província para província.²¹⁴

O rápido envelhecimento da população do Japão, onde quase metade da população em idade ativa tem mais de 65 anos,²¹⁵ torna os cuidados continuados uma questão política de prioridade elevada (ver também Caixa 4.7). Os cuidados domiciliários atingem mais de 10 por cento das pessoas com mais de 65 anos, e a proporção de pessoas beneficiárias dos cuidados neste grupo etário coberta por instituições é de quase 5 por cento.²¹⁶ Estritamente baseado nas necessidades, nem o rendimento nem a disponibilidade de apoio familiar são considerados como parte dos critérios de elegibilidade. O sistema de cuidados continuados do Japão não fornece subsídios em dinheiro, pois considera-se que acrescentariam ainda mais pressão social às noras para cuidarem dos seus sogros.²¹⁷

As políticas em matéria de deficiência nos países deste grupo têm as características definidas para outras políticas de cuidados: níveis relativamente elevados de despesa combinados com regras rigorosas sujeitas a condição de recursos para atribuir benefícios e a preferência de subsídios e benefícios pecuniários por cuidados em detrimento dos serviços.²¹⁸ O Reino Unido, com uma despesa média, mostra a preferência pela integração no mercado de trabalho²¹⁹ e uma ênfase nas políticas de «vida independente», que envolve pagamentos diretos às pessoas com deficiência para lhes permitir pagarem a sua própria assistência pessoal. Com controlos rigorosos à capacidade de trabalho, os benefícios combinam incentivos para pessoas com deficiência que procuram a independência através do emprego remunerado.²²⁰

Nível de habilitações do pessoal

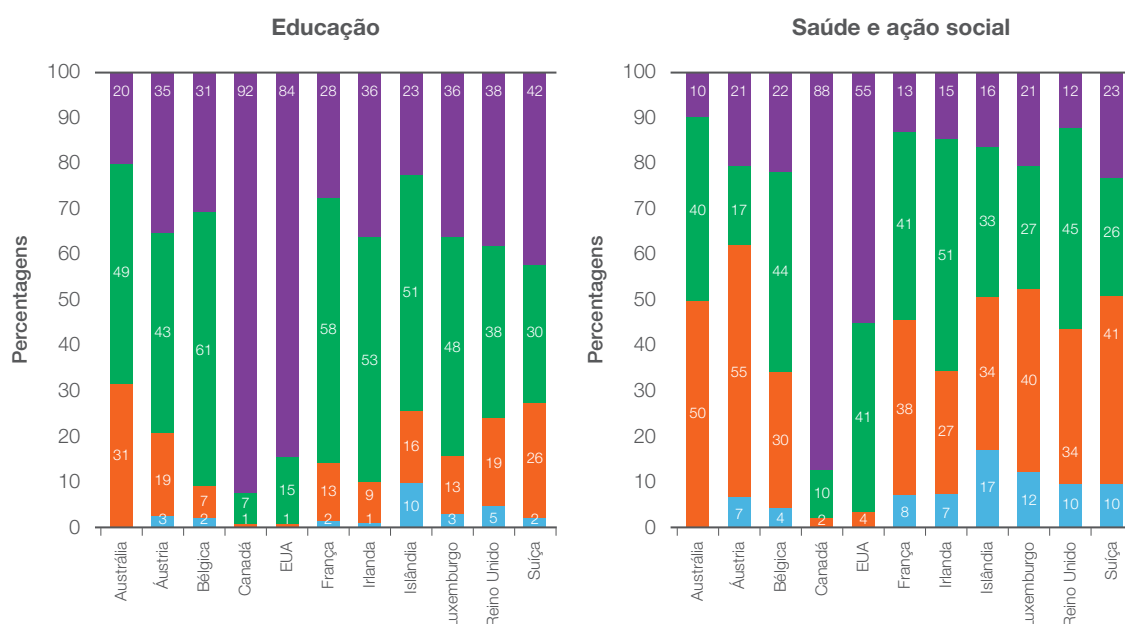
Na saúde e ação social, a proporção de profissionais com habilitações avançadas (pessoal médico, pessoal de enfermagem e pessoal de enfermagem auxiliar) é de aproximadamente 20 por cento, uma percentagem relativamente baixa, explicada pela extensão da comparativamente menos bem qualificada mão-de-obra de cuidados continuados. Na educação, a percentagem de profissionais com habilitações avançadas é mais elevada. Na maioria dos países compreendem entre 30 e 40 por cento, apresentando a Austrália a proporção mais baixa com 20 por cento. Isto, mais uma vez, reflete a presença de profissionais e de professores e professoras auxiliares nas instituições de cuidados a crianças no domicílio, que têm habilitações mais baixas (Figura 4.14).

O quadro é diferente nos Estados Unidos da América e no Canadá, onde profissionais que prestam cuidados com níveis de habilitações superiores constituem mais de metade de quem trabalha nos setores da saúde e ação social nos EUA e quase 90 por cento no Canadá - um reflexo da baixa cobertura de serviços de cuidados continuados em ambos os países.

Trabalho doméstico

As pessoas recrutadas diretamente pelas famílias para o trabalho doméstico constituem cerca de 1 por cento do total do emprego (e 2 por cento ou mais do total do emprego feminino)

Figura 4.14. Nível de habilitações no setor da educação, saúde e ação social



Nota: Os níveis de ensino são identificados utilizando a Classificação Internacional Tipo da Educação (CITE 11). Inferior ao ensino básico: sem escolaridade nem educação pré-escolar. Básico: ensino primário e secundário inferior. Intermédio: ensino secundário superior e pós-secundário não superior. Avançado: nível de ensino superior de curta duração, licenciatura, mestrado e doutoramento ou equivalente.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

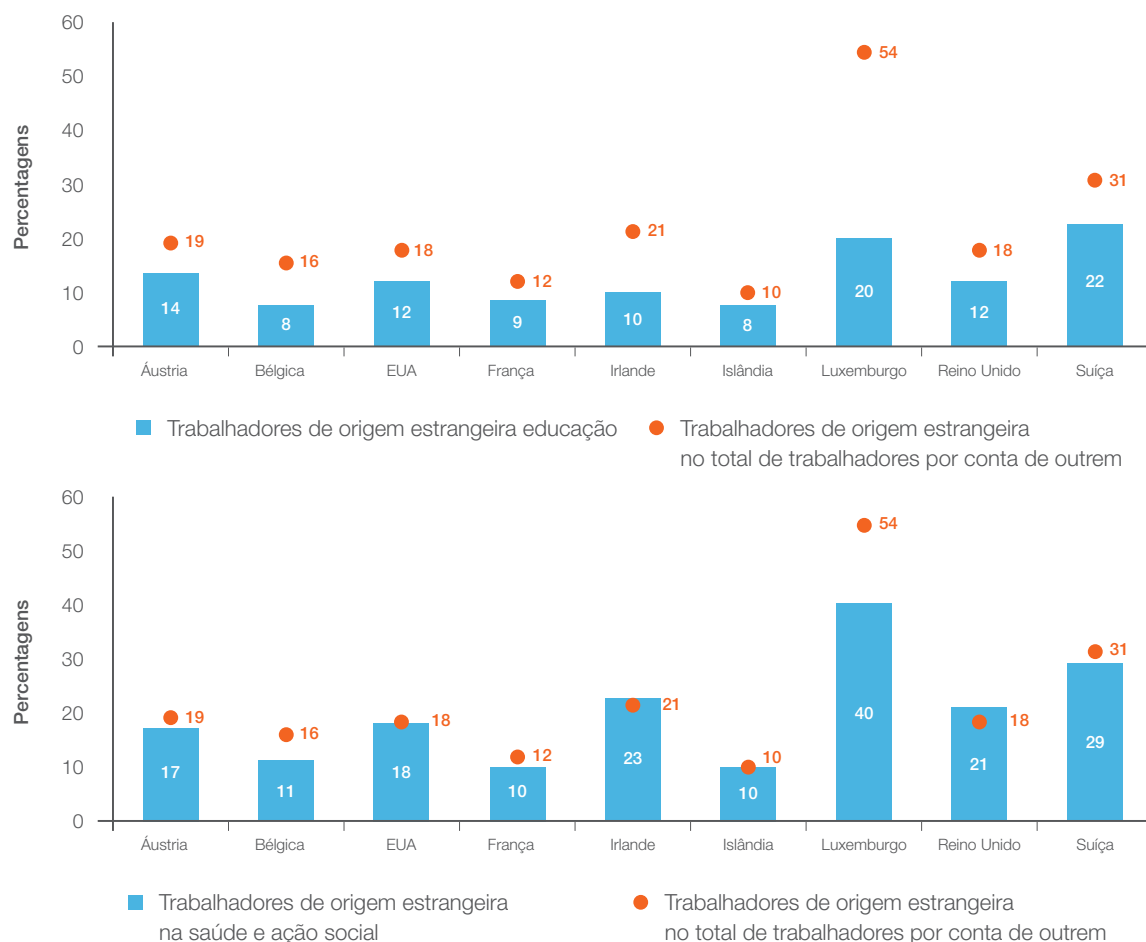
em França, no Luxemburgo e na Suíça. Nos restantes países neste grupo há ainda menos a trabalhar diretamente para os agregados familiares.

Nos Estados Unidos da América, o trabalho doméstico contratado pelas famílias representa 0,5 por cento da população empregada e os seus números parecem ter estabilizado após algum aumento no final da última década.²²² A maioria (95 por cento) são mulheres e a maioria (54 por cento) são originárias de minorias raciais e étnicas.²²³ Quase metade (44 por cento) são de origem estrangeira e 31 por cento não são cidadãos do país. No caso do Canadá, o anterior programa *Live-In Caregiver* (1992-2011) promoveu explicitamente o recrutamento de migrantes, sobretudo para prestar cuidados a crianças. O programa era orientado para o emprego e vinculava o direito a uma relação de emprego contínua com um empregador específico. As mudanças introduzidas posteriormente (ver abaixo) ilustram a mudança do foco do trabalho doméstico para um papel exclusivamente de cuidados.²²⁴

Trabalho de cuidados prestado por migrantes

Duas das facetas que caracterizam os países deste grupo - a relevância do setor privado de prestação de cuidados e a expansão dos cuidados no domicílio, incluindo de cuidados internos nos cuidados continuados - estão associadas à sobrerrepresentação da mão-de-obra migrante, sobretudo em trabalhos de cuidados menos desejáveis.²²⁵ A Áustria e a Alemanha, por exemplo, apoiam-se neste grupo para agregados familiares individuais,

Figura 4.15. Percentagem de pessoas de origem estrangeira a prestar serviços de cuidados na educação e na saúde e ação social



Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa aos agregados familiares (microdados).

como resultado da combinação de subsídios específicos por cuidados e uma elevada proporção de migrantes em empregos pouco qualificados.²²⁶ Na Alemanha, os subsídios específicos podem também ser usados para contratar «pessoas cuidadoras 24 horas» - migrantes de outros países da UE através de agências no estrangeiro, com contratos temporários (até 24 meses) e com condições de trabalho árduas.²²⁷

No Reino Unido, os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados migrantes trabalham em instituições de cuidados formais. A abertura da UE em 2004 resultou num influxo de migrantes sobretudo da Europa de Leste à procura de emprego como pessoas cuidadoras no domicílio, *au pairs*²²⁸ e de cuidados continuados.²²⁹ Em combinação com o apoio mais tradicional em pessoal médico e de enfermagem estrangeiro, este influxo fez com que a população migrante ficasse sobrerrepresentada entre o grupo de profissionais que prestam serviços de cuidados,²³⁰ quando se compara a população migrante empregadas no conjunto de por conta de outrem no geral (Figura 4.15).²³¹ Esta situação é semelhante à da Irlanda, ainda que neste caso também se verifique emigração da sua mão-de-obra de cuidados de saúde.²³² As políticas migratórias que favorecem as competências resultaram na desqualificação de muitas pessoas com competências em saúde e cuidados para a

categoria de trabalho não qualificado, com menos direitos para a cidadania e resultando em condições de trabalho precárias para os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados.²³³

Os Estados Unidos da América são também um destino principal e persistente para a prestação de cuidados altamente qualificados, não obstante as regras rigorosas de admissão. Cerca de 18 por cento das pessoas que prestam cuidados na saúde e ação social atualmente é de origem estrangeira (Figura 4.15). Em 2010, 27 por cento do pessoal médico e de cirurgia e 22 por cento da população que trabalha nos empregos de apoio aos cuidados de saúde nos Estados Unidos da América, incluindo pessoal de enfermagem e auxiliares de saúde domiciliários, são de origem estrangeira.²³⁴ A percentagem de origem estrangeira é também mais elevada entre as pessoas que prestam cuidados a pessoas idosas (24 por cento), sendo que ligeiramente mais de metade das que têm nacionalidade americana e um terço já se encontram nos Estados Unidos da América há mais de 25 anos. As percentagens são ainda mais elevadas para quem trabalha em agregados familiares (28 por cento) do que para as que trabalham em lares (20 por cento).²³⁵

A proporção de pessoas com origem estrangeira entre profissionais de cuidados de saúde é inferior à média noutros países abrangidos na Figura 4.15, mesmo nos que têm proporções relativamente elevadas de pessoas de origem estrangeira, como o Luxemburgo e a Suíça. Na educação, as pessoas que prestam cuidados de origem estrangeira são relativamente menos prevalentes, uma vez que as habilitações exigidas e a língua constituem barreiras à entrada. Constituem, todavia, aproximadamente 10 por cento de profissionais de cuidados do setor.

As regulamentações em matéria de migração conjugam-se com as políticas de cuidados para facilitar ou dissuadir a vinda de migrantes, com um impacto nos seus números e condições de trabalho como resultado. Na Austrália, por exemplo, as políticas migratórias são concebidas para favorecer as profissões qualificadas (definidas pelo nível salarial) e não incentivam os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados migrantes e as amas. Na Austrália, as famílias que recorrem às *au pairs* (com um «visto de trabalho de férias») não são elegíveis para os subsídios que apoiam este tipo de trabalho ao domicílio.²³⁶ As políticas de imigração restritivas do Japão fizeram com que o pessoal de enfermagem e de cuidados continuados entrassem apenas através de acordos bilaterais com a Indonésia, as Filipinas e o Vietname.²³⁷ No extremo oposto, o programa *Canada's Caregiver* permite que as pessoas cuidadoras (incluindo profissionais de saúde, amas e cuidadores com baixas qualificações) migrem para o Canadá para prestar cuidados a crianças ou pessoas com grandes necessidades médicas, e com modalidades de trabalho interno ou externo. As pessoas migrantes ao abrigo deste programa são elegíveis para se tornarem residentes permanentes no Canadá após um mínimo de dois anos de trabalho.²³⁸

Condições de trabalho na área de cuidados

Dependendo do setor, o grau de privatização da prestação de serviços, a política de migração e a força da regulamentação fazem com que os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados se encontrem numa diversidade de situações. As características comuns da situação nos países deste grupo são a sua situação precária em termos contratuais e as difíceis condições de trabalho, que são exacerbadas quando há uma grande percentagem de prestação de serviços de cuidados baseada no mercado.

Caixa 4.8. Contratos de zero horas e pessoas cuidadoras no Reino Unido

«Os contratos de zero horas» (sem um mínimo de horas garantidas)²⁴⁹ representam a norma para os prestadores de cuidados domiciliários no Reino Unido. De uma forma geral, estes contratos implicam horas de trabalho imprevisíveis e insuficientes, ganhos e proteção reduzidos, mas têm também características distintivas em relação à prestação de cuidados no domicílio. Entre estas, está incluído o facto de que o pagamento é limitado à remuneração pelo tempo em que as pessoas que prestam de cuidados estão em contacto direto com os utentes dos serviços, e a maioria das visitas são agendadas para 15 minutos ou menos - tempo insuficiente para completar as tarefas necessárias a maioria das vezes. O tempo necessário para o transporte entre as visitas também não é pago. O tempo necessário para prestar cuidados, porém, varia dependendo da pessoa beneficiária de cuidados e das agendas apertadas que podem não permitir tempo suficiente para os cuidados necessários. Nestes casos, a má qualidade do emprego é claramente traduzido por uma má qualidade dos cuidados.

Fontes: Hayes, 2016; OIT, 2016d.

Nos Estados Unidos da América, por exemplo, o pessoal médico é o principal profissional de saúde nos cuidados de curta duração e supervisiona muitas vezes os cuidados institucionais nos cuidados continuados remunerados e, com o pessoal de enfermagem, fornecem a maioria dos serviços qualificados. As diferenças salariais entre profissionais de cuidados qualificados e não qualificados são particularmente altas, como ilustra a Figura 4.5. Contudo, a grande maioria da mão-de-obra de cuidados remunerada é constituída por «profissionais de cuidados diretos»²³⁹ que realizam a maior parte dos cuidados pessoais práticos e a assistência na vida diária em instalações de cuidados ou em domicílios privados, por vezes como trabalhadores/as domésticos/as.²⁴⁰ Estas pessoas possuem níveis de formação,²⁴¹ de salários e prestações sociais baixas, e estão sujeitas a uma elevada rotatividade.²⁴²

No Reino Unido, os trabalhadores e trabalhadoras da educação pré-escolar e de cuidados encontram-se na base da hierarquia em termos de remuneração, auferindo salários 40 por cento mais baixos do que as outras categorias profissionais depois de ajustar as características pessoais e institucionais. Esta diferença é em parte registada por quem trabalha em instituições públicas, uma vez que os funcionários públicos ganham 27 por cento mais do que o pessoal da educação pré-escolar e de cuidados.²⁴³ Pelo facto de os subsídios estatais não estarem correlacionados com os níveis de qualificações do pessoal, os prestadores com fins lucrativos que operam num mercado de trabalho flexível são incitados a manter os custos de mão-de-obra baixos, enquanto lucram do financiamento estatal injetado no sistema, mesmo quando o pessoal que trabalha em creches e pré-escolas tem de possuir qualificações «plenas e relevantes».²⁴⁴ Menos de 40 por cento das pessoas que prestam cuidados têm qualificações avançadas. Nos outros países europeus deste grupo, assim como na Austrália, a percentagem de qualificações avançadas é ainda mais baixa (Figura 4.14).

A mudança para a prestação de cuidados privados, com fins lucrativos, em instituições ou no domicílio, mesmo se financiada pelas autoridades locais, teve também um impacto negativo nos salários médios em comparação com os salários do setor público no Reino Unido.²⁴⁵ As práticas de gestão do tempo, que limitam o pagamento ao tempo de contacto face a face e a utilização de contratos de zero horas (ver Caixa 4.8), tornam os empregos imprevisíveis e inseguros, e exigem altos níveis de empenhamento no trabalho por parte das pessoas que

prestam cuidados.²⁴⁶ Os regimes de subsídios específicos por cuidados dirigidos a pessoas idosas e pessoas com deficiência aumentaram o emprego privado de assistentes pessoais, com empregos que são geralmente desprotegidos e sem sindicatos e caracterizados por condições de trabalho difíceis. Nos Estados Unidos da América, a expansão de subsídios para os prestadores de cuidados domiciliários está por trás da expansão no número de pessoas que prestam cuidados no domicílio com estatuto independente,²⁴⁷ que são de facto trabalhadores por conta de outrem.²⁴⁸ Na Alemanha, quem presta cuidados a pessoas idosas no domicílio, a maioria das quais são mulheres, também comunicaram salários extremamente baixos para um trabalho de mais de 48 horas semanais, uma exigência para estar presente sete dias por semana sem direito a férias remuneradas ou baixa e, por vezes, sem seguro de doença.²⁵⁰

As condições de trabalho insatisfatórias são também generalizadas no trabalho doméstico contratado diretamente pelos agregados familiares. Nos Estados Unidos da América, por exemplo, os salários são baixos, o trabalho é muitas vezes perigoso para a saúde e segurança e os trabalhadores e trabalhadoras raramente têm recursos efetivos para melhorar as suas condições de trabalho, dado que é explícita a sua exclusão da proteção da legislação e normas federais do trabalho e emprego. Os direitos e as proteções institucionais frágeis ou insuficientes deixam as pessoas do trabalho doméstico particularmente suscetíveis aos abusos e à exploração dos empregadores. No caso do Canadá, pelo contrário, alguns dos direitos e das proteções legais aos níveis federal e provincial são alargados ao trabalho doméstico.²⁵¹

Grupo 2.2: níveis médios a elevados de emprego em setores de cuidados com uma proporção baixa mas significativa de trabalho doméstico

Este grupo inclui países da Europa Ocidental (Croácia, Eslovénia, Estónia, Letónia, Lituânia); países da Europa de Leste (Eslováquia, Federação Russa, Hungria, Polónia, República Checa); países da Europa Meridional (Espanha, Grécia, Itália, Portugal) e a República da Coreia. Na maioria destes países, a mão-de-obra de cuidados constitui aproximadamente 15 por cento do emprego - níveis que são inferiores aos de países com um nível de rendimentos semelhante. As exceções são Espanha, Itália e Portugal, onde uma maior mão-de-obra de cuidados (cerca de 20 por cento do total do emprego) é explicada pelo trabalho doméstico contratado pelas famílias (que compreendem aproximadamente 3 por cento do total do emprego). Nestes países, os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados na educação representam aproximadamente 6 por cento do emprego total e 5 por cento do trabalho na saúde e ação social (ver Figura 4.9.c). Estas sociedades apresentam semelhanças notáveis em termos dos seus rácios de dependência, sobretudo dos relativos aos jovens (0-19 anos de idade) e à popula-

Figura 4.9.c. Grupo 2.2.



Nota: Em percentagem do emprego total

aproximadamente 15 por cento do emprego - níveis que são inferiores aos de países com um nível de rendimentos semelhante. As exceções são Espanha, Itália e Portugal, onde uma maior mão-de-obra de cuidados (cerca de 20 por cento do total do emprego) é explicada pelo trabalho doméstico contratado pelas famílias (que compreendem aproximadamente 3 por cento do total do emprego). Nestes países, os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados na educação representam aproximadamente 6 por cento do emprego total e 5 por cento do trabalho na saúde e ação social (ver Figura 4.9.c). Estas sociedades apresentam semelhanças notáveis em termos dos seus rácios de dependência, sobretudo dos relativos aos jovens (0-19 anos de idade) e à popula-

ção em idade ativa (20-64 anos de idade) (cerca de 30 por cento), não obstante a Itália se destacar pela sua percentagem de pessoas idosas na população total.²⁵² A característica comum destes países é o alto grau de feminização da mão-de-obra de cuidados, por volta de 80 por cento.

O nível do emprego de cuidados nestes países aponta para o que a literatura denominou como «familiarismo» nos regimes de cuidados, isto é, o reforço da responsabilidade familiar pela prestação de cuidados em detrimento da prestação do Estado, por vezes consagrada pela lei, como é o caso da Hungria.²⁵³ Alguma dependência dos trabalhadores e trabalhadoras domésticos - a maioria dos quais são migrantes nos países da Europa Meridional deste grupo - e um nível comparativamente elevado de feminização são indicativos de condições de trabalho menos do que satisfatórias na prestação de cuidados, como discutido a seguir.

Serviços de cuidados

Nos países da Europa Ocidental e de Leste deste grupo ocorreram várias séries de reformas no seu movimento no sentido da liberalização e de políticas sociais baseadas no mercado. O ensino básico público mantém-se gratuito e universalmente acessível. Contudo, o ensino pós-secundário é privado e sujeito ao pagamento de propinas, e os serviços de cuidados às crianças financiados pelo Estado foram reduzidos e mantêm-se limitados.²⁵⁴ um facto que é refletido nas baixas taxas de cobertura atuais, com a exceção da Eslovénia, que apresenta uma taxa de cobertura de quase 40 por cento.²⁵⁵

Os países da Europa Meridional também conheceram reformas nos finais dos anos de 1990, com mais políticas sobre a família e investimento na educação pré-escolar (com a exceção da Grécia), e avançando para sistemas de saúde públicos universais.²⁵⁶ Quando estes países foram atingidos pela crise económica e financeira de 2008, a austeridade fiscal interrompeu estas reformas, enquanto a preferência pela responsabilidade da família pela prestação de cuidados se manteve forte, fazendo com que as condições de trabalho de quem presta cuidados se deteriorassem e colocando uma maior pressão sobre as pessoas cuidadoras não remuneradas.²⁵⁷ A República da Coreia aumentou substancialmente a cobertura dos cuidados e educação pré-escolar a partir de 2003, e universalizou os serviços de cuidados a idosos em 2008,²⁵⁸ com uma preferência por prestadores privados, financiados por uma combinação de um sistema baseado em impostos e segurança social.²⁵⁹ De uma forma geral, têm ocorrido profundas reformas nos países deste grupo no sentido de tentar seguir estratégias de comercialização que, no entanto, produziram resultados bastante contraditórios.

Os níveis de frequência na educação e cuidados pré-escolares são variáveis entre estes países. Espanha e Eslovénia apresentam níveis moderados de cobertura (entre 30 e 40 por cento), enquanto a República da Coreia atinge um nível de cobertura de mais de 50 por cento²⁶⁰ e Portugal regista uma cobertura de 48 por cento e horários prolongados (mais de 35 horas semanais). A Grécia, Hungria, Polónia e República Checa apresentam baixos níveis de cobertura (menos de 20 por cento), não obstante com horários prolongados.²⁶¹ Na Hungria e República Checa, os níveis atuais de cobertura estão relacionados com as licenças parentais remuneradas generosas, mas na Grécia e na Polónia os baixos níveis de cobertura refletem o

muito reduzido apoio público para os cuidados a crianças.²⁶² Os rácios alunos-professor são baixos (iguais ou inferiores a 17:1) tanto na educação pré-escolar como no ensino básico.²⁶³

A maioria dos países deste grupo têm um rácio de pessoas idosas - população em idade ativa igual ou superior a 30 por cento, sendo os rácios mais elevados apresentados pela Grécia e pela Itália.²⁶⁴ Todavia, os países deste grupo têm níveis relativamente baixos de cobertura para os cuidados a idosos, em instituições e no domicílio, evidenciando o recurso aos cuidados da família. A Hungria, República Checa e República da Coreia têm cobertura legal universal para os cuidados de idosos, mas todos os outros países apresentam altos défices na cobertura legal.²⁶⁵ O caso da Hungria é revelador, uma vez que a elevada taxa de cobertura de cuidados domiciliários (10,7 por cento) é o resultado dos subsídios de cuidados para os membros da família cuidadores a tempo completo, e do número inadequado de lares juntamente com as restrições impostas ao seu acesso.²⁶⁶

Os países da Europa Meridional, por sua vez, alargaram os seus níveis de cobertura de cuidados continuados durante a última década, particularmente a Espanha e Itália.²⁶⁷ A Estónia e a Polónia sofreram diminuições.²⁶⁸ Contudo, o alargamento foi sobretudo no âmbito dos cuidados domiciliários, na atribuição de abonos específicos para cuidados e reduzindo os cuidados institucionais. Isto contribuiu para a expansão de um mercado privado para os cuidados domiciliários, na sua maioria preenchido por trabalho doméstico migrante.²⁶⁹ A Eslovénia, por exemplo, expandiu apenas lentamente a sua prestação de cuidados domiciliários e, num contexto de um elevado desemprego, as famílias que têm meios contratam em situação formal ou informal para cobrir alguma da procura não satisfeita, um facto que criou uma mão-de-obra segmentada de cuidados domiciliários (ver abaixo, Caixa 4.9).²⁷⁰

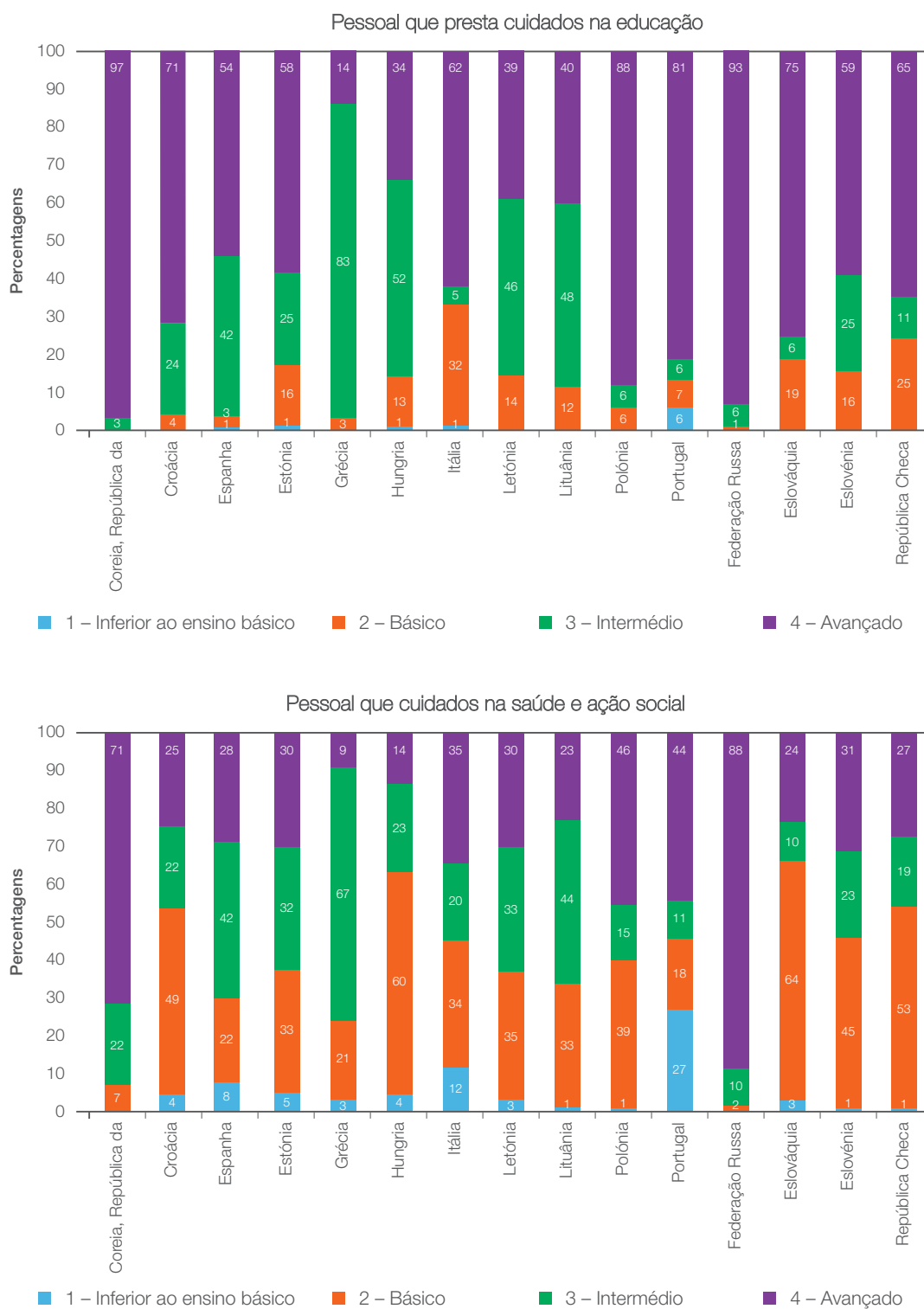
A República da Coreia destaca-se neste grupo em termos do seu sistema de cuidados continuados, baseado num seguro de cuidados continuados universal. Implementado em 2008, o sistema envolvia o fornecimento público de instalações em áreas remotas, associado a uma forte promoção da participação do setor privado. De forma semelhante ao Japão, as prestações pecuniárias são explicitamente desencorajadas tendo em vista impedir o emprego dos membros da família.²⁷¹

A preferência por subsídios por cuidados também se aplica às políticas em matéria de deficiência. Tal como para os cuidados aos idosos, Itália e Portugal mostram uma preferência por transferências monetárias num quadro estrito sujeito a condição de recursos. Em Espanha, a Lei de autonomia pessoal e assistência a dependentes (2007) garante o apoio público a pessoas com necessidades de cuidados e assistência. Os países da Europa Central e de Leste enfatizam as transferências com base nas necessidades (num contexto de baixa cobertura).²⁷² Em consonância com esta desconfiança pelas transferências monetárias por cuidados, a República da Coreia apoia o fornecimento público de assistentes pessoais para ajudar nas atividades da vida diária.²⁷³

Nível de escolaridade das pessoas que trabalham na prestação de cuidados

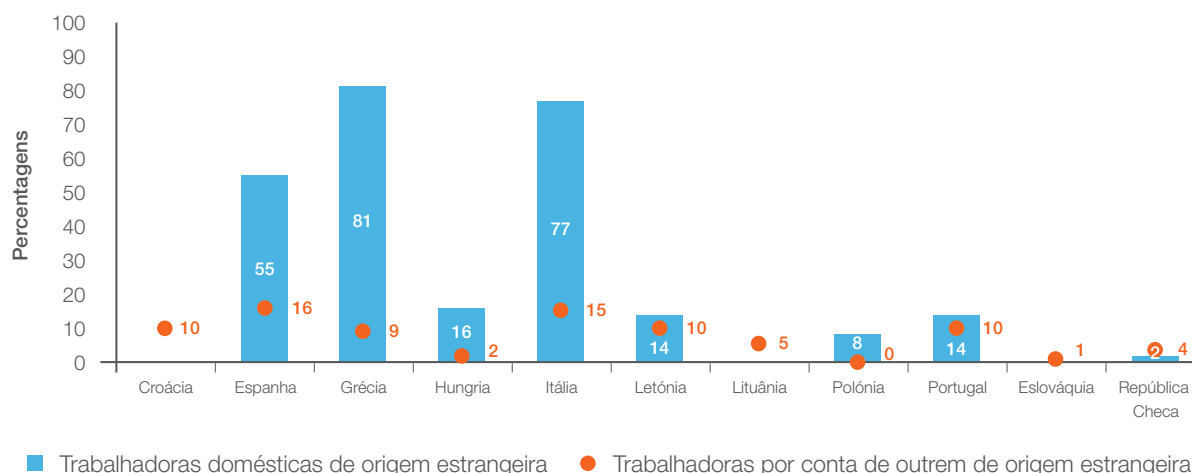
A Figura 4.16 mostra níveis de escolaridade superiores para quem presta cuidados na saúde em comparação com os dois grupos anteriores, refletindo as baixas percentagens de profissionais de cuidados continuados. É evidente um padrão semelhante na educação, onde são mais prevalentes as habilitações avançadas, particularmente na Federação

Figura 4.16. Perfis do nível de escolaridade do pessoal que presta cuidados



Nota Os níveis de escolaridade são identificados utilizando a Classificação Internacional Tipo da Educação (CITE 11). Inferior ao ensino básico: sem escolaridade nem educação pré-escolar. Básico: ensino básico e secundário inferior. Intermédio: ensino secundário superior e pós-secundário não superior. Avançado: nível de ensino superior de curta duração, licenciatura, mestrado e doutoramento ou equivalente.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

Figura 4.17. Percentagem de trabalhadoras domésticas de origem estrangeira (empregadas por famílias)

Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

Russa, Polónia e República da Coreia. A exceção é a Grécia, onde menos de 20 por cento das pessoas que prestam cuidados na educação possuem habilitações avançadas.

Trabalho doméstico e trabalho de cuidados migrante

Na Europa Meridional, a combinação de uma reduzida despesa pública nos cuidados continuados, a disponibilização de subsídios para atividades de cuidados não reguladas e a elevada presença de migrantes sem documentos resultou no que foi denominado modelo «migrante na família» (isto é, o emprego de pessoas que prestam trabalho doméstico, muitas internas e maioritariamente mulheres) para cuidar de pessoas idosas, juntamente com o modelo «mulher na família».²⁷⁴ Em Itália, o número de trabalhadores e trabalhadoras domésticos que fornecem uma ampla gama de cuidados pessoais e serviços de cuidados domiciliários triplicou entre 1998 e 2008. Dez anos mais tarde, representavam quase 7 por cento do emprego feminino (em comparação com 0,7 por cento do emprego masculino), dos quais 77 por cento têm origem estrangeira (Figura 4.17). Podem ser muitas mais em situação irregular e, assim, não estão incluídas nas estatísticas.²⁷⁵

Os números são semelhantes para Espanha, onde o trabalho doméstico representa 6,5 por cento do emprego feminino (e 0,7 por cento do emprego masculino), sendo 55 por cento de origem estrangeira. Não obstante a percentagem mais baixa em Portugal e na Grécia (4,8 e 2,4 por cento do emprego feminino, respetivamente), as percentagens de migrantes permanecem consideráveis, sobretudo na Grécia (Figura 4.17).²⁷⁶

A maioria das pessoas do trabalho doméstico nos países da Europa Meridional são provenientes da Europa de Leste.²⁷⁷ O alargamento da União Europeia após 2004 resultou num direcionamento deste grupo através de quotas e concessões, permitindo que as pessoas destes países migrassem para a Itália. Contudo, a migração irregular dominou o setor: a entrada irregular e a permanência após ter terminado o período de estada autorizado nos vistos de turista ou estudante são as principais vias de entrada no merca-

do de trabalho italiano. Ainda que a política de migração de Itália tenha adotado uma abordagem mais restritiva e punitiva em relação à migração irregular desde 2008, os trabalhadores e trabalhadoras domésticos continuaram a ter tratamento de exceção e a beneficiar de campanhas de regularização tanto em 2009 como em 2012. A regularização, todavia, dependia da vontade de o empregador solicitar a regularização da situação das pessoas ao seu serviço. Nem todos os empregadores estavam dispostos a fazê-lo, pois isso implicava custos de mão-de-obra mais elevados decorrentes da necessidade de ficar em conformidade com os requisitos de pagamento de contribuições para a segurança social e salários mais altos, além do cumprimento do horário de trabalho e direito a licenças ao abrigo dos acordos coletivos de trabalho doméstico.²⁷⁸

Em Espanha, a lei de cuidados a dependentes também tentou regularizar as pessoas que prestam cuidados, 63 por cento das quais eram migrantes na época em que a lei entrou em vigor em 2007. Contudo, após 2008, o desemprego subiu até 27 por cento e isto conduziu a uma contenção das medidas de imigração de pessoas oriundas de fora da UE e restrições na elegibilidade aos direitos sociais. Estas medidas não levaram à saída dos migrantes, mas a uma diminuição das horas e da remuneração dos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados migrantes e uma redução substancial nas remessas.²⁷⁹

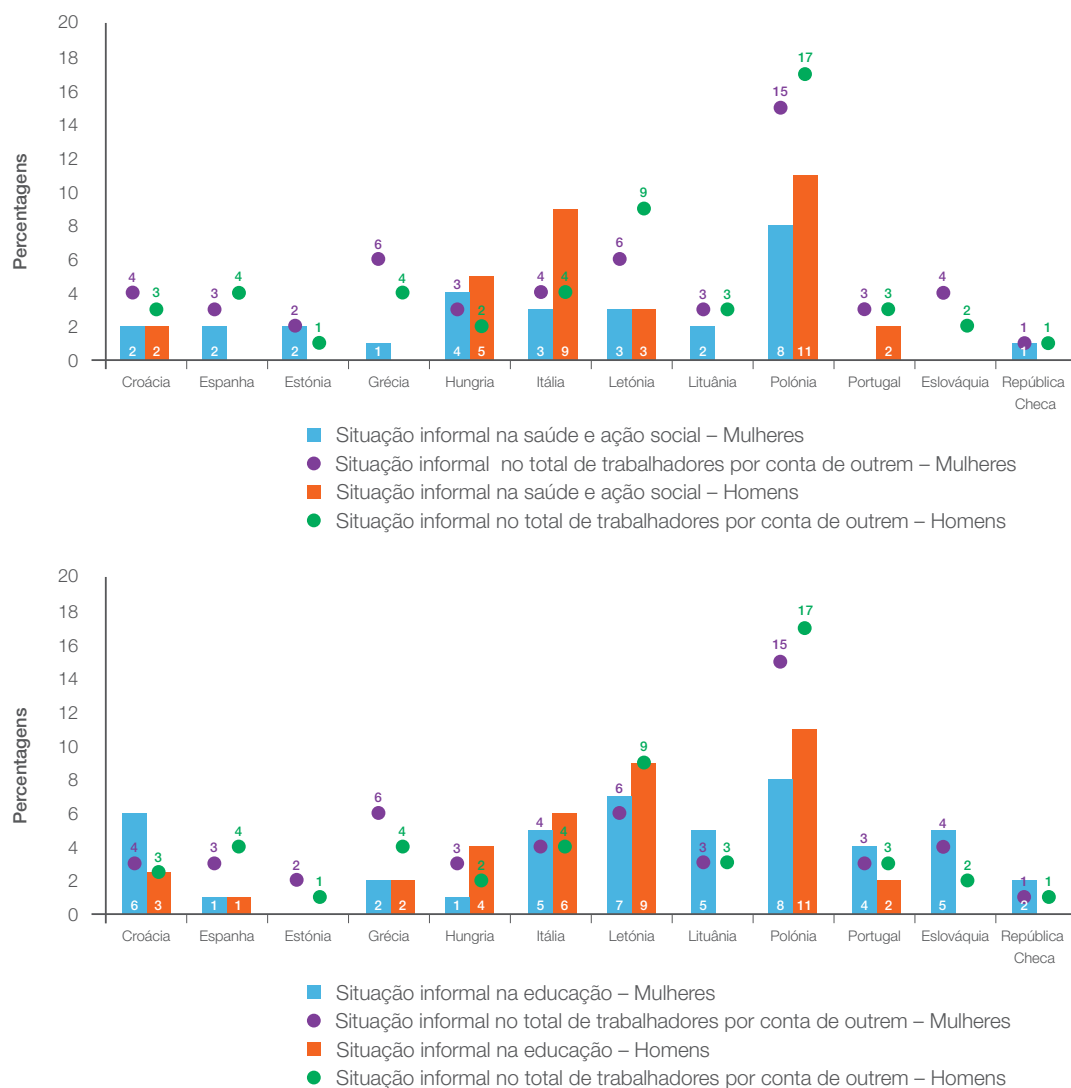
Em diversos países da Europa de Leste, pelo contrário, a emigração, associada ao desmantelamento de serviços de cuidados públicos, criou défices na prestação de cuidados que abriram caminho à emergência de uma nova procura de pessoas para trabalho doméstico.²⁸⁰ Na Eslováquia, esta procura é coberta por estudantes e por mulheres reformadas, que se reformaram precocemente e que trabalham informalmente como amas como uma estratégia para fugir à pobreza.²⁸¹ Na Federação Russa, a procura é sustentada pelas classes média e alta e é satisfeita por residentes locais, migrantes internos e, em menor medida, migrantes estrangeiros de anteriores repúblicas soviéticas.²⁸² A Letónia apresenta tendências semelhantes.²⁸³ Não obstante existam poucas informações quantitativas, as evidências qualitativas indicam que as pessoas que prestam trabalho doméstico nestes países enfrentam condições de trabalho precárias, uma vez que são quase todas informais. A população migrante interna, sobretudo, suporta uma carga de trabalho, remunerações insuficientes e assédio sexual.²⁸⁴

Na República da Coreia, as políticas migratórias mudaram em resposta à procura de cuidados continuados, com a abertura dos «serviços de cuidados pessoais» como um tipo de visto temporário, mas apenas para pessoas oriundas da China e da Rússia com ligações étnicas com o país e que trabalham em serviços institucionais de cuidados a pessoas idosas. Apesar da grave escassez de profissionais de cuidados, a República da Coreia manteve políticas de imigração altamente restritivas no que respeita a migrantes,²⁸⁵ ao contrário dos países da Europa Meridional deste grupo.

Condições de trabalho na prestação de cuidados

Na maioria dos países neste grupo, o trabalho informal afeta os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados em menor proporção do que as outras categorias profissionais, e isto explica-se devido, entre outras coisas, à prevalência da prestação de serviços públicos. No trabalho na saúde e ação social, na Croácia, Eslováquia, Letónia e Portugal, as trabalhadoras de cuidados remuneradas sofrem uma maior incidência de informalidade do que a média, enquanto em Itália a incidência é equivalente. Na educação, apenas

Figura 4.18. Proporção de profissionais de cuidados por conta de outrem informais na educação e na saúde e ação social, por sexo



Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

na Hungria as pessoas que prestam cuidados remunerados têm mais probabilidades de se encontrarem em situação de emprego informal do que a média. Concretamente, os poucos homens trabalhadores nas atividades de cuidados remunerados têm uma maior probabilidade de se encontrarem em situação de emprego informal do que as mulheres, sobretudo na educação (Figura 4.18).

Há evidências de que os cuidados e a educação pré-escolar fornecidos pelo setor público resultam em condições de trabalho de qualidade elevada para quem presta cuidados. É este o caso na Eslovénia, onde a maioria do pessoal docente tem contratos permanentes a tempo completo, é sindicalizado e auferê salários próximos aos da média para a economia.²⁸⁶ Simultaneamente, os reduzidos níveis de prestação de cuidados continuados públicos, a preferência por regimes de subsídios para cuidados e a migração irregu-

Caixa 4.9. Estratificação entre profissionais de cuidados continuados na Eslovénia

Um estudo recente na Eslovénia destaca a diferença entre profissionais de cuidados continuados públicos e privados num contexto de baixos níveis de prestação de cuidados públicos e um elevado desemprego.²⁹⁰ Quem trabalha nos cuidados continuados públicos e para agências privadas que são parcialmente subsidiadas por fundos públicos, tem contrato a tempo completo. Porém, recebe salários mínimos, trabalha em horários atípicos e sentiu uma intensificação da sua carga de trabalho, causada por um processo de maior controle e divisão de tarefas de cuidados, uma característica comum nos cuidados continuados domiciliários formais. Uma vez que os subsídios são canalizados para as agências privadas e não para os utentes (cobrindo 50 por cento do custo), os trabalhadores independentes não subsidiados que têm autorizações de trabalho têm de competir com a prestação de cuidados através de agências, o que pressiona os seus ganhos. Também competem com quem está no trabalho informal, que não paga impostos. A competição entre os trabalhadores informais e as suas sombrias condições de trabalho estão por trás dos níveis relativamente altos de cobertura de cuidados continuados na Eslovénia.²⁹¹

Fontes: Hrženjak, 2017; OCDE, 2018a.

lar estão associados a más condições de trabalho (Caixa 4.9). Na República da Coreia, a rápida expansão dos serviços de cuidados continuados implicou uma certificação relativamente limitada da mão-de-obra e reduzida regulamentação e supervisão,²⁸⁷ o que, combinado com a abordagem pró-mercado à prestação de serviços de cuidados, conduziu à precariedade de facto destes empregos, uma vez que as pessoas são empregadas por empresas com fins lucrativos. O horário de trabalho é em regra imprevisível e os contratos são inseguros, com elevadas taxas de rotatividade. Estes são, com efeito, excluídos do sistema de seguro da segurança social e não têm frequentemente direito a benefícios, tais como férias pagas, pagamento de horas extraordinárias e de indemnizações por despedimento.²⁸⁸ Simultaneamente, a combinação de salários relativamente baixos e poucas perspectivas em termos de carreira não atraem para o trabalho cuidados, sobretudo a população jovem.²⁸⁹

4.3.3. Grupo 3 - Dependência do trabalho doméstico

Grupo 3.1: níveis médios de emprego em setores de cuidados com uma proporção muito elevada de trabalho doméstico

Este grupo inclui dois Estados Árabes, a Arábia Saudita e o Koweit. A principal característica é o peso do trabalho doméstico no total do emprego, atingindo 12 por cento na Arábia Saudita e 14 por cento no Koweit. O trabalho de cuidados dos setores de cuida-

Figura 4.9.d. Grupo 3.1.



dos também constitui uma percentagem significativa do emprego total, concentrado na educação (ver Figura 4.9.d). No Koweit, o trabalho de cuidados na educação representa 5 por cento do total do emprego e 2,4 por cento são na saúde e ação social. A característica mais notável da Arábia Saudita, também uma característica de outros estados árabes, é que as atividades da mão-de-obra feminina dos cuidados ocupam 90 por cento de todas as mulheres empregadas, e ainda assim as mulheres representam menos de metade da mão-de-obra de cuidados total. Por outras palavras, o grau de feminização é de 46 por cento. Isto é explicado por uma taxa geral de participação na mão-de-obra feminina baixa, de apenas 20 por cento. Quase metade das mulheres empregadas na economia dos cuidados são, de facto, trabalhadoras domésticas, e praticamente todas são migrantes.

Serviços de cuidados

O forte recurso a trabalho doméstico, e a existência de setores de saúde e da educação bem desenvolvidos, explica a combinação particular dos empregos de cuidados neste grupo. Na Arábia Saudita, os serviços de saúde são fornecidos gratuitamente, tanto nas instalações públicas como privadas, através de um sistema de seguro social obrigatório para migrantes que foi implementado para cobrir alguns dos custos. A educação é gratuita até ao nível secundário. No Koweit, os infantários e o ensino superior são também gratuitos. Outros serviços de cuidados, particularmente o desenvolvimento da primeira infância e os cuidados continuados são escassos.

Trabalho doméstico migrante

A Arábia Saudita e o Koweit, juntamente com outros países do Conselho de Cooperação do Golfo (CCG),²⁹² acolhem a maior população de trabalho migrante temporário do mundo, maioritariamente na construção civil e no trabalho doméstico. Entre 1990 e 2015, o número de migrantes internacionais recebidos pelos estados árabes aumentou três vezes, de 9,8 milhões para 35 milhões.²⁹³ Os países do CCG têm, de longe, a maior população migrante da região árabe e uma das maiores do mundo, com um total de 25,4 milhões de migrantes. A Arábia Saudita tem o maior número de migrantes da região, sendo igualmente o quarto maior país de destino de todo o mundo. Constituem 73 por cento da população total do Koweit.²⁹⁴ O trabalho migrante provem sobretudo da Ásia, particularmente da Ásia do Sul, mas também cada vez mais de África. A região árabe destaca-se entre os países de destino por ter a percentagem mais baixa de mulheres entre os migrantes internacionais. Em 2015, a percentagem média de mulheres migrantes situava-se em 33 por cento.²⁹⁵

O trabalho doméstico é a profissão mais importante entre as mulheres migrantes que migram para os CCG, enquanto os cuidados de saúde e a prestação de cuidados também oferecem emprego às mulheres migrantes. A elevada procura de trabalho doméstico migrante na região é atribuída à combinação de estilos de vida com poder económico e normas sociais que combinam os modelos «migrante na família» e «mulher na família».²⁹⁶ Na ausência de prestação estatal, o trabalho doméstico migrante representa uma alternativa privada de baixo custo para prestar serviços de cuidados a crianças pequenas, pessoas doentes e membros idosos dos agregados familiares.

Caixa 4.10. Países do CCG: trabalho doméstico migrante e o sistema *kafala*

O sistema *kafala*, que no árabe clássico acarreta conotações de «garantia», «cuidar do sustento» e «cuidar de» é um sistema de patrocínio que permite o emprego temporário de não nacionais nos países do CCG. Ao abrigo do *kafala*, o estatuto de imigração e de residência legal do trabalhador migrante está vinculado a um patrocinador individual (*kafeel*) durante o período do contrato de tal forma que o trabalhador não pode entrar no país, despedir-se, mudar de emprego ou sair do país sem obter previamente uma autorização explícita do empregador.

O *kafala* coloca os trabalhadores e trabalhadoras migrantes numa posição de vulnerabilidade à exploração, tendo muito pouco poder para negociar com os empregadores, dado o desequilíbrio de poder significativo implícito na relação de trabalho. Através da ligação de autorizações de residência e de emprego, o estatuto de imigração está dependente da relação contratual com o patrocinador. Se a relação de trabalho terminar, já não existe uma base legal para que possam permanecer no país. Como «proprietário» da autorização, é dada permissão aos patrocinadores para exercerem um controlo abrangente sobre a vida dos trabalhadores migrantes empregados por estes, tornando esta relação empregador-trabalhador muito mais assimétrica do que é habitual.

A Comissão de Peritos da OIT para a Aplicação das Convenções e Recomendações (CEACR), declarou nas suas observações no que respeita à Convenção (n.º 29) sobre o Trabalho Forçado, de 1930, que o sistema *kafala* «pode conduzir ao trabalho forçado» e instou os governos a «tomar as medidas necessárias, na lei e na prática, para assegurar que os trabalhadores domésticos migrantes são totalmente protegidos de práticas e condições abusivas que podem conduzir a situações de trabalho forçado».²⁹⁸

Fontes: CEACR, 2016; Escritório Regional da OIT para os Estados Árabes, 2017b.

Condições de trabalho do trabalho doméstico migrante

As relações de trabalho entre os empregadores e os trabalhadores e trabalhadoras migrantes (conhecidos como «trabalhadores/as expatriados/as temporários/as» nos países do CCG), regem-se por regulamentos, normas e práticas consuetudinárias em torno de um sistema de patrocínio dos empregadores baseado no conceito de «*kafala*» (ver Caixa 4.10). Ao abrigo do *kafala*, a natureza jurídica do trabalhador está vinculada a um empregador e o trabalhador não pode sair unilateralmente da relação de emprego. Este tipo de modalidade de patrocínio limita gravemente a capacidade de sair de um emprego e cria uma série de riscos de abusos dos direitos humanos e exploração laboral.²⁹⁷

Nos últimos anos tem-se observado uma tendência de legislar para proteger os direitos dos trabalhadores e trabalhadoras domésticos, incluindo a regulação de alguns dos aspetos mais exploradores do *kafala*. O Koweit aprovou a Lei n.º 68/2015 sobre o emprego de trabalhadores domésticos em 2015, que estabelece as respetivas obrigações do empregador e do trabalhador, sobretudo no que respeita aos horários de trabalho, à remuneração e ao tempo de descanso, assim como às férias. A lei proíbe expressamente a confiscação do passaporte pelo empregador, estabelece que o contrato entre o empregador e o trabalhador doméstico é celebrado por um período de dois anos, renovável por igual período de tempo a não ser que uma das partes notifique a outra pelo menos dois meses antes do termo do contrato de dois anos, e confere aos trabalhadores domésticos o direito a apresentar uma queixa ao Departamento do Trabalho Doméstico e procurar um meio de reparação.

Figura 4.9.e. Grupo 3.2.



Fontes: CEACR, 2016; Escritório Regional da OIT para os Estados Árabes, 2017b.

Os acordos de trabalho bilaterais assinados pelos países CCG focam-se geralmente nas exigências prévias à partida, na regulamentação do processo de recrutamento, nas disposições relativas ao pagamento dos salários, no conteúdo e forma do contrato de trabalho, métodos para a resolução de conflitos e quadros para a monitorização dos acordos.²⁹⁹ Estes acordos podem representar uma melhoria da situação, mas, tal como os contratos de trabalho convencionais, oferecem menos proteções, e mais reduzidas, do que as consagradas nas legislações de trabalho nacionais, apresentando mecanismos de

aplicação e penalização pouco claros.

Grupo 3.2: níveis médios a elevados de emprego em setores de cuidados com uma proporção elevada de trabalho doméstico

Este grupo compreende países da América Latina (Argentina, Brasil, República Bolivariana da Venezuela, Uruguai), da África Subsariana (África do Sul), Ásia e Pacífico (Brunei Darussalã), Ásia Central e Ocidental (Chipre) e um Estado Árabe (Jordânia). Apresentam duas características destacadas: a elevada proporção de trabalho doméstico, na ordem de 4 a 8 por cento do emprego total, ainda que inferior à dos grupos anteriores de países árabes, e uma percentagem de entre 8 e 10 por cento do emprego total nos setores de cuidados. O trabalho de cuidados na educação representa cerca de 6 por cento do emprego total, enquanto o de cuidados na saúde e ação social constituem 4 por cento (ver Figura 4.9.e). Este é apenas ligeiramente mais baixo do que nos países da Europa Meridional e da Europa Central e de Leste - que são países com um rendimento mais elevado - e é indicativo do historicamente forte (ainda que não necessariamente suficiente) desenvolvimento do setor da educação e da saúde nestes países. A presença de elevados números de trabalhadores e trabalhadoras domésticos, por sua vez, revela a insuficiência das políticas de cuidados, como descrito a seguir, e os níveis muito elevados de desigualdade de rendimentos, sobretudo na África do Sul e Brasil, e também a pobreza na África do Sul e na República Bolivariana da Venezuela.³⁰⁰

Há que assinalar que estes países são ainda jovens em comparação com os países europeus - as crianças e os adolescentes (0-19 anos de idade) constituem 50 a 60 por cento da população em idade ativa, e as pessoas idosas (com 65 ou mais anos de idade) constituem 20 por cento, ou menos.^{301 302}

Contudo, espera-se que este perfil demográfico mude, uma vez que é expectável que a população idosa continue a crescer em proporção da população em idade ativa. Isto indica que serão necessários mais serviços de cuidados continuados.

Os mercados de trabalho são segmentados, com secções significativas de trabalhadores e trabalhadoras por conta de outrem sem acesso à proteção social. Na Argentina e no Brasil, por exemplo, 32 e 21 por cento dos trabalhadores, respetivamente, encontram-se em situação informal. Na África do Sul, essa taxa é de 28 por cento.³⁰³

Serviços de cuidados

As desigualdades no rendimento e no mercado de trabalho traduzem-se em diferentes acessos às políticas de cuidados na saúde, na educação, na educação pré-escolar e nos cuidados continuados. Estes países combinam prestadores privados e públicos nos sistemas de saúde que são universais na sua cobertura, incluindo o recentemente estabelecido Seguro Nacional de Saúde na África do Sul,³⁰⁴ não obstante tanto os prestadores como as fontes de financiamento estarem associados a diferenças na qualidade do serviço e nas condições de trabalho nos cuidados, como se refere a seguir.

Os países da América Latina deste grupo fornecem ensino público gratuito, mas este não é o caso na África do Sul, onde o financiamento público é completado com o pagamento de propinas. Os países da América Latina deste grupo fizeram progressos na educação pré-escolar nos últimos anos. O Uruguai, por exemplo, tem uma taxa de participação de 36 por cento na educação e cuidados pré-escolares, e o Brasil tem uma taxa de participação de 24 por cento.³⁰⁵ A taxa de escolarização, encontra-se entre 70 e 88 por cento nestes países é o resultado da educação ao nível pré-escolar ser obrigatória.³⁰⁶ A África do Sul apresenta baixos níveis de educação pré-escolar e cobertura de cuidados (4 por cento), mas atinge 80 por cento na frequência na educação pré-escolar. O Chipre e a Jordânia atingem quase taxas universais de frequência, ainda que apenas no ensino básico, com baixos níveis de frequência no ensino pré-escolar.³⁰⁷

Na Argentina, a prestação pública de cuidados institucionais e de assistentes pessoais está disponível, mas apenas para pensionistas, sendo a sua cobertura restrita. Um programa de subsídios modesto também oferece apoio para receber alguns cuidados domiciliários, e são disponibilizados programas de formação para quem presta cuidados domiciliários.³⁰⁸ Estima-se que 2,9 por cento de pessoas idosas vivam em instalações residenciais, em regra a expensas próprias, uma vez que o número de lares com financiamento público é muito limitado.³⁰⁹ No Uruguai, contudo, os cuidados a pessoas idosas, assim como os cuidados a pessoas com deficiência, são um serviço fundamental prestado pelo Sistema Nacional de Cuidados uruguaio, um sistema baseado nas necessidades que oferece assistentes pessoais, teleassistência e cuidados institucionais continuados. Tal como no caso do Japão e da República da Coreia, os pagamentos diretos aos prestadores de cuidados familiares não são favorecidos, optando o sistema pela prestação direta de cuidados, em seu lugar.³¹⁰ Presentemente, 3 por cento das pessoas com 65 ou mais anos recebem cuidados institucionais no Uruguai.³¹¹

Na África do Sul existe um programa limitado de subsídios específico, destinado a quem já recebe outras prestações monetárias sujeitas a condição de recursos, para pagar os serviços a uma pessoa cuidadora a tempo completo, mas por outro lado as necessidades de cuidados são cobertas através de pagamentos diretos pelos beneficiários. Dado os níveis de pobreza no país, estima-se que 70 por cento das pessoas com mais de 65 anos não consigam suportar o pagamento de cuidados institucionais ou domici-

liários. O Brasil não tem cobertura legal de cuidados continuados e estima-se que apenas 1 por cento das pessoas com 65 ou mais anos vivam em instituições de cuidados continuados.³¹²

O sistema de cuidados de saúde do Brasil combina instituições públicas e privadas, sendo que as instituições privadas abrangem 25 por cento da população. Não obstante a cobertura universal dos cuidados de saúde esteja consagrada na Constituição, a redução do investimento público, a distribuição geográfica desigual das instituições de cuidados de saúde e a falta generalizada de pessoal qualificado faz com que a qualidade da prestação de cuidados de saúde se torne desigual. Isto é evidente ao comparar a cobertura relativa com a distribuição de profissionais de cuidados de saúde: 43,5 por cento trabalham em instalações de cuidados de saúde privadas, enquanto 56,5 por cento trabalham para instituições públicas.³¹³ Da mesma forma, na Argentina o setor da saúde está organizado em três níveis: o setor público, gratuito, utilizado pelas famílias pobres; o setor privado para quem tem meios para o pagar; e o «setor da segurança social», administrado por sindicatos, que fornece diferentes níveis de qualidade de cuidados de saúde de acordo com o setor e jurisdição, juntamente com as desigualdades de rendimentos associados.³¹⁴ O sistema de cuidados de saúde do Uruguai é semelhante ao da Argentina e do Brasil antes de as reformas em 2007 e 2016 criarem o Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS) e o Seguro Nacional de Saúde, respetivamente. O SNIS é um mecanismo de financiamento «solidário», destinado a abranger todas as pessoas e a financiar os prestadores de saúde privados e públicos, com uma normalização da qualidade da prestação de cuidados de saúde.³¹⁵

De forma semelhante ao Brasil e à Argentina, o sistema de saúde da África do Sul associa instituições do setor público e privado distribuídas de forma desigual entre as províncias, em que os cuidados de saúde públicos cobrem os segmentos mais pobres da população e os privados operam em instituições que cobrem as pessoas com poder económico. E isto apesar de uma importante iniciativa nacional que visa alcançar a cobertura universal dos cuidados de saúde, que ainda apresenta deficiências.³¹⁶

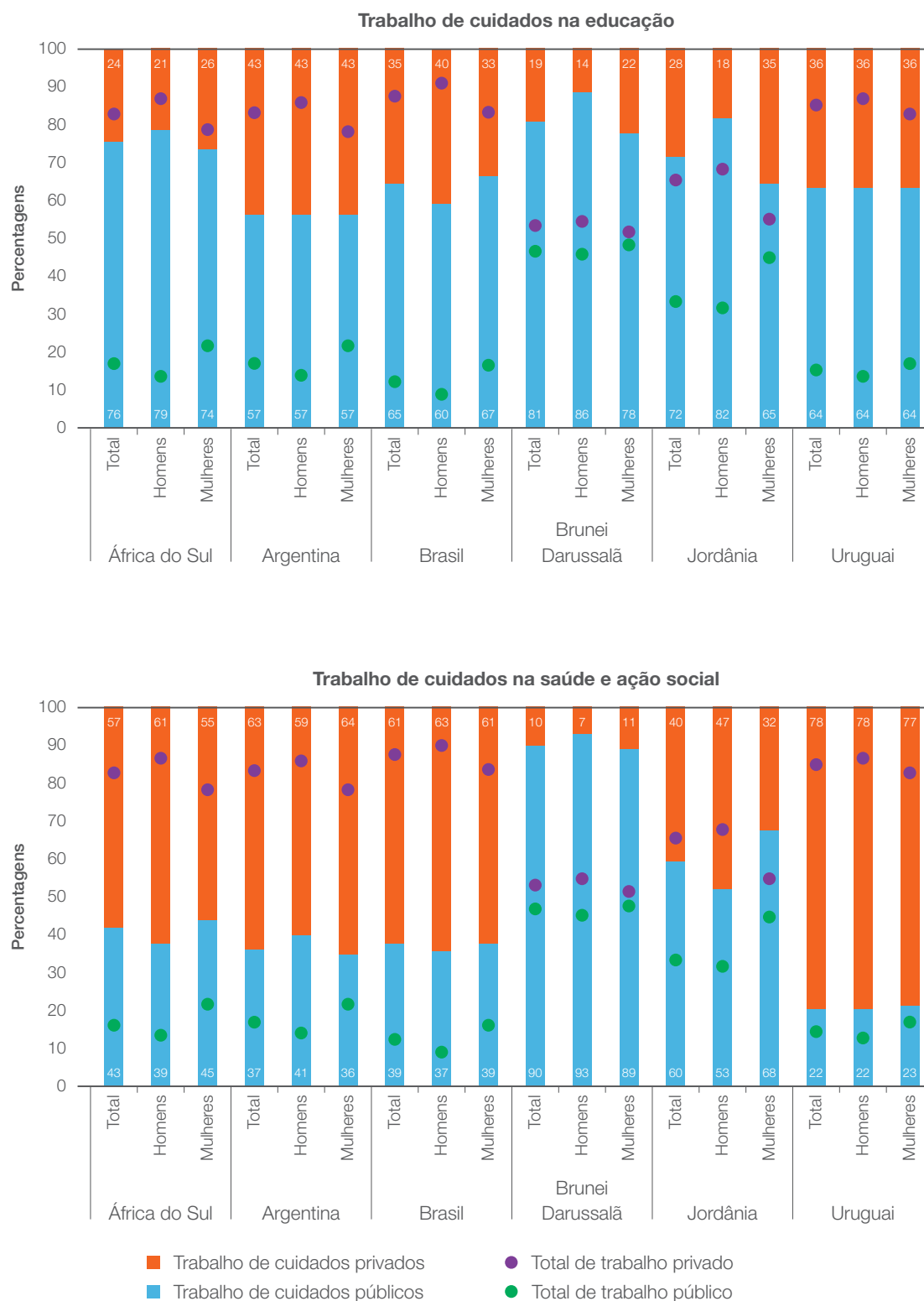
Trabalho doméstico

Os países da América Latina deste grupo têm a maior percentagem de trabalho doméstico no total do emprego na região da América Latina. Um grau muito elevado de feminização implica também represente uma percentagem significativa do emprego das mulheres: as trabalhadoras domésticas representam aproximadamente 14 por cento do emprego feminino total nestes países, atingindo 17 por cento na Argentina. Estas percentagens são semelhantes às do Brunei Darussalã e da Jordânia. No Brunei Darussalã, praticamente todas as pessoas do trabalho doméstico são de origem estrangeira, enquanto na Jordânia representam três quartos, um perfil que corresponde aos dos países árabes do grupo 3.1. No caso da Argentina e do Uruguai, a percentagem de mulheres migrantes entre as trabalhadoras domésticas é baixa,³¹⁷ em comparação com as estimativas regionais.³¹⁸

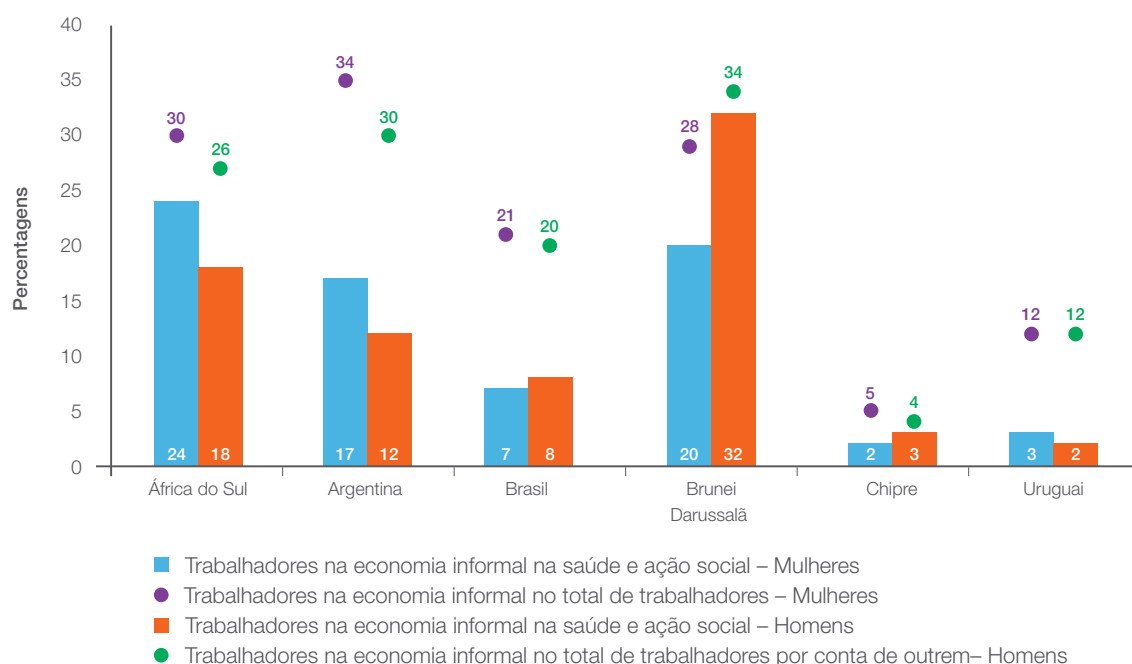
Condições de trabalho na área dos cuidados

A desigualdade e a fragmentação na prestação dos serviços é refletida nas condições de trabalho na área dos cuidados, que variam dependendo das diferenças setoriais, do grau

Figura 4.19. Proporção de emprego público e privado na educação e na saúde e ação social, por sexo



Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

Figura 4.20. Percentagem de trabalhadores em situação de emprego informal na saúde e ação social, por sexo

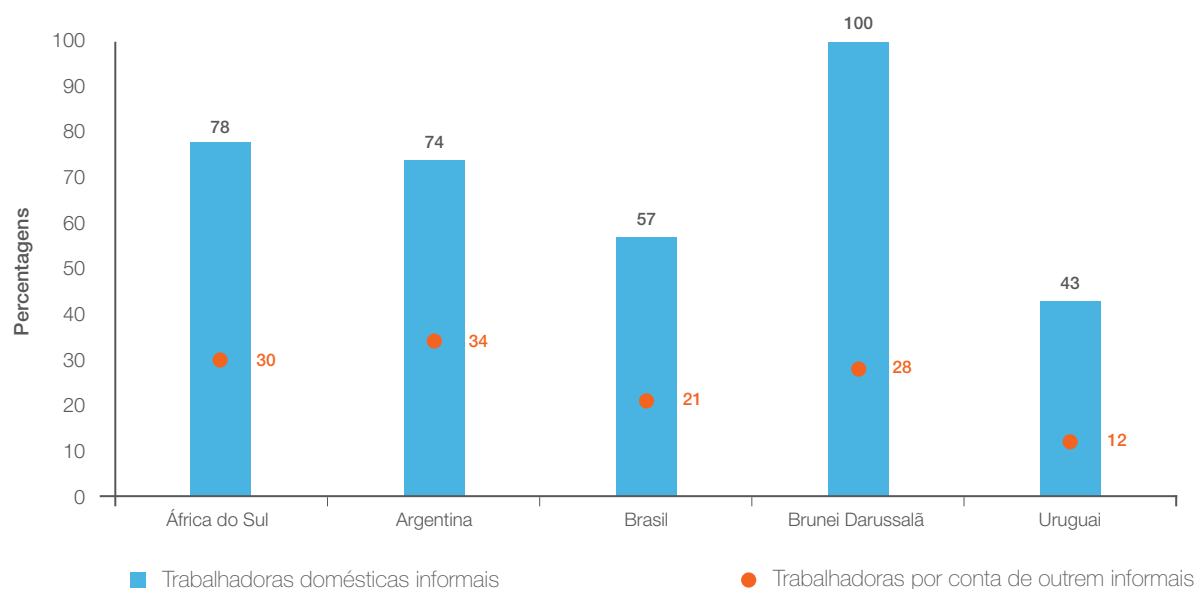
Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

de privatização da prestação dos serviços e da da proteção laboral. Não é uma coincidência que estas dimensões sejam as mesmas para os países do grupo 2.1: em diferentes níveis de cobertura e percentagens de trabalho doméstico, a opção de prestação de serviços de cuidados privados reforça as desigualdades no acesso e na qualidade da prestação de cuidados em ambos os contextos nacionais, em detrimento do trabalho de cuidados.

A combinação da prestação e financiamento de serviços de cuidados nos setores público e privado no âmbito da saúde é refletida na percentagem de trabalho de cuidados públicos e privados. No Uruguai, Argentina e Brasil, 78, 63 e 61 por cento, respetivamente, o trabalho de cuidados na saúde e ação social pertence ao setor privado.³¹⁹ Na África do Sul, esta proporção é de 57 por cento na saúde. Na lógica de uma prestação de cuidados públicos, 90 por cento do trabalho de cuidados de saúde é funcionário público no Brunei Darussalã. A maioria da mão-de-obra de cuidados de saúde na Jordânia compreende funcionários públicos (60 por cento). A extensão da cobertura do ensino público em todos estes países é evidente nas proporções de trabalho de cuidados públicos na educação, nomeadamente 57 por cento ou mais. Na África do Sul, representa 76 por cento de cuidados na educação, e no Brunei Darussalã constitui 81 por cento (Figura 4.19).

Os sistemas de cuidados de saúde de dois níveis do Brasil, e o sistema de três níveis da Argentina, tornam as condições de trabalho desiguais entre estes subsectores. A excessiva carga de trabalho associada a horários de trabalho prolongados caracterizam o setor privado, pois a regulamentação protege melhor quem trabalha no setor público.³²⁰

No caso da Argentina, o setor público garante emprego formal e estabilidade, o que não é sempre garantido no setor privado, sobretudo no que respeita ao pessoal de enfermagem em instituições de cuidados continuados.³²¹ Os baixos salários do pessoal de en-

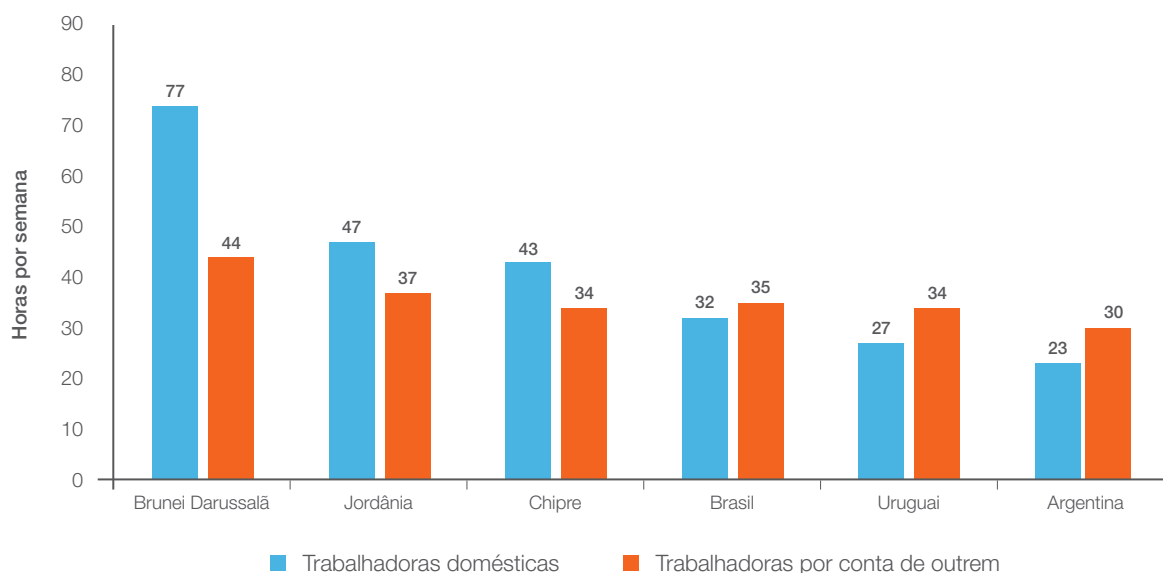
Figura 4.21. Proporção de trabalhadoras domésticas em situação de emprego informal (a trabalhar para famílias)

Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

fermagem nos setores público e privado contribuem para a excessiva carga de trabalho como consequência do excesso de trabalho ou da combinação de turnos seguidos em diferentes instituições. Esta situação gera absentismo, uma maior intensidade de trabalho (medida através de rácios paciente-enfermeiro), *burnout* e, em última análise, uma má qualidade do serviço.³²² Na África do Sul, é o setor dos cuidados de saúde público que perde pessoal de enfermagem, pois este vai para o setor privado para assegurar melhores condições de trabalho, e outro emigra, sendo substituído, por sua vez, por migrantes.³²³ As diferenças entre os prestadores públicos e privados são igualmente exacerbadas na escassez geral de pessoal médico na África do Sul, cuja densidade é relativamente baixa (0,77 por cento), não obstante seja ainda maior do que nos países vizinhos.³²⁴

O trabalho de cuidados por conta de outrem no setor da saúde e ação social apresenta taxas consideráveis de informalidade na Argentina, Brunei Darussalã e África do Sul (16, 23 e 23 por cento, respetivamente) e as trabalhadoras de cuidados têm relativamente mais probabilidade de se encontrarem no emprego informal na Argentina e na África do Sul (17 e 24 por cento, respetivamente) (Figura 4.20). No Brasil e no Uruguai, as taxas do trabalho informal são muito inferiores, situando-se em 7 e 3 por cento, respetivamente. O emprego informal está generalizado entre os trabalhadores independentes: quase todos na Argentina, dois terços na África do Sul, metade no Brasil e um terço no Uruguai. Em comparação com o setor do trabalho na saúde e ação social, a informalidade tem uma incidência mais baixa entre o trabalho de cuidados na educação - entre 1 e 6 por cento nos países da América Latina neste grupo, 14 por cento na África do Sul e 16 por cento no Brunei Darussalã.

Na Argentina, a sindicalização e as instituições de negociação coletiva desempenharam um papel crucial na melhoria das condições de trabalho na educação. Visando contrariar a fragmentação, foi implementada a negociação coletiva nacional para estabelecer

Figura 4.22. Horas semanais trabalhadas, trabalhadoras domésticas (a trabalhar para famílias)

Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

salários-base em todo o país. Como resultado, todos os docentes, incluindo da educação pré-escolar, do setor privado e do setor público, negociam em conjunto, e o governo central cobre os eventuais défices para pagar salários às jurisdições pobres, para contrabalançar desigualdades no rendimento.³²⁵ O pessoal de enfermagem está numa posição mais fraca, pois não lhes é possível negociar os salários juntamente com profissionais das equipas de saúde.³²⁶

O emprego informal, medido como a falta de cobertura da segurança social, é elevado no trabalho doméstico nos países da América Latina deste grupo (Figura 4.21). No Uruguai, o país com melhor desempenho na região em termos de registo de trabalho doméstico (cobertura da segurança social), cerca de 60 por cento contribui para a segurança social. Os níveis de cobertura são baixos no Brasil (43 por cento) e na Argentina (25 por cento).³²⁷ As recentes melhorias na legislação estão entre as razões para a ocorrência de mais registos no Uruguai e na Argentina,³²⁸ países que estabeleceram novas leis em 2006 e 2013, respetivamente, para igualar os direitos do trabalho doméstico aos das outras categorias de trabalho por conta de outrem, e acompanharam estas ações com diversas medidas para aumentar a formalização (ver também a secção 4.2.3). Uma característica destacada da nova legislação do Uruguai e da Argentina é o estabelecimento de mecanismos de negociação coletiva para estabelecer os salários no trabalho doméstico.³²⁹ O Brasil alterou a sua Constituição em 2015 para reconhecer os direitos dos trabalhadores e trabalhadoras domésticos em igualdade com os outros trabalhadores.

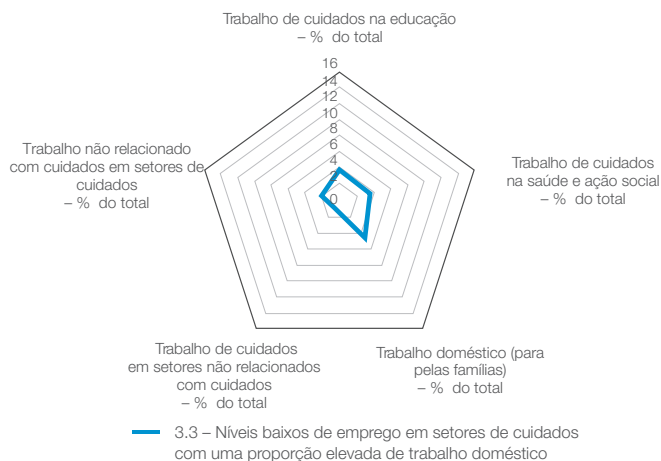
Na África do Sul, onde pouco mais de 20 por cento tem um emprego formal, os salários mínimos para o trabalho doméstico foram estabelecidos em 2002 (e revistos em 2011/12 e em 2017/18), juntamente entre outras questões, diversas medidas para determinar os horários de trabalho, subsídios por doença e as indemnizações por despedimento. Têm

também direito à proteção na maternidade e subsídio de desemprego.³³⁰

O número médio de horas trabalhadas pelas trabalhadoras domésticas é inferior ao número de todas as mulheres trabalhadoras (Figura 4.22), o que poderá estar associado ao facto de que as taxas horárias estabelecidas serem inferiores às taxas setoriais estabelecidas de modo semelhante, incluindo do pessoal de limpeza subcontratado e taxistas.³³¹

O trabalho doméstico no Brunei Darussalã é quase todo no setor informal e longas horas, em média, 77 horas de trabalho por semana, o que é equivalente a trabalhar durante todas as horas de vigília (Figura 4.22).

Figura 4.9.f. Grupo 3.3.



Grupo 3.3: níveis baixos de emprego em setores de cuidados com uma proporção elevada de trabalho doméstico

A maioria dos países deste grupo são da América Latina (Equador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Peru, República Dominicana) e são relativamente mais pobres do que os grupos anteriores. Uma série de países são africanos (Angola, Botsuana, Etiópia, Namíbia, Ruanda, Senegal, Zâmbia). Da Ásia e Pacífico, este grupo inclui a China, Indonésia e Sri Lanca. Dois países árabes relativamente ricos (Catar e Emirados Árabes Unidos) completam este grupo.

Provavelmente, reúnem-se situações e contextos diferentes neste grupo, que inclui tanto países populosos como pequenos. Duas características diferenciam este grupo dos dois anteriores: uma elevada percentagem de trabalho doméstico entre 4 e 6 por cento, com picos nos países árabes, combinada com uma baixa percentagem de trabalho nos setores dos cuidados - baixa na educação (cerca de 3 por cento) e muito baixa na saúde e ação social (2 por cento ou menos) (ver Figura 4.9.f). Em comparação com o grupo anterior, a educação tem uma baixa cobertura e muito baixa nos sistemas de saúde, sobretudo nos países africanos. Por sua vez, quando comparados com o Koweit e a Arábia Saudita, e não obstante o seu elevado PIB *per capita*, os países árabes neste grupo também têm setores da saúde e da educação menos desenvolvidos, a um nível semelhante dos países da América Latina incluídos neste grupo.

Com a exceção do Catar e dos Emirados Árabes Unidos, a pobreza caracteriza os países deste grupo.³³² Os países da América Latina deste grupo são mais pobres do que os seus vizinhos do grupo anterior, e o mesmo é verdade para os países africanos, em comparação com a África do Sul.

Uma característica destacada dos mercados de trabalho destes países, tal como era o caso no grupo anterior, é a elevada incidência de emprego informal no trabalho por conta de

outrem, por exemplo, entre 40 e 49 por cento em Angola, Equador e México, entre 50 e 59 por cento na China e Sri Lanka, e igual ou superior a 60 por cento na Guatemala, Honduras, Namíbia e Senegal.

Serviços de cuidados

As taxas de frequência na primeira infância e na educação pré-escolar na maioria destes países são muito baixas³³³ e apenas as taxas no ensino básico são satisfatórias.³³⁴ Uma das exceções é a China, onde as taxas na educação na primeira infância e na educação pré-escolar, de 60 por cento e quase 80 por cento, respetivamente, são o resultado de políticas deliberadas para ampliar a prestação de serviços de cuidados às crianças. Porém, a prestação pública de cuidados a crianças foi reduzida no contexto de reformas neoliberais³³⁵ e, atualmente, 69 por cento das instalações na educação na primeira infância e na educação pré-escolar são privadas, servindo famílias de rendimento médio e baixo.³³⁶

As taxas de escolarização no ensino básico encontram-se a um nível satisfatório. O ensino básico é público e gratuito na maioria destes países, com a exceção do Peru que sentiu um aumento significativo da sua prestação privada.³³⁷ As taxas de escolarização do ensino secundário descem marcadamente não só nos países africanos neste grupo, mas também na Guatemala, Honduras e Nicarágua.³³⁸

Muitos destes países têm baixas densidades de pessoal médico e de outras categorias de profissionais de saúde. Apenas o Catar, China, Emirados Árabes Unidos, Equador, México, Nicarágua, Panamá, os países com o rendimento mais elevado deste grupo, têm densidades de pessoal médico, pessoal de enfermagem e parteiras superiores a 4,45 por 1000 habitantes,³³⁹ considerado o requisito mínimo em 2013.³⁴⁰

Juntamente com a África do Sul e o Brasil no grupo anterior, a China dirige-se para a cobertura universal dos cuidados de saúde - e está a fazê-lo a um ritmo rápido.³⁴¹ A cobertura situa-se atualmente em 97 por cento da população da China. A proteção na doença é fornecida através de três regimes principais: para trabalhadores e trabalhadoras de zonas urbanas, para residentes de zonas rurais. O primeiro regime fornece um pacote de prestações abrangente que abarca cerca de 81 por cento dos custos elegíveis. Os regimes para residentes de zonas urbanas e residentes de zonas rurais são regimes de seguro voluntários que cobrem mais de metade dos custos médicos elegíveis até um dado limite e abrangem 1100 milhões de pessoas. Como regra geral, o Governo cobre uma parte ou todas as despesas diretas das famílias pobres.³⁴² Apesar da rápida expansão da cobertura, permanecem disparidades acentuadas entre o setor formal e outros, dependendo do pacote ao qual têm acesso, e entre os residentes de zonas urbanas e rurais:³⁴³ apesar do emprego por conta de outrem ser 40 por cento em zona rural, apenas 13 por cento do trabalho de cuidados da saúde se encontra nas zonas rurais. Do mesmo modo, a Indonésia estabeleceu um sistema de proteção na doença universal através de regimes contributivos e não contributivos em 2015, abrangendo 60 por cento da população.³⁴⁴

Na China, os cuidados a pessoas idosas, assim como os cuidados a pessoas com deficiência, são tradicionalmente organizados na lógica das normas confucianas de piedade filial. Diversas leis reforçam a obrigação moral das filhas, isto é, as filhas e as noras, são responsáveis pelos cuidados aos seus pais na velhice.³⁴⁵ As autoridades locais proporcionam alguma cobertura sujeita a condição de recurso para os cuidados continuados, mas este é só garan-

tido às pessoas sem descendentes nem familiares - o que não está necessariamente relacionado com as suas necessidades de cuidados. A despesa pública em estabelecimentos para a prestação de cuidados continuados é limitada, e os planos de seguro privados que cobrem os cuidados continuados são normalmente inacessíveis para as famílias de baixo e médio rendimento. Como resultado, apenas 10 por cento da população com 65 anos ou mais está coberta, e esta cobertura aplica-se exclusivamente aos setores ricos da população. Para a regulação destas instituições privadas ou semiprivadas, apenas se aplicam as normas mínimas.³⁴⁶

Trabalho doméstico

De acordo com as estimativas do presente relatório, o trabalho doméstico da China (3,3 por cento do emprego total) isto representa 25 milhões de pessoas,³⁴⁷ um terço das quais a trabalhar em zonas rurais. Algumas pessoas não estão contabilizadas neste cálculo, uma vez que trabalham em empresas e não foram diretamente contratadas pelas famílias, não obstante representem a proporção mais pequena do mercado. O trabalho doméstico contratado pelas empresas é reconhecido ao abrigo da legislação nacional, mas pelas famílias (diretamente ou através de agências de colocação) não, e, consequentemente, goza de menos proteções.³⁴⁸ Na China o trabalho doméstico é normalmente assegurado por migrantes internos de zonas rurais, particularmente mulheres com baixos níveis de escolaridade que migram para as cidades para fugir da pobreza.³⁴⁹

Enquanto o trabalho doméstico na China, assim como no Botsuana e na Zâmbia, é uma fonte significativa de emprego dos homens (aproximadamente 3 por cento), é fundamentalmente uma fonte de emprego de mulheres na maioria destes países. Nos países da América Latina neste grupo, as trabalhadoras domésticas representam entre 5,9 por cento do emprego das mulheres (no Equador) e 14,4 por cento (na República Dominicana). Estas taxas são mais baixas do que as do grupo anterior, mas não são menos significativas. De forma semelhante, no Botsuana, Etiópia, Ruanda e Senegal, trabalho doméstico representa aproximadamente 10 por cento do emprego das mulheres. As taxas equivalentes dos dois países árabes neste grupo são, por sua vez, iguais ou superiores a 30 por cento, em consonância com os países árabes do grupo 3.1 analisados acima.

O Catar e os Emirados Árabes Unidos adotaram legislação específica para o trabalho doméstico em 2017, alargando a sua proteção legal. A legislação dos Emirados Árabes Unidos expande os direitos, incluindo o acesso à resolução de conflitos, férias anuais pagas e horas mínimas de descanso diário, e regula as relações entre os empregadores, os empregados e os recrutadores.³⁵⁰

Trabalho de cuidados migrante

Enquanto o Catar e os Emirados Árabes Unidos são países de destino, vários países neste grupo são fontes de migração para destinos mais ricos: trabalhadores e trabalhadoras domésticos da Indonésia e Sri Lanka migram para outros países asiáticos e árabes, da Etiópia para países árabes, do Equador e Peru para Espanha, países da América Central para o México, do México para os Estados Unidos da América. Estes países são também fontes de profissionais com especialização: enfermeiras indonésias trabalham em hospitais e lares do Japão, professores chineses e mexicanos migram para os Estados Unidos da América e médicos chineses migram para países da OCDE.³⁵⁴ Fatores impulsionadores

Caixa 4.11. Famílias transnacionais

As famílias transnacionais são as famílias cujos membros vivem, uma parte ou a maioria do tempo, separados uns dos outros, mas mantêm-se unidos, através das fronteiras nacionais. O grande número de mulheres que migram sozinhas para trabalhar na prestação de cuidados nos países de acolhimento significa que muitas destas famílias foram «deixadas para trás» pelas suas tradicionalmente principais cuidadoras - mães, mulheres e filhas. As famílias transnacionais estão associadas a responsabilidades parentais transnacionais, educação dos filhos transnacional ou cuidados transnacionais - estratégias de cuidados a crianças, cuidados a pessoas idosas e cuidados aos cônjuges que cruzam as fronteiras nacionais. Os estudos mostram as dinâmicas e os desafios enfrentados pelas mães, assim como pelos pais, para criar formas de desempenhar os seus papéis, embora em novas circunstâncias, e a complexidade dos cuidados e das estratégias de partilha de cuidados.³⁵¹

Estas estratégias transnacionais refletem ideologias e práticas de cuidados no seio das famílias específicas de cada sexo, desafiando também a tradicional divisão de trabalho entre homens e mulheres, entre pais e mães. Alguns estudos mantêm, contudo, que a migração internacional das mulheres e o aumento do seu poder associado ao tornarem-se o sustento da família, não resultaram em mudanças significativas para a divisão do trabalho entre os pais. Espera-se que as avós, as filhas e outros membros femininos da família prestem cuidados a crianças imediatos, enquanto o envolvimento dos maridos «deixados para trás» nos cuidados a crianças permanece limitado ou esporádico. Os maridos «deixados para trás» geralmente não estão dispostos a cuidar dos filhos, porque isso seria contrário ou ameaçaria os seus pontos de vista tradicionais de paternidade e masculinidade.³⁵² Por outro lado, estudos na China e no México mostram um envolvimento cada vez maior dos homens nos cuidados a crianças, tanto dos pais migrantes como dos pais «deixados para trás».³⁵³ As mulheres migrantes demonstraram, assim, a sua própria autonomia na renegociação e reinterpretção das suas funções de cuidados e a responsabilidade de partilhar os cuidados com os seus maridos/parceiros, enquanto os homens demonstraram ter capacidade de se adaptar aos novos papéis de pais.

Fontes: Parreñas, 2010; Peng e Wong, 2016; King-Dejardin, a publicar.

associados à insatisfação com as condições de trabalho e de vida estão na origem da decisão de emigrar, o que não é fácil de fazer se a família é deixada para trás (ver Caixa 4.11).

Condições de trabalho nos cuidados

A extensão da prestação pública na educação significa que a maioria de quem trabalha nos cuidados neste setor são do setor público. A proporção de pessoal de cuidados do setor público é sempre muito maior do que para o resto das economias e variam de 61 por cento na República Dominicana a 87 por cento na China, tendo apenas o Peru a maioria do pessoal de cuidados na educação do setor privado (70 por cento). A natureza mista dos sistemas de cuidados de saúde nos países da América Latina deste grupo significa que o trabalho de cuidados do setor privado está mais presente em serviços de saúde e ação social, entre 40 e 50 por cento e, novamente, apenas no Peru o trabalho de cuidados de saúde do setor privado (55 por cento) é maioritário do que os públicos (Figura 4.23).

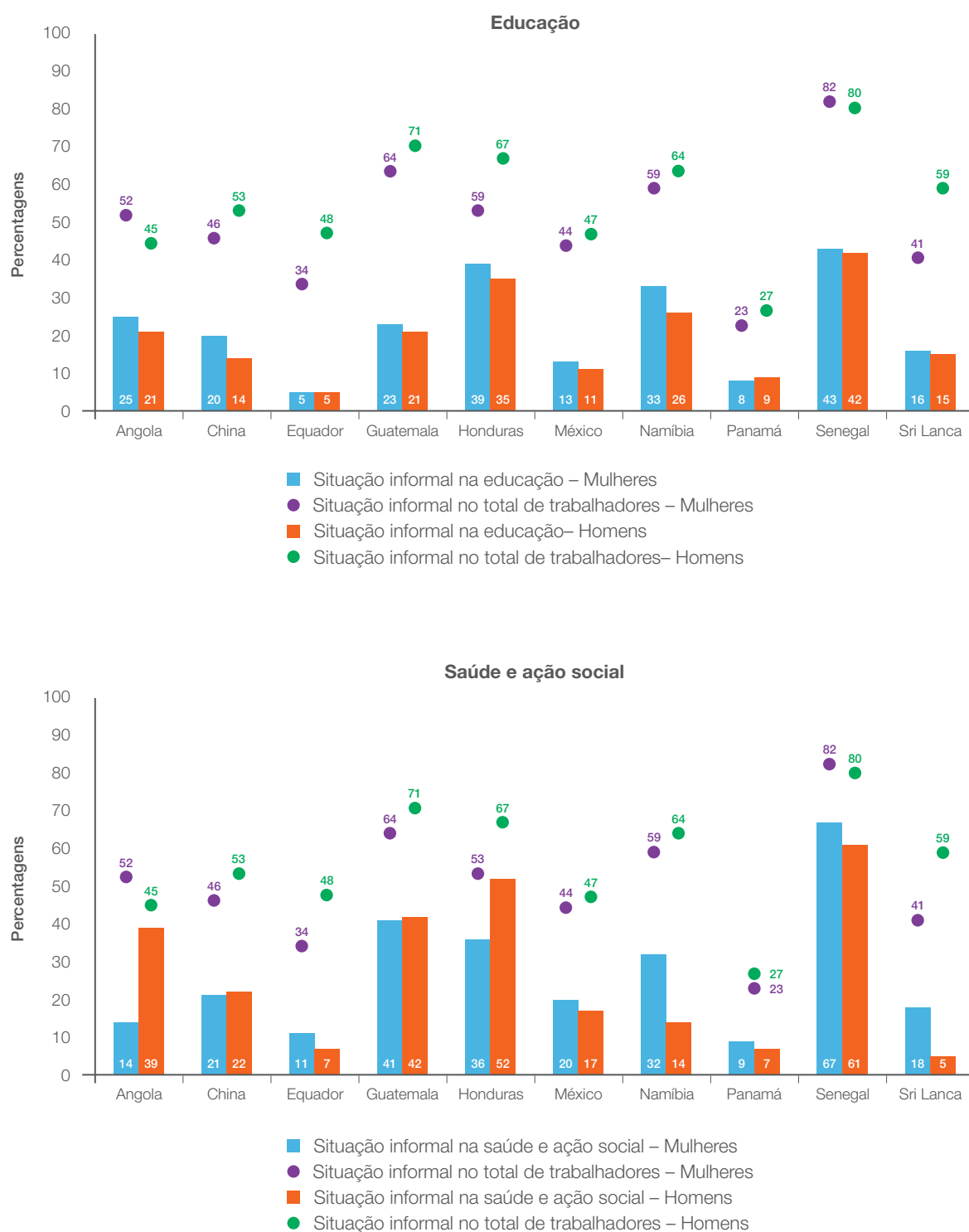
A prevalência do emprego público entre quem trabalha na prestação de cuidados protege-os efetivamente das altas taxas de informalidade que, de outra forma, prevalecem nestes países. Na maioria dos casos, a incidência das taxas de informalidade é de metade, ou menos de metade, da informalidade geral entre os trabalhadores por conta de outrem. O Equador é um caso particularmente bem-sucedido: enquanto a informalidade se situa em 43 por cento, menos de 10 por cento nos cuidados está no setor informal. No

Figura 4.23. Proporção de trabalho de cuidados no emprego público e privado na educação e na saúde e ação social, por sexo



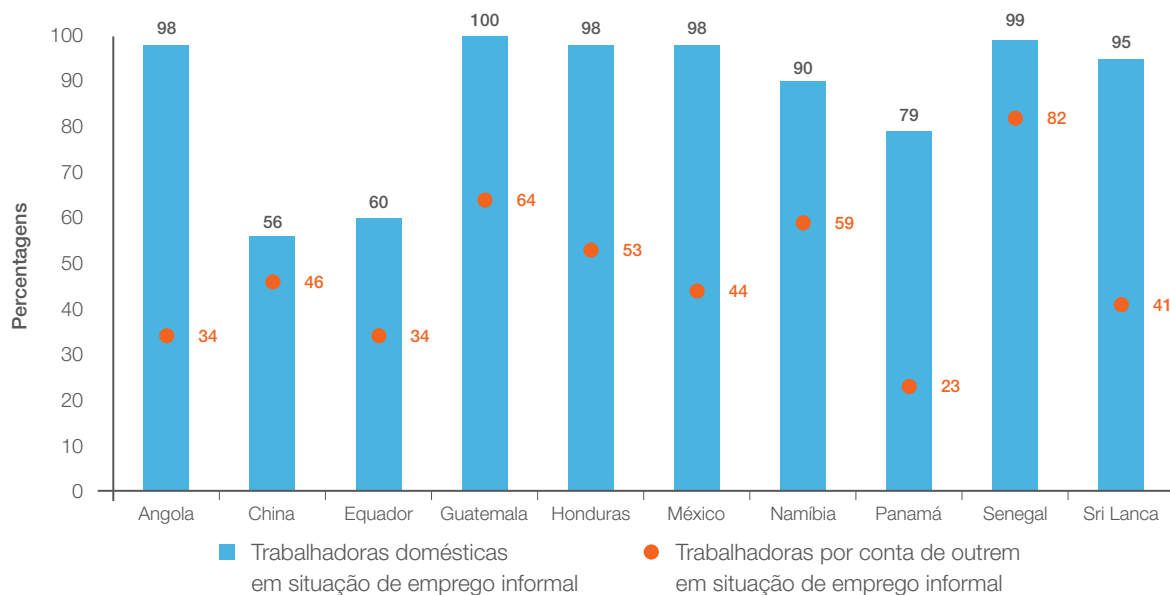
Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

Figura 4.24. Proporção de emprego informal no trabalho de cuidados na educação e na saúde e ação social, por sexo



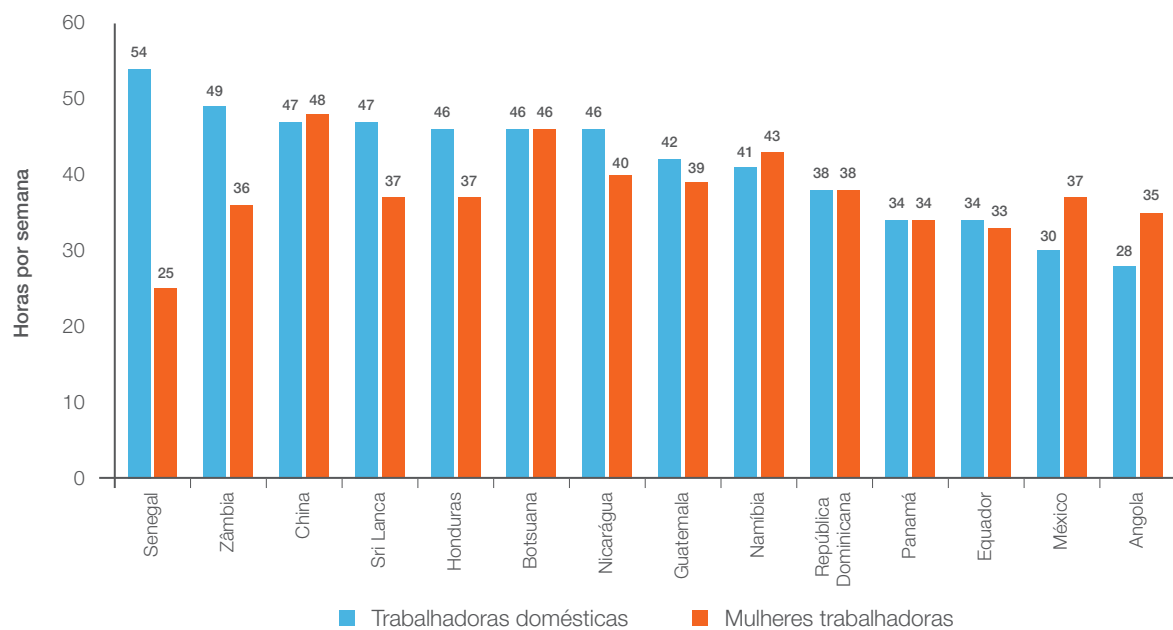
Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

Figura 4.25. Proporção de trabalhadoras domésticas em situação de emprego informal (empregadas por famílias)



Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

Figura 4.26. Horas semanais trabalhadas, trabalhadoras domésticas (empregadas por famílias)



Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

Senegal, 65 por cento do trabalho por conta de outrem na saúde e ação social é informal. Na China, o nível de informalidade é de menos de 20 por cento na educação (Figura 4.24). No caso dos programas de educação pré-escolar na China, as instituições públicas têm docentes com mais qualificações e permanentes do que as instituições privadas, não obstante representem apenas aproximadamente 30 por cento de todas as instituições.³⁵⁵

As taxas de emprego informal no trabalho doméstico é particularmente elevado nos países deste grupo - 90 por cento ou mais do trabalho doméstico na Guatemala, Honduras e México na América Latina, em Angola, Namíbia e Senegal - em África - e no Sri Lanka na Ásia, é emprego informal. No Equador, 60 por cento das trabalhadoras domésticas estão no setor informal, uma percentagem semelhante à da China (56 por cento).

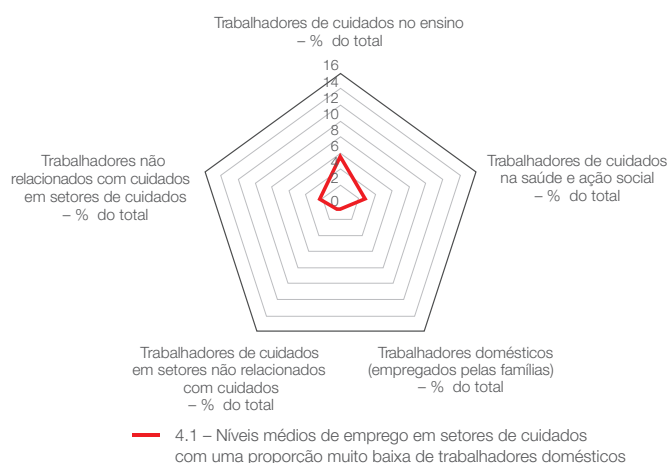
Estes níveis de emprego informal excecionalmente elevados estão associados a horários de trabalho muito prolongados no Senegal e na Zâmbia e também na China, mesmo se corresponderem - no caso da China - a um padrão geral de horários de trabalho prolongados. Apenas em Angola, China, México e Namíbia as trabalhadoras domésticas trabalham menos horas do que a média das mulheres trabalhadoras (Figura 4.26).

Na China, os horários de trabalho prolongados estão associados à exposição a riscos físicos, isolamento e baixos salários, por vezes inferiores ao salário mínimo. As condições de trabalho precárias são comuns para o pessoal interno e externo e para quem trabalha na limpeza e cuidados a pessoas idosas e podem, em parte, ser explicadas pelo estatuto legal ambíguo no trabalho doméstico.³⁵⁶ Um estudo recente sobre quem presta cuidados a pessoas idosas no domicílio em Xangai mostra que os baixos salários estão associados ao baixo estatuto e subvalorização do trabalho doméstico, ao facto de estes cuidados serem prestados pelas categorias dos segmentos mais marginalizados da mão-de-obra e os beneficiários dos cuidados a serem relativamente pobres.³⁵⁷

4.3.4. Grupo 4 - Níveis médios e baixos de quem presta de cuidados

Grupo 4.1: níveis médios de emprego em setores de cuidados com uma proporção muito baixa de trabalho doméstico

Figura 4.9.g. Grupo 4.1.



Este grupo compreende os Estados Árabes (Iémen, Iraque, Territórios Palestinos Ocupados), um país do Norte de África (Egito), um país do Sul da Ásia (Afeganistão), um país da Ásia Oriental (Mongólia), um país da Ásia Central e Ocidental (Turquia) e países da Europa Meridional (Albânia, Antiga República Jugoslava da Macedónia, Sérvia) e da Europa de Leste (Bulgária, Roménia). Estes países apresentam uma diferente combinação de percentagens significativas de trabalho de cuidados na educação (entre 5 e 8 por cento do emprego total), mas relativamente baixas no emprego na saúde e ação social (entre 2 e 4 por cento

do emprego total) com reduzido trabalho doméstico (menos de 1 por cento do total do emprego) (ver Figura 4.9.g).

Serviços de cuidados

As matrículas nos serviços à primeira infância são baixas na maioria destes países para os quais há dados disponíveis: 3 por cento na Roménia e cerca de 10 por cento na Bulgária, Antiga República Jugoslava da Macedónia, Mongólia e Sérvia.³⁵⁸ As matrículas no pré-escolar são de cerca de 80 por cento nos países da Europa de Leste (com a exceção da Sérvia), onde é prestado como serviço público, mas muito baixas nos restantes países.³⁵⁹ As matrículas no pré-escolar na Turquia permanecem em 33 por cento, e em 45 por cento para as crianças com 4-5 anos, ainda que o seu 10.º Plano de Desenvolvimento (2014-2018) vise atingir um nível de 70 por cento de matrículas.³⁶⁰ O ensino básico é público e fornecido gratuitamente nestes países. As inscrições no ensino básico nem sempre atingem 100 por cento, embora as inscrições na secundária estejam próximas de 90 por cento na maioria dos países neste grupo (exceto no caso do Afeganistão e do Iémen).

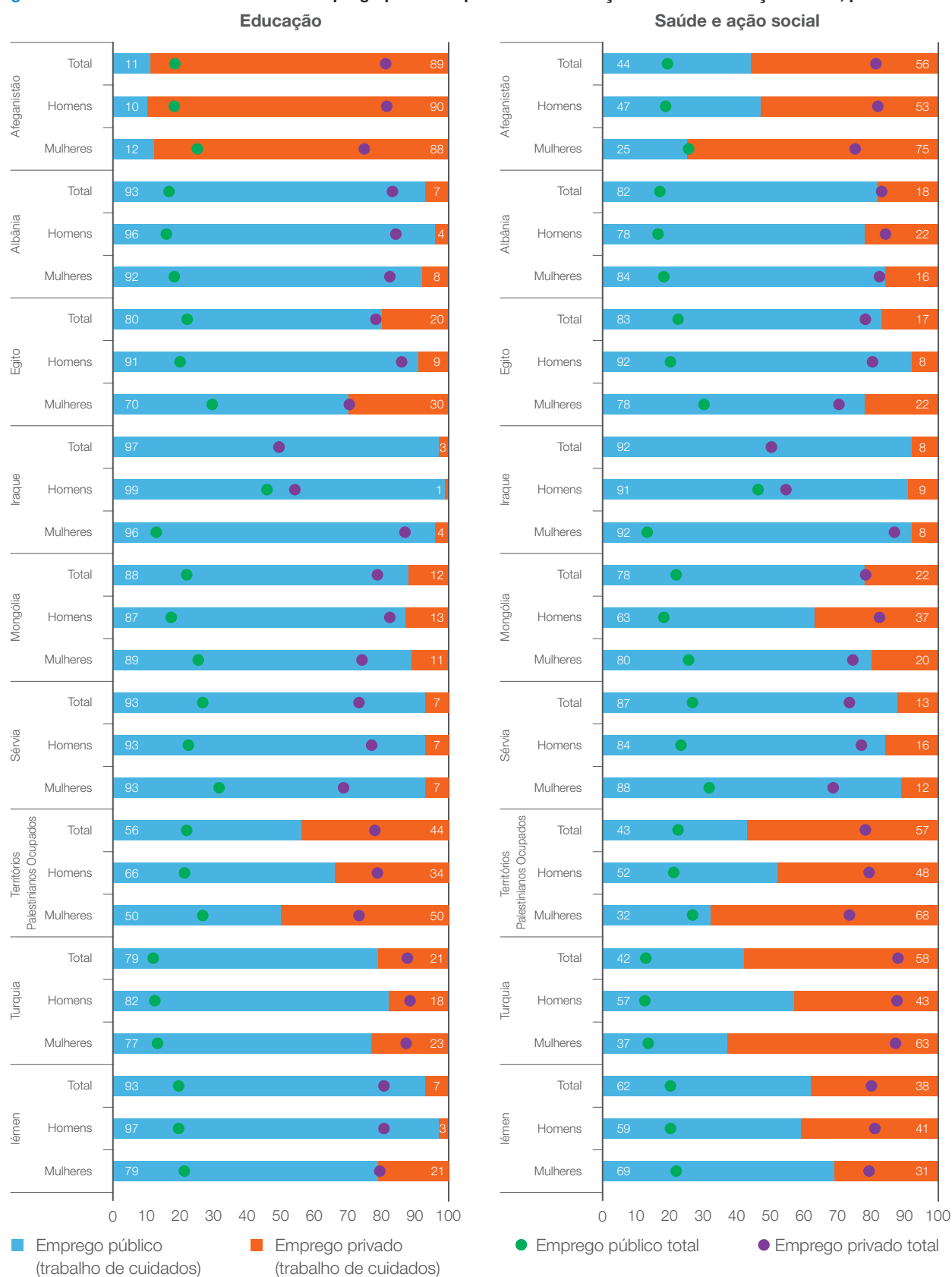
Na maioria destes países, particularmente nos países da Europa de Leste, os serviços de cuidados de saúde são públicos, centralizados e financiados pela segurança social. Em comparação com outros países europeus, os níveis de despesa (em percentagem do PIB) e as densidades de profissionais de cuidados de saúde são baixas, e há preocupações no que se refere à qualidade.³⁶¹ A Turquia tem um sistema misto que combina fornecedores públicos e privados ao abrigo de um seguro social de saúde. O Afeganistão e o Iraque têm densidades de profissionais de cuidados de saúde abaixo do limiar recomendado (4,45 trabalhadores por 1000 habitantes).³⁶²

Condições de trabalho nos cuidados

Tal como a prevalência dos sistemas públicos de saúde e educação indica, o emprego público é extenso em ambos os setores. A grande maioria do trabalho de cuidados na educação é público, numa base formal e de cerca de 35 horas por semana. O emprego privado é apenas dominante no Afeganistão (89 por cento) e, em menor medida, nos Territórios Palestínianos Ocupados (44 por cento) (Figura 4.27). O retrato é semelhante relativamente à saúde, com o setor privado numa posição mais proeminente no Afeganistão, nos Territórios Palestínianos Ocupados e também na Turquia. Tal como na educação, a maioria do trabalho de cuidados na saúde é no emprego formal, com cerca de 40 horas semanais e níveis de habilitações intermédias ou elevadas.

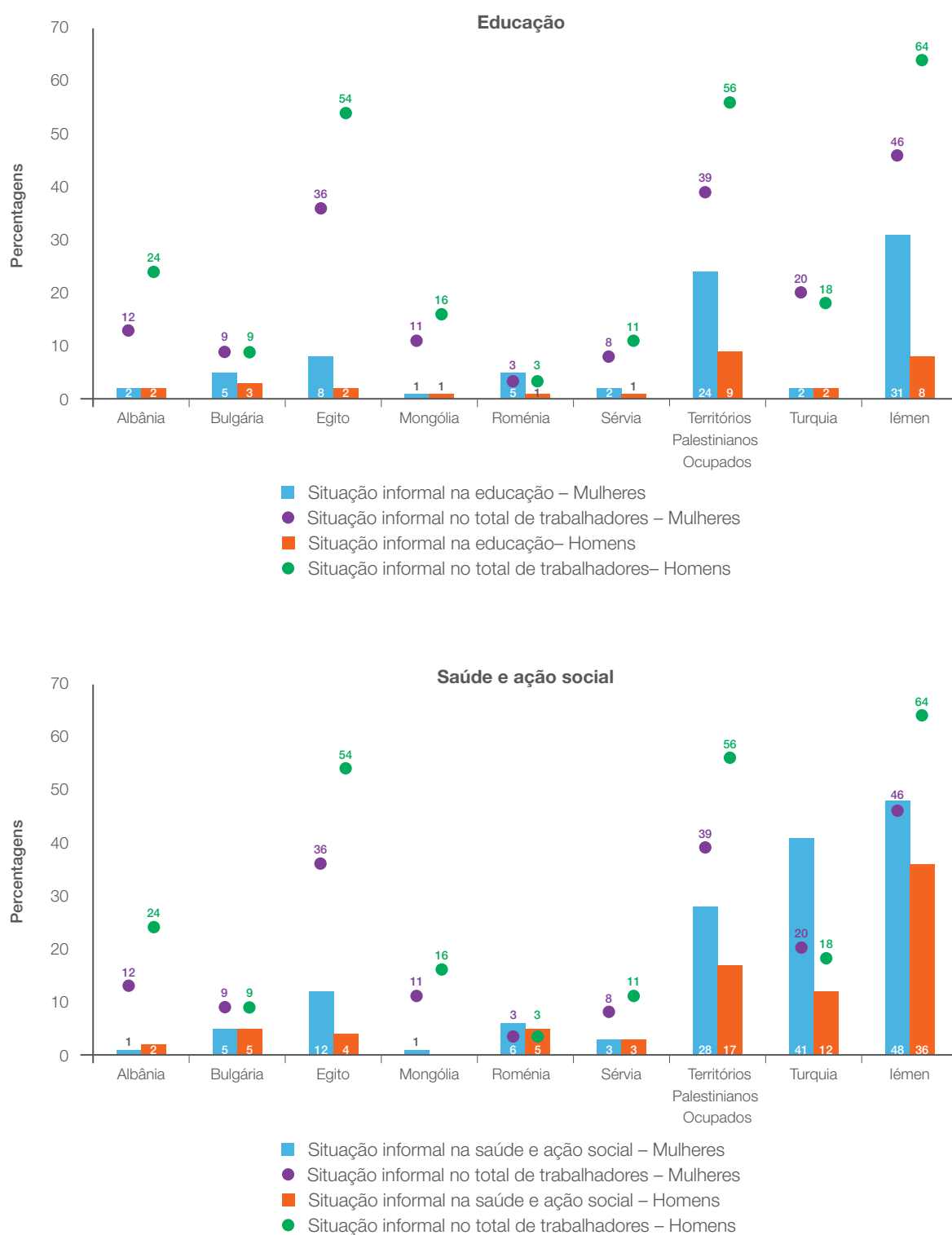
Porém, no Iémen, Territórios Palestínianos Ocupados e Turquia, a informalidade no trabalho de cuidados no setor da saúde e ação social é relativamente elevada, perto da média geral ou ainda mais elevada, como é o caso da Turquia. A taxa de trabalho informal por conta de outrem no setor da saúde e ação social é particularmente elevada entre as mulheres (atingindo 28, 41 e 48 por cento, respetivamente), um facto que parece estar associado a um setor público relativamente mais fraco (Figura 4.28).

Figura 4.27. Trabalho de cuidados no emprego público e privado na educação e na saúde e ação social, por sexo



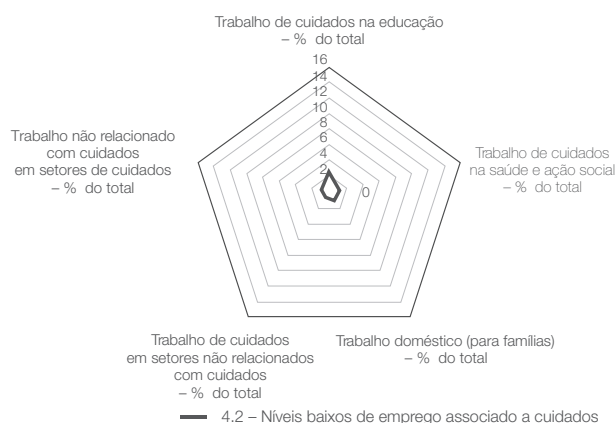
Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

Figura 4.28. Proporção de emprego informal no trabalho de cuidados por conta de outrem na educação e na saúde e ação social, por sexo



Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

Figura 4.9.h. Grupo 4.2.



Grupo 4.2: Níveis baixos de emprego nas atividades de cuidados

Este grupo compreende países da África Subsariana (Burquina Faso, Gâmbia, Gana, Libéria, Madagascar, Maláui, Mali, Níger, Nigéria, República Unida da Tanzânia, Serra Leoa, Togo, Uganda) e da Ásia e Pacífico (Camboja, Filipinas, Índia, Indonésia, Nepal, Paquistão, República Democrática Popular do Laos, Tailândia, Vietname). Com a exceção da Tailândia, estes países são de baixo rendimento, e excetuando a Tailândia e o Vietname, as suas taxas de pobreza são de pelo menos 32 por cento, e mesmo superior. No Gana, Libéria, Madagascar, Maláui, Mali, Níger, Nigéria, República Unida da Tanzânia, Serra

Leoa, Togo e Uganda as taxas de pobreza situam-se nos 69 por cento ou mais.³⁶³ A maioria da população destes países vive em zonas rurais, o rácio de crianças (dos 0-14 anos de idade) relativamente à população em idade ativa (com 20-64 anos de idade) é elevado (e, na maioria dos casos, é superior a 100 por cento), enquanto a proporção equivalente de pessoas idosas é de 11 por cento ou menos.³⁶⁴

A proporção de profissionais de cuidados na educação é de cerca de 2 por cento do emprego, sendo que em nenhum país é superior a 3,3 por cento. Na saúde e ação social, as proporções são inferiores – menos de 1 por cento. Concretamente, a despesa pública nos setores da saúde nestes países não é necessariamente excecionalmente baixa em percentagem do PIB, sendo na ordem de 5 por cento ou mais na maioria dos casos, atingindo o pico na Libéria, Maláui e Serra Leoa em 10 por cento do PIB. De igual modo, as percentagens de despesa na educação são de entre 3 e 4 por cento, não obstante sejam mais baixas no Bangladesh, Camboja, Madagascar e Uganda (2 por cento). São os seus baixos níveis gerais do PIB, e não apenas a parte da despesa destes países na educação e na saúde, que explicam os seus baixos níveis de emprego de cuidados.

Não só a mão-de-obra de cuidados é reduzida, mas é também maioritariamente constituída por homens com a exceção das Filipinas, Maláui, Tailândia e Vietname. Na Índia e no Paquistão, o trabalho de cuidados é uma fonte significativa de emprego das mulheres (representando 10 por cento do emprego feminino). Nas Filipinas, esta proporção é de 13 por cento - e 3 por cento do emprego das mulheres no trabalho doméstico.

O emprego informal como parte do emprego total é a característica que define os mercados de trabalho destes países - na maioria dos países deste grupo a informalidade equivale a 80 por cento ou mais da mão-de-obra, e mais ainda as mulheres do que os homens.³⁶⁵

Serviços de cuidados

Como mencionado igualmente no Capítulo 3, estes países têm uma das coberturas mais baixas das taxas de frequência dos serviços de educação e de proteção à primeira infância e de educação pré-escolar. Existe pouca capacidade formal para cuidados continua-

dos, uma vez que a prestação de cuidados a pessoas idosas recai esmagadoramente nos membros da família.³⁶⁶ A cobertura do ensino pré-escolar é também baixa. No Mali e no Níger, a cobertura do ensino básico é inferior a 80 por cento.³⁶⁷

A cobertura dos cuidados de saúde é também deficiente. Apenas a Gâmbia tem uma cobertura universal dos cuidados de saúde, enquanto o Gana abrange três quartos da população.³⁶⁸ A baixa percentagem de profissionais de cuidados no emprego na saúde reflete as baixas densidades de profissionais de cuidados de saúde nestes países, abaixo dos limiares recomendados (4,45 trabalhadores por 1000 habitantes).³⁶⁹ Esta densidade é particularmente baixa na Libéria e República Unida da Tanzânia. Quem trabalha na saúde das comunidades locais preenche parcialmente a carência de profissionais da saúde (ver secção 4.2.1).³⁷⁰

As deficiências são particularmente significativas nas zonas rurais, uma vez que os trabalhadores e trabalhadoras da saúde qualificados existentes concentram-se nas cidades, e nas cidades com uma elevada proporção de pessoas que vivem com o VIH. Os casos da Índia e do Camboja ilustram este ponto, pois as percentagens do emprego por conta de outrem total nas zonas rurais são de 66 e 75 por cento, respetivamente, mas as percentagens de profissionais de cuidados das zonas rurais nos cuidados de saúde são, respetivamente, de 37 e 41 por cento do emprego. No Camboja, as despesas diretas em cuidados de saúde nas zonas rurais são três vezes superiores às das zonas urbanas.³⁷¹ Na Índia, os serviços públicos cobrem a maioria das zonas rurais pobres e a predominância crescente de prestadores privados serve os segmentos urbanos da população e com poder económico. As despesas na saúde com base no PIB, de 4,7 por cento, são maioritariamente assumidas pelos pacientes, uma vez que o financiamento público ascende apenas a 1,04 por cento do PIB.³⁷²

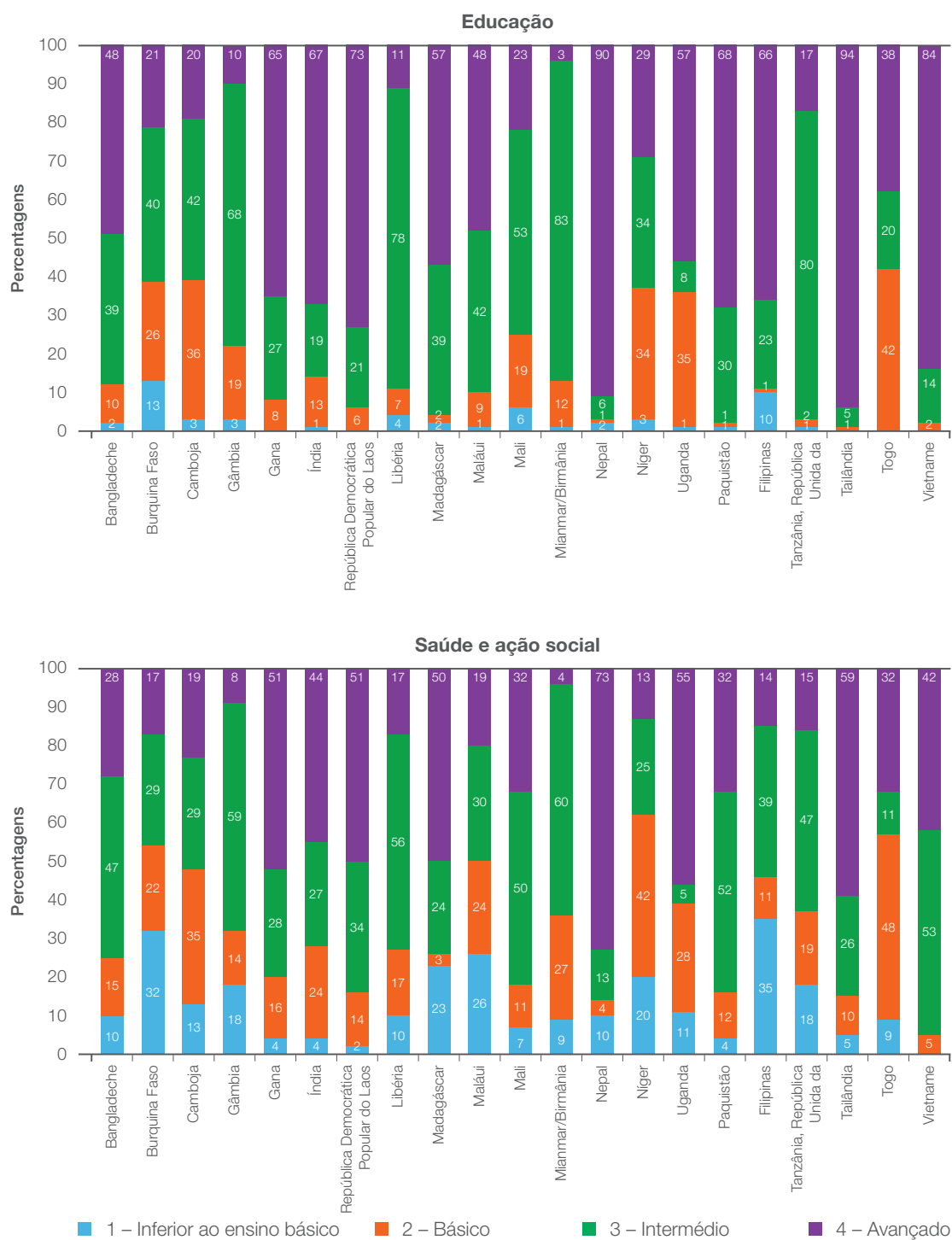
Por sua vez, os baixos níveis de quem presta cuidados na educação em percentagem do emprego total são refletidos nos rácios aluno-professor no básico nestes países, a maioria dos quais são superiores a 30:1.³⁷³ Estas médias ocultam a situação nas zonas rurais, que são normalmente desfavorecidas em comparação com as zonas urbanas. Há também a indicação de que, pelo menos no que respeita ao Maláui e à República Unida da Tanzânia, as professoras tendem a concentrar-se nas zonas urbanas.³⁷⁴

O programa de educação e de proteção da primeira infância da Índia, combinado com a saúde e nutrição, *Anganwadi*, oferece creches e uma refeição diária. No decurso da melhoria dos serviços, os centros de Serviço Integrado de Desenvolvimento da Criança foram colocados próximos das escolas, o que proporcionou um modo eficaz de melhorar a frequência escolar das raparigas e de facilitar a transição das crianças dos centros para o primeiro ano.³⁷⁵ As avaliações sublinham, todavia, que os pais assumem que os centros têm uma qualidade inferior às alternativas privadas e, se puderem, mudam para os prestadores privados³⁷⁶, mesmo se esta avaliação não for necessariamente confirmada com base em indicadores de qualidade.³⁷⁷

Nível de escolaridade no trabalho de cuidados

Nos países africanos deste grupo, os esforços para alargar a cobertura no ensino básico não foram muitas vezes acompanhados com os recursos financeiros adequados. Isto levou os países a introduzir políticas para reduzir os custos de mão-de-obra criando formas de emprego encobertas (professores e professoras «da comunidade» ou «em voluntariado»), por vezes oferecendo apenas algumas semanas de formação.³⁷⁸ Como resultado, no Burquina Faso, Camboja,

Figura 4.29. Perfis do nível de escolaridade do trabalho de cuidados na educação e na saúde e ação social



Nota: Os níveis de escolaridade são identificados utilizando a Classificação Internacional Tipo da Educação (CITE 11). Inferior ao ensino básico: sem escolaridade nem educação pré-escolar. Básico: ensino básico e secundário inferior. Intermediário: ensino secundário superior e pós-secundário não superior. Avançado: nível de ensino superior de curta duração, licenciatura, mestrado e doutoramento ou equivalente.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

Níger, Togo e Uganda, por exemplo, aproximadamente 40 por cento de quem presta de cuidados na educação possui apenas as qualificações básicas (menos que o ensino secundário) (Figura 4.29).

A escassez de profissionais de cuidados de saúde com qualificação também é evidente no perfil educacional de quem presta cuidados na saúde e ação social: com graus intermédios (equivalente ao ensino secundário) predominam na maioria destes países, mas no Burquina Faso, Camboja, Níger e Togo, mais de metade de quem presta cuidados na saúde possui apenas níveis de instrução básicos.

Trabalho de cuidados migrante

Os baixos níveis de emprego de cuidados, particularmente na saúde, estão associados desde há muito a uma emigração de pessoal especializado. No Maláui, por exemplo, por volta do ano 2000, 60 por cento do pessoal de enfermagem diplomado deixou os hospitais terciários para emigrar. Em 2005, 11,3 por cento do pessoal de enfermagem do Maláui trabalhavam em países da OCDE. Os profissionais de saúde que permaneceram enfrentaram não só salários mais baixos do que os seus colegas no estrangeiro, mas também maiores cargas de trabalho: 64 por cento dos cargos ficaram vagos, e muitos centros médicos trabalhavam sem pessoal de enfermagem ou com profissionais com apenas 10 semanas de formação. O governo do Maláui envidou esforços para aumentar os recursos e os salários, mas não pode competir com os salários no estrangeiro.³⁷⁹

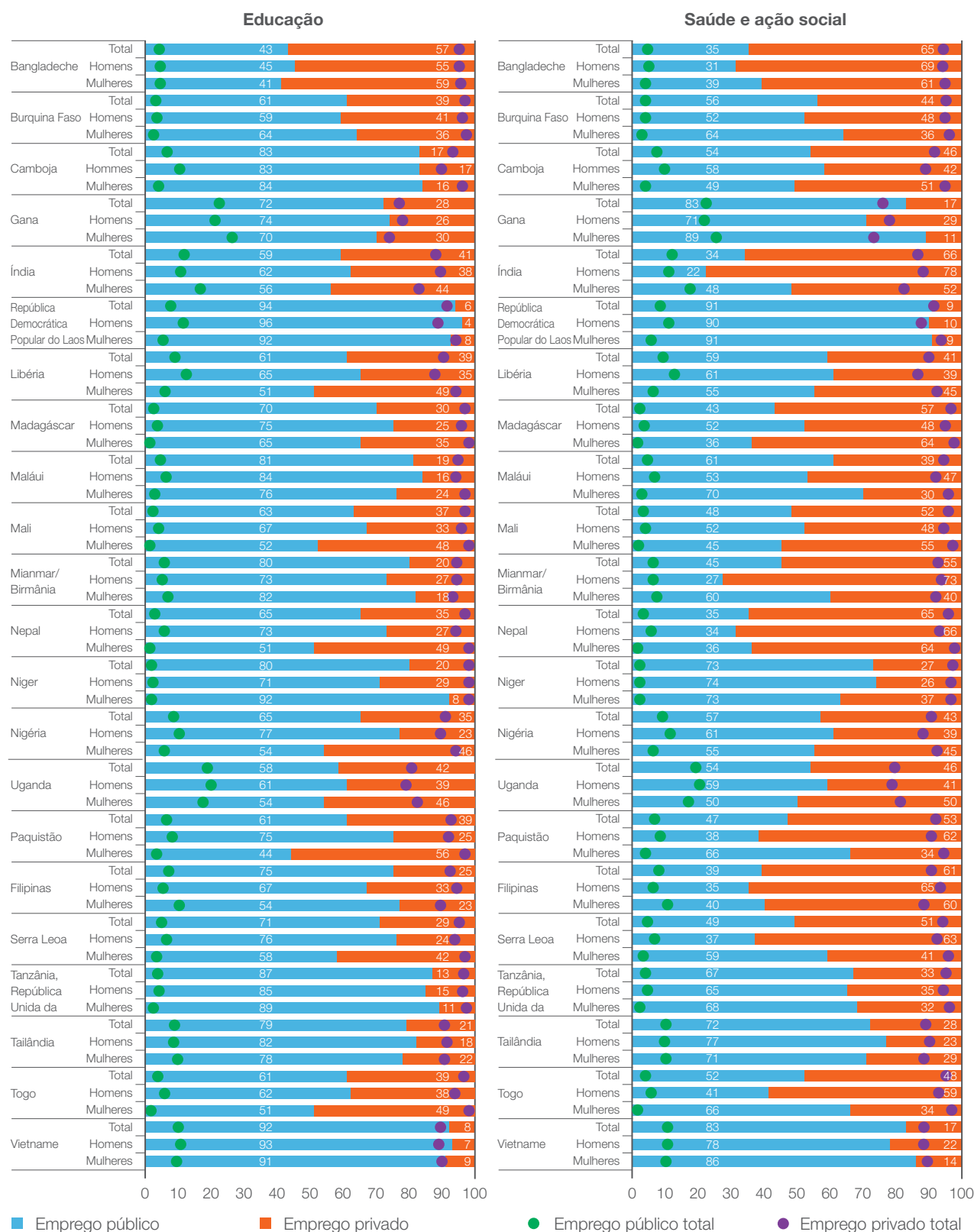
Dados do Conselho de Enfermagem e Parteiras do Gana indicam que 72 por cento do pessoal de enfermagem que deixou o Gana entre 2002 e 2005 foi para o Reino Unido, seguido de 22 por cento para os Estados Unidos da América. A migração atingiu um pico em 2000, diminuiu substancialmente em 2006, e estabilizou-se a partir daí. As mulheres que trabalham em cuidados de saúde e as enfermeiras em particular, estão insatisfeitas com os seus atuais empregos devido à falta de oportunidades para o desenvolvimento profissional e de competências, a baixa moral e motivação do pessoal, horários de trabalho prolongados e salários desadequados.³⁸⁰

Paradoxalmente, há países de origem que formam em excesso pessoal docente, de enfermagem e médico, mas têm áreas com carências. Por exemplo, o Nepal tem um excesso de pessoal médico e de enfermagem, o que se reflete na percentagem de profissionais de cuidados de saúde altamente qualificados. Isto foi o resultado de uma distribuição liberal de licenças a novas instituições, implementadas para assegurar a disponibilidade de números adequados de profissionais de saúde nas zonas rurais.³⁸¹ Contudo, poucas pessoas diplomadas optaram por trabalhar nessas zonas rurais, e muitas preferem emigrar. De modo semelhante, muitos filipinos que tiraram cursos no âmbito da enfermagem e dos cuidados fizeram-no com o objetivo de assegurar um emprego no estrangeiro. Os filipinos têm um número significativo de agências de recrutamento e de programas de formação orientados para o mercado de trabalho no estrangeiro.³⁸²

Condições de trabalho na área dos cuidados

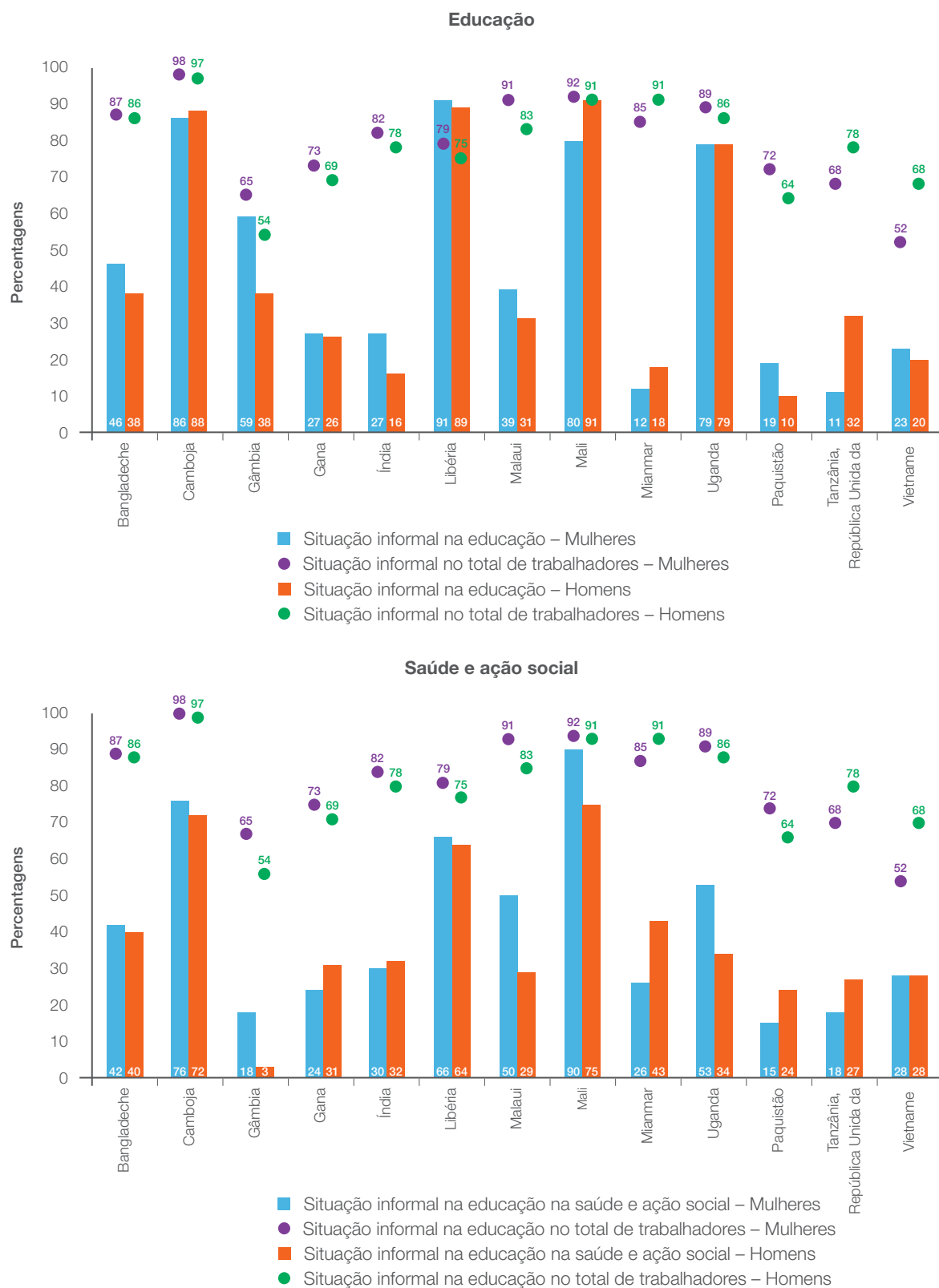
A Figura 4.30 mostra que os níveis muito baixos de emprego público na maioria destes países estão associados aos níveis muito baixos de empregos na área dos cuidados. Por

Figura 4.30. Proporção de trabalho de cuidados no emprego público e privado na educação e na saúde e ação social, por sexo



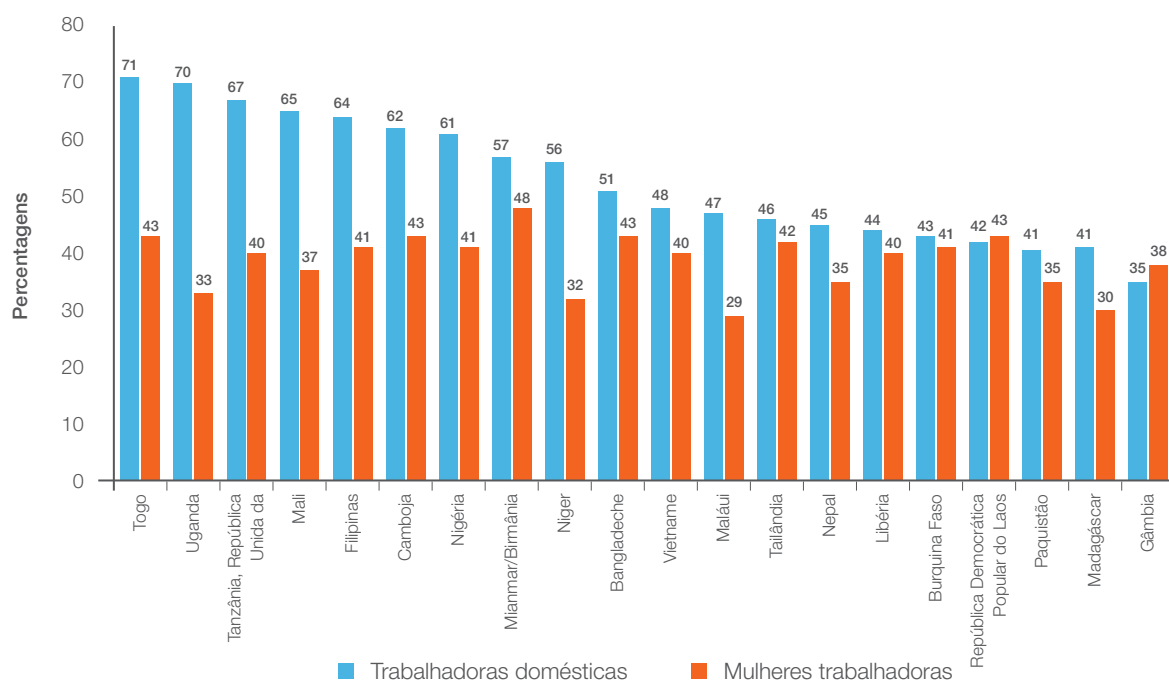
Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

Figura 4.31. Proporção de emprego informal no trabalho de cuidados na educação e na saúde e ação social, por sexo



Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

Figura 4.32. Horas semanais trabalhadas, trabalhadoras domésticas (empregadas por famílias)



Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

outras palavras, ainda que a maioria esteja a trabalhar no setor público, representa uma pequena percentagem do emprego total.

Uma percentagem significativa do trabalho de cuidados na educação, homens e mulheres, está no trabalho informal. No Camboja, Libéria, Mali e Uganda, 79 por cento, ou mais, das mulheres e homens trabalhadores de cuidados por conta de outrem e 70 por cento dos trabalhadores por conta de outrem de cuidados masculinos são informais, e isto apesar do facto de que entre quase 60 e 80 por cento destes trabalhadores são trabalhadores do setor público (Figuras 4.30 e 4.31). Noutros países deste grupo, tais como o Gana, Mianmar/Birmânia, Paquistão ou Vietname, trabalhar como trabalhador de cuidados na educação implica ter uma maior probabilidade de estar numa situação de emprego formal (em comparação com todos os trabalhadores), devido à elevada percentagem de emprego público no setor.

No caso da Índia, 27 por cento das mulheres que trabalham no âmbito dos cuidados na educação encontram-se no setor informal - uma taxa substancialmente inferior à da totalidade das mulheres trabalhadoras por conta de outrem (82 por cento). Estes números não incluem os trabalhadores e auxiliares *Anganwadi*, que recebem uma bolsa em vez de um salário, pois são considerados trabalhadores voluntários. A bolsa é inferior ao salário mínimo não obstante o facto de assumirem grandes responsabilidades, uma vez que prestam serviços de educação, nutrição e saúde. São sindicalizados e entram em greve para exigir melhores salários e condições de trabalho.³⁸³

Paradoxalmente, nos países deste grupo os salários auferidos pelos docentes são equivalentes a várias vezes o PIB *per capita*, mas ainda assim são baixos em termos da sua capacidade de manter o nível de vida. Os baixos salários, por sua vez, resultam numa perda de prestígio para a profissão docente e têm um impacto na qualidade, no absentismo e no desempenho.³⁸⁴

Tal como no caso da educação, a maioria de quem presta cuidados de saúde consegue obter um emprego formal, o que contrasta com a situação de quem trabalha na prestação de cuidados em geral. E, em diversos países, a incidência da informalidade nos cuidados de saúde é inferior à verificada na educação. Porém, os países onde os sistemas de cuidados de saúde dependem excessivamente de profissionais da saúde das comunidades locais, a taxa de trabalho informal na saúde é superior à da educação, como é o caso da Índia, Mianmar/Birmânia e Maláui.

De acordo com as estatísticas oficiais, o trabalho doméstico prestado a famílias é relativamente reduzido em relação ao total do emprego. É importante assinalar, contudo, que enumerar o número de pessoas do trabalho doméstico em muitos destes países provou ser particularmente desafiador, e os números não incluem o trabalho infantil.³⁸⁵ As condições de trabalho nestes países são adversas. No Gana, Índia e Paquistão, 80-90 por cento das trabalhadoras domésticas encontram-se em situação de emprego informal. Nos restantes países deste grupo, a totalidade da mão-de-obra feminina é informal. Os horários de trabalho excessivos (mais de 48 horas semanais) são generalizados. No Camboja, Filipinas, Mali, Nigéria, República Unida da Tanzânia, Togo e Uganda, as horas de trabalho semanais excedem o limiar de 60 horas semanais (Figura 4.32).

OBSERVAÇÕES FINAIS: CUIDAR TAMBÉM DE QUEM TRABALHA NOS CUIDADOS

As pessoas que trabalham na área dos cuidados partilham determinadas características distintivas: ao proporcionar cuidado, entram em contacto com as pessoas beneficiárias dos cuidados, com quem frequentemente estabelecem relações de cuidados prolongadas; dispõem de uma série de competências, ainda que estas não sejam muitas vezes reconhecidas ou remuneradas; sofrem com frequência tensões entre aquelas a quem cuidam e as condições nas quais têm de prestar os cuidados, e são na sua maioria mulheres. Contudo, não são um grupo homogéneo: também existem hierarquias em termos de remuneração, de situação e de estatuto. As pessoas que prestam cuidados pessoais, de saúde das comunidades locais, à primeira infância de trabalho doméstico têm menos sucesso profissional do que outras categorias profissionais na área dos cuidados.

Este capítulo reforça a relevância das leis e das políticas na determinação dos níveis de emprego, condições de trabalho, salários e estatuto das pessoas que trabalham na área dos cuidados. As políticas migratórias, as políticas de trabalho e a cobertura e conceção de políticas de cuidados no âmbito da saúde e da educação determinam, em última análise, a situação de quem trabalha na área dos cuidados em relação a quem trabalha noutras áreas. O direito a formar e integrar organizações de trabalhadores, e a força destas organizações, é também crucial. Estreitamente relacionada com o direito de organização encontra-se a

existência e a cobertura de instituições de diálogo social, como a negociação coletiva, que dão voz a quem trabalha na área dos cuidados sobre as questões que as afetam.

Uma conclusão particularmente importante deste capítulo é que as insuficiências dos serviços de cuidados estão frequentemente associadas ao recurso massivo ao trabalho doméstico. Conforme mostrado na análise do grupo, o trabalho doméstico (e, em muitos casos, migrante), adquiriu importância em vários contextos: quando os grupos mais prósperos da população têm poder económico para subcontratar a prestação de cuidados a outro grupo da população que dispõe de menos meios económicos; quando programas de trabalho estrangeiro orientado especificamente para os cuidados facilitam a sua contratação e o emprego por parte de famílias; quando as políticas públicas proporcionam incentivos e subsídios para incentivar as pessoas a contratar, como no caso de várias políticas de transferências monetárias para a prestação de cuidados ou quando as relações de trabalho e as condições de trabalho nas famílias são, de *jure et facto*, insuficientemente regulamentadas ou não regulamentadas de todo.³⁸⁶

A prestação pública tende a melhorar as condições de trabalho na área dos cuidados, enquanto a sua prestação privada não regulada tende a piorá-las, independentemente do nível de rendimento dos países. Este capítulo mostra igualmente que as regulamentações que garantem os direitos de quem trabalha na área dos cuidados são fundamentais, pois as remunerações baixas e desiguais, a informalidade, as longas horas de trabalho e formas atípicas de emprego assumem formas particulares entre este grupo profissional.

Cuidar de quem trabalha na área dos cuidados significa inverter as tendências descritas, ampliando a proteção a todas as pessoas que prestam cuidados, sobretudo migrantes, promover a profissionalização evitando simultaneamente a erosão das competências profissionais, assegurar a representação e a negociação coletiva deste grupo e evitar estratégias de redução de custos nos setores dos cuidados, tanto públicos como privados, que reduzem os salários ou diminuem o tempo dos cuidados diretos. As condições de trabalho devem ser melhoradas por uma questão de equidade, e porque estão diretamente ligadas à qualidade dos serviços de cuidados. A má qualidade do emprego conduz a uma má qualidade de cuidados, sendo assim prejudicial para o bem-estar dos beneficiários dos cuidados, de quem prestam os cuidados e também das pessoas cuidadoras não remuneradas que têm menos opções disponíveis.³⁸⁷ Um cenário ótimo para o trabalho de cuidados não pode ser construído sem trabalho digno para quem presta cuidados.

NOTES

- 1 Duffy, Albelda e Hammonds, 2013; OIT, 2016a.
- 2 Yeandle *et al*, 2017.
- 3 De acordo com a situação profissional, isto significa trabalhadores por conta de outrem, membros de cooperativas de produtores e trabalhadores por conta própria.
- 4 England, Budig e Folbre, 2002.
- 5 Duffy, 2011.
- 6 OIT, 2016a.
- 7 Se as agências privadas ou públicas contratam trabalho doméstico e colocam em residências particulares para serviços e tarefas específicas, estas pessoas estes serão captadas como a trabalhar nos setores dos cuidados se as suas atividades se realizarem em parte e no todo no âmbito dos cuidados pessoais. Se as suas atividades consistirem apenas em tarefas domésticas, não serão captadas como parte da mão-de-obra de cuidados, pois seriam empregadas por agências privadas a operar fora dos setores dos cuidados.
- 8 OIT, 2017c.
- 9 OIT. Recomendação (n.º 202) sobre Pisos de Proteção Social, 2012.
- 10 ONU, 2008.
- 11 Uma limitação a esta abordagem é que quem presta trabalho doméstico não tem um contrato de trabalho com uma agência de serviços não é considerado trabalhador doméstico. Esta limitação é importante, sobretudo nas zonas da Europa onde esta modalidade com múltiplas partes é bastante comum, particularmente para serviços de cuidados pessoais. Neste caso, as pessoas que prestam serviços para as famílias, mas não são empregadas por estas, serão contabilizados como profissionais de cuidados em saúde e ação social ou no ensino.
- 12 OIT, 2017l.
- 13 Wright, 2012.
- 14 Manyika *et al*, 2017.
- 15 Lippel, 2016. 16 OIT, 2017b.
- 17 Ibid.
- 18 Parent-Thirion *et al*, 2017; OIT, 2017b; Eurofound, 2015.
- 19 OIT, 2013a.
- 20 Figueiredo, Suleman e Botelho, 2018.
- 21 Wright, 2012.
- 22 Glenn, 1992; Duffy, 2011.
- 23 Lightman, 2017.
- 24 De facto, a definição de trabalho de cuidados remunerado no presente relatório inclui, mas vai além do trabalho de cuidados remunerado como o outro lado do trabalho de cuidados não remunerado, para abranger setores e profissões de cuidados que sempre estiveram associados a conhecimentos especializados, tais como, o pessoal médico e docentes do ensino superior.
- 25 Duffy, 2011; Molinier, 2012.
- 26 Landivar, 2013; Munnich e Wozniak, 2017.
- 27 England, Budig e Folbre, 2002; Folbre, 2017.
- 28 Budig, Hodges e England, 2018.
- 29 Ibid.; Budig e Misra, 2010; Esquivel, 2010; Folbre e Smith, 2017.
- 30 Esquivel, 2010.
- 31 Budlender, 2011.
- 32 OIT, 2011b.
- 33 England, Budig e Folbre, 2002.
- 34 Windebank, 2010.
- 35 Folbre, 2017.
- 36 Folbre e Smith, 2017.
- 37 Vosko *et al*, 2009, citado em Yeandle *et al*, 2017.
- 38 Himmelweit, 2006; Folbre, 2006a.
- 39 Folbre, 2006a.
- 40 Lightman, 2017.
- 41 Budig, Hodges e England, 2018.
- 42 Duffy, 2011.
- 43 Esta secção baseia-se substancialmente em OIT, 2017c.
- 44 A Islândia está na curva, isto é, na média.
- 45 Magar *et al*, 2016.
- 46 Schwalbe, 2017. 47 OIT, 2017c.
- 48 OMS, 2016b.
- 49 Tijdens, de Vries e Steinmetz, 2013.
- 50 OIT, 2017c.
- 51 Szebehely e Meagher, 2017.
- 52 Aiken *et al*, 2012.
- 53 Cho *et al*, 2015.
- 54 OCDE, 2015; Dumont e Lafortune, 2016.
- 55 OMS, 2016a.
- 56 Wismar, OMS e Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, 2011.
- 57 Humphries *et al*, 2015. 58 OMS, 2010.
- 59 OMS, 2016c.
- 60 Dhillon, 2015.
- 61 King-Dejardin, a publicar.
- 62 Langer *et al*, 2015. 63 Duffy, 2011.
- 64 Austen *et al*, 2016; Nelson e Folbre, 2006.
- 65 Esquivel e Pereyra, 2018.
- 66 Austen *et al*, 2016. 67 Duffy, 2011.
- 68 Ibid.
- 69 Lund, 2010.
- 70 Tijdens, de Vries e Steinmetz, 2013.
- 71 Colombo e Muir, 2015.
- 72 Landivar, 2013.
- 73 Messenger e Vidal, 2015.
- 74 Griffiths *et al*, 2014.
- 75 De facto, um estudo no Reino Unido mostra que as condições de trabalho são um fator mais importante na determinação do fornecimento das horas do pessoal de enfermagem que os salários reais. Ver Eberth, Elliott e Skåtun, 2016.
- 76 Kowalchuk, 2016.
- 77 Armstrong e Pederson, 2015.
- 78 Colombo e Muir, 2015.
- 79 Messenger e Vidal, 2015; Speroni *et al*, 2014; Brophy, Keith e Hurley, 2017; Shi *et al*, 2017.
- 80 Langer *et al*, 2015.
- 81 Trotter, 2017.
- 82 Calenda, 2016.
- 83 Ibid.
- 84 Shutes e Chiatti, 2012.

- 85 Yeates e Pillinger, 2013.
- 86 Austen *et al*, 2016.
- 87 Colombo e Muir, 2015.
- 88 Colombo *et al*, 2011.
- 89 OCDE, 2018a.
- 90 Colombo *et al*, 2011.
- 91 Shakespeare e Williams, a publicar.
- 92 Tijdens, de Vries e Steinmetz, 2013.
- 93 OIT, 2014e.
- 94 Colombo *et al*, 2011.
- 95 Ibid.
- 96 Cangiano, 2009.
- 97 Shakespeare e Williams, a publicar.
- 98 Ibid.
- 99 Ibid.
- 100 Molinier, 2012; Austen *et al*, 2016.
- 101 Nelson e Folbre, 2006; Hussein, 2017; Duffy, Albelda e Hammonds, 2013.
- 102 Hussein, 2017.
- 103 OIT, 2012b.
- 104 Langer *et al*, 2015.
- 105 Budlender, 2010.
- 106 Langer *et al*, 2015.
- 107 OMS, Aliança Mundial dos Trabalhadores do Setor da Saúde, 2010.
- 108 Budlender, 2010.
- 109 Langer *et al*, 2015.
- 110 Klerk *et al*, 2015.
- 111 Baseado em Postic, 2016.
- 112 OCDE, 2017a.
- 113 Ibid.
- 114 Ibid.
- 115 OIT, 2016d.
- 116 Caravatti *et al*, 2014.
- 117 Sharma, 2012.
- 118 Appleton *et al*, 2006; King-Dejardin, a publicar.
- 119 Sharma, 2012.
- 120 Caravatti, Lederer e Van Meter, 2014.
- 121 McLoughlin e Münz, 2011; Hugo, 2013.
- 122 Castles e Ozkul, 2014; Wickramasekara, 2015; OCDE, 2007.
- 123 euman, Josephson e Chua, 2015; OCDE, 2017a.
- 124 Neuman, Josephson e Chua, 2015.
- 125 Esquivel and Pereyra, 2018.
- 126 OCDE, 2017a, 2017e.
- 127 Education International, 2010, p. 29.
- 128 Shaeffer, 2015.
- 129 OCDE, 2017e.
- 130 Ibid.
- 131 Devecchi *et al*, 2012.
- 132 Ver também Bach, Kessler e Heron, 2006.
- 133 OIT, 2016g; UNESCO, 2014.
- 134 OIT, 2016g.
- 135 Os relatórios sobre as recentes saídas de docentes no Oklahoma e na Virgínia (Estados Unidos da América) que exigiam melhores salários apontam para o facto de que muitos assumem um trabalho secundário para pagar as contas. Consultar <https://www.usatoday.com/story/news/2018/04/03/oklahoma-teachers-strike-second-day/480951002/>.
- 136 UNESCO, 2009b.
- 137 Fumasoli, Goastellec e Kehm, 2015.
- 138 Le Feuvre, 2015.
- 139 Molina e López-Roldán, 2015.
- 140 Eichhorst e Marx, 2015.
- 141 OIT, 2016d.
- 142 Eichhorst e Marx, 2015.
- 143 Destes, 12,9 milhões de trabalhadores domésticos na China são homens.
- 144 Jokela, 2015.
- 145 OIT, 2013a.
- 146 OIT, 2015c.
- 147 Jokela, a publicar.
- 148 OIT, 2013a.
- 149 Tomei e Belser, 2011.
- 150 Hobden, 2015.
- 151 Zanoni *et al*, 2007; Cloutier *et al*, 2008.
- 152 Garofalo Geymonat *et al*, 2017.
- 153 Human Rights Watch, 2006.
- 154 OIT, 2016a.
- 155 Fudge e Hobden, 2018.
- 156 Boris, Unden e Kulick, 2017.
- 157 Hunt e Machingura, 2016.
- 158 Berg, 2016.
- 159 Gallotti, 2015.
- 160 OIT, 2016b, p. 8.
- 161 OIT, 2013a.
- 162 OIT, 2016a.
- 163 OIT, 2015c.
- 164 Uma vez que todos têm a mesma escala (percentagens da população empregada), não foi necessária uma normalização adicional destes indicadores. Ver Anexo A.4 para a lista de países incluídos na análise, a percentagem de emprego em cada grupo e outros detalhes metodológicos. Ver Anexo A.6 para a lista dos códigos dos países.
- 165 UNESCO, 2018. A razão para este número é que,
- 166 na Finlândia, todas as crianças têm direito a creche, mas, adicionalmente, existe uma prestação para a criação dos filhos que é paga aos pais que decidem ficar em casa até que a criança tenha três anos de idade. OCDE, 2017e.
- 167 UNESCO, 2018.
- 168 Ibid.
- 169 Meagher e Szebehely, 2013.
- 170 OCDE, 2018a.
- 171 Gori, Fernández e Wittenberg, 2016.
- 172 Meagher e Szebehely, 2013.
- 173 Estes são trabalhadores domésticos de acordo com a definição da OIT, mas estatisticamente não são captados como «trabalhadores empregados por famílias», que constitui a definição operacional do presente relatório.
- 174 Merker, Kristiansen e Sæther, 2016.
- 175 UNESCO, 2018.
- 176 OMS, 2018.
- 177 OCDE e Comissão Europeia, 2013.
- 178 Halvorsen *et al*, 2017.
- 179 Juntamente com a Alemanha, que surge no mesmo grupo da Dinamarca, Finlândia e Suécia em Tschanz e Staub, 2017.
- 180 King-Dejardin, a publicar.

- 181 Meagher e Szebehely, 2013; Hobson, Hellgren e Bede, 2015.
- 182 Federação Europeia de Serviços para Pessoas, 2013.
- 183 Da Roit e van Bochove, 2017.
- 184 Hobson, Hellgren e Bede, 2015.
- 185 Ibid.
- 186 Luppi *et al*, 2015.
- 187 O sistema au pair proporciona aos jovens a oportunidade de viajar para o estrangeiro e aprender a língua, enquanto trabalham para uma família a fornecer cuidados a crianças.
- 188 Cox, 2015.
- 189 Williams, 2012.
- 190 Stenum, 2011.
- 191 Shakespeare e Williams, a publicar.
- 192 OIT, 2018f.
- 193 ONU, 2017c.
- 194 OCDE, 2018a. 195 OIT, 2018f.
- 196 OMS, 2018.
- 197 OCDE, 2017d.
- 198 Michel e Peng, 2012.
- 199 UNESCO, 2018.
- 200 OCDE, 2017e.
- 201 Governo do Canadá, 2017.
- 202 Connolly *et al*, 2016.
- 203 Child Care Aware of America, 2017.
- 204 Press e Hayes, 2000; Adamson e Brennan, 2016.
- 205 A partir de julho de 2018, o Subsídio de Cuidados a Crianças substituiu a Prestação de Cuidados a Crianças e a redução de Cuidados a Crianças, pagos diretamente aos prestadores de cuidados. Consultar <https://www.education.gov.au/child-care-subsidy-1>.
- 206 Adamson e Brennan, 2016; Addati, 2010.
- 207 OCDE, 2017e.
- 208 Adamson e Brennan, 2016.
- 209 Folbre, 2010.
- 210 UNESCO, 2018.
- 211 OCDE, 2018a.
- 212 A intensidade destes cuidados tem, todavia, aumentado, uma vez que os se encontram cobertos têm mais necessidades do que no passado. Ver Gori, Fernández e Wittenberg, 2016.
- 213 Ibid.
- 214 King-Dejardin, a publicar.
- 215 ONU, 2017c.
- 216 OCDE, 2018a.
- 217 Gori, Fernández e Wittenberg, 2016.
- 218 Halvorsen *et al*, 2017.
- 219 Tschanz e Staub, 2017.
- 220 Shakespeare e Williams, a publicar
- 221 O estudo é denominado «Projeto para ajudar a colocar equipamentos de bem-estar e robôs de cuidados em prática» e inclui 220 gestores de lares e trabalhadores de cuidados.
- 222 Burnham e Theodore, 2012; Duffy, 2011.
- 223 Burnham e Theodore, 2012.
- 224 Fudge, 2011.
- 225 Da Roit e Weicht, 2013.
- 226 Lutz e Palenga-Möllenbeck, 2011; Da Roit e Weicht, 2013.
- 227 Pflegestützpunkte Berlin – Information Sheets AZ, 2017, Information Sheet 41.
- 228 Uma estimativa recente coloca este número em 7 por cento de 1,34 milhões de trabalhadores. Consultar <https://www.theguardian.com/society/2017/feb/25/brexit-fears-eu-nationals-working-social-care-theresa-may-sarah-wollaston>.
- 229 Shutes e Walsh, 2012.
- 230 Ao referir-nos aos trabalhadores de cuidados no Reino Unido, usamos as definições deste relatório. No contexto do Reino Unido, os trabalhadores de cuidados referem-se normalmente a trabalhadores não-profissionais do setor social (auxiliares de cuidados, trabalhadores de cuidados domiciliários, trabalhadores domésticos internos, etc.).
- 231 Cangiano, 2009.
- 232 Humphries *et al*, 2015; Spencer *et al*, 2010; Shutes e Walsh, 2012.
- 233 Williams, 2012.
- 234 Como referência, 16 por cento do total da população empregada nos Estados Unidos da América era de origem estrangeira no mesmo ano. Por região de origem, a maior percentagem de médicos de origem estrangeira entre os trabalhadores de cuidados de saúde era da Ásia, e quase 30 por cento dos trabalhadores de cuidados de saúde nos Estados Unidos da América em 2010 que tinham nascido na Ásia eram médicos, seguidos pela África e países da OCDE, com cerca de 25 por cento cada. A percentagem mais elevada de auxiliares de cuidados de saúde menos altamente especializados entre os trabalhadores de cuidados de saúde de origem estrangeira eram das Caraíbas, mais de 50 por cento, seguidos por quase 40 por cento de trabalhadores de cuidados de saúde nascidos em África e na América Latina. Ver Martin e Abella, 2014.
- 235 Espinoza, 2017.
- 236 Adamson e Brennan, 2016.
- 237 Peng, 2016.
- 238 Salami, Amodu e Okeke-Ihejirika, 2016.
- 239 Os trabalhadores de cuidados diretos são auxiliares de enfermagem certificados, auxiliares de saúde ou de cuidados domiciliários, trabalhadores de cuidados pessoais e assistentes.
- 240 Martin *et al*, 2009.
- 241 A lei federal dos EUA exige menos de duas semanas de formação para obter a certificação de auxiliar de enfermagem, e os auxiliares de saúde domiciliários têm de aprovar um exame de competência federal para que os seus empregadores possam receber reembolsos do Medicare. Os requisitos federais em termos de formação contínua para auxiliares de cuidados domiciliários e auxiliares de enfermagem são mínimos: o conteúdo é determinado pelos Estados e pelos prestadores individuais. Os Estados determinam a regulamentação de outros trabalhadores de cuidados diretos, incluindo os que trabalham em autonomia assistida ou para agências de cuidados domiciliários ou os que são trabalhadores independentes (por conta própria). Ver Martin *et al*, 2009.
- 242 Duffy, Armenia e Stacey, 2015.

- 243 Gambaro, 2017.
- 244 Adamson e Brennan, 2016.
- 245 Cangiano, 2009.
- 246 Rubery *et al*, 2015.
- 247 Martin *et al*, 2009.
- 248 Boris e Klein, 2006.
- 249 249 OIT, 2016d.
- 250 Knaebel, 2015.
- 251 King-Dejardin, a publicar.
- 252 Cálculos do autor baseados na ONU, 2017c.
- 253 Széman, 2015. 254 Cook, 2010.
- 255 UNESCO, 2018.
- 256 Petmesidou e Guillén, 2015.
- 257 Saraceno, 2016.
- 258 Michel e Peng, 2012.
- 259 Saraceno, 2016.
- 260 OCDE, 2017e.
- 261 Ibid.
- 262 Saraceno e Keck, 2010.
- 263 UNESCO, 2018. 264 ONU, 2017c.
- 265 Scheil-Adlung, 2015; Saraceno, 2016.
- 266 Széman, 2015; Gresz, Barbás e Dózsza, 2016.
- 267 OCDE, 2018b.
- 268 OCDE, 2018a.
- 269 Gori, Fernández e Wittenberg, 2016.
- 270 Hrženjak, 2017.
- 271 Não obstante haja prestações pecuniárias para beneficiários em zonas remotas. Ver Rhee, Done e Anderson, 2015.
- 272 Halvorsen *et al*, 2017.
- 273 Kim *et al*, 2014.
- 274 Bettio, Simonazzi e Villa, 2006.
- 275 Castagnone, Salis e Premazzi, 2013.
- 276 Os trabalhadores domésticos representam 4,8 e 0,2 por cento do emprego feminino e masculino, respectivamente, em Portugal, e apenas 14 por cento são de origem estrangeira. Na Grécia, os trabalhadores domésticos representam 2,4 e 0,1 por cento do emprego feminino e masculino, respectivamente, e 37 por cento são de origem estrangeira.
- 277 Bettio, Simonazzi e Villa, 2006; Cook, 2010; Hirose e Czepulis-Rutkowska, 2016.
- 278 Castagnone, Salis e Premazzi, 2013.
- 279 Hellgren e Serrano, 2017.
- 280 Tkach e Hrženjak, 2017.
- 281 Sekeráková Búriková, 2017.
- 282 Zdravomyslova e Tkach, 2017.
- 283 Tkach e Hrženjak, 2017.
- 284 Ibid.
- 285 Michel e Peng, 2017.
- 286 Humer e Hrženjak, 2017.
- 287 Rhee, Done e Anderson, 2015.
- 288 Yun, 2017.
- 289 Peng, 2010.
- 290 Hrženjak, 2017.
- 291 OCDE, 2018a.
- 292 O Reino do Barém, o Estado do Koweit, o Sultanato de Omã, o Estado do Catar, o Reino da Arábia Saudita e o Estado dos Emirados Árabes Unidos.
- 293 OIT, Escritório Regional para os Estados Árabes (ROAS), 2017a.
- 294 Isto é também verdade para os outros países do CCG (88 por cento nos Emirados Árabes Unidos, 75 por cento no Catar e 51 por cento no Barém).
- 295 OIT, Escritório Regional para os Estados Árabes (ROAS), 2017a.
- 296 Os Estados Árabes têm a taxa mais baixa de aceitabilidade do trabalho das mulheres entre os homens (57 por cento) e entre as mulheres (67 por cento). Ver OIT e Gallup, 2017, p. 34.
- 297 OIT, Escritório Regional para os Estados Árabes (ROAS), 2017b.
- 298 OIT, CEACR, 2016. 299 OIT, 2015c.
- 300 Banco Mundial, 2018a. 301 ONU, 2017c.
- 302 Com a exceção do Uruguai, onde é de 25 por cento.
- 303 Estas taxas são apenas para trabalhadores por conta de outrem. Para a percentagem do emprego informal no total do emprego, ver OIT, 2018g.
- 304 OIT, 2017m.
- 305 UNESCO, 2018.
- 306 Ibid.
- 307 A cobertura das escolas pré-primárias é de 59 por cento no Chipre e de 26 por cento na Jordânia.
- 308 CEPAL, 2017.
- 309 Scheil-Adlung, 2015.
- 310 Esquivel, 2017a.
- 311 Governo do Uruguai. Sistema Nacional de Cuidados do Uruguai, 2015.
- 312 Scheil-Adlung, 2015.
- 313 Messenger e Vidal, 2015.
- 314 Esquivel, 2010.
- 315 Gallo, 2015.
- 316 Messenger e Vidal, 2015.
- 317 Cerca de 12 por cento do trabalho doméstico na Argentina e 2 por cento no Uruguai é de origem estrangeira, em comparação com 17 por cento para a região como um todo.
- 318 Lexarta, Chavez e Carcedo, 2016.
- 319 Números para todos os empregados, trabalho principal.
- 320 Messenger e Vidal, 2015.
- 321 Pereyra e Micha, 2016.
- 322 Esquivel e Pereyra, 2017.
- 323 Lund, 2010.
- 324 OMS. Observatório Mundial de Saúde, 2018.
- 325 Esquivel e Pereyra, 2018.
- 326 Pereyra e Micha, 2016.
- 327 Estas estimativas estão em consonância com as publicadas em Lexarta, Chavez e Carcedo, 2016.
- 328 Pereyra, 2017.
- 329 Lexarta, Chavez e Carcedo, 2016.
- 330 OIT, 2017m.
- 331 Budlender, 2016.
- 332 Banco Mundial, 2018a.
- 333 Com a exceção da China, Indonésia e Namíbia na educação pré-escolar e da China e México nas inscrições no ensino pré-primário.
- 334 UNESCO, 2018.
- 335 Cook e Dong, 2011.
- 336 Li *et al*, 2016.
- 337 INIDEN, 2012.
- 338 UNESCO, 2018.

- 339 OMS. Observatório Mundial de Saúde, 2018.
 340 Cometto *et al*, 2016.
 341 Marten *et al*, 2014.
 342 OIT, 2017m.
 343 Hsiao, Li e Zhang, 2015.
 344 OIT, 2017m.
 345 Cook e Dong, 2011.
 346 Scheil-Adlung, 2015.
 347 Estimativas anteriores colocaram este nível em 20 milhões.
 348 Minghui, 2017.
 349 Banco Asiático de Desenvolvimento, 2017.
 350 King-Dejardin, a publicar.
 351 Peng e Wong, 2016.
 352 Parreñas, 2010.
 353 Peng e Wong, 2016.
 354 Ibid.
 355 Li *et al*, 2016.
 356 Banco Asiático de Desenvolvimento, 2017.
 357 Dong, Feng e Yu, 2017.
 358 UNESCO, 2018.
 359 Ibid.
 360 Ilkkaracan, Kim e Kaya, 2015.
 361 Vladescu *et al*, 2016; Dimova *et al*, 2012.
 362 OMS. Observatório Mundial de Saúde, 2018.
 363 Banco Mundial, 2018a.
 364 ONU, 2017c. A exceção é a Tailândia, com 16 por cento.
 365 OIT, 2018g.
 366 Scheil-Adlung, 2015; Esquivel e Kaufmann, 2017.
 367 UNESCO, 2018.
 368 OIT, 2018f.
 369 Cometto *et al*, 2016; OMS. Observatório Mundial da Saúde, 2018.
 370 Montefiori, Cattaneo e Licata, a publicar.
 371 OIT, 2017m; Rao *et al*, 2011.
 372 Marten *et al*, 2014.
 373 UNESCO, 2018.
 374 OIT, 2016g.
 375 ONU Mulheres, 2012
 376 UNESCO, 2015a.
 377 Kaul, Chaudhary e Sharma, 2015.
 378 UNESCO, 2012.
 379 Fleury, 2016.
 380 Pillinger, 2010.
 381 OIT, 2017g.
 382 King-Dejardin, a publicar.
 383 Palriwala e Neetha, 2010; Parakh, 2016.
 384 OIT, 2016g.
 385 Consultar OIT, 2017n para as últimas estimativas mundiais e regionais sobre trabalho infantil.
 386 King-Dejardin, a publicar.
 387 Hayes, 2016.

CAPÍTULO 5

Atividades de cuidados para um melhor futuro do trabalho

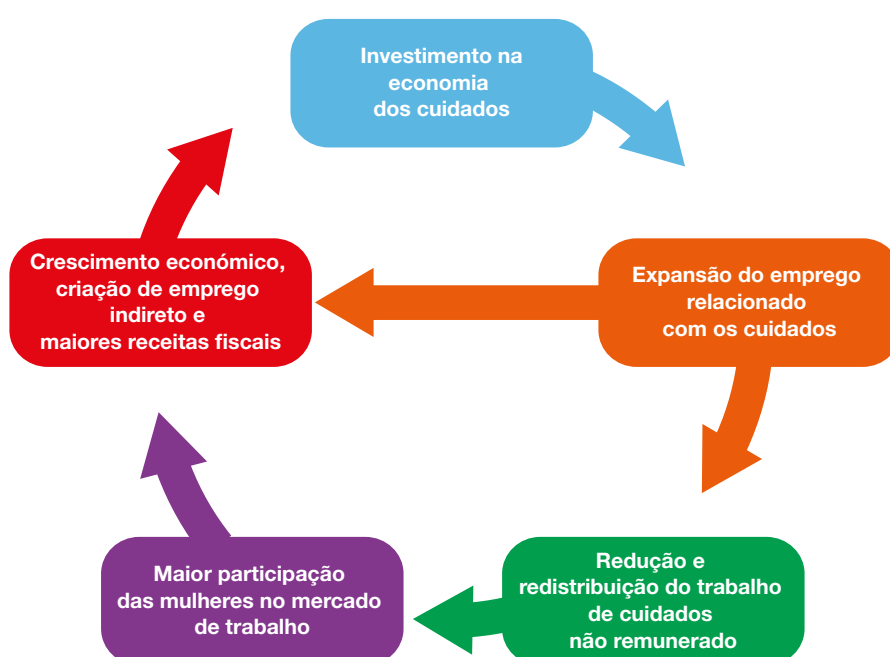
MENSAGENS-CHAVE

- Alcançar os objetivos do desenvolvimento sustentável (ODS) e a eliminação das disparidades na cobertura dos serviços de cuidados de saúde e na educação exige um investimento significativo nestes setores.
- A eliminação das grandes disparidades na cobertura dos cuidados na primeira infância e educação, assim como nos cuidados continuados, pode tornar-se o principal fator para a expansão do emprego nos serviços de cuidados no futuro.
- Se a situação atual na educação, saúde e ação social (cenário *status quo*) se mantiver, espera-se que o número total de trabalhadores e trabalhadoras nas atividades de cuidados e no emprego indireto relacionado com os cuidados atinja 358 milhões em 2030 em 45 países. A título de comparação, em 2015 era de 205 milhões de postos de trabalho.
- Os investimentos crescentes na economia dos cuidados tendo em vista alcançar as metas dos ODS em 2030 (cenário ótimo) resultará na criação de um total de 475 milhões de postos de trabalho, dos quais 117 milhões serão novos empregos, além dos criados no cenário *status quo*.
- Inclusivamente, alcançar o cenário *status quo* exigirá um aumento substancial da despesa em relação ao seu nível atual de 8,7 por cento do PIB para 14,9 por cento do PIB previsto para 2030.
- Se o investimento na prestação de cuidados não aumentar em pelo menos 6 pontos percentuais do PIB mundial em 2030, os défices na cobertura irão piorar e as condições de trabalho dos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados irão deteriorar-se.
- Tornar real o cenário ótimo iria traduzir-se em 2030, numa despesa total (pública e privada) na prestação de serviços de cuidados de 18,4 biliões de dólares dos EUA, correspondendo a cerca de 18,3 por cento do PIB total previsto para os 45 países incluídos na análise.
- O financiamento da expansão dos serviços de cuidados requer aumentar o espaço fiscal dos países.
- O investimento em serviços de cuidados de qualidade pode ser uma intervenção estratégica em termos de políticas para aumentar o empoderamento económico das mulheres através da criação de oportunidades de emprego digno nos setores de cuidados e noutros.

Como sublinhado no Capítulo 1, a combinação do aumento da população e do seu rápido envelhecimento está a provocar um aumento da procura de trabalho no âmbito dos cuidados. Paralelamente, o mundo do trabalho está a testemunhar transformações a um ritmo e escala sem precedentes, incluindo as que são atribuíveis à globalização, inovação tecnológica e automação, alterações climáticas e mudanças demográficas.¹ Estas alterações têm importantes implicações para o futuro do trabalho, porém, até que ponto estes desenvolvimentos se irão traduzir em empregos dignos no âmbito dos cuidados depende das prioridades atribuídas e das escolhas dos governos em matéria de políticas e, sobretudo, se a igualdade entre homens e mulheres será um objetivo de base. Estudos recentes sobre o futuro do trabalho argumentam que a automação não terá um forte impacto nos empregos que envolvem a especialização, gestão de equipas e interações sociais frequentes, uma vez que as máquinas ainda não se conseguem equiparar ao desempenho humano nestas áreas.²

Como discutido no Capítulo 1, uma via ótima para o trabalho de cuidados é um dos caminhos conducentes à realização dos ODS, particularmente do objetivo 5, meta 5.4 que aborda a prestação de serviços públicos de cuidados; o ODS 3 sobre saúde e bem-estar; o ODS 4 sobre a educação de qualidade e o ODS 8 sobre o emprego pleno e produtivo e o trabalho digno. Expandir os serviços de cuidados, entre os quais os cuidados de saúde, os cuidados continuados e a educação de qualidade, incluindo o desenvolvimento da primeira infância, tem o potencial de oferecer múltiplos benefícios. Como demonstrado no Capítulo 3, este investimento cria um círculo virtuoso de redistribuição e redução do trabalho de cuidados não remunerado e alivia as restrições à participação das mulheres no mercado de trabalho. Simultaneamente, estas políticas criam empregos de cuidados,

Figura 5.1. O círculo virtuoso do investimento na economia dos cuidados



Fonte: Adaptado da OIT, 2016i.

apoando a economia dos cuidados como uma das principais fontes do crescimento do emprego no futuro, tanto nos países desenvolvidos como nos países em vias de desenvolvimento. Isto, por sua vez, pode apoiar o crescimento económico, minimizar a transferência intergeracional da pobreza e aumentar a inclusão social (Figura 5.1).³

Tal como foi desenvolvido no Capítulo 4, tornar digno o trabalho de cuidados contribui para a qualidade da prestação de serviços de cuidados. Por sua vez, cumprir as metas de qualidade dos ODS 3 e 4, assim como cumprir o ODS 8, exige esforços nos cinco principais domínios de ação indicados no Capítulo 1, nomeadamente, os cuidados, as questões macroeconómicas, a proteção social e as políticas laborais e de migração.

As lacunas na cobertura dos serviços de cuidados de saúde e da educação, sobretudo dos serviços de cuidados continuados e educação da primeira infância, conforme debatido no Capítulo 3, indicam que existe a necessidade de um investimento significativo nestes setores. Este capítulo detalha as condições para conseguir uma via ótima para o trabalho de cuidados que elimine estas lacunas na cobertura dos serviços de cuidados e que conduza à concretização dos ODS ao mesmo tempo. Baseia-se e desenvolve trabalhos anteriores sobre investimento na economia dos cuidados, detalhando os custos da expansão dos serviços de cuidados e o potencial para a criação de empregos dignos que apresenta a via ótima para o trabalho de cuidados no interesse dos beneficiários dos cuidados, trabalhadores e trabalhadoras de cuidados e pessoas cuidadoras não remuneradas.⁴

As recentes simulações macroeconómicas demonstraram o potencial da criação de emprego direto gerado por investimentos na economia dos cuidados, com o efeito do impacto do emprego indireto noutros setores. A Confederação Sindical Internacional (CSI) estimou que o investimento público direto na economia dos cuidados de 2 por cento do PIB em apenas sete países de elevado rendimento criaria mais de 21 milhões de postos de trabalho, 75 a 85 por cento dos quais seriam dirigidos a mulheres, dados os padrões atuais de segregação no trabalho. Para as economias emergentes, um investimento semelhante poderia potencialmente criar 24 milhões de novos postos de trabalho na China, 11 milhões na Índia, 4,2 milhões no Brasil, cerca de 2,8 milhões na Indonésia e um pouco mais de 400 000 na África do Sul, dos quais 43 a 74 por cento seriam para mulheres. O investimento público na economia dos cuidados conduziria também à criação de empregos com uma qualidade comparativamente maior (com prestações de segurança social).^{5,6} Um exercício semelhante na Turquia mostrou que a grande maioria dos empregos criados (85 por cento) seriam também de boa qualidade, uma vez que proporcionam cobertura da segurança social, em comparação com apenas 30 por cento de empregos na construção.⁷ A expansão dos postos de trabalho nos cuidados iria gerar receitas fiscais que contribuiriam para o financiamento do investimento inicial.

Existe um enorme potencial para expandir o trabalho digno na economia dos cuidados. Mas existe, todavia, o risco de que a expansão dos postos de trabalho nos cuidados possa ser acompanhada por salários baixos ou inadequados, e pela falta de direitos laborais e proteção social, se as condições de emprego existentes para quem presta cuidados, tal como discutido no Capítulo 4, persistirem no futuro.

5.1. OBJETIVOS E MÉTODOS

5.1.1. Definir os cenários: uma visão geral

Este capítulo explora a capacidade de criação de emprego que apresentam os investimentos na economia dos cuidados, fazendo uma previsão do número de empregos diretos e indiretos que podem ser potencialmente criados até 2030 em dois cenários alternativos da expansão de serviços de cuidados. Utiliza uma análise de entradas-saídas que abrange um total de 45 países para os quais as tabelas de entradas-saídas estão disponíveis.⁸ Estes países representam 85 por cento do PIB mundial total, 58 por cento da população mundial e 57 por cento da mão-de-obra mundial.⁹ Os seus níveis de emprego combinados nos setores da educação e da saúde e ação social¹⁰ ascendem a 205,5 milhões de pessoas.¹¹ No seguimento das definições do Capítulo 4, isto constitui aproximadamente 54 por cento do total do emprego de cuidados mundial e 72 por cento do emprego mundial na educação e na saúde e ação social. O nível atual combinado de despesas na saúde e ação social e na educação destes 45 países (combinando a despesa pública e privada) representa 8,7 por cento do seu PIB total.¹²

Os serviços de cuidados considerados nesta análise compreendem os prestados pelo setor da educação, incluindo os serviços de cuidados e educação da primeira infância (ECCE), o ensino básico e secundário, o ensino superior e os serviços fornecidos pelo setor da saúde e ação social, incluindo os cuidados a doentes (cuidados de curta duração) e cuidados continuados a pessoas idosas e pessoas com deficiência.¹³ Um ponto importante que emerge da análise a seguir é que cobrir as grandes lacunas nos ECCE e nos cuidados continuados, identificados no Capítulo 3, será o principal motor da futura expansão do emprego nos serviços de cuidados.

A expansão do emprego no futuro nos serviços de cuidados é considerada neste capítulo sob dois distintos cenários:

1. O *cenário ótimo*, no qual os serviços de cuidados são expandidos até 2030 para cumprir os requisitos do ODS 3 relativo à saúde, o ODS 4 relativo à educação, o ODS 5 relativo à igualdade entre mulheres e homens e o ODS 8 relativo ao trabalho digno em termos da extensão da cobertura da população, bem como da qualidade dos serviços prestados e do emprego criado.
2. O *cenário status quo*, uma hipótese contrafactual (base de referência), que assume que os serviços de cuidados crescerão em consonância com o aumento da população, mas com as taxas de cobertura atuais e os padrões de cobertura e condições de trabalho nos setores dos cuidados a permanecerem constantes, resultando em que tanto os défices de cuidados e os défices de trabalho digno persistem até 2030.

Enquadrar o cenário ótimo no contexto dos ODS é um dos aspetos distintivos desta simulação, em comparação com as simulações macroeconómicas anteriores do potencial de emprego do investimento na economia dos cuidados. Alguns dos subsectores dos serviços de cuidados, tais como o ensino básico e secundário ou o cuidado de doentes, têm indicadores ODS e objetivos das políticas claros. Pelo contrário, os indicadores dos ODS relativos a outros subsectores dos serviços de cuidados, tais como os ECCE e os cuidados continuados, são fracos ou inexistentes. Consequentemente, na definição do cenário ótimo destes serviços de cuidados, foi adotada uma ampla interpretação das metas dos

ODS, que vai além da estrutura de monitorização dos ODS. Para atingir esta finalidade, são adotadas metas específicas para os ECCE e os cuidados continuados, em consonância com os indicadores atuais nos países com um elevado desempenho.

A especificação do cenário ótimo implica o estabelecimento de metas que se relacionam com a extensão (quantidade) da prestação dos serviços, capturada através das taxas de inscrição e cobertura baseadas na população-alvo pertinente. As metas ótimas também dizem respeito à qualidade dos serviços e emprego, expressa pelos rácios prestadores de serviços-beneficiários de serviços e níveis salariais.

O *cenário status quo* aplica as condições atuais (2015) à cobertura na educação e na saúde e a qualidade à população prevista para 2030, visando estimar o nível da despesa e emprego relacionados na ausência de qualquer alteração das políticas ambientais.

A análise do cenário proporciona dois tipos de resultados. O primeiro, é a capacidade de criação de emprego da economia dos cuidados. A comparação dos dois cenários mostra o potencial de criação de emprego adicional do cenário ótimo, assim como a composição por sexo nos empregos diretos e indiretos.

O segundo resultado é um exercício de cálculo de custos que fornece os níveis de despesa pública e privada necessários para cumprir os objetivos das políticas. A comparação entre os níveis atuais de despesa na saúde e na educação e os níveis de despesas no cenário *status quo* (em percentagem do PIB em 2030, a preços de 2015) indica o aumento do investimento público e privado necessário para manter as condições atuais, dadas as alterações demográficas esperadas para 2030. Por sua vez, a diferença entre os resultados das duas simulações proporciona uma estimativa da despesa adicional necessária para a expansão dos serviços de cuidados, para que as metas específicas orientadas pelos ODS definidas no cenário ótimo sejam cumpridas.

5.1.2. Uma nota sobre os métodos

Seguindo as definições dadas no Capítulo 4, os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados nos setores de cuidados, tais como docentes, pessoal médico, pessoal de enfermagem ou profissionais de cuidados continuados, proporcionam serviços de cuidados diretos, enquanto que quem trabalha em domínios não relacionados com os cuidados nos setores de cuidados desempenha tarefas que apoiam os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados diretos em áreas como a gestão, finanças e contabilidade, cozinha e limpeza. O ponto de partida das estimativas para o cenário ótimo é o número necessário de profissionais de cuidados na educação (nos ECCE, no ensino básico e secundário e no ensino superior) e nos setores da saúde e ação social (cuidados de saúde e cuidados continuados), baseados em vários objetivos de política para atingir os ODS, tais como as taxas de frequência/cobertura ou os rácios prestadores de serviços-beneficiários. Sob o cenário *status quo*, estes objetivos das políticas são estabelecidos para permanecerem iguais aos níveis atuais. Para ambos os cenários, o número de profissionais de áreas não relacionadas com cuidados em setores de cuidados necessários provém das estimativas preliminares dos rácios observados ou desejáveis entre profissionais de áreas não relacionadas com cuidados e profissionais da área de cuidados.

A determinação do número destes dois grupos atualmente na educação e na saúde e ação social gera os requisitos de emprego setoriais diretos necessários para cada cenário, que por sua vez fornecem a base para estimar a despesa setorial necessária. Relativamente ao cenário ótimo, os cálculos da despesa são baseados em salários dignos para os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados.¹⁴ No caso do cenário *status quo*, são usados os níveis atuais de despesa por estudante (no caso da educação), despesa por profissional de saúde (no caso dos cuidados de saúde) e despesa por beneficiário (no caso de cuidados continuados) como parâmetros do cálculo dos custos. A atual composição do setor público/privado da despesa setorial ao nível dos países é aplicada implicitamente nos cenários *status quo* e ótimo.

Uma vez determinadas as magnitudes da despesa nos diferentes cenários, torna-se possível estimar os efeitos indiretos do emprego através de análises de entradas-saídas.¹⁵ Os efeitos indiretos do emprego são os postos de trabalho criados em setores que não o da saúde ou da educação como resultado da procura que o crescimento da despesa nos setores dos cuidados gera noutros setores (as «entradas» necessárias para produzir as «saídas» na saúde e na educação, num enquadramento entrada-saída).¹⁶

O emprego setorial não está limitado às categorias incluídas nas estimativas de emprego direto, tais como os professores e professoras no sistema escolar formal e os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados de saúde conforme definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e que consiste em pessoal médico, profissionais de enfermagem e parteiras e «outros quadros», para além de profissionais de cuidados continuados. Outras categorias, como auxiliares de educação e profissionais na área social na saúde e ação social, fazem parte da mão-de-obra setorial. As estimativas detalhadas neste capítulo incluem estas categorias profissionais, alargando as estimativas descritas acima utilizando estatísticas de emprego setorial calculadas a partir de inquéritos à população ativa junto dos agregados familiares dos países em análise. Esta inclusão permite fazer uma comparação com as estimativas de emprego atuais, como apresentado no Capítulo 4.

É provável que ocorra um efeito adicional de criação de emprego como resultado do aumento da despesa nos setores de cuidados, aumentando a despesa com o consumo das famílias. É igualmente possível estimar essa criação de emprego induzida através da análise de entradas-saídas. Os efeitos induzidos não são, contudo, considerados com o objetivo de evitar imprecisões de sobrestimação. Os resultados apresentados neste capítulo devem, assim, ser interpretados como um limite inferior ao número esperado de empregos que seriam criados pela expansão do emprego relacionado com os cuidados.

Nas secções a seguir, são apresentados os objetivos das políticas derivadas dos ODS para a educação, incluindo os objetivos das políticas para os cuidados e ensino da primeira infância (5.2.1) e para o ensino básico, secundário e superior (5.2.2), para os cuidados de saúde (5.3.1) e para os cuidados continuados (5.3.3). As secções 5.2.3, 5.3.2 e 5.3.4 fornecem os resultados das simulações entradas-saídas, mostrando o potencial para a geração de empregos diretos e indiretos e os custos associados, em dólares dos EUA constantes (2015). As secções 5.2.4 e 5.3.5 apresentam as estimativas alargadas de emprego setorial geral na educação e na saúde e ação social, respetivamente. A secção 5.4 resume o potencial de criação de emprego total da expansão da prestação de serviços de cuidados, cumprindo os ODS e gerando empregos de cuidados dignos, juntamente com os custos associados e as receitas fiscais relacionadas com esta expansão. Um resumo dos resultados (5.5) coloca a despesa em perspetiva, em percentagem do PIB real em 2030.

5.2. CRIAÇÃO DE EMPREGO NA EDUCAÇÃO

O ODS 4.2 apela para que todas as crianças tenham acesso a um desenvolvimento de qualidade na primeira fase da infância, cuidados e educação pré-escolar de modo que estejam preparados para o ensino primário, mas não especifica a taxa de frequência alvo. Os indicadores de monitorização correspondentes apontam para a «percentagem de crianças com menos de 5 anos de idade que se encontram num processo de desenvolvimento adequado na saúde, aprendizagem e bem-estar psicossocial, por sexo» (4.2.1) e preveem pelo menos um ano de prestação gratuita e organizada de aprendizagem pré-escolar para as crianças com idades inferiores à idade escolar obrigatória (4.2.2).¹⁷ Os ODS também definem metas claras para a cobertura do ensino básico e secundário. O ODS 4.1 prevê que, em 2030, todas as crianças irão poder concluir um ensino básico e secundário gratuito e de qualidade. Em relação ao ensino superior, a meta 4.3 dos ODS prevê garantir «acesso igual para todas as mulheres e homens ao ensino técnico, profissional e superior, acessível e de qualidade, incluindo a universidade» até 2030, mas não existe uma meta específica dos ODS para as matrículas no ensino superior. Os objetivos das políticas relativas aos ECCE, ensino básico, secundário e superior são definidos neste quadro.

5.2.1. Objetivos das políticas relativas aos cuidados e ensino da primeira infância

Seguindo as definições dadas no Capítulo 3, no estabelecimento das metas para os serviços de cuidados e ensino da primeira infância, o desenvolvimento da primeira infância (faixa etária de 0 a 2 anos) e a educação pré-escolar (dos 3 anos de idade até à faixa etária da escolaridade obrigatória) são tratados separadamente.¹⁸ Os objetivos das políticas mundiais em termos de cuidados e ensino da primeira infância no cenário ótimo são fixados em 50 por cento da taxa bruta de escolarização média ponderada pela população para a faixa etária de 0 aos 2 anos de idade e a taxa de frequência de 100 por cento para a faixa etária dos 3 aos 5 anos em cada país/região.

O objetivo das políticas para a faixa etária dos 0 aos 2 anos de idade reconhece que o cuidado de qualidade para as crianças pequenas implica a combinação de cuidados em casa (predominantemente dos pais/família), sobretudo na primeira fase da vida (0 aos 12 meses), seguidos pelas matrículas crescentes nas instituições de serviços cuidados e ensino da primeira infância na última fase (12-36 meses). Como se demonstrou no Capítulo 3, o cenário ótimo segue os países da OCDE com melhor desempenho, definidos como os países com os níveis mais baixos de utilização de modalidades de cuidados informais a crianças,¹⁹ nomeadamente a Dinamarca, Finlândia, Noruega e Suécia, onde o recurso a cuidados a crianças informais varia de 0 a 5,2 por cento.²⁰ Estes números podem ser comparados com a média da OCDE do recurso a modalidades de cuidados a crianças na faixa etária dos 0 aos 2 anos, que se situa aproximadamente em 25 por cento.²¹ Estes quatro países nórdicos são conhecidos pelas suas políticas de licenças parentais generosas, assim como por elevadas taxas de frequência de creches.²² A taxa bruta de escolarização de crianças na faixa etária dos 0-2 anos nos cuidados a crianças formais é de 65 por cento na Dinamarca, 55 por cento na Noruega, 47 por cento na Suécia e 28 por cento na Finlândia. Dado às elevadas taxas de emprego feminino nestes países, pode-se assumir que os cuidados a crianças da faixa etária dos 0 aos 2 anos estão totalmente cobertos através da combinação de cuidados parentais subsidiados e da utilização de instituições de cuidados.

O objetivo das políticas para a faixa etária dos 3-5 anos, isto é, taxa de frequência de 100 por cento na educação pré-escolar, é baseado na observação de que a maioria dos países de alto e médio alto rendimento quase alcançaram a cobertura universal para esta faixa etária. As taxas de frequência mais elevadas, de 95 a 100 por cento, são observadas na Alemanha, Bélgica, Dinamarca, Espanha, França, Islândia, Israel, Itália, Malta e Noruega. A taxa de frequência média na educação pré-escolar formal da OCDE para a faixa etária dos 3-5 anos é de 84 por cento e, para a UE, de 85 por cento. A taxa de escolarização mundial bruta na educação pré-escolar para esta faixa etária é de 49 por cento.²³ Adicionalmente, o acesso a pelo menos um ano de educação pré-escolar gratuito e formal é reconhecido como um direito legal num terço dos países de todo o mundo.²⁴ Além disso, a falta de acesso a serviços públicos gratuitos reforça as desigualdades entre as crianças de diferentes grupos socioeconómicos. Estas tendências, e o facto de o acesso ao ensino formal na faixa etária dos 3-5 anos ser cada vez mais definido como uma norma educacional (semelhante ao ensino básico e secundário obrigatório), justifica a taxa de matrícula alvo de 100 por cento no cenário ótimo.

A meta dos ODS relativa ao desenvolvimento da primeira infância enfatiza explicitamente a disponibilização de uma educação de boa qualidade. Os serviços cuidados e ensino da primeira infância de boa qualidade são fundamentais para assegurar que servem a sua finalidade de apoiar o desenvolvimento mental e social das crianças com efeitos duradouros ao longo do ciclo de vida, entre os quais a preparação escolar, o ensino superior e a eficiência dos sistemas de saúde, produtividade e igualdade entre homens e mulheres.²⁵ A exigência de serviços de cuidados e ensino da primeira infância de elevada qualidade significa que a prestação necessita de ir mais longe do que apenas assegurar a segurança e alimentação das crianças. Não existem atualmente orientações acordadas internacionalmente, mas dois critérios comumente utilizados para a qualidade dos cuidados e ensino da primeira infância são os limites para os rácios crianças-professor²⁶ e os salários mínimos para o corpo docente.

Com base nas orientações quantitativas da OIT²⁷ e da UNESCO²⁸, a simulação do cenário ótimo utilizou o rácio crianças-professor para o desenvolvimento da primeira infância (faixa etária dos 0-2 anos) de dez, e para a educação pré-escolar (faixa etária dos 3-5 anos) de 15. O valor atual dos rácios crianças-docente na educação pré-escolar, usado para calibrar o cenário *status quo*, é de 27.²⁹

Com base na observação de que os salários de quem trabalha nos serviços de cuidados e ensino da primeira infância em muitos países e instâncias não refletem a contribuição significativa do seu trabalho, a OIT³⁰ especifica um conjunto de elementos-chave de trabalho digno para o pessoal dos cuidados e ensino da primeira infância, incluindo que a remuneração deve proporcionar um nível de vida digno, deve ser equivalente aos empregos no ensino básico com qualificações e requisitos em termos de competências semelhantes, e deve corresponder às responsabilidades do trabalho. A UNESCO³¹ relata que os salários do pessoal docente do pré-escolar e básico são 3,6 vezes o valor do PIB *per capita* nos países em vias de desenvolvimento. Nos países de alto e médio alto rendimento, os salários da maioria não ultrapassam o dobro do PIB *per capita*, enquanto o seu nível de vida pode ser igual ou acima das médias nacionais.

Seguindo estas orientações, o cenário ótimo estabelece os salários do pessoal docente do pré-escolar num mínimo de 4,5 vezes o PIB *per capita* para os países de baixo ren-

dimento ou de médio baixo rendimento. Para os países de alto e médio alto rendimento, o objetivo para os salários do pessoal docente do pré-escolar foi estabelecido ao nível do salário médio dos trabalhadores e trabalhadoras com ensino superior em cada um dos países. Estas metas em matéria de qualidade estabelecem os critérios mínimos a cumprir por todos os países incluídos na análise no cenário ótimo. Se um país tiver melhores indicadores do que os acima mencionados, a simulação assume que estes irão manter esses indicadores até 2030.

5.2.2. Objetivos das políticas relativas ao ensino básico, secundário e superior

Uma vez que o ODS 4.1 prevê que, até 2030, todas as crianças concluirão o ensino básico e secundário gratuito e de qualidade, a meta para o cenário ótimo é estabelecida numa taxa de frequência de 100 por cento para as populações em idade escolar previstas para o ensino básico e secundário de todos os países. O objetivo do cenário ótimo relativamente às matrículas no ensino superior é estabelecido para aumentar em consonância com o aumento médio esperado de inscrições no ensino secundário, que é de aproximadamente 30 por cento.³²

Em termos da qualidade dos serviços e do emprego no ensino básico e secundário, a UNESCO³³ estabelece rácios alunos-professor claros para o ensino básico e secundário e estes são adotados no cenário ótimo. Tal como no caso dos cuidados e ensino da primeira infância, os salários do pessoal docente do ensino básico e secundário são estabelecidos num mínimo de 4,5 vezes o PIB *per capita* para os países de baixo e médio baixo rendimento e num mínimo do salário médio das pessoas com licenciatura para os países de alto e médio alto rendimento.³⁴ No caso do ensino superior, os pressupostos são de que os rácios atuais crianças-docente observados, assim como as taxas salariais do pessoal docente universitário, permanecerão constantes.

Tal como anteriormente, se um país tiver melhores indicadores para o ensino básico, secundário e superior do que os acima mencionados, então a simulação assume que estes irão manter esses indicadores até 2030.

O Quadro 5.1 fornece uma visão geral dos parâmetros de qualificação do cenário ótimo face ao cenário *status quo*, desagregados por nível de escolaridade.

5.2.3. Resultados da simulação de empregos no ensino

No cenário *status quo*, no qual as taxas de frequência, os rácios alunos-professor e as condições de emprego dos professores se mantêm constantes até 2030, a despesa total na educação é estimada aproximadamente em 3,45 biliões de dólares dos EUA por ano (preços de 2015). Para atingir as metas dos ODS, a magnitude estimada da despesa total é de 4,71 biliões de dólares dos EUA.³⁵ Consequentemente, o cenário ótimo prevê um aumento superior a um terço (36,5 por cento) na despesa com a educação em termos reais (Quadro 5.2). Para os 45 países incluídos na análise, a despesa no cenário ótimo corresponde a 4,7 por cento do total do PIB em 2030, em comparação com 3,4 por cento do total do PIB no cenário *status quo*.

Quadro 5.1. Resumo dos parâmetros do setor da educação: cenário *status quo* (SQ) face ao cenário ótimo (CO)

Parâmetros	Cuidados e ensino da primeira infância		Ensino básico e secundário		Ensino superior	
	SQ	CO	SQ	CO	SQ	CO
Taxa de frequência	Aos níveis de 2015	50 por cento para 0-2 anos de idade 100 por cento para 3-5 anos de idade	Aos níveis de 2015	100 por cento	Aos níveis de 2015	Aumentam 30 por cento
Rácio crianças-docente	Aos níveis de 2015	10:1 para 0-2 anos de idade 15:1 para 3-5 anos de idade	Aos níveis de 2015	31:1 para o básico 28:1 para o secundário	Aos níveis de 2015	Aos níveis de 2015
Salários dos docentes	Aos níveis de 2015	Iguais a 4,5 vezes o PIB <i>per capita</i> dos países de baixo e médio baixo rendimento Salário médio das pessoas licenciadas dos países de alto e médio alto rendimento	Aos níveis de 2015	Iguais a 4,5 vezes o PIB <i>per capita</i> dos países de baixo e médio rendimento Salário médio das pessoas licenciadas dos países de alto e médio alto rendimento	Aos níveis de 2015	Aos níveis de 2015

Fonte: Ilkkaracan e Kim, a publicar.

No cenário ótimo, o aumento da despesa para cumprir as metas dos ODS na educação cria um total de 167,7 milhões de empregos no setor da educação e em outros setores através de ligações a montante. Este resultado representa 1,5 vezes mais empregos do que no cenário *status quo*, onde apenas 111 milhões de empregos seriam criados se as taxas de frequência, os rácios crianças-docente e as condições de emprego se mantivessem constantes (Figura 5.2). Destes empregos adicionais (uma diferença de 56,7 milhões de empregos entre o cenário ótimo e o cenário *status quo*), 39,7 milhões são empregos diretos (no setor da educação) e 17 milhões são empregos indiretos (noutros setores).

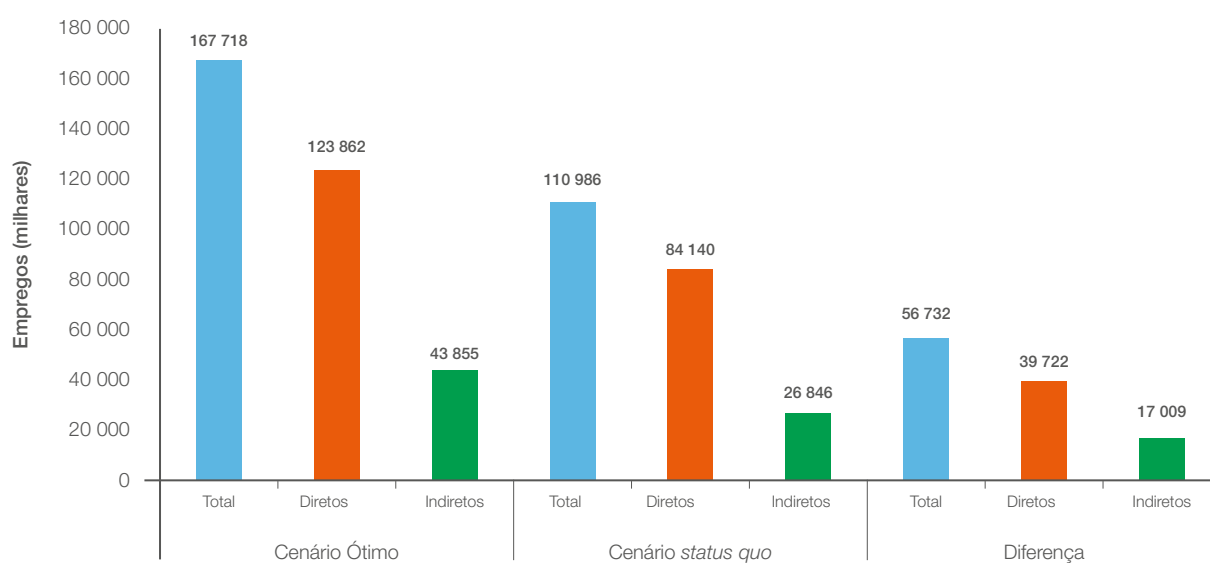
Em termos relativos, o número de empregos no setor da educação criados no cenário ótimo é 47 por cento mais elevado do que o número criado no cenário *status quo* (123,8 milhões face a 84,1 milhões de empregos diretos),³⁶ enquanto o número de empregos indiretos é 63 por cento mais alto (43,9 milhões face a 26,8 milhões de empregos indiretos).

Dada a atual feminização do emprego no setor da educação, a distribuição por sexo dos empregos diretos neste setor favorece as mulheres (Figura 5.3). De facto, é provável que 57 por cento dos empregos no setor da educação criados ao abrigo do cenário ótimo sejam para mulheres. Em termos da criação de empregos indiretos, é verdade o inverso: 64 por cento dos empregos indiretos criados seriam para homens. Deste modo, as percentagens de mulheres e homens na criação de empregos adicionais são quase iguais, com aproximadamente 28 milhões de empregos adicionais para cada grupo. Embora as mulheres fiquem

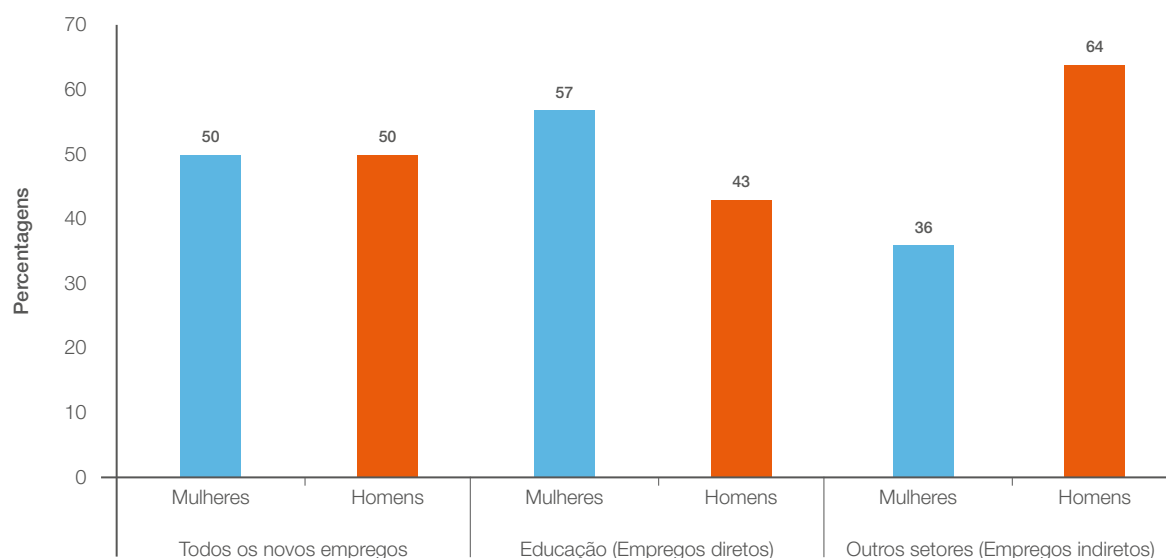
Quadro 5.2. Setor da educação: geração de emprego e despesas de acordo com o cenário *status quo* face ao cenário ótimo

	Cuidados e ensino da primeira infância			Ensino básico e secundário			Total (incluindo ensino superior, não desagregado)		
	SQ	CO	Diferença	SQ	CO	Diferença (pontos percentuais)	SQ	CO	Diferença (pontos percentuais)
Custo (despesa necessária em bilhões de dólares dos EUA - preços de 2015)	0,46	1,07	0,61 (133%)	1,97	2,39	0,42 (21)	3,45	4,71	1,26 (36,5)
Custo em percentagem do PIB (%)	0,5	1,1	0,6 p.p.	2,0	2,4	0,4	3,4	4,7	1,3
Retornos fiscais em percentagem da despesa (%)							16,4	15,8	
Emprego direto (milhares)	15 640	36 066	20 426 (131)	55 993	64 284	8 291 (15)	84 140	123 862	39 722 (47)
Emprego indireto (milhares)							26 846	43 855	17 009 (63)
Emprego total (milhares)							110 986	167 718	56 732 (51)

Fonte: Ilkkaracan e Kim, a publicar.

Figura 5.2. Número de empregos diretos e indiretos criados na educação

Fonte: Ilkkaracan e Kim, a publicar.

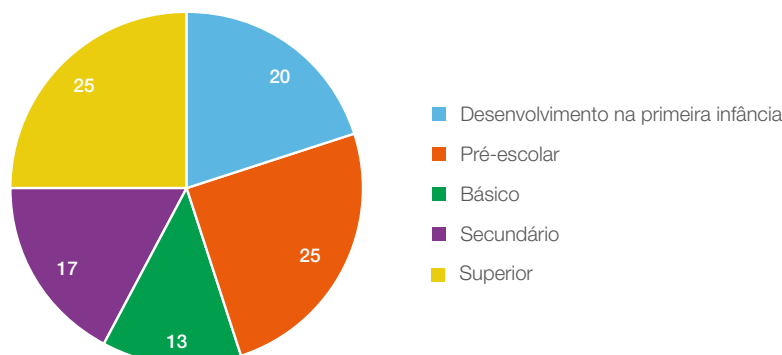
Figura 5.3. Número de empregos diretos e indiretos gerados na educação, cenário ótimo, por sexo

Source: Ilkcaracan et Kim, a publicar.

com a maioria dos empregos criados no setor da educação, os homens ganham a maioria dos empregos indiretos. Assim, cumprir as metas dos ODS na educação, particularmente em termos de ECCE, iria beneficiar as mulheres, tanto em termos de alívio do seu trabalho de cuidados não remunerado como proporcionando amplas oportunidades de emprego. Contudo, este cenário também tem o potencial de criar um número equivalente de empregos para homens, não apenas no setor da educação, mas também noutros setores, através de ligações a montante.

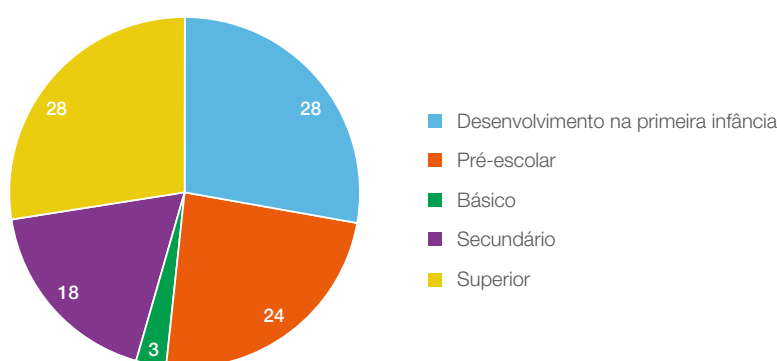
Os cuidados e ensino da primeira infância são a principal fonte da diferença entre os dois cenários em termos de despesa e em relação ao emprego, uma vez que as taxas de frequência nos cuidados e ensino da primeira infância e os rácios crianças-docente são substancialmente melhorados no cenário ótimo. Do total da despesa adicional de 1,26 biliões de dólares dos EUA, quase metade (45 por cento) é para o desenvolvimento na primeira infância para a faixa etária dos 0-2 anos (20 por cento) e para a educação pré-escolar (25 por cento) (Figura 5.4). Isto significa que a despesa total em ECCE necessitaria de aumentar de 0,5 por cento do PIB para 1,1 por cento do PIB para cumprir as metas dos ODS (Quadro 5.2). Da restante despesa adicional, 30 por cento são gastos no cumprimento das metas em termos de inscrições e da qualidade do ensino básico e secundário (13 e 17 por cento, respetivamente), e 25 por cento é devido ao aumento das inscrições no ensino superior.

A alocação da despesa adicional por subsector na educação reflete a criação de empregos adicionais (Figura 5.5). Mais de metade dos 39,7 milhões de empregos extra no setor da educação criados são no setor dos ECCE (20,4 milhões de empregos, 10,9 milhões na educação pré-escolar e 9,5 milhões na educação pré-escolar). Os empregos no ensino superior

Figura 5.4. Alocação da despesa adicional por subsetor da educação no cenário ótimo (percentagens)

Nota: É possível que as percentagens não somem 100 por cento devido ao arredondamento.

Fonte: Ilkharacan e Kim, a publicar.

Figura 5.5. Alocação do emprego adicional por subsetor da educação no cenário ótimo (percentagens)

Nota: É possível que as percentagens não somem 100 por cento devido ao arredondamento.

Fonte: Ilkharacan e Kim, a publicar.

têm a maior proporção de empregos diretos adicionais (28 por cento), com os empregos no ensino básico e secundário a constituir a percentagem mais baixa (20,8 por cento).

A parcela mais baixa da criação de empregos adicionais no ensino básico e secundário (não obstante a participação relativamente maior da população neste grupo) é devida a vários fatores. Em primeiro lugar, a maioria dos países incluídos na análise já cumpriram os objetivos em matéria de matrícula no ensino básico e secundário e a maioria dos países de rendimento mais elevado também cumpriram os objetivos em termos dos rácios crianças-

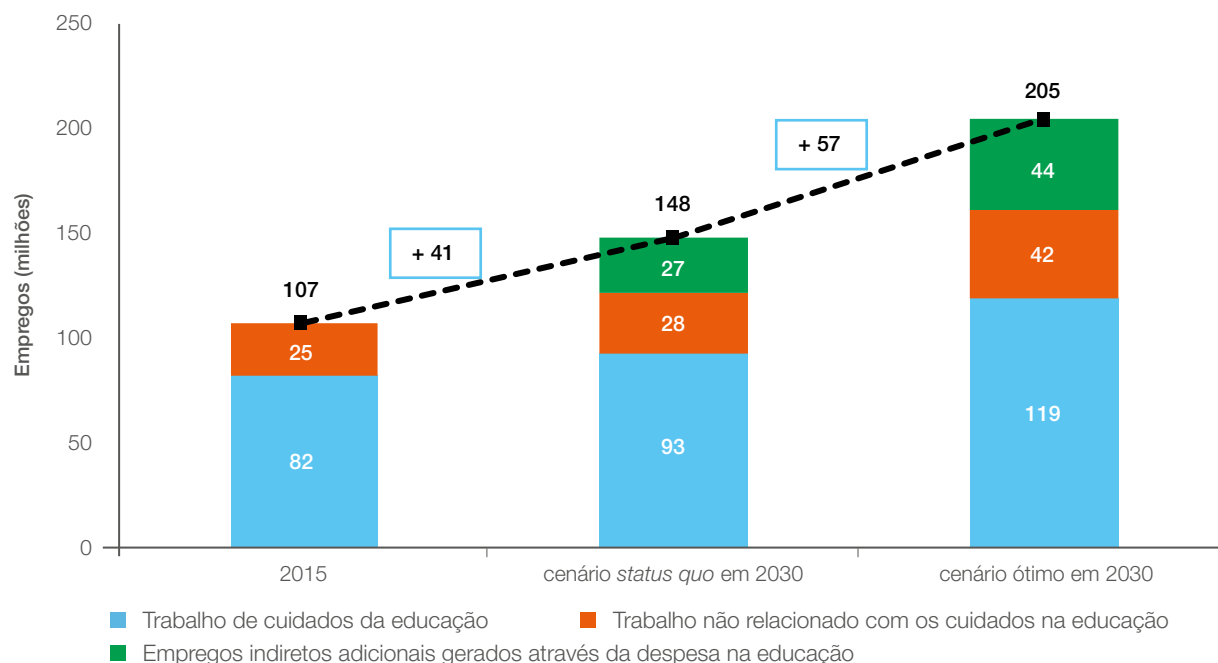
-docente e dos salários do pessoal docente. A maioria dos países incluídos na análise apresenta um baixo ou nenhum crescimento da população em idade escolar. Porém, o facto de que os serviços de cuidados e ensino da primeira infância tenham ainda um amplo espaço para expansão e melhoria dos seus indicadores de qualidade é responsável pela maioria das despesas e de empregos adicionais relativos a este setor.

5.2.4. Estimativas alargadas do emprego setorial global que abrange todas as categorias profissionais da educação

Esta subsecção apresenta uma estimativa mais abrangente do emprego setorial global em 2030 em ambos os cenários *status quo* e ótimo, e compara-os igualmente aos níveis setoriais atuais (2015) do emprego. A diferença entre as estimativas do número de profissionais de cuidados baseadas em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (seguindo a metodologia definida no Capítulo 4) e a estimativa do número de docentes no sistema de ensino formal em 2015 acima descrito, fornece o número de categorias adicionais de profissionais de cuidados no ensino. A relação entre estas duas grandezas (uma percentagem) pode ser aplicada à população de crianças (discentes) em 2015 para derivar o número de empregos adicionais no setor da educação criados por criança. Aplicando este rácio à população estimada de crianças em 2030, estima-se que um total de 28,5 milhões de profissionais de cuidados adicionais da educação trabalhem noutras categorias que não o pessoal docente no sistema de ensino formal. Aplicando o rácio profissional na área dos cuidados-profissional em área não relacionada com cuidados por país, encontramos um total de 8,9 milhões de pessoas em setores não relacionados com cuidados adicionais em 45 países, em comparação com os números do Quadro 5.2.³⁷

Em 2015, havia 107 milhões de profissionais da educação nos 45 países analisados. Este número inclui 82 milhões de profissionais de cuidados, compreendendo não só docentes, mas também pessoas que trabalham noutras categorias, e 25 milhões de pessoas em setores não relacionados com cuidados (Figura 5.6). No cenário *status quo*, onde o setor da educação se expande em consonância com a alteração da população e as transformações demográficas em 2030, mas as atuais taxas de inscrição/matricula e os rácios alunos-professor permanecem constantes, espera-se que o emprego no setor da educação atinja 121 milhões. Este pequeno aumento no emprego no setor da educação de 13,2 por cento num período de 15 anos não é surpreendente tendo em vista o facto de que se estima que a população em idade escolar geral nos 45 países irá diminuir cerca de 2,6 por cento de 2015 a 2030. Ainda assim, alguns grandes países, onde se espera uma expansão das faixas etárias mais jovens (tais como a Argentina, Austrália, Canadá, Estados Unidos da América, Federação Russa, Turquia e Vietname) impulsionam o aumento do emprego direto no setor da educação mesmo no cenário *status quo*.³⁸

No cenário ótimo, estima-se que o emprego no setor da educação tenha o potencial de crescer tanto quanto 50 por cento, até 161 milhões de profissionais em 2030. Adicionalmente ao aumento da população de crianças em alguns países, este crescimento é impulsionado por taxas de frequência mais elevadas, particularmente nos serviços de cuidados e ensino da primeira infância. A diferença de 40 milhões de empregos adicionais no ensino entre o cenário ótimo e o cenário *status quo* é devida ao aumento das inscrições em cuidados e ensino da primeira infância e aos melhores rácios crianças-docente, as-

Figura 5.6. Número expandido de empregos na educação - 2015 face a 2030, cenário *status quo* e cenário ótimo

Nota: Para 2015, cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

Fonte: Ilkkaracan e Kim, a publicar.

sim como a um aumento das taxas de inscrição no ensino básico, secundário e superior. O nível de criação de empregos indiretos é semelhante às estimativas anteriores, uma vez que a análise não integra uma estimativa separada para a despesa associada.

5.3. CRIAÇÃO DE EMPREGO EM CUIDADOS DE SAÚDE E CUIDADOS CONTINUADOS

Os cuidados de saúde envolvem a prestação de serviços médicos à população em geral, independentemente da idade e da situação em termos de incapacidade, para manter ou melhorar a saúde e tratar problemas de saúde não permanentes ou permanentes (isto é, a prestação de cuidados a pacientes de curta duração ou de forma continuada). Como se define no Capítulo 3, os cuidados continuados referem-se à prestação de serviços para apoiar as pessoas que têm uma capacidade limitada de funcionarem de forma independente no seu dia a dia.³⁹ Isto diz respeito, embora não exclusivamente, a pessoas idosas (isto é, com mais de 65 anos de idade). Enquanto os cuidados continuados incluem os cuidados médicos, têm igualmente um componente não-médico que respeita à prestação de apoio às atividades do dia a dia.

No quadro dos ODS, a saúde é abordada pelo ODS 3, que sublinha a necessidade de «garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades». As metas e indicadores que acompanham o ODS 3 são diversos, cobrindo a mor-

talidade materna e infantil, a saúde sexual e reprodutiva, as epidemias, incluindo a SIDA, as doenças transmissíveis e não transmissíveis, riscos para a saúde e mortes causadas pela poluição ambiental, consumo de tabaco e acidentes de viação. A OMS desenvolveu projeções relativamente ao número de profissionais de cuidados de saúde necessários para permitir que estas metas dos ODS sejam atingidas até 2030.⁴⁰ Na área dos cuidados de saúde, estas projeções fornecem os números de entrada na estimativa da geração direta e indireta de empregos. Uma vez que os cuidados continuados não são abrangidos explicitamente pelo ODS 3, as metas são estabelecidas de acordo com as taxas de cobertura dos cuidados de saúde dos países com melhor desempenho.

5.3.1. Objetivos das políticas relativas aos cuidados de saúde

Recursos humanos para a cobertura da saúde

As metas estabelecidas pelo ODS 3 sobre os cuidados de saúde são definidas de acordo com o número antecipado de beneficiários de cuidados de saúde em relação a resultados tais como a redução das taxas de mortalidade materna e neonatal por uma magnitude especificada ou reduções na incidência de doenças infecciosas por 100 000 habitantes. Estão disponíveis várias projeções mundiais sobre os requisitos no âmbito dos recursos humanos (isto é, profissionais de saúde) para permitir que as metas especificadas no ODS 3 sejam cumpridas até 2030. O cenário ótimo para os serviços de cuidados de saúde é definido com base em duas projeções recentes de recursos humanos para a saúde: pela OMS,⁴¹ com base em Cometto *et al.*,⁴² e a mencionada na Declaração de Dublin sobre Recursos Humanos para a Saúde.⁴³

Com base na avaliação de que «profissionais de saúde de dimensão e competências adequadas é fundamental para alcançar qualquer objetivo em termos de saúde da população», a OMS⁴⁴ prevê os requisitos da mão-de-obra da saúde para cumprir as metas dos ODS em 2030, estabelecendo o limiar de 4,45 profissionais de saúde (pessoal médico e de enfermagem e parteiras) por 1000 habitantes.⁴⁵ As estimativas são desagregadas por profissão (pessoal médico, de enfermagem/profissional de obstetrícia e outros quadros)⁴⁶ e por região. O relatório também prevê o fornecimento antecipado de profissionais de saúde em 2030, se as tendências atuais em termos de formação e contratação de profissionais de saúde permanecerem iguais. A diferença entre estas duas projeções representa a escassez de profissionais de saúde no quadro dos ODS em 2030.

A OMS⁴⁷ estima que, no cenário *status quo*, o fornecimento mundial de trabalhadores e trabalhadoras de cuidados de saúde cresça da sua dimensão estimada atual de 43,5 milhões de pessoas (em 2013) para 67,3 milhões em 2030. Para atingir o índice em matéria de saúde dos ODS de acordo com o limiar de 2013, estima-se a necessidade de 17,4 milhões de profissionais de saúde adicionais, incluindo aproximadamente 2,6 milhões pessoal médico, 9 milhões de pessoal de enfermagem e parteiras e 5,8 milhões de outros quadros. Prevê-se que a escassez mundial desça 17 pontos percentuais até 14,5 milhões até 2030, embora esta ainda represente uma lacuna considerável. O número em termos de escassez mundial oculta grandes disparidades regionais, com uma escassez de 6,9 milhões de profissionais a concentrarem-se no Sudeste Asiático e 4,2 milhões em África.⁴⁸

Contudo mais recentemente no Quarto Fórum Global sobre Recursos Humanos na Saúde, realizado em novembro de 2017, chegou-se a um consenso internacional que aponta para

uma escassez de 18 milhões de profissionais de saúde até 2030.⁴⁹ Os três milhões e meio de profissionais adicionais, além da estimativa da OMS para 2016, decorrem de uma projeção recente de escassez apresentada num estudo dos países da OCDE.⁵⁰ Este estudo baseia-se numa revisão minuciosa de mais de 200 documentos que estimam a oferta futura face aos requisitos baseados nas necessidades de profissionais de saúde nos países da OCDE.⁵¹ A simulação resultante sugere que se a situação atual, em termos de recursos humanos na saúde, persistir até 2030, uma esmagadora maioria dos países da OCDE sofrerá escassez de profissionais de saúde numa ou mais categorias (pessoal médico e de enfermagem e parteiras), dado o aumento previsto das necessidades de cuidados de saúde. No total, estima-se que haverá uma escassez de 754 000 médicos, 1,1 milhão de profissionais de enfermagem e de 45 000 parteiras em 2030 nos países da OCDE.⁵²

Neste contexto, para os 34 países de rendimento médio alto e de rendimento elevado incluídos na análise, são utilizados os números de escassez de profissionais de saúde com base nos países estimados por Tomblin Murphy *et al.*⁵³ Para os restantes 11 países (incluindo a China e a Índia, os dois países com mais habitantes, assim como a Argentina, Filipinas, Indonésia, México, Peru, Polónia, Tunísia, Turquia e Vietname), a escassez de profissionais de saúde foi estimada utilizando a metodologia reportada pela OMS,⁵⁴ com base no limite profissional de saúde-densidade populacional, de acordo com o que

Quadro 5.3. Resumo dos parâmetros do setor dos cuidados de saúde: cenário *status quo* face ao cenário ótimo

Parâmetros	Cuidados de saúde - cuidados a pacientes de curta duração	
	SQ	CO
Cobertura:	Aos níveis de 2015	Universal
Rácio beneficiário-profissional de saúde	Aos níveis de 2015	Mínimo. de 4,45 profissionais de cuidados de saúde por 1000 habitantes para 11 países: para os países de médio alto rendimento e de elevado rendimento os dados são baseados em Tomblin <i>et al.</i> (2016a).
Salários (profissionais de cuidados de saúde)	Aos níveis de 2015	Aos níveis de 2015
Redução de pessoal devido às mudanças tecnológicas	Redução de 10 por cento no número de pessoas que prestam cuidados em profissões não relacionadas com a saúde a trabalhar no setor da saúde.	Redução de 10 por cento no número de pessoas que prestam cuidados em profissões não relacionadas com a saúde a trabalhar no setor da saúde, acrescido de um ajustamento para profissionais de cuidados de saúde de acordo com Tomblin <i>et al.</i> (2016a).

Fonte: Ilkkaracan e Kim, a publicar.

se mencionou anteriormente (Quadro 5.3). O cenário ótimo é concebido para eliminar a escassez até 2030.

Salários de profissionais de cuidados de saúde

A Base de Dados Mundial sobre as Despesas com a Saúde da OMS⁵⁵ contem dados regionais, assim como alguns ao nível dos países e internacionalmente comparáveis, para serem utilizados nos cálculos dos custos dos serviços de cuidados de saúde, tais como a despesa total pública dedicada aos serviços de saúde e a percentagem de despesa pública na saúde paga em salários e remunerações a profissionais de saúde. De acordo com estes números, a percentagem nacional média da despesa pública total dedicada à saúde era de 11,7 por cento em 2014. A nível regional, a percentagem média de despesa pública na saúde variava de 8,8 por cento na região do Sudeste do Mediterrâneo da OMS a 13,6 por cento na região das Américas da OMS.⁵⁶

No que respeita à percentagem de salários e remunerações na despesa pública em saúde, um país típico despende 42,2 por cento da despesa pública total em saúde para cobrir os salários do pessoal.^{57, 58} Todavia, é um grau de variação regional, sendo encontrada a percentagem mais baixa dos salários de profissionais de saúde na despesa pública em África, situada em 29,2 por cento, e a mais elevada, situada em 50,8 por cento, na região do Sudeste do Mediterrâneo. Não foi realizada qualquer revisão de custos no cenário ótimo em termos de salários mais elevados, permanecendo estes nos níveis atuais (reais).

Redução de pessoal devido às mudanças tecnológicas

A redução de pessoal devido às mudanças tecnológicas são tomadas em consideração na simulação de ambos os cenários no caso dos cuidados de saúde. Com base em tendências recentes, é provável que ocorram mais aumentos de produtividade no setor da saúde devido aos avanços tecnológicos.⁵⁹ Para além do desenvolvimento da tecnologia na redução do pessoal, espera-se que as mudanças tecnológicas tenham um impacto positivo na qualidade dos cuidados, assim como na melhoria das condições de trabalho. É provável que os avanços tecnológicos melhorem a produtividade dos profissionais de saúde em lugar de resultar na substituição de profissionais de cuidados diretos (por exemplo, facilitando a prestação de um número maior de *check-ups* e cirurgias, melhoria na prestação do ensino, aumentando o uso de computadores na sala de aula). Com base nestas considerações, é aplicada uma redução de 10 por cento no número de profissionais não relacionados com a saúde a trabalhar no setor da saúde em todos os países.⁶⁰

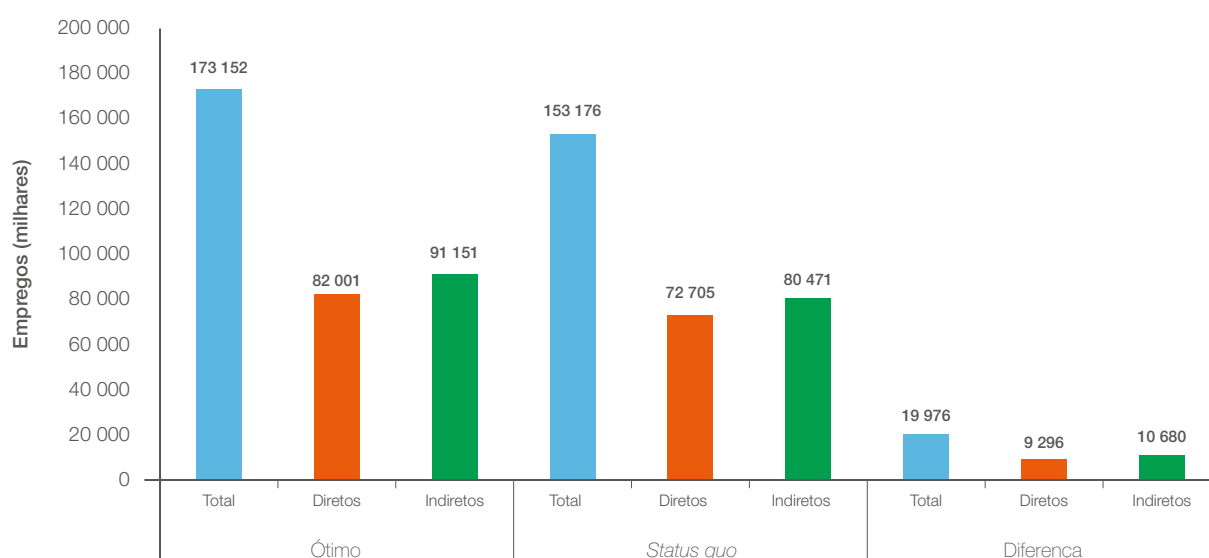
5.3.2. Resultados da simulação de empregos na área dos cuidados de saúde

No cenário *status quo*, no qual o rácio profissional de saúde-densidade populacional permanece constante até 2030, estima-se que a despesa total em cuidados de saúde seja de cerca de 10,4 biliões de dólares dos EUA por ano (aos preços de 2015) (Quadro 5.4).⁶¹ A magnitude esperada da despesa total para alcançar as metas dos ODS é de 11,3 biliões de dólares dos EUA, exigindo um aumento na despesa na saúde de 10,3 por cento do PIB para 11,3 por cento do PIB real em 2030. O cenário ótimo exige um aumento da despe-

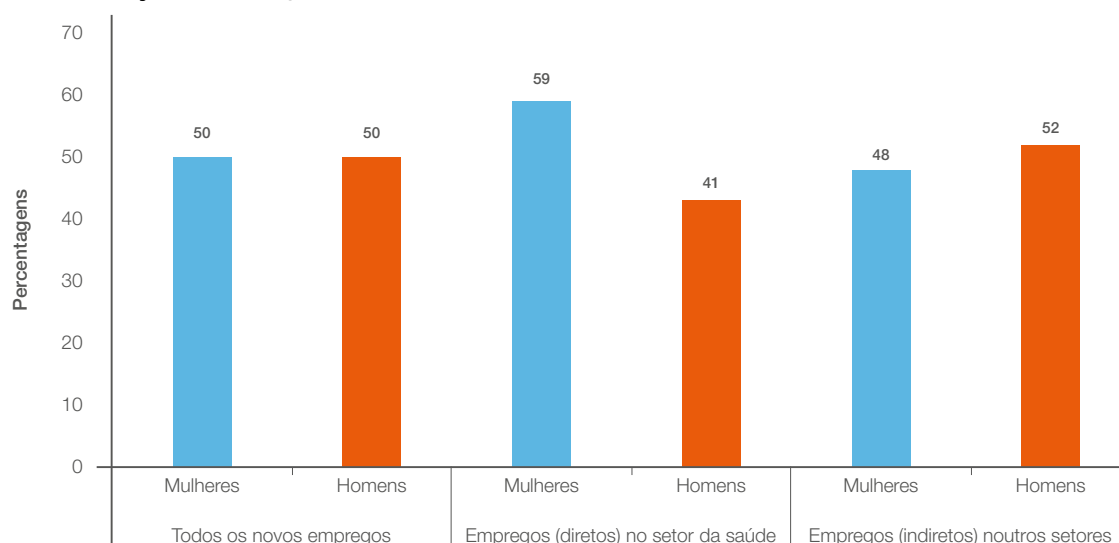
Quadro 5.4. Setor dos cuidados de saúde: geração de emprego e despesas de acordo com o cenário *status quo* face ao cenário ótimo

	Cuidados de saúde (cuidados a pacientes de curta duração)			Cuidados continuados (cuidados a pessoas idosas)			Total		
	SQ	CO	Diferença (%)	SQ	CO	Diferença (%)	SQ	CO	Diferença (%)
Custo (despesa exigida em bilhões de dólares dos EUA - preços de 2015)	10,38	11,34	0,96 (9,3)	1,11	2,35	1,23 (111)	11,49	13,69	2,2 (19,1)
Custo em percentagem do PIB (%)	10,3	11,3	1,0 p.p.	1,1	2,3	1,2 p.p.	11,4	13,6	2,2 p.p.
Retornos fiscais em percentagem da despesa (%)							18,2	17,9	
Emprego direto (milhares)	72 705	82 001	9 296 (12,8)	20 970	50 792	29 822 (142)	93 675	132 793	39 118 (42)
Emprego indireto (milhares)	80 471	91 150	10 679 (13,3)	3 151	13 895	10 744 (341)	83 622	105 045	21 424 (26)
Emprego total (milhares)	153 176	173 151	19 975 (13,0)	24 121	64 687	40 566 (168)	177 297	237 838	60 541 (34)

Fonte: Ilkcaracan e Kim, a publicar.

Figura 5.7. Criação de empregos em cuidados de saúde por empregos diretos e indiretos

Fonte: Ilkcaracan e Kim, a publicar.

Figura 5.8. Distribuição de emprego adicional em cuidados de saúde, por sexo

Fonte: Ilkcaracan e Kim, a publicar.

sa de aproximadamente 10 por cento (964 mil milhões de dólares) para garantir que as metas dos ODS são atingidas.

A simulação de acordo com o cenário ótimo mostra que o aumento da despesa em saúde para atingir as metas dos ODS sobre a saúde iria criar 173 milhões de empregos no setor da saúde e ação social e noutros setores através de efeitos de arrastamento. Este número é 13 por cento mais elevado do que o número de empregos criados no cenário *status quo* (153 milhões de empregos), se os rácios profissional de saúde-densidade populacional permanecerem constantes (Figura 5.7). Dos empregos adicionais criados (a diferença entre o cenário ótimo e o cenário *status quo*, um total de 19,9 milhões de empregos),⁶² 9,3 milhões são empregos diretos nos cuidados de saúde e 10,7 milhões são empregos indiretos noutros setores. De forma semelhante ao caso da educação, a diferença no número de empregos de cuidados de saúde diretos entre os dois cenários é menor tanto em termos proporcionais como em termos absolutos (9,3 milhões de empregos) do que a diferença no número de empregos indiretos (10,7 milhões de empregos).

Esta diferença de 9,3 milhões de empregos diretos inclui 6,5 milhões de profissionais de cuidados de saúde, sendo a restante composta por profissionais não relacionados com cuidados no setor da saúde.⁶³ Esta estimativa, baseada em 45 países, constitui cerca de um terço da escassez mundial prevista.

Os empregos adicionais criados são divididos equitativamente entre mulheres e homens. A percentagem de mulheres nos novos empregos diretos no setor dos cuidados de saúde é mais elevada, situando-se em 59 por cento, enquanto a percentagem de homens é ligeiramente mais elevada, situando-se em 52 por cento, nos novos empregos indiretos. De forma semelhante aos resultados comunicados para o setor da educação, esta divisão reflete os padrões existentes em termos da segregação profissional com base no sexo.

5.3.3. Objetivos das políticas relativas aos cuidados continuados

Como foi pormenorizado no Capítulo 3, os cuidados continuados ou de reabilitação dirigidos às pessoas idosas ou com deficiência compreendem toda uma variedade de serviços, incluindo, no mínimo, os de assistência às atividades essenciais do dia a dia e o apoio aos cuidados de saúde básicos.

Um estudo da OIT proporciona as únicas estimativas mundiais existentes sobre as necessidades de cuidados continuados e as projeções relacionadas com a escassez.⁶⁴ As estimativas mundiais são baseadas nos dados mais recentes disponíveis para o período de 2006-14 de 45 economias desenvolvidas e em desenvolvimento. Começando com uma avaliação da extensão da dependência excessiva de membros da família para a prestação de cuidados continuados na maioria dos países, são estimados os défices de financiamento e emprego formal dos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados continuados. As necessidades de emprego formal são estimadas em 4,2 profissionais de cuidados continuados por 100 habitantes com 65 anos de idade ou mais.⁶⁵ Face a este valor limite, os resultados sugerem um défice aproximado de 13,6 milhões de profissionais no setor formal de cuidados continuados a partir de 2013, acima da mão-de-obra existente de 11,9 milhões nos cuidados continuados do setor formal. Quase três quartos da escassez são originários da Ásia e Pacífico.

Em termos do financiamento público dos cuidados continuados, a percentagem do PIB despendida em cuidados continuados varia de um máximo de cerca de 2 por cento em vários países da OCDE de elevado rendimento (com o resultado mais elevado de 2,3 por cento na Noruega), para um mínimo de quase nenhum financiamento público em vários países.⁶⁶ O mesmo estudo da OIT sugere um limite de 1,461 dólares dos EUA (paridade do poder de compra aos preços de 2013) por pessoa com 65 ou mais anos, face ao qual se avaliam os défices de financiamento.

Taxa de cobertura dos cuidados continuados

Não há objetivos de políticas acordados internacional ou regionalmente sobre cuidados continuados em termos de taxas de cobertura. Ao identificar uma taxa de cobertura como meta para o cenário ótimo, a abordagem adotada é semelhante à adotada em relação aos cuidados e ensino da primeira infância, utilizando os resultados dos países com um alto desempenho como referência. O alto desempenho em termos de cuidados continuados é definido como o acesso legal integral a apoio no âmbito dos cuidados continuados sob a forma de serviços ou prestações pecuniárias.⁶⁷ Como foi desenvolvido no Capítulo 3, apenas nove países de elevado rendimento têm esta legislação sobre o direito à cobertura universal, nomeadamente a Alemanha, Bélgica, Dinamarca, Islândia, Japão, Luxemburgo, República Checa, República da Coreia e Suécia. Para estes países, a média ponderada da população de beneficiários de cuidados continuados é de 12,4 por cento,⁶⁸ o que representa, assim, o limite inferior da taxa de cobertura dos cuidados continuados no cenário ótimo.

Salários nos cuidados continuados

Ao definir os salários no cenário ótimo, a diferença salarial entre profissionais de enfermagem e profissionais de cuidados pessoais é reduzida a metade e os custos são ajustados para cima em conformidade. Utilizando os dados salariais do pessoal de enfermagem e do

Quadro 5.5. Resumo dos parâmetros dos cuidados continuados: cenário *status quo* face ao cenário ótimo

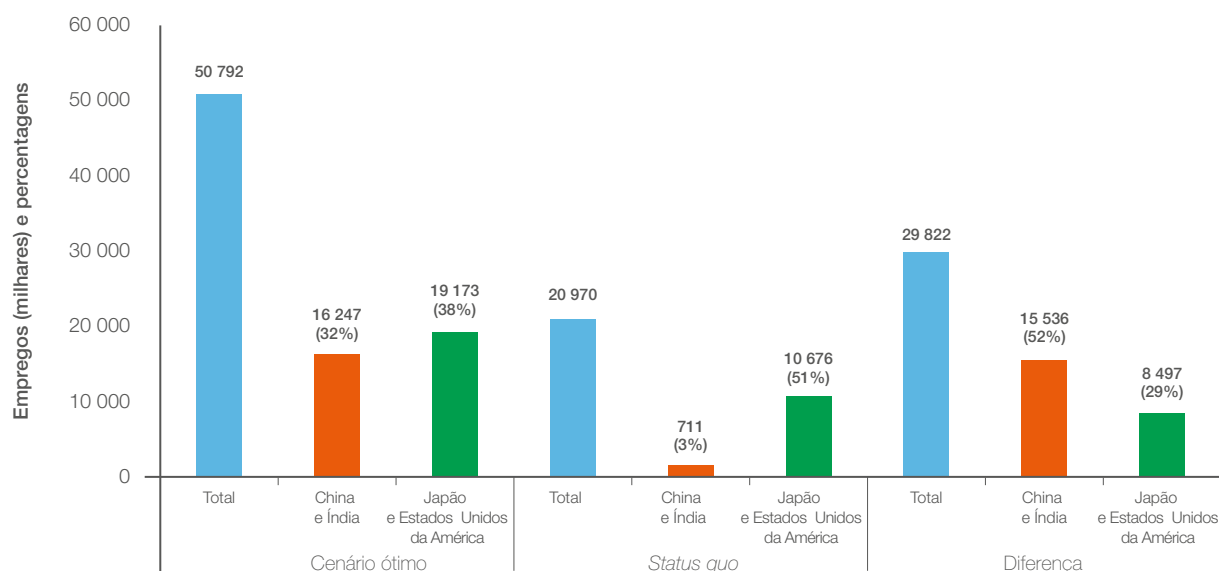
Parâmetros	Cuidados continuados	
	SQ	CO
Cobertura	Aos níveis de 2015	12,4%
Rácio beneficiário - trabalhador de cuidados continuados	Aos níveis de 2015	Aos níveis de 2015
Salários nos cuidados continuados	Aos níveis de 2015	A diferença salarial entre o pessoal de enfermagem e o de serviços de assistência pessoal reduzida a metade; os salários deste último está estabelecido no mínimo do salário mínimo obrigatório, se forem mais baixos.

Fonte: Ilkkaracan e Kim, a publicar.

pessoal de serviços de assistência pessoal nos serviços de saúde de 15 países, os valores em falta são imputados usando o valor mediano por nível de rendimento de cada país. Estes salários são comparados aos respetivos salários mínimos e em três países (Brasil, Federação Russa e Polónia) são inferiores ao salário mínimo. Nestes países, os salários do pessoal de cuidados continuados são substituídos pelos salários mínimos e são calculadas as diferenças salariais. O número correspondente a metade da diferença é multiplicado pelo número estimado de profissionais de serviços de assistência pessoal para encontrar os custos salariais adicionais resultantes do seu aumento salarial. Os custos salariais adicionais são adicionados aos custos originais do cenário ótimo.

Redução de mão-de-obra devido às mudanças tecnológicas

A introdução dos efeitos das mudanças tecnológicas sobre o emprego direto de cuidados continuados foi considerada uma opção, dadas as recentes discussões sobre esta questão. Porém, as possibilidades de redução de pessoal devido às mudanças tecnológicas na mão-de-obra nos cuidados continuados parecem ser muito limitadas. Existem evidências sobre os benefícios de novas iniciativas, como os telecuidados domiciliários (Canadá), comunicação e monitorização ecrã a ecrã através de vídeos e sensores (Países Baixos) e tecnologia de cuidados de emergência (República Checa).⁶⁹ A utilização mais ampla destes avanços tecnológicos é avaliada em termos da sua capacidade de melhorar a qualidade dos cuidados aos beneficiários, assim como da qualidade das condições do emprego, mais do que como substitutos do trabalho de cuidados com contacto direto. Além disso, na medida em que estes substituem a mão-de-obra, permanece a questão de saber se estas melhorias da produtividade através da tecnologia e da reorganização do trabalho são compatíveis com os objetivos de melhoria da qualidade (no caso dos cuidados de saúde e na educação discutidos anteriormente) (ver também Capítulo 4).⁷⁰ Assim, não existem pressupostos de que as mudanças tecnológicas contribuam para a redução de mão-de-obra no emprego direto de cuidados continuados. Importa salientar que os trabalhadores e

Figura 5.9. Cuidados continuados: criação de empregos e proporções por país

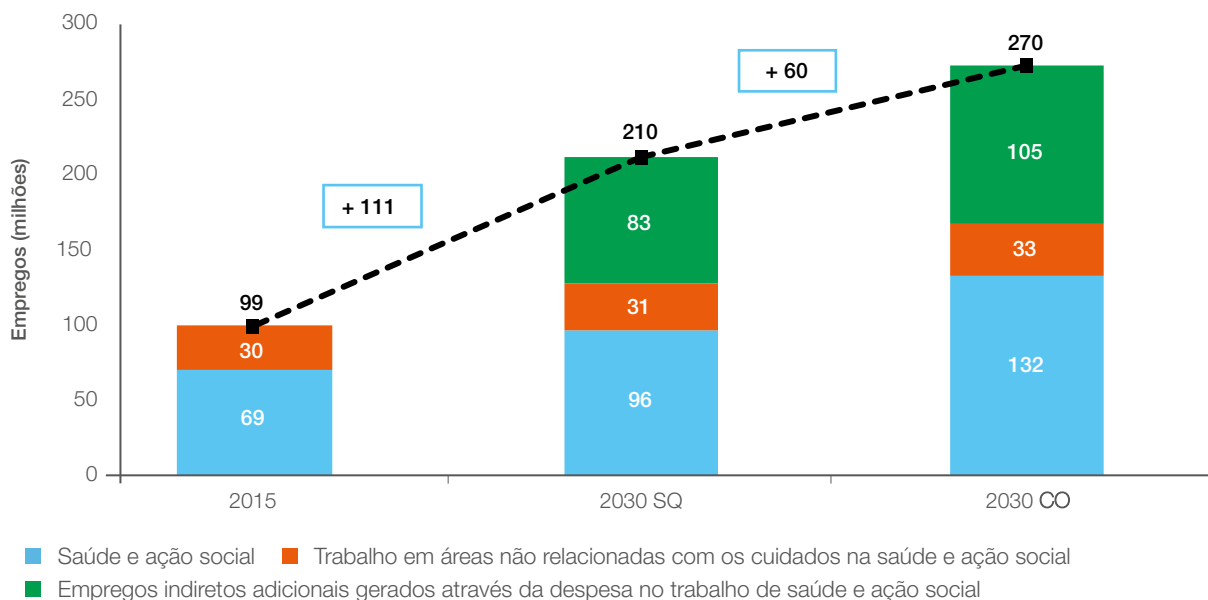
Fonte: Ilkcaracan e Kim, a publicar.

trabalhadoras em áreas não relacionadas com os cuidados a trabalhar em cuidados continuados não se incluem nesta estimativa (tal como foi o caso das estimativas na educação e nos cuidados de saúde).

5.3.4. Resultados da simulação de empregos na área dos cuidados continuados

A magnitude da despesa em cuidados continuados no cenário ótimo, que prevê uma taxa de cobertura mais elevada e melhores salários nos cuidados continuados pessoais é de 2,35 bilhões de dólares dos EUA face a 1,11 bilhões de dólares no cenário *status quo* (Quadro 5.4).⁷¹ Isto corresponde a um aumento da despesa nos cuidados continuados de apenas 1,1 por cento do total do PIB dos países analisados no cenário *status quo* a 2,3 por cento do total do PIB para cumprir os objetivos do cenário ótimo.

Estima-se que a geração de empregos diretos no cenário ótimo seja quase duas vezes e meia mais elevada do que no cenário *status quo*: 50,8 milhões de empregos de cuidados continuados em comparação com 20,9 milhões em 2030 (Figura 5.9).⁷² Espera-se que o cumprimento dos objetivos do cenário ótimo em termos da cobertura de cuidados continuados, assim como os rácios beneficiário-trabalhador criem quase 30 milhões de empregos adicionais. Mais de metade (52 por cento) destes empregos adicionais são devidos à expansão da cobertura na China e na Índia. Além da sua grande dimensão populacional, o envelhecimento da população na China e as atuais deficiências na cobertura de cuidados continuados na Índia são as razões para a sua participação relativamente elevada nos novos empregos. O Japão e os Estados Unidos da América são outros dois países que impulsionam os resultados, devido ao envelhecimento da população e à dimensão geral da população, respetivamente. Juntos, representam 29 por cento do total de empregos adicionais de cuidados continuados.

Figura 5.10. Emprego no setor da saúde e ação social - 2015 face a 2030, cenário *status quo* e cenário ótimo

Nota: Para 2015, cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

Fonte: Ilkkaracan e Kim, a publicar.

O emprego indireto em setores diferentes da saúde e dos cuidados continuados resultante da expansão da despesa em cuidados continuados é de 3,1 milhões de empregos no cenário *status quo* e de 13,9 milhões de empregos no cenário ótimo (Quadro 5.4).

5.3.5. Estimativas alargadas do emprego setorial geral que abrange todas as categorias dos profissionais de saúde

Tal como na seção 5.2.4 sobre a educação, esta subsecção apresenta uma estimativa mais abrangente do emprego geral no setor de saúde e ação social em 2030, no cenário *status quo* e no cenário ótimo. O emprego total nos 45 países em 2015 era de 99 milhões (69 milhões de trabalhadores e trabalhadoras de cuidados, incluindo assistentes sociais, e 30 milhões de profissionais em áreas não relacionadas com cuidados) (Figura 5.10).⁷³

No cenário *status quo*, onde o setor da saúde e ação social se expande juntamente com a alteração da população e as transformações demográficas em 2030, mas as atuais taxas de cobertura e os rácios prestador-beneficiário permanecem constantes, espera-se que o emprego na saúde e ação social aumente mais de um quarto para 127 milhões de pessoas. O aumento é impulsionado predominantemente pelo aumento geral da população, que é de 8,6 por cento ao longo de 15 anos para os 45 países da análise (Figura 5.10).⁷⁴

Por outro lado, no cenário ótimo, estima-se que o emprego setorial tenha o potencial de crescer tanto quanto 66 por cento, até 165 milhões de pessoas até 2030. Os 38 milhões de empregos adicionais são impulsionados pela transformação demográfica no sentido de uma população em envelhecimento⁷⁵ e melhores taxas de cobertura dos cuidados continuados, conforme previsto pela simulação do cenário ótimo. Os números de criação de empregos indiretos são semelhantes às estimativas anteriores, uma vez que a análise não integra uma estimativa separada para as despesas associadas.

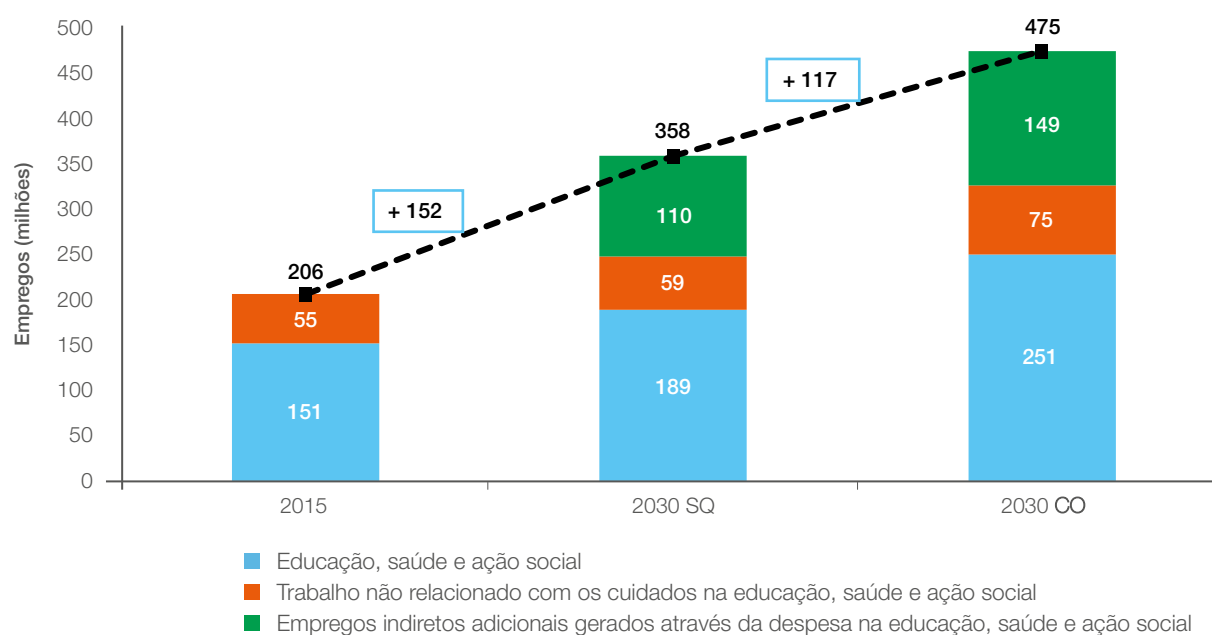
5.4. CRIAÇÃO DE EMPREGO TOTAL NOS SETORES DOS CUIDADOS

5.4.1. Resultados combinados da simulação de empregos na área dos cuidados

Os resultados combinados da educação, dos cuidados de saúde e dos cuidados continuados implicam que o aumento do investimento na economia dos cuidados tendo em vista o cumprimento das metas dos ODS até 2030, oferece um potencial substancial para a criação de emprego. No que diz respeito aos 45 países incluídos na análise (que representam 85 por cento do PIB mundial e quase 60 por cento da população e mão-de-obra mundiais), o cenário *status quo* significa que se espera que o número de pessoas do emprego total de cuidados e emprego conexo atinja 358,1 milhões em 2030. O cumprimento de várias metas dos ODS na educação, incluindo os cuidados a crianças no setor formal, os cuidados na saúde e continuados, juntamente com as metas relacionadas com a igualdade entre mulheres e homens e trabalho digno, tem o potencial de gerar um total de 117 milhões de *empregos adicionais*, resultando num número total de postos de trabalho indiretos relacionados com os cuidados e associados aos cuidados de 475,1 milhões (Figura 5.11).⁷⁶ Isto representa um aumento de 33 por cento em relação ao cenário *status quo*, ou 269 milhões de novos empregos em comparação com o número de empregos em 2015.

Dos 117 milhões de empregos adicionais, 62,1 milhões (53 por cento) são na área de cuidados em setores de cuidados e 16,5 milhões (14 por cento) são em áreas não relacionadas com cuidados em setores de cuidados. Totalizando 78,6 milhões de empregos, esta expansão setorial representa 67 por cento da criação de empregos adicionais. Os empregos adicionais indiretos criados totalizam 38,4 milhões - 33 por cento da criação

Figura 5.11. Emprego total relacionado com os cuidados e emprego conexo em 2015 e 2030, cenário *status quo* e cenário ótimo



Nota Para 2015, cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

Fonte: Ilkkaracan e Kim, a publicar.

total de empregos adicionais. Os cuidados e ensino da primeira infância e os cuidados continuados, com 20,4 e 29,8 milhões de novos empregos, respetivamente, são os maiores contributos para a criação de emprego adicional, representando 43 por cento da criação adicional de empregos. Estes são seguidos pelos cuidados de saúde, com 9,3 milhões de novos empregos no setor da saúde e ação social.

Estas estimativas sobre o emprego implicam possivelmente tendências, em direções opostas. Por um lado, a criação de empregos indiretos é subestimada uma vez que a análise de entradas-saídas não inclui os efeitos induzidos no emprego que seriam desencadeados através do aumento da despesa do consumo das famílias. O número de empregos indiretos adicionais (38,4 milhões) representa uma estimativa de um limite mais baixo da criação de empregos noutros setores.

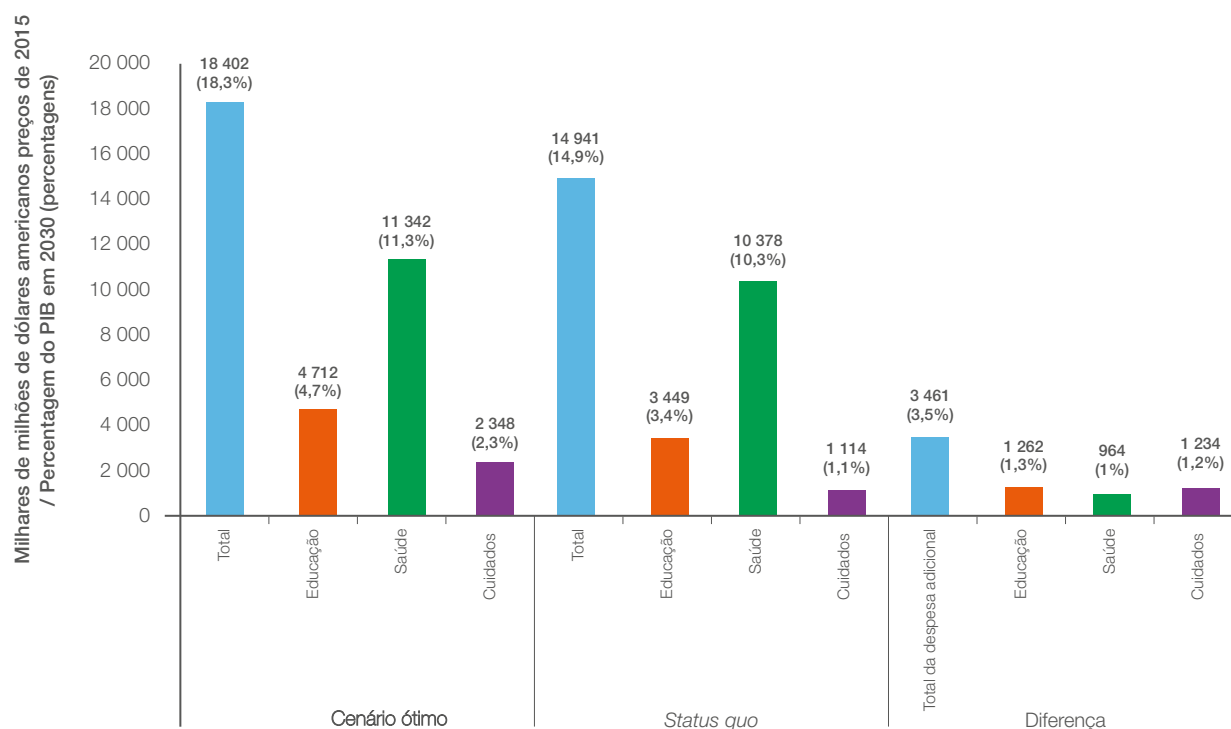
Por outro lado, o aumento do acesso a serviços formais de cuidados na educação, incluindo os ECCE, saúde e cuidados continuados, pode surgir em detrimento do emprego no trabalho doméstico. É provável que algumas pessoas do trabalho doméstico que tenham mais qualificações assumam os novos empregos de cuidados dignos, enquanto outras menos qualificadas podem perder oportunidades de emprego, não obstante persista um certo nível de emprego no trabalho doméstico num papel complementar à prestação de serviços de cuidados. Contudo, as evidências destas compensações entre os empregos nos setores dos cuidados e doméstico não se mostraram convincentes - pelo menos a partir da análise dos dados limitados disponíveis em alguns países. Para abordar esta questão, são necessários dados mais detalhados e abrangentes para realizar uma análise mais sólida.⁷⁷

A falta de conclusões sólidas sobre uma compensação entre a prestação de serviços de cuidados e o emprego no trabalho doméstico pode possivelmente indicar a presença de um diferente tipo de compensação. De facto, o alargamento dos serviços formais de cuidados pode resultar principalmente mais na substituição do trabalho de cuidados não remunerado do que do trabalho doméstico (remunerado). Como foi detalhado amplamente no Capítulo 2, estima-se que 647 milhões de pessoas cuidadoras não remuneradas, maioritariamente, mulheres, encontram-se fora do mercado de trabalho devido às suas responsabilidades de cuidados. A expansão da prestação de serviços de cuidados exigida para cumprir os ODS deve incluir tanto o aumento da procura de algumas destas pessoas cuidadoras não remuneradas e a possibilidade de virem a integrar o mercado de trabalho como resultado da redistribuição de algumas das suas responsabilidades de cuidados.

5.4.2. Despesas e receitas fiscais: resultados da simulação de empregos na área dos cuidados

No cenário *status quo*, a despesa total em cuidados (pública e privada) em 2030 permaneceria em 14,9 biliões de dólares dos EUA, correspondendo a 14,9 por cento do total do PIB combinado previsto para os 45 países em 2030 (Figura 5.12).⁷⁸ Por outras palavras, mesmo mantendo-se a atual situação no âmbito da educação e da saúde irá ser necessário um aumento substancial da despesa do seu nível atual de 8,7 por cento do PIB (para os 45 países incluídos na análise em 2015) para 14,9 por cento do PIB previsto para 2030. Este aumento é impulsionado pelo crescimento da população e, principalmente, pela transformação demográfica, sobretudo aumentando os custos dos cuidados continuados e de saúde.

Figura 5.12. Despesa total com cuidados, por setor



Fonte: Ilkharacan e Kim, a publicar.

Em alternativa, tornar real o cenário ótimo iria traduzir-se numa despesa total na prestação de serviços de cuidados de 18,4 biliões de dólares dos EUA (público e privado), correspondendo a cerca de 18,3 por cento do PIB total previsto para os 45 países incluídos na análise em 2030. Por outras palavras, o cumprimento dos ODS em matéria de educação e saúde para eliminar os défices em termos de cuidados exige uma despesa adicional correspondente a 3,5 pontos percentuais do PIB previsto para 2030. Desta despesa adicional, 1,3 pontos percentuais são devidos à despesa adicional na educação, 1 ponto percentual é devido à despesa adicional em saúde e 1,2 pontos percentuais à despesa em cuidados continuados a pessoas idosas.

A diferença de 3,5 pontos percentuais no PIB previsto para 2030 contribui para dois objetivos simultaneamente (Quadros 5.2 e 5.4): em primeiro lugar, atingir as taxas de inscrição na educação (dos cuidados e ensino da primeira infância ao ensino superior) e, em segundo lugar, cumprir as taxas de cobertura da população em geral nos cuidados de saúde e a população idosa dos cuidados continuados tendo em vista a alcançar as metas estabelecidas pelo ODS 3 (cuidados de saúde para todos) e 4 (educação para todos). Adicionalmente, este nível de despesa assegura que estes objetivos são atingidos em condições de trabalho digno

para todos os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados. Os professores e professoras dos cuidados e ensino da primeira infância e do ensino básico, secundário e superior recebem salários em consonância com os padrões nacionais. Os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados de saúde mantêm os seus níveis salariais e os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados continuados recebem pelo menos o salário mínimo obrigatório, reduzindo assim para metade a diferença entre os seus salários e os do pessoal de enfermagem.

A sustentabilidade fiscal da despesa pública acrescida em serviços de cuidados formais pode ser explorada em termos do crescimento estimado das receitas como um rácio da despesa pública exigida para a expansão dos cuidados orientada no sentido do cumprimento dos ODS.⁷⁹ As estimativas podem ser feitas seguindo o do aumento do PIB como resultado do aumento da despesa total nos cuidados formais utilizando a análise entradas-saídas e os rácios receita-PIB para cada um dos países.⁸⁰

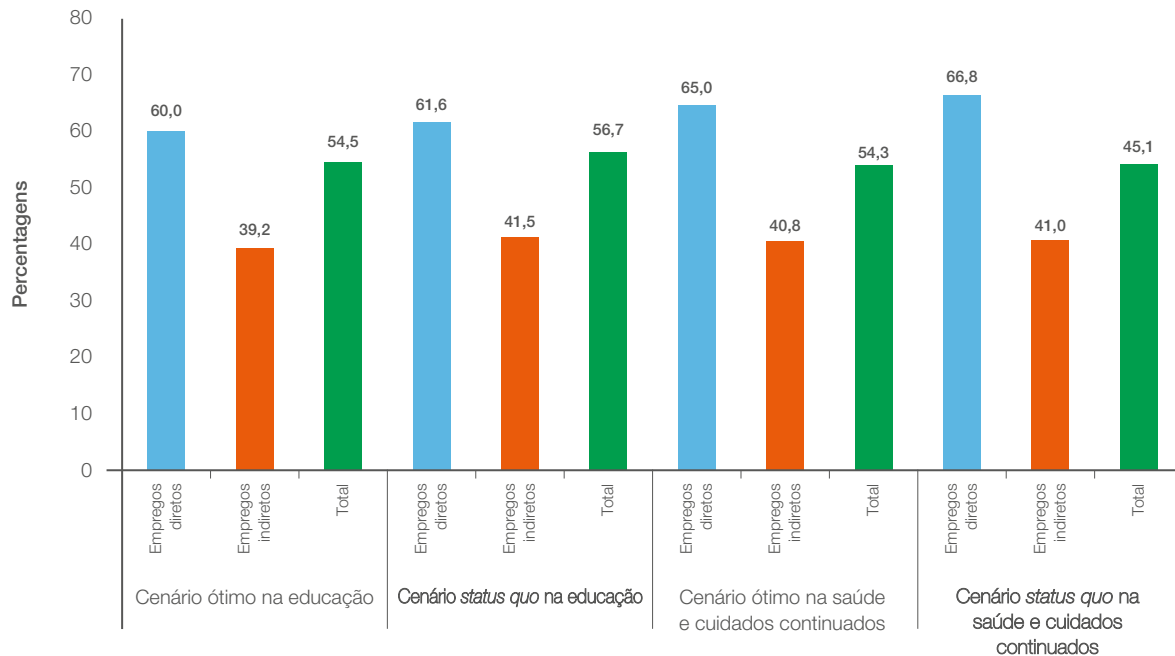
Estima-se que os retornos fiscais constituam aproximadamente 10,5 por cento das despesas iniciais da despesa (pública e privada). Somando outras receitas que não os impostos, o retorno fiscal total sobe para 17,4 por cento das despesas iniciais gerais. Não existem diferenças em termos de receita como percentagem da despesa entre o cenário ótimo e o cenário *status quo* porque os rácios de impostos e receitas são constantes em ambos os cenários.⁸¹ Por outro lado, uma simulação dos benefícios fiscais baseada em microdados pode gerar resultados diferentes, pois pode explicar a heterogeneidade a nível individual que pode gerar mudanças desproporcionais nos rendimentos tributáveis e nas taxas do imposto sobre o rendimento.

Por exemplo, uma avaliação a nível nacional na Turquia,⁸² utilizando dados mais desagregados, revela retornos fiscais sobre o aumento da despesa em cuidados e ensino da primeira infância em 26 por cento, enquanto no exercício atual os retornos fiscais sobre a educação na Turquia estão avaliados em 21,6 por cento. Estes resultados estão próximos dos resultados apresentados neste capítulo e podem ser usados como comparação para os validar. Importa salientar que, se a simulação no emprego incluísse também efeitos induzidos, a avaliação dos retornos fiscais seria ainda mais elevada. O estudo na Turquia conclui que, incluindo os efeitos induzidos (tais como uma maior criação de empregos), os retornos fiscais têm potencial para aumentar para 39 por cento.

5.4.3. Repartição por sexo dos empregos na simulação

A participação das mulheres no emprego direto é de 60 por cento no setor da educação e de 65 por cento no setor de saúde e ação social no cenário ótimo (Figura 5.13). A sua percentagem nos empregos indiretos é inferior em ambos os casos, por volta de 39-41 por cento. As participações femininas no cenário ótimo são ligeiramente inferiores às do cenário *status quo*. No que diz respeito ao emprego total, a participação das mulheres é de 55 por cento na educação e de 54 por cento no setor da saúde no cenário ótimo, e de 57 e 55 por cento, respetivamente, no cenário *status quo*.

A análise demonstra que o investimento em serviços de cuidados de qualidade pode ser uma intervenção estratégica para melhorar o empoderamento económico das mulheres, através da criação de oportunidades de emprego digno. Pode gerar empregos não apenas nos setores de cuidados onde predominam as mulheres, mas também em toda a restante

Figura 5.13. Percentagem de mulheres no total do emprego, por setor

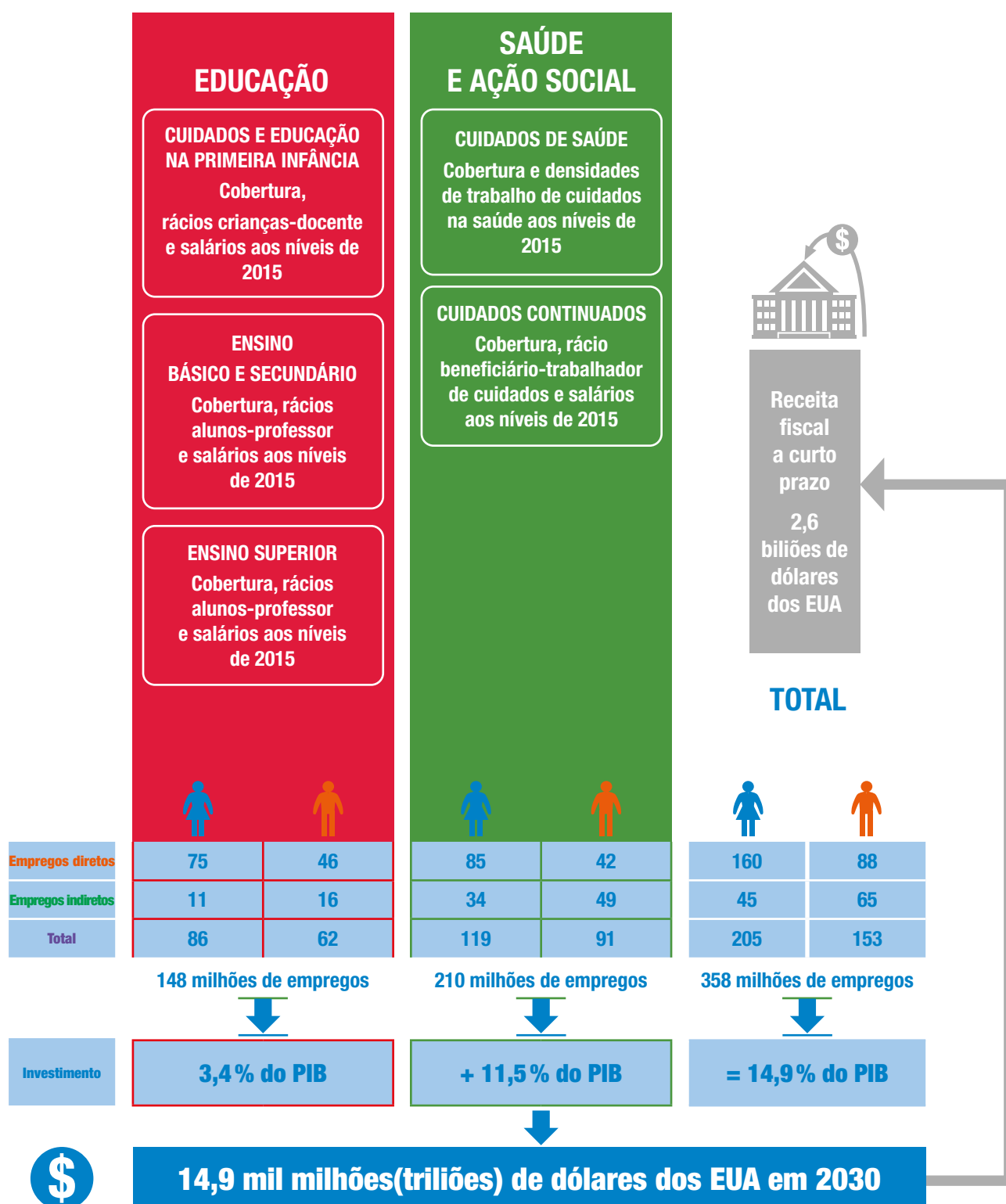
Fonte: Ilkcaracan e Kim, a publicar.

economia, beneficiando tanto homens como mulheres. Estes impactos positivos podem ser ainda maiores trabalhadores e trabalhadoras que prestam serviços de cuidados recebem uma remuneração justa pelos seus serviços, mais crianças têm melhores condições na educação e mais pessoas têm acesso a cuidados médicos e continuados.

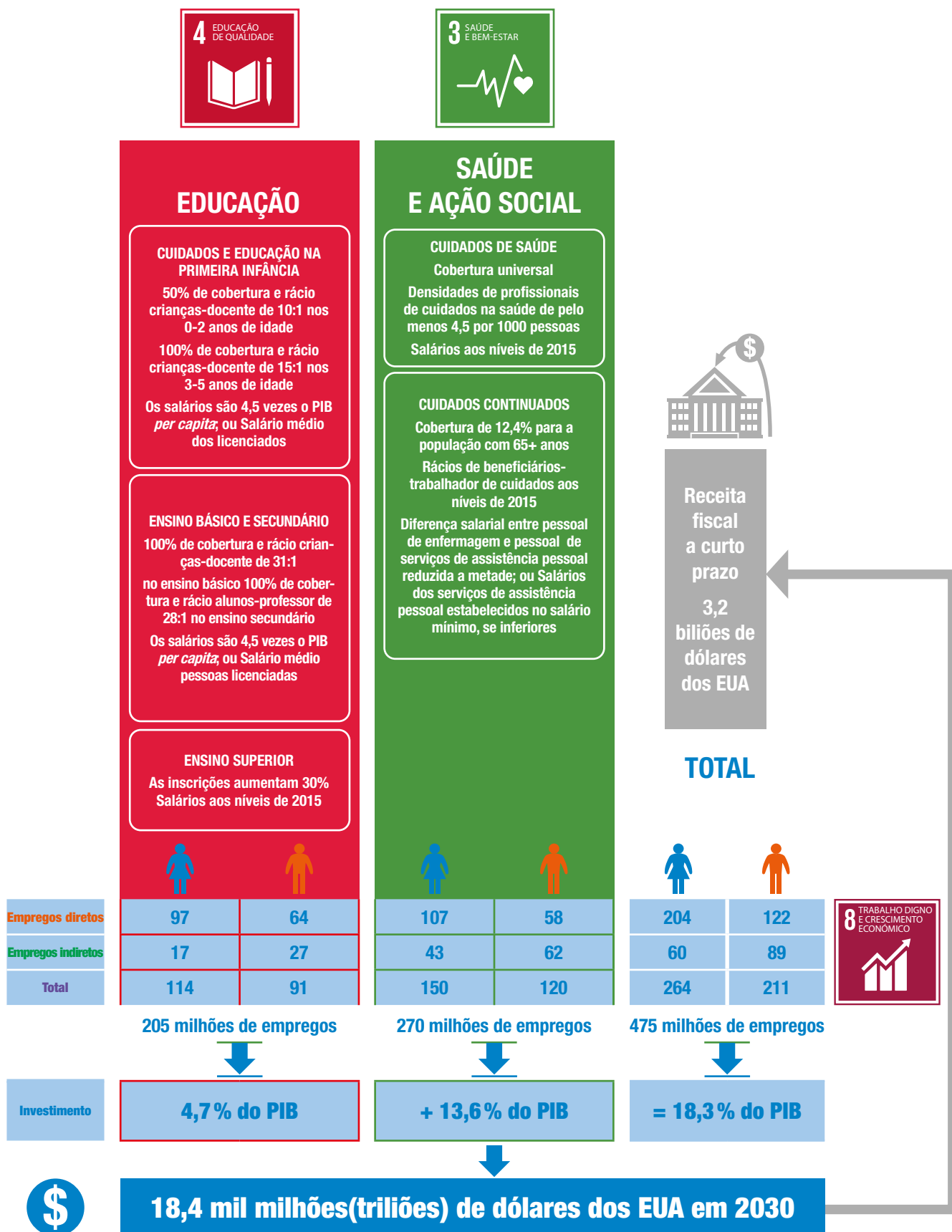
5.5. RESUMO DOS RESULTADOS DA SIMULAÇÃO

Este estudo sobre os cenários alternativos do emprego relacionado com os cuidados em 2030 é baseado em 45 países que representam 85 por cento do PIB mundial e cerca de 60 por cento da população e mão-de-obra mundiais. O emprego atual combinado nos setores da educação, saúde e ação social nesses 45 países representa aproximadamente 206 milhões de pessoas. Destas, 82 milhões (na educação) e 68,4 milhões (na saúde e ação social) são trabalhadores e trabalhadoras de cuidados, enquanto 25,3 milhões (na educação) e 29,7 milhões (na saúde e ação social) são de áreas não relacionadas com os cuidados.⁸³ Isto constitui quase 10 por cento do emprego total destes países, com importantes variações. Em aproximadamente uma dúzia de países, o emprego combinado na educação e na saúde constitui mais de um quinto do total do emprego, o que evidencia a sua atual boa cobertura na saúde e educação (mas não necessariamente de cuidados e ensino da primeira infância ou cuidados continuados). A despesa atual combinada na saúde e ação social e educação nestes 45 países (combinando a despesa pública e a privada) representa 8,7 por cento do seu PIB total.⁸⁴

Figura 5.14. Resumo dos resultados da simulação

CENÁRIO *STATUS QUO* – 2030

CENÁRIO ÓTIMO – 2030



O cenário *status quo* assume que o emprego relacionado com os cuidados irá mudar em consonância com as transformações da população e da demografia até 2030, mas que as taxas de cobertura atuais e os padrões de qualidade nos setores da educação e da saúde e ação social irão permanecer constantes, resultando em défices persistentes nos cuidados até 2030. Estima-se que é provável que o emprego setorial total na educação e na saúde e ação social aumente em 20 por cento para um total de 247,6 milhões de postos de trabalho em 2030 (93 e 95,6 milhões de profissionais de cuidados e 28,5 e 30,5 milhões de profissionais em áreas não relacionadas com os cuidados na educação e na saúde e ação social, respetivamente).

Adicionalmente, espera-se que sejam gerados 110,5 milhões de empregos noutros setores através de ligações com efeitos colaterais na despesa setorial, resultando numa criação de emprego total de 358,1 milhões de empregos (Figura 5.14).

Os resultados da simulação macroeconómica mostram que o maior investimento na economia dos cuidados visando cumprir as metas dos ODS até 2030 oferece um potencial significativo para a criação de emprego adicional. No que diz respeito aos 45 países incluídos na análise, o cumprimento de várias metas dos ODS relativas à educação, incluindo os cuidados no setor formal a crianças, os cuidados de saúde e os cuidados continuados, e criar assim empregos dignos para homens e mulheres, exigiria mais do que um aumento de um terço (36,6 por cento) na despesa com a educação (impulsionado sobretudo pela expansão dos cuidados e ensino da primeira infância) e cerca de um quinto (19,1 por cento) da despesa com os cuidados de saúde (impulsionado particularmente pela expansão dos cuidados continuados). Este aumento na despesa relativa aos cuidados para atingir as metas dos ODS oferece o potencial de gerar um total de 117 milhões de novos empregos adicionais, além dos criados no cenário *status quo*, perfazendo um total de 475 milhões de empregos. Deste emprego adicional gerado, 78,6 milhões seriam na educação e na saúde e ação social, aumentando o emprego setorial total do seu nível atual de 205,5 milhões de empregos para 326,2 milhões de empregos até 2030. Os restantes 38,4 milhões são empregos adicionais criados noutros setores através de uma maior despesa nos serviços de cuidados. Este número representa o limite inferior da estimativa de criação de emprego noutros setores, uma vez que a análise entradas-saídas não inclui os efeitos do emprego induzido que seriam desencadeados pelo aumento da despesa no consumo das famílias.

O cumprimento das metas dos ODS em matéria de educação, incluindo os cuidados e ensino da primeira infância conforme definido no cenário ótimo, é a maior contribuição para a criação de emprego nos setores dos cuidados, gerando um total de 39,7 milhões de novos empregos no setor da educação. A segunda maior contribuição para a criação de emprego é o setor de cuidados continuados, com a criação de 29,6 milhões de novos empregos dignos. Este é seguido pelos cuidados de saúde, com 9,3 milhões de novos empregos no setor dos cuidados de saúde.

No cenário *status quo*, a despesa total em cuidados (pública e privada) em 2030 permaneceria em 14,9 biliões de dólares dos EUA, correspondendo a 14,9 por cento do total do PIB combinado previsto para os 45 países em 2030.⁸⁵ O aumento, no cenário *status quo*, do atual nível de 8,7 por cento do PIB (em 2015) para 14,9 por cento em 2030, é impulsionado pela evolução demográfica e os custos mais elevados em termos de cuidados de saúde e cuidados continuados. Tornar real o cenário ótimo iria traduzir-se numa despesa total na prestação de serviços de cuidados de 18,4 biliões de dólares dos EUA (público e privado), correspondendo a cerca de 18,3 por cento do PIB total previsto para os 45 países incluídos na análise em 2030. Estima-se que, como mínimo, 17,5 por cento da despesa adicional seria recuperada a curto prazo (durante o primeiro ano) através de receitas fiscais (Figura 5.14).

OBSERVAÇÕES FINAIS: O CENÁRIO ÓTIMO PARA O TRABALHO DE CUIDADOS

As conclusões apresentadas anteriormente mostram a extensão do desafio que implica o cumprimento das necessidades futuras em termos de cuidados de saúde, incluindo os cuidados continuados e os cuidados na educação, entre os quais a educação pré-escolar, se o mundo se comprometer a alcançar os ODS. As conclusões mostram que as tendências demográficas detalhadas no Capítulo 1 significam que manter simplesmente a cobertura e as condições de trabalho atuais - que em muitas circunstâncias não são dignas ou, nos casos em que são adequadas, já demonstram um declínio na qualidade - iria implicar um esforço de investimento significativo. Também mostra a outra face da moeda: se o investimento na prestação de serviços de cuidados não aumentar pelo menos 6 pontos percentuais do PIB mundial em 2030, os défices na cobertura irão aumentar e as condições de trabalho nos cuidados irão deteriorar-se, uma vez que serão realizados cortes numa tentativa de cobrir alguns destes défices. Como ficou demonstrado no Capítulo 4, esta situação traduz-se no emprego na economia informal, com condições de trabalho inadequadas, onde o trabalho doméstico e migrante estão sobre-representados. Isto também significa que terá de ser prestado mais trabalho de cuidados não remunerado às famílias e comunidades pessoas cuidadoras não remuneradas, sobretudo mulheres (em situação de emprego ou fora do emprego), resultando na perpetuação das desigualdades de género no mercado de trabalho, como ficou demonstrado no Capítulo 2. Esta situação irá possivelmente significar igualmente níveis mais baixos de bem-estar dos beneficiários dos cuidados.

As conclusões deste capítulo são baseadas na identificação país-a-país das necessidades de cuidados não satisfeitas e dos objetivos normativos estabelecidos pelos ODS. Cumprir as metas dos ODS é possível, exigindo investimento público e privado de 3,5 pontos percentuais adicionais do PIB mundial acima do nível de investimento do cenário *status quo*. As conclusões mostram que o investimento nos cuidados e educação na primeira infância e nos cuidados continuados é a maior contribuição para a criação de emprego. Estas são duas das políticas de cuidados descritas no Capítulo 3, onde os défices de cuidados são mais óbvios. Oferecem também o maior potencial para resultados positivos em termos de igualdade de género no trabalho.

Há dois pressupostos por trás da análise de cenários apresentada neste capítulo que vale a pena serem levados em consideração. Uma, é que há espaço para expansão do PIB: os investimentos na prestação de serviços de cuidados sucedem nas economias que não estão próximas do emprego pleno, como é o caso da maioria das 45 economias para as quais os cenários foram simulados em 2015. Como resultado, o investimento no cenário ótimo para os cuidados não é um jogo de soma zero, onde outros setores da economia são sacrificados para expandir a prestação de serviços de cuidados. Pelo contrário, o investimento no cenário ótimo implica uma expansão do emprego que é ampliada pelos efeitos a nível económico da procura suplementar.

Como enfatizado nos Capítulos 1 e 4, a prestação de serviços de cuidados tem externalidades que justificam uma maior prestação pública através do financiamento público tendo em vista a eliminação dos atuais défices de cobertura. A prestação de serviços pode ser feita sob a forma de prestação de serviços públicos ou da prestação do setor privado regulada ou subsidiada pelo Estado,⁸⁶ mas supõe essencialmente a alocação de recursos públicos que, tal como este capítulo mostrou, são substanciais.

O investimento público inicial é parcialmente compensado no curto prazo pelas receitas fiscais que podem apoiar a prestação de serviços de cuidados públicos. As conclusões acima são muito conservadoras em termos da estimativa do aumento da receita fiscal associada ao cenário ótimo. Não tomam em consideração os efeitos induzidos da expansão da procura ou dos impactos diferenciais de vários fluxos de receita (tributação do consumo em comparação com a tributação da riqueza, por exemplo) na cobrança de impostos. Porém, é claro que o financiamento da expansão dos serviços de cuidados requer a expansão do espaço fiscal dos países. Os países podem explorar alternativas de financiamento para promover os ODS e o desenvolvimento nacional, por exemplo, redefinindo as prioridades da despesa

nos serviços de cuidados em relação a outras despesas fiscais e aumentando o financiamento através da expansão fiscal.⁸⁷

O segundo pressuposto realizado nesta análise de cenário é que existe oferta para cumprir a procura de trabalhadores de cuidados. Os relatórios da UNESCO⁸⁸ e da OMS,⁸⁹ com base nos quais estes cenários foram realizados, indicam que pode haver restrições na oferta de profissionais de cuidados, sobretudo os que possuem diplomas com habilitações mais elevadas e que têm uma maior probabilidade de emigrar. Estes relatórios propõem estratégias para melhorar a coerência entre as políticas no âmbito da saúde e da educação dos países e as políticas associadas ao apoio em matéria do fornecimento de profissionais de cuidados qualificados. Estas estratégias exigem intervenções do setor público e mecanismos de solidariedade internacional para evitar que as disparidades nos países de elevado rendimento sejam cobertas pela criação de défices dos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados nos países de baixo rendimento.

NOTAS

- 1 OIT, 2017d; Manyika *et al.*, 2017.
- 2 Manyika *et al.*, 2017.
- 3 OIT, 2016i; De Henau *et al.*, 2016; De Henau *et al.*, 2017.
- 4 Este capítulo é baseado em Ilkcaracan e Kim, a publicar.
- 5 De Henau *et al.*, 2016; De Henau *et al.*, 2017.
- 6 Estas estimativas incluem os efeitos do emprego indireto (resultante da procura que a expansão do setor de cuidados implica noutros setores) e os efeitos do emprego induzido (associado ao aumento da procura do consumo consoante os ganhos destes novos trabalhadores são gastos, gerando efeitos em toda a economia).
- 7 Ilkcaracan, Kim e Kaya, 2015.
- 8 Os países são: Alemanha, Argentina, Austrália, Áustria, Bélgica, Brasil, Brunei, Bulgária, Canadá, China, Chipre, Dinamarca, Eslováquia, Eslovénia, Espanha, Estados Unidos da América, Estónia, Federação Russa, Filipinas, Finlândia, França, Grécia, Hungria, Índia, Indonésia, Irlanda, Itália, Japão, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, Malta, México, Países Baixos, Peru, Polónia, Portugal, Reino Unido, República Checa, República da Coreia, Roménia, Suécia, Tunísia, Turquia e Vietname.
- 9 Enquanto alguns países de elevado rendimento estão sobre-representados nesta amostra, há quatro países de médio baixo rendimento (Filipinas, Índia, Indonésia e Vietname) e nove países de rendimento médio alto (Argentina, Brasil, Bulgária, China, Federação Russa, México, Peru, Roménia e Turquia).
- 10 A conceitualização operacional dos serviços de cuidados utilizada é baseada na definição de emprego de cuidados. Ver Anexo A.3.
- 11 Estimativas para 2015.
- 12 Com base nas percentagens do PIB nos setores em 2011 e aplicadas a 2015 na ausência de informações sobre as contas dos setores.
- 13 Não inclui, consequentemente, estimativas sobre a expansão do número de pessoas no trabalho doméstico.
- 14 Como explicado a seguir, foram adotadas diferentes hipóteses relativamente aos salários para cada um dos serviços de cuidados analisados.
- 15 A análise de entradas-saídas é uma análise de equilíbrio parcial, utilizada para identificar o efeito de um fluxo unidirecional de fundos de uma fonte externa (neste caso, a despesa nos setores de cuidados). Outros pressupostos da análise de entradas-saídas incluem: coeficientes fixos de produção; ligações fixas a montante e a jusante; preços fixos, incluindo salários; estrutura económica fixa; multiplicadores fixos; e composição fixa segundo o sexo no emprego. O modo como a análise de entradas-saídas é utilizada, todavia, restringe-se à identificação da criação indireta de empregos. A criação direta de empregos não é derivada da análise de entradas-saídas, é ajustada para as mudanças tecnológicas no setor de saúde e inclui os custos de melhorias nos salários do setor de cuidados.
- 16 A análise de entradas-saídas revela a criação indireta de empregos noutros setores que não os setores dos cuidados e também nos setores dos cuidados, pois os setores utilizam as suas próprias saídas como entradas intermédias num fluxo circular. Todavia, a criação indireta de empregos nos setores dos cuidados é desagregada na análise.
- 17 Os indicadores temáticos referem os rácios de inscrições e o número de anos de acesso aos ECCE sem especificar metas adicionais. O relatório da UNESCO Educação para Todos (UNESCO, 2015b, pp. 53-73 e 295-296) sugere uma série de metas e indicadores relativos à qualidade dos cuidados e ensino da primeira infância no quadro dos ODS.
- 18 As informações disponíveis de avaliações recentes realizadas por organismos internacionais, como a UNESCO, a OCDE e a OIT, foram a base para o estabelecimento de metas quantitativas e qualitativas no cenário ótimo. Os cuidados a crianças prestados por trabalhadores por conta de outrem no domicílio, «sem qualquer estrutura entre o cuidador e os pais (acordos diretos)», foram excluídos da definição de «cuidados formais» para levar em conta apenas os cuidados a crianças reconhecidos como cumprindo determinados critérios de qualidade (Comissão Europeia, 2008, p. 2).
- 19 Isto é preferível a usar simplesmente «a taxa de inscrições formais mais elevada», que ainda pode mostrar uma elevada dependência de trabalhadoras domésticas empregadas informalmente para cuidar das crianças. Importa salientar aqui que as definições de «informal» da OCDE e da OIT diferem. Enquanto para a OIT, os cuidados a crianças «informais» se referem à situação das pessoas a trabalhar por conta de outrem, a OCDE define os «cuidados a crianças informais» como os cuidados «prestados por avós e outros familiares, amigos ou vizinhos, pelos quais a pessoa que os presta não recebe qualquer pagamento». Ver também o Capítulo 2.
- 20 Ver também o Capítulo 4, secção 4.3, grupo 1.
- 21 OCDE, 2017c, 2017e.
- 22 Com a exceção da Finlândia, que apresenta taxas de frequência relativamente mais baixas.
- 23 UNESCO, 2018.
- 24 UNESCO, 2017, p. 140.
- 25 Marope e Kaga, 2015.
- 26 As evidências indicam as dimensões máximas de turmas ou grupos de aprendizagem de 20 crianças e rácios pessoal-criança de aproximadamente 1:10 ou menos como sendo os mais eficazes para resultados em termos de aprendizagem nos países desenvolvidos. Algumas organizações internacionais recomendaram um rácio pessoal-criança de 1:15 nos níveis pré-escolar dos países de rendimento elevado, enquanto algumas referências estabelecem um rácio tão baixo quanto 1:3 para as idades de 0 a 12 meses e de 1:5 para os primeiros anos de ensino (1-3 anos).
- 27 OIT, 2013c.
- 28 Ver Shaeffer, 2015; Wils, 2015.
- 29 UNESCO, 2015b, p. 295.
- 30 OIT, 2013c.
- 31 UNESCO, 2015b, p. 20.
- 32 UNESCO, 2015b.
- 33 Ibid.
- 34 EFA (Educação Para Todos) e UNESCO, 2015.
- 35 Ver Anexo A.5 para estimativas de despesa com base no país.
- 36 Ver Anexo A.5 para estimativas de emprego com base no país.
- 37 Estes cálculos produzem resultados nos quais as diferenças entre o cenário ótimo e o cenário *status quo* no emprego direto, indireto e total para os totais expandidos são semelhantes aos totais iniciais apresentados.
- 38 Ver Anexo A.5 para estimativas de emprego com base no país.
- 39 Lipszyc *et al.*, 2012, p. 8. 40 OMS, 2016b.
- 41 Ibid.
- 42 Cometto *et al.*, 2016. 43 OMS, 2017.
- 43 OMS, 2017
- 44 OMS, 2016b, p. 6.

- 45 Este limite é estabelecido no mínimo necessário para conseguir o nível de cumprimento mediano (25 por cento) para este índice composto de 12 indicadores: 1) planeamento familiar; 2) cobertura em termos de cuidados pré-natais; 3) assistência qualificada no parto; 4) vacinação DTP3 (difteria-tétano-tosse convulsa); 5) fumo do tabaco; 6) água potável; 7) saneamento; 8) terapia antirretroviral; 9) tratamento da tuberculose; 10) cirurgia às cataratas; 11) diabetes; 12) tratamento da hipertensão.
- 46 Outros quadros incluem sete outras amplas categorias da mão-de-obra da saúde, como definida pela Base de Dados das Estatísticas Mundiais sobre a Mão-de-obra da Saúde da OMS; profissionais de odontologia; profissionais de farmácia; profissionais de saúde laboratoriais; profissionais de saúde ambientais e públicos; profissionais de saúde das comunidades locais e tradicionais; profissionais de gestão de saúde; e outros profissionais de saúde, incluindo assistentes pessoal médico, dietistas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, técnicos de imagiologia médica e equipamentos terapêuticos, optometristas, óticos oftálmicos, fisioterapeutas, trabalhadores e trabalhadoras de serviços de assistência pessoal, terapeutas da fala e pessoal médico em estágio. A estimativa utiliza um multiplicador para todos os outros quadros baseados nos países com dados disponíveis.
- 47 Para os artigos de referência do relatório da OMS (2016b), ver Cometto *et al.* (2016) e Liu *et al.* (2017). Com base em 165 países com dados suficientes para desenvolver previsões, Cometto *et al.* (2016) preveem que a crescente procura por profissionais de saúde resultará em 40 milhões de profissionais de saúde adicionais em profissões de saúde em todo o mundo até 2030, mas sobretudo concentrados nos países de médio alto rendimento. As estimativas do estudo apontam para uma escassez de 18 milhões de profissionais de saúde adicionais para cumprir os ODS e as metas de cobertura universal dos cuidados de saúde, sendo a maior escassez referente aos países de baixo e médio baixo rendimento. Mais uma vez, na base de 165 países, Liu *et al.* (2017) preveem que a procura mundial de profissionais de saúde para atingir as metas de cobertura universal de saúde, na base de 4,45 profissionais de saúde por 1000 habitantes, atinja 80 milhões de profissionais de saúde, mas a oferta (se as tendências atuais persistirem) será de 65 milhões, resultando num défice de 15 milhões de trabalhadores profissionais.
- 48 OMS, 2016b.
- 49 OMS, 2017.
- 50 Tomblin Murphy *et al.*, 2016b.
- 51 Tomblin Murphy *et al.*, 2016a.
- 52 Tomblin Murphy *et al.*, 2016b.
- 53 Ibid.
- 54 OMS, 2016b.
- 55 OMS, 2018.
- 56 Estes números representam médias não ponderadas de dados específicos de cada país da Base de Dados Mundial sobre as Despesas com a Saúde da OMS.
- 57 OMS, 2006, p. 7.
- 58 OMS, 2006.
- 59 Liu *et al.*, 2017; Tomblin Murphy *et al.*, 2016a, 2016b.
- 60 Importa salientar que a redução de mão-de-obra devido às mudanças tecnológicas está também implícita na escassez de profissionais de saúde nos países da OCDE, de acordo com os dados de Tomblin Murphy *et al.* (2016a, 2016b).
- 61 Ver Anexo A.5 para estimativas de despesa com base no país.
- 62 Ver Anexo A.5 para estimativas de emprego com base no país.
- 63 A escassez de 18 milhões de trabalhadores relatada na Declaração de Dublin é em escala mundial e inclui apenas profissionais de saúde.
- 64 Scheil-Adlung, 2015.
- 65 Isto é derivado como mediana ponderada da população dos países da OCDE com dados disponíveis. É sugerido que uma vez que os países da OCDE não classificam a disponibilidade de profissionais de cuidados continuados como «satisfatória» (Scheil-Adlung, 2015, p. 24), esta densidade pode ser assumida como um limite mínimo.
- 66 Um total de 12 dos 45 países incluídos na análise ou não relatou estatísticas sobre a despesa pública em cuidados continuados ou não tem despesa em cuidados continuados; 12 países despendem menos de 0,5 por cento do PIB, incluindo a China e a Índia, onde apenas 0,1 por cento do PIB é alocado.
- 67 Como foi definido em Scheil-Adlung, 2015.
- 68 A mediana ponderada da população exclui a Islândia, sobre a qual não há informações disponíveis. A média de 12,4 por cento não inclui as prestações pecuniárias para os cuidados continuados e, por conseguinte, representa o limite inferior da taxa de cobertura dos países com cobertura legal universal.
- 69 Colombo *et al.*, 2011.
- 70 Para uma melhor análise, ver Ibid., pp. 206-208.
- 71 Ver Anexo A.5 para estimativas de despesa com base no país.
- 72 Ver Anexo A.5 para estimativas de emprego com base no país.
- 73 Estes cálculos produzem resultados nos quais as diferenças entre o cenário ótimo e o cenário *statu quo* no emprego direto, indireto e total para os totais expandidos são semelhantes aos totais iniciais apresentados.
- 74 Ver Anexo A.5 para estimativas de emprego com base no país.
- 75 Para os 45 países em análise, a população de pessoas idosas é projetada para aumentar em 61 por cento em 2030.
- 76 A Figura 5.11 resume as informações das figuras 5.6 e 5.10.
- 77 Ver Ilkharacan e Kim, a publicar, para maior elaboração.
- 78 As projeções do PIB para o ano de 2030 são basea-

das no crescimento do PIB real do FMI, crescimento percentual anual. A série contém a taxa de crescimento até 2020, e os números foram extrapolados para 2030 alargando a taxa de crescimento de 2020. Ver FMI, 2018.

- 79 Estas estimativas assumem implicitamente que as percentagens de despesa pública e privada permanecerão constantes em cada país até 2030. A despesa pública aumentada é, consequentemente, inferior à despesa total aumentada, na qual se baseiam as receitas fiscais.
- 80 As entradas (despesas) são multiplicadas pelos multiplicadores das saídas dos setores correspondentes por país, gerando os aumentos nas saídas brutas. O aumento das saídas brutas é multiplicado pelo rácio PIB-saídas brutas por país, o que converte os aumentos das saídas em aumentos do PIB. Estes são então multiplicados pelos rácios imposto-PIB e receita-PIB para gerar o imposto e a receita total em dólares dos EUA. Os montantes são então comparados às entradas e ao PIB em 2015. Os impostos incluem todos os tipos de impostos, tais como o imposto sobre o rendimento, propriedade, empresa, IVA e outros incluídos na categoria «impostos», que fazem parte da «receita». A receita é uma classificação mais elevada do que os impostos, uma vez que inclui igualmente as receitas não provenientes

de impostos, tais como as contribuições sociais e quaisquer outros recebimentos governamentais (incluindo taxas e imposto de selo, além das subvenções). O maior componente são as contribuições sociais dos empregadores e dos trabalhadores. Ver Anexo A.5 para as estimativas relativas aos retornos fiscais baseadas nos países.

- 81 Uma vez que os custos são diferentes, também os retornos fiscais o são em termos absolutos.
- 82 Ilkkaracan e Kim, a publicar.
- 83 Os números são de 2011.
- 84 Com base nas percentagens do PIB nos setores em 2011 e aplicadas a 2015 na ausência de informações sobre as contas dos setores.
- 85 As projeções do PIB para 2030 são baseadas no crescimento do PIB real do FMI, crescimento percentual anual. A série contém a taxa de crescimento até 2020, e foi extrapolada para 2030 alargando a taxa de crescimento de 2020.
- 86 Ilkkaracan, 2018.
- 87 OIT, 2017m; Ilkkaracan, 2018.
- 88 UNESCO, 2015b.
- 89 OMS, 2016b.

CAPÍTULO 6

Um cenário ótimo para cuidar do futuro do trabalho digno

MENSAGENS-CHAVE

- O círculo «trabalho de cuidados não remunerado-trabalho remunerado-trabalho de cuidados remunerado» tem importantes implicações para o bem-estar dos beneficiários dos cuidados, das pessoas cuidadoras não remuneradas e de profissionais de cuidados e é, consequentemente, fundamental para o futuro do trabalho digno.
- O trabalho de cuidados não remunerado é a principal barreira à participação das mulheres no mercado de trabalho e é um fator determinante fundamental para a baixa qualidade dos seus empregos relativamente aos dos homens.
- Os números atuais dos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados e a qualidade dos seus empregos são insuficientes para cumprir as exigências crescentes e em evolução em termos de cuidados. Para cumprir os ODS, os empregos de cuidados devem ainda aumentar, até que sejam criados empregos dignos na área dos cuidados.
- Um cenário ótimo para o trabalho de cuidados baseado em princípios de justiça social supõe a realização de cinco objetivos de políticas fundamentais: reconhecer, reduzir e redistribuir o trabalho de cuidados não remunerado, gerar mais trabalho de cuidados e de melhor qualidade e promover a representação de pessoas cuidadoras não remuneradas, profissionais de cuidados e beneficiários de cuidados no diálogo social.
- Atingir estes objetivos das políticas apela à adoção de políticas transformadoras nas cinco seguintes áreas: cuidados, macroeconomia, proteção social, trabalho e migrações. Estas políticas devem visar cumprir as amplas necessidades de cuidados atuais e futuras e promover a igualdade entre homens e mulheres no trabalho e na família.
- Os investimentos no trabalho de cuidados de qualidade oferecem diversos benefícios a curto e longo prazo para o futuro do trabalho digno. Deve ser criado um número significativo de novos empregos, dirigidos a mulheres e homens, reduzindo assim a segregação profissional com base no sexo nos setores dos cuidados e libertando tempo para as mulheres poderem assumir empregos remunerados se assim o desejarem.
- As lições retiradas de diversas experiências a nível dos países em todo o mundo sublinham o significado de reconhecer que a distribuição desigual da prestação de cuidados é um poderoso motivo para a desigualdade entre homens e mulheres e de rendimentos. Também destacam a importância de desenvolver uma abordagem centrada nos direitos e sensível à dimensão de género, em matéria de proteção social, e também apoiar as agendas em matéria de diálogo social e igualdade entre homens e mulheres.
- A participação de governos, empregadores, trabalhadores e as suas organizações, assim como o envolvimento ativo de representantes de profissionais de cuidados, pessoas cuidadoras não remuneradas e beneficiários de cuidados são pré-condições essenciais para o sucesso de uma via ótima para o trabalho de cuidados. O futuro do trabalho digno na sua conceção está hoje nas mãos dos constituintes da OIT.

6.1. UM AMBIENTE POLÍTICO PROPÍCIO PARA UM CENÁRIO ÓTIMO PARA O TRABALHO DE CUIDADOS

O presente relatório mostrou que o trabalho de cuidados está no cerne de um futuro com trabalho digno. O trabalho de cuidados é essencial para a saúde e a existência próspera dos seres humanos, assim como para a sustentabilidade das economias e das sociedades. A dimensão relacional do trabalho de cuidados não remunerado pode ser muito gratificante para quem o presta. Também fortalece o bem-estar das pessoas e reforça a união dentro das famílias e entre gerações. Contudo, o trabalho de cuidados não remunerado árduo e desigualmente distribuído pode tornar-se uma fonte de desigualdades no agregado familiar e no mercado de trabalho, resultando numa redução de tempo e de rendimento. Conforme se observou no Capítulo 2, o trabalho de cuidados não remunerado é a principal razão para que as mulheres com responsabilidades de cuidados se encontrem fora do mercado de trabalho. É também a fonte das grandes desvantagens que estas mulheres enfrentam quando assumem um emprego, comparativamente com as mulheres sem responsabilidades de cuidados. Como se demonstrou no Capítulo 3, as políticas de cuidados podem facilitar a inclusão no mercado de trabalho de pessoas cuidadoras a tempo completo não remuneradas, sobretudo de grupos desfavorecidos, e criar oportunidades de geração de emprego e igualdade entre homens e mulheres. No Capítulo 5 defendeu-se o investimento na prestação de serviços de cuidados visando cumprir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), mostrando que este pode não só melhorar o bem-estar dos beneficiários de cuidados das pessoas cuidadoras não remuneradas, mas também gerar novos empregos nos setores de cuidados, apoiando o crescimento. Se forem criados empregos dignos no âmbito dos cuidados, e em número necessário, a expansão dos empregos de cuidados terá o potencial de eliminar as lacunas na cobertura dos serviços de cuidados e melhorar as condições de trabalho nos cuidados, como identificado no Capítulo 4. Ao redistribuir algumas das suas responsabilidades de cuidados, pode também tornar-se possível para as pessoas cuidadoras não remuneradas - às que ainda não o fizeram assumirem trabalho um remunerado.

O presente relatório mostrou que o cenário ótimo para o trabalho de cuidados deve ser fundamentado com medidas transformadoras em cinco principais domínios de ação: cuidados, macroeconomia, proteção social, trabalho e migrações (ver Figura 6.1). Estas políticas serão transformadoras quando são concebidas e orquestradas de modo a contribuir para o *reconhecimento do valor* do trabalho de cuidados não remunerado, para a *redução* da penosidade de certas formas de trabalho de cuidados e para a *redistribuição* de responsabilidades de cuidados entre mulheres e homens e entre agregados familiares e o Estado.¹ As políticas que também recompensam os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados adequadamente e que *promovem a sua representação*, assim como a dos beneficiários de cuidados e das pessoas que prestam cuidados não remunerados, são igualmente transformadoras.

O trabalho de cuidados é um «bem social» que beneficia as sociedades, as economias e as pessoas da mesma maneira. O Estado deve ter a principal responsabilidade na definição das prestações e da qualidade dos serviços de cuidados, atuando como prestador direto, entidade legal e financiadora, e regulador do mercado. O diálogo social tripartido, juntamente com a representação dos beneficiários de cuidados, pessoas cuidadoras não remuneradas e trabalhadores e trabalhadoras de cuidados, é essencial para a

Figure 6.1. O quadro dos cinco R para o trabalho de cuidados digno: alcançar o cenário ótimo para o trabalho de cuidados com igualdade entre homens e mulheres

Principais domínios de intervenção	Recomendações para a ação	Medidas concretas
Atividades de cuidados	Reconhecer, reduzir e redistribuir o trabalho de cuidados não remunerado	■ Quantificar todas as formas de trabalho de cuidados e ter o trabalho de cuidados não remunerado em conta na tomada de decisões ■ Investir em serviços, políticas e infraestruturas de cuidados de qualidade ■ Promover políticas ativas do mercado de trabalho que apoiem a integração, a reintegração e os progressos dos cuidadores não remunerados no mercado de trabalho ■ Estabelecer e por em prática dispositivos que permitam a conciliação trabalho-família para todas as pessoas ■ Promover a informação e a educação no sentido de ter famílias, locais de trabalho e sociedade mais igualitários em termos de género ■ Garantir o direito ao acesso universal a serviços de cuidados de qualidade ■ Assegurar sistemas de proteção social favoráveis aos cuidados e sensíveis à dimensão de género, incluindo os pisos de proteção social ■ Implementar políticas relativas às licenças sensíveis à dimensão de género e financiadas publicamente para todos os homens e mulheres.
Políticas macroeconómicas		
Proteção social		
Trabalho	Recompensa: mais trabalho e trabalho digno para os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados	■ Regular e implementar termos e condições de emprego dignas e alcançar a igualdade de remuneração por um trabalho de igual valor para todas as trabalhadoras e trabalhadores de cuidados ■ Assegurar um ambiente de trabalho seguro, atrativo e estimulante tanto para as trabalhadoras como os trabalhadores de cuidados ■ Promulgar leis e adotar medidas para proteger os trabalhadores migrantes
Políticas de migração	Representação, diálogo social e negociação coletiva para os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados	■ Assegurar a participação plena e efetiva e a igualdade de oportunidades de liderança para as mulheres em todos os níveis de tomada de decisão na vida política, económica e pública ■ Promover a liberdade sindical para os trabalhadores de cuidados e os empregadores ■ Promover o diálogo social e fortalecer o direito à negociação coletiva nos setores de cuidados ■ Promover a criação de alianças entre os sindicatos que representam os trabalhadores de cuidados e as organizações da sociedade civil que representam os beneficiários dos cuidados e as pessoas cuidadoras não remuneradas

Fonte: Ilustração dos autores.

construção de um cenário ótimo para um trabalho de cuidados promotor da igualdade entre homens e mulheres. O fundamento e a legitimidade de um cenário ótimo para o trabalho de cuidados residem nas normas internacionais do trabalho pertinentes,² discutidas no Capítulo 1 (ver secção 1.3 e Quadro 1.1 no Anexo 1).³ Um ambiente político propício e transformador para apoiar o trabalho de cuidados digno com igualdade de género também é central para a realização da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (ver Caixa 1.3 no Capítulo 1).

6.2. RECOMENDAÇÕES E MEDIDAS POLÍTICAS PARA UM CENÁRIO ÓTIMO PARA O TRABALHO DE CUIDADOS

Esta secção descreve as recomendações quanto às medidas a tomar e ações pelos constituintes da OIT visando alcançar um cenário ótimo para o trabalho de cuidados. Encontram-se agrupadas no quadro dos cinco R para o Trabalho de Cuidados Digno: *reconhecer, reduzir e redistribuir* o trabalho de cuidados não remunerado; *recompensar* os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados com mais trabalho digno; e garantir a *representação*, diálogo social e negociação coletiva. Cada grupo de recomendações políticas é acompanhado por uma série de medidas concretas previstas para ajudar a conseguir o cenário ótimo para o trabalho de cuidados. Estas medidas baseiam-se nas conclusões dos capítulos anteriores, que apresentam experiências inovadoras a nível dos países para apoiar as recomendações políticas, e são orientadas pelas disposições das normas internacionais do trabalho da OIT relevantes.

6.2.1. Reconhecer, reduzir e redistribuir o trabalho de cuidados não remunerado

1. Quantificar todas as formas de trabalho, incluindo o trabalho de cuidados não remunerado e os empregos de cuidados

Desenvolver inquéritos à população ativa e aos usos do tempo para avaliar o volume e valor do trabalho de cuidados não remunerado

Estima-se que o trabalho de cuidados não remunerado, incluindo o trabalho de cuidados voluntário e o trabalho de cuidados em formação não remunerado represente cerca de 9 por cento do PIB mundial (ver Capítulo 2). Os inquéritos à população ativa e aos usos do tempo são dois instrumentos complementares que medem o trabalho de cuidados não remunerado e que permitem avaliar em que medida as pessoas cuidadoras não remuneradas podem participar, e em que condições, no mercado de trabalho (Capítulo 2). Nas últimas décadas, foram feitos progressos consideráveis na implementação de inquéritos sobre o uso do tempo em países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento.⁴ Na América Latina, o cálculo do valor económico do trabalho de cuidados não remunerado é uma obrigação constitucional ou legal no Estado Plurinacional da Bolívia, Colômbia, Equador e República Bolivariana da Venezuela, enquanto a Colômbia, Equador e México já estabeleceram as contas satélite do setor das famílias. Estes dados podem ser utilizados como a base para a implementação das mudanças institucionais, proporcionando direitos legais e desenvolvendo melhores políticas de cuidados, como é o caso da Colômbia (ver Caixa 6.1).

Os esforços crescentes para compreender a extensão e a natureza do trabalho de cuidados não remunerado nos países de baixo rendimento também conduziram ao desenvolvimento de novos questionários de inquérito à população ativa. Por exemplo, em 2016-17 a OIT conduziu estudos piloto nacionais em nove países,⁶ aplicando a nova Resolução I da 19.^a ICLS para medir o trabalho de produção para consumo próprio, distinguindo o tempo despendido em tarefas domésticas não remuneradas, cuidados não remunerados a crianças e cuidados a adultos dependentes não remunerados.⁷

Caixa 6.1. Avanços na mensuração do trabalho de cuidados não remunerado: o caso da Colômbia

Na Colômbia, a lei 1413 da «Economia dos cuidados» (2010) prevê quantificar a contribuição das mulheres para o desenvolvimento económico e social como uma ferramenta para definir e implementar as políticas públicas. O Departamento Administrativo Nacional de Estatística (DANE) está incumbido de coordenar a implementação de inquéritos sobre os usos do tempo e de criar a conta satélite da economia dos cuidados.⁵ O DANE estabeleceu que em 2012-13, foi realizado um total de 34 754 milhões de horas de trabalho de cuidados não remunerado, correspondendo a um valor monetário de 19,3 por cento do PIB de 2012. Cerca de 79 por cento deste trabalho de cuidados não remunerado foi realizado por mulheres e 21 por cento por homens.

Os dados recolhidos e a sua subsequente análise constituíram a base para o desenvolvimento de políticas para enfrentar as necessidades de cuidados. O Plano de Desenvolvimento de 2014-18 inclui a criação de um Sistema Nacional de Cuidados juntamente com uma «agenda nacional sobre a economia dos cuidados».

Fontes: Governo da Colômbia: DANE, 2013; DNP, 2014; Congresso da Colômbia, 2010; Esquivel e Kaufmann, 2017.

Tomar o trabalho de cuidados não remunerado em consideração nas análises macroeconómicas e em todas as formas de tomada de decisão

As medidas de ordem macroeconómica, tais como as disposições fiscais ou as decisões monetárias ou orçamentais, influenciam a repartição do trabalho de cuidados não remunerado e a segregação sexual em diferentes tipos de profissões.⁸ Como mostrado no Capítulo 2, isto resulta em desigualdade entre homens e mulheres tanto no mercado de trabalho como na família. A inclusão do trabalho de cuidados não remunerado nas análises macroeconómicas ajuda a revelar os efeitos das políticas macroeconómicas aparentemente neutras em termos de género nas mulheres e nos homens. Por exemplo, em tempos de crise, os cortes na despesa pública em políticas de cuidados têm um efeito desproporcional nas mulheres, conforme foi visto em muitos países após a crise económica de 2008.⁹ No Reino Unido, o *Women's Budget Group* estimou que as mães solteiras foram as mais afetadas pelos cortes na despesa e pelas mudanças nas políticas fiscais, no seguimento da instauração da contenção orçamental. Estas sofreram uma redução de 16,6 por cento nos seus rendimentos, em comparação com a perda de 4,1 por cento sentida pelos casais em idade ativa sem filhos.¹⁰

As análises macroeconómicas sensíveis à dimensão de género permitem a identificação e correção dos enviesamentos na prestação de cuidados na política orçamental e fiscal. O método de elaboração orçamental sensível à dimensão de género é uma estratégia concebida para alcançar a igualdade entre as mulheres e os homens que se centra na forma como os recursos públicos são reunidos e despendidos.¹¹ Muitos países em desenvolvimento e desenvolvidos têm iniciado a orçamentação de género e o uso desta estratégia tem conduzido a importantes reformas das políticas numa série destas.¹² Por exemplo, no Japão, uma maior concentração nas políticas de género conduziu à adoção de medidas para reduzir o assédio na maternidade no local de trabalho, enquanto nos Países Baixos as mudanças foram introduzidas na forma como o financiamento era atribuído à educação superior.¹³ No seguimento de um acordo assinado em 2015 entre o Ministério da Educação e as universidades dos Países Baixos e institutos de investigação, estes últimos

receberão o pagamento total dos subsídios do Estado apenas se, até 2020, pelo menos 30 por cento dos professores e professoras, associados e associadas e dos membros dos conselhos diretivos forem mulheres.¹⁴ No Brasil, a orçamentação de gênero conduziu ao estabelecimento de um programa abrangente de cuidados de saúde para melhorar a saúde das mulheres, enquanto no México, o financiamento alocado aos programas de cuidados de saúde maternos aumentou, resultando numa descida da mortalidade materna e num aumento da esperança de vida.¹⁵ Na Índia, a orçamentação de gênero é há muito utilizada como uma ferramenta para as políticas fiscais para abordar as questões da igualdade entre homens e mulheres, entre outros serviços governamentais.¹⁶ No Uganda, as conquistas incluem uma dotação orçamental aumentada para monitorizar os esforços para aumentar a participação e retenção de raparigas na escola.¹⁷ No caso do Ruanda, uma lei orgânica orçamental, que inclui a orçamentação de gênero como princípio fundamental, foi finalmente adotada.¹⁸

2. Investir em serviços, políticas e infraestruturas de cuidados de qualidade

Criar espaço fiscal para investir em políticas de cuidados

A perda de emprego e os cortes da despesa pública nos setores dos cuidados são geralmente compensados por tempo e esforço adicionais dedicados pelas mulheres ao trabalho não remunerado.¹⁹ O financiamento de políticas de cuidados pode ser obtido através da criação de espaço fiscal. Isto exige o estabelecimento de estruturas fiscais mais transparentes, progressivas e redistributivas para proporcionar maiores receitas fiscais. Esta abordagem é mais sustentável do que a consolidação fiscal e é também menos provável que aumente as desigualdades. A expansão do espaço fiscal significa tributar mais a riqueza do que o consumo ou o trabalho.²⁰ Outras formas incluem, por exemplo, estabelecer um imposto ambiental, ou outra tributação de externalidades negativas (como as emissões de gases com efeito de estufa) que podem também proporcionar novas fontes de receitas fiscais.

Além disso, pode-se considerar a isenção ou a redução substancial da tributação do trabalho nas profissões de cuidados, sobretudo do trabalho doméstico, como uma maneira eficaz de apoiar a transição para o emprego formal de cuidados. Podem ser disponibilizados incentivos fiscais semelhantes para apoiar a prestação de trabalho de cuidados não remunerado durante a licença parental ou outras licenças relacionadas com os cuidados (p. ex., isentando subsídios específicos ou outras prestações pecuniárias) ou serviços de cuidados prestados por empregadores, tais como os cuidados a crianças no local de trabalho. Além disso, os sistemas fiscais podem permitir que as pessoas com despesas relacionadas com os cuidados as possam deduzir nas suas declarações fiscais, como é o caso de um pequeno número de países (32 de 177), entre os quais se encontram a Argentina, Estados Unidos da América, França, México e República da Coreia.²¹ Os sistemas fiscais devem privilegiar a tributação separada nas famílias com dois salários ou assegurar que o que auferir o rendimento mais baixo - e que é normalmente a mulher - não deve ser tributado a uma taxa marginal mais elevada.²² Com este objetivo em mente, a Áustria desenvolveu uma reforma fiscal fundamental em 2007, assegurando que o sistema fiscal proporciona maiores incentivos para as mulheres terem uma atividade profissional.²³

A criação de espaço fiscal é exequível inclusivamente nos países de baixo rendimento. O Projeto *Millennium* das Nações Unidas estimou que os cinco países em desenvolvimento

estudados (Bangladeche, Camboja, Gana, República Unida da Tanzânia e Uganda) poderiam gerar 4 por cento adicionais no PIB em receitas fiscais numa década.²⁴ O espaço fiscal pode ser conseguido através da melhoria da eficiência da cobrança de impostos, enfrentando os constrangimentos e os limites da capacidade institucional. Muitos países da África Subsaariana têm gerado receitas públicas desta forma, por exemplo, o Ruanda, onde foi registado um aumento de 60 por cento entre 1998 e 2005. Podem ser também introduzidos novos impostos ou transações financeiras e utilizar a maioria das receitas resultantes para financiar as políticas e serviços sociais, tais como o acesso aos cuidados de saúde e a proteção social, tal como fez o Brasil de 1997 a 2008.²⁵ Finalmente, os empréstimos públicos e reestruturação da dívida são duas outras formas através das quais as políticas relacionadas com os cuidados podem ser financiadas.

Investir em serviços de cuidados de qualidade na educação e na saúde e ação social

O investimento na prestação de serviços de cuidados de qualidade na educação (incluindo os serviços de cuidados e educação na primeira infância (ECCE) e na saúde e social (incluindo os cuidados continuados e os cuidados a pessoas com deficiência) é necessário para abordar as necessidades de cuidados, para redistribuir e reduzir o trabalho de cuidados não remunerado e para contribuir para o acesso das mulheres e dos homens ao trabalho digno (ver Capítulos 3 e 4). As políticas macroeconómicas que promovem um cenário ótimo para o trabalho de cuidados têm o potencial de aumentar o bem-estar dos beneficiários de cuidados e das pessoas cuidadoras não remuneradas e criar empregos de cuidados dignos, assim como empregos noutros setores, apoiando o crescimento económico (ver Capítulo 5). Os Estados devem reforçar a ligação entre as reformas das políticas fiscais para criar espaço fiscal para a prestação de cuidados diretos e o investimento em serviços e infraestruturas de cuidados.

Se os países quiserem acompanhar as necessidades de cuidados devido à expansão demográfica nos níveis atuais de cobertura e de empregos de cuidados de baixa qualidade, será necessário um investimento adicional de aproximadamente 6 pontos percentuais do PIB global até 2030. O cumprimento dos compromissos dos ODS associados à educação, saúde e ação social, incluindo a criação de trabalho digno para o trabalho de cuidados, exigiria um aumento adicional de 3,5 pontos percentuais do PIB (ver Capítulo 5).

A realização dos ODS contém a promessa da expansão do número total de empregos nestes setores, dos atuais 205 milhões (em 45 países selecionados) para 326 milhões. Isto significa um aumento do emprego nos setores da educação e da saúde e ação social de 60 por cento até 2030. O investimento na economia dos cuidados também geraria 149 milhões de empregos indiretos (isto é, empregos noutros setores), aumentando a criação total de empregos para 475 milhões de postos de trabalho até 2030 (ver Capítulo 5).

As externalidades positivas da provisão de cuidados e as compensações entre o número de beneficiários e a qualidade da assistência oferecida significam que o caráter público é fundamental - um facto reconhecido nos ODS - e que os prestadores privados devem desempenhar um papel subsidiário e bem regulamentado na prestação de serviços de cuidados (ver Capítulo 4).

Investir em infraestruturas relacionadas com os cuidados que reduzem a penosidade e ajudam a atenuar as alterações climáticas

A melhoria do acesso dos beneficiários de cuidados, pessoas cuidadoras não remuneradas e trabalhadores e trabalhadoras de cuidados a infraestruturas de qualidade tem um enorme impacto na igualdade entre mulheres e homens e no bem-estar geral, contribuindo assim para a realização de vários ODS (ver Caixa 1.4/ visual). Todavia, o acesso aos serviços de cuidados e ensino da primeira infância, escolas, universidades, hospitais e instalações de cuidados continuados permanece limitado. Este é também o caso das infraestruturas relacionadas com os cuidados, sobretudo nos países de baixo e médio rendimento e nas zonas rurais (ver Capítulo 3), nos quais as mulheres e os membros dos grupos sociais **mais desfavorecidos são os mais penalizados**. As infraestruturas relacionadas com os cuidados, quando existem, são muitas vezes inacessíveis para crianças e adultos com deficiência. Ao adotar uma abordagem inclusiva, os governos e as organizações podem assegurar que as estruturas existentes ou recentemente construídas são acessíveis a todas as pessoas.²⁶ Isto pode significar instalar uma plataforma e uma rampa de acesso para ajudar as pessoas com cadeira de rodas a aceder a uma bomba manual comunitária para a água, instalar um banco adaptado a uma sanita para tornar a utilização mais fácil, ou proporcionar infraestruturas e pessoal às escolas para responder às necessidades de educação especial para as crianças com deficiência.²⁷ No que respeita à educação, investir na construção de novas escolas, sobretudo em áreas remotas, é uma forma eficiente de aumentar as matrículas na escola e os indicadores relacionados com a educação de qualidade (por exemplo, rácio alunos-professor e taxas de retenção). A disponibilização de um edifício escolar é o primeiro passo para assegurar que as crianças podem frequentar a escola, tal como as experiências em Moçambique, Marrocos e Afeganistão mostraram (ver Caixa 6.2).²⁸

Melhorar o acesso das famílias a infraestruturas básicas, como água, saneamento e eletricidade, pode reduzir substancialmente as tarefas domésticas penosas e as desigualdades entre homens e mulheres, atenuando e adaptando simultaneamente os efeitos das mudanças climáticas.²⁹ O desenvolvimento sustentável e o acesso melhorado a infraestruturas básicas pode ir a par de meios de subsistência melhorados e condições de trabalho dignas através da criação de «empregos verdes». Isto pode ser abordado através de projetos e políticas que facilitam o acesso das famílias ao abastecimento de água ou combustível para cozinhar e também garantir que estas infraestruturas produzem energia verde e renovável, como é o caso no Bangladesh e no Quênia, por exemplo (ver Caixa 6.3). As empresas verdes, a gestão e reciclagem de resíduos e as energias renováveis, conforme priorizado no Programa Empregos Verdes da OIT, são essenciais para realizar o potencial das mulheres e dos homens rurais e indígenas como agentes fundamentais da mudança para uma melhor sustentabilidade.³⁰ As oportunidades e as estratégias de tratamento em termos de igualdade entre homens e mulheres, assim como a tomada de decisão, devem ser estabelecidas desde o início.

Eliminar todas as formas de trabalho infantil e as horas excessivas despendidas em tarefas domésticas

O trabalho infantil e as responsabilidades das crianças pelas tarefas domésticas, incluindo os cuidados a irmãos e a membros da família doentes, pessoas incapacitadas ou idosas, estão generalizados em todo o mundo. Cerca de 54 milhões de crianças com idades

Caixa 6.2. Construir escolas é o primeiro passo para aumentar o acesso à educação

Em **Moçambique**, o número de escolas do ensino básico e secundário triplicou entre 1992 e 2010 e a construção de novas escolas e salas de aula continua. Em conjugação com o esforço para abolir os encargos escolares, a construção de escolas permitiu que Moçambique reduzisse substancialmente o número de alunos que nunca tinham frequentado a escola e aumentasse a sua taxa de escolarização líquida em cerca de 35 pontos percentuais. Em Marrocos, o acesso à educação foi melhorado com a Carta Nacional de Educação e Formação, que declarou que 2000 a 2009 seria a «década da educação», com uma ênfase principal na melhoria da equidade. Investimentos significativos em infraestruturas escolares em zonas rurais, uma área de foco permanente do governo, conduziram a progressos impressionantes na facilitação do acesso ao ensino básico. No Afeganistão, a adição de escolas comunitárias baseadas em aldeias em 2007 aumentou as inscrições em 42 pontos percentuais nas aldeias da amostra.

Fonte: UNESCO, 2015b.

Caixa 6.3. Enfrentar as alterações climáticas com empregos verdes e políticas sensíveis aos cuidados

No **Bangladeche**, a iniciativa de microcrédito *Grameen Shakti* ajudou a instalar mais de 100 000 sistemas solares domésticos em comunidades rurais. Este projeto cria não só oportunidades de formação e de emprego, inclusivamente para as mulheres, como também fornece energia limpa aos agregados familiares com benefícios em termos de saúde significativos, libertando simultaneamente tempo para permitir assumir atividades geradoras de rendimento.

No **Quênia**, foi possível a produção de biogás limpo através de um sistema de baixo custo e portátil - o Sistema Flexi Biogas. Este sistema permite que as mulheres poupem o tempo que era anteriormente dedicado à recolha de lenha e reduz os gases tóxicos e as partículas de pó produzidas pela lenha a arder e que são prejudiciais para a saúde das pessoas e para o ambiente.

Na **Etiópia**, o programa de obras públicas Programa de Rede de Segurança Produtiva (PRSP) contribui para uma maior resiliência e adaptação às alterações climáticas através do investimento na criação de ativos da comunidade para reverter a grave degradação das bacias hidrográficas e proporcionar um fornecimento de água mais fiável sob condições climáticas diferentes.

Na **Índia**, o Projeto de Desenvolvimento de Bacias Hidrográficas *Karnataka* visava a melhoria do potencial de produção de reservas de água selecionadas e o reforço dos acordos comunitários e institucionais no âmbito da gestão dos recursos naturais. Os participantes mais pobres do projeto conseguiram um maior rendimento, emprego e produtividade agrícola. Foram formados mais de 6000 grupos de autoajuda de mulheres para fomentar meios de subsistência sustentáveis. Muitos dos sistemas inovadores de monitorização e avaliação do projeto foram adotados pelo Ministério da Agricultura central da Índia e sua nova Autoridade Nacional de Área de Sequeiro para utilização em todos os programas governamentais de recolha destas águas em toda a Índia.

Fontes: OIT, 2009; FIDA, 2016b; Hallegatte *et al.*, 2016; Banco Mundial, 2012a.

entre os 5 e os 17 anos - entre as quais aproximadamente dois terços são raparigas - trabalham pelo menos 21 horas por semana.³¹ E quando as tarefas domésticas são adicionadas à atividade económica, as crianças suportam um dever duplo. Entre os muitos fatores que podem contribuir para reduzir o trabalho infantil, normas legais internacionais como a Convenção (n.º 138) sobre a Idade Mínima, de 1973, da OIT, e a Convenção (n.º 182) relativa à Interdição das Piores Formas de Trabalho das Crianças, de 1999, desempenham um papel fundamental. Existe uma forte correlação entre a ratificação das normas internacionais do trabalho pelos países e a redução da incidência de trabalho infantil.³² Porém, é de primordial importância que estas normas se traduzam em legislação nacional efetiva e que as inconsistências no âmbito dos quadros legislativos nacionais sejam resolvidas. Um exemplo desta situação poderiam ser as discrepâncias entre as leis que regem a idade mínima de admissão ao emprego e as que fixam a faixa etária para a escolaridade obrigatória. Outros fatores que podem ajudar a reduzir o trabalho infantil incluem o acesso de trabalho digno a adultos e jovens em idade ativa, assegurando que as famílias não precisam de recorrer ao trabalho infantil para satisfazer as necessidades básicas ou enfrentar incertezas económicas. Os instrumentos de proteção social que contribuem para combater a pobreza podem também reduzir o trabalho infantil e as horas de trabalho excessivas em tarefas domésticas assumidas pelas crianças.³³ A educação é também um fator fundamental que pode contribuir para reduzir as horas excessivas que as crianças despendem nas tarefas domésticas. Em 2016, havia 36 milhões de crianças com idades entre os 5 e os 14 anos no mundo submetidas a trabalho infantil e que não frequentavam a escola.³⁴ As evidências de países tão variados como o Bangladesh, Costa do Marfim, Iémen e México mostram que existe uma relação entre um melhor acesso à escola (existência de escolas, proximidade geográfica e tempo disponível), uma melhor qualidade da educação (docentes com qualificação e rácios crianças-docente baixos) e a redução do trabalho infantil.³⁵

3. Promover políticas ativas do mercado de trabalho que apoiem a integração, a reintegração e os progressos das pessoas cuidadoras não remuneradas no mercado de trabalho

A nível mundial, há 606 milhões de mulheres e 41 milhões de homens em idade ativa que estão fora no mercado de trabalho devido às suas responsabilidades familiares (ver Capítulo 2). A ativação desta potencial mão-de-obra após uma licença parental ou um período de inatividade devido a responsabilidades de cuidados deve ser uma prioridade das políticas de emprego. As políticas devem oferecer oportunidades de emprego, bem como serviços de formação e emprego, e tornar os serviços de cuidados à infância e de cuidados continuados acessíveis a todas as mulheres e homens potenciais beneficiários, como forma de lhes possibilitar participar no mercado de trabalho e reconhecer, reduzir e redistribuir o trabalho de cuidados não remunerado.³⁶

Implementar serviços de emprego que atendam as necessidades das pessoas com responsabilidades de cuidados

Os serviços de emprego devem ter em consideração as necessidades das pessoas com responsabilidades de cuidados. Por exemplo, na Federação Russa, os serviços de emprego fornecem formação profissional, formação de reconversão e reforço das competên-

cias às mulheres que se encontram em licença parental com crianças com menos de três anos. Em 2014, 16 300 mulheres receberam formação profissional e outras 16 700 receberam orientação profissional de centros de emprego locais.³⁷ Em França, são disponibilizados serviços de cuidados a crianças às pessoas candidatas a emprego, proporcionando um apoio vital aos trabalhadores e trabalhadoras com responsabilidades familiares nos seus esforços de se reintegrarem no mercado de trabalho.³⁸ Na Áustria, um programa de política de ativação do mercado de trabalho, *Frauen in Handwerk und Technik* (FiT), visa quebrar a segregação profissional e incentivar as mulheres, inclusivamente as mães, a trabalhar em campos não tradicionais.³⁹ O programa oferece qualificações certificadas através da aprendizagem, escolas técnicas profissionais e universidades de ciências aplicadas em profissões tradicionalmente masculinas.

Implementar programas de obras públicas sensíveis à dimensão de género e aos cuidados

Nos países em desenvolvimento, onde os regimes de prestações de desemprego não estão atualmente em vigor, os programas de obras públicas podem aumentar a participação de pessoas cuidadoras não remuneradas com falta de tempo, sobretudo mulheres, nestes programas ou atenuar as obrigações de cuidados que suportam. Tendo isto em vista, estes programas necessitam de ser concebidos e implementados tomando em consideração as necessidades das pessoas cuidadoras não remuneradas. Contudo, uma análise da OIT de 43 programas implementados em 30 países de África, Ásia e América Latina e Caraíbas entre 1995 e 2013 concluiu que apenas cerca de um quinto tinham uma abordagem específica às necessidades em razão do sexo e identificaram oportunidades para a participação das mulheres.⁴⁰ Os passos dados para abordar estas questões incluíram, entre outros: consultar as mulheres e os homens para identificar as suas necessidades; reconhecer as diferenças de género na vulnerabilidade; reconhecer a escassez de tempo das mulheres; prover nos orçamentos ações sensíveis à dimensão de género, tal como a prestação de serviços de cuidados às crianças e transporte; identificar riscos potenciais específicos de um e de outro sexo; implementar o recrutamento de trabalhadores e participantes na formação equitativo e proporcionar ambientes de trabalho sensíveis à dimensão de género, nomeadamente através de horários de trabalho reduzidos ou flexíveis (ver Caixa 6.4).⁴¹

4. Estabelecer e pôr em prática modalidades de trabalho para a conciliação trabalho-família

Combinar o emprego com responsabilidades familiares não remuneradas é a norma para a maioria das pessoas empregadas. Esta situação diz respeito a cerca de 1,4 mil milhões de pessoas empregadas, representando 60,7 por cento da população adulta empregada a nível mundial (ver Capítulo 2). Isto sublinha a importância de promover modalidades de trabalho que permitam conciliar a vida familiar e a vida profissional, universalmente acessíveis, independentemente do sexo, saúde e situação familiar, uma vez que todos os homens e mulheres empregados vão possivelmente ser ou tornar-se cuidadores empregados ao longo das suas vidas de trabalho. A redução progressiva das horas de trabalho diárias e a redução das horas extraordinárias, assim como a introdução de modalidades mais flexíveis em termos de horários de trabalho e localização do local de trabalho são úteis para todas as pessoas empregadas, sobretudo as que têm responsabilidades de cuidados, assim como as pessoas com deficiência. Estas medidas podem-lhes

Caixa 6.4. Programas de obras públicas que têm em conta as atividades de cuidados: exemplos da Índia, Etiópia e África do Sul

A Lei Nacional de Garantia do Emprego Rural Mahatma Gandhi (MGNREGA) na Índia e o Programa Rede de Segurança Produtiva (PRSP) na Etiópia promovem a participação das mulheres no mercado de trabalho através de quotas. O PRSP proporciona horários de trabalho flexíveis, assim como transferências monetárias, a mulheres grávidas e a amamentar sem apoio das suas famílias. Ao abrigo dos termos do MGNREGA, os candidatos têm direito a trabalhar num raio de cinco quilómetros das suas aldeias, o que permite às mulheres conciliar o trabalho doméstico e os cuidados às crianças e superar as barreiras da mobilidade que possam enfrentar. Ambos os programas visam proporcionar instalações de cuidados às crianças nos locais de trabalho. Todavia, as investigações na Índia mostraram que os efeitos «transformadores» deste programa, em termos de quebrar o ciclo de desvantagem, têm o potencial de serem fortalecidos. A participação das mulheres no programam MGNREGA, após um limite de 30 dias por ano, teve efeitos negativos no tempo que as raparigas despenderam na escola. Esta conclusão indica que os serviços de cuidados às crianças são essenciais para reduzir o risco de que as tarefas domésticas não remuneradas, anteriormente assumidas pelas trabalhadoras participantes, sejam transferidas para as crianças e afetem o seu acesso à educação.

Os programas de obras públicas favorecem a igualdade entre homens e mulheres uma vez que melhoram as infraestruturas relevantes para os cuidados ou o acesso a serviços de cuidados. Por exemplo, no programa PRSP na Etiópia, as obras públicas incluem a criação de ativos comunitários, tais como um melhor acesso à recolha de combustível, lenha e água, o que reduz a falta de tempo das mulheres. O programa também apoia o trabalho agrícola nas terras privadas propriedade de agregados familiares cujos chefes de família são mulheres para compensar a escassez em termos de mão-de obra.

O Programa Ampliado de Obras Públicas (EPWP) da África do Sul é um dos raros programas que investe não só em infraestruturas, mas também em serviços sociais, incluindo os serviços na primeira infância e os serviços de cuidados baseados na comunidade (incluindo as famílias afetadas pelo VIH), áreas que geralmente empregam mulheres e contribuem para atenuar as suas responsabilidades em termos de trabalho de cuidados não remunerado.

Fontes: Holmes e Jones, 2010; Bárcia de Mattos e Dasgupta, 2017; OIT, 2017a; Tanzarn e Gutierrez, 2015; UNESCO, 2009a; Philip, 2013.

permitir participar ou permanecer nos empregos remunerados e podem também contribuir para a redução dos resultados negativos na saúde e no bem-estar que são originados pelos longos e imprevisíveis horários de trabalho e por um equilíbrio trabalho-vida negativo.⁴² Não menos importante, há um argumento económico para as empresas proporcionarem acordos flexíveis em termos de horário de trabalho, que têm um efeito significativo no recrutamento e na retenção dos funcionários, reduzindo o absentismo e as taxas de rotação, aumentando a produtividade e melhorando a imagem pública da empresa (ver Caixa 6.9).⁴³

Promover e regulamentar o teletrabalho e o trabalho móvel com recurso a TIC

Não obstante o teletrabalho e o trabalho móvel com recurso a TIC representem oportunidades para uma maior flexibilidade e redução do tempo de deslocação para os trabalhadores com responsabilidades familiares, estas modalidades de trabalho são acessíveis a poucos trabalhadores e existem falhas na regulamentação (ver Capítulo 3).⁴⁴ Devem

ser promovidos os direitos legais ao teletrabalho, assim como as medidas para prevenir o isolamento dos teletrabalhadores. O trabalho a domicílio - que respeita à maioria das mulheres - pode ter efeitos negativos na sua saúde e bem-estar profissional.⁴⁵ Os riscos associados ao teletrabalho foram extensivamente destacados pelos sindicatos dos setores das TIC e serviços financeiros, por exemplo, abrangendo um «aumento do sentimento de isolamento e outras questões psicossociais; ausência de inspeção do trabalho e, assim, de proteção laboral; e, no caso das mulheres que trabalham a partir de casa, o risco de uma dupla carga de trabalho em combinação com as responsabilidades de cuidados».⁴⁶

Para assegurar que os teletrabalhadores usufruem de condições e termos de emprego iguais aos outros trabalhadores, devem ser intensificados os esforços para ratificar a Convenção (n.º 177) sobre o Trabalho a Domicílio, 1996; apenas 10 países a tinham ratificado em abril de 2018.⁴⁷ A Convenção visa melhorar a situação dos trabalhadores no domicílio e promover a igualdade de tratamento, particularmente em relação à segurança e saúde no trabalho, proteção obrigatória da segurança social e acesso a formação e a proteção da maternidade, assim como a formação profissional e desenvolvimento da carreira. Ao nível da União Europeia, foi adotado um instrumento em 2002, proporcionando amplas diretrizes para as modalidades de teletrabalho em empresas privadas e outras organizações.⁴⁸

Normalizar o trabalho a tempo parcial de qualidade e promover os horários de trabalho flexíveis

O trabalho a tempo parcial permite conciliar as exigências do trabalho e da vida familiar e é frequentemente adotado por trabalhadores e trabalhadoras com responsabilidades familiares, sobretudo mulheres (ver Capítulo 2). A normalização do trabalho a tempo parcial de qualidade é fundamental para garantir que quem trabalha a tempo parcial não sofre penalização em comparação com quem trabalha a tempo completo.⁴⁹ A Convenção (n.º 175) sobre Trabalho a Tempo Parcial, de 1994 e a Recomendação (n.º 182) que a acompanha, apelam à adoção do princípio de tratamento igual para os trabalhadores e trabalhadoras a tempo parcial numa base de salários e benefícios proporcionais, comparáveis aos acordados para os trabalhadores e trabalhadoras a tempo completo para assegurar igual acesso a oportunidades de formação e de desenvolvimento. As boas práticas incluem cláusulas gerais de não discriminação que asseguram que as prestações pecuniárias proporcionais e as condições de emprego não são menos favoráveis do que as comparáveis para o tempo completo (a não ser que o tratamento diferente seja justificado com fundamentos objetivos) como é o caso, por exemplo, da Argentina, Brasil, Islândia, Moçambique e Turquia.⁵⁰

O direito a solicitar trabalho a tempo parcial e, sobretudo, o direito a regressar ao trabalho a tempo completo (isto é, o princípio da reversibilidade) é ainda uma exceção e não uma regra em todo o mundo (ver Capítulo 3). Somente alguns países têm uma legislação do trabalho que explicitamente prescreva que os empregadores devem disponibilizar o trabalho a tempo parcial ou, pelo menos, facilitar o acesso a este, embora se destaquem os seguintes exemplos.⁵¹ Por exemplo, em Angola, os trabalhadores e trabalhadoras com responsabilidades familiares têm o direito de solicitar a transferência para trabalho a tempo parcial; na Arménia, o mesmo direito aplica-se a quem tem filhos até um ano de idade. No Cazaquistão, existe o mesmo direito para as mulheres e os pais solteiros. Na

República da Coreia, quem não usufrui da licença parental tem direito a trabalhar em regime de tempo parcial, desde que tenha um filho com menos de seis anos de idade que não esteja inscrito no ensino básico.

No Reino Unido, o direito a solicitar horários de trabalho flexíveis, que era anteriormente limitado a pessoas com filhos ou outras responsabilidades de cuidados, foi alargado em 2014 a todos os trabalhadores e trabalhadoras com pelo menos 26 semanas de atividade contínua. Esta flexibilidade pode envolver alterações do número de horas de trabalho, do horário de trabalho ou do local de trabalho.⁵²

Nos Países Baixos, entrou em vigor a Lei dos Horários de Trabalho Flexíveis em 1 de janeiro de 2016, conferindo às pessoas com pelo menos seis meses de serviço o direito de solicitar uma alteração do horário de trabalho ou local de trabalho, enquanto anteriormente podiam apenas solicitar alterações ao número de horas de trabalho. O caso dos Países Baixos ilustra a exequibilidade da promoção do trabalho a tempo parcial - incluindo para os cargos mais elevados - e o potencial que este representa para a conciliação trabalho e a vida familiar, incluindo para um número crescente de homens. Nestes países, 18,7 por cento dos homens trabalhavam a tempo parcial em 2016.⁵³ Os Países Baixos também adaptaram a legislação para garantir que os trabalhadores e trabalhadoras fora da definição tradicional de emprego a tempo parcial, tal como as situações de pessoas com contratos de zero horas ou contratos por hora mínima e máxima, são adequadamente protegidos.⁵⁴ Adicionalmente, concluiu-se que o crescimento do trabalho a tempo parcial na sociedade holandesa contribuiu para o declínio do apoio da «norma de obrigação de trabalho» (isto é, a medida em que o trabalho é visto como sendo central na vida e como uma obrigação social) e, assim, desafiar o modelo masculino de ganha-pão.⁵⁵

5. Promover a informação e a educação tendo em vista a igualdade entre homens e mulheres na família, no local de trabalho e na sociedade

Incentivar mais normas sociais equilibradas na perspetiva da igualdade entre homens e mulheres

A Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres da ONU (CEDAW) reconhece que é necessária uma mudança no papel do homem e da mulher na sociedade e na família para atingir a igualdade plena entre homens e mulheres. Os estereótipos e as normas sociais de género reforçam a contínua desvalorização do trabalho de cuidados não remunerado e remunerado, perpetuando a crença de que as mulheres e os homens devem ser confinados a regras sociais estreitas e segregadoras. As normas sociais pressupõem geralmente que as mulheres assumem principalmente a responsabilidade pelas tarefas domésticas e os cuidados aos filhos pequenos dependentes e outros membros da família. Estas normas são refletidas, por exemplo, nas atitudes e preferências das pessoas. Enquanto o trabalho remunerado das mulheres é aceite pela maioria dos homens e das mulheres de todo o mundo, quase metade (47,5 por cento) acreditam que as crianças sofrem se as mães trabalharem fora de casa (ver Capítulo 2).⁵⁶ As normas sociais e a repartição desigual nas atividades de cuidados não remunerado também afetam as perceções dos empregadores e as práticas no local de trabalho. Isto implica, por exemplo, que as políticas favoráveis à família em empresas são

frequentemente consideradas como sendo dirigidas às mulheres especificamente e podem, conseqüentemente, criar uma penalização para os homens que recorrerem a estas.

Para combater as normas sociais de gênero sobre o trabalho de cuidados e os papéis consignados, é necessária uma abordagem ao *mainstreaming* de gênero para a implementação de políticas públicas. As políticas públicas contribuem para moldar as atitudes das pessoas e daquilo que consideram ser normal e desejável em termos de sociedades, famílias e papéis em função do sexo.⁵⁷ As pessoas são mais favoráveis aos valores igualitários e a apoiar uma divisão do trabalho remunerado e não remunerado entre homens e mulheres nas sociedades com políticas públicas mais sensíveis à dimensão de gênero, tais como a adoção de regimes de licenças remuneradas para os pais ou o desenvolvimento de serviços de cuidados a crianças (ver Capítulos 2 e 3). Com a transformação do contexto normativo no qual as pessoas vivem, as mulheres e os homens terão mais liberdade para assumirem tanto trabalho remunerado como trabalho não remunerado, o que irá contribuir para equilibrar o trabalho de cuidados de uma forma mais igualitária entre mulheres e homens e favorecer a autonomia económica das mulheres.⁵⁸

Educação e sensibilização

Além das políticas públicas mais igualitárias, a educação, a informação e as campanhas de sensibilização são necessárias para sensibilizar as pessoas, nomeadamente no mundo do trabalho. A Convenção (n.º 111) sobre a Discriminação (Emprego e Profissão), de 1958, da OIT, menciona que as estratégias para dar resposta à discriminação indireta devem incluir campanhas de sensibilização para combater a utilização de estereótipos quanto a tarefas e papéis «masculinos» e «femininos». A Convenção (n.º 156) sobre os Trabalhadores com Responsabilidades Familiares, de 1981, declara que as autoridades competentes devem adotar medidas para «promover uma informação e uma educação que suscitem no público não só uma melhor compreensão do princípio da igualdade de oportunidades e tratamento para os trabalhadores de ambos os sexos e dos problemas dos trabalhadores com responsabilidades familiares, como também uma corrente de opinião favorável à solução desses problemas» (Artigo 6.º).

Como exemplos de iniciativas de sensibilização mencionaremos a iniciativa mundial para a paternidade *MenCare*. Esta iniciativa abarca programas que visam incentivar os homens a serem pais mais ativos e a partilhar o trabalho de cuidados não remunerado de forma mais igual, a envolverem-se na defesa da promoção de regimes de licenças parentais transformadores em termos de igualdade, e em campanhas nos meios de comunicação a apoiar o papel de cuidador dos homens e a difundir uma imagem positiva da paternidade envolvida (ver também Caixa 6.5). Os governos podem também promover ativamente o envolvimento dos pais nos cuidados a crianças, como, por exemplo, no caso da Suécia com campanhas frequentes desde os anos 70 a promover o assumir de licenças parentais pelos homens.⁵⁹ O Sistema de Proteção Social da Infância do Governo do Chile (*Chile Crece Contigo*) apoia o desenvolvimento da primeira infância e reconhece a importância do envolvimento dos pais (ver Caixa 6.7). Faculta material informativo e guias práticos para os futuros pais, assim como para os profissionais de saúde e dos serviços cuidados e ensino da primeira infância.⁶⁰ Estes programas contribuem para envolver plenamente os homens como parceiros estratégicos e aliados na conquista da

Caixa 6.5. Envolver os homens nos cuidados a crianças no Brasil, Indonésia, Ruanda e África do Sul com o *Men Care+*

O programa *MenCare+* é uma colaboração de quatro países durante três anos entre a Promundo e a Rutgers, criado para envolver os homens entre os 15-35 anos de idade como parceiros na saúde materna, do recém-nascido e da criança e na saúde e direitos sexuais e reprodutivos. O programa é apoiado pelo Ministério dos Negócios Estrangeiros dos Países Baixos e está a ser implementado pela Promundo, pela Rutgers e organizações parceiras na África do Sul, Brasil, Indonésia e Ruanda.

O *MenCare+* visa trazer os homens para o sistema de cuidados de saúde como participantes ativos e positivos na sua própria saúde, bem como na saúde das suas parceiras e filhos. A trabalhar nos sistemas de saúde pública nos quatro países de implementação, os países parceiros do *MenCare+* conduzem sessões de educação de grupo com jovens, casais e pais sobre a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos; saúde materna, do recém-nascido e da criança; igualdade de género; e prestação de cuidados. Os países parceiros também organizam seminários com profissionais do setor da saúde sobre a importância do envolvimento dos homens.

Fonte: *MenCare*, 2018.

igualdade de género, como recomendado pela Comissão sobre a Condição Jurídica e Social da Mulher.⁶¹

6. Garantir o direito ao acesso universal a serviços de cuidados de qualidade

Cuidados de saúde universais e ensino básico e secundário

Conforme estabelecido nos ODS 3 e 4, os países devem garantir que todos os seus cidadãos tenham direito a viver uma vida saudável e ter uma educação de qualidade, inclusiva e equitativa. Isto iria contribuir significativamente para reduzir o trabalho de cuidados não remunerado prestado pelas mulheres, permitindo a sua participação no mercado de trabalho e aumentar o bem-estar e as oportunidades disponíveis para as crianças, pessoas idosas dependentes e pessoas com deficiência grave, que vivem com o VIH (especialmente na África Subsaariana) e doenças de curta duração e prolongadas. Contudo, a situação mundial em termos de acesso a serviços de cuidados e a qualidade destes é um motivo de preocupação, sobretudo nos países de baixo e médio rendimento que enfrentam grandes défices e uma grave escassez de profissionais no setor da saúde (ver Capítulos 3 e 4).⁶²

Recentemente, muitos países já avançaram no sentido da universalização dos cuidados de saúde através do desenvolvimento de estratégias de proteção da saúde, de legislação e do investimento de fundos significativos para proporcionar um melhor acesso a serviços de saúde e de cuidados continuados de qualidade. Isto aplica-se igualmente a países de baixo rendimento, como o Chade e o Togo, que têm investido no alargamento da cobertura de saúde às suas populações, assim como a China, a Colômbia, o Ruanda e a Tailândia, que fizeram progressos significativos (Caixa 6.6).⁶³ Foram também registadas boas práticas em diversos outros países e regiões, incluindo a Austrália, Brasil, Quebec (Canadá), Reino Unido e Tailândia, com projetos que visam proporcionar uma melhor coordenação e integração de serviços de cuidados de saúde e cuidados con-

Caixa 6.6. Progressos na cobertura universal dos cuidados de saúde

Na **China**, o número de pessoas protegidas por um seguro de saúde aumentou dez vezes entre 2003 e 2013, sendo agora de 96,9 por cento da população. O seguro de saúde é conferido através de três regimes principais. O primeiro fornece um conjunto completo de prestações abrangente aos trabalhadores e trabalhadoras de meios urbanos e cobre cerca de 81 por cento dos custos sujeitos a seguro. Os outros dois regimes são regimes de seguro voluntário para os residentes em zonas urbanas e zonas rurais, respetivamente. Cobrem mais de metade dos custos médicos sujeitos a seguro até um limite especificado e abrangem 1,1 mil milhões de pessoas. O Governo cobre uma parte ou a totalidade das despesas diretas das famílias pobres.

Na **Colômbia**, o sistema de saúde baseia-se no princípio da universalidade, o que obriga a adesão por parte de todas as pessoas ao regime contributivo ou ao regime subvencionado para os trabalhadores e trabalhadoras com rendimentos baixos. Ambos os regimes conferem os mesmos benefícios. Isto ajudou a reduzir as despesas diretas e a alcançar taxas de cobertura legal elevadas. As taxas de inscrição aumentaram de 25 por cento em 1993 para 96 por cento em 2014.

No **Ruanda**, 96 por cento da população estava protegida em 2011, pelos vários regimes de seguro de saúde, a maioria através de regimes de seguro de saúde com base na comunidade (SSBC). O progresso na cobertura foi alcançado através do compromisso político e o desenvolvimento de uma rede sólida de estabelecimentos de saúde e de profissionais de saúde e da utilização de ação coletiva e apoio mútuo. Os regimes SSBC subvencionam as contribuições das pessoas pobres e vulneráveis. A experiência do Ruanda mostra que o progresso é possível nos países de baixo rendimento, mesmo quando a grande maioria da população vive em zonas rurais e integra a economia informal.

A **Tailândia** implementou o seu regime de cobertura universal dos cuidados de saúde em 2001, consolidando diversos regimes de seguro de saúde e abrangendo assim um grande número de pessoas que anteriormente não tinham qualquer cobertura, em particular no setor informal. Como regime financiado pelos impostos, fornece cuidados de saúde gratuitos no local de prestação dos cuidados, incluindo cuidados médicos gerais e serviços de reabilitação, tratamentos médicos de custo elevado e cuidados urgentes. O regime foi um fator determinante no incentivo ao desenvolvimento de infraestruturas de saúde e aumentou o acesso a serviços de saúde..

Fonte: OIT, 2017m.

tinuados a pessoas idosas e que melhoraram o acesso e a prestação de serviços e aumentaram a satisfação e a saúde dos beneficiários, assim como a motivação do pessoal.⁶⁴

Apesar dos progressos em termos de escolarização nos últimos 15 anos, estima-se que cerca de 263 milhões de crianças e jovens estejam fora da escola, incluindo 61 milhões de crianças em idade de frequentar o ensino básico. Para alcançar uma educação de qualidade, inclusiva e equitativa para todos, são necessários esforços e investimentos mais efetivos, sobretudo na África Subsariana e no Sul da Ásia, centrados nas populações com baixos rendimentos, pessoas com deficiência, povos indígenas e crianças a viver em zonas rurais. As medidas para aumentar o número de docentes com qualificações e melhorar as infraestruturas escolares (incluindo o acesso a eletricidade e água potável) da educação pré-escolar, dos ensinos básico e secundário são o complemento essencial à expansão da procura de profissionais de educação necessária para alcançar o ODS 4 em termos de cobertura e qualidade da educação.

Serviços de cuidados continuados

Como foi aprofundado nos Capítulos 3 e 5, a grande maioria da população mundial ou não usufrui de proteção social em matéria de cuidados continuados (48 por cento) ou está efetivamente excluída da cobertura (46,3 por cento).⁶⁵ Os serviços de cuidados continuados devem ser promovidos e o seu financiamento público aumentado na maioria das regiões do mundo. Apenas alguns países conferem cobertura universal e estes encontram-se maioritariamente na Europa (por exemplo, Alemanha, Bélgica, Dinamarca, Islândia e Suécia), assim como o Japão, na Ásia. Os países nórdicos têm uma história partilhada de serviços de cuidados pessoais a pessoas idosas de alta qualidade financiados por impostos, que são essencialmente implementados e financiados pelas autoridades locais.⁶⁶ Na Suécia, por exemplo, os impostos municipais financiam cerca de 85 por cento dos serviços de cuidados continuados, o governo garante aos municípios a cobertura de 11-12 por cento dos custos dos cuidados continuados e o remanescente está a cargo dos utilizadores (3-4 por cento).⁶⁷ O nível de comparticipação dos utilizadores é limitado e baseado nos rendimentos, mas o acesso aos serviços é baseado nas necessidades e não é sujeito a condição de recursos. Os municípios também têm de oferecer serviços de apoio à vida diária e lares a uma taxa de preço ajustada ao rendimento, com um preço máximo regulamentado.⁶⁸

Desenvolvimento da primeira infância e serviços de cuidados e educação pré-escolar para todos

De acordo com as normas da OIT sobre os trabalhadores e trabalhadoras com responsabilidades familiares, as autoridades devem em cooperação com organizações públicas e privadas, incentivar e facilitar o estabelecimento de cuidados a crianças e serviços às famílias, assim como serviços de auxílio doméstico e de cuidados domiciliários. Estes devem ser gratuitos ou a um preço razoável, de acordo com a sua capacidade financeira, e devem cumprir as normas de qualidade. Adicionalmente, a Recomendação (n.º 204) relativa à Transição da Economia Informal para a Economia Formal, de 2015, da OIT, incentiva igualmente a prestação e o acesso a cuidados de qualidade a crianças acessíveis e outros serviços de cuidados para promover a igualdade entre mulheres e homens no empreendedorismo e nas oportunidades de emprego e permitir a transição para a economia formal (ver Caixa 6.8). O direito universal a cuidados às crianças de qualidade como elemento dos sistemas de proteção social adequados, inclusivos e sustentáveis é essencial para os esforços no sentido de reduzir a pobreza e eliminar desigualdades. Há também uma ligação à Recomendação (n.º 202) sobre os Pisos de Proteção Social, de 2012, que estabelece que os patamares de proteção social devem também compreender a segurança básica de rendimento para as crianças, pelo menos a um nível mínimo definido nacionalmente, fornecendo acesso a alimentação, educação, cuidados e quaisquer outros bens e serviços necessários.

O Capítulo 3 mostrou que existem défices consideráveis em termos de cobertura dos cuidados e ensino da primeira infância em todo o mundo, sobretudo em África, nas Américas, Ásia e Pacífico e nos Estados Árabes, e particularmente para crianças com menos de três anos de idade. Porém, foram registadas melhorias em diversos países de baixo rendimento, onde foram desenvolvidos serviços públicos ao nível do pré-escolar oferecidos gratuitamente e/ou obrigatórios. Estas reformas provaram ser estratégias eficazes para aumentar as taxas de frequência. Este foi o caso, por exemplo, do Gana, onde as propinas escolares foram abolidas; da África do Sul, onde foi proporcionado um ano de educação pré-escolar nas escolas básicas; no Nepal, que alargou o ensino pré-primá-

rio em planos de desenvolvimento nacional sucessivos; e na Mongólia, que estabeleceu jardins de infância móveis, adequados cultural e contextualmente, instalados em *yurts*.⁶⁹

A Recomendação (n.º 204) da OIT declara que «Os Membros deverão incentivar a prestação de serviços de guarda de crianças e de outros serviços de cuidados, de qualidade e economicamente viáveis, bem como o acesso aos mesmos, de forma a promover a igualdade de género em matéria de empreendedorismo e oportunidades de emprego com vista a possibilitar a transição para a economia formal.» (Parágrafo 21). Tendo em vista a coordenação das obrigações de cuidados com a atividade profissional, as pessoas cuidadoras não remuneradas optam muitas vezes pelo trabalho independente, frequentemente na economia informal. Como mostrado no Capítulo 2, a percentagem de trabalhadoras por conta de outrem é inferior entre as cuidadoras (62,2 por cento) do que entre as suas homólogas sem responsabilidades de cuidados (67,8 por cento). Os trabalhadores da economia informal - sobretudo as mulheres - enfrentam desafios significativos na conciliação das suas responsabilidades familiares com uma atividade remunerada. Os seus baixos rendimentos significam que têm de trabalhar muitas horas para satisfazer as necessidades mais básicas das suas famílias e não têm disponibilidade financeira para pagar a terceiros para assumir algum do seu trabalho de cuidados não remunerado. Isto resulta em que as mulheres fiquem em situações de pobreza de rendimentos e tenham de recorrer a estratégias de cuidados subótimas.⁷⁰

Podem ser encontradas boas práticas, por exemplo, no México, onde o programa de cuidados e ensino da primeira infância nacional (*Estancias*) foi alargado a mulheres na economia informal em 2007, concedendo subsídios governamentais para serviços de cuidados e ensino da primeira infância com base no domicílio ou na comunidade (ver Caixa 6.7). O programa estimulou a criação de mais de 9 000 centros de serviços de cuidados e ensino da primeira infância acreditados e criou emprego para 46 000 mulheres, ainda que permaneçam algumas questões relativamente à qualidade dos serviços e às condições de trabalho das pessoas cuidadoras remuneradas de apoio às crianças. No Chile há, desde 2006, acesso gratuito a serviços de cuidados e ensino da primeira infância públicos prestados por educadores profissionais para todas as crianças com menos de seis anos de idade provenientes das famílias mais pobres, assim como cuidados temporários às crianças para as mulheres que trabalham na agricultura sazonal (*Chile Crece Contigo*).⁷¹ Na Índia, existem dois tipos de iniciativas. A *Mobile Creches* (MC) é uma organização não governamental (ONG) que presta cuidados a crianças filhas de mulheres migrantes nos estaleiros de construção que, desde a sua fundação, em 1969, já teve cerca de 750 000 crianças inscritas e formou aproximadamente 6 500 profissionais de cuidados às crianças. A formação de docentes está no cerne do sucesso do modelo MC, e inclui 35 seminários organizados ao longo de seis meses além de um programa de orientação de 12 dias centrado na pedagogia e nas competências da prestação eficaz de cuidados e ensino da primeira infância centrados nas crianças. Adicionalmente, a Associação de Mulheres Trabalhadoras Independentes (SEWA) desenvolveu os seus próprios serviços através de cooperativas de cuidados às crianças concebidas para cobrir as necessidades das mulheres em situação de emprego informal. O centro funciona durante todo o dia, e os horários de início e de fim dependem do horário de trabalho das mulheres. Os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados e ensino da primeira infância são da comunidade local, recebem formação da SEWA, e são acionistas da cooperativa.⁷² Podem também ser encontrados bons exemplos de serviços de cuidados de proximidade na Argentina, onde os serviços de cuidados às crianças se desenvolveram desde

Caixa 6.7. Educação e proteção na primeira infância e trabalhadoras na economia informal: lições retiradas das experiências do Chile, México e Índia

O Chile, o México e a Índia asseguram serviços de cuidados e ensino da primeira infância às mulheres em situação de emprego informal através de vários modelos. Numa análise comparativa, Hill (2017) concluiu que, não obstante estes programas oferecerem às mulheres soluções valiosas, têm diferentes implicações na acessibilidade e qualidade dos serviços, assim como no acesso dos trabalhadores e trabalhadoras dos cuidados e ensino da primeira infância ao trabalho digno.

A Associação de Mulheres Trabalhadoras Independentes (SEWA) e as *Mobile Creches* (MC) sublinham o papel fundamental que as organizações da sociedade civil desempenham no desenvolvimento dos modelos de cuidados e ensino da primeira infância inovadores e com base em recomendações que satisfazem as necessidades específicas das mulheres trabalhadoras na economia informal e dos seus filhos. Demonstraram também que as organizações da sociedade civil têm muito para oferecer em termos do desenvolvimento da formação de docentes relevante para os cuidados às crianças remunerados.

Os programas de cuidados e ensino da primeira infância governamentais no Chile (*Chile Crece Contigo*) e no México (*Programa de Guarderías y Estancias Infantiles (Estancias)*) mostram que a ação pública é essencial, mas que a conceção da política é crucial para que esta possa ser emancipadora e apoie as mulheres e os trabalhadores e as trabalhadoras de cuidados e ensino da primeira infância. Enquanto o programa chileno se centra nos direitos universais da criança e nos serviços ECCE de alta qualidade prestados pelas trabalhadoras do setor formal público, o programa mexicano visa aumentar a participação das mulheres no mercado de trabalho através dos serviços de cuidados e ensino da primeira infância focados nos cuidados (mais do que na educação), prestados por trabalhadoras independentes sem segurança social mínima.

Alguns dos princípios fundamentais para os serviços de cuidados e ensino da primeira infância emancipadores para as trabalhadoras na economia informal, são:

- A ação pública é essencial para a expansão dos serviços de cuidados e ensino da primeira infância emancipadores para as mulheres que trabalham na economia informal.
- Os sistemas universais de cuidados e ensino da primeira infância têm o potencial máximo e são a forma mais sustentável de financiar a prestação de serviços de alta qualidade a crianças e de criar emprego digno. Podem conseguir a prestação de serviços em escala.
- A ação pública para os serviços de cuidados e ensino da primeira infância deve ser informada por práticas inovadoras e pela aprendizagem incorporada nas organizações da sociedade civil (por exemplo, custo, local e horário da prestação de serviços). O diálogo entre as organizações da sociedade civil e os poderes públicos é essencial.
- Os quadros jurídicos nacionais podem apoiar o alargamento dos cuidados e ensino da primeira infância às trabalhadoras na economia informal e criar ambientes de financiamento propícios.
- A sensibilização no que respeita aos cuidados e ensino da primeira infância para as trabalhadoras na economia informal pode ser produtivamente ligada às preocupações (mundiais) sobre a desigualdade e a redução da pobreza. O investimento nestes serviços dá apoio às agendas públicas a favor de um «crescimento inclusivo».
- O elevado custo e a necessidade de integrar os serviços de cuidados e ensino da primeira infância em ambientes locais potencia as parcerias (com a comunidade e o setor privado e empresarial). Isto, por sua vez, necessita de uma regulamentação pública em termos da qualidade dos serviços em relação à mão-de-obra, acessibilidade e custo.

Fonte: Hill, 2017.

Caixa 6.8. Iniciativa *WIEGO's Childcare*: melhorar as opções de cuidados a crianças para as trabalhadoras na economia informal

A iniciativa *WIEGO's Childcare* visa melhorar as opções de cuidados a crianças para as trabalhadoras na economia informal. Os debates de grupo específicos com trabalhadoras na economia informal no Brasil (Cooperativa de Catadores de Lixo Altimorjam), no Gana (Associação de Mercados do Gana e Associação Informal de Vendedores Ambulantes e Vendedores do Gana), na Índia (SEWA), na África do Sul (Associação de Trabalhadores Informais da África do Sul) e na Tailândia (Tailândia *HomeNet*) revelaram que entre diferentes profissões, desde as vendedoras ambulantes e feirantes e de catadoras de lixo a trabalhadoras domésticas e a domicílio, a falta de acesso a cuidados às crianças significa que as mães têm opções em termos de cuidados limitados e insatisfatórios às crianças. As trabalhadoras na economia informal podem levar os filhos consigo para o trabalho, o que pode resultar numa exposição a ambientes inseguros para as crianças e pode conduzir a uma perda de rendimento e produtividade. Os membros da família nem sempre estão disponíveis para prestar cuidados às crianças se os pais tiverem migrado, e os avós podem também estar a trabalhar.

Os seguintes elementos emergiram como sendo necessários para o desenvolvimento de soluções satisfatórias em termos de cuidados a crianças para as mulheres na economia informal:

- Os serviços de cuidados às crianças de qualidade devem ser acessíveis (gratuitos ou subsidiados) e estar disponíveis.
- Os horários de funcionamento devem ser adequados aos horários de trabalho prolongados e irregulares das trabalhadoras informais.
- Os profissionais de cuidados às crianças devem ser originários de comunidades de trabalhadoras informais.
- As instalações para os cuidados às crianças devem ter as infraestruturas básicas necessárias e pessoal adequado.
- As instalações para os cuidados às crianças devem incluir um componente educacional e um serviço de saúde, e proporcionar uma alimentação nutritiva.
- Os serviços de cuidados às crianças devem seguir um modelo cooperativo, permitindo a participação das trabalhadoras do setor informal na sua administração.
- Os profissionais de cuidados às crianças devem ter um salário suficiente, formação e condições de trabalho dignas - tudo isto essencial para a prestação de serviços de cuidados de qualidade às crianças.

Como acompanhamento, a WIEGO está a construir coligações nacionais e internacionais que reúnem promotores do trabalho e dos direitos das mulheres e das crianças, redes de proteção social, investigadores e instituições internacionais de apoio. As iniciativas nacionais e internacionais de promoção terão como objetivo posicionar os cuidados a crianças como um componente central da proteção social para todas as trabalhadoras na esperança de alargar a oferta dos cuidados a crianças com o apoio de governos e empregadores.

Fontes: WIEGO, 2018; Alfes, 2016; OIT, 2018h.

as iniciativas originais das mães dos bairros de baixo rendimento da província de Buenos Aires⁷³ e foram subsequentemente apoiados pelas autoridades locais.⁷⁴

Na ausência desses programas públicos, há exemplos de trabalhadores e trabalhadoras da economia informal a organizarem-se no Brasil, Gana, Índia e Tailândia. Em 2014, a rede de trabalho Mulheres em situação de emprego informal: globalização e organização (WIEGO)⁷⁵ deu início a uma iniciativa para promover a criação de serviços de cuidados às crianças para quem trabalha na economia informal (ver Caixa 6.8).

Apoiar os serviços de cuidados às crianças no local de trabalho para complementar os serviços públicos

Devido à escassez de serviços de cuidados às crianças acessíveis e disponíveis e aos obstáculos à participação no mercado de trabalho enfrentados por muitas mães (ver Capítulos 2 e 3), um número crescente de empresas, nomeadamente em países de baixo e médio rendimento, estão a tomar consciência dos benefícios de prestar cuidados às crianças no local de trabalho. Estes benefícios incluem a redução das taxas de rotatividade e absentismo, uma maior produtividade, maior recrutamento de pessoal qualificado, melhores relações empregador-trabalhador e um aumento da diversidade de trabalhadores e trabalhadoras, assim como um reforço da reputação das empresas. O apoio aos cuidados às crianças no local de trabalho inclui creches na empresa ou no local, instalações na comunidade ligadas ao local de trabalho, apoio financeiro, tal como cuidados às crianças ou outros vales (*vouchers*) de serviços pessoais, fundos ou subsídios, serviços de aconselhamento e orientação, assim como o estabelecimento de parcerias público-privadas para alargar a prestação de cuidados a crianças.⁷⁶

A experiência de um produtor têxtil no Vietname (*Nalt Enterprise*) ilustra os benefícios financeiros de uma maior retenção do pessoal: estimou-se que a oferta de cuidados às crianças reduziu a rotatividade do pessoal em um terço, reduzindo assim as despesas de rotatividade que se estimaram corresponder a 85 por cento do salário anual de um trabalhador.⁷⁷ Na Jordânia, a empresa de fabrico de vestuário *MAS Kreedat Al Safi-Madaba* registou uma redução de 9 por cento nas baixas por doença nos meses a seguir à abertura da creche no local de trabalho. Uma vez que as necessidades de cuidados vão além dos cuidados a crianças se tiverem membros da família idosos, pessoas com deficiência ou doentes, alguns empregadores também fornecem apoio para cobrir estas contingências relacionadas com os cuidados, como é o caso, por exemplo, da empresa Danone (ver Caixa 6.9).

As parcerias público-privadas podem igualmente apoiar uma melhor conciliação trabalho-família. Por exemplo, o fundo *Life Balance Challenge* do Reino Unido alargou o financiamento governamental a mais de 400 empresas com o aconselhamento prestado por empresas de consultoria especializadas durante um período de tempo limitado de um ano, para realizar projetos à medida para desenvolver políticas e práticas de conciliação trabalho-família.⁷⁹ A subsequente avaliação concluiu que se verificou uma maior sensibilização para a conciliação trabalho-vida familiar nas empresas financiadas e que a maioria destas desenvolveu práticas de trabalho flexíveis.

Regulamentar serviços de cuidados públicos e privados para assegurar normas mínimas de qualidade

Um quadro que permita a prestação de serviços de cuidados de qualidade exige o estabelecimento de um quadro regulamentar adequado para manter normas adequadas para a prestação de cuidados, assim como condições de trabalho e de emprego. É também importante um quadro de monitorização e inspeção adequado.

As normas de qualidade nos serviços de educação pré-escolar são fortemente influenciadas pelos rácios crianças-professor, as exigências a nível das qualificações de docentes e as infraestruturas. As evidências apontam para dimensões máximas de turmas ou grupos de aprendizagem de 20 crianças e rácios de pessoal qualificado/criança de aproximadamente 1:10 ou menos como sendo o mais eficaz para resultados de aprendiza-

Caixa 6.9. Medidas amigas da família: o caso da Danone

A *Danone Nutricia ELN*⁸ considera existir uma forte lógica comercial no apoio aos trabalhadores com responsabilidades de cuidados. Em Itália, comprometeu-se a promover a maternidade no local de trabalho, motivada pelo facto de a taxa de participação das mulheres no mercado de trabalho em Itália ser baixa (55,2 por cento) em comparação com a média dos países da OCDE (63,6 por cento). A empresa iniciou o programa *Baby Decalogue* em 2011, que apresenta dez regras de apoio à maternidade e paternidade no local de trabalho. O programa inclui: sensibilização e informação sobre os direitos das mães e dos pais; aumento do salário pago durante a licença de maternidade opcional (para 60 por cento em vez dos 30 por cento pagos pelas contribuições da segurança social durante a licença parental); oferta de dez dias de licença de paternidade remunerada (mais oito do que a licença legal de dois dias); possibilidade de horários de trabalho flexíveis às mães e aos pais quando os filhos entram para a creche; e oferecem aconselhamento sobre a carreira às mães no regresso da licença de maternidade ou parental.

Um outro aspeto importante do Programa é o apoio financeiro adicional para cobrir outras necessidades familiares. A Iniciativa de Bem-estar incluía uma contribuição anual líquida ao pessoal para ser usada nos cuidados às crianças, cobertura de cuidados de saúde aos membros da família ou apoio aos membros idosos da família, entre outros benefícios. A legislação para o bem-estar da família foi implementada em Itália a partir de 2015. A Danone ELN Itália foi uma das primeiras empresas a aplicá-la.

De uma forma geral, estas políticas traduziram-se em resultados muito positivos para a Danone ELN Itália, tais como:

- uma taxa de retorno de 100 por cento das mães trabalhadoras após a licença de maternidade;
- um aumento no número de mulheres com cargos de gestão, de 40 por cento em 2011 para 48 por cento em 2015;
- um aumento no número de mulheres na empresa em cargos de liderança, de 25 por cento em 2011 para 60 por cento em 2016
- a obtenção do prémio Melhores Locais de Trabalho de Itália cinco anos seguidos (2013-17);
- a taxa de absentismo mais baixa de sempre (1,3 por cento em 2017); e;
- o programa *Baby Decalogue* foi adotado em todas as divisões da Danone ELN (16 000 pessoas) e influenciou a política parental global da Danone (abrangendo 100 000 trabalhadores e trabalhadoras em todo o mundo).

Fonte: IFC, 2017.

gem em países desenvolvidos. A OIT recomenda um rácio máximo pessoal-criança de 1:15 nos níveis de escolaridade pré-escolar dos países de elevado rendimento.⁸⁰ As boas práticas incluem, por exemplo, o estabelecimento das normas e, sobretudo, a aplicação destas normas, o que foi encontrado sistematicamente em apenas três países - Bulgária, Indonésia e Samoa - num estudo que avaliou 21 dos principais países em desenvolvimento.⁸¹ O rácio médio docente-criança nos programas de desenvolvimento educacional na primeira infância para crianças pequenas deve ser consideravelmente mais baixo, com o rácio máximo de 1:3 ou 1:5 para as crianças com menos de três anos de idade, tendo os rácios mais baixos sido encontrados na Islândia e na Nova Zelândia (1:4).⁸²

A acreditação das instalações para a prestação de cuidados e as pessoas prestadoras de cuidados domiciliários e de base comunitária desempenha um importante papel na defe-

sa das normas de qualidade. A forma mais usual de licenciamento dos serviços de cuidados às crianças domiciliários nos países de elevado rendimento é um sistema de registo com verificações de segurança e saúde anuais. As melhores práticas incluem o registo com requisitos relativos ao pessoal e às normas em termos dos planos curriculares, uma inspeção pedagógica anual, requisitos de formação no trabalho e supervisão pedagógica assegurada regularmente por um organismo de supervisão acreditado.⁸³ Outra forma através da qual os governos podem elevar a qualidade dos serviços de cuidados privados é estabelecendo condições sobre os subsídios públicos. Este é, por exemplo, o caso do Uganda, onde o Governo introduziu um pequeno subsídio mensal por criança para os centros de cuidados e ensino da primeira infância, condicionados ao cumprimento de normas mínimas e em conformidade com o plano curricular.⁸⁴

O tipo de sistema de cuidados e ensino da primeira infância implementado é outro critério fundamental. Nos sistemas separados, os serviços para as crianças com 0-3 anos e para as crianças na faixa etária entre os três anos e a entrada no ensino básico são da responsabilidade de diferentes autoridades, normalmente o Ministério dos Assuntos Sociais e o Ministério da Educação, respetivamente. Pelo contrário, nos sistemas integrados, os serviços de cuidados e ensino da primeira infância são da responsabilidade de uma única autoridade que regula o plano curricular, as normas e o financiamento.⁸⁵ Os estudos sugerem que os sistemas integrados estão associados a uma melhor qualidade dos serviços, a um direito universal mais amplo, a um acesso mais fácil, pessoal com melhores qualificações e transições mais harmoniosas entre os níveis educacionais para as crianças.⁸⁶ Podem ser encontrados exemplos de sistemas integrados na Austrália, Brasil, Cazaquistão, Dinamarca, Eslovénia, Jamaica e Suécia. Outros países que tinham anteriormente sistemas separados, como a Itália e o Japão, estão a encaminhar-se no sentido de serviços de cuidados e ensino da primeira infância integrados no que respeita ao plano curricular e/ou à autoridade responsável pela administração.

Nos cuidados de saúde e cuidados continuados, as normas que regem a qualificação do pessoal, assim como o número de profissionais de saúde (pessoal médico, profissionais de enfermagem e parteiras) necessário para satisfazer as necessidades de cuidados de saúde da população são importantes instrumentos para monitorizar a qualidade dos serviços. O limite mínimo determinado para monitorizar o progresso rumo à consecução do ODS 3 é de 4,45 profissionais de saúde por 1000 habitantes, não obstante a escassez em termos de pessoal seja grave nos países de baixo rendimento (ver Capítulos 3 e 5).⁸⁷

7. Assegurar que os sistemas de proteção social facilitem as atividades de cuidados e a igualdade entre homens e mulheres, incluindo os pisos de proteção social

Os sistemas de proteção social são essenciais para garantir o direito universal aos cuidados e a beneficiar das atividades dos cuidados e para alcançar a igualdade de género em consonância com o ODS 5. A Convenção (n.º 102) relativa à Segurança Social (norma mínima), de 1952, sobre as normas mínimas na segurança social é um instrumento basilar da OIT que sistematiza as nove contingências fundamentais num sistema abrangente e estabelece as referências mínimas para a proteção (em termos de número de pessoas cobertas e nível dos benefícios). Apenas 29 por cento da população mundial está coberta por sistemas de proteção social abrangentes que incluem a gama integral de benefícios, desde as prestações de maternidade e por filho a cargo a prestações de velhice (de acordo

com a meta 1.3 dos ODS).⁸⁸ A Recomendação (n.º 202) sobre Pisos de Proteção Social, de 2012, estipula que os Estados-membros devem estabelecer e manter pisos nacionais de proteção social como parte dos seus sistemas de proteção social. Como um conjunto de garantias básicas de segurança social definidas a nível nacional, os pisos de proteção social garantem uma proteção que visa prevenir ou reduzir a pobreza, a vulnerabilidade e a exclusão social. Estas garantias devem assegurar que todos os que necessitam tenham acesso ao longo da vida a, pelo menos, cuidados essenciais de saúde, incluindo cuidados maternos com segurança básica de rendimento para as crianças e pessoas idosas, assim como para pessoas em idade ativa que não conseguem auferir um rendimento suficiente, particularmente em caso de doença, desemprego, maternidade e deficiência.

Promover sistemas de proteção social baseados num «modelo universal de prestação de cuidados»

Os sistemas os pisos de proteção social, têm o potencial transformador de promover um «modelo universal de prestação de cuidados», de acordo com o qual tanto os homens como as mulheres prestam cuidados não remunerados e trabalho remunerado. Isto implica a inclusão de políticas e serviços de cuidados baseados nos direitos e sensíveis à dimensão de género como elementos centrais dos sistemas de proteção social. Atualmente, os programas de proteção social são muitas vezes limitados a transferências monetárias direcionadas e sujeitas a condição de recursos e que são demasiado baixas para satisfazer as necessidades de cuidados de mulheres e homens (ver Capítulo 3). Igualmente, tendem a negligenciar o potencial dos serviços de cuidados públicos para igualar as oportunidades e os resultados e para gerar emprego, como mostrado no Capítulo 5. Os sistemas de proteção social têm o papel facilitador de promover a qualidade de emprego das mulheres como meio de suscitar a mudança nas relações entre homens e mulheres, garantir os direitos das mulheres e permitir a sua autonomia económica.

A proteção social deve reconhecer a prestação de cuidados e as responsabilidades de cuidados como um risco social para todas as pessoas ao longo do ciclo de vida. O direito universal humano à segurança social deve ser reconhecido como sendo baseado nos indivíduos. Quando os direitos à proteção social são baseados no modelo de política social do ganha-pão masculino, isto é, as prestações das mulheres derivam da situação contributiva dos seus maridos, deve ser prestado um especial cuidado para assegurar que os sistemas de proteção social reconhecem a partilha desigual do trabalho de cuidados não remunerado, para melhorar proativamente os direitos individuais das mulheres e promover a mudança nas normas sociais. Isto é também essencial para permitir que os sistemas de proteção social possam responder à evolução das estruturas familiares e abordar as necessidades de 276 milhões de pessoas em idade ativa que vivem em famílias monoparentais com dependentes, 77,6 por cento das quais são mulheres (ver Capítulo 1).

Os direitos à segurança social devem também ser baseados nas responsabilidades em matéria de parentalidade e cuidados e não apenas criados à volta da participação a tempo completo no mercado de trabalho. O Estado necessita, assim, de desempenhar um papel relevante facultando apoio financeiro ao trabalho de cuidados não remunerado através de prestações de segurança social, serviços públicos e infraestruturas sociais relacionadas com os cuidados (meta 5.4 dos ODS). Foi identificado um exemplo desta política no Equador, onde, desde 2015, as pessoas cuidadoras a tempo completo não remuneradas (maioritariamente mulheres) têm direito a registarem-se na segurança social. Com contribuições mensais que variam de 2 a 46 dólares dos EUA, dependendo do rendimento

familiar, os contribuintes podem beneficiar de pensões e prestações de invalidez.⁸⁹ Em dezembro de 2015, tinham-se registado mais de 80 000 pessoas.

Assegurar que as prestações sociais reconhecem e compensam o custo dos cuidados e não reproduzem desigualdades entre homens e mulheres

Como resultado dos requisitos em termos de proteção social detalhados acima, deve ser estabelecido o nível de proteção social em prestações pecuniárias e em espécie tendo em vista a enfrentar o «custo dos cuidados» total. Este custo compreende não apenas as despesas de subsistência ligadas à maternidade, à educação das crianças e os cuidados a dependentes da família, mas também requer que se tenha em conta a perda de rendimento resultante da redução ou suspensão do trabalho remunerado devido à prestação de cuidados pelos pais ou por outras pessoas cuidadoras não remuneradas. Deve também incluir o custo do acesso aos cuidados às crianças de qualidade e outros serviços de cuidados, quando estes serviços não estiverem disponíveis ao público gratuitamente ou sujeitos a condição de recursos. Isto pode ser conseguido, por exemplo, através de deduções fiscais dos custos com os cuidados às crianças, como mostrado no Capítulo 3.

É também essencial que as prestações pecuniárias por cuidados atinjam níveis adequados de substituição do rendimento e que não reforcem os papéis tradicionais em função do sexo e o confinamento das mulheres à casa.⁹⁰ Porém, como mostrado no Capítulo 3, as prestações pecuniárias por cuidados raramente compensam a perda de rendimento das pessoas cuidadoras, o que tem consequências adversas na participação no mercado de trabalho e rendimento dos beneficiários (sendo os beneficiários sobretudo mulheres com baixos níveis de escolaridade em empregos com baixos salários).⁹¹ No que respeita aos cuidados continuados, pode ser encontrada uma exceção na Nova Escócia (Canadá), onde as prestações para cuidados continuados foram estimadas para corresponder ao salário mediano, assegurando assim que os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados continuados podem sustentar-se sem cair na pobreza.⁹² Relativamente às prestações pecuniárias por cuidados destinadas aos pais no seguimento das licenças de maternidade e parentais, na Finlândia os pais podem receber um subsídio para cuidados domiciliários até que o filho atinja os três anos de idade, desde que não frequente serviços públicos de cuidados às crianças.⁹³ Estas prestações são também geralmente baixas e não atingem o nível do salário mínimo.

O risco de reforçar os papéis em função do sexo é também encontrado em países em desenvolvimento, onde determinados programas de transferências monetárias condicionadas destinados a famílias pobres podem resultar em cargas extra em termos de tempo e de custos para as mulheres em particular. Assim, os programas que visam melhorar a saúde e o estado de nutrição das crianças devem, por exemplo, incluir modalidades de implementação, assim como serviços e sensibilização que desafiem a divisão tradicional do trabalho remunerado e do trabalho de cuidados não remunerado e incentivem o reconhecimento geral, a redução e a redistribuição do trabalho de cuidados não remunerado entre mulheres e homens. Os custos dos transportes e o tempo de espera nos serviços médicos representam uma perda de rendimento para os trabalhadores e trabalhadoras independentes, que deve ser compensada pela transferência.⁹⁴

Adicionalmente, é essencial que estas prestações de dinheiro por cuidados e os programas de transferências monetárias, com níveis de prestações adequados, os cuidados a crianças de qualidade e os serviços de cuidados continuados sejam acessíveis a todas as pessoas.

Isto deve evitar que as pessoas cuidadoras não remuneradas - normalmente mulheres - optem por deixar os empregos porque os custos de oportunidade são simplesmente demasiado altos.

Assegurar que a proteção social é alargada ao trabalho na economia informal

É mais provável que as pessoas cuidadoras não remuneradas - homens e mulheres - se encontrem na economia informal do que os seus contrapartes que não têm responsabilidades pela prestação de cuidados (ver Capítulo 2). Além disso, é mais provável que as mulheres com responsabilidades de cuidados se encontrem em formas atípicas de emprego e que estejam também sobrerrepresentadas entre os trabalhadores a tempo parcial «marginais». No seguimento da Recomendação (n.º 204) relativa à Transição da Economia Informal para a Economia Formal, de 2015, e a Recomendação (n.º 202) sobre Pisos de Proteção Social, de 2012, as estratégias para alargar a cobertura da segurança social devem visar garantir um nível básico de segurança social para todos e alargar gradualmente níveis de segurança social mais elevados a tantas pessoas quanto possível, incluindo da economia informal. O objetivo é assegurar, como mínimo, um nível básico de rendimento e acesso a cuidados essenciais de saúde e outros serviços sociais a todas as pessoas.

Caixa 6.10. Regimes de pensões que compensam o trabalho de cuidados não remunerado prestado pelas pessoas cuidadoras

Os créditos de prestação de cuidados são utilizados para a prevenção da pobreza entre as pessoas cuidadoras não remuneradas, para proporcionar a igualdade entre homens e mulheres, reconhecimento do valor social do trabalho não remunerado, incentivos para as mulheres assumirem empregos remunerados e, em alguns casos, ter e criar filhos.

No **Chile**, a reforma do regime de pensões ocorreu em 2008 como resultado do programa eleitoral de Michelle Bachelet que visava melhorar a segurança de rendimento das mulheres idosas. A reforma reconheceu as interrupções no emprego devido à criação dos filhos através da concessão de créditos de cuidados às mães (o que aumentou as pensões médias das mulheres em 20 por cento) e criou a possibilidade de partilhar a pensão em caso de divórcio.

Na **Finlândia**, o sistema de crédito de pensão foi melhorado e harmonizado em 2005. É agora pago a todos os beneficiários de prestações de segurança social de curta duração relacionadas com o nascimento e os primeiros cuidados a crianças, tal como a licença de maternidade, paternidade, parental e a licença para cuidar das crianças em casa.

A **França** adotou uma série de reformas, com início em 1971, quando criou pela primeira vez um suplemento de pensão para apoiar a educação das crianças, denotando uma política a favor da natalidade. Em 2004, os créditos de pensão foram alargados para incluir as mães de um ou dois filhos e, em 2010, foram alargados de novo para abranger também os pais. Os créditos de pensão foram concedidos separadamente para o nascimento (ou adoção) e para a educação dos filhos.

O primeiro reconhecimento legal da figura das pessoas cuidadoras da família entrou em vigor no **Reino Unido** em 1978. A Segunda Pensão do Estado foi criada em 2002 como um meio de ajudar os trabalhadores e trabalhadoras com baixos salários a criar direitos a pensões. Os créditos de pensão são concedidos durante determinados períodos, quando não se auferem salários, incluindo os períodos de prestação de cuidados. Os pais, os pais adotivos ou as pessoas que cuidam de uma pessoa com deficiência e que estão a receber uma prestação familiar são elegíveis e, desde 2011, os avós que prestam cuidados aos netos são também elegíveis.

Fontes: ONU Mulheres, 2015; Fultz, 2011; OIT, 2017m.

Implementar créditos de prestação de cuidados nos sistemas de proteção social

A implementação de uma política de créditos de prestação cuidados é um meio eficaz para que os sistemas de proteção social reconheçam o valor dos cuidados. Estes créditos, quando suficientemente generosos, reconhecem e compensam as contribuições perdidas devido ao tempo despendido fora da atividade profissional a cuidar de crianças, pessoas idosas ou pessoas com deficiência dependentes e de pessoas doentes. Estes são concedidos, por exemplo, no Estado Plurinacional da Bolívia e no Uruguai, no âmbito do sistema de pensões, mas apenas a mulheres, às quais se credita um ano de contribuições por filho, até ao máximo de três e cinco filhos, respetivamente (ver também Caixa 6.10).⁹⁵ Para desafiar os estereótipos de género, os créditos devem ser concedidos às mães e aos pais. Este é, por exemplo, o caso da licença parental usufruída em muitos países da Europa, como a Finlândia e a Suécia. São creditadas às mães e aos pais contribuições sociais, para pensões e outros seguros sociais, que cobrem o período durante o qual estão de licença. Com o envelhecimento das sociedades, é essencial que os créditos relativos às pensões sejam garantidos a todas as pessoas cuidadoras não remuneradas durante o ciclo de vida. Isto é especialmente relevante para as mulheres, que têm uma esperança de vida mais longa.

Garantir pensões universais

Adicionalmente às pensões contributivas, as boas práticas para assegurar a proteção social para todas as pessoas incluem a concessão de pensões universais, como é o caso em países como o Botsuana, Maurícia e Namíbia.⁹⁶ Estes regimes de pensão beneficiam particularmente as pessoas com responsabilidades de cuidados (principalmente mulheres) que têm estado fora da economia formal (a trabalhar na economia informal ou não) e que estão, consequentemente, muitas vezes excluídas dos regimes de pensões contributivas. A adequação das prestações é essencial para reduzir os riscos de pobreza enfrentados pelas pessoas cuidadoras não remuneradas. A Maurícia destaca-se como um bom exemplo, uma vez que o montante da pensão de reforma de base é aproximadamente cinco vezes mais elevado do que o limiar de pobreza.⁹⁷

Incluir os cuidados continuados como um novo risco social no seguro social

O financiamento dos cuidados continuados é cada vez mais preocupante para muitos países de elevado rendimento e para cada vez mais países de médio rendimento, em situação de rápido envelhecimento da população. O estabelecimento de mecanismos de seguro que visam a cobertura dos cuidados continuados é essencial para abordar as desigualdades no trabalho de cuidados não remunerado e para incentivar o reconhecimento social dos cuidados. Uma escolha política importante a ser feita no estabelecimento de tais mecanismos respeita ao sistema de financiamento. O seguro de cuidados continuados pode ser uma obrigação legal do quadro jurídico nacional e fornecido através de um serviço público como um novo risco social coberto pelo sistema nacional de proteção social. Em alternativa, pode ser fornecido numa base voluntária por companhias de seguros privadas.⁹⁸ Outro elemento importante, que tem efeitos na participação das mulheres no mercado de trabalho, é se o mecanismo de seguro proporciona prestações pecuniárias ou favorece a prestação direta de serviços, tais como o apoio domiciliário. A Alemanha, o Japão, a República da Coreia e o Luxemburgo estão entre os países que têm

desenvolvido sistemas de seguro de cuidados continuados.⁹⁹ Não obstante os sistemas de financiamento difiram frequentemente em termos de geração de receita, da conceção das prestações e dos requisitos de elegibilidade, parece ser um fator importante que o início do desenvolvimento de regimes financiados coletivamente antes da velhice se torne um problema significativo em termos de receita. Perante mudanças demográficas consideráveis, a China está a planear introduzir um seguro obrigatório de cuidados continuados para fazer face às crescentes necessidades de cuidados do país, sobretudo as relacionadas com as pessoas idosas.¹⁰⁰

Implementar prestações de invalidez

Deve ser implementada a proteção social universal para as pessoas com necessidade de cuidados continuados e as pessoas com deficiência grave, assegurando que as pessoas com deficiência não caiam na pobreza. A proteção social universal para as pessoas com necessidades de cuidados continuados é atualmente apenas acessível a uma minoria, sobretudo nos países de rendimento elevado, enquanto o resto do mundo regista níveis muito elevados de défices de cobertura.¹⁰¹ Porém, vários países em vias de desenvolvimento adotaram regimes universais para as pessoas com deficiência, incluindo a África do Sul, Brasil, Chile, Mongólia, Nepal e Uruguai. Outros países realizaram avanços notáveis na concessão de prestações pecuniárias não contributivas por deficiência, quer através da inclusão da deficiência em regimes mais amplos (Etiópia, Gana) quer da criação de regimes específicos para pessoas com deficiência (África do Sul, Argentina, Indonésia e Quirguistão).¹⁰²

8. Implementar, para todos os homens e mulheres políticas públicas de licenças que favoreçam a igualdade

Garantir a proteção da maternidade a todas as mulheres

A proteção da maternidade e outras licenças relacionadas com os cuidados, como a licença de paternidade ou a licença parental, e as licenças para cuidar de membros da família crianças, adultos e pessoas idosas doentes ou com deficiência, são instrumentos essenciais para assegurar a saúde, o bem-estar e a sustentabilidade económica das mulheres com crianças e das pessoas com responsabilidades de cuidados. De acordo com a Convenção (n.º 183) sobre a Proteção da Maternidade, de 2000, a licença de maternidade deve ter a duração mínima de 14 semanas, e até 18 meses de acordo com a respetiva Recomendação (n.º 191). Os cuidados de saúde pré-natais, durante o parto e pós-natais são essenciais. As prestações pecuniárias devem ser pagas para cobrir a ausência ao trabalho devido à maternidade, com uma taxa mínima de substituição do rendimento de dois terços dos rendimentos anteriores das mulheres. As prestações pecuniárias devem ser pagas pelo seguro social obrigatório ou por fundos públicos. A saúde da mãe e da criança deve ser protegida durante a gravidez, o nascimento e a amamentação e todas as mães devem ter direito a amamentar os seus filhos após o regresso ao trabalho. Também são mencionadas as políticas de proteção ao emprego e de não discriminação que garantem às mulheres o direito de regressar ao mesmo cargo ou a um cargo equivalente, com a mesma remuneração (ver Caixa 6.11).

Caixa 6.11. Princípios básicos de regimes de licença adaptados às atividades de cuidados transformadores em termos de igualdade entre homens e mulheres

- Garantir que são concedidas às mães pelo menos 14 semanas de licença remunerada a uma taxa de pelo menos dois terços dos ganhos anteriores, de acordo com a Convenção (n.º 183) ou até 18 semanas a 100 por cento, de acordo com a Recomendação (n.º 191);
- Garantir que os pais têm acesso a licença de paternidade remunerada obrigatória durante um período de tempo significativo;
- Garantir que é reservado um período considerável de licença parental para o pai e que este não pode ser transferido para a mãe;
- Garantir que são concedidas outras formas de licença, tais como licença de adoção ou licença para a prestação de cuidados a pessoas com deficiência ou a membros da família doentes, crianças, pessoas adultas ou idosas;
- Garantir que os períodos de licença são pagos e que as prestações correspondem a pelo menos dois terços dos ganhos anteriores;
- Garantir que as prestações pecuniárias e médicas recebidas durante a licença são financiadas através de mecanismos financiados coletivamente, como o seguro social obrigatório ou fundos públicos, e evitar os custos diretos para os empregadores («responsabilidade do empregador»);
- Garantir a proteção do emprego durante a licença e garantir o direito de regressar ao mesmo cargo ou cargo equivalente;
- Garantir que o tempo despendido na licença é creditado para contribuições do seguro social e direitos a pensão;
- Garantir o acesso universal ao direito a licenças e prestações, inclusivamente aos trabalhadores e trabalhadoras que se encontram na economia informal.

Fonte: Addati *et al.*, 2014.

Até ao momento, apenas 42 por cento dos países a nível mundial cumprem as normas da OIT sobre a duração da licença de maternidade, o nível das prestações e fonte das prestações, e cerca de 60 por cento das mães com recém-nascidos não recebem quaisquer prestações (ver Capítulo 3).¹⁰³ Nos últimos anos, todavia, um número crescente de países em desenvolvimento reformaram os seus regimes de licença de maternidade e cumprem agora as normas da OIT, tal como El Salvador (de 12 para 16 semanas), a Índia (de 12 para 26 semanas), a República Democrática Popular do Laos (de 13 para 15 semanas), o Paraguai (de 12 para 18 semanas) e o Peru (de 13 para 14 semanas). Adicionalmente, a Índia, a Mongólia, a República Democrática Popular do Laos e os Territórios Palestinos Ocupados estão a alargar a proteção da maternidade para abranger as mulheres não cobertas anteriormente.¹⁰⁴

Um aspeto importante a ter em conta é que, em consonância com as Recomendações (n.º 202) sobre os pisos de proteção social e (n.º 204) sobre a transição da economia informal para a economia formal, devem ser adotadas estratégias para alargar a proteção da maternidade às trabalhadoras na economia informal, como no caso da República Democrática Popular do Laos (ver Caixa 6.12 para exemplos).¹⁰⁵ A proteção da maternidade pode também ser concedida através de regimes de transferências monetárias destinados a mulheres

Caixa 6.12. Soluções em matéria de políticas para alargar a proteção da maternidade às mulheres na economia informal

Sistemas de seguro social

Na **República Democrática Popular do Laos**, os trabalhadores e trabalhadoras do setor informal podem aderir ao Fundo Nacional de Segurança Social (NSSF) numa base voluntária, ao abrigo da Lei da Segurança Social de 2014, e serem elegíveis, entre outros benefícios, para prestações de cuidados de saúde e de maternidade (são necessários pelo menos seis meses de contribuições nos últimos 12 meses). São pagas prestações pecuniárias de maternidade de 80 por cento do salário de referência médio (durante os seis meses anteriores) por um período máximo de 90 dias. A cobertura é, contudo, limitada até à data: em 2015, o número de membros voluntários era de 1599 dos cerca de 2,48 milhões de pessoas do setor informal do país. Este resultado aponta para a importância de um seguro social obrigatório que satisfaça as necessidades dos trabalhadores e trabalhadoras na economia informal.

Regimes não contributivos de transferências monetárias

Na **República Unida da Tanzânia**, foi lançado em 2000 o Fundo de Ação Social (TASAF) visando aumentar o rendimento e o consumo e a capacidade de resistir aos choques entre as populações extremamente pobres. As transferências monetárias para as mulheres grávidas, equivalentes a 6 dólares americanos e pagas a cada dois meses na condição de que as mulheres compareçam a pelo menos quatro exames médicos pré-natais ou a sessões de saúde e nutrição a cada dois meses, dependendo da disponibilidade dos serviços. É exigido que as crianças se submetam a exames médicos regulares de rotina e frequentem a escola.

O programa de transferências monetárias condicionais JUNTOS foi estabelecido em 2015 no **Peru** com o objetivo de reduzir a pobreza e evitar a transmissão da pobreza de uma geração para a seguinte. Estas transferências monetárias elegíveis abrangem as mulheres grávidas, as crianças e os adolescentes até à idade de 19 anos que vivam em situação de pobreza extrema. Recebem 200 sóis a cada dois meses (equivalente a 67 dólares americanos em 2014) sob determinadas condições: as mulheres grávidas devem comparecer a exames pré-natais e as crianças a exames médicos e frequentar a escola. Em 2014, o programa JUNTOS prestou assistência a 753 638 agregados familiares.

Fonte: OIT, 2016c.

grávidas de agregados familiares de baixo rendimento, como é o caso no Norte do Togo. Podem ser encontrados mais exemplos de boas práticas na Mongólia, que alcançou a proteção universal da maternidade - abrangendo, nomeadamente, as trabalhadoras independentes e as pastoras, as trabalhadoras nómadas e rurais na economia informal graças à combinação de um regime contributivo de seguro social e um regime de bem-estar.

Alargar as licenças de paternidade, parentais e outras licenças de cuidados remuneradas e promover o gozo destas pelos homens

Outras licenças, como as licenças de paternidade e parentais, assim como as licenças para a prestação de cuidados a pessoas com deficiência ou a membros da família doentes, crianças, pessoas adultas ou idosas são igualmente importantes para as pessoas cuidadoras não remuneradas. Não obstante, existem défices significativos em termos de acesso, sobretudo nos países em desenvolvimento. Por exemplo, como foi demonstrado no Capítulo 3, apenas um pouco mais de metade dos países em todo o

Caixa 6.13. Proposta de Diretiva da União Europeia relativa à conciliação entre a vida profissional e pessoal (2017)

A proposta visa melhorar o acesso a modalidades de conciliação trabalho-vida privada com o objetivo de combater a limitada participação das mulheres no mercado de trabalho, aumentar a aceitação de licenças relacionadas com a família e de horários de trabalho flexíveis pelos homens e promover a igualdade de género.

Em caso de adoção, a Comissão irá comprometer-se com os Estados-Membros e diversas partes interessadas, como governos nacionais, órgãos administrativos regionais, autoridades locais e parceiros sociais, para garantir a implementação eficiente de medidas de acompanhamento. Os Estados-Membros poderão incumbir os parceiros sociais da implementação da Diretiva desde que os resultados esperados ao abrigo desta medida legislativa sejam garantidos.

	Quadro legislativo atual da UE	Proposta de Diretiva relativa à conciliação entre vida profissional e pessoal
Licença de maternidade¹⁰⁸	14 semanas de licença de maternidade remunerada pelo menos ao nível das licenças; também abrange o trabalho independente	Mesmo nível de proteção
Licença de paternidade	Não há licença de paternidade ao nível da UE	10 dias úteis de licença de paternidade quando o filho nasce
Licença parental	4 meses de licença parental: ■ não remunerada ■ pode ser gozada até o filho completar 8 anos de idade ■ 1 mês, não pode ser transferida entre os progenitores ■ a possibilidade de ser gozada de modo flexível irá ser decidida pelos Estados-Membros	4 meses de licença parental: ■ remunerada ao nível dos subsídios de doença ■ Disponível para ser gozada até o filho completar 12 anos de idade ■ 4 meses, não pode ser transferida entre os progenitores ■ possibilidade de ser gozada de modo flexível
Licenças para pessoas cuidadoras	Não existem licenças para pessoas cuidadoras além do tempo determinado por motivos de força maior	Direito a 5 dias de licença para pessoas cuidadoras, por ano, remunerada ao nível dos subsídios de doença, para cuidar de familiares gravemente doentes ou dependentes
Modalidades de trabalho flexíveis para progenitores e pessoas cuidadoras	Apenas têm direito a solicitar os progenitores que regressam da licença parental	Direito a solicitar modalidades de trabalho flexíveis para progenitores com filhos até aos 12 anos de idade e trabalhadores e trabalhadoras com responsabilidades de cuidados

	Quadro legislativo atual da UE	Proposta de Diretiva relativa à conciliação entre vida profissional e pessoal
Proteção face ao despedimento e tratamento desfavorável	Existe proteção face ao despedimento e ao tratamento desfavorável para a licença de maternidade, paternidade e adoção. Não existe uma proteção face ao despedimento e/ou tratamento desfavorável ao nível da UE para as pessoas cuidadoras e trabalhadores e trabalhadoras cuidadores e para quem solicita utilizar modalidades de trabalho flexível (exceto para o trabalho a tempo parcial)	Proteção no despedimento e/ou tratamento desfavorável nos casos em que os trabalhadores e trabalhadoras optam por gozar ou solicitar licença ou solicitar modalidades de trabalho flexível

Fontes: Addati, Cassirer e Gilchrist, 2014; Levrov *et al.*, 2015; Blum, Koslowski e Moss, 2017; Haas e Rostgaard, 2011; Comissão Europeia, 2017.

mundo concedem o direito a licenças remuneradas aos pais (sob a forma de licença de paternidade ou licença parental). Diversos países em desenvolvimento, como o Afeganistão, Guiné Equatorial, Hong Kong (China) e Turquia reconheceram recentemente a importância dos direitos dos pais e adotaram uma política e licença de paternidade. As melhores práticas relativamente a regimes de licenças que oferecem incentivos aos homens para utilizarem as licenças, apoiando assim o seu envolvimento nos cuidados a crianças no médio prazo, incluem, por exemplo, países nórdicos como a Islândia ou a Suécia, mas também Portugal e Espanha, que concedem aos pais entre um e três meses de licença remunerada, e que é exclusivamente reservada para estes.

Quando as políticas são concebidas tendo em conta as atividades de cuidados e a igualdade entre homens e mulheres, incluindo o financiamento através de mecanismos de segurança social, permitem conciliar a vida profissional e familiar e contribuem para a redistribuição do trabalho de cuidados não remunerado nas famílias e entre as mulheres e os homens (ver Caixa 6.11).¹⁰⁶ Por isso, a conceção de regimes de licenças - sobretudo quando se trata de direitos individuais e não transferíveis, oferecem uma compensação adequada e são financiados através da segurança social - é fundamental para incentivar os homens a usufruir destes direitos, tal como a nova iniciativa da União Europeia para reformar as políticas de licenças ilustra (ver Caixa 6.13).¹⁰⁷ Outro elemento essencial para alcançar a igualdade entre homens e mulheres é a necessidade de que as políticas de licenças e as políticas no âmbito dos cuidados e ensino da primeira infância estejam bem coordenadas. Isto significa que não deve existir uma lacuna de tempo entre o fim do direito a licença remunerada (maternidade, paternidade e parentais) e o momento em que as crianças têm o direito legal a um lugar numa creche, como é o caso nos países nórdicos, por exemplo, assim como em Malta e na Eslovénia (ver Caixa 3.3 no Capítulo 3).

6.2.2. Mais emprego e trabalho digno para os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados, incluindo migrantes

1. Regular e implementar termos e condições de emprego dignas e alcançar a igualdade de remuneração por um trabalho de igual valor

Como se verificou no Capítulo 4, muitos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados não usufruem do mesmo grau de proteção laboral que quem trabalha noutros setores. Além disso, determinados grupos de profissionais de cuidados, nos quais as mulheres e as minorias tendem a estar sobrerrepresentados, sofrem alguns dos maiores défices de trabalho digno. Alcançar o trabalho digno para o trabalho de cuidados implica muitas medidas e ações, mas é necessário um primeiro passo para assegurar que todos os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados, incluindo migrantes, estão protegidos pela legislação laboral na mesma medida que outras categorias profissionais. A legislação deve garantir condições de trabalho digno, incluindo as medidas de políticas descritas a seguir.

Caixa 6.14. Reformas legais recentes que alargam o reconhecimento dos direitos dos trabalhadores e trabalhadoras domésticas

Desde a sua adoção pelos Estados-membros da OIT em junho de 2011, 25 países (a maioria dos quais na América Latina) ratificaram a Convenção (n.º 189) sobre os Trabalhadores e Trabalhadoras do Serviço Doméstico, de 2011, e cerca de 30 outros alargaram, em alternativa, a proteção laboral de forma a incluir este grupo, sendo que mais 20 países estão a trabalhar ativamente tendo este objetivo em vista.

Argentina, 2013: A Lei n.º 26 844 sobre o trabalho doméstico, alarga os benefícios gozados pelos outros trabalhadores aos trabalhadores e trabalhadoras domésticos. Estabelece um máximo de 48 horas de trabalho semanais, um período de descanso semanal, pagamento de horas extraordinárias, dias de férias anuais, subsídio de doença, proteção da maternidade e uma idade mínima para o trabalho. Além disso, a lei também prevê proteções adicionais para os trabalhadores e trabalhadoras domésticas internos, tal como períodos de descanso e um quarto mobilado. Esta reforma também revoga a anterior prática discriminatória de determinar a sua situação de acordo com o número de horas trabalhadas, em lugar de considerar qualquer número de horas trabalhadas num agregado familiar como constituindo trabalho doméstico.

Filipinas, 2013: A Lei dos Trabalhadores Domésticos (2013) é uma lei abrangente que prevê a proteção contra o abuso, a servidão por dívidas e as piores formas de trabalho infantil. A Lei estabelece normas mínimas para os salários, o número de horas de trabalho e dias de descanso e outros benefícios. Alarga a segurança social, o seguro de saúde público e um regime de alojamento para as pessoas com baixos rendimentos no setor, estabelecendo igualmente mecanismos para a resolução de conflitos laborais e rápida resposta a abusos. Esta Lei constitui uma mensagem forte aos países de destino (que recebem milhares de trabalhadores e trabalhadoras domésticos filipinos), a de que o Governo filipino está comprometido com os princípios estabelecidos na Convenção (n.º 189).

Espanha, 2011: O Decreto Real n.º 1620/2011 estabelece requisitos para um salário mínimo, licença semanal e anual, licença de maternidade e compensação pelo tempo de disponibilidade. Esta nova regulamentação coloca os trabalhadores domésticos a par com os outros trabalhadores em questões como os salários (que não podem ser inferiores ao salário mínimo), enquanto limitam a semana de trabalho legal a 40 horas com pelo menos 12 horas de descanso diário. Adicionalmente, regula o montante que pode ser deduzido dos salários para alojamento e alimentação. Espanha também integrou a segurança social para o trabalho doméstico no seu Regime Geral de Segurança Social.

Fontes: OIT, 2016a; King-Dejardin, a publicar.

Garantir a adequada regulamentação das formas atípicas de emprego

Os países podem proibir o uso de trabalho a termo certo para as necessidades permanentes de uma empresa, o uso limitado de agências de trabalho temporário, estabelecer um limite para as renovações e duração global do trabalho a termo certo ou trabalho ocasional, ou restringir ou proibir o uso de contratos de trabalho à chamada.¹⁰⁹ Por exemplo, no seguimento de uma campanha do sindicato Unite na Nova Zelândia, desde 2016 os contratos de trabalho têm de especificar o número de horas de trabalho garantidas (se as houver) e, caso não seja estabelecido um número de horas garantidas, não é exigido que permaneçam à disposição dos empregadores.

Em 2013, foi concedido aos trabalhadores e trabalhadoras domésticos de Singapura um dia de descanso semanal, e foi adotada uma portaria ministerial na Tailândia, em 2012, que estabelece uma licença anual remunerada, férias pagas e descanso semanal para o trabalho doméstico¹¹⁰ (ver também Caixa 6.14). Os progressos foram também notáveis nos países árabes, que até recentemente não tinham quaisquer quadros jurídicos nacionais que abrangessem o trabalho doméstico (ver secção 4.3, Grupo 3.1).

O trabalho a tempo parcial nas profissões de cuidados deve ser de boa qualidade, seguindo os princípios estabelecidos na Convenção (n.º 175) sobre Trabalho a Tempo Parcial, de 1994, e a respetiva Recomendação (n.º 182), assim como na Convenção (n.º 156) sobre os Trabalhadores com Responsabilidades Familiares, de 1981.

Incluir os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados no campo de aplicação dos salários mínimos nacionais e conceder-lhes proteção social

A aplicação de salários mínimos adequados pode contribuir para reduzir as penalizações salariais dos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados. A inclusão da proteção do salário mínimo deve cobrir o trabalho doméstico, mesmo quando contratado por subcontratantes. Por exemplo, no Peru, as principais empresas são responsáveis, conjuntamente com os contratantes, pelo salário legal e os direitos de segurança social dos trabalhadores e trabalhadoras do contratante, e na Alemanha, os trabalhadores e trabalhadoras subcontratados têm direito a recurso contra a empresa principal se os subcontratantes não pagarem o salário mínimo.¹¹¹ Muitos países incluíram o trabalho doméstico nas suas proteções em matéria de salário mínimo, optando por diferentes abordagens. No Brasil, Costa Rica, México e Turquia, por exemplo, o salário mínimo aplica-se ao trabalho doméstico.¹¹² Nos Estados Unidos da América, o âmbito de cobertura do salário mínimo federal e as proteções em matéria de horários de trabalho foram alargados aos trabalhadores de cuidados domiciliários em 2013, e na Suíça, em 2011, foi adotado um contrato de trabalho convencional nacional que estabelece um salário mínimo para o trabalho doméstico ¹¹⁴ (ver também Caixa 6.14 para mais exemplos). Os estudos mostram que o facto de existir legislação sobre salários mínimos no trabalho doméstico não se traduz necessariamente em cumprimento e devem ser envidados esforços rigorosos para implementar a legislação com mais eficácia.¹¹⁵

Garantir a proteção social universal a todos os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados, em consonância com a Parte VI da Convenção (n.º 102) relativa à Segurança Social (norma mínima), de 1952, e com a Convenção (n.º 121) sobre as Prestações em caso de Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, de 1964, irá evitar que as vítimas de acidentes no trabalho e doenças profissionais e as suas famílias caiam na pobreza e, assim,

Caixa 6.15. O papel crucial dos sindicatos na promoção da igualdade salarial no trabalho de prestação de cuidados: caso histórico na Nova Zelândia

Foi alcançado um aumento salarial histórico para quem trabalha na prestação de cuidados na Nova Zelândia após a adoção da nova Lei sobre o estabelecimento de igualdade salarial para o trabalho de cuidados e de apoio de 2017. Esta lei é originária de 2012, quando a trabalhadora de cuidados residenciais Kristine Bartlett, apoiada pelo seu sindicato E tū, intentou uma ação judicial contra o seu empregador ao abrigo da Lei da igualdade de remuneração, de 1972, alegando uma desvalorização sistemática baseada na dimensão de género do trabalho de cuidados e apoio: «pelo facto de os trabalhadores de apoio serem predominantemente mulheres, auferem menos do que o que seria pago a um homem que realizasse um trabalho com o mesmo grau de exigência, ou um grau substancialmente semelhante, a nível de competências, esforço e responsabilidade, e no qual as condições de trabalho fossem iguais ou substancialmente semelhantes».

Após as decisões do Tribunal do Emprego e do Supremo Tribunal a apoiar a alegação de Kristine Bartlett, o governo da Nova Zelândia anunciou, em 2015, que iniciaria negociações sobre as taxas de remuneração para os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados e de apoio e estabeleceu um grupo de trabalho conjunto em 2016 que incluía sindicatos de trabalhadores, organizações de empregadores e outros prestadores de cuidados. O acordo de resolução foi assinado em maio de 2017, e em junho de 2017 a Lei foi aprovada por unanimidade no Parlamento.

A Lei sobre o estabelecimento de igualdade salarial para os trabalhadores de cuidados de 2017 entrou em vigor no dia 1 de julho de 2017. O acordo corresponde a 2 mil milhões de dólares neozelandeses para mais de 55 000 trabalhadores e trabalhadoras de cuidados e apoio de lares de terceira idade, apoio domiciliário e serviços às pessoas com deficiência. Dependendo das qualificações e/ou da experiência dos trabalhadores, a sua taxa remuneratória aumentará entre 15 e 50 por cento nos próximos cinco anos. Os trabalhadores que auferiam anteriormente o salário mínimo de 15,75 dólares neozelandeses por hora serão aumentados para pelo menos 19 dólares neozelandeses por hora, o que corresponde a um aumento salarial de 21 por cento. A mão-de-obra terá um aumento salarial entre 19 a 27 dólares neozelandeses por hora.

A característica única da Lei sobre o estabelecimento de igualdade salarial de 2017 é que reconhece a subvalorização sistemática do trabalho de cuidados com base no sexo, sugerindo que poderia ser aplicado um processo semelhante a outros trabalhadores e trabalhadoras de cuidados com baixas remunerações na Nova Zelândia.

As reações dos principais atores envolvidos no acordo histórico são reproduzidas abaixo:

«Dar-nos-á a dignidade e orgulho que fazem com que as nossas vidas valham a pena, sabendo que estamos a ser pagas quanto de facto valemos. Após anos de luta devido aos baixos salários, esperamos agora que nos sobre um pouco para realmente aproveitarmos a vida.» *Kristine Bartlett*

«Este acordo de igualdade oferece taxas de remuneração que refletem verdadeiramente as competências e a importância do trabalho que os trabalhadores de cuidados e apoio realizam todos os dias. As taxas de remuneração dignas e o direito a obter qualificações irão crescer e reter pessoal especializado para cuidar das nossas pessoas idosas. Isto reforçará a confiança do público de que serão prestados cuidados de alta qualidade aos entes queridos da família nos nossos lares e hospitais». *Cee Payne, Gestora de Serviços Industriais da Organização de Enfermeiros da Nova Zelândia*

«Este acordo fará a verdadeira diferença para os nossos membros. Os nossos membros no apoio domiciliário e apoio às pessoas com deficiência desempenham um papel fundamental no empoderamento das pessoas para viverem vidas independentes nas suas comunidades. Este acordo reconhece o valor do trabalho que fazem - e das pessoas que apoiam.» *Erin Polaczuk, Secretária Nacional da Associação de Serviços Públicos*

Fontes: E tū, 2017; Conselho de Sindicatos da Nova Zelândia, 2017; Ravenswood, 2017; Governo da Nova Zelândia: 2017; Ministério da Saúde, 2017; e Serviço Parlamentar, 2017.

contribui para a realização do ODS 1, «Erradicar a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares.»

Alcançar um salário igual para trabalho de igual valor nas profissões de cuidados

Em consonância com os termos da Convenção (n.º 100) sobre a Igualdade de Remuneração, de 1951, devem ser estabelecidos salários iguais para trabalho de igual valor nas profissões de cuidados. Este objetivo pode ser garantido melhorando a transparência dos salários e a implementação dos métodos de avaliação dos postos de trabalho sem enviesamento de género e que corrijam os enviesamentos que contribuem de uma forma geral para atribuir um valor inferior e salários inferiores aos empregos de cuidados. Devem ser também disponibilizadas soluções de recurso efetivas a quem trabalha na área da prestação de cuidados. As boas práticas para a gestão de recursos humanos incluem processos de revisão salarial em termos de igualdade de género, garantindo especificamente que os homens e as mulheres que realizam trabalhos diferentes de igual valor (por exemplo, com experiência e níveis de qualificação equivalentes) auferem o mesmo valor, conforme preconizado, por exemplo, na Provedoria da Equidade no Trabalho na Austrália.¹¹⁶ O caso do aumento salarial no trabalho de prestação de cuidados e apoio na Nova Zelândia em 2017 ilustra como se pode compensar a subvalorização sistemática dos trabalhos de cuidados (ver Caixa 6.15).

Apoiar a transição do trabalho de cuidados da economia informal para a economia formal

No seguimento dos objetivos estabelecidos na Recomendação n.º 204 relativa à transição da economia informal para a economia formal, diversos países da Europa (nomeadamente a Alemanha, Bélgica, Dinamarca, Finlândia, França, Itália e Suécia) tornaram o emprego formal do trabalho doméstico mais atrativo para as famílias, através de de-

Caixa 6.16. Tornar o trabalho formal: o caso de uma cooperativa de trabalhadores de cuidados em Trindade e Tobago

Em Trindade e Tobago, o trabalho doméstico está a crescer, sobretudo entre mulheres com baixos rendimentos. Em 1982, foi criado o Sindicato Nacional de Trabalhadores Domésticos (NUDE). Desde então, o sindicato conseguiu alguns progressos em termos da legislação, que agora prevê disposições sobre subsídio de doença, licença de maternidade e licença anual para férias. Porém, várias questões permanecem por abordar, tais como a ausência de contratos de trabalho, falta de prestações de velhice e acesso limitado a produtos e serviços financeiros devido ao facto de a maioria dos trabalhadores e trabalhadoras domésticos terem registos mínimos de emprego. Os membros do NUDE decidiram formar a Sociedade Cooperativa Limitada do Centro de Trabalhadores de Serviços (SWCC) com o objetivo de abordar alguns dos desafios supramencionados e proporcionar oportunidades de trabalho digno e serviços relacionados com o trabalho doméstico. Em janeiro de 2014, a SWCC foi registada como cooperativa. A experiência em cooperativas de trabalhadores domésticos em Trindade e Tobago não é única. Muitas outras cooperativas semelhantes estão a ser formadas em todo o mundo, adicionalmente às cooperativas que prestam outros tipos de serviços de cuidados. Um exercício de mapeamento da OIT em 2013 identificou mais de 40 cooperativas de trabalhadores e trabalhadoras domésticas no mundo.¹¹⁷

* BIT, 2016a.

Fonte: OIT, Unidade de Cooperativas, 2018.

duções no imposto de rendimentos ou créditos fiscais. Em França, a conjugação destas medidas com um quadro regulamentar mais sólido e diversos acordos de negociação coletiva conduziu a alguns dos níveis mais elevados de emprego formal a nível mundial no que se refere ao trabalho doméstico.¹¹⁸ A simplificação dos procedimentos de registo também pode aumentar o nível de registo entre os agregados familiares que empregam trabalhadoras domésticas, como é o caso da Argentina.¹¹⁹

Como detalhado no Capítulo 4, as transferências monetárias por cuidados que apoiam o emprego de profissionais de serviços de assistência pessoal no domicílio (incluindo assistentes pessoais no caso de pessoas com deficiência) necessitam de ser reguladas de forma a garantir a criação de emprego formal. Nos países nórdicos, por exemplo, isto pode ser conseguido mandatando a aquisição destes serviços a empresas registadas ou a trabalhadores independentes registados. Uma estratégia nacional coerente para facilitar a transição para a formalidade necessita de reconhecer que os custos do trabalho informal são altos para todas as partes - empresas, trabalhadores e comunidade (ver Caixa 6.16 para um estudo de caso da transição para uma atividade formal em Trindade e Tobago).

Apoiar as instituições sem fins lucrativos dedicadas aos cuidados

Como detalhado no Capítulo 3, apenas 21 por cento¹²⁰ das crianças de todo o mundo estão inscritas em serviços de cuidados e ensino da primeira infância para crianças com menos de três anos de idade e há enormes lacunas de cobertura nos serviços e infraestruturas públicos de cuidados continuados, sobretudo em países de baixo e médio rendimento.¹²¹ Num contexto de uma quase total ausência de opções viáveis públicas ou privadas, as cooperativas estão a emergir como um tipo de prestação inovadora de cuidados.¹²² Na África Subsaariana, incluindo o Ruanda e o Zimbabué, as cooperativas emergiram para satisfazer as necessidades de habitação e saúde das pessoas afetadas pelo VIH.¹²³ Na América do Norte, são comuns as cooperativas destinadas a jovens com necessidades em termos de desenvolvimento. As cooperativas de cuidados a pessoas idosas, que fornecem habitação e/ou cuidados domiciliários, prevalecem na Ásia (por exemplo, no Japão e na República da Coreia), na Europa Ocidental (por exemplo, França e Reino Unido), América do Norte (Canadá e Estados Unidos da América) e partes do Cone Sul (por exemplo, Uruguai). Em Itália, as cooperativas e empresas sociais prestam serviços sociais, de saúde e de educação através de centros comunitários para crianças e pessoas idosas, instalações de cuidados de saúde e cuidados domiciliários para pessoas idosas.¹²⁴ A Recomendação (n.º 193) sobre a Promoção das Cooperativas, de 2002, da OIT, estipula que os Estados devem promover cooperativas e fornecer um quadro de políticas de apoio, consistente com a natureza e a função das cooperativas e orientado pelos valores das cooperativas, nomeadamente a responsabilidade social, democracia, igualdade e solidariedade.¹²⁵ As cooperativas realizam diversas contribuições como prestadoras de cuidados e empregadoras. As cooperativas detidas por trabalhadores podem melhorar os salários e os benefícios, apresentam taxas de rotatividade do pessoal mais baixas, regulam e formalizam a prestação de cuidados informais no domicílio e proporcionam profissionalização e formação às pessoas que prestam de cuidados.¹²⁶ Servem, sobretudo, de veículos para promover os direitos dos trabalhadores e trabalhadoras, permitindo que possam negociar para conseguir melhores salários, condições de trabalho e proteção no emprego no setor dos cuidados, sendo especialmente eficazes no caso das mulheres trabalhadoras.¹²⁷ As cooperativas têm-se envolvido na organização de

Caixa 6.17. Cooperativas de cuidados que prestam serviços aos beneficiários de cuidados e melhores condições de trabalho exemplos selecionados

A Cooperativa do Reino Unido Foster Care, que oferece colocação de longa e de curta duração em famílias de acolhimento, assim como cuidados temporários às famílias em crise, foi fundada em 1999 e fundiu-se em 2016 com uma organização de cuidados temporários sem fins lucrativos (*Jigsaw Independent Fostering*). Todos os lucros são reinvestidos em formação e benefícios para os trabalhadores e trabalhadoras, assim como em serviços alargados.

A Sungmisan Village na República da Coreia é uma cooperativa comunitária única que oferece programas de atividades de apoio à infância e ATL. A *Village* compreende um sistema comunitário integral que pratica e reafirma os valores e os princípios cooperativos e transmite estes valores de cooperação às crianças para construir um futuro positivo.

O Centro Cooperativo Y's Owl Maclure no Canadá presta serviços a crianças com problemas de desenvolvimento e promove os direitos das pessoas que se tornam membros da comunidade ativamente participativos através de programas de aconselhamento (transição da escola para a vida ativa), formação e emprego. A cooperativa oferece excelentes oportunidades de trabalho, benefícios e formação, proporcionando competências e acesso equitativo aos mercados de trabalho de cuidados aos beneficiários de cuidados.

A Cooperativa Tubusezere Twihangire no Ruanda foi estabelecida em 2012 por pessoas que, no passado, se dedicavam à prática de sexo comercial que formaram um grupo, organizaram e receberam formação sobre o tratamento e prevenção do VIH de uma ONG parceira (a Sociedade para a Saúde da Família). A cooperativa vende preservativos com desconto nas zonas urbanas e rurais, realiza controlos de infeções sexualmente transmissíveis (IST) e de tuberculose, proporciona sessões de sensibilização e de formação e oferece apoio social às pessoas que vivem com o VIH. Os serviços são prestados gratuitamente ou a uma taxa subsidiada tanto aos membros da cooperativa como aos não membros.

A Cooperativa Caminos do Uruguai é a maior cooperativa de cuidados auxiliares e de assistência terapêutica do país. Fornece assistência pessoal no domicílio, clínicas e hospitais e emprega uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, incluindo profissionais de enfermagem com licenciatura, pessoal médico e de psicologia. Em cada um dos casos dos clientes individuais, os utilizadores dos serviços da Camino e as suas famílias, assim como os prestadores de cuidados, trabalham juntos para criar um plano de cuidados para cada utilizador, sublinhando a autoconfiança e a colaboração familiar sempre que possível.

O sindicato da Cooperativa de Pessoas Idosas do Japão (*Koreikyo*), fundado em 2001, desenvolveu um modelo inovador de cuidados a pessoas idosas: todos os serviços são realizados para e por pessoas idosas. As pessoas idosas ativas, com idades entre os 55 e os 75 anos, prestam cuidados às pessoas mais dependentes com mais de 75 anos. A missão orientadora da *Koreikyo* é ajudar as pessoas idosas a permanecerem ativas, independentes e participativas nos seus últimos anos, fornecendo os serviços necessários para manter uma vida social saudável, além de oferecer uma plataforma que permite que as pessoas idosas continuem a trabalhar à medida que a idade avança. A cooperativa alcançou mais de 100 000 membros durante a última década. Desde 2000, os serviços de cuidados e saúde prestados pela cooperativa podem ser reembolsados pelo *Kaigo Hoken*, o seguro nacional de cuidados continuados. Os membros da cooperativa pagam uma taxa de adesão de entre 10 e 50 dólares dos EUA, que é devolvida se deixarem a cooperativa. Os membros também pagam uma taxa anual de membro de aproximadamente 30 dólares dos EUA.

Fonte: OIT, 2017h.

trabalhadores e trabalhadoras domésticas. Alguns exemplos bem-sucedidos de cooperativas economicamente sustentáveis incluem a Associação de Mulheres Trabalhadoras Independentes (SEWA) na Índia e a Cooperativa Nacional de Gestores Domésticos na República da Coreia¹²⁸ (ver também Caixa 6.17).

Como foi mencionado no Capítulo 4 (Caixa 4.5), as plataformas digitais que fornecem trabalho doméstico às famílias encontram-se geralmente fora do âmbito da legislação do trabalho. A prática de gerir estas plataformas como cooperativas detidas por trabalhadores e trabalhadoras emergiu como uma forma de superar esta questão. Nos Estados Unidos da América, foi estabelecida a cooperativa *Nurses Can* com o apoio da sucursal local do Sindicato Internacional dos Funcionários dos Serviços na Califórnia. A plataforma permite que clientes contactem profissionais de enfermagem com licenciatura diretamente através de uma aplicação (*app*).

Para aproveitar o pleno potencial das cooperativas e outras organizações comunitárias e de solidariedade, são essenciais políticas e legislação adequadas. Por exemplo, em Itália, o reconhecimento legal das cooperativas sociais através da adoção da Lei 381 aumentou drasticamente a sua capacidade de prestar serviços de cuidados a um amplo leque de beneficiários, incluindo pessoas idosas, crianças, adolescentes e pessoas com deficiência.

2. Assegurar um ambiente de trabalho seguro, saudável e estimulante a quem trabalha na prestação de cuidados

Adotar e fazer cumprir legislação e políticas para eliminar todas as formas de violência e assédio contra quem trabalha na prestação de cuidados

Como foi aprofundado no Capítulo 4, os trabalhadores e trabalhadoras dos setores e profissões relacionados com os cuidados, incluindo os cuidados de saúde, a educação e o trabalho doméstico, correm um risco específico de violência e assédio no local de trabalho. Diversas normas da OIT sublinham a importância da não discriminação e estabelecem medidas para garantir o acesso à segurança e saúde no trabalho, incluindo para o pessoal de enfermagem.¹²⁹ Os constituintes da OIT também iniciaram um processo de estabelecimento de normas para acabar com a violência e o assédio no mundo do trabalho.¹³⁰ As orientações da OIT para abordar e reduzir a violência no local de trabalho implicam estratégias de prevenção e a adoção de uma abordagem participativa, incluindo o envolvimento de sindicatos, governos, empregadores e trabalhadores, e especialistas em violência no local de trabalho.¹³¹

Uma resolução recente da Assembleia Geral das Nações Unidas¹³² condena firmemente todos os ataques a pessoal médico e de saúde e incita os Estados a desenvolver urgentemente medidas eficazes na promoção da segurança e proteção deste pessoal. Estas existem numa série de países. Nos Estados Unidos da América (Nova Jérquia), Índia (*Tamil Nadu*), Israel e Turquia, por exemplo, foram adotadas leis específicas para abordar a violência contra profissionais de cuidados de saúde. Estas leis exigem que o empregador tome medidas de prevenção, nomeadamente estabelecendo um comité de prevenção da violência com o poder de expulsar os perturbadores dos locais e instalações do local de trabalho. Os hospitais implementaram diferentes estratégias para combater a violência, entre as quais são práticas comuns a contratação de pessoal de segurança, a instalação de botões de alarme e o reporte sistemático dos atos de violência.¹³³

Recolher dados para esclarecer sobre as políticas de segurança e saúde no trabalho nos setores dos cuidados

A segurança e saúde no trabalho podem beneficiar de estratégias políticas integradas no quadro de prestações por acidentes no trabalho para todos os trabalhadores e trabalhadoras. Estas prestações compensam quem sofreu acidentes de trabalho ou desenvolveu doenças profissionais, assim como as prestações de sobrevivência para as famílias das vítimas de acidentes mortais no trabalho. A segurança social relativa a acidentes de trabalho (EISS) faculta dados sobre os acidentes de trabalho e doenças profissionais, e a recolha e análise destes dados é essencial para estabelecer políticas de segurança e saúde no trabalho (SST) que contribuam para a sustentabilidade financeira dos regimes de indemnização. Quando a EISS e a SST são implementadas numa única organização, a coordenação das atividades e a partilha de dados em tempo real através de um trabalho em rede de tecnologias da informação comum fica facilitada. Em alternativa, em muitos países, uma parte do fundo do EISS pode ser atribuído à implementação das políticas relacionadas com a SST. Espera-se que as atividades de SST melhorem a segurança no local de trabalho e a prevenção de acidentes e doenças profissionais, o que contribuiria para a estabilidade do fundo do EISS e a sua sólida gestão, reduzindo a despesa com indemnizações.

Promover o aperfeiçoamento profissional, reforçar as competências, certificar e reconhecer as qualificações e progressão na carreira para todos os trabalhadores e trabalhadoras que prestam cuidados

As políticas públicas são essenciais para facilitar a educação e formação adequados dos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados, assim como boas condições de trabalho, incluindo as perspetivas de carreira e remuneração. Como resultado, devem ser estabelecidos requisitos básicos relativos à formação e prática das pessoas que prestam serviços de cuidados, incluindo os docentes, pessoal de enfermagem¹³⁴ e de cuidados a crianças.¹³⁵ O desenvolvimento profissional contínuo abrangente e ao longo da carreira é também importante para assegurar a qualidade dos serviços de cuidados e ensino da primeira infância.¹³⁶

Uma mão-de-obra competente na saúde e ação social, qualificada e bem organizada, sobretudo nas zonas rurais e desfavorecidas, é de fundamental importância para o fortalecimento dos sistemas de saúde.¹³⁷ Isto exige uma correspondência efetiva da oferta e das competências de profissionais de saúde às necessidades da população para fazer face à escassez através da dinâmica do mercado de trabalho e de políticas em matéria de educação.¹³⁸

As políticas e programas de formação de profissionais necessitam de melhorar o desenvolvimento profissional, sobretudo em áreas remotas e desfavorecidas e aos que trabalham com populações desfavorecidas, marginalizadas e vulneráveis, nas quais a preparação inicial pode ser o ponto mais fraco e, conseqüentemente, necessitar de um maior apoio. Quando os recursos são limitados, as lacunas podem ser parcialmente preenchidas recorrendo a formadores e formadoras nacionais ou regionais experientes para ministrar formação de formadores, partilhando conhecimentos e capacidades de desen-

volvimento profissional com organizações a nível local. Os Estados podem legislar no sentido do reconhecimento das qualificações profissionais dos trabalhadores e trabalhadoras migrantes tendo em vista a promoção efetiva da igualdade de oportunidades e tratamento na orientação e formação profissional.¹³⁹

A Convenção (n.º 189) sobre os Trabalhadores e Trabalhadoras do Serviço Doméstico, de 2011, promove igualmente o desenvolvimento contínuo das suas competências e qualificações. Uma melhor regulamentação das agências que empregam trabalhadores e trabalhadoras domésticos pode apoiar o trabalho digno e garantir o acesso à formação. Na China, por exemplo, o pessoal doméstico empregado por agências usufruem da mesma proteção laboral e oportunidades de formação de outras categorias profissionais. Em Pequim, o Governo subsidia estas empresas tendo em vista apoiá-las na cobertura do seguro social, resultando em proteções dignas para estes trabalhadores e trabalhadoras.¹⁴⁰ A França e a Bélgica adotaram um conjunto de medidas, incluindo apoio da formação no âmbito das competências e a promoção de prestadores de serviços, com o objetivo de desenvolver o setor do serviço doméstico para além da transformação de empregos não declarados em empregos formais.¹⁴¹

Promover a igual participação de mulheres e homens nos empregos de cuidados e fomentar o acesso das mulheres a cargos de gestão ou direção em profissões de cuidados

A nível mundial, as mulheres trabalhadoras excedem os homens na área dos cuidados na proporção de dois para um, e as mulheres constituem 65 por cento da mão-de-obra de cuidados total (Capítulo 4). No trabalho de cuidados, a segregação profissional com base no sexo limita as oportunidades de emprego das mulheres noutros setores e as oportunidades de emprego dos homens no setor dos cuidados. A segregação vertical - o facto de as mulheres estarem subrepresentadas nas posições de gestão e direção - é uma das causas das diferenças salariais entre mulheres e homens, que se observa também nas profissões de cuidados. Os Estados podem desempenhar um papel central na promoção da

Caixa 6.18. Reduzir a segregação profissional em cuidados e ensino da primeira infância: medidas inovadoras adotadas pelo Governo flamengo

Em 2002, o Governo da comunidade flamenga da Bélgica aprovou novos regulamentos relativos à qualidade dos serviços ECCE. O Artigo 12.º do Decreto sobre a Qualidade declara: «Serão feitas tentativas ativas para contratar homens, assim como mulheres, e autóctones, assim como minorias étnicas, como profissionais de cuidados a crianças e como funcionários.» O Ministro do Bem-Estar e da Igualdade de Oportunidades também aumentou os salários do pessoal das creches em 30 por cento. O Governo flamengo lançou uma campanha para incentivar mais homens a assumir empregos em cuidados a crianças em colaboração com organizações coletivas e a Universidade de Gante. A pedido das organizações coletivas, o Governo escolheu um nome mais neutro para a profissão de cuidados. A referência a «cuidados» no título da atividade profissional foi substituída por uma palavra mais pedagógica, de forma a que «*kinderverzorger*» ou «cuidador ou cuidadora de crianças» passasse a «*kinderbegeleider*», isto é, «companheiro ou companheira de crianças».

Fonte: Peeters, 2007.

igualdade de oportunidades e de tratamento através de campanhas de sensibilização e, por exemplo, modificando a organização do trabalho e a distribuição de tarefas de modo a evitar efeitos negativos no tratamento e no progresso das mulheres.

Exemplos de boas práticas para inverter a segregação vertical nas profissões de cuidados incluem programas que oferecem orientação e aconselhamento em termos de carreira para a progressão da carreira das mulheres e visam mudar a cultura e clima organizacional masculinos, como é o caso, por exemplo, dos Estados Unidos da América com o Programa de Liderança Executiva na Medicina Universitária.¹⁴² Os programas de sensibilização que apresentam desde cedo a raparigas e rapazes um amplo leque de empregos, incluindo as profissões geralmente dominadas pelos homens e dominadas pelas mulheres, assim como os programas de orientação, podem contribuir para reduzir a segregação horizontal. Por exemplo, a iniciativa *Futurs en tous genres* na Suíça organiza uma operação anual que envolve as famílias, empresas e as escolas em seminários e visitas aos locais de trabalho dos pais e das mães das crianças.¹⁴³ Podem ser adotadas mais estratégias a todos os níveis, incluindo campanhas de sensibilização nos meios de comunicação, ações que envolvam os empregadores, as organizações de trabalho, as instituições de formação e as famílias. Pode ser, por exemplo, adotada uma ampla variedade de estratégias para abordar a subrepresentação dos homens nos programas de educação pré-escolar, tal como as campanhas de recrutamento com objetivos estabelecidos na Noruega e no Reino Unido, e o aumento dos salários do pessoal que trabalha nas creches e os cursos de formação adaptados aos homens implementados pelo Governo flamengo (Caixa 6.18).¹⁴⁴

3. Adotar leis e aplicar medidas para proteger a migração laboral

Garantir que os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados migrantes gozam plenamente dos direitos laborais e da igualdade de tratamento

Em consonância com a Convenção (n.º 143) sobre os Trabalhadores Migrantes (disposições complementares), de 1975, os Estados devem combater a migração em condições abusivas e promover a igualdade de oportunidades e de tratamento para os trabalhadores migrantes no que respeita ao emprego e à profissão, segurança social, sindicatos e direitos culturais, e liberdades individuais e coletivas. A Recomendação (n.º 151) que a acompanha menciona especificamente que os trabalhadores e trabalhadoras migrantes devem gozar de igualdade de oportunidades e de tratamento efetivo em termos de orientação e formação profissional, progresso, segurança no emprego, remuneração e condições de trabalho. A Convenção (n.º 181) relativa às Agências de Emprego Privadas, de 1997, e a Recomendação (n.º 188) que a acompanha são particularmente importantes para os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados migrantes, uma vez que são muitas vezes recrutados através de agências de emprego privadas. Estes instrumentos estipulam que os Estados devem proporcionar proteção adequada e evitar abusos por agências de emprego privadas, e que as agências devem informar quanto à natureza do posto de trabalho oferecido e os termos e condições de emprego aplicáveis. Como exemplo de boas práticas, determinadas jurisdições no Canadá impõem requisitos de licenciamento onerosos às agências de recrutamento e emprego, incluindo a publicação dos vínculos quando os trabalhadores migrantes são recrutados.¹⁴⁵ No Gana, onde existe um regime

de registo e licenciamento para as agências de recrutamento e emprego que colocam os trabalhadores e trabalhadoras domésticos (nacionais), as agências privadas de emprego verificam os acordos formais de emprego e garantem que as obrigações em termos de contribuições para a segurança social são cumpridas.¹⁴⁶

As evidências apresentadas no Capítulo 4 mostram que os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados migrantes enfrentam uma série de obstáculos em todos os países de destino que limitam os seus direitos laborais, sobretudo em empregos pouco qualificados em cuidados continuados e trabalho doméstico. Em alguns países, ficam vinculados a um empregador e encontram-se em situações precárias, em empregos irregulares ou temporários. Em resultado da sua posição vulnerável, são-lhes geralmente propostos baixos salários, horários de trabalho prolongados, más condições de trabalho, enfrentam limitações quando se candidatam a promoções no cargo e desenvolvimento de carreira e sentem insegurança no trabalho.¹⁴⁷ Para além disso, os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados migrantes, assim como os migrantes, são muitas vezes excluídos da legislação laboral e da proteção social.¹⁴⁸ Podem ser encontrados alguns exemplos de boas práticas na União Europeia, onde os trabalhadores migrantes, incluindo em situação irregular, têm direito a uma remuneração justa e têm acesso a meios de reparação contra a exploração. A Diretiva da UE relativa às Sanções dos Empregadores (Artigo 6.º), declara que os migrantes em situação irregular podem instaurar um processo de recuperação de quaisquer remunerações em atraso ou podem apelar a uma autoridade competente do Estado-Membro da UE em questão para iniciar os procedimentos de recuperação.¹⁴⁹ No entanto, deverão realizar-se mais esforços para apoiar os trabalhadores e trabalhadoras migrantes na reivindicação dos seus direitos em tribunal. Quando estão em situação irregular têm geralmente medo de serem detidos, têm pouca ou nenhuma segurança em termos de residência e têm, de uma forma geral, uma consciência limitada dos seus direitos.

Assegurar proteção social para o trabalho doméstico e de cuidados migrante

Em comparação com os nacionais que trabalham toda a sua vida num só país, os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados migrantes enfrentam enormes desafios em exercerem o seu direito à segurança social.¹⁵⁰ Pode ser-lhes negado acesso, ou terem um acesso limitado, à segurança social no seu país de acolhimento devido à sua situação, nacionalidade ou à duração insuficiente dos seus períodos de emprego e residência. O acesso pode ser adicionalmente limitado devido à falta de conhecimento e de consciência dos seus direitos e obrigações. Simultaneamente, podem perder o direito às prestações da segurança social nos seus países de origem devido à sua ausência temporária. Os princípios de territorialidade e nacionalidade são características inerentes e problemáticas da legislação nacional de muitos países, e a ausência de mecanismos de coordenação entre países pode impedir os migrantes de obterem cobertura da segurança social.

A abordagem da OIT para superar estas questões é a promoção da ratificação e aplicação da Convenção (n.º 143) relativa aos Trabalhadores Migrantes, de 1975; a Convenção (n.º 102) relativa à Segurança Social (norma mínima), de 1952; a Convenção (n.º 118) sobre a Igualdade de Tratamento (Segurança Social), de 1962; Convenção (n.º 157) sobre a Manutenção dos Direitos da Segurança Social, de 1982; a Convenção (n.º 189) sobre os Trabalhadores e Trabalhadoras do Serviço Doméstico, de 2011 e a Recomendação (n.º 202) sobre Pisos de Proteção Social, de 2012. Esta abordagem visa assegurar que a

população migrante é coberta pela segurança social e os regimes de assistência social, incluindo a proteção da maternidade e a proteção em caso de acidentes de trabalho, e de que esta e as suas famílias gozam as mesmas oportunidades e tratamento em relação à segurança social dos nacionais. O Quadro Multilateral da OIT sobre Migração Laboral de 2006 também apela à celebração de acordos de segurança social para assegurar a portabilidade dos direitos relativos à segurança social. Exemplos de boas práticas incluem o alargamento da proteção laboral a migrantes, incluindo do trabalho doméstico, como em Hong Kong (China) e na África do Sul, e assegurar a coerência da proteção laboral com a lei da imigração, como na Bélgica. Outras medidas positivas incluem a celebração de acordos de segurança social, isto é, tratados que coordenam os regimes de segurança social de dois ou mais países para proporcionar igualdade de tratamento no que respeita à segurança social, assim como acesso e preservação e/ou portabilidade dos direitos relativos à segurança social. Por exemplo, Espanha e Filipinas assinaram um acordo bilateral a assegurar a igualdade de tratamento do pessoal de enfermagem e para permitir outros trabalhadores filipinos altamente especializados a trabalhar em Espanha com as mesmas proteções e direitos dos trabalhadores espanhóis.¹⁵¹ Os memorandos de entendimento podem também complementar a legislação laboral. Por exemplo, o memorando assinado entre as Filipinas e o Barém declara que «os recursos humanos para a saúde recrutados nas Filipinas gozarão os direitos e responsabilidades dispostos nas convenções da OIT pertinentes».¹⁵²

Em 2011, a União Europeia reviu a sua diretiva relativa à migração laboral (2011/98/UE), que prevê o tratamento igual entre os trabalhadores migrantes de países fora da UE que residem legalmente e os nacionais do Estado-Membro da UE onde residem relativamente a uma série de questões, incluindo a segurança social. Quando estes trabalhadores migrantes (ou os seus sobreviventes) regressam a casa ou se mudam para outro país fora da UE, podem receber as pensões de velhice, invalidez ou morte para as quais contribuíram nas mesmas condições e às mesmas taxas que os nacionais dos Estados-Membros da UE em questão.¹⁵³ A portabilidade dos direitos da segurança social dos nacionais da UE e de nacionais de países terceiros foi também melhorada em 2010 com a adoção de novos regulamentos quanto à coordenação (Regulamentos 883/2004 e 987/2009).¹⁵⁴

Podem ser encontradas boas práticas para assegurar que as trabalhadoras migrantes têm o mesmo acesso que as outras trabalhadoras à proteção da maternidade, por exemplo, na África do Sul, onde o despedimento de uma empregada por razões da sua gravidez, intenção de engravidar ou qualquer outra razão relacionada com a gravidez é automaticamente considerado injusto.¹⁵⁵ A proibição de testes de gravidez não está disseminada na legislação laboral em todo o mundo, exceto na Europa e na América Latina. Em El Salvador, Nicarágua e Panamá, por exemplo, existem disposições a banir os testes de gravidez que cobrem também as trabalhadoras domésticas e migrantes.

Por fim, as políticas devem assegurar a proteção dos trabalhadores e trabalhadoras com responsabilidades familiares através da adoção de regulamentos no âmbito da reunificação familiar que abordem as necessidades dos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados e os membros das suas famílias. O Uruguai, com a sua Lei da Reunificação Familiar de 2008, adotou uma legislação de migração baseada nos direitos que reconhece o direito de todos os migrantes à reunificação familiar, o devido processo judicial e acesso à justiça, independentemente da sua situação.¹⁵⁶ Outros exemplos de boas práticas incluem,

por exemplo, memorandos de entendimento entre países, como é o entre a África do Sul e o Zimbabué, que visa nomeadamente adotar procedimentos normalizados para a localização, reunificação ou encontrar outras modalidades de cuidados a crianças desacompanhadas e separadas na África do Sul e no Zimbabué.

Caixa 6.19. Recrutamento justo de docentes: lições retiradas do protocolo de recrutamento de docentes da *Commonwealth*

O protocolo de recrutamento de docentes da *Commonwealth* (CTRP) foi reconhecido pela UNESCO, pela OIT, pela Organização dos Estados Americanos, pela União Africana e pelos Chefes de Governo da *Commonwealth* como um exemplo de boas práticas internacional na gestão da migração de docentes. O Protocolo define os direitos e responsabilidades das várias partes interessadas: países de recrutamento, países de origem e docentes recrutados. Também considera o papel das agências de recrutamento, assim como as práticas de monitorização e avaliação e as futuras ações exigidas pelos Estados-membros da *Commonwealth* e pelo Secretariado da *Commonwealth*.

Uma análise da implementação do protocolo do CTRP concluiu o seguinte:

- O contexto é essencial para a implementação do Protocolo, com as questões macro a determinar os fluxos migratórios, assim como a procura, e a influenciar as escolhas individuais em matéria de migração.
- A implementação do Protocolo é alargada a um amplo grupo de partes interessadas - incluindo escolas, consultores, académicos, ministros do trabalho e da migração e organismos de certificação - os quais fazem todos parte do «sistema de migração de docentes» e são fundamentais para a implementação mais ampla do Protocolo e atividades de sensibilização para a proteção dos seus direitos.
- Os ministérios da educação não têm uma visão exata das rotas de migração. As rotas comunicadas são claramente diferentes das rotas comunicadas pelos ministérios, que refletem um recrutamento mais organizado. No que respeita às políticas em termos de educação, é importante distinguir entre a oferta de docentes (o número absoluto) e a colocação de docentes (as localidades onde estão a trabalhar), que podem incluir zonas remotas e pouco atrativas.
- Os professores e professoras a título individual estão a escolher trabalhar numa série de diferentes países, e a migração em série é bastante comum. As iniciativas de recrutamento podem ter origem em agências de recrutamento, escolas individuais, autoridades educativas locais (distritos escolares) ou ministérios da educação.
- A maioria que faz parte da implementação do CTRP desconheciam o Protocolo. As evidências sugerem uma forte necessidade de aumentar a sensibilização e o envolvimento de docentes para que tomem consciência dos seus direitos e dos mecanismos de recurso disponíveis.

Fontes: Ochs e Yonemura, 2013; King-Dejardin, a publicar.

Assegurar um recrutamento justo

Como foi detalhado nos Capítulos 1 e 4, a qualidade dos serviços de cuidados está estreitamente associada às competências, qualificações e experiência dos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados. Por esse motivo, devem ser feitos esforços para reconhecer a sua experiência e qualificações, sobretudo dos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados migrantes. Os acordos bilaterais ou multilaterais assinados entre países podem ser usados como a base para o reconhecimento das qualificações ou formação para facilitar a cooperação na investigação.¹⁵⁷ Este é o caso de Espanha e do Reino Unido, por exemplo, que assinaram um acordo relativo às competências do pessoal de enfermagem e para pessoal médico sul africano em Cuba, na República Islâmica do Irão e na Tunísia. Outro exemplo diz respeito ao memorando de entendimento entre as Filipinas e o Barém, que fornece um quadro ético para o recrutamento de profissionais de saúde e cobre bolsas de estudos, cooperação académica e tecnológica, e prevê a reintegração de profissionais de saúde que regressam ao seu país de origem.¹⁵⁸

Os procedimentos de recrutamento justo são também particularmente importantes, como apoiado pela Iniciativa da OIT de 2014 para o Recrutamento Justo e os princípios que se seguem estabelecidos na Convenção (n.º 181) relativa às Agências de Emprego Privadas, de 1997. Estes instrumentos são essenciais para evitar situações da erosão das competências e práticas abusivas como, por exemplo, cobrar aos trabalhadores de cuidados migrantes taxas de recrutamento excessivamente elevadas. As boas práticas incluem a adoção de códigos de conduta no recrutamento, tal como o protocolo de recrutamento de docentes da *Commonwealth* (2004) (ver Caixa 6.19).¹⁵⁹

6.2.3. Representação, diálogo social e negociação coletiva

1. Assegurar a participação plena e efetiva e a igualdade de oportunidades de liderança para as mulheres em todos os níveis de tomada de decisão na vida política, económica e pública

A meta 5.5 do ODS 5 apela à participação plena e eficaz das mulheres e à igualdade de acesso a funções de liderança a todos os níveis de tomada de decisão na vida política, económica e pública, englobando as empresas, as instituições públicas, órgãos sociais de empresas e sindicatos. Não obstante tenham sido feitos progressos nas últimas duas décadas, as mulheres estão ainda largamente sub-representadas nos cargos de liderança e de alto nível. Por exemplo, havia apenas 19 mulheres chefes de Estado ou de governo em 2015 e, no setor privado, menos de 4 por cento dos CEO das maiores empresas do mundo eram mulheres.¹⁶⁰

A maior presença de mulheres em cargos de alto nível e de tomada de decisão, incluindo no que se refere a grupos sub-representados, tais como as minorias étnicas, as pessoas com deficiência, as pessoas que vivem com o VIH e os povos indígenas, pode contribuir para uma reflexão mais precisa sobre a diversidade da população e, assim, reconhecer e cuidar de diferentes necessidades e realidades. Pode ser igualmente um meio eficaz de assegurar que as preocupações associadas ao reconhecimento, redistribuição e redução do trabalho de cuidados não remunerado e a adequada recompensa e representação dos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados são abordadas nas medidas políticas, legislativas e no local de trabalho. As mulheres não são, por natureza, mais orientadas para os

cuidados, nem constituem um grupo homogêneo. Porém, as suas experiências de vida tendem a levá-las a entender e abordar melhor as questões relacionadas com os cuidados. Um estudo entre parlamentares de 110 países concluiu que é mais provável que as mulheres, mais do que os homens, deem prioridade a questões de igualdade entre homens e mulheres e sociais, tais como os cuidados a crianças, igualdade de remuneração, licença parental, pensões, direitos reprodutivos e proteção contra a violência de gênero.¹⁶¹ Pode ser encontrado um destes exemplos no Chile, com a eleição de Michelle Bachelet como Presidente em 2006. A sua campanha colocou uma forte ênfase no empoderamento das mulheres e o acesso a serviços e proteção social. Conseguiu uma reforma notável do sistema de pensões, em benefício das mulheres que se encontravam fora do mercado de trabalho, além de estabelecer o regime nacional *Chile Crece Contigo*, que presta serviços sociais abrangentes a crianças vulneráveis dos 0 aos 6 anos de idade e educação pré-escolar universal a todas as crianças de 4 a 5 anos (ver Caixa 6.7).¹⁶²

Em linha com a Convenção CEDAW e a Convenção da OIT (n.º 111) sobre a Discriminação (Emprego e Profissão), de 1958, as ações afirmativas foram úteis, sobretudo em termos do combate direto à discriminação. De facto, um conjunto de medidas adicional às quotas de género pode contribuir para o aumento da representação das mulheres em cargos de decisão, nomeadamente a fixação de objetivos, campanhas de sensibilização, formação e educação para desafiar os estereótipos e enviesamentos de género, assim como melhores políticas do mercado de trabalho e serviços de cuidados que permitem uma melhor conciliação trabalho-vida familiar às pessoas cuidadoras não remuneradas. Entre os exemplos de boas práticas, destaca-se a experiência do Ruanda no que respeita às quotas de género: em 2015, era o país com a maior percentagem (64 por cento) de mulheres eleitas no parlamento de todo o mundo.¹⁶³ Diversos países da Europa adotaram regulamentos relativos à representação das mulheres como membros da direção nas empresas privadas, como, nomeadamente, a Alemanha, Áustria, Bélgica,

Caixa 6.20. Desenvolver capacidades através de novas formas de promoção: o caso da figura de assistentes pessoais na Finlândia

A legislação finlandesa estipula que os municípios têm a responsabilidade de prestar assistência pessoal a pessoas com deficiência grave. Há atualmente entre 25 000 e 30 000 assistentes pessoais na Finlândia. A taxa de sindicalização deste setor de trabalho é excepcionalmente baixa para a Finlândia, pois ronda os 20 por cento. O JHL, o sindicato dos Setores Público e de Bem-Estar Social, é o maior sindicato do setor público da Finlândia e os seus membros afiliados incluem cerca de 2000 assistentes pessoais. O JHL lançou agora um projeto para abordar os desafios e pretensões por este grupo profissional em inquéritos.

No cerne do projeto encontra-se um sistema de promoção virtual em linha. Com a nova rede de trabalho, será mais fácil ligar os assistentes pessoais ao trabalho do JHL nos setores locais. O objetivo é melhorar os serviços e o aconselhamento dirigidos a assistentes pessoais e produzir um novo tipo de ativismo facilitado pelo trabalho em rede virtual. Ao longo do tempo, espera-se que os membros em rede passem a estar mais estreitamente ligados ao sindicato e que essas ligações abram novas possibilidades, como, por exemplo, eleger delegados sindicais.

Fontes: Shakespeare e Williams, a publicar; JHL, 2017.

Dinamarca, Espanha, Finlândia, França, Luxemburgo, Países Baixos, Polónia, Reino Unido e Suécia.¹⁶⁴

2. Promover a liberdade de associação para os trabalhadores de cuidados e os empregadores

Os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados, sobretudo os que têm empregos pouco qualificados, como quem trabalha nos cuidados continuados e no trabalho doméstico, enfrentam termos e condições de trabalho e de emprego deficientes (ver Capítulo 4). De acordo com a Convenção (n.º 87) sobre a Liberdade Sindical e Proteção do Direito Sindical, de 1948, assim como com as Convenções (n.º 143) sobre os trabalhadores migrantes e a (n.º 189) sobre o trabalho digno para o trabalho doméstico, é essencial que todos os trabalhadores de cuidados possam aderir a sindicatos e organizações que representem os seus interesses. Contudo, as taxas de filiação sindical são geralmente baixas nos setores dos cuidados, particularmente quando a prestação pública é limitada.¹⁶⁵ É, assim, fundamental reforçar as capacidades dos sindicatos e promover a cooperação. Podem ser encontrados uma série de exemplos de boas práticas no setor dos cuidados. Na África do Sul, os profissionais de saúde de comunidades locais mobilizaram-se para fazer uma campanha sobre o trabalho digno, tendo subsequentemente formado o Sindicato Nacional dos Trabalhadores de Cuidados da África do Sul em 2016.¹⁶⁶ Alguns sindicatos usam novas tecnologias para reforçar as capacidades, criando plataformas na internet que permitem a divulgação de aconselhamento, informações e promoção. É este o caso do sindicato finlandês JHL, que representa os assistentes pessoais que prestam serviços a pessoas com deficiência (ver Caixa 6.20).

Os trabalhadores e trabalhadoras domésticas enfrentam obstáculos legais e práticos para se organizarem e para a negociação coletiva. Existem, todavia, muitos exemplos de organizações de trabalhadores de cuidados domésticos bem-sucedidas como, por exemplo, na África do Sul, Argentina, Bélgica, França, Hong Kong (China), Líbano e Países Baixos.¹⁶⁷ Juntos, formaram a Federação Internacional de Trabalhadores Domésticos que, no momento da redação deste relatório, representava 500 000 trabalhadores e trabalhadoras domésticos em 54 países. Em Hong Kong (China), foi estabelecida a Federação dos Sindicatos de Trabalhadores Domésticos Asiáticos (FADWU) em 2010, com o apoio da Confederação dos Sindicatos de Hong Kong (HKCTU), depois de muitos anos de luta. Esta federação, que reúne seis sindicatos com base nas nacionalidades (trabalhadores domésticos chineses locais juntamente com os sindicatos de trabalhadores do Bangladeche, Indonésia, Filipinas e Tailândia), representa os seus interesses coletivos em relação à Administração de Hong Kong e desenvolve campanhas de sensibilização sustentadas entre os trabalhadores domésticos nativos e migrantes (ver também Caixa 6.14).

3. Promover o diálogo social e fortalecer o direito à negociação coletiva nos setores de cuidados

Em conformidade com a Convenção (n.º 98) sobre o Direito de Organização e Negociação Coletiva, de 1949, devem ser tomadas medidas para incentivar e promover a negociação voluntária entre as organizações de empregadores e de trabalhadores para regular os termos e condições de emprego através de convenções coletivas. Outra importante norma relacionada com o estabelecimento de salários é a Convenção (n.º 100) sobre a Igualdade de Remuneração, de 1951, que estipula que os Estados devem garantir a aplicação do princípio da igualdade de remuneração para homens e mulheres para o trabalho

Caixa 6.21. **Negociação coletiva ao nível dos estados: o caso dos trabalhadores domésticos no Illinois e na Califórnia**

No **Illinois**, o *Medicaid* e o *Medicare* são tratados a nível estatal. O Sindicato Internacional dos Funcionários de Serviços (SEIU) tinha uma dupla estratégia: trabalhava para ganhar reconhecimento e para negociar com agências privadas de cuidados domiciliários, envolvendo-se simultaneamente em trabalho legislativo para conquistar o direito a negociar diretamente com o Estado. Em 1990, o sindicato conquistou o direito de incluir uma opção para um acordo de verificação das quotas sindicais, o que aumentou radicalmente a receita e a sua capacidade de organização. Vários anos mais tarde, o governador estabeleceu «acordos de participação justa» no setor de cuidados domiciliários, exigindo que os trabalhadores que beneficiavam de um contrato negociado pelo sindicato pagassem as suas quotas de membros do sindicato ou permanecessem não sindicalizados e pagassem uma «taxa justa» ao sindicato. Em 2003, o governador assinou uma ordem executiva que conferia aos trabalhadores de cuidados domiciliários o direito a negociar diretamente com o governo do Estado, reconhecendo o Estado como seu empregador para fins de negociação. Em 2013, os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados domiciliários abrangidos pelo contrato SEIU tiveram acesso ao seguro de saúde, programas de formação e de orientação, proteções de saúde e segurança mínima e procedimentos para queixas. Em 2012, o setor local de Chicago do SEIU representava 27 000 profissionais de cuidados domiciliários. De acordo com o SEIU, os salários no Illinois aumentaram de 7 dólares dos EUA por hora quando o sindicato foi reconhecido pela primeira vez, para 13 dólares dos EUA por hora nos finais de 2013.

Na **Califórnia**, o *Medicaid* e o *Medicare* são da competência do estado, e a autoridade em matéria de relações de trabalho é delegada a nível nacional. Na maioria dos municípios dos estados, os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados são classificados como «prestadores independentes», onde fazem parte do sistema do estado Serviços de Apoio ao Domicílio (*In-Home Supportive Services* - IHSS). Ao abrigo do sistema IHSS, os empregadores privados (muitas vezes referidos como «consumidores») contratam e supervisionam profissionais de cuidados domiciliários, enquanto os IHSS emitem os pagamentos. As pessoas que prestam serviços como independentes são consideradas «contratantes». Porém, devido à natureza difusa dos municípios do Estado, predominou o modelo do contratante da agência (no qual as agências com e sem fins lucrativos contratam, gerem e pagam diretamente a quem presta serviços de cuidados domiciliários).

Neste contexto, os primeiros esforços de organização dos trabalhadores e trabalhadoras domésticos provaram que o limitado financiamento estatal restringia a capacidade de os empregadores aumentarem os salários além de um determinado ponto. O SEIU, consequentemente, adotou uma estratégia política para pressionar os governos do município a aumentar o financiamento para os cuidados domiciliários e a negociar diretamente com os trabalhadores. Nestes esforços, concentraram-se na organização dos prestadores de serviços de cuidados como independentes que trabalhavam para o IHSS e em que se aliam aos «consumidores», que tinham interesse em aumentar o financiamento dos cuidados domiciliários e em avançar o modelo de prestador independente, que geralmente oferece melhores serviços do que os modelos de agência. Após algumas vitórias legais iniciais na década de 1980, o SEIU concentrou os seus esforços em permitir que os trabalhadores e trabalhadoras se envolvessem em negociações coletivas com o Estado. Criaram uma coligação com organizações que representam as pessoas idosas e as com deficiência, que estavam preocupadas com os cortes no orçamento que poderiam ter um impacto negativo na sua capacidade de receber cuidados de qualidade. Em 1992, o sindicato obteve a adoção da legislação a nível estatal que permitiu que os condados estabelecessem autoridades públicas como «empregadores registados», assumindo assim a responsabilidade de negociar com o sindicato, fornecendo formação para o trabalho e realizando registos para fazer corresponder os trabalhadores aos empregadores. É importante assinalar que os «consumidores», isto é, pessoas idosas e as com deficiência, eram representados nos conselhos de uma série de autoridades públicas na Califórnia, dando voz às suas exigências relativas às condições da prestação dos seus cuidados. Em 2013, havia aproximadamente 365 000 trabalhadores de cuidados domiciliários representados por sindicatos para fins de negociação coletiva na Califórnia.

Fontes: Boris e Klein, 2006; Goldberg, a publicar; King-Dejardin, a publicar.

de igual valor, especificamente através da avaliação objetiva de um posto de trabalho na base do trabalho a ser realizado. Estes instrumentos são importantes, considerando que os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados auferem geralmente baixos salários e têm condições de trabalho precárias (ver Capítulo 4).¹⁶⁸

O diálogo social e a negociação coletiva representam caminhos eficientes para alcançar o trabalho digno e assegurar que as normas do trabalho servem os interesses de quem trabalha e de quem beneficia da prestação de cuidados. Quando as convenções coletivas são inclusivas e cobrem, por exemplo, quem presta cuidados no domicílio, isto significa que estes podem tornar-se instrumentos para alargar a proteção ao trabalho doméstico migrante. Em Itália, por exemplo, onde se depende fortemente de migrantes internos, muitos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados e domésticos estão cobertos por convenções coletivas que regulam as taxas salariais, períodos de descanso, férias pagas, subsídios de doença e indemnizações por despedimento.¹⁶⁹ Na Argentina, docentes de cuidados e ensino da primeira infância estão cobertos (juntamente com docentes do ensino básico) pelo acordo coletivo do Estatuto do Professor. Podem beneficiar da Lei de Financiamento Educacional de 2005, que estabeleceu um salário mínimo para todos os professores e professoras em todo o país, relativamente elevado pelos padrões nacionais.¹⁷⁰ É importante assinalar que os docentes do ensino privado também estão cobertos por esta lei e que o salário mínimo tem de ser renegociado todos os anos, o que fortalece o papel do sindicato. Nos Estados Unidos da América, os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados domiciliários no Illinois e na Califórnia conquistaram o direito de negociar diretamente com estes estados, que é considerado como sendo o «empregador com o objetivo de negociar» e obtiveram aumentos salariais (ver Caixa 6.21). Na Argentina e no Uruguai, existem mecanismos de negociação salarial para definir os salários do trabalho doméstico.¹⁷¹ Por fim, o caso do apoio a trabalhadores e trabalhadoras de cuidados na Nova Zelândia mostra que as ações judiciais podem ser fundamentais para o reconhecimento da subavaliação sistemática dos salários na área dos cuidados (ver Caixa 6.15). Todavia, o acordo final de aumento dos salários resultou de negociações tripartidas que envolveram os principais sindicatos como representantes dos trabalhadores de cuidados e dos empregadores, assim como do Governo.

4. Promover a criação de alianças entre os sindicatos que representam os trabalhadores de cuidados e as organizações da sociedade civil que representam as pessoas beneficiárias dos cuidados e as pessoas cuidadoras não remuneradas

O desenvolvimento de políticas de cuidados coordenadas e transformadoras exige fortes alianças construídas e sustentadas entre todos os atores relevantes.¹⁷² Os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados de diferentes setores enfrentam restrições semelhantes em relação aos seus termos e condições de trabalho e podem beneficiar da criação de alianças em diferentes profissões de cuidados para ver os seus interesses representados. Como foi destacado nos Capítulos 4 e 5, um cenário ótimo para os cuidados significa que tanto quem presta serviços como quem beneficia da prestação de cuidados tem interesse em que o trabalho de cuidados seja digno, de que depende também a qualidade dos cuidados prestados. O envolvimento de diferentes organismos governamentais nestas amplas alianças também resulta numa melhor coordenação das políticas entre os setores e mais reativas às necessidades e circunstâncias das pessoas cuidadoras não remuneradas, pro-

fissionais de cuidados e pessoas que beneficiam deles. Podem ser encontrados exemplos relevantes na América Latina (ver Caixa 6.22 sobre a Costa Rica e o Uruguai).

A WIEGO é outro bom exemplo de uma aliança entre diferentes atores coletivos com um objetivo comum de melhorar os serviços de cuidados dos trabalhadores e trabalhadoras em situação informal. A WIEGO é constituída por indivíduos e instituições de três constituintes amplos: organizações baseadas na filiação de membros de trabalhadores da economia informal (sindicatos, cooperativas e associações); investigação, incluindo estatísticos; e profissionais de agências de desenvolvimento (intergovernamentais, governamentais e não governamentais) que prestam serviços ou concebem políticas para o trabalho de cuidados informal (ver Caixa 6.8).¹⁷³

Finalmente, há igualmente vários exemplos de alianças nos Estados Unidos da América que envolvem profissionais de cuidados e beneficiários de cuidados que juntaram as suas forças para manter condições de trabalho dignas e uma qualidade adequada dos cuidados.¹⁷⁴ Por exemplo, a *Caring Across Generations*, uma campanha em todos os EUA que reúne quem beneficia dos cuidados, pessoas cuidadoras não remuneradas, profissionais e os empregadores, num esforço de conseguir uma ampla mudança na política e na cultura de cuidados no país (ver também Caixa 6.21).

Caixa 6.22. Reconhecer as necessidades de cuidados na América Latina: exemplos: do Uruguai e Costa Rica

Durante as duas últimas décadas, as políticas de cuidados têm estado no topo da agenda das políticas públicas na América Latina, sendo as pessoas cuidadoras não remuneradas e profissionais de cuidados cada vez mais reconhecidos como detentores de direitos. O Uruguai e a Costa Rica são exemplos de países com políticas de cuidados integradas: são estabelecidas por lei, têm ambição universal, visam evitar a fragmentação, implicam a institucionalização de mecanismos de coordenação intersectoriais e estão firmemente enraizadas nos sistemas de proteção social.

O Sistema Nacional de Cuidados do Uruguai (Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC)) foi criado em novembro de 2015. Inclui as políticas existentes em matéria de saúde, educação e segurança social e as novas políticas para populações prioritárias, em particular adultos com necessidades específicas de cuidados, pessoas com deficiência e crianças pequenas. O SNIC está baseado nos direitos humanos, na solidariedade para o seu financiamento e é universal, tanto na cobertura como em termos das suas normas mínimas de qualidade. Outros princípios incluem: a autonomia dos beneficiários de cuidados e a corresponsabilidade do Estado, da comunidade, do mercado e da família, bem como entre mulheres e homens, na prestação de cuidados. Mudar a divisão do trabalho entre homens e mulheres nas famílias e apoiar as pessoas cuidadoras não remuneradas, assim como profissionais que prestam serviços de cuidados, estão entre os objetivos declarados do SNIC.

Não obstante o seu âmbito seja mais restrito, a Rede Nacional de Cuidados e Desenvolvimento Infantil (*Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil – RedCUDI*), implementada em 2014 na Costa Rica, oferece serviços universais e integrais de cuidados e ensino da primeira infância para meninos e meninas com menos de sete anos de idade. A RedCUDI integrou iniciativas, políticas e serviços de cuidados públicos e privados existentes e criou serviços adicionais municipais de cuidados e ensino da primeira infância, que incluem objetivos de desenvolvimento e educacionais, bem como os relacionados com a nutrição e a saúde. Entre os objetivos declarados da RedCUDI, há o de dar a possibilidade aos pais e às mães de terem uma atividade profissional ou se envolverem na educação, assim como de garantir normas uniformes de alta qualidade na prestação de serviços de cuidados e ensino da primeira infância. A RedCUDI é super-

visionada por um Secretariado Técnico e coordenada por uma Comissão Técnica Interinstitucional, na qual participam todos os atores públicos competentes (incluindo os Ministérios do Desenvolvimento Social e da Educação, o Instituto Nacional da Mulher e vários organismos encarregados de desenvolver as competências das pessoas cuidadoras, melhorando as infraestruturas dos centros de cuidados a crianças e apoiando os centros de cuidados a crianças baseados na comunidade local).

Há indicações de que outros países ou regiões estão a replicar estas experiências de abordagem integrada e baseada nos direitos às políticas de cuidados. Por exemplo, o Chile, Equador, El Salvador e México implementaram mecanismos de coordenação de políticas de cuidados com o governo, incluindo funcionários de ministérios de desenvolvimento social que se centram especificamente em crianças, mulheres e pessoas com deficiência, assim como com representantes dos setores da educação, saúde e segurança social.

Fontes: Esquivel, 2017a; Governo do Uruguai, Junta Nacional de Cuidados, 2015.

OBSERVAÇÕES FINAIS: O TRABALHO DE CUIDADOS E OS TRABALHADORES E TRABALHADORAS DE CUIDADOS PARA O FUTURO DO TRABALHO DIGNO

O presente relatório abordou as implicações do círculo «trabalho de cuidados não remunerado-trabalho remunerado-trabalho de cuidados remunerado» para o futuro do trabalho digno. O trabalho de cuidados não remunerado pode ser muito gratificante e preenche uma importante função na sociedade. Porém, a sua invisibilidade e subavaliação, assim como a sua extensão, penosidade e divisão desigual nos agregados familiares e entre os agregados familiares e o Estado, resultaram na perpetuação das desigualdades entre homens e mulheres no trabalho. De facto, o trabalho de cuidados não remunerado é a principal barreira à participação das mulheres no mercado de trabalho e é um fator determinante fundamental para a baixa qualidade dos seus empregos relativamente aos dos homens, sobretudo no caso das mulheres com responsabilidades de cuidados. Simultaneamente, os números atuais de profissionais de cuidados e a qualidade dos seus empregos são insuficientes para cumprir as exigências crescentes e em evolução em termos de cuidados. Se os ODS são para cumprir, os empregos de cuidados devem aumentar até que sejam criados empregos dignos para profissionais de cuidados. Isto, por sua vez, influencia o bem-estar dos beneficiários de cuidados e das pessoas cuidadoras não remuneradas, que enfrentam uma carga crescente de trabalho de cuidados e uma deterioração da qualidade dos serviços prestados quando as condições de trabalho não são dignas. A incapacidade de lidar com estes desafios contribui para reforçar os papéis tradicionais de homens e mulheres nas famílias e nos mercados de trabalho, fragilizando ao mesmo tempo o direito humano dos indivíduos e das famílias de cuidar e serem cuidados. Esta questão foi reconhecida pela comunidade internacional através da adoção da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, que identifica ODS e metas específicos para lidar com estes desafios de uma forma integrada.

É por esta razão que é atualmente muito necessário encontrar um cenário ótimo para o trabalho de cuidados, fundamentado na justiça social. Esse cenário ótimo é baseado no reconhecimento de que os Estados-membros da OIT necessitam de ser «Estados solidários»¹⁷⁵ e o mundo do trabalho também deve ser solidário e consciente das necessidades e aspirações das pessoas cuidadoras não remuneradas e de profissionais de cuidados, assim como dos beneficiários de cuidados. Um cenário ótimo para o trabalho de cuidados perseguiria cinco objetivos políticos fundamentais: reconhecer, reduzir e redistribuir o trabalho de cuidados não remunerado; gerar mais trabalho de cuidados e de melhor qualidade; e promover a representação das pessoas cuidadoras não remuneradas, profissionais de cuidados e beneficiários de cuidados no quadro do diálogo social. Realizar estes objetivos exigiria a adoção de medidas específicas em cinco domínios de ação: atividades de cuidados, macroeconomia, proteção social, trabalho e migrações. Estas políticas devem ter como objetivo satisfazer as amplas necessidades de cuidados atuais e futuras, promovendo, ao mesmo tempo, a igualdade de género no trabalho e na família. Os investimentos no trabalho de cuidados de qualidade oferecem diversos benefícios a curto e longo prazo para o futuro do trabalho digno. Deve ser criado um número significativo de novos empregos, dirigidos tanto a mulheres como a homens, reduzindo assim a segregação sexual nos setores

dos cuidados e libertando tempo para as mulheres poderem assumir empregos remunerados se assim o desejarem.

Prosseguir simultaneamente com os cinco objetivos políticos mencionados teria uma influência universal, a combinação e o sequenciamento das políticas transformadoras correspondentes seriam específicos dos países e informados pelas circunstâncias e possibilidades nacionais. As lições retiradas de países de todo o mundo que tomaram medidas para estabelecer um cenário ótimo para o trabalho de cuidados apontam para o papel facilitador das condições socioeconômicas e demográficas dos países, tais como o nível de desenvolvimento, o envelhecimento das sociedades e a crescente participação das mulheres no mercado de trabalho. Ao mesmo tempo, as experiências nacionais sublinham a importância do compromisso dos Estados e da corresponsabilidade de múltiplos atores, que se estabelece com negociações progressivas e em amplas alianças.¹⁷⁶ A politização do trabalho de cuidados deriva do reconhecimento de que a distribuição desigual da prestação de cuidados é um poderoso fator para as desigualdades entre homens e mulheres e as desigualdades de rendimento. Os movimentos sociais e das mulheres posicionaram as políticas de cuidados no topo das suas próprias agendas e, em diferentes graus, os Estados progrediram na implementação de políticas de saúde, educação e cuidados, apoiadas por uma agenda de igualdade de gênero, enquadrada numa abordagem à proteção social centrada nos direitos.

Fica claro que o envolvimento de governos, empregadores, trabalhadores e as suas organizações, assim como o envolvimento ativo de representantes de profissionais de cuidados, pessoas cuidadoras não remuneradas e beneficiários de cuidados são pré-condições essenciais para o sucesso de um cenário ótimo para o trabalho de cuidados. O futuro do trabalho digno na sua conceção está hoje nas mãos dos constituintes da OIT.

NOTAS

- 1 UNRISD, 2016.
- 2 A ratificação é juridicamente vinculativa e implica relatórios periódicos, o que assegura que a aplicação da norma é supervisionada. As recomendações estabelecem orientações não vinculativas para orientar as políticas e práticas nacionais, que podem ser utilizadas como fonte de inspiração ou interpretação.
- 3 OIT, 2007.
- 4 Hirway, 2017; Esquivel *et al.*, 2008.
- 5 Costa do Marfim, Equador, Filipinas, Quirguistão, Namíbia, Peru, República da Moldávia, Tunísia e Vietname.
- 6 OIT, Departamento de Estatística, 2016.
- 7 As Contas Satélite do Setor das Famílias são ferramentas para medir e quantificar o valor do resultado do trabalho de cuidados não remunerado, incluindo a contribuição do setor sem fins lucrativos no Sistema de Contas Nacionais. A criação de contas satélite, atualmente existentes em vários países, tem permitido uma melhor avaliação e visibilidade do valor económico do trabalho de cuidados não remunerado e a sua natureza de acordo com o sexo, como variáveis macroeconómicas agregadas. Ver Abraham e Mackie (2005).
- 8 ONU Mulheres, 2015, pp. 194–229.
- 9 OIT, 2016i, p. 69.
- 10 ONU Mulheres, 2015, p. 195.
- 11 Chakraborty, 2016.
- 12 Stotsky, 2016.
- 13 Downes, von Trapp e Nicol, 2016.
- 14 *Ibid.*
- 15 *Ibid.*; Stotsky, 2016
- 16 Downes, von Trapp e Nicol, 2016.
- 17 Stotsky, 2016.
- 18 *Ibid.*; OIT e UNESCO, 2016.
- 19 OIT, 2016i, p. 69.
- 20 Vázquez Pimentel, Aymar e Lawson, 2018.
- 21 Banco Mundial, 2018b.
- 22 OCDE, 2016b.
- 23 Stotsky, 2016.
- 24 ONU Mulheres, 2015, p. 205.
- 25 Ortiz, Cummins e Karunanethy, 2015.
- 26 Shakespeare e Williams, a publicar.
- 27 OMS e Banco Mundial, 2011. Ver também UNICEF, 2013a.
- 28 UNESCO, 2015b.
- 29 Banco Mundial, 2018a; OMS e UNICEF, 2017.
- 30 OIT, 2015b.
- 31 OIT, 2017n.
- 32 *Ibid.*, p. 22.
- 33 *Ibid.*, pp. 34–35; Dammert *et al.*, 2017.
- 34 OIT, 2017a, p. 64.
- 35 Para uma análise, ver *Ibid.*, pp. 44–47.
- 36 A Recomendação (n.º 165) sobre os Trabalhadores com Responsabilidades Familiares, de 1981, declara, nomeadamente, que devem ser disponibilizados serviços que permitam que os trabalhadores com responsabilidades familiares possam integrar ou reintegrar o emprego: «devem compreender, sem custos para estes trabalhadores e trabalhadoras, serviços de orientação profissional, de assessoria, de informação e de colocação, com pessoal com formação apropriada, que respondam adequadamente às necessidades especiais dos trabalhadores e trabalhadoras com responsabilidades familiares» (Artigo 14.º).
- 37 Sinyavskaya, 2017.
- 38 OIT, 2016i.
- 39 Kring, 2017; Arbeitsmarktservice Österreich, 2018.
- 40 Tanzarn e Gutierrez, 2015.
- 41 *Ibid.*; Kring, 2017
- 42 Ver Eurofound (2017).
- 43 OCDE, 2017c.
- 44 Eurofound e OIT, 2017.
- 45 *Ibid.*
- 46 *Ibid.*, p. 37.
- 47 Para consultar a lista dos países ratificantes, ver Quadro 1.1 no Anexo 1.
- 48 Eurofound e OIT, p. 43.
- 49 Fagan *et al.*, 2014
- 50 OIT, 2016d, p. 253
- 51 *Ibid.*, p. 313.
- 52 Ver Governo do Reino Unido, 2018.
- 53 OCDE, 2018c.
- 54 Messenger e Wallot, 2015.
- 55 Wielers e Raven, 2013.
- 56 Ver dados em OIT e Gallup, 2017, Capítulo 2; Inglehart *et al.*, 2014; Grupo de Investigação ISSP, 2016.
- 57 Svallfors, 2012; Valarino *et al.*, 2017; Sjöberg, 2004.
- 58 ONU Mulheres, 2017.
- 59 Klinth, 2008.
- 60 Governo do Chile, 2018.
- 61 ONU Mulheres, 2017
- 62 Scheil-Adlung, 2015; OIT, 2017m.
- 63 OIT, 2017m.
- 64 OMS, 2015.
- 65 OIT, 2017m.
- 66 Meagher e Szebehely, 2013.
- 67 Os serviços oferecidos podem incluir serviços de auxílio, como limpeza, lavagem, compras, etc., alojamento especial, serviços médicos domiciliários, refeições ao domicílio, alarmes de segurança pessoal, adaptações em casa e serviços de transporte.
- 68 Campbell *et al.*, 2015.
- 69 UNESCO, 2015b.
- 70 Alfes, 2016.
- 71 Hill, 2017.
- 72 *Ibid.*
- 73 Fournier, 2017.
- 74 Governo da Argentina. Província de Buenos Aires, 2014.
- 75 A WIEGO é uma rede global centrada em garantir meios de subsistência para os trabalhadores pobres, sobretudo mulheres, na economia informal através da capacitação entre as organizações de trabalhadores do setor informal, ampliando a base de conhecimento e influenciando a formulação de políticas.
- 76 IFC, 2017; Hein e Cassirer, 2010. 77 IFC, 2017.
- 78 A Danone é uma empresa alimentar líder a nível mundial que emprega cerca de 100 000 pessoas em todo o mundo.
- 79 O'Brien, 2012.
- 80 OIT, 2013c.
- 81 UNESCO, 2016a.
- 82 OCDE, 2017a. Algumas referências nacionais estabelecem um rácio tão baixo quanto 1:3 para as idades de 0 a 12 meses e 1:5 para os primeiros anos de educação (1-3 anos de idade).
- 83 OCDE, 2017b.
- 84 UNESCO, 2015b.
- 85 OCDE, 2017a.
- 86 *Ibid.*
- 87 OMS, 2016b.

- 88 OIT, 2017i e 2017m.
- 89 Governo do Equador: IESS, 2015; e IESS, 2015; Secretaría Técnica Plan Toda una Vida, 2018.
- 90 Rodríguez Enríquez, 2016.
- 91 Sipilä, Repo e Rissanen, 2010.
- 92 Muir, 2017.
- 93 Salmi e Lammi-Taskula, 2017.
- 94 Dasgupta, Sandhya e Mukerjee, 2012.
- 95 ONU Mulheres, 2015.
- 96 *Ibid.*
- 97 *Ibid.*
- 98 Pacolet e Comissão Europeia, 1999.
- 99 Colombo *et al.*, 2011.
- 100 Shan, 2017.
- 101 OIT, 2017m.
- 102 *Ibid.*
- 103 *Ibid.*
- 104 OIT, 2016c.
- 105 *Ibid.*
- 106 Levto *et al.*, 2015.
- 107 Addati, Cassirer e Gilchrist, 2014; Blum, Koslowski e Moss, 2017.
- 108 De acordo com a nova proposta de diretiva, a licença de maternidade mantém-se em consonância com a Diretiva relativa à Licença de Maternidade (92/85/CEE) e a Diretiva sobre igualdade de tratamento entre homens e mulheres que exerçam uma atividade independente (Diretiva 201/41/UE).
- 109 OIT, 2016d.
- 110 King-Dejardin, a publicar.
- 111 OIT, 2016d e 2017k.
- 112 Oelz e Rani, 2015.
- 113 Goldberg, 2015.
- 114 O «contrato de trabalho padrão» aplicado em toda a Suíça (*Normalarbeitsvertrag* ou NAV) a trabalhadores e trabalhadoras domésticos estabelece salários mínimos e condições de trabalho vinculativos. Um NAV não é um acordo coletivo, mas estabelece disposições específicas do setor quando não existem disposições coletivamente acordadas. Ver: *Ordonnance sur le contrat-type de travail pour les travailleurs de l'économie domestique* (CTT économie domestique). Ver também OIT, 2016h.
- 115 Oelz e Rani, 2015.
- 116 Governo da Austrália. *Fair Work Ombudsman*, 2013.
- 117 OIT, 2016a.
- 118 Pereyra, 2017.
- 119 OIT, 2014b.
- 120 De acordo com cálculos da OIT baseados em dados da UNESCO para o período de 2010-15 para 87 países.
- 121 Scheil-Adlung, 2015.
- 122 OIT, 2017h; OIT, 2016f.
- 123 OIT, 2017h.
- 124 OIT, 2016i.
- 125 OIT, 2015a.
- 126 OIT, 2017h.
- 127 OIT, 2016f.
- 128 OIT, 2014b.
- 129 Ver a Convenção (n.º 149) relativa ao Pessoal de Enfermagem, 1977 e a Recomendação (n.º 157) que a acompanha. A Parte VI da Convenção (n.º 102) relativa à Segurança Social (norma mínima), de 1952, assim como a Convenção (n.º 121) sobre as Prestações em caso de Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, de 1964 e a Recomendação (n.º 121) que a acompanha, são também referências fundamentais para assegurar que é prestada uma proteção adequada e efetiva aos trabalhadores vítimas de acidentes de trabalho e doenças profissionais como consequência de violência e assédio ou outras causas.
- 130 OIT, 2017b.
- 131 OIT, 2002.
- 132 Assembleia Geral das Nações Unidas, 2015b.
- 133 OIT, 2014f.
- 134 Ver a Convenção (n.º 149) relativa ao Pessoal de Enfermagem, de 1977, da OIT.
- 135 OIT e UNESCO, 2016.
- 136 OIT, 2013c.
- 137 OMS, 2017.
- 138 OMS, 2016d.
- 139 Convenção (n.º 143) relativa aos Trabalhadores Migrantes (Disposições Complementares), de 1975, e a Recomendação (n.º 151) que a acompanha.
- 140 Minghui, 2017.
- 141 OIT, 2016a.
- 142 Morahan *et al.*, 2010.
- 143 Futur en tous genres, 2018.
- 144 Peeters, 2007.
- 145 Fudge e Strauss, 2014.
- 146 Tsikata, 2011.
- 147 King-Dejardin, a publicar.
- 148 OIT, 2013a.
- 149 King-Dejardin, a publicar.
- 150 OIT, 2015e.
- 151 King-Dejardin, a publicar.
- 152 Governo das Filipinas; Governo do Barém, 2007; também citado em Yeates e Pillinger, 2013. Ver também OIT, 2006.
- 153 OIT, 2015e.
- 154 OIT, 2015d.
- 155 Addati e Cheong, 2013.
- 156 UNICEF, 2012.
- 157 King-Dejardin, a publicar.
- 158 *Ibid.*
- 159 *Ibid.*
- 160 ONU, 2015a; OIT, 2015h.
- 161 UIP, 2009.
- 162 Hill, 2017; ONU Mulheres, 2015.
- 163 OIT, 2015h.
- 164 *Ibid.*
- 165 Education International, 2010; Shakespeare e Williams, a publicar.
- 166 Trafford, Swartz e Colvin, 2017.
- 167 King-Dejardin, a publicar.
- 168 Ver, por exemplo, Budig e Misra (2010).
- 169 Hobden, 2015.
- 170 Esquivel e Pereyra, 2018.
- 171 Lexarta, Chavez e Carcedo, 2016.
- 172 UNRISD, 2016.
- 173 WIEGO, 2018.
- 174 King-Dejardin, a publicar.
- 175 Tronto, 2015.
- 176 Esquivel, 2017a.

A.1. NORMAS INTERNACIONAIS DO TRABALHO RELACIONADAS COM AS ATIVIDADES DOS CUIDADOS

Quadro A.1.1. Normas internacionais do trabalho relacionadas com as atividades dos cuidados

Normas Internacionais	Resumo	Ratificações (número de países) em maio de 2018
Convenção (n.º 87) sobre a Liberdade Sindical e a Proteção do Direito Sindical, 1948	A Convenção (n.º 87) protege o livre exercício do direito dos trabalhadores e empregadores de se organizarem com o objetivo de promover e defender os seus interesses. Esta convenção é particularmente relevante para os trabalhadores com responsabilidades familiares (sobretudo mulheres) e os trabalhadores e trabalhadoras de cuidados, uma vez que os sindicatos têm sido muitas vezes fundamentais no apoio e defesa dos direitos das trabalhadoras. Além disso, o amplo campo de aplicação da convenção - que protege todos os trabalhadores sem qualquer distinção - implica a obrigação de os Estados garantirem que todos os trabalhadores de cuidados gozam do direito de organização, independentemente da sua situação contratual ao abrigo da legislação nacional.	Total: 154 África: 49 Américas: 33 Estados Árabes: 3 Ásia e Pacífico: 18 Europa e Ásia central: 51
Convenção (n.º 89) relativa aos trabalhadores migrantes (revista), 1949	A Convenção n.º 97 visa regulamentar as condições em que as migrações regulares ocorrem, prevê disposições em matéria de medidas de proteção gerais e proíbe a desigualdade de tratamento entre os trabalhadores migrantes em situação regular e os nacionais em quatro áreas: condições de vida e de trabalho, segurança social, impostos relativos ao trabalho e acesso à justiça.	Total: 49 África: 10 Américas: 15 Estados Árabes: 0 Ásia e Pacífico: 3 Europa e Ásia central: 21
Convenção (n.º 98) sobre o Direito de Organização e Negociação Coletiva, 1949	Em virtude desta convenção os trabalhadores e trabalhadoras devem beneficiar de proteção que tendem a lesar a liberdade (por exemplo, despedimento ou preconceito devido à participação em atividades sindicais). As organizações de trabalhadores e de empregadores devem ser adequadamente protegidas face a atos de interferência entre si ou com os agentes ou membros de cada uma. É necessário tomar medidas para incentivar e promover negociações voluntárias entre as organizações de empregadores e de trabalhadores para regular os termos e condições de emprego (através de convenções coletivas). Ainda que, de acordo com o seu Artigo 6.º, a Convenção não trate a posição dos funcionários públicos envolvidos na administração do Estado, aplica-se a trabalhadores de cuidados que participam no setor público.	Total: 165 África: 54 Américas: 33 Estados Árabes: 6 Ásia e Pacífico: 21 Europa e Ásia central: 51

Normas Internacionais	Resumo	Ratificações (número de países) em maio de 2018
Convenção (n.º 100) sobre a Igualdade de Remuneração, 1951	Os Estados que a ratificarem devem garantir a aplicação do princípio de igualdade de remuneração para homens e mulheres por trabalho de igual valor, nomeadamente através de uma avaliação objetiva dos empregos com base no trabalho a ser realizado. O conceito de «igual valor» exige alguns métodos de medida e a comparação dos valores relativos dos diferentes trabalhos. Ainda que a Convenção n.º 100 não prescreva um método específico através do qual a avaliação objetiva do trabalho deve ser realizada, pressupõe o uso de técnicas adequadas que permitam a análise das tarefas envolvidas com base em critérios objetivos e não discriminatórios, comparando fatores como competências, esforço, responsabilidades e condições de trabalho. A Convenção n.º 100 define a «remuneração» de forma ampla como «o salário ou o vencimento ordinário, de base ou mínimo, e todas as outras regalias pagas direta ou indiretamente, em dinheiro ou em natureza, pelo patrão ao trabalhador em razão do emprego deste último». A respetiva Recomendação n.º 90 preconiza outras medidas, tais como: incentivar as mulheres a utilizar recursos em matéria de orientação profissional ou aconselhamento para o emprego, para formação profissional e colocação; a prestação de serviços de bem-estar e sociais que respondam às necessidades das mulheres trabalhadoras, sobretudo das que têm responsabilidades familiares, e a promoção da igualdade entre homens e mulheres quanto ao acesso a profissões e cargos.	Total: 173 África: 52 Américas: 34 Estados Árabes: 7 Ásia e Pacífico: 29 Europa e Ásia Central: 51
Convenção (n.º 102) relativa à Segurança Social (Norma Mínima), 1952	A Convenção n.º 102 visa garantir as prestações de segurança social (através da segurança social, assistência social, regimes universais, ou em combinação) para proteger as pessoas face a certos riscos ou eventualidades: condições mórbidas (problemas de saúde), doença, desemprego, idade avançada, acidentes de trabalho, responsabilidade pela manutenção de crianças, maternidade, invalidez e sobrevivência. Para isso, estabelece normas mínimas de proteção sob a forma de referências quantitativas e qualitativas que respeitam a: cobertura da população que deve ser alcançada; o tipo e nível de prestações que devem ser concedidas e as condições que podem ser requeridas para que uma pessoa possa ter direito a estas. Estabelece também os princípios gerais para uma boa governação dos regimes de segurança social, o seu financiamento justo e sustentável e a proteção dos direitos individuais. As convenções e as respetivas recomendações que se seguirem estabelecem níveis superiores de proteção e proporcionam orientações adicionais para a sua implementação, no que respeita aos diferentes ramos da segurança social. Entre estas, a Convenção (n.º 121) sobre as Prestações em caso de Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, de 1964 e a Recomendação (n.º 121), de 1964, a Convenção (n.º 130) relativa aos Cuidados Médicos e Prestações por Doença, de 1969, e Recomendação (n.º 134), de 1969 e (explicado a seguir) a Convenção (n.º 183) sobre a Proteção da Maternidade, de 2000 e Recomendação (n.º 191), de 2000 são de particular relevância para a economia dos cuidados.	Total: 55 África: 7 Américas: 13 Estados Árabes: 1 Ásia e Pacífico: 1 Europa e Ásia Central: 33

Normas Internacionais	Resumo	Ratificações (número de países) em maio de 2018
	As Convenções n.º 102, n.º 121 e n.º 130 estabelecem as obrigações de os Estados garantirem a prestação de cuidados médicos a, no mínimo, determinadas categorias da população e membros das suas famílias (a serem alargadas à medida que a capacidade do Estado aumenta), nos casos de condições mórbidas, maternidade (pré e pós parto) e acidentes de trabalho. Os cuidados médicos incluem cuidados associados (os cuidados prestados por membros de outras profissões reconhecidas como associadas à profissão médica) e devem ser de natureza preventiva, curativa e de reabilitação. A Convenção n.º 102 também prevê as prestações familiares, em dinheiro ou em géneros (por exemplo, cuidados a crianças, ajuda doméstica), ou em combinação, para o encargo com as crianças. Ao estabelecer uma abordagem para o financiamento do sistema da segurança social que se funda na solidariedade intergeracional e na partilha de risco, assim como no financiamento coletivo (onde os custos das prestações são suportados pelas contribuições da segurança social, impostos, ou uma combinação de ambos), estas Convenções orientam os países no estabelecimento de mecanismos sustentáveis para a prestação de cuidados de saúde, cuidados a crianças e serviços de apoio domiciliário que são essenciais para a economia dos cuidados. Adicionalmente, os vários meios através dos quais estes podem ser implementados permitem que os países escolham a combinação de abordagens mais eficazes (seguro social, assistência social, regimes universais) para garantir que todos os trabalhadores e trabalhadoras na prestação de cuidados - independentemente de se encontrarem numa situação formal, atípica, emprego por conta própria ou emprego informal, remunerado e não remunerado - são adequadamente cobertos em circunstâncias de potenciais dificuldades ou risco de vida.	
Convenção (n.º 111) sobre a Discriminação (Emprego e Profissão), 1958	A Convenção n.º 111 abrange todas as categorias de trabalhadores, nacionais e não nacionais, na economia formal e informal, incluindo os trabalhadores a tempo parcial, domésticos e agrícolas. Os Estados que a ratificarem devem formular e prosseguir uma política nacional concebida para promover a igualdade de oportunidades e de tratamento tendo em vista eliminar quaisquer discriminações, no que respeita ao acesso à formação profissional, ao emprego e a profissões específicas, assim como os termos e condições de emprego. Nesta convenção, a «discriminação» é definida como qualquer distinção, exclusão ou preferência com base na raça, cor, sexo, religião, opinião política, ascendência nacional ou origem social, ou qualquer outra discriminação, exclusão ou preferência como possa ser determinada pelos Estados que a ratificaram após consulta com as organizações de trabalhadores e de empregadores mais representativas, quando estas existam, e com outros organismos adequados, que tenha por efeito destruir ou alterar a igualdade de oportunidades ou de tratamento em matéria de emprego ou profissão.	Total: 175 África: 54 Américas: 34 Estados Árabes: 10 Ásia e Pacífico: 26 Europa e Ásia Central: 51

Normas Internacionais	Resumo	Ratificações (número de países) em maio de 2018
	Qualquer discriminação no emprego e na profissão - seja direta ou indireta, na lei e na prática - se enquadra no âmbito da Convenção n.º 111. A discriminação indireta ocorre quando as situações, regulamentos, políticas ou práticas aparentemente neutras resultam, de facto, no tratamento desigual de pessoas com determinadas características. Porém, qualquer distinção, exclusão ou preferência respeitantes a um trabalho específico com base nas suas qualificações exigidas, assim como as medidas especiais concebidas para cumprir os requisitos específicos de pessoas que, por razões como o sexo, deficiência, responsabilidades familiares ou estatuto social ou cultural, são geralmente reconhecidas como requerendo proteção ou assistência especial, não serão considerados discriminação. A respetiva Recomendação n.º 111 proporciona orientação sobre os princípios e o conteúdo da política nacional de igualdade e declara que esta política deve ter em conta o facto de que as medidas para promover a igualdade de oportunidades e de tratamento constituem uma questão de interesse público..	
Convenção (n.º 138) sobre a Idade Mínima, 1973	A Convenção n.º 138 visa garantir a abolição efetiva do trabalho infantil e aumentar progressivamente a idade mínima de admissão ao emprego ou trabalho. A regra geral para a admissão ao emprego e trabalho é 15 anos (13 anos para realizar um trabalho ligeiro e 18 anos para realizar trabalho perigoso - 16 anos sob determinadas condições). Quando os recursos económicos e as instituições de ensino não são suficientemente desenvolvidos, as idades de admissão são inferiores (14 anos como a idade mínima geral e 12 anos para trabalho ligeiro). A convenção e respetiva Recomendação n.º 146 são relevantes para a proteção das crianças contra o seu envolvimento intensivo em trabalho doméstico e na prestação de cuidados e/ou atividades remuneradas numa idade precoce, que são prejudiciais para as suas oportunidades em termos de educação. A este respeito, a Convenção (n.º 182) relativa à Interdição das Piores Formas de Trabalho das Crianças, de 1999, é também relevante, uma vez que inclui a interdição e eliminação do trabalho forçado e dos trabalhos perigosos realizado pelas crianças com menos de 18 anos, incluindo o trabalho infantil doméstico forçado ou o trabalho perigoso no trabalho doméstico ou na prestação de cuidados.	Total: 171 África: 52 Américas: 33 Estados Árabes: 11 Ásia e Pacífico: 24 Europa e Ásia Central: 51
Convenção (n.º 141) sobre as Organizações de Trabalhadores Rurais, 1975	A Convenção n.º 141 e a respetiva Recomendação n.º 149 complementam a Convenção n.º 87 sobre a liberdade sindical. É particularmente relevante para as mulheres rurais, e sobretudo para a grande percentagem de mulheres que trabalham na agricultura a nível mundial, assim como para as mulheres indígenas.	Total: 41 África: 4 Américas: 12 Estados Árabes: 0 Ásia e Pacífico: 3 Europa e Ásia Central: 22

Normas Internacionais	Resumo	Ratificações (número de países) em maio de 2018
	Os Estados que a ratificarem têm de facilitar o estabelecimento de organizações de trabalhadores rurais para assegurar a participação sem discriminação. Importa salientar que a convenção refere claramente a sua cobertura a trabalhadores rurais por conta própria, o que é particularmente relevante num setor/área de elevado emprego informal.	
Convenção (n.º 143) sobre os Trabalhadores Migrantes (disposições complementares), 1975	A Convenção n.º 143 tem por base as disposições sobre a igualdade de tratamento da Convenção n.º 97 sobre os trabalhadores migrantes, centrando-se na cooperação internacional para afirmar os direitos humanos básicos dos trabalhadores migrantes, abordar a migração irregular (Parte I) e assegurar a igualdade de oportunidades e tratamento dos trabalhadores migrantes em situação regular através de políticas nacionais (Parte II). Esta segunda parte alarga substancialmente o âmbito da igualdade numa situação regular entre trabalhadores migrantes e nacionais, ampliando particularmente a igualdade de oportunidades (Artigos 10.º - 14.º). A Parte I da Convenção n.º 143 aborda a migração irregular e o emprego ilegal de migrantes, definindo simultaneamente as obrigações gerais para o respeito dos direitos humanos básicos de todos os trabalhadores migrantes. A Parte I também dispõe de determinadas medidas de proteção para os trabalhadores migrantes que perderam os empregos e para os que se encontram numa situação irregular (Artigos 1.º -9.º). Também prevê que os Estados que a ratificarem regulamentem as condições para o reconhecimento de qualificações profissionais adquiridas fora dos seus territórios, incluindo certificados e diplomas, após consulta das organizações mais representativas de empregadores e de trabalhadores. A Recomendação n.º 151 que a acompanha propõe orientações adicionais para a aplicação destas disposições. Por exemplo, declara que os trabalhadores migrantes e os membros das suas famílias que residem legalmente no território de um Estado que a ratificou devem usufruir da mesma igualdade efetiva em termos de oportunidades e tratamento que os nacionais, no que respeita a: segurança no emprego; remuneração por trabalho de igual valor; condições de trabalho; filiação sindical; direitos de plena filiação em qualquer forma de cooperativa; e condições de vida, incluindo habitação, e os benefícios dos serviços sociais e das instituições de ensino e de saúde. Os Estados devem também, em consulta com as organizações de empregadores e trabalhadores mais representativas, formular e aplicar uma política social adequada às condições nacionais e uma prática que permita que os trabalhadores migrantes e as suas famílias beneficiem das vantagens concedidas aos nacionais. Estes instrumentos são especialmente relevantes para as mulheres trabalhadoras migrantes em profissões de prestação de cuidados, que oferecem frequentemente pouca ou nenhuma proteção social e condições de trabalho precárias e onde as suas qualificações muitas vezes não são reconhecidas.	Total: 23 África: 7 Américas: 1 Estados Árabes: 0 Ásia e Pacífico: 1 Europa e Ásia Central: 14

Normas Internacionais	Resumo	Ratificações (número de países) em maio de 2018
Convenção (n.º 149) relativa ao Pessoal de Enfermagem, 1977	A Convenção n.º 149 exige que, para obter o nível mais elevado possível de saúde para a população, os Estados que a ratificarem devem, nomeadamente, assegurar pessoal de enfermagem com habilitações e formação adequadas, assim como emprego e condições de trabalho, incluindo perspectivas de carreira e remuneração, e devem estabelecer os requisitos básicos relativos à formação do pessoal de enfermagem e ao exercício da profissão. O pessoal de enfermagem deve usufruir pelo menos de condições equivalentes às condições noutras áreas, incluindo duração do trabalho, descanso semanal, licença de maternidade e por motivos de saúde, assim como de segurança social. A Recomendação n.º 157 que a acompanha menciona que a remuneração do pessoal de enfermagem deve ser fixada num nível proporcional às suas necessidades socioeconómicas, qualificações, responsabilidades, funções e experiência, que tomem em consideração os constrangimentos e os riscos inerentes à profissão, e que irão provavelmente atrair e reter pessoas na profissão. A Recomendação n.º 157 também menciona a redução da duração do trabalho semanal ou diário, assim como a proteção da saúde profissional.	Total: 41 África: 8 Américas: 7 Estados Árabes: 1 Ásia e Pacífico: 4 Europa e Ásia Central: 21
Convenção (n.º 151) relativa às Relações de Trabalho na Função Pública, 1978	A Convenção n.º 151 e a Recomendação n.º 159 que a acompanha alargam à função pública os direitos e princípios contidos noutros instrumentos da OIT relativos à proteção contra a discriminação e interferência antissindical e os recursos a garantir aos representantes dos trabalhadores. A convenção também solicita aos Estados que a ratificarem a promoção e a negociação dos termos e condições do emprego junto das organizações dos funcionários públicos, ou qualquer outro método que permita que estes participem na determinação das condições de emprego dos funcionários públicos. A convenção aplica-se a todas as pessoas empregadas por autoridades públicas (com a possível exceção de altos funcionários, forças armadas e da polícia), na medida em que as disposições mais favoráveis nas outras convenções de trabalho internacional não são aplicáveis a estes.	Total: 54 África: 11 Américas: 12 Estados Árabes: 0 Ásia e Pacífico: 1 Europa e Ásia Central: 30
Convenção (n.º 154) sobre a Negociação Coletiva, 1981	A Convenção n.º 154 e a Recomendação n.º 163 que a acompanha complementam a Convenção n.º 98, solicitando aos Estados que a ratificarem que tomem uma série de medidas que visem promover a negociação coletiva. Ao permitir modalidades especiais de aplicação no serviço público, a convenção aplica-se a todos os setores da economia, públicos ou privados, com a única exceção possível das forças armadas e da polícia.	Total: 47 África: 10 Américas: 9 Estados Árabes: 0 Ásia e Pacífico: 0 Europa e Ásia Central: 28

Normas Internacionais	Resumo	Ratificações (número de países) em maio de 2018
Convenção (n.º 155) sobre Segurança e Saúde dos Trabalhadores, 1981	Esta convenção aplica-se a todas as categorias profissionais em todos os setores da atividade económica. Visa evitar os acidentes de trabalho e doenças profissionais através de um processo de políticas dinâmico, minimizando, na medida do possível, as causas dos perigos no ambiente de trabalho. Ao nível da concretização, a convenção e a Recomendação n.º 164 que a acompanha preveem a representação dos trabalhadores em questões de segurança e saúde no trabalho (SST); consulta sobre questões de SST; informação e formação adequadas aos trabalhadores e aos seus representantes; e proteção face às consequências indesejáveis sofridas pelos trabalhadores que se afastaram de situações que representavam um perigo iminente e grave para as suas vidas ou saúde. A Convenção n.º 155 e a Convenção (n.º 187) sobre o Quadro Promocional para a Segurança e Saúde no Trabalho, de 2006, e a Recomendação (n.º 197) que a acompanha, são relevantes para combater as questões em termos de SST enfrentadas pelos trabalhadores na prestação de cuidados. A Recomendação n.º 197 declara especificamente que o sistema nacional de SST deve fornecer as medidas adequadas e proteção a todos os trabalhadores e, particularmente, aos trabalhadores em setores de alto risco e trabalhadores vulneráveis, e que as medidas devem ser tomadas para proteger a segurança e saúde dos trabalhadores de ambos os sexos. Outras recomendações no âmbito da SST com relevância para os trabalhadores na prestação de cuidados incluem a Recomendação (n.º 192) sobre Segurança e Saúde na Agricultura, de 2001, que prevê que todos os empregadores devem, conforme adequado, fornecer às trabalhadoras agrícolas instalações para amamentação dos filhos no local de trabalho, quando praticável.	Total: 66 África: 16 Américas: 11 Estados Árabes: 2 Ásia e Pacífico: 7 Europa e Ásia Central: 30
Convenção (n.º 156) sobre os Trabalhadores com Responsabilidades Familiares, 1981	Os «trabalhadores com responsabilidades familiares» são definidos na Convenção n.º 156 como trabalhadores de ambos os sexos com responsabilidades com os filhos a seu cargo ou outros membros da sua família direta que manifestamente necessitam dos seus cuidados e apoio. A convenção aplica-se a todos os ramos de atividade económica e a todas as categorias de trabalhadores. Visa criar uma efetiva igualdade de oportunidades e de tratamento no emprego e profissão entre os homens e mulheres com responsabilidades familiares e entre estes trabalhadores e os outros trabalhadores. As responsabilidades familiares não constituem, conseqüentemente, uma razão válida para a cessação da relação de trabalho. É requerido aos Estados que a ratificarem que tornem um objetivo da política nacional permitir que os trabalhadores com responsabilidades familiares que tenham um emprego, ou que pretendam ter um emprego, exerçam o seu direito a fazê-lo sem serem discriminados e, na medida do possível, sem conflitos entre as suas responsabilidades profissionais e familiares.	Total: 44 África: 4 Américas: 11 Estados Árabes: 1 Ásia e Pacífico: 3 Europa e Ásia Central: 25

Normas Internacionais	Resumo	Ratificações (número de países) em maio de 2018
	A Convenção n.º 156 prevê que sejam tomadas medidas para permitir que os trabalhadores com responsabilidades familiares exerçam o seu direito à livre escolha de emprego e que integrem e reintegrem o mercado de trabalho após uma ausência devido a estas responsabilidades; e tomar em consideração as suas necessidades na organização das comunidades locais e desenvolver ou promover serviços comunitários, públicos ou privados, como cuidados a crianças e serviços de ajuda à família. As medidas enumeradas na Recomendação n.º 165 que a acompanha para permitir que os trabalhadores com responsabilidades familiares conciliem os seus empregos e estas responsabilidades, incluem a redução progressiva da duração diária de trabalho e a redução de horas extras; modalidades mais flexíveis em matéria de horários de trabalho, períodos de descanso e férias; a proteção dos trabalhadores a tempo parcial, trabalhadores temporários e trabalhadores ao domicílio; a concessão de licenças parentais (após a licença de maternidade) e aos trabalhadores com um filho ou algum membro da família direta doentes. As autoridades devem, em cooperação com organizações públicas e privadas, incentivar e facilitar o estabelecimento de cuidados a crianças e serviços às famílias, assim como o desenvolvimento de serviços de apoio à família e de prestação de cuidados domiciliários. Estes devem ser gratuitos ou disponibilizados a um custo razoável, em conformidade com a capacidade financeira dos trabalhadores. As prestações de segurança social, isenção fiscal, ou outras medidas compatíveis com a política nacional devem, quando necessário, estar disponíveis para os trabalhadores com responsabilidades familiares.	
Convenção (n.º 159) respeitante à Readaptação Profissional e ao Emprego de Deficientes, 1983	A Convenção n.º 159 e a recomendações n.º 99 e n.º 168 que a acompanham visam garantir às pessoas com deficiência emprego adequado e integração social. As pessoas com deficiência são definidas como pessoas cujas perspectivas de obter, manter e progredir num emprego adequado são substancialmente reduzidas devido a uma incapacidade física ou mental devidamente reconhecida. Os Estados que a ratificarem devem garantir que são disponibilizadas medidas de reabilitação profissional adequadas a todas as categorias de pessoas com deficiência, incluindo nas zonas rurais e nas comunidades remotas, e a promoção de oportunidades de emprego para pessoas com deficiência no mercado de trabalho aberto. As políticas devem assegurar igualdade de oportunidades entre os trabalhadores com deficiência e os trabalhadores em geral, e igualdade de oportunidades e de tratamento entre as mulheres e os homens com deficiência. Devem ser usados os serviços existentes com as necessárias adaptações. Os empregadores devem ser incentivados a proporcionar assistência financeira, técnica, médica ou profissional às pessoas com deficiência.	Total: 83 África: 15 Américas: 17 Estados Árabes: 5 Ásia e Pacífico: 10 Europa e Ásia Central: 36

Normas Internacionais	Resumo	Ratificações (número de países) em maio de 2018
	Outro importante instrumento internacional é a Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (adotada em 2006 e ratificada por 175 países), que, entre outras coisas, visa garantir que as pessoas com deficiência têm a oportunidade de escolher o seu local de residência e ter acesso a uma série de serviços no domicílio, ou em residenciais ou outros serviços de apoio da comunidade, incluindo a assistência pessoal necessária para apoiar a vida e a inclusão na comunidade.	
Convenção (n.º 169) sobre Povos Indígenas e Tribais, 1989	Em conformidade com a Convenção n.º 169, os Estados que a ratificarem devem proteger os direitos e a integridade dos povos indígenas e tribais e, nomeadamente, promover a plena realização dos seus direitos sociais, económicos e culturais e ajudando-os a eliminar as lacunas socioeconómicas que possam existir entre estes e os outros membros da comunidade nacional. Um aspeto importante a ter em conta é que os povos indígenas e tribais devem ser consultados no que respeita às medidas que os podem afetar diretamente e devem participar em todos os níveis de tomada de decisão que lhes digam respeito. Devem ter acesso à educação em todos os níveis, os regimes de proteção social devem ser gradualmente alargados de forma a protegê-los, e devem ser-lhes disponibilizados serviços de saúde. Os governos devem adotar medidas especiais para garantir a proteção efetiva dos trabalhadores indígenas no que respeita ao recrutamento e às condições de emprego. Trata-se de evitar discriminações, nomeadamente no que diz respeito ao emprego e promoção, igualdade de remuneração, segurança no trabalho e direito de associação e negociação coletiva. A convenção n.º 169 também especifica que os trabalhadores indígenas e tribais devem usufruir de igualdade de oportunidades e igualdade de tratamento para homens e mulheres e proteção contra o assédio sexual.	Total: 22 África: 1 Américas: 15 Estados Árabes: 0 Ásia e Pacífico: 2 Europa e Ásia Central: 4
Convenção (n.º 175) sobre Trabalho a Tempo Parcial, 1994	Em conformidade com a Convenção n.º 175 e a Recomendação n.º 182 que a acompanha, devem ser tomadas medidas para garantir que os trabalhadores a tempo parcial (os trabalhadores cujas horas de trabalho são inferiores às dos trabalhadores a tempo completo que se encontrem numa situação comparável) recebem a mesma proteção que os trabalhadores a tempo completo que se encontrem numa situação comparável no que concerne à remuneração, segurança e saúde no trabalho e discriminação no emprego, e que recebem um tratamento equivalente relativamente a remuneração, segurança de emprego e proteção da maternidade, proteção social legal e condições de trabalho. Contudo, as prestações pecuniárias podem ser determinadas em proporção da duração do trabalho ou dos ganhos.	Total: 17 África: 1 Américas: 2 Estados Árabes: 0 Ásia e Pacífico: 1 Europa e Ásia Central: 13

Normas Internacionais	Resumo	Ratificações (número de países) em maio de 2018
	Esta convenção é particularmente relevante para as mulheres, uma vez que estas representam a maior percentagem de trabalhadores a tempo parcial devido às suas responsabilidades em termos de prestação de cuidados. É importante assinalar que a convenção declara que devem ser tomadas medidas para facilitar o acesso ao trabalho a tempo parcial produtivo e livremente escolhido e assegurar que a transferência do trabalho a tempo completo para o trabalho a tempo parcial, ou vice-versa, é voluntária.	
Convenção (n.º 177) sobre o Trabalho a Domicílio, 1996	A Convenção n.º 177 e a Recomendação n.º 184 que a acompanha visam melhorar a situação dos trabalhadores no domicílio (pessoas que trabalham nas suas casas ou noutras instalações da sua escolha que não o local de trabalho dos seus empregadores) e promover a igualdade de tratamento em relação ao direito de os trabalhadores ao domicílio se filiarem numa organização; a segurança e saúde no trabalho; a proteção por regimes legais de segurança social; proteção da maternidade; acesso a formação, incluindo formação profissional; e desenvolvimento profissional/da carreira. Esta convenção é particularmente relevante para os trabalhadores com responsabilidades em termos de prestação de cuidados e, sobretudo, para as mulheres, uma vez que é mais provável que optem pelo trabalho no domicílio como estratégia para conciliar o trabalho e as responsabilidades familiares.	Total: 10 África: 0 Américas: 1 Estados Árabes: 0 Ásia e Pacífico: 0 Europa e Ásia Central: 9
Convenção (n.º 181) relativa às Agências de Emprego Privadas, 1997	A Convenção n.º 181 exige que os Estados que a ratifiquem garantam que as agências privadas de emprego não imponham aos trabalhadores qualquer discriminação na base da raça, cor, sexo, religião, opinião política, ascendência nacional, origem social ou deficiência. Os trabalhadores empregados por agências privadas de emprego devem ter, entre outras coisas, o direito à liberdade de associação, negociação coletiva, salários mínimos, horário de trabalho e outras condições de trabalho, prestações de segurança social e proteção da maternidade. A Convenção n.º 181 e a Recomendação n.º 188 que a acompanha são particularmente importantes para os trabalhadores de cuidados que são frequentemente recrutados através de agências privadas de emprego e, especialmente, os trabalhadores de cuidados migrantes. Os Estados devem proporcionar proteção adequada e evitar que sejam cometidos abusos aos trabalhadores migrantes recrutados por agências de emprego privadas. As agências devem informar os trabalhadores migrantes da natureza do cargo oferecido e os termos e condições de emprego aplicáveis.	Total: 32 África: 6 Américas: 3 Estados Árabes: 0 Ásia e Pacífico: 3 Europa e Ásia Central: 20

Normas Internacionais	Resumo	Ratificações (número de países) em maio de 2018
Convenção (n.º 183) sobre a Proteção da Maternidade, 2000	A Convenção n.º 183 e a Recomendação n.º 191 que a acompanha promovem a igualdade de oportunidades no emprego para as mulheres. A proteção que deve ser concedida às mulheres em caso de maternidade inclui: licença por maternidade (direito a uma licença de pelo menos 14 semanas, sendo que pelo menos seis destas devem ser gozadas após o nascimento da criança, e até 18 semanas, de acordo com a Recomendação n.º 191); prestações pecuniárias e assistência médica durante a ausência por maternidade com uma taxa mínima de substituição do rendimento de dois terços dos rendimentos anteriores das mulheres; proteção da saúde da mãe e do filho durante a gravidez, nascimento e amamentação; direito das mães a amamentar o filho depois de regressar ao trabalho; e proteção no emprego e não discriminação que garantam o direito a regressar ao mesmo posto, ou posto equivalente, pago de acordo com a mesma taxa. Com particular importância para a proteção dos trabalhadores de cuidados, a Convenção n.º 183 e n.º 191 especificam que todas as mulheres empregadas, incluindo as que se encontram em situações atípicas de trabalho dependente, devem ser protegidas. Ao estabelecer uma abordagem no que respeita ao financiamento dos cuidados médicos maternos e prestações pecuniárias baseadas na solidariedade entre homens e mulheres, partilha dos riscos e, principalmente, no financiamento coletivo (onde os custos das prestações são suportados através de contribuições obrigatórias de seguro social, impostos, ou uma combinação de ambos), a convenção orienta os países no estabelecimento de mecanismos sustentáveis para a concessão de prestações de maternidade fundamentais para a economia dos cuidados. As licenças remuneradas permitem às mulheres realizar trabalho de cuidados não remunerado com segurança de rendimento durante a maternidade. Adicionalmente, a garantia de manterem os seus empregos após regressarem da licença de maternidade permite-lhes cobrir (pelo menos parcialmente) os custos dos cuidados às crianças. A Recomendação n.º 191 também prevê outros tipos de licenças: para o pai, no caso de morte, doença ou hospitalização da mãe antes do fim da licença pós-parto; licença parental durante o período a seguir ao fim da licença de maternidade; e licença por adoção. Estas medidas contribuem para garantir que as responsabilidades de cuidados são partilhadas entre as mulheres e os homens e, assim, contribuir para a igualdade de género.	Total: 34 África: 6 Américas: 6 Estados Árabes: 0 Ásia e Pacífico: 0 Europa e Ásia Central: 22

Normas Internacionais	Resumo	Ratificações (número de países) em maio de 2018
Convenção (n.º 189) sobre os Trabalhadores e Trabalhadoras do Serviço Doméstico, 2011	A Convenção n.º 189 visa promover e garantir condições de trabalho dignas e termos de emprego justos para o trabalho doméstico, definidos como qualquer pessoa que realiza serviço doméstico (numa família ou para uma família) numa relação de emprego. A convenção e a Recomendação n.º 201 que a acompanha são especialmente relevantes para as mulheres, pois estas representam a maioria (mais de 80 por cento) dos trabalhadores domésticos. As medidas abrangem, por exemplo, a proteção dos direitos fundamentais no trabalho; liberdade de associação e organização; proteção efetiva contra todas as formas de abuso, assédio e violência; tratamento igual entre os trabalhadores domésticos e os outros trabalhadores em relação à duração normal do trabalho, compensação por horas extra, períodos de descanso diários e semanais; e cobertura do salário mínimo. Pode ser sobretudo exigido aos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados que vivem na família do empregador que trabalhem horas excessivas, incluindo à noite, e pode não lhes ser fornecido alojamento e alimentação adequados. Pode, por exemplo, não lhes ser atribuído um quarto para descansar que assegure a privacidade, quando esperam que permaneçam à cabeceira de um membro da família doente. As proteções garantidas ao abrigo da Convenção n.º 189 são, conseqüentemente, essenciais para garantir que usufruem de direitos iguais aos proporcionados aos outros trabalhadores. É importante assinalar que estes instrumentos também abordam a questão do desenvolvimento contínuo de competências e qualificações dos trabalhadores domésticos, assim como as suas necessidades em termos de conciliação entre a vida profissional e familiar.	Total: 25 África: 3 Américas: 14 Estados Árabes: 0 Ásia e Pacífico: 1 Europa e Ásia Central: 7
Recomendação (n.º 116) sobre a Redução da Duração do Trabalho, 1962	Cada Estado deve promover o princípio da redução progressiva da duração normal de trabalho tendo em vista alcançar a semana de 40 horas, sem reduzir os salários dos trabalhadores. Quando a duração da semana normal de trabalho excede 48 horas, devem ser tomadas medidas imediatas para diminuir este nível.	—
Recomendação (n.º 193) sobre a Promoção das Cooperativas, 2002	As cooperativas são associações autónomas de pessoas, voluntariamente reunidas, para satisfazer aspirações e necessidades económicas, sociais e culturais comuns, através de empresas de propriedade coletiva e democraticamente geridas. As cooperativas podem contribuir substancialmente para prestar serviços de cuidados de qualidade e assegurando condições de trabalho de qualidade. A Recomendação n.º 193 declara que devem ser adotadas pelos Estados medidas para promover o potencial de cooperativas em todos os países, independentemente do seu nível de desenvolvimento.	—

Normas Internacionais	Resumo	Ratificações (número de países) em maio de 2018
	Os governos devem facultar um quadro de políticas de apoio conforme a natureza e função das cooperativas e orientado pelos valores (nomeadamente responsabilidade social, democracia, igualdade e solidariedade) e princípios (incluindo filiação voluntária e aberta, autonomia e preocupação pela comunidade) cooperativos. As cooperativas devem ser consideradas um dos pilares do desenvolvimento económico e social nacional e internacional. A Recomendação n.º 193 contém uma série de disposições que visam a promoção da igualdade entre mulheres e homens e o aumento da participação das mulheres nas cooperativas, especialmente aos níveis da gestão e da direção. Também contempla medidas para facilitar o acesso dos grupos desfavorecidos às cooperativas.	
Recomendação (n.º 198) sobre a Relação de Trabalho, 2006	A Recomendação n.º 198 apela ao desenvolvimento de políticas nacionais que visem garantir a proteção efetiva dos trabalhadores que exercem a sua atividade no contexto de uma relação de trabalho e proporcionar orientações para determinar a existência dessa relação. Contém disposições específicas relevantes para os trabalhadores da economia dos cuidados, apela à proteção efetiva para assegurar aos trabalhadores especialmente afetados pela incerteza quanto à existência de uma relação de trabalho, incluindo mulheres trabalhadoras, assim como os que se encontram nas situações mais vulneráveis, incluindo trabalhadores na economia informal e os trabalhadores migrantes. Também apela aos Estados que abordem a dimensão de género nas políticas nacionais, dado que as mulheres trabalhadoras são maioritárias em determinadas profissões e setores onde há uma elevada percentagem de relações de trabalho dissimulado ou onde há uma falta de clareza quanto à relação de trabalho (Recomendação n.º 198, Artigos 5.º e 6.º). Estas disposições são de particular relevância para as trabalhadoras de cuidados, incluindo as trabalhadoras de cuidados migrantes, que se encontram com frequência no emprego informal, o que reflete o carácter multidimensional cruzado (interseccional) das discriminações de que são vítimas estas trabalhadoras.	—
Recomendação (n.º 200) sobre a Infecção VIH e SIDA, 2010	A Recomendação n.º 200 estabelece a proteção dos direitos humanos no local de trabalho e estipula que não se devem estigmatizar ou discriminar os trabalhadores como consequência da sua situação em termos de VIH, real ou presumida. Declara que os trabalhadores, as suas famílias e pessoas a cargo devem ter acesso a serviços de prevenção, tratamento, cuidados e serviços de apoio em matéria de VIH e SIDA. Quando é estabelecida uma ligação direta entre uma profissão e o risco de infeção, como ocorre sobretudo no caso dos trabalhadores de cuidados, a recomendação declara que o VIH e SIDA devem ser reconhecidos como uma doença relacionada com o trabalho ou um acidente de trabalho. Adicionalmente, a recomendação contém disposições	—

Normas Internacionais	Resumo	Ratificações (número de países) em maio de 2018
	específicas sobre a confidencialidade relacionada com o estatuto VIH e contra os testes de despistagem do VIH obrigatórios, prevendo particularmente que os trabalhadores migrantes não devem ser submetidos a testes obrigatórios ou serem excluídos da migração devido ao seu estatuto em relação ao VIH. Dado o elevado número de trabalhadores migrantes, sobretudo mulheres migrantes, na economia dos cuidados, estas proteções são de particular importância.	
Recomendação (n.º 202) sobre Pisos de Proteção Social, 2012	A Recomendação n.º 202 prevê orientação para o estabelecimento de sistemas de segurança social abrangentes, tendo em vista assegurar que todos os membros da sociedade têm acesso, no mínimo, a cuidados essenciais de saúde e a segurança básica de rendimento. Estes pisos de proteção nacionais (ou pisos de proteção social) devem ser estabelecidos como prioritários através da combinação mais adequada de meios e mecanismos (por exemplo, seguro social, assistência social e regimes de prestações universais) e combinar medidas preventivas, promocionais e ativas, prestações (pecuniárias ou em géneros) e serviços sociais. Simultaneamente, o Estado deve procurar níveis mais elevados de proteção a tantas pessoas quanto possível, o mais cedo possível, orientado por outras normas da OIT (ver acima). A recomendação é relevante para o trabalho de cuidados, e mais particularmente para os cuidadores não remunerados e trabalhadores de cuidados em situação de emprego atípico ou informal, que na sua maioria não estão cobertos pelos regimes de segurança social, na medida em que procura garantir que estes tenham, no mínimo, acesso a bens e serviços essenciais de saúde, incluindo no caso de maternidade, e que usufruam de segurança de rendimento, na idade ativa e na velhice, assim como em relação aos seus filhos (alimentação, educação e cuidados). Além disso, recomenda que os países escolham a combinação mais eficiente e eficaz de abordagens (por exemplo, seguro social, assistência social, regimes universais) para garantir que todos os trabalhadores de cuidados - em situação de emprego formal, atípico ou informal - e os cuidadores não remunerados tenham uma proteção adequada. A recomendação sublinha a importância da coerência política e enuncia uma série de princípios de implementação relevantes para o trabalho de cuidados: universalidade da proteção; o carácter adequado - e previsibilidade das prestações; não discriminação, igualdade entre mulheres e homens e atenção às necessidades específicas; inclusão social, nomeadamente para as pessoas na economia informal; sustentabilidade financeira, orçamental e económica; serviços públicos de qualidade; total respeito pela negociação coletiva e liberdade de associação; participação tripartida e consulta a outras organizações.	—

Normas Internacionais	Resumo	Ratificações (número de países) em maio de 2018
Recomendação (n.º 204) relativa à Transição da Economia Informal para a Economia Formal, 2015	A Recomendação n.º 204 proporciona orientação para viabilizar a transição dos trabalhadores e unidades económicas da economia informal para a economia formal, respeitando os direitos fundamentais dos trabalhadores e garantindo oportunidades de segurança de rendimento, meios de subsistência e empreendedorismo. Visa também promover a criação de empresas e de empregos dignos na economia formal e a coerência das políticas macroeconómicas, emprego, proteção social e outras políticas sociais. Trata-se por último, de prevenir a informalização de empregos da economia formal. A recomendação é particularmente importante para os trabalhadores de prestação de cuidados, uma vez que uma percentagem substancial destes (predominantemente as mulheres) estão empregados na economia informal.	—

Nota: Há, no total, 187 Estados-membros da OIT: 54 em África, 35 nas Américas, 11 nos Estados Árabes, 36 na Ásia e Pacífico e 51 na Europa.

Fontes: OIT, 2007, 2014c e 2014d. Ver também a base de dados NORMLEX da OIT (estado das ratificações em 23/05/2018).

A.2. ESTRUTURA DEMOGRÁFICA

Quadro A.2.1. População em idade ativa por tipo de família (percentagens), último ano disponível

País	Cabeça de casal, cônjuge, filhos (família nuclear)	Família nuclear com parentes/sem parentes (família alargada)	Cabeça de casal e cônjuge (núcleo)	Família monoparental com parentes/sem parentes	Família monoparental	Solteiro/a	Cabeça de casal e parentes/sem parentes	Cabeça de casal, cônjuge e parentes/sem parentes
Afeganistão	46,6	45,3	1,5	1,3	0,6	0,03	2,5	2,1
África do Sul	20,5	16,5	7,6	22,6	9,1	8,8	12,1	2,7
Alemanha	34,4	0,8	32,8	0,2	7,5	22,8	0,8	0,7
Angola	48,1	25,0	3,3	9,1	6,6	1,8	3,5	2,6
Argentina	40,8	12,4	12,0	8,5	11,8	8,2	4,7	1,5
Austrália	43,8	3,8	23,7	2,8	10,0	12,1	0,1	3,7
Áustria	39,0	4,7	26,5	1,1	6,6	19,4	1,2	1,5
Bangladeche	40,4	36,9	3,7	4,7	2,8	0,9	3,8	6,8
Bélgica	40,8	2,4	26,4	1,6	8,9	17,6	1,2	1,2
Botsuana	12,7	18,6	5,1	24,8	8,9	13,1	13,5	3,3
Brasil	43,5	10,9	13,7	7,4	10,1	6,5	5,1	2,8
Brunei	35,3	34,8	4,2	8,2	3,9	3,1	8,8	1,7
Bulgária	37,5	12,9	17,8	3,9	10,0	14,4	1,6	1,9
Camboja	52,0	26,7	1,9	9,8	5,9	0,7	1,9	1,1
Camarões	31,7	27,2	4,4	10,8	6,6	6,7	9,3	3,3
China	45,9	29,6	14,1	3,3	1,7	1,9	1,4	2,2
Chipre	50,6	2,8	22,6	1,7	8,6	9,2	3,1	1,4
Colômbia	36,0	19,4	7,4	12,7	10,3	6,0	5,3	2,8
Congo	38,9	16,6	5,1	10,9	10,4	9,2	6,4	2,5
Costa do Marfim	35,9	28,6	4,2	8,3	5,2	6,8	7,3	3,6
Croácia	47,1	13,8	14,5	2,7	8,8	10,3	0,9	1,9
Dinamarca	32,3	0,7	30,9	0,3	6,5	27,0	1,7	0,6
Egito	67,2	8,9	5,6	3,8	10,1	2,2	1,6	0,6
Equador	42,6	22,2	6,2	9,1	8,9	4,1	3,3	3,5
Espanha	46,0	4,8	20,3	3,3	9,2	12,0	2,7	1,8
Estado Plurinacional da Bolívia	51,0	14,1	8,6	6,6	9,1	5,8	3,4	1,5
Estados Unidos da América	32,4	5,7	24,7	3,7	8,1	13,9	8,8	2,7

País	Cabeça de casal, cônjuge, filhos (família nuclear)	Família nuclear com parentes/sem parentes (família alargada)	Cabeça de casal e cônjuge (núcleo)	Família monoparental com parentes/sem parentes	Família monoparental	Solteiro/a	Cabeça de casal e parentes/sem parentes	Cabeça de casal, cônjuge e parentes/sem parentes
Estónia	37,8	4,3	22,3	3,0	9,0	20,4	0,8	2,4
Etiópia	54,2	15,2	4,3	5,9	10,6	3,3	4,1	2,5
Federação Russa	31,0	25,5	16,5	5,2	9,3	9,4	1,6	1,4
Filipinas	43,2	29,1	3,1	11,0	5,6	1,6	4,0	2,5
Finlândia	32,8	0,3	36,0	0,1	5,6	24,2	0,6	0,4
França	39,1	1,1	29,0	0,6	8,6	19,3	1,4	0,8
Gâmbia	25,5	44,1	1,3	13,6	2,9	2,6	4,6	5,4
Gana	38,5	20,1	3,9	9,9	10,8	8,1	5,8	2,9
Grécia	48,4	6,5	21,0	1,8	7,8	11,7	1,4	1,4
Guatemala	48,9	22,6	4,5	9,3	8,1	1,8	2,6	2,0
Hungria	36,6	5,7	21,2	3,9	11,2	16,9	1,9	2,6
Iémen	45,7	42,9	1,9	2,6	2,0	0,3	3,0	1,7
Índia	43,9	33,5	5,4	6,4	3,8	2,3	2,0	2,7
Iraque	33,3	53,8	0,4	8,0	2,2	0,0	1,2	1,1
Irlanda	49,4	1,4	20,3	2,3	11,5	10,8	2,9	1,2
Islândia	46,5	1,9	22,9	1,4	7,8	16,0	2,2	1,4
Itália	48,1	3,4	19,1	1,4	9,5	15,7	1,5	1,3
Jordânia	72,7	3,4	6,5	1,3	8,2	4,6	2,6	0,8
Laos	41,6	45,6	1,5	5,9	2,5	0,2	0,9	1,8
Letónia	33,3	9,8	18,8	6,3	11,8	15,1	2,0	2,8
Libéria	42,8	26,2	3,1	9,9	7,7	2,0	4,1	4,2
Lituânia	34,7	5,7	19,8	4,9	12,3	20,5	1,0	1,1
Luxemburgo	48,0	2,4	21,3	1,0	8,5	16,6	0,9	1,3
Madagáscar	49,0	21,6	4,8	6,9	7,1	2,7	4,2	3,7
Mali	29,5	58,6	0,9	5,0	1,5	0,4	1,3	2,7
Malta	52,9	2,6	18,3	4,1	8,9	10,5	2,0	0,7
México	46,2	18,0	8,3	8,6	9,9	5,6	2,0	1,5
Mianmar	44,4	23,4	4,1	11,8	7,9	1,5	5,1	1,8
Namíbia	9,3	18,6	3,6	29,7	5,8	8,9	19,9	4,3
Nepal	33,3	40,2	3,0	7,8	6,1	1,0	3,5	5,1
Nicarágua	36,2	28,3	3,6	17,0	7,4	1,6	3,7	2,2

País	Cabeça de casal, cônjuge, filhos (família nuclear)	Família nuclear com parentes/sem parentes (família alargada)	Cabeça de casal e cônjuge (núcleo)	Família monoparental com parentes/sem parentes	Família monoparental	Solteiro/a	Cabeça de casal e parentes/sem parentes	Cabeça de casal, cônjuge e parentes/sem parentes
Níger	53,0	30,5	1,8	5,8	3,1	0,7	2,1	3,0
Nigéria	60,1	20,5	2,2	4,2	6,2	2,0	3,0	1,8
Noruega	33,1	0,3	30,4	0,2	7,9	27,4	0,6	0,2
Paquistão	46,9	36,6	1,8	4,9	4,2	0,3	2,4	2,8
Holanda	40,1	0,3	31,5	0,1	6,3	20,7	0,8	0,2
Perú	42,9	20,8	4,0	12,6	10,8	2,6	4,6	1,6
Polónia	39,9	18,7	16,7	4,1	7,1	10,0	0,7	2,9
Portugal	44,8	6,1	21,9	3,6	9,9	10,0	1,3	2,4
Reino Unido	37,2	2,2	29,9	1,4	9,3	15,5	3,0	1,6
República Checa	44,3	3,5	25,7	1,7	8,5	14,1	1,0	1,2
República Democrática do Congo	50,2	22,9	3,9	7,6	6,7	2,7	3,4	2,5
República Dominicana	36,1	16,5	8,0	12,5	11,0	5,4	6,7	3,9
Roménia	39,6	15,2	16,6	3,1	6,5	13,0	1,5	4,6
Sérvia	35,4	23,1	12,4	4,8	10,5	9,1	1,6	3,1
Serra Leoa	29,1	40,3	1,3	14,1	3,9	0,7	6,3	4,3
Eslováquia	48,4	7,9	12,2	8,7	8,5	9,2	3,2	1,8
Eslovénia	48,4	5,0	18,2	2,3	9,1	14,6	0,9	1,4
Sri Lanca	42,6	25,7	6,2	10,3	7,3	2,4	2,8	2,6
Suécia	33,6	0,6	32,6	0,2	7,2	24,7	0,7	0,2
Suíça	37,7	2,3	30,0	0,3	6,5	19,9	2,2	1,1
Tanzânia	39,4	25,5	4,8	10,1	7,6	4,6	4,9	3,1
Tailândia	26,4	21,9	13,8	10,9	5,9	7,4	7,2	6,4
Timor-Leste	51,2	18,9	8,2	5,2	6,3	2,1	3,3	4,9
Togo	31,2	34,2	2,2	12,7	5,7	4,0	6,6	3,5
Tunísia	66,3	6,7	10,0	1,6	9,9	3,3	1,6	0,6
Turquia	57,9	17,5	11,8	1,0	5,1	3,1	2,2	1,5
Uganda	45,2	23,8	2,9	8,8	8,2	3,1	5,3	2,7
Uruguai	41,9	8,8	16,2	6,4	11,6	8,7	4,2	2,1
Venezuela	33,3	26,6	4,0	17,8	9,0	2,7	4,4	2,3

País	Cabeça de casal, cônjuge, filhos (família nuclear)	Família nuclear com parentes/sem parentes (família alargada)	Cabeça de casal e cônjuge (núcleo)	Família monoparental com parentes/sem parentes	Família monoparental	Solteiro/a	Cabeça de casal e parentes/sem parentes	Cabeça de casal, cônjuge e parentes/sem parentes
Vietname	46,0	23,6	9,1	8,1	5,3	3,1	2,4	2,3
Zâmbia	39,2	28,4	2,7	11,5	7,2	2,2	5,1	3,7
Zimbabué	28,7	24,4	3,3	15,7	8,2	4,4	9,6	5,7

Nota: Faixa etária: 15 e mais anos. 90 países. Ver anexo A.7, quadro A.7.1 para o ano do inquérito.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

Quadro A.2.2. População em idade ativa a viver em famílias monoparentais, por sexo do/a cabeça de casal (percentagens), último ano disponível

País	Família monoparental feminina	Família monoparental masculina
Afeganistão	59,5	40,5
África do Sul	84,3	15,7
Alemanha	85,3	14,7
Angola	88,6	11,4
Argentina	83,6	16,4
Austrália	81,3	18,7
Áustria	85,2	14,8
Bangladeche	78,5	21,5
Bélgica	82,6	17,4
Botsuana	86,8	13,2
Brasil	87,2	12,8
Brunei	83,9	16,1
Bulgária	79,6	20,4
Camboja	84,4	15,6
Camarões	84,1	15,9
China	64,0	36,0
Chipre	87,8	12,2
Colômbia	85,4	14,6
Congo	74,0	26,0
Costa do Marfim	82,2	17,8
Croácia	85,1	14,9
Dinamarca	76,1	23,9
Egito	87,9	12,1
Eslováquia	88,0	12,0
Eslovénia	84,3	15,7
Equador	85,3	14,7
Espanha	84,0	16,0
Estado Plurinacional da Bolívia	80,9	19,1
Estados Unidos da América	81,3	18,7
Estónia	89,7	10,3
Etiópia	79,0	21,0
Federação Russa	91,5	8,5
Filipinas	70,6	29,4

País	Família monoparental feminina	Família monoparental masculina
Finlândia	78,1	21,9
França	78,0	22,0
Gâmbia	73,5	26,5
Gana	85,5	14,5
Grécia	87,9	12,1
Guatemala	88,9	11,1
Holanda	80,6	19,4
Hungria	88,5	11,5
Iémen	71,5	28,5
Índia	83,8	16,2
Iraque	90,3	9,7
Irlanda	83,4	16,6
Islândia	80,6	19,4
Itália	82,1	17,9
Jordânia	87,6	12,4
Laos	76,2	23,8
Letónia	89,1	10,9
Libéria	63,5	36,5
Lituânia	88,7	11,3
Luxemburgo	77,5	22,5
Madagáscar	77,2	22,8
Mali	77,3	22,7
Malta	76,8	23,2
México	86,3	13,7
Mianmar	80,9	19,1
Namíbia	86,7	13,3
Nepal	87,6	12,4
Nicarágua	86,5	13,5
Níger	92,6	7,4
Nigéria	84,3	15,7
Noruega	76,9	23,1
Paquistão	77,9	22,1
Perú	83,4	16,6
Polónia	86,7	13,3
Portugal	84,1	15,9

País	Família monoparental feminina	Família monoparental masculina
Reino Unido	88,3	11,7
República Checa	83,9	16,1
República Democrática do Congo	85,0	15,0
República Dominicana	82	18
Roménia	78,0	22,0
Sérvia	77,0	23,0
Serra Leoa	77,9	22,1
Sri Lanca	82,1	17,9
Suécia	68,7	31,3
Suíça	86,8	13,2
Tanzânia	84,5	15,5
Tailândia	79,1	20,9
Timor-Leste	66,6	33,4
Togo	80,8	19,2
Tunísia	79,1	20,9
Turquia	89,2	10,8
Uganda	77,7	22,3
Uruguai	86,0	14
Venezuela	86,8	13,2
Vietname	83,5	16,5
Zâmbia	85,1	14,9
Zimbabué	85,6	14,4

Nota: Faixa etária: 15 e mais anos. 90 países. Ver anexo A.7, quadro A.7.1 para o ano do inquérito.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

A.2.1. Rácios de dependência das atividades de cuidados

Metodologia

O rácio de dependência, δ , ajustado pela esperança de vida saudável aos 60 anos, é calculado utilizando duas fontes de dados: a população total², desagregada por cada idade usando o método dos multiplicadores de Sprague³ e a esperança de vida saudável aos 60 anos (expressa em anos)⁴.

O rácio de dependência para a faixa etária $[i, j]$ é calculado como se segue:

$$\delta_{[i,j]} = \frac{P[i,j]}{\sum_{a=65}^h P_a}$$

em que P é a população total no grupo etário $[i, j]$, i é a idade; e h a esperança de vida saudável aos 60 anos.

As faixas etárias $[i, j]$ escolhidas são 0 a 2; 3 a 5; 6 a 14; e pessoas idosas. A faixa etária das pessoas idosas vai a partir da esperança de vida saudável aos 60 anos até aos 100 ou mais anos. O denominador do rácio de dependência dos cuidados inclui a população dos 15 anos até à esperança de vida saudável menos seis anos de idade, e representa as mulheres e os homens adultos potenciais prestadores de cuidados na família.

Quadro A.2.3. Rácios de dependência de cuidados (percentagens), 2000, 2015, e 2030

País	2000					2015					2030				
	Crianças (anos)			Pessoas idosas	Total	Crianças (anos)			Pessoas idosas	Total	Crianças (anos)			Pessoas idosas	Total
	0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14		
Afganistão	25,5	21,9	51,0	2,3	100,6	17,4	17,6	48,6	2,2	85,8	11,7	11,5	33,5	2,3	58,9
África do Sul	10,9	10,6	32,1	3,3	56,9	9,3	9,0	25,7	3,6	47,8	7,3	7,4	22,6	4,6	41,9
Albânia	7,9	8,9	29,8	4,1	50,8	5,0	4,3	14,8	5,2	29,3	4,2	4,3	13,3	5,6	27,4
Argélia	8,9	10,3	35,0	2,1	56,4	10,5	9,8	21,7	2,6	44,7	6,3	6,5	21,8	2,8	37,4
Alemanha	3,9	3,9	13,3	7,5	28,5	3,5	3,4	10,6	8,9	26,4	3,6	3,7	11,2	10,4	28,8
Angola	24,2	20,8	49,7	2,7	97,3	22,4	20,5	49,3	2,1	94,3	18,4	17,0	43,5	2,1	81,0
Antiga República Jugoslava da Macedónia	5,5	6,1	20,5	4,9	37,0	4,6	4,3	13,6	6,4	28,9	4,0	4,2	13,3	7,4	29,0
Antígua-e-Barbuda	9,2	8,6	26,8	3,8	48,4	6,8	6,7	20,8	3,1	37,5	5,6	5,7	17,2	3,5	32,1
Arábia Saudita	12,9	13,4	37,8	2,2	66,4	7,9	7,7	20,6	1,6	37,7	5,4	5,7	18,4	2,7	32,3
Argentina	8,5	8,6	25,4	5,3	47,7	7,5	7,4	21,8	5,6	42,3	6,3	6,3	19,1	6,2	37,8
Arménia	5,2	6,5	26,3	4,1	42,2	5,7	5,9	15,5	7,0	34,2	3,9	4,1	14,6	6,2	28,8
Austrália	5,4	5,8	17,6	5,3	34,2	5,2	5,3	14,8	5,3	30,5	4,8	4,9	15,5	6,7	31,9
Áustria	4,0	4,6	14,3	7,6	30,5	3,7	3,7	11,2	7,6	26,1	3,7	3,8	11,6	8,6	27,7
Azerbaijão	7,6	9,1	31,4	3,2	51,4	7,7	6,7	16,9	3,6	34,9	4,8	4,9	17,2	3,3	30,2
Bahamas	8,0	9,0	26,3	2,4	45,7	5,7	5,9	16,0	3,1	30,7	4,9	5,0	15,4	5,4	30,6
Bahrain	9,7	9,9	24,6	1,3	45,5	6,1	5,8	15,0	1,0	27,8	4,2	4,2	12,2	1,2	21,9
Bangladeche	12,9	12,5	36,2	2,4	64,0	8,5	8,5	26,9	3,2	47,1	5,9	6,1	19,3	3,5	34,9
Barbados	5,8	6,3	19,4	7,4	38,8	5,0	5,3	16,7	7,5	34,4	4,7	5,0	15,8	10,5	36,0
Bielorrússia	3,9	4,1	18,2	8,5	34,7	5,0	4,8	12,0	9,3	31,1	4,1	4,4	14,6	8,4	31,5
Bélgica	4,5	4,9	14,9	7,9	32,1	4,6	4,8	13,8	8,5	31,7	4,3	4,4	13,8	7,9	30,5

País	2000						2015						2030					
	Crianças (anos)			Pessoas idosas	Total	Crianças (anos)			Pessoas idosas	Total	Crianças (anos)			Pessoas idosas	Total			
	0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14					
Belize	16,2	15,7	40,6	3,2	75,7	10,4	9,8	29,9	2,6	52,7	7,9	8,0	23,4	2,6	41,8			
Benin	21,3	19,1	46,6	3,4	90,4	18,7	17,2	43,4	2,8	82,1	15,3	14,3	38,0	2,5	70,0			
Butão	14,5	14,7	44,6	2,4	76,1	7,6	8,0	23,8	2,5	41,9	5,5	5,7	18,0	2,6	31,7			
Bósnia e Herzegovina	5,2	5,3	18,3	5,0	33,7	3,5	3,9	11,8	8,8	28,0	3,7	3,8	11,5	9,1	28,1			
Botsuana	12,9	12,7	37,3	2,5	65,5	10,8	10,1	27,6	2,4	50,9	7,5	7,6	23,4	2,5	41,1			
Brasil	9,1	9,0	27,3	2,8	48,2	6,0	5,9	19,0	3,6	34,5	4,5	4,6	14,8	5,1	29,1			
Brunei	9,1	9,3	26,5	1,2	46,2	6,7	6,1	19,0	1,2	32,9	4,8	4,9	15,5	1,6	26,7			
Bulgária	3,2	3,6	14,8	9,4	31,1	3,6	4,1	11,3	10,0	28,9	3,6	3,8	12,3	12,8	32,4			
Burkina Faso	23,2	20,1	48,9	2,8	95,0	20,4	19,0	47,4	2,0	88,8	16,3	15,3	40,5	1,7	73,7			
Burúndi	23,0	21,7	58,2	3,3	106,2	21,2	19,0	43,9	2,3	86,4	16,9	15,9	42,9	2,2	78,0			
Cabo Verde	16,2	16,3	48,5	3,7	84,6	9,4	9,5	28,9	4,0	51,8	6,9	7,1	21,7	2,6	38,3			
Camboja	13,8	15,1	47,3	4,0	80,1	10,5	10,5	27,8	3,3	52,1	7,8	7,8	24,5	3,9	44,0			
Camarões	20,3	18,3	47,4	2,9	89,0	18,5	17,2	43,5	2,8	82,0	14,4	13,7	37,2	2,4	67,6			
Canadá	4,5	5,1	16,3	5,3	31,2	4,1	4,3	12,3	5,5	26,2	3,9	4,0	12,5	6,5	26,9			
Catar	7,7	7,4	20,0	0,7	35,8	3,6	3,6	9,0	0,3	16,5	2,9	3,1	9,5	0,7	16,2			
Cazaquistão	6,3	7,3	27,5	4,6	45,7	10,0	9,5	19,8	4,8	44,0	6,5	6,6	22,0	3,7	38,8			
Chade	26,3	22,6	52,1	3,4	104,6	23,0	20,7	51,1	2,6	97,3	17,9	16,7	43,7	2,1	80,4			
Chile	7,4	7,7	24,2	3,3	42,6	5,4	5,6	17,1	3,7	31,7	4,5	4,6	14,2	4,5	27,8			
China	5,4	5,5	23,7	3,1	37,7	4,8	4,7	13,4	3,9	26,8	3,7	3,8	12,8	6,4	26,7			
Chipre	5,9	6,5	19,1	5,4	36,8	4,4	4,5	13,1	4,9	26,9	3,7	3,7	12,0	6,8	26,2			
Colômbia	9,3	9,7	29,2	2,6	50,8	6,4	6,6	20,8	3,0	36,9	4,9	5,0	15,8	4,4	30,0			
Comores	18,9	17,5	46,1	2,9	85,5	16,1	15,0	38,7	2,4	72,2	12,4	11,9	33,5	2,3	60,1			

País	2000					2015					2030				
	Crianças (anos)				Pessoas idosas	Total	Crianças (anos)			Pessoas idosas	Total	Crianças (anos)			Pessoas idosas
	0-2	3-5	6-14				0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14	
Congo	18,5	16,1	40,3		3,0	77,9	18,0	16,9	41,8	2,3	79,1	14,7	13,6	36,3	2,1
Costa Rica	9,0	9,2	28,1		2,4	48,8	5,8	6,1	18,3	2,9	33,1	4,6	4,6	14,7	4,7
Costa do Marfim	20,0	17,8	43,4		2,7	84,0	18,5	16,7	42,9	2,5	80,6	15,9	15,0	39,6	2,3
Croácia	4,7	4,3	14,8		7,1	30,8	3,8	4,2	12,1	9,8	29,9	3,4	3,5	11,2	10,0
Cuba	5,7	5,6	19,0		5,3	35,5	4,5	4,2	12,9	6,7	28,3	3,8	4,0	12,5	9,7
Dinamarca	5,2	5,5	15,1		9,0	34,8	4,0	4,6	14,2	7,3	30,1	4,8	4,7	13,4	10,2
Djibouti	15,6	14,4	42,4		2,3	74,8	10,3	9,7	29,3	2,5	51,7	7,6	7,6	22,7	2,8
Egito	12,0	11,7	37,4		3,4	64,6	13,3	11,1	28,0	3,2	55,7	9,0	8,8	27,1	4,2
El Salvador	12,7	13,2	35,9		4,0	65,9	8,2	8,3	25,9	4,4	46,9	6,3	6,5	20,5	4,3
Emirados Árabes Unidos	6,7	7,3	21,4		0,5	35,9	3,6	3,6	8,9	0,2	16,3	2,9	2,8	8,3	0,5
Equador	11,6	11,4	32,5		2,4	57,9	8,9	8,8	25,2	2,8	45,7	6,9	7,0	21,1	4,3
Eritreia	18,2	17,0	51,2		4,0	90,5	17,0	16,9	44,0	3,5	81,3	12,4	11,9	33,7	2,5
Eslováquia	4,1	5,0	18,3		6,9	34,2	4,1	4,2	11,7	6,5	26,5	3,6	3,9	12,4	8,7
Eslôvénia	3,6	3,6	13,6		5,9	26,7	4,1	4,3	11,2	8,4	28,0	3,4	3,6	11,8	8,1
Espanha	3,6	3,7	12,1		7,4	27,0	3,5	4,1	12,3	9,0	28,9	3,0	3,0	9,9	9,1
Estado Plurinacional da Bolívia	14,7	13,8	37,5		3,4	69,4	10,4	10,3	30,1	3,3	54,1	8,2	8,1	23,8	2,8
Estados Federados da Micronésia	15,1	14,1	41,6		2,9	73,7	10,7	10,3	32,9	2,4	56,3	9,8	9,8	28,2	4,0
Estados Unidos da América	5,8	6,1	18,8		6,8	37,5	5,0	5,3	16,0	6,3	32,5	5,1	5,2	15,0	7,5
Estónia	3,5	3,9	16,9		7,6	31,8	4,2	4,9	13,0	9,1	31,2	3,7	4,0	13,2	9,3

País	2000					2015					2030				
	Crianças (anos)			Pessoas idosas	Total	Crianças (anos)			Pessoas idosas	Total	Crianças (anos)			Pessoas idosas	Total
	0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14		
Eswatini	16,8	16,8	50,4	2,8	86,9	13,7	13,3	36,0	2,4	65,4	10,2	10,2	30,7	2,3	53,4
Etiópia	23,1	20,1	48,4	3,0	94,7	16,4	15,3	42,8	2,5	77,1	11,5	11,4	32,5	2,5	57,8
Federação Russa	3,8	3,6	18,0	7,9	33,3	5,5	4,9	12,4	9,0	31,8	4,2	4,5	15,3	8,2	32,2
Fiji	11,5	11,7	32,7	2,0	58,0	8,6	9,0	25,0	2,7	45,3	7,0	7,0	21,6	4,3	39,8
Filipinas	14,3	13,6	37,5	2,5	67,9	10,6	10,3	29,2	2,9	52,9	8,7	8,6	25,3	3,6	46,2
Finlândia	4,5	5,1	15,5	8,1	33,2	4,3	4,6	13,2	7,8	29,9	4,4	4,5	13,7	10,0	32,6
França	5,2	5,0	15,7	6,9	32,8	4,9	5,1	15,2	8,3	33,5	4,7	4,6	13,9	8,3	31,5
Gabão	16,8	15,8	41,8	4,7	79,2	14,0	12,8	31,8	3,2	61,9	10,4	10,1	29,9	2,9	53,3
Gâmbia	23,2	19,8	46,4	2,8	92,1	21,1	19,0	47,0	2,1	89,2	16,2	15,2	40,6	2,0	74,1
Georgia	5,0	5,8	21,8	5,7	38,3	5,8	5,8	14,5	8,6	34,7	4,6	4,7	16,1	9,1	34,5
Gana	17,5	16,0	41,8	2,7	77,9	15,3	14,3	36,8	2,6	69,0	11,7	11,3	32,0	2,3	57,2
Grécia	3,9	4,0	12,5	6,3	26,7	3,4	4,0	12,2	9,3	28,9	2,9	2,9	9,2	8,6	23,6
Granada	10,7	10,5	38,8	7,1	67,1	8,1	8,1	22,4	4,8	43,5	5,6	5,9	20,2	4,4	36,0
Guatemala	18,6	17,8	45,8	3,2	85,3	12,3	11,8	35,5	3,1	62,7	8,9	8,9	26,2	2,9	46,8
Guiné	20,6	18,3	44,6	2,7	86,2	18,1	16,7	42,9	2,4	80,1	14,7	13,9	37,4	2,3	68,2
Guiné-Bissau	20,3	18,6	47,6	2,8	89,3	17,9	16,3	40,6	2,4	77,2	13,7	13,0	36,0	2,5	65,1
Guiné Equatorial	18,7	15,8	37,6	3,0	75,1	15,4	13,8	32,7	2,0	64,0	12,5	11,9	31,2	1,5	57,2
Guiana	12,1	13,3	34,2	3,2	62,8	9,0	8,5	27,3	3,1	47,9	7,3	7,4	23,2	4,5	42,4
Haiti	15,3	14,6	41,2	3,0	74,2	11,1	11,0	31,7	3,3	57,2	8,4	8,4	25,2	3,5	45,4
Holanda	4,9	5,1	15,1	6,5	31,6	4,2	4,2	13,9	6,6	29,0	4,3	4,3	12,8	8,5	29,9
Honduras	16,9	16,4	43,5	2,5	79,2	9,8	10,0	31,2	2,2	53,3	7,2	7,3	21,8	2,5	38,8
Hungria	3,8	4,5	15,1	9,4	32,8	3,6	3,9	11,9	8,8	28,2	3,6	3,7	11,6	10,9	29,9

País	2000					2015					2030				
	Crianças (anos)			Pessoas idosas	Total	Crianças (anos)			Pessoas idosas	Total	Crianças (anos)			Pessoas idosas	Total
	0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14		
Iémen	21,5	21,6	56,0	2,8	101,8	16,0	15,1	40,0	2,1	73,1	11,0	10,9	31,9	2,1	55,9
Ilhas Salomão	17,2	16,1	41,6	1,9	76,7	14,6	14,4	39,2	2,4	70,7	11,1	10,7	30,6	2,5	54,9
Índia	11,9	11,5	32,9	3,2	59,5	8,2	8,5	26,0	3,6	46,3	6,5	6,6	19,9	4,0	37,0
Indonésia	9,1	9,3	28,2	2,7	49,3	8,5	8,1	24,1	3,1	43,8	6,4	6,5	20,0	3,7	36,6
Iraque	18,5	16,9	43,5	2,8	81,7	16,8	15,5	39,1	2,4	73,8	13,5	12,9	35,0	2,2	63,6
Irlanda	6,1	5,5	18,2	5,9	35,7	6,1	6,4	17,5	4,7	34,7	4,5	4,4	14,4	4,8	28,1
Islândia	6,1	7,0	19,8	5,1	38,0	5,5	5,9	16,5	5,6	33,4	4,7	4,8	14,8	6,2	30,5
Israel	9,6	8,7	24,2	5,1	47,6	9,4	8,8	23,3	4,5	45,9	7,3	7,2	21,4	4,2	40,2
Itália	3,6	3,7	11,6	7,3	26,2	3,3	3,7	11,3	8,9	27,2	3,2	3,2	10,0	9,8	26,2
Jamaica	10,4	10,4	30,4	5,0	56,1	6,0	6,3	20,7	4,8	37,8	5,3	5,5	18,4	5,0	34,1
Japão	3,6	3,6	11,7	4,7	23,6	3,3	3,4	10,5	8,9	26,0	3,2	3,3	10,3	12,0	28,8
Jordânia	15,4	14,2	37,8	1,8	69,1	13,0	12,4	33,1	2,0	60,5	8,9	8,9	26,4	2,0	46,2
Quênia	20,7	17,7	47,3	2,4	88,0	15,7	15,5	41,6	1,9	74,8	12,1	11,6	32,3	2,1	58,0
Quiribati	15,0	14,4	40,0	2,3	71,7	12,4	12,9	30,8	2,4	58,5	10,3	10,3	30,4	3,3	54,2
Quirguizistão	10,5	11,1	35,5	3,1	60,2	12,0	10,8	24,4	3,0	50,1	7,8	7,9	25,8	2,5	44,1
Kuwait	9,8	8,6	21,8	0,7	40,9	6,1	6,0	14,7	0,8	27,6	4,7	4,7	15,2	1,7	26,3
Laos	16,4	17,4	47,4	3,5	84,7	11,0	11,1	31,4	2,9	56,3	7,7	7,8	24,1	3,2	42,7
Lesoto	16,2	15,6	43,7	4,3	79,9	13,1	12,0	33,6	3,5	62,3	10,3	10,3	30,9	3,6	55,1
Letónia	3,1	3,9	17,7	7,5	32,3	4,0	4,5	12,3	10,3	31,1	3,6	3,8	12,8	11,1	31,3
Líbano	8,6	8,7	26,4	5,2	48,9	7,0	6,3	20,9	5,2	39,4	5,2	5,4	15,0	6,0	31,6
Libéria	20,2	17,2	43,1	3,2	83,7	17,5	16,5	43,3	2,8	80,0	14,3	13,5	36,3	2,5	66,7
Líbia	10,0	10,2	33,2	2,4	55,8	8,9	8,7	24,2	2,6	44,5	5,6	5,8	19,0	2,6	33,1

País	2000						2015						2030					
	Crianças (anos)			Pessoas idosas			Crianças (anos)			Pessoas idosas			Crianças (anos)			Pessoas idosas		
	0-2	3-5	6-14	0-2	3-5	6-14	0-2	3-5	6-14	0-2	3-5	6-14	0-2	3-5	6-14	0-2	3-5	6-14
Lituânia	4,1	5,0	19,2	7,1	35,4	4,3	4,1	11,6	11,6	31,7	4,3	4,7	14,4	13,5	36,9			
Luxemburgo	5,3	5,5	15,2	6,2	32,1	4,4	4,2	12,8	5,9	27,3	4,4	4,4	13,3	5,4	27,5			
Madagáscar	21,4	19,1	45,6	2,5	88,6	16,6	15,6	41,8	2,1	76,1	13,9	13,2	35,6	2,1	64,8			
Malásia	10,9	10,7	30,5	2,2	54,3	7,1	6,8	20,9	2,6	37,5	5,9	6,1	18,4	4,1	34,5			
Malawi	22,7	20,2	50,3	3,4	96,5	18,7	18,4	47,3	2,6	87,1	15,0	14,3	38,4	2,2	69,9			
Maldivas	11,9	13,5	46,3	2,1	73,8	7,6	7,0	17,0	2,0	33,6	4,1	4,5	15,8	1,4	25,8			
Mali	23,6	20,2	48,5	3,4	95,7	23,1	21,3	51,5	2,3	98,1	18,5	17,1	44,4	1,7	81,6			
Malta	5,1	5,3	17,1	5,9	33,3	3,9	3,8	10,9	5,3	23,8	3,7	3,9	11,8	7,0	26,4			
Marrocos	10,0	10,6	33,0	3,3	56,9	9,0	8,3	23,3	3,5	44,1	6,3	6,5	20,4	4,5	37,7			
Maurícias	6,7	7,9	22,3	3,5	40,4	4,3	4,5	16,9	4,0	29,7	4,0	4,0	12,0	5,4	25,5			
Mauritânia	18,8	17,1	43,5	2,5	82,0	16,5	15,1	38,7	2,4	72,7	13,3	12,6	34,4	2,3	62,5			
México	11,3	11,2	32,0	2,6	57,2	8,0	7,9	23,9	3,1	42,9	5,7	5,9	18,5	4,0	34,1			
Mongólia	9,3	9,8	36,8	2,7	58,5	11,0	9,6	21,3	2,2	44,2	6,8	7,0	23,3	2,1	39,2			
Montenegro	5,7	5,8	18,8	5,9	36,2	4,8	5,1	15,5	7,6	32,9	4,2	4,3	13,6	9,4	31,4			
Mocambique	21,9	19,0	45,2	2,9	88,9	20,4	18,7	47,4	2,8	89,4	16,7	15,6	40,7	2,5	75,5			
Mianmar	10,6	9,9	29,9	3,5	53,9	7,6	7,7	25,5	3,2	44,1	6,4	6,4	19,1	4,9	36,8			
Namíbia	15,4	15,3	40,7	2,8	74,1	14,2	12,8	34,3	2,4	63,7	10,6	10,5	30,6	2,5	54,3			
Nepal	16,3	15,7	41,3	3,0	76,3	9,0	9,7	32,6	3,4	54,8	6,5	6,8	21,0	3,7	38,1			
Nicarágua	14,0	14,1	41,9	4,3	74,4	8,9	9,2	27,2	3,3	48,5	6,0	6,2	19,4	2,4	34,0			
Níger	26,7	21,7	48,7	2,3	99,3	26,8	23,4	54,8	2,1	107,2	24,1	21,5	52,2	2,0	99,8			
Nigéria	20,2	17,6	43,6	2,8	84,1	19,9	18,0	44,6	2,3	84,9	16,5	15,4	40,6	2,4	74,8			
Noruega	5,7	5,9	17,0	9,2	37,8	4,7	5,0	14,5	6,3	30,5	4,8	4,8	13,9	7,1	30,5			

País	2000					2015					2030				
	Crianças (anos)			Pessoas idosas	Total	Crianças (anos)			Pessoas idosas	Total	Crianças (anos)			Pessoas idosas	Total
	0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14		
Nova Zelândia	6,1	6,5	19,5	5,3	37,4	5,3	5,7	16,2	5,5	32,8	4,9	5,0	15,2	6,8	31,9
Omã	12,1	12,5	36,0	1,5	62,0	7,5	6,5	15,0	0,9	29,9	4,3	4,6	15,1	1,2	25,1
Paquistão	15,9	15,3	42,8	3,5	77,5	12,9	12,2	31,7	3,1	60,0	9,3	9,2	27,8	2,9	49,2
Panamá	10,6	10,1	28,5	2,6	51,7	8,6	8,4	23,8	3,3	44,1	6,7	6,7	20,0	3,8	37,3
Papua-Nova Guiné	16,4	14,8	38,0	2,8	72,0	13,0	12,6	35,0	2,8	63,4	10,6	10,3	28,9	3,1	52,9
Paraguai	13,7	13,3	38,0	2,8	67,7	9,1	9,2	27,0	3,0	48,4	7,3	7,4	22,4	3,9	41,1
Perú	11,2	11,3	32,9	3,5	58,9	8,6	8,3	24,1	3,5	44,5	6,3	6,4	19,7	3,4	35,8
Polónia	4,1	4,9	17,9	5,9	32,9	3,7	4,2	11,6	7,4	26,8	3,1	3,2	10,8	9,2	26,3
Portugal	4,2	4,1	13,2	7,1	28,6	3,3	3,6	11,9	8,9	27,7	2,9	2,9	9,0	9,8	24,5
Reino Unido	5,0	5,3	16,5	8,5	35,2	5,0	5,1	13,8	7,6	31,6	4,5	4,6	14,3	8,3	31,7
República Centro-Africana	18,8	16,5	42,3	3,7	81,3	18,5	17,2	46,4	3,3	85,5	15,0	14,0	36,7	2,6	68,3
República da Coreia	4,9	5,9	16,4	2,7	30,0	3,3	3,3	10,6	3,3	20,5	3,3	3,3	9,7	3,9	20,2
República da Moldávia	4,8	5,4	23,6	5,9	39,8	4,2	4,3	11,8	5,6	25,9	3,2	3,3	11,4	6,8	24,7
República Democrática do Congo	22,3	19,4	46,2	2,8	90,7	22,4	20,0	47,7	2,3	92,4	17,9	16,6	43,4	2,1	79,9
República Dominicana	11,4	11,6	33,3	2,3	58,5	9,1	9,1	26,9	3,4	48,5	6,9	7,0	21,6	4,6	40,2
República Islâmica do Irão	9,2	9,8	37,2	2,3	58,4	7,1	7,1	18,1	2,6	34,9	3,8	4,1	15,2	2,9	26,1

País	2000					2015					2030				
	Crianças (anos)			Pessoas idosas	Total	Crianças (anos)			Pessoas idosas	Total	Crianças (anos)			Pessoas idosas	Total
	0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14		
Rep. Popular Democrática da Coreia	7,3	7,7	22,1	3,1	40,2	5,7	5,6	18,0	5,1	34,4	5,2	5,3	16,0	5,5	31,9
Roménia	4,5	3,9	17,4	7,3	33,1	3,9	4,2	12,9	9,7	30,6	3,8	3,9	12,2	11,6	31,5
Ruanda	20,1	16,0	47,8	3,1	87,1	15,8	15,4	40,2	2,0	73,3	11,1	10,7	31,2	2,1	55,1
Santa Lúcia	9,4	10,2	32,0	5,7	57,4	5,0	4,7	16,8	5,0	31,5	3,9	4,0	12,9	5,3	26,2
São Vicente e Granadinas	9,5	9,9	30,3	5,1	54,7	6,5	6,9	21,4	4,5	39,2	5,1	5,2	16,8	5,0	32,1
Samoa	15,5	15,7	41,2	3,1	75,5	12,3	13,3	37,3	3,6	66,5	10,2	9,9	29,0	3,7	52,8
São Tomé e Príncipe	20,5	17,7	49,4	4,0	91,7	17,8	16,9	45,4	3,0	83,1	13,7	13,0	36,0	1,8	64,6
Senegal	19,9	18,1	47,1	2,6	87,7	18,7	17,3	42,7	2,2	80,9	14,3	13,6	37,4	1,9	67,1
Sérvia	5,3	5,6	18,4	7,0	36,2	4,3	4,3	14,0	8,1	30,7	4,1	4,2	13,3	9,3	31,0
Seicheles	8,0	8,5	26,7	4,8	48,1	7,0	6,6	16,4	4,6	34,5	5,1	5,1	17,3	5,8	33,3
Serra Leoa	21,3	18,4	45,3	3,0	88,0	17,4	16,7	43,9	2,3	80,4	12,9	12,4	34,8	1,7	61,9
Singapura	4,8	5,9	17,9	2,6	31,2	3,5	3,6	12,2	2,9	22,3	3,0	3,0	9,7	3,3	18,9
Somália	25,2	21,1	47,1	2,7	96,1	22,3	20,1	48,8	2,2	93,4	19,4	17,8	45,4	2,4	85,0
Sudão	19,7	18,0	43,9	2,6	84,2	16,6	15,6	41,9	2,5	76,6	13,4	12,7	34,4	2,5	63,1
Sudão do Sul	21,2	18,8	45,5	2,7	88,2	17,7	16,4	42,3	2,9	79,3	14,4	13,7	36,9	2,4	67,3
Sri Lanka	7,6	7,5	23,5	3,1	41,7	6,6	7,0	21,2	3,4	38,2	5,3	5,2	16,7	6,0	33,2
Suécia	4,0	5,3	17,0	10,5	36,7	4,8	5,0	13,7	7,8	31,4	4,8	4,9	14,8	9,3	33,9
Suíça	4,4	4,8	14,4	7,0	30,6	4,0	3,9	11,3	6,5	25,7	3,8	3,9	12,0	7,3	27,1
Suriname	10,7	10,6	29,7	3,6	54,6	8,0	7,8	23,4	3,6	42,8	6,3	6,4	19,6	3,4	35,6
Síria	16,3	14,7	41,6	2,5	75,1	11,8	12,9	40,1	3,2	68,0	8,4	8,4	24,8	3,5	45,1

País	2000					2015					2030				
	Crianças (anos)			Pessoas idosas	Total	Crianças (anos)			Pessoas idosas	Total	Crianças (anos)			Pessoas idosas	Total
	0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14		
Tajiquistão	15,9	15,5	46,3	2,6	80,3	13,4	12,4	30,4	2,5	58,7	9,6	9,6	29,2	2,0	50,3
Tanzânia	20,7	18,7	46,7	2,7	88,9	20,7	18,9	47,0	2,8	89,4	16,7	15,6	40,9	2,2	75,4
República Checa	3,2	4,1	14,8	7,4	29,6	4,0	4,4	11,7	7,3	27,4	3,6	3,8	12,4	10,4	30,2
Tailândia	6,1	6,5	20,7	2,9	36,2	4,3	4,5	14,7	4,3	27,9	3,5	3,5	11,2	6,8	25,1
Timor-Leste	27,1	24,5	53,7	1,8	107,0	18,7	17,9	45,6	2,3	84,5	15,5	14,8	40,3	2,2	72,8
Togo	19,0	16,9	44,4	2,5	82,8	17,1	16,3	42,0	2,0	77,5	13,6	12,9	35,0	1,9	63,4
Tonga	13,8	14,6	38,4	3,8	70,5	12,2	12,6	37,2	4,3	66,3	10,3	9,8	27,7	3,5	51,2
Trindade e Tobago	6,0	6,3	24,4	4,0	40,7	5,8	5,9	16,9	5,1	33,6	4,3	4,4	14,7	7,2	30,6
Tunísia	7,7	8,1	28,6	3,1	47,5	8,0	7,0	18,3	4,4	37,7	5,4	5,7	18,9	5,2	35,2
Turquemenistão	10,1	12,0	37,9	2,9	62,8	11,7	9,6	24,3	2,8	48,4	7,5	7,6	24,8	3,4	43,3
Turquia	9,8	9,4	27,6	3,1	49,9	7,5	7,3	21,9	3,7	40,4	5,4	5,5	17,3	4,3	32,5
Ucrânia	3,5	4,0	16,1	7,9	31,5	4,2	4,6	11,6	10,2	30,6	3,8	4,0	13,4	10,6	31,7
Uganda	26,3	23,1	54,1	2,7	106,2	23,1	21,0	52,1	1,8	98,0	18,1	16,9	43,9	1,5	80,3
Uruguai	7,2	7,5	21,9	7,1	43,6	6,0	6,1	18,6	8,3	39,1	5,3	5,3	16,4	8,5	35,4
Uzbequistão	11,1	12,6	39,0	2,8	65,4	9,0	8,9	22,8	2,7	43,3	6,1	6,3	20,7	2,4	35,4
Vanuatu	16,7	15,7	41,6	2,7	76,8	12,8	13,1	34,1	2,0	62,1	10,3	9,9	28,4	2,5	51,1
Venezuela	11,0	10,8	32,1	2,0	55,8	8,4	8,4	24,5	2,9	44,2	6,5	6,6	20,1	4,0	37,1
Vietname	7,7	9,8	31,9	4,0	53,4	6,9	6,7	18,1	3,7	35,4	5,1	5,5	17,2	3,6	31,3
Zâmbia	22,7	19,7	48,3	2,6	93,3	20,0	18,4	47,7	2,1	88,1	16,6	15,6	40,5	1,4	74,2
Zimbabué	16,7	16,0	45,9	3,2	81,9	17,3	16,1	40,3	2,4	76,1	11,7	11,4	33,2	1,9	58,2

Nota: 183 países.

Fontes: Cálculos do BIT com base no relatório das Nações Unidas de 2017 e na OMS, Observatório Global da Saúde, 2018.

A.3. TRABALHO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NÃO REMUNERADO E DESIGUALDADE DE GÊNERO NO TRABALHO

Quadro A.3.1. Tempo despendido nas três principais categorias de trabalho de prestação de cuidados não remunerado e em trabalho remunerado (minutos por dia) e proporção de trabalho de prestação de cuidados não remunerado, por sexo (percentagens), último ano disponível

País	Mulheres				Homens					Total trabalho remunerado	Total trabalho	Proporção do trabalho de prestação de cuidados não remunerado total do trabalho de prestação de cuidados não remunerado (percentagens)		
	Trabalho de prestação de cuidados não remunerado				Trabalho remunerado	Total trabalho	Proporção do trabalho de prestação de cuidados não remunerado total do trabalho de prestação de cuidados não remunerado (percentagens)							
	Tarefas domésticas para consumo final do agregado familiar	Serviços de cuidados aos membros do agregado familiar	Serviços de cuidados à comunidade e ajuda a outros agregados familiares	Total										
África do Sul	195	29	5	229	129	358	70,0	88	5	5	98	214	312	30,0
Albânia	270	43	1	314	117	431	85,8	45	5	2	52	257	309	14,2
Alemanha	227	27	15	269	134	403	62,1	137	10	17	164	222	386	37,9
Antiga República Jugoslava da Macedónia	201	22	1	224	135	359	72,5	71	8	6	85	207	292	27,5
Argélia	282	30	–	312	30	342	85,2	42	12	–	54	198	252	14,8
Argentina	183	58	16	257	165	422	73,4	66	22	5	93	314	407	26,6
Arménia	266	46	–	312	101	413	83,2	54	9	–	63	291	354	16,8
Austrália	239	64	8	311	128	439	64,4	130	27	15	172	250	422	35,6
Áustria	222	39	8	269	160	429	64,8	118	19	9	146	264	410	35,2
Bélgica	186	28	–	214	99	313	61,8	117	15	–	132	157	289	38,2
Benin	189	32	–	221	171	392	84,0	39	3	–	42	241	283	16,0
Bulgária	267	16	15	298	137	435	64,5	142	6	16	164	190	354	35,5
Camboja	188	–	–	188	–	–	91,3	18	–	–	18	–	–	8,7

País	Mulheres					Homens					Proporção do trabalho de prestação de cuidados não remunerado total do trabalho de cuidados não remunerado (percentagens)			
	Trabalho de prestação de cuidados não remunerado				Trabalho remunerado	Total trabalho	Proporção do trabalho de prestação de cuidados não remunerado total do trabalho de cuidados não remunerado (percentagens)	Trabalho de cuidados não remunerado				Trabalho remunerado	Total trabalho	
	Tarefas domésticas para consumo final do agregado familiar	Serviços de cuidados aos membros do agregado familiar	Serviços de cuidados à comunidade e ajuda a outros agregados familiares	Total				Tarefas domésticas para consumo final do agregado familiar	Serviços de cuidados aos membros do agregado familiar	Serviços de cuidados à comunidade e ajuda a outros agregados familiares				Total
Camarões	170	38	4	212	203	415	74,1	53	14	7	74	284	358	25,9
Canadá	194	39	24	257	180	437	60,2	131	18	21	170	255	425	39,8
Catar	199	–	–	199	120	319	64,4	110	–	–	110	229	339	35,6
Cazaquistão	246	–	–	246	134	380	68,9	111	–	–	111	203	314	31,1
China	203	31	3	237	263	500	71,6	80	11	3	94	360	454	28,4
Dinamarca	197	35	11	243	147	390	56,6	151	20	15	186	211	397	43,4
Eslovénia	251	30	5	286	–	–	63,3	145	11	10	166	–	–	36,7
El Salvador	136	49	43	228	192	420	84,1	4	11	28	43	346	389	15,9
Equador	273	–	–	273	150	423	77,8	78	–	–	78	306	384	22,2
Espanha	211	36	16	263	128	391	67,6	93	21	12	126	205	331	32,4
Estónia	217	31	13	261	161	422	60,7	144	11	14	169	197	366	39,3
Estados Unidos da América	187	42	35	264	175	439	61,1	122	19	27	168	251	419	38,9
Etiópia	231	47	13	291	198	489	70,0	87	8	30	125	301	426	30,0
Finlândia	178	27	6	211	162	373	60,3	121	11	7	139	202	341	39,7
França	201	31	2	234	126	360	61,3	130	14	4	148	199	347	38,7
Gana	155	53	12	220	228	448	76,4	40	11	17	68	288	356	23,6
Grécia	229	28	20	277	78	355	72,1	81	14	12	107	152	259	27,9

País	Mulheres					Homens								
	Trabalho de prestação de cuidados não remunerado				Trabalho remunerado	Total trabalho	Proporção do trabalho de prestação de cuidados não remunerado total do trabalho de prestação de cuidados não remunerado (percentagens)	Trabalho de cuidados não remunerado						
	Tarefas domésticas para consumo final do agregado familiar	Serviços de cuidados aos membros do agregado familiar	Serviços de cuidados à comunidade e ajuda a outros agregados familiares	Total				Tarefas domésticas para consumo final do agregado familiar	Serviços de cuidados aos membros do agregado familiar	Serviços de cuidados à comunidade e ajuda a outros agregados familiares	Total			
Holanda	191	42	21	254	146	400	65,6	95	19	19	133	279	412	34,4
Hungria	240	28	0	268	171	439	67,8	114	12	1	127	261	388	32,2
Índia	297	–	–	297	160	457	90,5	31	–	–	31	360	391	9,5
Iraque	300	45	–	345	31	376	86,0	52	4	–	56	246	302	14,0
Irlanda	185	94	7	286	142	428	68,9	91	29	9	129	280	409	31,1
Itália	286	–	19	305	103	408	73,8	97	–	11	108	223	331	26,2
Japão	222	27	5	254	165	419	76,7	63	8	6	77	330	407	23,3
Letónia	239	24	14	277	234	511	66,0	126	5	12	143	337	480	34,0
Lituânia	267	26	15	308	231	539	65,0	141	8	17	166	313	479	35,0
Madagáscar	187	28	7	222	240	462	81,3	36	8	7	51	240	291	18,7
Mali	241	–	–	241	98	339	92,0	21	–	–	21	163	184	8,0
Marrocos	300	–	–	300	81	381	87,5	43	–	–	43	325	368	12,5
Maurícias	229	44	4	277	119	396	79,1	56	13	4	73	296	369	20,9
Mongólia	232	54	4	290	241	531	67,6	111	20	8	139	348	487	32,4
Noruega	188	42	–	230	181	411	56,1	149	31	–	180	250	430	43,9
Nova Zelândia	199	48	–	247	143	390	63,7	122	19	–	141	254	395	36,3
Omã	274	–	–	274	58	332	70,4	115	–	–	115	187	302	29,6
Paquistão	231	55	1	287	78	365	91,1	17	9	2	28	322	350	8,9

País	Mulheres					Homens								
	Trabalho de prestação de cuidados não remunerado				Trabalho remunerado	Total trabalho	Proporção do trabalho de prestação de cuidados não remunerado (percentagens)	Trabalho de cuidados não remunerado			Trabalho remunerado	Total trabalho	Proporção do trabalho de prestação de cuidados não remunerado total do trabalho de prestação de cuidados não remunerado (percentagens)	
	Tarefas domésticas para consumo final do agregado familiar	Serviços de cuidados aos membros do agregado familiar	Serviços de cuidados à comunidade e ajuda a outros agregados familiares	Total				Serviços de cuidados aos membros do agregado familiar	Serviços de cuidados à comunidade e ajuda a outros agregados familiares	Total				
Panamá	201	85	15	301	201	502	70,2	97	23	8	128	359	487	29,8
Perú	258	68	13	339	183	522	71,4	101	26	9	136	361	497	28,6
Polónia	243	39	13	295	136	431	65,3	127	15	15	157	234	391	34,7
Portugal	258	23	21	302	178	480	79,7	61	6	10	77	298	375	20,3
Quirguizistão	250	20	5	275	163	438	73,3	82	9	9	100	267	367	26,7
República da Coreia	146	40	2	188	145	333	82,8	27	10	2	39	246	285	17,2
República da Moldávia	270	34	26	330	168	498	62,3	169	8	23	200	217	417	37,7
República Islâmica do Irão	305	–	2	307	40	347	79,9	75	–	2	77	283	360	20,1
Roménia	264	–	–	264	100	364	67,9	125	–	–	125	163	288	32,1
Reino Unido	180	32	20	232	145	377	63,9	101	15	15	131	233	364	36,1
Sérvia	266	25	10	301	129	430	67,0	126	10	12	148	227	375	33,0
Suécia	203	37	–	240	201	441	55,3	168	26	–	194	245	439	44,7
Taiwan, China	168	–	–	168	221	389	80,4	41	–	–	41	303	344	19,6
Tanzânia	196	41	1	238	195	433	78,8	52	9	3	64	341	405	21,2
Territórios Palestinos Ocupados	217	59	17	293	36	329	84,2	35	9	11	55	88	143	15,8

País	Mulheres				Homens					Proporção do trabalho de prestação de cuidados não remunerado total do trabalho de prestação de cuidados não remunerado (percentagens)				
	Trabalho de prestação de cuidados não remunerado				Trabalho remunerado	Total trabalho	Trabalho de cuidados não remunerado							
	Tarefas domésticas para consumo final do agregado familiar	Serviços de cuidados aos membros do agregado familiar	Serviços de cuidados à comunidade e ajuda a outros agregados familiares	Total										
Tailândia	139	31	3	173	233	406	75,5	44	10	2	56	430	486	24,5
Tunísia	288	32	6	326	111	437	85,8	42	8	4	54	299	353	14,2
Turquia	234	41	55	330	76	406	79,1	45	5	37	87	267	354	20,9
Uruguai	222	68	19	309	–	–	69,9	88	35	10	133	–	–	30,1

Nota: Faixa etária: 15 e mais anos. “—” indica que não existem dados. 67 países. Ver anexo A.7, Quadroquadro A.7.2 para o ano do inquérito.

Fonte: Charmes, a publicar.

Quadro A.3.2. Tendências do tempo despendido no trabalho de prestação de cuidados não remunerado e trabalho remunerado, por sexo (minutos diários), 1997 e 2012

País	Mulheres						Homens					
	1997			2012			1997			2012		
	Trabalho não remunerado	Trabalho remunerado	Total trabalho	Trabalho não remunerado	Trabalho remunerado	Total trabalho	Trabalho não remunerado	Trabalho remunerado	Total trabalho	Trabalho não remunerado	Trabalho remunerado	Total trabalho
África do Sul	216	116	332	229	129	358	83	190	273	98	214	312
Alemanha	282	114	396	253	138	391	177	212	389	166	216	382
Austrália	306	165	471	311	172	483	126	268	394	128	250	378
Bélgica	224	128	352	214	132	346	96	167	263	99	157	256
Benin	206	284	490	221	171	392	65	268	333	42	241	283
Canadá	270	156	426	216	144	360	162	270	432	162	222	384
Espanha	280	101	381	263	126	389	119	243	362	128	205	333
Estónia	302	179	481	261	169	430	167	234	401	161	197	358
Estados Unidos da América	268	168	436	251	162	413	173	274	447	173	263	436
Finlândia	226	120	346	211	139	350	173	240	413	147	187	334
França	307	127	434	234	148	382	196	347	543	126	199	325
Itália	350	78	428	296	95	391	92	241	333	122	198	320
Japão	219	35	254	254	77	331	162	330	492	165	330	495
Mongólia	288	124	412	290	139	429	243	354	597	238	348	586
Noruega	355	133	488	230	180	410	107	302	409	162	224	386
Nova Zelândia	250	138	388	247	141	388	136	253	389	143	254	397
Reino Unido	261	153	414	229	116	345	127	226	353	133	183	316
República da Coreia	204	32	236	208	47	255	167	279	446	146	248	394
Suécia	254	183	437	240	194	434	163	239	402	181	221	402
Tanzânia	212	205	417	238	195	433	72	276	348	64	341	405

País	Mulheres						Homens					
	1997			2012			1997			2012		
	Trabalho não remunerado	Trabalho remunerado	Total trabalho	Trabalho não remunerado	Trabalho remunerado	Total trabalho	Trabalho não remunerado	Trabalho remunerado	Total trabalho	Trabalho não remunerado	Trabalho remunerado	Total trabalho
Territórios Palestínianos Ocupados	300	32	332	276	34	310	52	307	359	44	203	247
Tailândia	174	49	223	173	56	229	281	372	653	233	430	663
Turquia	371	68	439	330	76	406	88	267	355	87	267	354

Nota: Faixa etária: 15 e mais anos. 1997 é o ano médio observado nos primeiros inquéritos e 2012 é o ano médio observado nos últimos inquéritos. 23 países. Ver Anexo 3, Quadro A.3.2 para dados a nível nacional e o Anexo A.7, Quadro A.7.2 para o ano do inquérito.

Fonte: Charnes, a publicar.

Quadro A.3.3. Cuidadores/as não remunerados/as e pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados, por sexo e situação no mercado de trabalho (percentagens), último ano disponível

País	Mulheres					Homens				
	Cuidadoras não remuneradas (pessoas que coabitam com beneficiários/as de cuidados)			Pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados		Cuidadores não remunerados (pessoas que coabitam com beneficiários/as de cuidados)			Pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados	
	Inatividade	Empregada	Em situação de desemprego	Inatividade	Empregada	Inatividade	Empregado	Em situação de desemprego	Inatividade	Empregado
Afganistão	74,7	22,6	2,6	72,9	21,7	16,3	77,5	6,2	24,2	67,1
África do Sul	42,8	39,3	17,9	30,7	55,7	31,1	51,4	17,5	20,1	66,4
Alemanha	28,8	66,2	5,0	15,7	79,3	4,5	93,2	2,4	14,6	79,2
Angola	19,3	73,8	6,9	17,2	75,5	13,2	80,5	6,3	18,1	74,3
Argentina	40,9	52,8	6,3	32,2	60,7	10,8	82,9	6,3	18,9	72,4
Áustria	33,2	62,3	4,5	14,8	81,8	6,9	89,9	3,2	9,0	84,5
Bangladeche	60,2	36,7	3,1	63,4	33,7	5,9	91,7	2,3	22,0	73,7
Bélgica	19,8	74,1	6,1	20,1	74,2	5,6	90,2	4,2	13,4	77,5
Botsuana	37,9	46,7	15,4	24,6	65,6	27,1	57,5	15,4	13,6	79,6
Brasil	36,2	54,6	9,3	29,5	61,6	10,9	80,7	8,3	14,8	75,6
Brunei	25,0	70,6	4,4	21,8	75,4	5,6	90,0	4,4	3,8	93,8
Bulgária	30,6	62,1	7,3	24,2	68,3	15,5	74,1	10,4	19,3	70,5
Camboja	31,2	68,0	0,8	31,3	67,9	15,6	83,1	1,3	24,8	74,1
Camarões	17,1	79,6	3,3	23,5	72,4	9,3	88,2	2,5	10,9	86,2
China	39,1	58,3	2,7	39,7	57,6	14,9	83,4	1,7	23,9	73,4
Chipre	16,1	69,4	14,5	15,4	72,5	3,4	85,7	10,9	8,7	75,0
Colômbia	32,1	59,3	8,6	26,3	65,5	6,3	87,7	5,9	10,4	82,2
Congo	56,5	39,3	4,2	43,9	50,0	73,3	21,5	5,1	35,8	57,5
Costa do Marfim	45,4	52,8	1,8	49,1	47,7	23,3	75,0	1,8	23,2	75,4

País	Mulheres						Homens					
	Cuidadoras não remuneradas (pessoas que coabitam com beneficiários/as de cuidados)			Pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados			Cuidadores não remunerados (pessoas que coabitam com beneficiários/as de cuidados)			Pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados		
	Inatividade	Empregada	Em situação de desemprego	Inatividade	Empregada	Em situação de desemprego	Inatividade	Empregado	Em situação de desemprego	Inatividade	Empregado	Em situação de desemprego
Cróacia	24,9	61,7	13,4	30,6	55,4	14,0	15,2	73,5	11,2	23,7	58,6	17,8
Dinamarca	14,2	81,5	4,3	20,7	75,3	4,0	3,8	94,9	1,3	20,3	75,3	4,4
Egito	73,9	19,5	6,6	68,3	23,0	8,7	15,6	79,1	5,3	24,4	62,9	12,7
Ecuador	37,8	58,0	4,2	32,3	62,8	4,9	6,9	89,9	3,2	14,9	80,1	4,9
Eslováquia	20,8	70,8	8,4	7,0	85,4	7,7	2,9	87,6	9,5	6,9	86,6	6,5
Eslovénia	12,1	79,0	8,9	14,5	74,5	10,9	3,7	91,4	4,9	10,1	79,1	10,8
Espanha	16,8	64,9	18,3	16,4	65,6	18,0	5,0	80,8	14,2	9,1	72,2	18,7
Estado Plurinacional da Bolívia	41,4	56,3	2,3	37,1	59,5	3,4	8,6	89,5	2,0	19,1	77,8	3,1
Estónia	24,9	69,3	5,8	9,4	86,0	4,6	4,9	90,8	4,3	12,0	80,2	7,8
Estados Unidos da América	29,6	67,0	3,4	21,3	75,6	3,1	8,2	88,4	3,5	14,1	82,1	3,8
Etiópia	20,2	77,6	2,2	21,3	73,7	4,9	6,6	92,0	1,4	9,6	87,1	3,3
Federação Russa	25,3	72,0	2,7	24,1	72,6	3,4	16,9	79,6	3,6	25,6	69,8	4,6
Filipinas	47,9	50,1	2,1	38,1	58,4	3,5	14,4	82,9	2,7	22,0	73,9	4,1
Finlândia	25,6	68,9	5,5	16,3	77,0	6,7	6,7	87,3	6,0	17,9	71,9	10,3
França	18,0	76,3	5,8	14,0	80,4	5,5	5,0	89,6	5,4	8,6	83,1	8,3
Gâmbia	44,9	48,1	7,1	41,9	51,3	6,7	24,7	70,3	5,0	19,3	73,1	7,6
Gana	19,2	78,9	1,9	22,9	73,4	3,7	15,4	83,2	1,4	15,0	81,5	3,5
Grécia	23,2	54,6	22,2	23,8	54,1	22,2	5,4	82,1	12,6	11,3	67,2	21,5
Guatemala	55,8	42,5	1,6	44,3	52,2	3,5	5,3	92,9	1,8	14,2	82,0	3,8
Holanda	21,7	74,3	4,0	18,2	76,9	5,0	5,3	93,0	1,7	11,5	83,0	5,5

País	Mulheres						Homens					
	Cuidadoras não remuneradas (pessoas que coabitam com beneficiários/as de cuidados)			Pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados			Cuidadores não remunerados (pessoas que coabitam com beneficiários/as de cuidados)			Pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados		
	Inatividade	Empregada	Em situação de desemprego	Inatividade	Empregada	Em situação de desemprego	Inatividade	Empregado	Em situação de desemprego	Inatividade	Empregado	Em situação de desemprego
Hungria	32,5	61,9	5,6	10,8	85,4	3,8	7,4	87,8	4,8	12,5	82,5	5,0
Iémen	93,5	4,7	1,8	90,9	7,0	2,0	23,5	67,4	9,1	30,8	59,2	10,0
Índia	69,8	29,1	1,1	67,1	30,9	2,0	7,4	90,2	2,4	17,9	77,6	4,5
Iraque	85,5	12,6	1,9	77,6	16,9	5,5	14,2	78,7	7,1	25,0	66,0	9,1
Irlanda	33,1	60,3	6,6	22,7	71,5	5,8	9,5	80,7	9,8	14,0	73,5	12,5
Islândia	23,9	72,7	3,4	19,7	77,3	3,0	8,1	89,6	2,3	15,1	80,1	4,8
Itália	38,4	53,3	8,2	28,2	61,6	10,2	5,8	86,9	7,3	14,6	73,9	11,5
Jordânia	85,7	11,9	2,4	76,3	18,5	5,2	24,5	68,9	6,6	27,1	63,1	9,8
Laos	11,4	88,2	0,4	16,1	83,0	0,9	8,4	90,9	0,7	16,2	83,0	0,9
Letónia	24,4	69,8	5,8	16,6	77,3	6,1	10,1	83,3	6,6	16,4	74,8	8,8
Libéria	39,1	59,5	1,3	47,0	50,3	2,7	33,4	65,0	1,6	37,4	61,0	1,6
Lituânia	19,2	71,5	9,3	10,4	83,2	6,4	9,1	83,7	7,2	11,7	80,2	8,1
Luxemburgo	18,1	76,4	5,5	15,9	78,6	5,5	3,6	92,7	3,7	8,5	86,7	4,8
Madagáscar	4,8	94,6	0,6	12,2	86,6	1,2	3,1	96,4	0,5	6,7	92,1	1,2
Mali	33,9	61,7	4,4	43,2	47,5	9,3	9,7	84,6	5,6	16,5	75,9	7,6
Malta	42,0	54,9	3,0	33,6	64,0	2,4	3,8	92,4	3,8	8,5	87,0	4,5
México	50,5	47,4	2,1	42,1	55,0	2,9	8,4	88,4	3,2	16,4	79,0	4,6
Mianmar	40,5	59,0	0,5	35,6	63,5	0,9	8,4	91,1	0,5	12,4	86,6	1,0
Namíbia	35,9	45,0	19,1	26,1	60,1	13,9	28,5	51,7	19,8	16,1	69,0	14,9
Nepal	15,2	83,8	1,0	22,3	75,9	1,8	6,2	92,5	1,3	16,2	80,3	3,5
Nicarágua	46,3	50,4	3,2	37,9	57,9	4,2	8,0	88,4	3,6	12,6	82,9	4,5

País	Mulheres						Homens					
	Cuidadoras não remuneradas (pessoas que coabitam com beneficiários/as de cuidados)			Pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados			Cuidadores não remunerados (pessoas que coabitam com beneficiários/as de cuidados)			Pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados		
	Inatividade	Empregada	Em situação de desemprego	Inatividade	Empregada	Em situação de desemprego	Inatividade	Empregado	Em situação de desemprego	Inatividade	Empregado	Em situação de desemprego
Níger	32,5	67,3	0,3	42,4	56,0	1,7	8,7	90,9	0,4	25,5	72,6	1,9
Nigéria	44,6	53,6	1,8	48,6	46,9	4,4	34,8	62,9	2,3	45,7	46,8	7,5
Noruega	14,9	82,3	2,8	20,8	76,8	2,4	5,5	92,4	2,0	13,8	81,5	4,8
Paquistão	74,3	25,2	0,5	77,1	22,0	1,0	9,6	89,1	1,4	19,2	77,7	3,1
Perú	29,5	65,6	4,9	22,9	69,7	7,3	7,7	87,7	4,6	14,2	78,5	7,3
Polónia	30,6	65,2	4,2	26,3	69,3	4,4	24,3	73,3	2,4	28,6	66,6	4,7
Portugal	10,8	77,3	11,9	14,5	75,3	10,2	5,3	86,5	8,2	10,4	77,2	12,4
Reino Unido	27,0	70,9	2,1	17,0	81,2	1,7	6,6	91,6	1,9	13,1	84,5	2,4
República Checa	31,1	63,7	5,2	10,4	85,8	3,8	3,5	93,5	3,0	7,3	88,2	4,5
República Democrática do Congo	31,0	66,4	2,6	37,4	59,0	3,6	23,0	72,6	4,4	29,1	65,9	4,9
República Dominicana	45,3	48,3	6,5	42,9	51,6	5,5	11,8	83,6	4,6	15,9	79,0	5,0
Roménia	36,4	60,1	3,5	32,2	64,3	3,4	13,1	83,5	3,4	17,7	78,5	3,8
Sérvia	29,5	51,4	19,2	35,5	45,4	19,1	17,3	61,3	21,4	26,3	48,6	25,1
Serra Leoa	35,9	61,4	2,7	39,0	58,0	3,0	35,1	61,6	3,3	40,3	52,6	7,1
Sri Lanka	59,0	38,6	2,4	51,5	43,7	4,8	8,7	89,2	2,1	17,6	77,2	5,2
Suécia	15,1	81,2	3,7	13,7	80,0	6,3	5,0	92,4	2,5	12,9	81,7	5,4
Suíça	38,1	56,3	5,6	19,7	76,5	3,8	14,9	80,9	4,2	15,6	80,3	4,2
Tanzânia	15,3	82,4	2,3	17,5	78,4	4,0	6,9	91,6	1,5	9,9	87,8	2,2
Tailândia	29,1	70,5	0,4	21,5	77,8	0,7	9,3	90,1	0,5	12,5	86,8	0,7
Timor-Leste	74,6	22,4	3,0	73,0	24,0	2,9	49,9	44,8	5,4	60,9	31,6	7,4

País	Mulheres						Homens					
	Cuidadoras não remuneradas (pessoas que coabitam com beneficiários/as de cuidados)			Pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados			Cuidadores não remunerados (pessoas que coabitam com beneficiários/as de cuidados)			Pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados		
	Inatividade	Empregada	Em situação de desemprego	Inatividade	Empregada	Em situação de desemprego	Inatividade	Empregado	Em situação de desemprego	Inatividade	Empregado	Em situação de desemprego
Togo	19,0	79,6	1,4	24,8	73,0	2,2	15,9	82,4	1,7	19,3	77,3	3,4
Tunísia	76,7	18,7	4,5	69,5	22,5	8,0	19,8	73,6	6,6	29,3	57,7	12,9
Turquia	68,4	28,4	3,2	58,3	35,4	6,3	10,4	82,3	7,3	21,9	68,8	9,2
Uganda	26,9	69,7	3,4	26,4	68,8	4,8	17,8	79,8	2,3	18,1	78,9	3,0
Uruguai	21,7	72,2	6,1	15,7	79,4	4,9	3,3	93,3	3,3	6,0	89,5	4,5
Venezuela	43,8	53,8	2,4	39,7	57,9	2,4	13,3	83,7	3,0	20,1	76,6	3,4
Vietname	13,1	86,0	0,9	16,3	82,2	1,5	5,1	93,8	1,0	12,1	85,8	2,1
Zâmbia	11,6	82,7	5,6	16,4	75,6	8,0	13,1	79,4	7,5	16,1	74,0	9,9
Zimbabué	17,9	76,6	5,5	22,8	68,8	8,4	6,4	88,8	4,8	8,2	85,9	5,9

Nota: Países de rendimentos elevados faixa etária de 25–54 anos, países rendimentos médios e baixos, faixa etária dos 18–54 anos. 89 países. Ver anexo A.7, Quadro A.7.1 para o ano do inquérito.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

Quadro A.3.4. Cuidadoras não remuneradas, por local de residência e situação face ao emprego (percentagens), último ano disponível

País	Mulheres					
	Meio Urbano			Meio Rural		
	Inatividade	Empregada	Em situação de desemprego	Inatividade	Empregada	Em situação de desemprego
Afganistão	84,5	12,2	3,4	71,4	26,1	2,4
África do Sul	34,6	47,2	18,2	56,5	26,2	17,3
Alemanha	30,0	65,0	5,0	25,9	68,9	5,1
Angola	28,8	59,7	11,4	6,0	93,3	0,6
Áustria	34,7	60,3	4,9	30,9	65,2	3,9
Bangladeche	62,7	32,2	5,1	59,2	38,5	2,3
Bélgica	20,8	72,8	6,4	15,7	79,8	4,5
Botsuana	36,5	48,3	15,2	39,9	44,3	15,7
Brasil	31,8	57,4	10,8	39,2	52,6	8,2
Brunei	24,6	71,3	4,1	26,6	68,2	5,2
Bulgária	26,5	68,5	5,0	39,6	48,1	12,3
Camboja	29,0	70,0	1,1	31,9	67,3	0,8
Camarões	30,9	61,4	7,8	9,0	90,4	0,6
China	24,5	71,6	3,8	54,1	44,4	1,5
Chipre	14,4	71,6	13,9	20,5	63,7	15,9
Colômbia	27,7	62,8	9,5	47,9	46,7	5,4
Costa do Marfim	46,2	50,8	3,0	44,6	54,9	0,5
Croácia	20,3	65,6	14,0	31,4	56,1	12,5
Dinamarca	13,1	81,8	5,1	16,6	80,9	2,5
Egito	75,8	16,5	7,7	72,6	21,5	5,9
Eslováquia	19,5	72,6	7,9	22,7	68,3	9,0
Espanha	15,7	66,3	17,9	20,0	60,7	19,3
Equador	39,4	55,5	5,1	34,2	63,8	2,0
Estados Unidos da América	29,9	66,8	3,3	28,2	67,9	3,9
Estado Plurinacional da Bolívia	44,0	53,3	2,7	34,7	64,1	1,2
Estónia	24,2	70,7	5,2	26,0	67,3	6,8
Etiópia	35,3	56,8	7,9	16,5	82,7	0,8
Federação Russa	20,8	76,6	2,6	34,9	62,2	2,9
Filipinas	46,5	50,7	2,7	49,2	49,4	1,4

País	Mulheres					
	Meio Urbano			Meio Rural		
	Inatividade	Empregada	Em situação de desemprego	Inatividade	Empregada	Em situação de desemprego
Finlândia	26,8	67,0	6,2	22,6	73,6	3,8
França	20,5	73,0	6,4	13,3	82,1	4,6
Gâmbia	45,9	46,1	8,1	43,9	49,9	6,1
Gana	23,5	73,8	2,7	14,7	84,2	1,1
Grécia	21,5	55,2	23,3	27,1	53,4	19,4
Guatemala	46,8	51,0	2,3	64,9	34,1	1,0
Hungria	32,6	61,4	6,0	32,5	62,4	5,1
Iémen	91,3	6,0	2,7	94,0	4,4	1,6
Índia	78,6	20,2	1,2	66,4	32,5	1,1
Iraque	87,3	10,5	2,2	86,3	13,2	0,5
Irlanda	33,8	60,2	6,0	31,5	60,5	8,0
Islândia	24,0	72,3	3,7	22,9	75,1	2,0
Itália	38,3	53,1	8,5	38,9	54,4	6,7
Jordânia	86,3	11,5	2,2	83,3	13,6	3,2
Laos	19,7	79,4	0,9	7,9	91,9	0,2
Letónia	24,8	69,4	5,7	23,5	70,5	6,0
Libéria	44,8	53,1	2,1	33,3	66,2	0,5
Lituânia	11,7	83,8	4,4	25,8	60,6	13,6
Luxemburgo	18,0	76,1	5,9	18,2	76,9	4,9
Madagáscar	12,0	86,5	1,5	2,6	97,1	0,4
Mali	43,1	50,6	6,3	30,8	65,5	3,7
México	46,1	51,5	2,4	65,2	33,7	1,0
Mianmar	46,2	52,8	1,0	38,1	61,7	0,2
Namíbia	28,5	50,8	20,7	45,5	37,5	17,1
Nepal	36,5	60,0	3,5	11,7	87,8	0,5
Nicarágua	35,7	60,1	4,2	61,8	36,3	1,8
Níger	57,8	40,8	1,4	27,4	72,6	0,0
Nigéria	42,1	54,7	3,3	46,1	53,0	0,9
Noruega	14,0	83,5	2,5	17,5	78,8	3,7
Paquistão	88,7	10,6	0,7	66,6	33,0	0,4
Polónia	29,2	66,7	4,0	32,3	63,4	4,4
Portugal	9,8	78,4	11,8	13,9	74,0	12,1
Reino Unido	27,7	70,3	2,0	21,9	75,3	2,8

País	Mulheres					
	Meio Urbano			Meio Rural		
	Inatividade	Empregada	Em situação de desemprego	Inatividade	Empregada	Em situação de desemprego
República Democrática do Congo	49,5	45,5	5,0	18,3	80,9	0,9
República Dominicana	42,6	50,7	6,8	55,6	39,1	5,3
Roménia	28,3	67,3	4,4	45,7	51,9	2,4
Sérvia	24,5	57,9	17,6	38,1	40,1	21,8
Serra Leoa	30,0	67,9	2,1	47,0	49,2	3,8
Sri Lanca	66,6	31,7	1,7	57,5	40,0	2,6
Suécia	15,8	80,2	4,0	13,4	83,8	2,8
Suíça	37,2	56,7	6,1	40,9	54,8	4,3
Tanzânia	23,4	71,7	4,9	10,1	89,2	0,6
República Checa	33,5	61,2	5,3	27,1	67,9	5,0
Tailândia	29,1	70,6	0,4	29,1	70,4	0,4
Timor-Leste	68,9	26,6	4,5	77,4	20,3	2,3
Togo	28,0	69,5	2,6	12,6	86,8	0,6
Tunísia	73,9	20,8	5,2	82,2	14,6	3,2
Turquia	73,8	22,3	3,9	56,2	42,2	1,5
Uganda	29,9	60,9	9,2	26,3	71,7	2,1
Uruguai	21,2	72,6	6,2	31,4	65,9	2,7
Vietname	19,5	79,2	1,3	9,9	89,4	0,7
Zâmbia	15,8	75,8	8,4	8,1	88,6	3,3
Zimbabué	34,5	52,0	13,5	8,4	90,7	1,0

Nota: Países de rendimentos elevados faixa etária é de 25–54 anos, rendimentos médios e baixos por país de 18–54 anos. 89 países. Ver anexo A.7, Quadro A.7.1 para o ano do inquérito.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

Quadro A.3.5. Determinantes da participação no mercado de trabalho, coeficientes estimados num modelo de regressão linear, por sexo, último ano disponível

Quadro A: Presença de crianças com menos de seis anos e pessoas idosas em casa

	Mulheres				Homens			
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	Mundo	Rendimento baixo	Rendimento elevado	Rendimento médio	Mundo	Rendimento baixo	Rendimento elevado	Rendimento médio
Presença de crianças de 0-5 anos em casa comparado com a ausência de crianças até aos 5 anos em casa	-0,056	0,004	-0,08	-0,062	0,034	0,031	0,028	0,033
	(***)		(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)
Presença de pessoas idosas em casa comparado com a ausência de pessoas idosas em casa	-0,016	-0,019	-0,041	-0,014	-0,046	-0,047	-0,124	-0,042
	(***)	(***)	(***)	(**)	(***)	(***)	(***)	(***)
Ensino médio comparado com o ensino básico ou inferior	0,048	-0,061	0,182	0,042	-0,049	-0,063	0,07	-0,055
	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)
Ensino superior comparado com o ensino básico ou inferior	0,176	-0,012	0,281	0,173	-0,021	-0,064	0,116	-0,034
	(***)		(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)
Residência em meio rural comparada com a residência em meio urbano	-0,002	0,165	0,005	-0,017	-0,029	0,065	0,000	-0,04
		(***)		(***)	(***)	(***)		(***)
Efeitos fixos por país	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Grupos de controle (idade)	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Constante	0,083	-0,018	0,582	0,635	0,465	0,554	0,803	0,463
	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)
Número de observações	3 619 398	215 194	434 121	2 970 083	3 404 372	192 101	401 558	2 810 713
R ²	0,182	0,182	0,070	0,165	0,179	0,180	0,034	0,194

Painel B: Composição do agregado familiar

	Mulheres				Homens			
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	Mundo	Rendimento baixo	Rendimento elevado	Rendimento médio	Mundo	Rendimento baixo	Rendimento elevado	Rendimento médio
Família nuclear comparada com pessoa vivendo só	-0,115 (***)	-0,131 (***)	-0,02 (***)	-0,162 (***)	0,037 (***)	0,018 (***)	0,042 (***)	0,031 (***)
Cabeça de casal coabitando com parentes comparado com pessoa vivendo só	-0,083 (***)	-0,131 (***)	-0,032 (***)	-0,107 (***)	-0,023 (***)	-0,068 (***)	-0,019 (***)	-0,025 (***)
Família nuclear coabitando com parentes comparada com pessoa vivendo só	-0,147 (***)	-0,151 (***)	-0,047 (***)	-0,183 (***)	-0,002 (***)	-0,047 (***)	0,027 (***)	-0,01 (***)
Família monoparental única pessoa comparada com pessoa vivendo só	-0,042 (***)	-0,117 (***)	-0,017 (***)	-0,059 (***)	-0,044 (***)	-0,094 (***)	-0,083 (***)	-0,041 (***)
Família nuclear comparada com pessoa vivendo só	-0,162 (***)	-0,164 (***)	-0,101 (***)	-0,199 (***)	0,004 (***)	-0,051 (***)	0,049 (***)	-0,006 (***)
Família alargada comparada com pessoa vivendo só	-0,166 (***)	-0,167 (***)	-0,110 (***)	-0,199 (***)	0,005 (***)	-0,069 (***)	0,028 (***)	-0,001 (***)
Família monoparental com parentes comparada com pessoa vivendo só	-0,122 (***)	-0,144 (***)	-0,055 (***)	-0,152 (***)	-0,022 (***)	-0,104 (***)	-0,042 (***)	-0,026 (***)
Ensino intermédio comparado com ensino básico ou inferior	0,053 (***)	-0,064 (***)	0,180 (***)	0,046 (***)	-0,053 (***)	-0,065 (***)	0,067 (***)	-0,061 (***)
Ensino superior comparado com ensino no básico ou inferior	0,175 (***)	-0,018 (***)	0,280 (***)	0,170 (***)	-0,026 (***)	-0,068 (***)	0,109 (***)	-0,04 (***)
Residência em meio rural comparada com residência em meio urbano	-0,005 (***)	0,168 (***)	0,009 (***)	-0,022 (***)	-0,032 (***)	0,067 (***)	-0,002 (*)	-0,044 (***)
Efeitos fixos	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Grupos de controle (idade)	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

	Mulheres				Homens			
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	Mundo	Rendimento baixo	Rendimento elevado	Rendimento médio	Mundo	Rendimento baixo	Rendimento elevado	Rendimento médio
Constante	0,205 (***)	0,144 (***)	0,617 (***)	0,774 (***)	0,482 (***)	0,635 (***)	0,790 (***)	0,488 (***)
Número de observações	3 549 183	214 928	434 116	2 900 139	3 337 103	191 920	401 554	2 743 629
R²	0,193	0,185	0,073	0,176	0,179	0,182	0,043	0,195

* Níveis de significância: de 10 por cento. ** Níveis de significância de 5 por cento. *** Níveis de significância de 1 por cento.

Nota: Países de rendimentos elevados, faixa etária de 25–54 anos, rendimentos médios e baixos por país de 18–54 anos. São especificados os desvios-padrão robustos. Os níveis de ensino são identificados de acordo com a classificação internacional (ISCED 11). Inferior ao básico: não foi à escola ou pré-escolar. Ensino básico: primária e nível secundário inferior. Intermédio: superior de educação secundária e a educação pós-secundária não superior. Superior: ciclos curtos do ensino superior, bacharelados, mestrados e doutoramentos ou equivalente.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

Quadro A.3.6. Percentagem de pessoas inativas, por sexo, e principal razão para a inatividade, último ano disponível

País	Mulheres					Homens				
	Cuidadoras não remuneradas	Pessoal (estar a estudar, estar doente ou incapacitada)	Outras fontes de rendimento	Razões relacionadas com o mercado de trabalho	Outros	Cuidadores não remunerados	Pessoal (estar a estudar, estar doente ou incapacitado)	Outras fontes de rendimento	Razões relacionadas com o mercado de trabalho	Outros
Afganistão	73,8	9,8	9,9	4,9	1,6	4,0	46,2	20,9	25,5	3,4
África do Sul	12,3	20,0	0,8	59,5	7,4	0,3	21,9	1,4	66,5	9,9
Alemanha	46,4	53,6	—	—	—	2,7	97,3	—	—	—
Angola	8,4	52,3	1,4	34,7	3,2	0,5	67,6	2,4	26,3	3,1
Argentina	30,4	22,8	42,2	0,3	4,3	4,5	40,0	45,8	0,3	9,4
Áustria	19,7	24,8	52,1	1,3	2,1	1,5	33,3	57,7	2,6	4,8
Bangladeche	66,6	17,0	—	0,5	15,9	6,8	58,8	—	1,1	33,3
Bélgica	16,6	37,5	36,0	3,5	6,4	2,2	43,8	42,4	2,5	9,1
Botsuana	41,7	36,0	21,5	0,9	—	20,3	60,5	16,7	2,4	0,1
Brasil	28,5	24,0	—	44,3	3,2	1,8	32,3	—	60,6	5,4
Brunei	38,9	38,4	0,7	16,7	5,4	2,4	58,6	1,3	30,9	6,9
Bulgária	18,8	26,3	45,0	6,4	3,4	6,9	35,8	40,6	11,3	5,4
Camboja	19,4	17,6	—	63,0	—	4,7	18,4	—	76,8	—
Camarões	29,2	53,9	2,0	—	14,9	—	87,1	5,2	—	7,7
China	35,8	20,6	25,2	—	18,4	14,1	33,5	33,4	—	19,0
Chipre	34,3	30,6	30,4	3,7	0,9	4,6	44,1	38,5	2,8	10,1
Colômbia	45,0	27,1	4,7	18,4	4,8	2,2	51,6	15,1	23,9	7,2
Congo	13,0	81,7	5,4	—	—	20,7	76,8	2,6	—	—
Croácia	23,6	29,8	39,2	3,6	3,8	6,7	37,8	48,1	4,0	3,3
Dinamarca	3,7	38,8	46,2	0,5	10,9	1,0	40,8	46,3	0,6	11,3
Egito	64,8	23,9	7,7	2,8	0,8	—	56,7	24,8	12,1	6,4
Eslováquia	20,1	34,3	44,6	1,0	0,0	3,3	48,2	46,8	1,6	0,1
Eslovénia	9,0	31,8	54,5	2,1	2,5	3,6	36,9	54,9	2,8	1,9
Equador	74,3	8,9	—	10,5	6,4	55,5	16,7	—	16,6	11,2
Espanha	25,1	33,0	19,6	4,4	17,8	2,6	45,8	45,0	2,7	4,0
Estado Plurinacional da Bolívia	51,6	27,8	13,8	1,4	5,3	0,4	63,5	22,3	3,4	10,3
Estados Unidos da América	27,5	29,8	—	16,9	25,8	8,3	34,1	—	27,4	30,2
Estónia	23,6	39,5	32,4	2,5	1,9	2,3	54,9	32,1	4,9	5,8
Etiópia	37,6	38,2	18,9	2,6	2,7	4,5	71,1	18,7	3,2	2,5

País	Mulheres					Homens				
	Cuidadoras não remuneradas	Pessoal (estar a estudar, estar doente ou incapacitada)	Outras fontes de rendimento	Razões relacionadas com o mercado de trabalho	Outros	Cuidadores não remunerados	Pessoal (estar a estudar, estar doente ou incapacitado)	Outras fontes de rendimento	Razões relacionadas com o mercado de trabalho	Outros
Federação Russa	40,7	59,3	—	—	—	1,7	97,1	1,2	—	—
Finlândia	10,7	30,5	48,3	3,3	7,2	1,7	34,2	48,4	5,6	10,0
França	9,8	33,2	45,0	1,9	10,1	0,5	38,3	53,8	1,6	5,7
Gâmbia	38,0	27,7	0,1	32,9	1,3	8,5	52,7	0,8	36,3	1,7
Gana	21,2	52,8	5,5	18,7	1,7	5,2	72,6	7,0	12,4	2,8
Grécia	17,6	24,5	29,3	1,4	27,2	0,9	36,5	57,1	0,9	4,6
Holanda	9,9	35,7	41,3	2,8	10,3	0,9	39,7	50,0	3,5	5,9
Hungria	16,8	29,2	46,1	2,6	5,3	1,7	44,9	44,1	4,5	4,8
Iémen	71,6	19,9	1,8	5,4	1,3	0,8	73,3	3,8	18,2	3,9
Índia	78,2	15,6	2,0	—	4,1	2,9	73,2	12,4	—	11,4
Iraque	76,8	13,4	8,8	—	0,9	0,4	63,7	28,9	—	7,1
Irlanda	39,5	35,0	21,6	1,7	2,3	4,2	56,9	33,1	3,5	2,2
Islândia	6,7	64,9	22,2	0,4	5,7	1,0	68,1	26,0	0,4	4,6
Itália	20,9	23,1	19,2	10,4	26,4	1,8	35,0	42,0	10,1	11,2
Jordânia	77,4	20,0	0,6	1,9	0,1	3,7	57,0	29,4	4,3	5,6
Letónia	15,4	31,8	45,9	3,8	3,0	5,6	46,2	39,0	6,5	2,8
Libéria	74,6	—	24,8	—	0,6	46,1	—	52,2	—	1,6
Lituânia	9,9	38,5	46,3	1,0	4,3	3,3	52,4	34,0	2,1	8,1
Luxemburgo	19,2	33,6	28,6	1,2	17,4	1,7	44,0	47,4	1,0	5,9
Madagáscar	9,7	—	13,1	45,0	32,2	5,5	—	11,3	52,1	31,1
Mali	66,2	11,1	—	18,6	4,1	—	34,9	—	56,9	8,1
Malta	28,7	18,9	22,1	0,3	30,0	1,4	34,4	61,0	0,2	3,0
México	67,3	17,3	3,9	2,9	8,6	9,4	50,9	23,1	2,2	14,5
Mianmar	68,3	8,3	—	22,1	1,3	11,8	23,6	—	61,1	3,5
Namíbia	7,3	—	—	86,6	6,1	1,4	—	—	92,2	6,3
Nepal	39,7	53,2	—	—	7,1	4,6	86,3	—	—	9,1
Nicarágua	64,4	23,3	—	10,4	1,9	4,7	64,2	—	25,5	5,6
Níger	65,5	14,7	0,2	16,3	3,4	—	52,3	3,0	35,7	9,0
Nigéria	36,0	44,9	8,1	7,2	3,9	1,2	70,9	7,4	14,5	5,9
Noruega	4,9	51,7	36,8	0,7	5,8	0,5	47,4	43,8	1,2	7,1
Paquistão	80,5	18,5	0,2	0,1	0,7	2,4	82,5	8,5	1,0	5,7
Perú	55,0	16,3	—	26,0	2,7	6,3	30,3	—	58,6	4,8
Filipinas	58,8	36,2	—	3,2	1,9	12,3	70,3	—	13,2	4,2

País	Mulheres					Homens				
	Cuidadoras não remuneradas	Pessoal (estar a estudar, estar doente ou incapacitada)	Outras fontes de rendimento	Razões relacionadas com o mercado de trabalho	Outros	Cuidadores não remunerados	Pessoal (estar a estudar, estar doente ou incapacitado)	Outras fontes de rendimento	Razões relacionadas com o mercado de trabalho	Outros
Polónia	23,0	30,1	41,8	3,5	1,7	5,4	49,8	39,5	4,1	1,1
Portugal	13,0	46,7	21,5	15,1	3,7	1,5	53,0	30,0	11,6	3,9
República da Coreia	11,5	3,1	—	82,1	3,3	0,1	4,5	—	91,6	3,8
República Dominicana	55,8	32,3	0,5	9,1	2,3	3,2	67,1	0,5	23,8	5,4
Roménia	21,3	25,3	26,3	4,8	22,3	0,8	39,8	31,8	7,6	20,0
Reino Unido	22,4	29,1	43,1	0,2	5,3	3,7	44,5	46,0	0,3	5,4
Sérvia	52,6	47,4	—	—	—	1,4	98,6	—	—	—
Serra Leoa	17,9	43,4	—	35,1	3,6	2,4	68,5	—	26,2	3,0
Sri Lanca	33,7	18,7	—	33,8	13,8	5,2	23,5	—	49,9	21,5
Suécia	4,5	41,3	45,9	1,6	6,7	0,3	42,2	48,8	1,3	7,5
Suíça	21,4	25,0	46,5	1,1	5,9	1,6	37,4	56,2	0,5	4,3
Tanzânia	40,7	—	—	54,5	4,8	15,1	—	—	79,2	5,7
Tailândia	42,9	51,7	2,2	0,8	2,5	3,4	83,9	7,6	1,8	3,3
República Checa	17,7	23,0	57,2	0,9	1,2	0,5	35,4	61,8	1,1	1,2
Timor-Leste	6,2	25,5	—	47,3	21,0	17,1	24,2	—	36,5	22,3
Tunísia	77,8	13,4	1,9	—	6,9	3,8	46,8	24,9	—	24,5
Uganda	33,3	13,2	—	39,8	13,8	6,7	20,9	—	63,0	9,4
Uruguai	13,2	5,6	—	1,4	79,8	0,7	8,5	—	1,4	89,4
Venezuela	55,6	33,6	2,6	0,9	7,2	2,8	67,1	5,2	2,0	22,9
Vietname	14,5	1,7	—	0,4	83,4	5,5	3,3	—	0,7	90,4
Zâmbia	9,0	82,0	—	5,9	3,1	1,4	91,1	—	5,1	2,5
Zimbabué	34,6	65,4	—	—	—	4,7	95,3	—	—	—

Nota: Faixa etária: 15 e mais anos. "Razões relacionadas com o mercado de trabalho" inclui: "espera regressar ao trabalho", "acredita que não existe trabalho disponível", "falta de competências necessárias"; "Outras" inclui "Infraestrutura" (razão disponível) em 4 países, "Exclusão social" (em 2 países), "Não quer trabalhar" (em 18 países) e "Não classificado noutra categoria" (em 73 países). "—" indica que não existem dados.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

Quadro A.3.7. Percentagem de Cuidadores/as não remunerados/as e pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados na população empregada, por sexo (percentagens), último ano disponível

País	Mulheres		Homens	
	Cuidadoras não remuneradas (pessoas que coabitam com beneficiários/as de cuidados)	Pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados	Cuidadores não remunerados (pessoas que coabitam com beneficiários/as de cuidados)	Pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados
Afeganistão	93,2	6,8	93,9	6,1
África do Sul	62,9	37,1	47,6	52,4
Alemanha	32,4	67,6	37,3	62,7
Angola	89,5	10,5	87,2	12,8
Argentina	57,4	42,6	57,9	42,1
Austrália	47,3	52,7	46,5	53,5
Áustria	36,6	63,4	41,7	58,3
Bangladeche	76,5	23,5	77,4	22,6
Bélgica	47,1	52,9	44,4	55,6
Botsuana	65,7	34,3	44,6	55,4
Brasil	52,9	47,1	51,8	48,2
Brunei	65,0	35,0	54,3	45,7
Bulgária	44,5	55,5	43,6	56,4
Camboja	74,1	25,9	75,5	24,5
Camarões	85,7	14,3	69,7	30,3
China	48,5	51,5	48,6	51,4
Chipre	47,2	52,8	48,9	51,1
Colômbia	68,4	31,6	62,6	37,4
Congo	72,3	27,7	40,9	59,1
Costa do Marfim	88,3	11,7	72,1	27,9
Croácia	47,5	52,5	47,7	52,3
Dinamarca	51,1	48,9	47,4	52,6
Egito	66,6	33,4	69,4	30,6
Equador	73,9	26,1	72,2	27,8
Eslováquia	43,1	56,9	44,8	55,2
Eslovénia	51,0	49,0	46,9	53,1
Espanha	45,8	54,2	44,1	55,9
Estado Plurinacional da Bolívia	70,4	29,6	68,3	31,7
Estados Unidos da América	46,8	53,2	44,8	55,2

País	Mulheres		Homens	
	Cuidadoras não remuneradas (pessoas que coabitam com beneficiários/as de cuidados)	Pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados	Cuidadores não remunerados (pessoas que coabitam com beneficiários/as de cuidados)	Pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados
Estônia	46,3	53,7	46,5	53,5
Etiópia	84,1	15,9	80,7	19,3
Federação Russa	53,4	46,6	52,7	47,3
Finlândia	44,2	55,8	45,4	54,6
França	51,2	48,8	48,8	51,2
Gâmbia	93,7	6,3	84,1	15,9
Gana	81,9	18,1	70,2	29,8
Grécia	45,5	54,5	48,5	51,5
Guatemala	75,9	24,1	78,1	21,9
Holanda	44,8	55,2	42,4	57,6
Hungria	36,3	63,7	40,2	59,8
Índia	69,0	31,0	69,3	30,7
Iraque	90,8	9,2	93,8	6,2
Irlanda	55,4	44,6	57,2	42,8
Islândia	56,2	43,8	51,2	48,8
Itália	40,9	59,1	44,1	55,9
Jordânia	61,0	39,0	66,9	33,1
Laos	81,6	18,4	81,5	18,5
Letônia	50,3	49,7	48,9	51,1
Libéria	88,3	11,7	81,7	18,3
Lituânia	44,9	55,1	44,1	55,9
Luxemburgo	44,2	55,8	42,2	57,8
Madagáscar	88,3	11,7	84,9	15,1
Mali	96,9	3,1	95,4	4,6
Malta	47,8	52,2	45,1	54,9
México	65,5	34,5	65,7	34,3
Mianmar	71,7	28,3	74,1	25,9
Namíbia	71,2	28,8	51,9	48,1
Nepal	86,4	13,6	83,2	16,8
Nicarágua	78,7	21,3	77,3	22,7
Níger	97,5	2,5	95,1	4,9
Nigéria	87,7	12,3	86,9	13,1

País	Mulheres		Homens	
	Cuidadoras não remuneradas (pessoas que coabitam com beneficiários/as de cuidados)	Pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados	Cuidadores não remunerados (pessoas que coabitam com beneficiários/as de cuidados)	Pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados
Noruega	49,7	50,3	44,3	55,7
Paquistão	86,0	14,0	84,1	15,9
Perú	67,7	32,3	63,8	36,2
Filipinas	75,5	24,5	76,6	23,4
Polónia	52,0	48,0	52,8	47,2
Portugal	50,7	49,3	49,9	50,1
Reino Unido	45,4	54,6	43,2	56,8
República Checa	39,2	60,8	42,8	57,2
República Democrática do Congo	88,3	11,7	84,3	15,7
República Dominicana	65,2	34,8	58,3	41,7
Roménia	45,7	54,3	44,1	55,9
Sérvia	55,3	44,7	53,2	46,8
Serra Leoa	90,8	9,2	88,1	11,9
Sri Lanca	64,6	35,4	68,9	31,1
Suécia	47,9	52,1	45,7	54,3
Suíça	34,3	65,7	36,2	63,8
Tanzânia	85,5	14,5	80,3	19,7
Tailândia	50,5	49,5	49,5	50,5
Timor-Leste	82,5	17,5	85,7	14,3
Togo	89,5	10,5	79,5	20,5
Tunísia	51,9	48,1	61,5	38,5
Turquia	58,7	41,3	66,6	33,4
Uganda	90,6	9,4	84,9	15,1
Uruguai	58,6	41,4	53,5	46,5
Venezuela	72,4	27,6	68,7	31,3
Vietname	66,8	33,2	64,6	35,4
Iémen	85,8	14,2	90,0	10,0
Zâmbia	90,2	9,8	84,5	15,5
Zimbabué	86,4	13,6	78,7	21,3

Nota: Países de rendimentos elevados, faixa etária de 25–54 anos, rendimentos médios e baixos por país de 18–54 anos.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em de inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

Quadro A.3.8. Situação face ao emprego de mulheres e de homens com e sem filhos com idades entre os 0 e os 5 anos (percentagens), último ano disponível

País	Mães (Mulheres a coabitar com crianças dos 0 aos 5 anos)			Mulheres sem filhos (Mulheres que não coabitam com crianças dos 0 aos 5 anos)			País (Homens a coabitar com crianças dos 0 aos 5 anos)			Homens sem filhos (Homens que não coabitam com crianças dos 0 aos 5 anos)		
	Inativa	Empregada	Em situação de desemprego	Inativa	Empregada	Em situação de desemprego	Inativo	Empregado	Em situação de desemprego	Inativo	Empregado	Em situação de desemprego
Afganistão	75,2	22,5	2,3	73,0	22,6	4,3	14,4	79,8	5,8	23,6	68,5	7,9
África do Sul	47,1	34,6	18,3	32,9	51,8	15,3	29,6	53,7	16,8	24,5	60,4	15,1
Alemanha	43,0	51,7	5,3	16,0	79,1	5,0	5,1	91,9	3,1	12,4	82,3	5,3
Angola	18,8	74,2	7,0	19,8	73,5	6,8	10,8	84,0	5,2	19,9	71,2	8,9
Argentina	46,0	47,9	6,1	33,3	59,8	6,8	7,9	85,9	6,2	17,2	75,0	7,9
Áustria	48,5	47,0	4,5	16,2	80,1	3,7	8,1	88,5	3,4	8,2	86,2	5,6
Bangladeche	58,6	38,0	3,4	63,0	34,2	2,8	4,2	93,7	2,1	15,0	81,5	3,5
Bélgica	18,9	74,2	6,9	20,3	74,1	5,6	5,4	91,1	3,4	11,5	80,5	8,0
Botswana	39,9	43,5	16,7	28,5	60,4	11,1	25,1	59,3	15,5	18,6	72,2	9,2
Brasil	40,7	49,7	9,7	30,5	60,6	8,9	8,2	83,9	7,9	14,3	76,5	9,3
Brunei	25,3	69,8	4,9	23,1	73,7	3,2	5,0	90,1	4,9	4,7	92,5	2,8
Bulgária	40,6	53,6	5,8	23,8	68,4	7,8	12,8	74,8	12,4	18,7	71,4	9,8
Camboja	33,3	65,9	0,8	30,0	69,2	0,8	11,7	87,1	1,1	21,6	77,1	1,3
Camarões	17,6	79,0	3,3	18,9	77,6	3,6	7,5	90,3	2,2	12,3	84,6	3,1
China	46,1	51,1	2,8	37,9	59,4	2,7	13,1	85,4	1,5	21,2	76,4	2,4
Chipre	17,9	66,7	15,3	15,1	72,4	12,6	2,0	87,3	10,7	7,8	77,2	15,0
Colômbia	36,0	54,6	9,4	26,9	65,1	7,9	4,4	90,3	5,4	9,5	83,5	7,0
Congo	49,3	46,2	4,5	58,0	37,2	4,8	70,6	23,5	5,9	52,4	42,0	5,6
Costa do Marfim	46,3	52,2	1,4	44,8	51,9	3,3	20,6	77,8	1,5	26,7	71,4	1,9
Croácia	23,9	63,2	12,9	29,0	57,1	13,9	6,6	82,1	11,3	22,9	61,3	15,8

País	Mães (Mulheres a coabitar com crianças dos 0 aos 5 anos)			Mulheres sem filhos (Mulheres que não coabitam com crianças dos 0 aos 5 anos)			País (Homens a coabitar com crianças dos 0 aos 5 anos)			Homens sem filhos (Homens que não coabitam com crianças dos 0 aos 5 anos)		
	Inativa	Empregada	Em situação de desemprego	Inativa	Empregada	Em situação de desemprego	Inativo	Empregado	Em situação de desemprego	Inativo	Empregado	Em situação de desemprego
Dinamarca	18,7	77,9	3,4	17,1	78,5	4,4	5,3	93,9	0,8	15,6	80,6	3,7
Egito	74,5	18,4	7,2	70,6	22,1	7,3	9,1	87,4	3,5	24,1	65,5	10,4
Equador	41,1	54,4	4,5	32,5	63,3	4,2	5,0	92,0	3,0	12,3	83,5	4,2
Espanha	16,9	65,7	17,4	16,5	65,2	18,3	4,2	83,2	12,6	8,2	73,9	17,9
Estado Plurinacional da Bolívia	45,4	52,6	2,0	36,1	60,8	3,0	5,0	93,1	1,9	16,9	80,4	2,7
Estónia	40,6	54,3	5,0	9,1	85,7	5,2	4,0	92,7	3,3	10,4	82,3	7,3
Estados Unidos da América	34,1	62,5	3,3	22,7	74,1	3,2	7,0	89,6	3,4	12,8	83,5	3,7
Etiópia	19,7	78,4	1,9	21,2	75,1	3,7	4,5	94,6	1,0	10,5	86,7	2,8
Filipinas	53,4	44,6	2,0	39,2	58,1	2,7	12,1	85,3	2,7	19,4	77,2	3,4
Finlândia	39,8	54,8	5,4	14,6	79,0	6,4	7,1	86,8	6,1	15,1	75,7	9,2
França	23,3	71,7	4,9	13,4	80,7	5,9	4,4	90,1	5,5	7,8	84,8	7,4
Gâmbia	44,9	48,0	7,1	43,7	49,4	6,8	23,8	71,2	5,1	24,2	69,7	6,1
Gana	17,3	80,8	1,9	22,7	74,6	2,6	10,4	88,9	0,8	19,4	77,4	3,1
Grécia	23,3	54,2	22,5	23,6	54,3	22,1	2,3	86,3	11,4	10,1	70,9	19,0
Guatemala	60,5	37,8	1,6	46,5	51,1	2,4	3,6	95,0	1,4	11,0	86,0	3,0
Holanda	21,3	75,5	3,2	19,4	75,7	4,9	4,5	94,1	1,3	10,0	85,4	4,6
Hungria	54,2	41,5	4,3	11,6	83,7	4,7	6,3	90,3	3,4	11,4	83,3	5,3
Índia	73,3	25,5	1,2	66,4	32,1	1,5	5,2	92,6	2,2	14,0	82,4	3,6
Iraque	86,1	12,3	1,6	81,9	14,6	3,6	11,9	80,9	7,2	23,1	69,4	7,6

País	Mães (Mulheres a coabitar com crianças dos 0 aos 5 anos)			Mulheres sem filhos (Mulheres que não coabitam com crianças dos 0 aos 5 anos)			País (Homens a coabitar com crianças dos 0 aos 5 anos)			Homens sem filhos (Homens que não coabitam com crianças dos 0 aos 5 anos)		
	Inativa	Empregada	Em situação de desemprego	Inativa	Empregada	Em situação de desemprego	Inativo	Empregado	Em situação de desemprego	Inativo	Empregado	Em situação de desemprego
Irlanda	32,6	61,4	6,1	27,1	66,5	6,4	6,9	82,7	10,3	13,7	75,0	11,3
Islândia	31,8	65,2	3,0	17,9	78,7	3,4	8,8	88,8	2,4	12,8	83,2	4,0
Itália	38,9	53,3	7,8	31,3	59,0	9,7	4,0	89,0	7,0	12,6	76,9	10,4
Jordânia	86,2	11,7	2,1	80,8	15,3	3,9	16,1	78,9	5,0	30,8	59,9	9,3
Laos	10,9	88,7	0,4	13,5	85,9	0,6	6,2	93,1	0,7	13,1	86,2	0,7
Letónia	35,2	57,3	7,4	16,0	78,5	5,5	5,6	89,0	5,4	15,7	75,9	8,5
Libéria	38,6	60,2	1,2	42,7	55,2	2,1	30,0	68,8	1,2	39,5	58,5	2,0
Lituânia	21,5	68,3	10,3	12,7	80,2	7,1	7,4	84,9	7,8	11,4	80,9	7,7
Luxemburgo	20,8	73,9	5,3	15,6	78,9	5,5	3,2	92,3	4,5	7,5	88,2	4,3
Madagáscar	4,1	95,4	0,5	8,6	90,3	1,1	2,3	97,3	0,5	5,9	93,2	0,9
Mali	33,2	62,7	4,1	40,0	53,0	7,1	8,5	86,3	5,2	17,1	74,8	8,1
Malta	40,1	57,2	2,7	37,4	59,9	2,7	1,5	95,3	3,2	7,7	87,9	4,4
México	54,8	43,1	2,1	43,9	53,6	2,5	5,8	91,2	3,0	14,1	81,8	4,1
Mianmar	44,9	54,7	0,5	35,7	63,7	0,6	6,8	92,8	0,4	11,3	88,0	0,7
Namíbia	37,2	42,6	20,2	28,4	56,9	14,6	27,8	52,5	19,7	20,2	63,4	16,4
Nepal	16,1	83,2	0,7	16,4	82,1	1,5	5,0	93,8	1,2	11,2	86,6	2,1
Nicarágua	51,3	45,1	3,6	38,1	58,6	3,3	6,8	89,7	3,5	11,1	84,8	4,0
Níger	32,2	67,6	0,2	35,1	64,3	0,7	7,1	92,6	0,3	19,1	79,9	1,0
Nigéria	43,5	54,9	1,7	47,2	50,1	2,7	25,2	73,6	1,2	48,4	46,3	5,3
Noruega	16,5	80,4	3,1	18,5	79,1	2,4	5,5	92,1	2,4	11,7	84,4	4,0
Paquistão	74,8	24,8	0,5	74,6	24,7	0,7	7,1	91,7	1,3	16,5	81,4	2,1
Perú	34,7	60,4	4,9	23,3	70,6	6,1	5,1	91,4	3,5	12,6	80,7	6,7

País	Mães (Mulheres a coabitar com crianças dos 0 aos 5 anos)			Mulheres sem filhos (Mulheres que não coabitam com crianças dos 0 aos 5 anos)			País (Homens a coabitar com crianças dos 0 aos 5 anos)			Homens sem filhos (Homens que não coabitam com crianças dos 0 aos 5 anos)		
	Inativa	Empregada	Em situação de desemprego	Inativa	Empregada	Em situação de desemprego	Inativo	Empregado	Em situação de desemprego	Inativo	Empregado	Em situação de desemprego
Polónia	37,4	58,3	4,3	25,4	70,3	4,3	24,1	74,0	1,9	27,2	68,7	4,1
Portugal	10,9	78,1	10,9	13,1	75,8	11,1	3,2	89,1	7,7	9,2	79,7	11,1
República Checa	52,6	43,2	4,2	10,2	85,2	4,6	2,0	95,8	2,2	6,7	89,0	4,3
República Democrática do Congo	30,0	67,8	2,3	35,6	60,9	3,5	18,9	77,0	4,1	33,0	61,9	5,1
Rep. Dominicana	46,8	46,1	7,1	43,2	51,2	5,6	9,2	86,9	3,9	15,4	79,4	5,2
Roménia	44,6	53,8	1,5	32,3	63,9	3,8	12,4	83,2	4,4	16,3	80,2	3,5
Reino Unido	32,4	65,6	2,0	18,1	80,1	1,9	5,1	93,5	1,4	12,0	85,5	2,4
Federação Russa	26,0	71,5	2,5	24,3	72,6	3,2	10,8	86,3	3,0	24,8	70,8	4,5
Sérvia	32,4	50,8	16,8	32,3	47,9	19,8	13,0	64,3	22,7	24,3	52,2	23,5
Serra Leoa	33,1	64,2	2,7	41,1	56,2	2,7	30,7	66,5	2,7	42,7	51,9	5,4
Eslováquia	40,2	53,2	6,6	6,6	85,0	8,4	1,9	90,0	8,1	5,9	86,4	7,7
Eslovénia	13,6	76,4	10,0	13,3	76,8	9,9	2,4	92,4	5,2	8,6	82,4	9,0
Sri Lanka	64,4	33,5	2,2	52,1	44,1	3,8	4,9	93,4	1,7	15,4	80,7	3,9
Suécia	17,2	78,4	4,5	13,5	81,3	5,2	6,0	91,5	2,5	10,6	84,8	4,7
Suíça	42,9	52,3	4,8	23,2	72,3	4,5	14,9	80,5	4,7	15,5	80,5	4,0
Tanzânia	15,1	82,7	2,2	16,6	80,2	3,2	5,4	93,4	1,2	10,4	87,2	2,4
Tailândia	36,5	63,2	0,3	21,9	77,5	0,6	6,6	92,8	0,6	12,2	87,2	0,6
Timor-Leste	75,6	21,3	3,1	73,1	24,1	2,9	47,1	47,9	5,1	57,2	36,4	6,5
Togo	18,6	80,1	1,4	21,7	76,5	1,7	12,4	86,5	1,1	22,0	74,8	3,3
Tunísia	79,3	16,9	3,9	71,4	21,7	6,9	12,9	83,4	3,7	28,4	59,9	11,7

País	Mães (Mulheres a coabitar com crianças dos 0 aos 5 anos)			Mulheres sem filhos (Mulheres que não coabitam com crianças dos 0 aos 5 anos)			País (Homens a coabitar com crianças dos 0 aos 5 anos)			Homens sem filhos (Homens que não coabitam com crianças dos 0 aos 5 anos)		
	Inativa	Empregada	Em situação de desemprego	Inativa	Empregada	Em situação de desemprego	Inativo	Empregado	Em situação de desemprego	Inativo	Empregado	Em situação de desemprego
Turquia	73,4	24,3	2,4	60,5	34,2	5,3	6,9	86,0	7,1	18,6	72,9	8,5
Uganda	26,5	70,0	3,5	27,8	68,8	3,4	14,9	82,8	2,3	23,6	73,7	2,7
Uruguai	23,9	69,2	6,9	17,6	77,3	5,1	2,1	94,6	3,2	5,4	90,5	4,1
Venezuela	47,4	50,0	2,6	39,1	58,6	2,2	11,0	85,9	3,1	18,2	78,7	3,1
Vietname	14,0	85,1	0,9	14,3	84,5	1,2	3,2	95,8	1,0	9,8	88,5	1,6
Iémen	94,0	4,3	1,7	91,8	6,1	2,2	20,8	69,8	9,4	30,1	60,9	8,9
Zâmbia	10,4	84,8	4,8	15,7	76,2	8,1	10,4	83,3	6,4	18,9	70,7	10,4
Zimbabué	17,6	76,9	5,5	20,3	73,0	6,7	5,0	91,0	4,0	9,1	84,6	6,3

Nota: Países de rendimentos elevados, faixa etária de 25–54 anos, rendimentos médios e baixos por país de 18–54 anos.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

Quadro A.3.9. Duração de trabalho semanal, por sexo e número de filhos com menos de seis anos, último ano disponível.

País	Mulheres				Homens			
	Número de filhos com menos de seis anos				Número de filhos com menos de seis anos			
	0	1	2	3 ou mais	0	1	2	3 ou mais
Afganistão	26,6	24,7	24,1	25,3	42,0	42,1	42,5	42,6
África do Sul	41,3	41,0	40,8	40,1	45,4	45,4	45,7	45,6
Alemanha	33,3	25,9	24,4	21,8	43,0	43,6	43,8	44,8
Angola	36,7	37,1	36,2	36,5	38,2	39,5	38,7	37,9
Argentina	32,4	32,1	32,4	32,9	41,7	42,4	43,1	43,5
Áustria	34,5	24,7	26,5	—	42,9	43,1	43,4	39,8
Bangladeche	43,0	41,8	41,9	42,6	47,0	47,6	47,3	47,5
Bélgica	34,6	33,7	31,9	36,0	42,0	41,6	41,2	44,6
Botsuana	47,0	45,0	44,7	43,1	50,0	49,4	51,0	50,2
Brasil	37,2	36,7	36,4	35,8	41,1	41,2	41,2	40,9
Brunei	47,6	44,5	45,5	43,8	49,3	44,4	43,4	44,6
Bulgária	40,7	39,7	40,8	—	41,7	41,6	41,1	32,1
Camboja	46,4	44,8	42,4	42,6	47,1	47,1	46,8	48,5
Camarões	39,3	39,2	37,9	36,4	46,2	47,1	46,7	45,6
China	48,4	48,5	49,9	40,9	49,1	49,6	49,9	47,2
Chipre	37,6	35,8	36,1	38,4	40,3	40,6	41,2	42,2
Colômbia	40,0	40,5	40,0	39,5	48,6	48,1	48,3	48,4
Congo	48,0	48,2	50,4	57,2	50,7	45,6	44,2	45,8
Costa do Marfim	42,6	41,1	40,5	40,3	48,5	47,8	47,5	50,5
Croácia	39,6	40,1	40,6	40,0	41,4	41,3	41,2	40,0
Dinamarca	35,2	34,8	35,9	36,8	39,4	40,1	39,6	40,1
República Dominicana	38,9	38,6	39,2	38,0	43,1	43,9	44,8	45,8
Egito	38,8	36,9	35,2	34,5	45,4	46,5	46,3	45,2
Equador	34,4	34,2	33,3	33,4	40,9	41,7	42,2	41,9
Eslováquia	40,3	39,8	37,0	—	42,6	43,2	43,9	42,3
Eslovênia	40,0	38,9	38,2	38,4	42,1	42,2	41,8	40,9
Espanha	36,3	34,9	34,4	38,0	42,1	42,2	42,4	50,3
Estado Plurinacional da Bolívia	43,5	42,9	42,3	39,1	48,6	51,1	51,9	53,8
Estados Unidos da América	37,5	37,2	36,9	36,5	41,8	41,8	42,0	42,1
Estónia	38,7	36,3	34,8	—	40,8	41,1	40,8	36,9

País	Mulheres				Homens			
	Número de filhos com menos de seis anos				Número de filhos com menos de seis anos			
	0	1	2	3 ou mais	0	1	2	3 ou mais
Etiópia	31,6	29,3	28,6	28,0	40,4	39,8	39,5	40,9
Federação Russa	42,3	41,6	42,0	44,0	46,7	47,5	50,1	47,2
Filipinas	43,6	43,5	42,7	42,4	42,2	42,6	42,6	42,9
Finlândia	37,2	36,1	35,5	32,0	40,5	39,9	40,6	42,3
França	35,9	35,3	35,2	29,7	41,7	41,8	43,4	40,8
Gâmbia	42,6	42,6	43,8	41,9	58,1	59,3	54,6	53,7
Gana	42,9	40,2	38,3	39,3	45,4	45,7	45,5	43,3
Grécia	39,2	38,4	36,8	34,5	44,7	45,3	45,7	41,2
Guatemala	40,0	39,8	39,0	39,1	46,8	47,0	47,4	47,5
Holanda	28,9	26,6	25,1	19,9	38,8	38,7	39,7	38,5
Hungria	39,4	38,7	38,2	37,3	40,9	40,9	40,7	41,0
Irlanda	31,4	30,6	30,6	33,5	40,0	39,2	39,1	45,5
Islândia	38,5	38,0	36,4	—	46,3	46,5	47,1	42,9
Itália	34,7	33,4	34,2	31,7	41,0	41,1	42,3	39,0
Jordânia	42,3	39,8	39,1	37,8	44,2	43,9	43,7	43,7
Laos	42,9	43,1	43,7	43,4	43,6	43,7	44,2	44,4
Letónia	38,8	38,6	36,9	—	40,5	40,6	41,0	42,2
Libéria	45,7	46,5	43,4	42,6	46,5	47,8	44,2	43,6
Lituânia	38,3	37,5	37,6	—	40,0	40,0	38,7	—
Luxemburgo	35,6	33,3	32,9	33,6	42,8	42,9	43,5	48,6
Madagáscar	33,3	31,7	31,5	29,1	37,5	38,7	37,6	36,6
Mali	38,1	37,0	36,7	36,0	49,4	47,2	49,2	47,5
Malta	35,7	33,9	29,1	—	41,9	42,2	43,8	—
México	39,2	38,7	38,5	38,3	46,5	47,0	47,1	47,4
Mianmar	49,6	49,6	48,2	47,4	52,1	52,5	52,5	50,8
Namíbia	46,4	44,5	42,9	43,4	48,6	47,8	46,3	45,7
Nepal	37,9	36,0	34,7	33,3	46,3	46,5	46,0	44,7
Nicarágua	39,5	37,2	37,8	39,0	45,3	46,6	44,4	47,8
Níger	32,0	29,0	27,5	25,9	44,9	42,5	41,4	42,1
Nigéria	43,7	41,9	41,8	41,1	45,5	45,2	45,2	43,7
Noruega	36,3	35,3	34,7	29,9	40,9	40,4	39,5	37,3
Paquistão	36,4	35,1	35,0	34,6	51,5	51,6	51,3	51,3
Perú	43,0	42,6	42,3	42,0	47,9	47,6	48,5	49,9
Polónia	39,6	38,2	37,9	38,3	43,5	43,5	43,3	43,6

País	Mulheres				Homens			
	Número de filhos com menos de seis anos				Número de filhos com menos de seis anos			
	0	1	2	3 ou mais	0	1	2	3 ou mais
Portugal	39,8	39,6	39,4	—	42,8	44,0	44,1	—
Reino Unido	35,3	30,3	28,6	29,8	42,7	42,7	43,4	41,7
República Checa	40,2	37,4	36,9	40,0	43,7	44,4	43,6	41,1
República Democrática do Congo	36,1	35,7	35,4	35,3	37,8	37,8	38,5	37,5
Roménia	40,1	39,0	39,0	—	41,0	41,5	38,4	—
Sérvia	43,8	43,6	42,5	40,3	46,8	47,8	49,9	46,5
Sri Lanka	39,9	38,1	39,1	39,5	46,3	47,0	47,3	47,9
Suécia	37,5	36,6	35,3	35,9	41,3	41,2	41,6	39,9
Suíça	33,9	26,9	24,3	23,5	43,8	43,8	42,6	46,8
Tanzânia	42,3	39,7	37,4	35,6	48,3	48,6	45,8	41,1
Tailândia	44,2	43,6	43,2	42,5	44,7	44,2	43,6	43,4
Timor-Leste	37,6	37,6	39,5	38,0	42,8	42,8	45,1	46,9
Togo	46,9	44,5	42,8	43,0	50,1	50,4	51,7	52,3
Tunísia	43,5	40,1	42,8	61,4	47,9	46,7	48,4	48,4
Turquia	43,2	41,6	38,0	31,8	51,9	53,1	53,5	53,8
Uganda	36,5	34,5	32,6	30,4	41,7	38,9	36,8	38,3
Uruguai	35,1	34,9	34,4	33,6	42,5	43,0	43,1	43,2
Venezuela	37,8	37,2	36,9	36,7	42,1	42,5	42,6	42,8
Vietname	40,7	40,0	39,4	38,1	42,8	43,1	43,0	42,7
Iémen	34,0	31,9	31,4	32,4	41,8	42,3	43,2	42,6
Zâmbia	40,4	38,7	34,7	33,6	44,7	45,8	42,6	40,0
Zimbabué	38,7	35,2	34,2	36,6	44,2	44,9	44,1	39,7

Nota: Países de rendimentos elevados, faixa etária de 25–54 anos, rendimentos médios e baixos por país de 18–54 anos. A duração do trabalho remunerado semanal refere-se às horas trabalhadas no emprego principal; excepto para a Etiópia, Perú e Zimbabué em que são contabilizadas as horas trabalhadas em todos os empregos—"—" indica que não existem dados. Ver anexo A.7, Quadro A.7.1 para o ano do inquérito.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

Quadro A.3.10. Pessoas cuidadoras não remuneradas e pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados, por sexo e situação na profissão (ISCE-93) (percentagens), último ano disponível

País	Mulheres						Homens															
	Cuidadoras não remuneradas (pessoas que coabitam com beneficiários/as de cuidados)						Pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados															
	Trabalhadoras por conta de outrem	Trabalhadoras por conta própria	Trabalhadoras familiares não remuneradas	Empregadora	Outras situações		Trabalhadoras por conta de outrem	Trabalhadoras por conta própria	Trabalhadoras familiares não remuneradas	Empregador	Outras situações	Trabalhadoras por conta de outrem	Trabalhadoras por conta própria	Trabalhadores familiares não remunerados	Empregador	Outras situações						
Afganistão	11,0	10,0	74,5	1,9	2,6		33,2	11,1	49,7	3,1	2,9		43,6	37,2	13,8	2,7	2,7	52,5	31,4	10,3	2,1	3,8
Alemanha	94,3	4,2	—	1,5	—		95,8	2,8	0,2	1,2	—		91,3	3,7	—	4,9	—	92,1	5,1	—	2,8	—
Angola	18,6	69,0	9,7	2,6	0,1		23,1	70,0	5,6	1,4	—		43,4	44,1	6,1	6,0	0,4	42,7	45,8	8,5	2,7	0,4
Argentina	80,1	16,8	1,1	2,0	—		84,3	13,1	0,6	2,0	—		76,5	20,0	0,2	3,3	—	76,6	19,8	0,3	3,3	—
Áustria	89,1	8,6	0,8	1,6	—		91,3	5,2	0,7	2,9	—		86,3	8,7	—	5,0	—	86,3	8,6	—	5,1	—
Bangladeche	34,6	11,5	53,8	0,1	0,1		45,3	11,9	42,6	0,1	0,1		42,9	51,5	4,3	1,2	0,1	47,3	44,2	7,6	0,9	0,1
Bélgica	94,3	4,7	—	1,0	—		92,0	5,4	1,0	1,6	—		87,6	8,5	—	3,9	—	86,4	8,4	—	5,1	—
Botsuana	68,5	22,0	7,0	2,3	0,2		83,2	13,5	1,7	1,6	—		71,6	18,4	6,1	3,7	0,1	81,4	12,2	3,5	2,6	0,2
Brasil	75,1	18,5	3,6	2,9	0,0		78,7	16,0	2,6	2,7	0,0		66,0	28,0	0,9	5,1	0,0	68,3	26,1	1,3	4,4	0,0
Brunei	94,7	3,3	0,5	1,5	—		95,0	2,8	—	2,2	—		92,3	4,2	0,2	3,3	—	96,1	1,8	0,2	1,9	—
Bulgária	93,2	4,0	0,7	2,1	—		94,0	3,7	0,7	1,6	—		85,0	9,2	0,9	4,9	—	89,8	5,4	0,4	4,4	—
Camboja	41,0	32,5	26,2	0,3	—		44,7	30,0	24,9	0,4	—		53,1	36,6	10,0	0,3	—	59,4	22,6	17,3	0,8	—
Camarões	10,0	55,6	33,2	1,1	0,1		18,6	57,2	23,3	0,5	0,4		27,5	54,2	13,5	4,6	0,1	39,1	50,3	7,5	2,9	0,2
China	83,2	11,5	2,6	2,7	—		85,9	9,7	2,1	2,4	—		82,6	12,4	0,4	4,6	—	85,3	10,3	0,4	4,0	—
Chipre	93,6	5,5	—	0,9	—		90,4	8,1	0,5	1,1	—		90,3	6,9	—	2,8	—	86,0	10,5	—	3,5	—
Colômbia	52,8	39,3	5,6	2,2	0,2		58,6	34,4	4,5	2,5	—		51,0	43,1	1,4	4,4	0,1	55,6	38,5	1,6	4,3	0,0
Congo	60,0	29,4	7,0	3,7	—		65,5	22,1	9,2	3,2	—		44,5	34,8	18,5	2,1	—	65,5	22,6	9,9	2,0	—

País	Mulheres								Homens											
	Cuidadoras não remuneradas (pessoas que coabitam com beneficiários/as de cuidados)				Pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados				Cuidadores não remunerados (pessoas que coabitam com beneficiários/as de cuidados)				Pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados							
	Trabalhadoras por conta de outrem	Trabalhadoras por conta própria	Trabalhadoras familiares não remuneradas	Empregadora	Outras situações	Trabalhadoras por conta de outrem	Trabalhadoras por conta própria	Trabalhadoras familiares não remuneradas	Empregadora	Outras situações	Trabalhadoras por conta de outrem	Trabalhadoras por conta própria	Trabalhadoras familiares não remuneradas	Empregador	Outras situações	Trabalhadoras por conta de outrem	Trabalhadoras por conta própria	Trabalhadoras familiares não remuneradas	Empregador	Outras situações
Costa do Marfim	11,4	63,3	22,0	1,1	2,1	26,1	58,7	13,2	—	2,0	30,9	58,1	8,2	2,2	0,6	44,9	44,1	8,5	2,1	0,4
Cróacia	93,5	3,7	0,5	2,3	—	94,3	2,8	0,9	2,1	—	87,5	4,9	0,8	6,8	—	91,2	5,1	0,4	3,3	—
Dinamarca	94,4	3,6	—	2,0	—	95,7	2,7	0,5	1,1	—	86,9	6,3	—	6,8	—	91,6	4,1	—	4,4	—
República Dominicana	72,3	23,5	2,1	2,1	—	73,1	22,5	2,3	2,1	—	47,0	48,2	0,7	4,1	—	48,2	47,7	1,1	3,0	—
Egito	63,4	9,0	25,5	1,8	0,4	75,1	5,8	16,7	2,2	0,2	70,9	14,1	3,2	11,7	0,1	75,7	10,3	6,9	6,9	0,2
Equador	46,0	33,4	18,0	1,6	1,0	52,1	29,9	14,9	2,3	0,8	64,9	26,8	4,5	3,4	0,5	61,4	26,5	7,2	4,1	0,8
Eslováquia	89,4	8,7	—	1,9	—	88,5	9,7	—	1,8	—	77,6	18,2	—	4,2	—	82,9	14,2	—	2,9	—
Eslovénia	93,6	4,7	0,2	1,4	—	93,2	5,3	0,4	1,1	—	86,5	10,0	—	3,5	—	87,4	9,3	0,3	3,0	—
Espanha	86,6	10,1	0,1	3,2	—	89,6	8,2	—	2,2	—	80,4	12,4	—	7,3	—	79,3	15,5	—	5,2	—
Estado Plurinacional da Bolívia	36,9	37,9	23,1	2,1	—	45,9	33,6	17,1	3,4	—	46,6	42,5	4,3	5,7	0,9	49,1	37,3	7,2	5,5	0,9
Estados Unidos da América	95,0	—	0,1	4,9	—	95,4	—	0,0	4,5	—	93,5	—	—	6,5	—	93,7	—	—	6,3	—
Estónia	92,9	3,8	—	3,3	—	93,6	4,5	0,4	1,5	—	83,3	6,5	0,1	10,1	—	86,2	7,5	0,2	6,2	—
Etiópia	7,2	31,4	60,8	0,1	0,6	24,6	33,2	41,1	0,2	0,9	11,9	66,8	19,8	0,9	0,7	31,6	46,0	20,4	0,5	1,5
Filipinas	57,9	26,1	14,3	1,6	—	66,2	19,8	12,0	2,0	—	63,1	27,3	6,3	3,4	—	66,2	21,6	9,0	3,2	—
Finlândia	90,5	7,5	0,1	1,8	—	91,1	6,6	0,2	2,1	—	82,6	10,7	—	6,8	—	84,3	10,2	0,2	5,3	—
França	93,2	6,6	0,2	—	—	93,2	6,5	0,3	—	—	87,3	12,7	—	—	—	88,8	10,4	—	0,8	—
Gâmbia	14,4	69,1	11,8	1,4	3,4	33,7	54,5	7,9	—	3,9	29,9	49,6	10,7	1,4	8,3	39,0	51,5	1,9	2,5	5,1

País	Mulheres								Homens											
	Cuidadoras não remuneradas (pessoas que coabitam com beneficiários/as de cuidados)				Pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados				Cuidadores não remunerados (pessoas que coabitam com beneficiários/as de cuidados)				Pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados							
	Trabalhadoras por conta de outrem	Trabalhadoras por conta própria	Trabalhadoras familiares não remuneradas	Empregadora	Outras situações	Trabalhadoras por conta de outrem	Trabalhadoras por conta própria	Trabalhadoras familiares não remuneradas	Empregadora	Outras situações	Trabalhadores por conta de outrem	Trabalhadores por conta própria	Trabalhadores familiares não remunerados	Empregador	Outras situações	Trabalhadores por conta de outrem	Trabalhadores por conta própria	Trabalhadores familiares não remunerados	Empregador	Outras situações
Gana	15,3	50,7	28,2	5,7	0,2	32,0	46,0	15,3	6,2	0,5	33,4	44,6	14,4	7,3	0,3	55,4	29,2	8,5	6,7	0,2
Grécia	75,9	15,9	4,6	3,6	—	76,8	15,6	3,8	3,8	—	66,8	23,5	1,0	8,7	—	69,5	22,3	1,3	6,8	—
Guatemala	54,8	33,5	9,7	2,1	—	61,6	26,2	10,0	2,2	—	72,7	19,1	5,1	3,1	—	73,6	16,6	6,0	3,7	—
Holanda	87,9	9,3	0,3	2,5	—	89,5	7,9	0,4	2,2	—	79,5	12,1	—	8,4	—	84,8	11,8	—	3,3	—
Hungria	93,7	3,6	—	2,7	—	90,5	6,8	0,4	2,3	—	87,6	5,9	—	6,5	—	90,0	6,5	0,4	3,1	—
Índia	53,2	—	46,3	0,4	—	64,4	—	35,1	0,5	—	79,2	—	18,4	2,4	—	81,2	—	16,5	2,3	—
Iraque	45,8	43,3	1,1	0,4	9,5	76,8	17,1	0,8	—	5,3	69,0	23,2	2,3	3,4	2,1	75,1	15,3	3,2	3,2	3,2
Irlanda	94,2	3,9	—	1,9	—	94,3	3,7	0,4	1,5	—	80,3	13,0	0,4	6,3	—	80,9	13,2	0,5	5,4	—
Islândia	91,4	6,3	—	2,3	—	91,5	6,0	—	2,5	—	85,4	9,7	—	4,9	—	86,7	6,0	—	7,3	—
Itália	82,8	12,6	1,6	2,9	—	81,7	13,6	1,7	3,0	—	74,5	17,1	1,2	7,2	—	73,8	18,3	2,0	5,9	—
Jordânia	96,4	1,9	—	1,4	0,3	97,3	1,2	—	1,3	0,2	84,2	10,0	—	5,4	0,5	89,7	6,8	0,0	3,1	0,3
Laos	10,3	44,3	45,2	0,2	—	18,8	39,9	40,9	0,4	—	20,5	54,9	23,9	0,7	—	30,8	42,2	25,8	1,2	—
Letónia	92,1	5,7	—	2,1	—	91,4	5,9	—	2,7	—	87,4	6,7	0,3	5,6	—	86,8	8,2	0,7	4,2	—
Libéria	9,3	70,2	18,1	1,7	0,7	9,7	73,0	14,2	0,7	2,4	28,1	56,3	11,1	2,6	1,9	32,4	55,8	9,0	1,7	1,1
Lituânia	93,2	5,0	1,3	0,5	—	90,1	6,3	2,1	1,5	—	86,1	8,7	1,3	3,8	—	86,8	9,2	1,4	2,6	—
Luxemburgo	92,2	3,4	0,9	3,5	—	93,2	4,2	—	2,6	—	93,7	3,1	—	3,2	—	93,1	3,7	—	3,2	—
Madagáscar	7,6	30,5	60,6	1,2	0,1	16,3	30,7	50,0	3,1	—	14,1	60,0	21,0	4,9	0,1	22,9	51,5	22,2	3,1	0,3
Mali	4,0	68,8	27,1	0,1	—	22,0	52,4	25,6	—	—	14,6	54,9	29,5	1,0	—	20,6	52,2	27,2	—	—
Malta	96,8	2,5	—	0,6	—	95,0	3,7	0,5	0,7	—	83,4	11,6	—	5,1	—	85,7	9,8	—	4,5	—

País	Mulheres						Homens													
	Cuidadoras não remuneradas (pessoas que coabitam com beneficiários/as de cuidados)			Pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados			Cuidadores não remunerados (pessoas que coabitam com beneficiários/as de cuidados)			Pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados										
	Trabalhadoras por conta de outrem	Trabalhadoras por conta própria	Trabalhadoras familiares não remuneradas	Empregadora	Outras situações	Trabalhadoras por conta de outrem	Trabalhadoras por conta própria	Trabalhadoras familiares não remuneradas	Empregador	Outras situações	Trabalhadores por conta de outrem	Trabalhadores por conta própria	Trabalhadores familiares não remunerados	Empregador	Outras situações					
México	70,6	21,1	6,5	1,9	—	73,4	18,2	6,2	2,2	—	74,1	18,3	2,5	5,1	—	73,8	17,6	3,6	5,0	—
Mianmar	36,2	25,7	36,6	1,5	—	42,0	24,4	31,8	1,9	—	39,9	42,1	12,6	5,4	0,0	43,8	32,6	19,7	3,9	—
Namíbia	66,0	25,1	5,4	2,9	0,6	79,4	14,2	2,6	2,9	0,8	75,8	15,3	3,0	5,2	0,8	81,7	10,3	2,0	5,3	0,6
Nepal	8,4	28,4	61,5	0,3	1,4	13,6	27,6	56,8	0,5	1,6	28,6	42,5	19,2	1,7	8,0	36,0	34,4	20,2	3,0	6,4
Nicarágua	51,8	36,4	9,0	1,6	1,2	54,7	31,5	9,4	2,9	1,4	61,4	22,8	8,7	6,4	0,8	59,5	21,7	11,0	6,4	1,5
Níger	2,2	54,2	43,6	0,1	—	8,7	55,2	36,1	—	—	8,2	68,8	21,9	1,2	—	27,7	44,2	28,0	—	—
Noruega	95,9	4,1	—	—	—	97,1	2,9	—	—	—	91,7	8,3	—	—	—	91,2	8,8	—	—	—
Paquistão	25,8	21,2	53,0	0,0	—	40,2	17,4	42,4	—	—	45,1	41,4	12,1	1,4	0,0	51,4	31,7	15,5	1,4	—
Perú	62,3	28,3	6,0	3,2	0,2	70,7	20,7	5,7	2,9	—	66,2	24,1	2,0	7,8	—	68,7	22,6	2,9	5,9	—
Polónia	81,4	12,4	4,1	2,1	—	86,4	9,5	2,4	1,8	—	76,6	17,7	0,9	4,7	—	80,6	14,0	1,1	4,3	—
Portugal	89,7	7,4	0,2	2,6	—	89,5	8,1	0,3	2,1	—	87,9	7,6	0,2	4,2	—	87,3	8,6	—	4,1	—
Reino Unido	90,4	7,8	—	1,8	—	92,1	6,2	—	1,7	—	82,5	12,4	—	5,1	—	83,2	14,2	—	2,6	—
República Checa	86,9	10,9	0,6	1,6	—	89,6	8,5	—	1,8	—	77,8	16,8	—	5,4	—	80,4	16,0	—	3,6	—
República Democrática do Congo	8,3	57,6	32,2	1,1	0,8	10,3	59,8	28,3	1,4	0,2	26,0	63,6	6,6	3,2	0,5	26,3	62,2	8,7	1,9	0,9
Roménia	74,2	14,2	10,9	0,7	—	82,3	12,5	4,3	1,0	—	70,0	26,9	2,2	1,0	—	74,2	21,7	2,9	1,2	—
Sérvia	88,2	5,7	2,2	3,9	—	90,3	4,0	2,2	3,5	—	79,1	11,5	1,3	8,2	—	84,6	10,1	1,2	4,1	—
Serra Leoa	4,9	83,4	6,7	2,9	2,1	10,4	80,7	4,7	1,7	2,4	17,0	73,0	5,8	2,4	1,9	27,7	64,1	3,9	1,3	2,9
Sri Lanca	54,5	23,8	20,6	1,1	—	62,1	19,4	17,9	0,6	—	60,6	33,0	1,9	4,5	—	62,2	29,6	5,0	3,2	—

País	Mulheres						Homens										
	Cuidadoras não remuneradas (pessoas que coabitam com beneficiários/as de cuidados)			Pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados			Cuidadores não remunerados (pessoas que coabitam com beneficiários/as de cuidados)			Pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados							
	Trabalhadoras por conta de outrem	Trabalhadoras famíliares não remuneradas	Empregadora	Outras situações	Trabalhadoras por conta de outrem	Trabalhadoras famíliares não remuneradas	Empregadora	Outras situações	Trabalhadores por conta de outrem	Trabalhadores famíliares não remunerados	Empregador	Outras situações	Trabalhadores por conta de outrem	Trabalhadores famíliares não remunerados	Empregador	Outras situações	
Suécia	95,3	2,8	—	1,9	—	94,1	3,5	—	2,3	—	85,7	8,1	—	6,2	—	5,1	—
Suíça	90,2	5,6	0,5	3,7	—	91,2	5,5	0,5	2,8	—	89,3	5,4	—	5,3	—	3,8	—
Tanzânia	8,1	37,0	53,3	1,5	—	22,6	40,8	32,7	3,9	—	17,0	60,0	18,7	4,3	—	4,2	—
Tailândia	47,3	26,1	25,1	1,3	0,1	59,8	20,2	18,4	1,5	0,1	49,2	33,1	13,5	4,0	0,2	3,5	0,1
Timor-Leste	30,5	44,8	21,7	1,5	1,5	32,7	40,5	23,8	3,0	—	52,7	29,7	13,3	3,0	1,4	4,7	—
Tunísia	74,3	9,1	7,7	1,9	7,0	73,3	9,2	5,8	1,8	9,9	70,7	16,7	1,4	7,3	4,0	5,0	6,6
Turquia	50,1	12,6	36,2	1,2	—	65,3	8,4	24,9	1,5	—	69,6	19,5	3,8	7,1	—	5,8	—
Uganda	13,4	66,9	16,4	2,8	0,5	26,9	60,1	10,9	2,1	—	26,1	58,3	10,9	4,0	0,7	4,7	—
Uruguai	75,2	20,8	1,2	2,5	0,3	78,3	17,7	1,2	2,9	—	71,0	23,0	0,2	5,6	0,2	4,7	0,3
Venezuela	63,9	29,7	1,3	1,2	3,7	68,7	24,6	1,1	1,7	3,8	59,2	28,3	0,5	4,0	8,1	3,7	8,0
Vietname	34,6	37,6	26,5	1,3	0,1	36,7	38,5	23,5	1,3	0,1	43,4	38,9	14,2	3,4	0,1	2,4	0,1
Iémen	32,6	25,8	39,2	2,3	—	56,1	23,8	17,4	2,8	—	53,8	29,8	9,3	6,8	0,4	5,5	—
Zâmbia	14,9	29,5	55,2	0,3	0,1	31,0	24,2	44,9	—	—	43,2	43,2	12,9	0,6	0,1	0,4	—
Zimbabué	16,4	82,1	1,2	0,2	0,1	38,8	58,9	1,3	1,1	—	33,7	65,0	0,6	0,6	0,1	0,6	—

Nota: Rendimentos elevados por país de acordo com a faixa etária de 25–54 anos, rendimentos médios e baixos por país de 18–54 anos. “Outras” inclui “Membros de cooperativas” e “trabalhadores não classificados noutra parte”. “—” indica que não existem dados. Ver anexo A.7, Quadro A.7.1 para o ano do inquérito.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

Quadro A.3.11. Natureza informal ou formal do emprego principal de pessoas cuidadoras não remuneradas e pessoas que não coabitam com quem beneficia de cuidados, por sexo (percentagens), último ano disponível

País	Mulheres				Homens			
	Cuidadoras não remuneradas (pessoas que coabitam com beneficiários/as de cuidados)		Pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados		Cuidadores não remunerados (pessoas que coabitam com beneficiários/as de cuidados)		Pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados	
	Informal	Formal	Informal	Formal	Informal	Formal	Informal	Formal
Angola	90	10	87	13	74,9	25,1	76,5	23,5
Argentina	48	52	39	61	46,9	53,1	44,5	55,5
Áustria	9	91	5	95	6,4	93,6	7,4	92,6
Bangladeche	94	6	93	7	87,1	12,9	87,8	12,2
Bélgica	5	95	6	94	6,1	93,9	7,7	92,3
Brasil	36	64	29	71	38,4	61,6	35,3	64,7
Brunei	28	72	33	67	18,6	81,4	54,6	45,4
Bulgária	16	84	12	88	18,0	82,0	15,4	84,6
Camboja	98	2	98	2	96,7	3,3	97,3	2,7
Camarões	94	6	92	8	85,0	15,0	83,7	16,3
China	56	44	50	50	61,1	38,9	58,1	41,9
Chipre	7	93	10	90	10,1	89,9	15,2	84,8
Colômbia	61	39	50	50	59,8	40,2	54,8	45,2
Congo	94	6	94	6	94,4	5,6	96,0	4,0
Costa do Marfim	96	4	92	8	90,2	9,8	90,8	9,2
Croácia	11	89	9	91	12,6	87,4	11,4	88,6
Dinamarca	3	97	3	97	2,6	97,4	2,2	97,8
Egito	58	42	51	49	60,7	39,3	68,3	31,7
Equador	63	37	52	48	56,4	43,6	55,5	44,5
Eslováquia	12	88	12	88	15,1	84,9	12,9	87,1
Eslovénia	4	96	6	94	5,5	94,5	7,8	92,2
Espanha	11	89	11	89	14,9	85,1	17,5	82,5
Estado Plurinacional da Bolívia	85	15	80	20	82,0	18,0	80,5	19,5
Estónia	6	94	3	97	3,6	96,4	3,3	96,7
Finlândia	2	98	2	98	3,8	96,2	4,6	95,4
França	8	92	9	91	7,6	92,4	8,6	91,4
Gâmbia	84	16	72	28	70,6	29,4	50,8	49,2
Gana	96	4	88	12	89,1	10,9	83,1	16,9

País	Mulheres				Homens			
	Cuidadoras não remuneradas (pessoas que coabitam com beneficiários/as de cuidados)		Pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados		Cuidadores não remunerados (pessoas que coabitam com beneficiários/as de cuidados)		Pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados	
	Informal	Formal	Informal	Formal	Informal	Formal	Informal	Formal
Grécia	25	75	25	75	29,8	70,2	29,9	70,1
Guatemala	80	20	71	29	78,0	22,0	69,4	30,6
Holanda	10	90	8	92	14,2	85,8	10,8	89,2
Hungria	8	92	10	90	11,1	88,9	9,8	90,2
Índia	91	9	85	15	83,7	16,3	78,3	21,7
Iraque	51	49	31	69	68,9	31,1	68,3	31,7
Irlanda	5	95	6	94	13,2	86,8	14,0	86,0
Itália	14	86	16	84	19,7	80,3	20,6	79,4
Letónia	10	90	9	91	13,3	86,7	13,2	86,8
Libéria	92	8	92	8	83,8	16,2	82,7	17,3
Lituânia	11	89	8	92	8,8	91,2	10,7	89,3
Luxemburgo	4	96	1	99	0,5	99,5	1,2	98,8
Mali	99	1	94	6	90,3	9,7	93,2	6,8
Malta	4	96	3	97	6,6	93,4	9,7	90,3
México	57	43	50	50	55,2	44,8	50,4	49,6
Mianmar	90	10	86	14	84,1	15,9	84,3	15,7
Namíbia	67	33	62	38	65,9	34,1	63,8	36,2
Noruega	5	95	5	95	8,4	91,6	9,3	90,7
Paquistão	93	7	83	17	80,1	19,9	76,4	23,6
Polónia	29	71	24	76	31,7	68,3	28,4	71,6
Portugal	10	90	10	90	10,9	89,1	12,6	87,4
Reino Unido	11	89	7	93	13,2	86,8	14,2	85,8
República Checa	7	93	5	95	8,3	91,7	8,6	91,4
República Democrática do Congo	99	1	98	2	96,2	3,8	96,3	3,7
República Dominicana	92	8	93	7	85,8	14,2	87,9	12,1
Roménia	29	71	19	81	32,8	67,2	26,2	73,8
Sérvia	19	81	19	81	25,8	74,2	24,6	75,4
Sri Lanca	53	47	53	47	55,3	44,7	57,0	43,0
Suécia	5	95	6	94	10,9	89,1	10,9	89,1

País	Mulheres				Homens			
	Cuidadoras não remuneradas (pessoas que coabitam com beneficiários/as de cuidados)		Pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados		Cuidadores não remunerados (pessoas que coabitam com beneficiários/as de cuidados)		Pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados	
	Informal	Formal	Informal	Formal	Informal	Formal	Informal	Formal
Suíça	4	96	3	97	1,5	98,5	3,0	97,0
Tanzânia	96	4	91	9	92,9	7,1	91,5	8,5
Timor-Leste	75	25	68	32	67,5	32,5	66,6	33,4
Tunísia	51	49	57	43	43,1	56,9	60,9	39,1
Turquia	62	38	45	55	31,3	68,7	31,0	69,0
Uganda	95	5	92	8	91,5	8,5	87,2	12,8
Uruguai	23	77	16	84	20,7	79,3	20,4	79,6
Vietname	79	21	78	22	81,9	18,1	80,6	19,4
Iémen	82	18	68	32	75,4	24,6	75,8	24,2

Nota: Países de rendimentos elevados faixa etária de 25–54 anos, rendimentos médios e baixos de 18–54 anos. Ver anexo A.7, Quadro A.7.1 para o ano do inquérito.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

Quadro A.3.12. Pessoas cuidadoras não remuneradas e pessoas que não coabitam com quem beneficia de cuidados, por sexo e contribuição para a segurança social (percentagens), último ano disponível

País	Mulheres				Homens			
	Cuidadoras não remuneradas (pessoas que coabitam com beneficiários/as de cuidados)		Pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados		Cuidadores não remunerados (pessoas que coabitam com beneficiários/as de cuidados)		Pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados	
	Contribuintes	Não contribuintes	Contribuintes	Não contribuintes	Contribuintes	Não contribuintes	Contribuintes	Não contribuintes
Argentina	61,5	38,5	69,4	30,6	66,8	33,2	68,9	31,1
Áustria	94,5	5,5	98,0	2,0	97,8	2,2	97,3	2,7
Bangladeche	16,5	83,5	15,6	84,4	15,2	84,8	15,3	84,7
Bélgica	97,3	2,7	97,7	2,3	98,7	1,3	97,6	2,4
Botsuana	48,3	51,7	52,2	47,8	51,8	48,2	52,7	47,3
Brasil	77,4	22,6	82,1	17,9	79,1	20,9	81,5	18,6
Brunei	74,8	25,2	68,3	31,7	84,7	15,3	46,8	53,2
Bulgária	87,9	12,1	92,7	7,3	90,7	9,3	91,4	8,6
Camboja	8,5	91,5	9,2	90,8	15,4	84,6	13,6	86,4
Camarões	35,9	64,1	27,3	72,7	39,5	60,5	30,9	69,1
China	47,0	53,0	52,1	47,9	41,2	58,8	44,2	55,8
Chipre	97,0	3,0	97,6	2,4	98,2	1,8	96,0	4,0
Colômbia	61,5	38,5	71,4	28,6	66,7	33,3	68,3	31,7
Costa do Marfim	18,9	81,1	22,8	77,2	25,7	74,3	18,7	81,3
Croácia	94,0	6,0	96,3	3,7	97,4	2,6	95,9	4,1
Dinamarca	98,6	1,4	98,1	1,9	98,3	1,7	98,9	1,1
Egito	65,1	34,9	64,7	35,3	48,2	51,8	38,2	61,8
Equador	63,2	36,8	73,4	26,6	53,1	46,9	54,7	45,3
Eslováquia	95,9	4,1	97,0	3,0	97,9	2,1	97,5	2,5
Eslovénia	98,1	1,9	97,9	2,1	98,9	1,1	97,6	2,4
Espanha	97,1	2,9	96,6	3,4	97,4	2,6	96,2	3,8
Estado Plurinacional da Bolívia	41,8	58,2	45,9	54,1	38,5	61,5	41,6	58,4
Estónia	95,5	4,5	99,2	0,8	99,6	0,4	99,8	0,2
Finlândia	99,8	0,2	99,7	0,3	99,8	0,2	99,5	0,5
Gâmbia	32,4	67,6	51,5	48,5	47,1	52,9	54,3	45,7
Gana	24,0	76,0	34,2	65,8	31,1	68,9	29,2	70,8
Grécia	94,4	5,6	94,9	5,1	97,3	2,7	95,4	4,6

País	Mulheres				Homens			
	Cuidadoras não remuneradas (pessoas que coabitam com beneficiários/as de cuidados)		Pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados		Cuidadores não remunerados (pessoas que coabitam com beneficiários/as de cuidados)		Pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados	
	Contribuintes	Não contribuintes	Contribuintes	Não contribuintes	Contribuintes	Não contribuintes	Contribuintes	Não contribuintes
Guatemala	36,1	63,9	46,6	53,4	29,6	70,4	41,0	59,0
Holanda	96,9	3,1	98,6	1,4	97,5	2,5	98,0	2,0
Hungria	96,2	3,8	97,9	2,1	98,4	1,6	98,2	1,8
Iémen	52,2	47,8	56,7	43,3	37,5	62,5	29,6	70,4
Índia	22,8	77,2	28,3	71,7	20,6	79,4	24,9	75,1
Iraque	84,2	15,8	84,4	15,6	42,6	57,4	41,2	58,8
Irlanda	97,8	2,2	98,5	1,5	97,0	3,0	98,4	1,6
Itália	96,6	3,4	95,7	4,3	96,9	3,1	96,0	4,0
Laos	35,2	64,8	30,3	69,7	33,3	66,7	35,0	65,0
Letónia	92,7	7,3	93,8	6,2	90,4	9,6	89,5	10,5
Libéria	35,8	64,2	37,2	62,8	42,2	57,8	35,0	65,0
Lituânia	91,4	8,6	98,6	1,4	97,6	2,4	97,4	2,6
Luxemburgo	97,1	2,9	99,6	0,4	99,7	0,3	98,8	1,2
Mali	6,6	93,4	17,7	82,3	9,5	90,5	7,4	92,6
Malta	97,1	2,9	98,9	1,1	99,2	0,8	98,4	1,6
México	47,8	52,2	52,8	47,2	44,8	55,2	50,0	50,0
Mianmar	14,5	85,5	20,3	79,7	7,6	92,4	12,6	87,4
Nepal	1,5	98,5	2,6	97,4	1,8	98,2	2,9	97,1
Nicarágua	52,4	47,6	60,8	39,2	36,0	64,0	37,3	62,7
Níger	33,0	67,0	38,5	61,5	26,2	73,8	17,0	83,0
Nigéria	38,1	61,9	33,5	66,5	44,1	55,9	15,4	84,6
Noruega	97,6	2,4	97,1	2,9	97,2	2,8	94,8	5,2
Polónia	85,8	14,2	85,9	14,1	83,5	16,5	84,2	15,8
Portugal	97,4	2,6	98,3	1,7	97,7	2,3	96,6	3,4
Reino Unido	82,7	17,3	93,4	6,6	96,8	3,2	96,7	3,3
República Checa	95,4	4,6	99,5	0,5	99,2	0,8	99,6	0,4
República Dominicana	79,5	20,5	79,0	21,0	77,2	22,8	75,3	24,7
Sérvia	89,4	10,6	89,4	10,6	90,9	9,1	87,6	12,4
Serra Leoa	66,3	33,7	67,7	32,3	46,7	53,3	40,3	59,7

País	Mulheres				Homens			
	Cuidadoras não remuneradas (pessoas que coabitam com beneficiários/as de cuidados)		Pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados		Cuidadores não remunerados (pessoas que coabitam com beneficiários/as de cuidados)		Pessoas que não coabitam com beneficiários/as de cuidados	
	Contribuintes	Não contribuintes	Contribuintes	Não contribuintes	Contribuintes	Não contribuintes	Contribuintes	Não contribuintes
Sri Lanka	69,2	30,8	64,9	35,1	54,4	45,6	52,9	47,1
Suécia	96,1	3,9	97,8	2,2	97,0	3,0	95,2	4,8
Suíça	99,1	0,9	99,4	0,6	99,8	0,2	99,7	0,3
Tanzânia	39,2	60,8	39,7	60,3	36,8	63,2	33,5	66,5
Tunísia	61,8	38,2	54,2	45,8	63,6	36,4	48,1	51,9
Turquia	72,4	27,6	79,9	20,1	77,3	22,7	78,9	21,1
Uganda	12,8	87,2	13,6	86,4	14,2	85,8	16,8	83,2
Uruguai	88,9	11,1	93,3	6,7	91,4	8,6	92,3	7,7
Vietname	63,9	36,1	63,9	36,1	42,5	57,5	43,9	56,1
Zâmbia	66,8	33,2	69,1	30,9	69,8	30,2	66,3	33,7
Zimbabué	39,3	60,7	50,9	49,1	50,1	49,9	50,8	49,2

Nota: Países de rendimentos elevados de acordo com a faixa etária de 25–54 anos, rendimentos médios e baixos de 18–54 anos.

Ver anexo A.7, Quadro A.7.1 para o ano do inquérito.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

A.4. TRABALHO E EMPREGO NAS ATIVIDADES DE CUIDADOS: METODOLOGIA E DADOS

A.4.1. Operacionalizar as definições na área dos cuidados

Tendo em vista tirar o máximo partido dos inquéritos junto dos agregados familiares e à população ativa, o presente relatório optou por operacionalizar a identificação dos trabalhadores e trabalhadoras de cuidados recorrendo à Classificação Internacional Tipo das Profissões (CITP-08 ou versões anteriores)⁵ e à Classificação Internacional Tipo das Atividades Económicas (CITA, Rev. 4 ou versões anteriores)⁶ ao nível de dois dígitos.⁷ Isto implica um certo nível de agregação que é parcialmente resolvida através da combinação de ambas as classificações. As questões de anonimato normalmente não permitem a disponibilidade de dados ao nível de três e quatro dígitos, o que implicou uma amostra mais pequena de conjuntos de dados dos países e, possivelmente, uma estimativa mundial menos sólida de trabalhadores de cuidados.

Com base na CITP-08, as *profissões de cuidados* são: 22. Profissionais de saúde; 23. Professores; 32. Técnicos da área da saúde, de nível intermédio; e 53. Trabalhadores de serviços de assistência pessoal. Há outras profissões de cuidados classificadas sob o n.º 13. Diretores de produção e de serviços especializados; 26. Especialistas em assuntos jurídicos, sociais, artísticos e culturais; 34. Técnicos de nível intermédio dos serviços jurídicos, sociais, culturais e similares; 51. Trabalhadores dos serviços pessoais; e 91. Pessoal de limpeza e auxiliares. Estas são identificadas indiretamente através da combinação dos códigos CITP e CITA, tal como explicado a seguir.

Com base na CITA, Revisão 4, os *setores de cuidados* são: 85. Educação; 86. Prestação de serviços de saúde; 87. Atividades de apoio social com alojamento; 88. Atividades de apoio social sem alojamento. Em diversos casos (nomeadamente no caso do conjunto de dados europeus), o trabalho no âmbito da saúde e ação social foi agregado ao nível de um dígito.

Os trabalhadores e trabalhadoras domésticos (empregados por famílias) são identificados como sendo classificados em CITA 4 97. Atividades das famílias que empregam pessoal doméstico.

A combinação das profissões de cuidados, dos setores de cuidados e das famílias como empregadoras permite identificar a *mão-de-obra de cuidados* e agrupá-la em quatro categorias:

1. Trabalhadores de cuidados empregados em setores de cuidados;
2. Trabalhadores domésticos (empregados por famílias);
3. Trabalhadores de cuidados empregados em setores não relacionados com cuidados;
4. Trabalhadores não relacionados com cuidados empregados em setores de cuidados.

As Categorias 1 e 4 podem ser ainda desagregadas por setores. De facto, o emprego setorial é a soma das categorias 1 e 4 para cada setor de cuidados. As quatro categorias são identificadas da seguinte maneira:

1. Trabalhadores de cuidados empregados em setores de cuidados

- Trabalhadores classificados nas categorias da CITA 85, 86, 87, 88 *que estão também incluídos* na CITP 22, 23, 32, 53 (profissões nucleares de cuidados)
- Trabalhadores classificados nas categorias da CITA 85, 86, 87, 88 *que estão também incluídos* na CITP 13
- Trabalhadores classificados nas categorias da CITA 85, 86, 87, 88 *que estão também incluídos* na CITP 26 e 34

2. Trabalhadores domésticos (empregados por famílias)

- Todos os trabalhadores classificados na categoria da CITA 97

3. Trabalhadores de cuidados empregados em setores não relacionados com cuidados

- Todos os outros trabalhadores classificados na CIP 22 *exceto* os que estão classificados na categoria da CITA 75 Atividades veterinárias
- Todos os outros trabalhadores classificados na categoria da CIP 23
- Todos os outros trabalhadores classificados na categoria da CIP 32 *exceto* os classificados na categoria da CITA 75 Atividades veterinárias
- Todos os outros trabalhadores classificados na categoria da CIP 53

4. Trabalhadores não relacionados com cuidados empregados em setores de cuidados

- Trabalhadores classificados nas categorias da CITA 85, 86, 87, 88 *que não estão* na CIP 22, 23, 32, 53, 26, 34 e 13

A.4.2. Estimativa da mão-de-obra mundial das atividades de cuidados

A estimativa da mão-de-obra mundial de cuidados é baseada em estimativas ao nível dos países do número de trabalhadores e trabalhadoras de cuidados nos grupos 1, 2, 3 e 4, representando 89 por cento da população mundial empregada. Para 93 países, as estimativas foram calculadas com base em microdados de inquéritos à população ativa ou junto de agregados familiares (ver Anexo A.7 para mais detalhes sobre os inquéritos). Foram utilizadas estimativas oficiais provenientes de tabelas publicadas para seis países: Arábia Saudita, Catar, Emirados Árabes Unidos, Etiópia, Japão e Ruanda. Noventa e sete por cento dos inquéritos foram realizados após 2012 e 50 inquéritos são de 2016.

As estimativas mundiais e regionais do número de trabalhadores e trabalhadoras de cuidados apresentadas no Capítulo 4 referem-se ao ano de 2018. A metodologia utilizada é um método de censo com não-resposta. Na abordagem através do censo, o objetivo é encontrar dados para todos os países e desenvolver um tratamento explícito no caso de não-resposta total. O objetivo é recolher microdados de 189 países e territórios agrupados em cinco regiões separadas. Para permitir uma comparação mais fácil com as tendências regionais de emprego, os nossos agrupamentos regionais são compatíveis com os utilizados nos Modelos Económicos de Tendências da OIT.⁸

O primeiro passo para produzir estimativas para o ano de 2018 foi estimar o número de trabalhadores de cuidados no grupo $g = [1, 2, 3, 4]$ em cada país a partir da fonte de dados mais atualizada. Com base no pressuposto de que o emprego no trabalho de cuidados é proporcional às alterações no total do emprego, a proporção de trabalho de cuidados no total do emprego no grupo g , d_{gj} , é calculada como o rácio entre D_{gjt} , o número de trabalhadores de cuidados no grupo g no país j no ano disponível mais recente t e E_j , o total do emprego para o mesmo país e ano, conforme estimado a partir dos microdados ou fonte nacional oficial:

$$d_{gj} = \frac{D_{gjt}}{E_{jt}}$$

O rácio obtido na equação 1 é então usado para estimar o número de trabalhadores de cuidados no grupo g , $\hat{D}_{gjt}$, num dado país j para o ano de 2018, como o produto entre $\hat{d}_{gj}$, a percentagem de trabalhadores de cuidados no grupo g no país j sobre o total do emprego, e E_j o total da população empregada em 2018 a partir dos Modelos Econométricos de Tendências da OIT⁸.

$$\hat{D}_{gj} = \hat{d}_{gj} \cdot E_j \quad 2$$

O número obtido na equação 2 fornece uma estimativa sem enviesamento do número de trabalhadores de cuidados no grupo g no país j , se não tiver havido uma alteração sistemática na proporção dos trabalhadores de cuidados no grupo g no total do emprego entre o ano t , no qual os dados foram recolhidos, e 2018.

O rácio ψ_{gj} entre as mulheres trabalhadoras de cuidados no grupo g , Df_{gjt} , num dado país j , no período t , sobre o número do total de trabalhadores de cuidados no mesmo grupo, D_{gjt} , é usado para calcular o número total de trabalhadores de cuidados em cada grupo, desagregado por sexo. A estimativa não é enviesada se a mesma proporção de mulheres trabalhadoras de cuidados entre o total de trabalhadores de cuidados ψ_{gj} tiver permanecido constante desde a recolha dos dados:

$$\psi_{gj} = \frac{Df_{gjt}}{D_{gjt}} \quad 3$$

O resultado da equação 3 é então usado para estimar o número de mulheres trabalhadoras de cuidados em cada grupo para o ano de 2018, como:

$$\hat{D}f_{gj} = \hat{D}_{gj} \cdot \hat{\psi}_{gj} \quad 4$$

É então obtida uma estimativa do número de homens trabalhadores de cuidados em cada grupo para o ano de 2018 como a diferença entre o número total de trabalhadores de cuidados e o número de mulheres trabalhadoras de cuidados.

Para ajustar a não-resposta total (quando não estão disponíveis dados sobre o emprego dos trabalhadores de cuidados para um determinado país) foi usado um «quadro baseado no desenho da amostra» em que a não-resposta foi considerada um problema de amostragem. Devido ao facto de os países que não responderam poderem ter um número diferente de trabalhadores de cuidados dos países que responderam, a não-resposta pode introduzir um enviesamento nas estimativas finais. Uma abordagem padrão para reduzir o efeito adverso da não-resposta é a de calcular a propensão de resposta de diferentes países e, em seguida, proceder à ponderação dos dados para os países que respondem pelo inverso da sua propensão para a resposta. Isto implica que não sejam feitas imputações para países que não responderam.

Neste quadro, a probabilidade de que os dados foram recolhidos para o país j é φ_j . Assume-se que as probabilidades dos dados dos países serem recolhidos são indepen-

dentes entre si (desenho da amostra de Poisson). Com a probabilidade da resposta φ_j , é então possível, calcular o total Y para qualquer variável y_j :

$$Y = \sum_{j \in U} y_j \quad 5$$

pelo estimador

$$\hat{Y} = \sum_{j \in R} \frac{y_j}{\varphi_j} \quad 6$$

em que U é a população e R o conjunto de países que responderam. Este estimador é não enviesado se as hipóteses forem verdadeiras. No nosso caso, U constitui o universo de todos os países e territórios enumerados no Anexo A.6 e R representa os países «respondentes» para os quais conseguimos encontrar dados sobre o emprego dos trabalhadores de cuidados. A dificuldade é, contudo, que a propensão de um país φ_j , para a resposta é geralmente desconhecida e deve ser estimada. Muitos métodos estão disponíveis na literatura para estimar a propensão para a resposta⁹. No nosso caso, a propensão para a resposta foi estimada relacionando a resposta ou a não-resposta de um determinado país à sua população empregada e ao seu PIB por pessoa empregada.

A propensão para a resposta de um país φ_j é estimada com a seguinte regressão logística:

$$\text{prob}(\text{resposta}) = \Lambda(\alpha_r + \beta_1 \ln(Epop_{j2018}) + \beta_2 \ln(gdppc_{j2018})) \quad 7$$

Em que: α_r são variáveis mudas regionais (nomeadamente agrupamentos regionais da OIT: África, Américas, Ásia e Pacífico, Estados Árabes, Europa e Ásia Central); $\ln(Epop_{j2018})$ é o logaritmo natural do total da população empregada num país j no ano de 2018; e $\ln(gdppc_{j2018})$ é o logaritmo natural do PIB por pessoa empregada em termos de paridade de poder de compra (PPP) em 2011 no país j no ano de 2016. A regressão logística teve um universo de 189 países e produziu um pseudo R^2 de 0,213. O poder explicativo relativamente baixo da regressão pode parecer decepcionante no início. Contudo, é de facto um resultado bem-vindo, pois é uma evidência de que há apenas um fraco enviesamento na resposta sistemática (pelo menos no que respeita às diferenças no PIB por pessoa empregada, região e população empregada). Por outras palavras, a divisão dos países em «respondente» e «não respondente» é ligeiramente tendenciosa a favor de países com um número de empregados mais elevado e maior riqueza por pessoa empregada, o que deve melhorar a fiabilidade das estimativas mundiais e regionais.

Os parâmetros estimados são então usados para calcular a propensão de um país j , φ_j , para a resposta. O ponderador da resposta inicial para o país j pode então ser calculado como o inverso da propensão para a resposta φ_j :

$$\phi_j = \frac{1}{\varphi_j} \quad 8$$

Para garantir a consistência das estimativas com agregados conhecidos (de acordo com a classificação estabelecida pela OIT), a ponderação da resposta necessita de ser calibra-

da. Isto garante que as diferentes regiões são adequadamente representadas na estimativa mundial final, isto é, proporcionais à sua parte de emprego mundial¹⁰. Foi, consequentemente, usado o total do emprego em 2018 para fins de calibragem. Neste caso simples, os fatores de calibragem Y_j são dados por:

$$Y_j = \frac{E_r}{\hat{E}_r}, j \in r \quad 9$$

em que r representa a região à qual o país j pertence E_r é o total do emprego na região r para todos os países; e $\hat{E}_r$ é o total do emprego na região r obtido através da multiplicação do número de emprego dos países respondentes com os ponderadores não calibrados dados na equação 8.

Os fatores de calibragem resultantes para o ano de 2018 foram: 0,98 (África), 0,91 (Américas), 0,93 (Estados Árabes), 0,93 (Ásia e Pacífico), 1,08 (Europa e Ásia Central). Dado que os fatores de calibragem são ou iguais ou estão muito perto de 1, estes resultados mostram que as estimativas $\hat{E}_r$ estavam já muito perto do número conhecido de trabalhadores de cuidados em cada região.

Na etapa final, os ponderadores das respostas obtidos na equação 8 são multiplicados pelos fatores de calibragem obtidos na equação 9 para obter os ponderadores das respostas calibradas:

$$\phi'_j = \phi_j \cdot Y_j \quad 10$$

Os ponderadores das respostas calibradas na equação 10 ajustam as diferenças das não-respostas entre as regiões. Os ponderadores das respostas calibradas estão próximos a 1 nas regiões onde os dados sobre o emprego dos trabalhadores de cuidados estão disponíveis para a maioria dos países; são superiores a 1 para os países pequenos e países com PIB baixo por pessoa empregada, uma vez que estes estão sub-representados entre os países respondentes.

Com base nos dados recolhidos e nos ponderadores das respostas estimados na equação 10, é simples estimar o número de pessoas empregadas como trabalhadores de cuidados no grupo g em cada região e no mundo (universo R : mundo e regiões, onde cada elemento é r):

$$\hat{D}_{gr} = \sum_{j \in R} \hat{D}_{gj} \cdot \phi'_j \quad 11$$

A estimativa da mão-de-obra de cuidados total é igual à soma dos níveis regional e mundial das estimativas para os grupos 1, 2, 3 e 4.

Quadro A.4.1. Estimativas mundiais e regionais da mão-de-obra dedicada à prestação de cuidados, por região e sexo (em milhares), 2018

Total	Trabalhadores/as de cuidados Empregado/as em setores de cuidados	Trabalhadores/as domésticos/as (Empregado/a por famílias)	Trabalhadores/as de cuidados Empregado/a em setores não relacionados com cuidados	Trabalhadores/as não relacionados com prestação de cuidados Empregado/a em setores de cuidados	Total de trabalhadores/as de prestação de cuidados
Mundo	215 394	70 146	23 497	71 990	381 028
África	17 041	11 693	1 588	4 568	34 891
Américas	47 842	16 503	5 979	20 441	90 766
Ásia e Pacífico	92 844	36 041	9 441	28 228	166 554
Estados Árabes	3 978	3 028	461	1 190	8 657
Europa e da Ásia Central	53 690	2 881	6 026	17 563	80 160

Mulheres	Trabalhadores/as de cuidados Empregado/as em setores de cuidados	Trabalhadores/as domésticos/as (Empregado/a por famílias)	Trabalhadores/as de cuidados Empregado/a em setores não relacionados com cuidados	Trabalhadores/as não relacionados com prestação de cuidados Empregado/a em setores de cuidados	Total de trabalhadores/as de prestação de cuidados
Mundo	142 819	49 251	13 806	43 017	248 893
África	8 668	9 393	640	2 218	20 919
Américas	36 232	15 195	3 914	13 831	69 171
Ásia e Pacífico	53 639	20 469	4 898	14 326	93 332
Estados Árabes	1 917	1 638	142	391	4 088
Europa e da Ásia Central	42 364	2 555	4 212	12 252	61 383

Homens	Trabalhadores/as de cuidados Empregado/as em setores de cuidados	Trabalhadores/as domésticos/as (Empregado/a por famílias)	Trabalhadores/as de cuidados Empregado/a em setores não relacionados com cuidados	Trabalhadores/as não relacionados com prestação de cuidados Empregado/a em setores de cuidados	Total de trabalhadores/as de prestação de cuidados
Mundo	72 575	20 896	9 691	28 973	132 135
África	8 373	2 300	948	2 350	13 972
Américas	11 610	1 309	2 066	6 611	21 595
Ásia e Pacífico	39 205	15 572	4 544	13 902	73 223
Estados Árabes	2 061	1 390	319	799	4 568
Europa e da Ásia Central	11 326	326	1 814	5 311	18 777

Nota: Ver anexo A.4, Quadro A.4.2 para dados nacionais e anexo A.7, Quadro A.7.1 para o ano do inquérito.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

A.4.3. Análise de grupo

A análise de grupo é um método conveniente para identificar grupos homogêneos de elementos, no nosso caso, países.

O objetivo da análise de grupo apresentada no Capítulo 4 é detetar as semelhanças estruturais nos níveis e na composição da mão-de-obra de cuidados na amostra dos países sob análise. As variáveis de agrupamento, que irão determinar o perfil de cuidados de cada país, são: trabalhadores de cuidados na educação ($g1edu$) – percentagem do total de empregados; trabalhadores das atividades de cuidados em saúde e ação social ($g1hsw$) – percentagem do total de empregados; trabalhadores domésticos (empregados por famílias) ($g2$) – percentagem do total de empregados; trabalhadores de cuidados em setores não relacionados com cuidados ($g3$) – percentagem do total de empregados; trabalhadores não relacionados com cuidados em setores de cuidados ($g4$) – percentagem do total de empregados (ver Quadro A.4.2). Uma vez que as variáveis de agrupamento têm todas as mesmas métricas e intervalos (percentagens, (0,100)) não foi aplicada nenhuma normalização adicional.

O método utilizado no Capítulo 4 é o agrupamento hierárquico ascendente: os grupos são formados consecutivamente a partir de elementos individuais. Como ponto de partida, cada país representa um grupo individual e, depois, estes grupos são fundidos de acordo com as suas semelhanças. Este procedimento é repetido até que os 99 países analisados constituam um único grupo¹¹.

Isto permite que seja determinada uma hierarquia de grupos de baixo para cima, como mostrado num dendrograma na Figura A.4.2. A semelhança entre as variáveis de agrupamento é medida com a distância euclidiana, que é a usual linha reta entre dois objetos, expressa como a raiz quadrada da soma das diferenças quadráticas entre os valores das variáveis de agrupamento. A distância euclidiana entre o país c_i e o país c_j é:

$$d_{euclidienne}(c_i, c_j) = \sqrt{(g1edu_i - g1edu_j)^2 + (g1hsw_i - g1hsw_j)^2 + (g2_i - g2_j)^2 + (g3_i - g3_j)^2 + (g4_i - g4_j)^2}$$

Da mesma forma, as diferenças entre todos os pares de países são calculadas e armazenadas numa matriz de distância, uma matriz simétrica na qual os elementos não diagonais expressam as distâncias entre os pares de objetos e os elementos diagonais são zero. Para ver um exemplo, ver Figura A.4.1.a. O elemento da matriz de distância que tiver a distância menor, forma o primeiro grupo. No exemplo na Figura A.4.1.a, é o grupo CE.

Depois de escolher o método da distância, é necessário escolher um algoritmo de agrupamento. Há vários procedimentos de aglomeração, que se distinguem pela forma como é definida a distância de um grupo recém-formado a um determinado objeto. No exemplo da Figura A.4.1, o algoritmo de agrupamento determinará como calcular a distância entre CE e outros elementos. Uma vez que as variáveis de agrupamento não apresentam valores aberrantes (ver o Quadro A.4.2), o método de agrupamento utilizado é a ligação completa (vizinho mais distante), que assume que a distância entre dois grupos é baseada na maior distância entre quaisquer dois membros nos dois grupos. Na Figura A.4.1.a, é utilizada uma ligação completa; a distância entre CE e qualquer outro elemento é a distância máxima entre este elemento e C e este elemento e E. Por exemplo, na Figura

A.4.1.a, a distância entre os elementos A e C é 3 e a distância entre os elementos A e E é 11. De acordo com o método de ligação completa, a distância entre A e CE é 11 (ver Figura A.4.1.b); continuando desta maneira, agrupa-se cada elemento.

Figura A.4.1. Exemplo de análise de grupo completa

a. Matriz de distância antes da criação do primeiro grupo						b. Matriz de distância depois da criação do primeiro grupo				
	A	B	C	D	E		CE	A	B	D
A	0					CE	0			
B	9	0				A	11	0		
C	3	7	0			B	10	9	0	
D	6	5	9	0		D	9	6	5	0
E	11	10	1	8	0					

Fonte: Elaboração do autor.

A forma mais comum de visualizar o resultado de uma análise de agrupamento hierárquico é desenhar um dendrograma (Figura A.4.2), que apresenta o nível de distância na qual os países se agrupam. O dendrograma é lido da esquerda para a direita; as linhas verticais apresentam a distância na qual os países foram agrupados.¹³ O agrupamento hierárquico não indica o número de grupos ou a que distância cortar o dendrograma, porém, com base na visualização do dendrograma, foram identificados quatro grupos (e subgrupos) e denominados de acordo com:

1. Níveis muito elevados de emprego em setores de cuidados;
2. Níveis elevados de emprego em setores de atividades dos cuidados, compreendendo dois subgrupos (Níveis elevados de emprego em setores de atividades dos cuidados com uma proporção muito baixa de trabalhadores domésticos e Níveis médios a elevados de emprego em setores de cuidados com uma proporção baixa mas significativa de trabalhadores domésticos);
3. Dependência de trabalhadores domésticos, compreendendo três subgrupos (Níveis médios a elevados de emprego em setores de cuidados com uma proporção muito elevada de trabalhadores domésticos; Níveis médios a elevados de emprego em setores de cuidados com uma proporção elevada de trabalhadores domésticos; e Níveis baixos de emprego em setores de cuidados com uma proporção elevada de trabalhadores domésticos); e
4. Níveis médios a baixos de emprego em setores de cuidados, compreendendo dois subgrupos (Níveis médios de emprego em setores de cuidados com uma proporção muito baixa de trabalhadores domésticos; Níveis baixos de emprego associado à prestação de cuidados).

Quadro A.4.2. Proporção de trabalhadores/as de prestação de cuidados em proporção do total de empregado/as (percentagens), último ano disponível

Grupo	País	Trabalhadores/as de cuidados da educação	Trabalhadores/as de cuidados na saúde e ação social	Trabalhadores/as domésticos/as (Empregado/as por famílias)	Trabalhadores/as de cuidados em setores não relacionados com cuidados	Trabalhadores/as não relacionados/as com cuidados em setores de cuidados
1	Dinamarca	7,1	14,8	0,0	1,2	4,9
1	Finlândia	5,8	14,7	0,4	1,6	3,9
1	Holanda	5,0	12,0	0,0	1,6	5,3
1	Noruega	7,7	18,8	0,0	1,3	3,4
1	Suécia	9,6	13,9	0,0	1,6	3,9
2.1	Austrália	7,0	10,9	0,1	1,3	5,7
2.1	Áustria	5,7	8,0	0,2	2,0	3,7
2.1	Bélgica	7,7	10,2	0,1	1,6	6,4
2.1	Canadá	4,9	9,3	0,7	1,0	5,3
2.1	França	5,6	9,6	1,1	2,0	7,0
2.1	Alemanha	5,4	10,1	0,5	1,7	4,2
2.1	Islândia	11,5	9,0	0,0	1,6	3,8
2.1	Irlanda	5,9	9,6	0,3	1,2	4,9
2.1	Japão	3,5	9,0	0,0	0,6	4,8
2.1	Luxemburgo	6,4	7,5	1,3	1,0	4,0
2.1	Malta	7,9	7,1	0,2	1,0	4,6
2.1	Suíça	5,6	10,0	1,0	2,	5,6
2.1	Reino Unido	7,7	10,0	0,2	1,7	6,5
2.1	Estados Unidos da América	6,0	9,8	0,5	2,1	6,9
2.2	Croácia	5,7	5,4	0,1	0,9	3,2
2.2	República Checa	4,9	5,5	0,0	1,4	3,4
2.2	Estónia	7,1	5,1	0,0	1,2	3,3
2.2	Grécia	7,0	4,5	1,1	1,1	2,7
2.2	Hungria	5,6	4,9	0,1	1,1	3,5
2.2	Itália	5,3	6,5	3,3	2,7	3,2
2.2	República da Coreia	5,4	5,2	0,3	1,5	3,5
2.2	Letónia	6,8	4,2	0,1	1,0	4,6
2.2	Lituânia	7,1	5,4	0,0	1,2	4,8

Grupo	País	Trabalhadores/ as de cuidados da educação	Trabalhadores/ as de cuidados na saúde e ação social	Trabalhadores/ as domésticos/as (Empregado/as por famílias)	Trabalhadores/ as de cuidados em setores não relacionados com cuidados	Trabalhadores/ as não rela- cionados/as com cuidados em setores de cuidados
2.2	Polónia	5,3	4,6	0,2	1,1	3,6
2.2	Portugal	6,3	7,1	2,4	1,2	4,8
2.2	Federação Russa	6,8	5,6	0,0	0,9	4,6
2.2	Eslováquia	5,1	6,1	0,0	1,1	3,3
2.2	Eslovénia	6,9	5,6	0,0	1,2	3,9
2.2	Espanha	5,6	6,5	3,4	2,2	3,1
3.1	Kuwait	5,1	2,4	14,2	2,0	2,1
3.1	Arábia Saudita	8,8	2,8	12,5	0,9	4,4
3.2	Argentina	5,9	4,3	7,6	2,1	4,0
3.2	Brasil	4,7	3,2	6,9	1,3	3,6
3.2	Brunei	7,5	2,4	5,6	2,3	3,6
3.2	Chipre	6,6	4,0	3,5	1,4	2,7
3.2	Jordânia	8,2	3,0	3,4	0,8	3,5
3.2	África do Sul	3,5	4,2	8,2	0,4	4,7
3.2	Uruguai	4,6	5,2	6,9	0,7	4,7
3.2	Venezuela	5,6	2,2	3,9	0,6	4,6
3.3	Angola	4,0	1,4	1,8	0,3	1,1
3.3	Botsuana	3,8	1,4	5,5	2,3	2,5
3.3	China	3,3	1,9	3,3	0,5	1,8
3.3	República Dominicana	3,4	2,0	5,6	0,6	3,3
3.3	Equador	3,8	1,9	2,6	0,4	1,3
3.3	Etiópia	1,5	0,5	7,3	0,2	0,2
3.3	Guatemala	3,7	1,2	3,9	0,5	1,2
3.3	Honduras	3,0	1,0	4,1	0,8	1,4
3.3	Indonésia	4,1	0,8	2,3	0,2	1,2
3.3	México	3,5	2,1	4,6	0,5	2,3
3.3	Namíbia	4,6	1,9	6,4	0,6	2,5
3.3	Nicarágua	3,5	1,3	4,4	0,5	1,4
3.3	Panamá	4,1	2,8	4,5	0,6	2,6
3.3	Perú	4,5	2,6	3,6	0,3	2,3

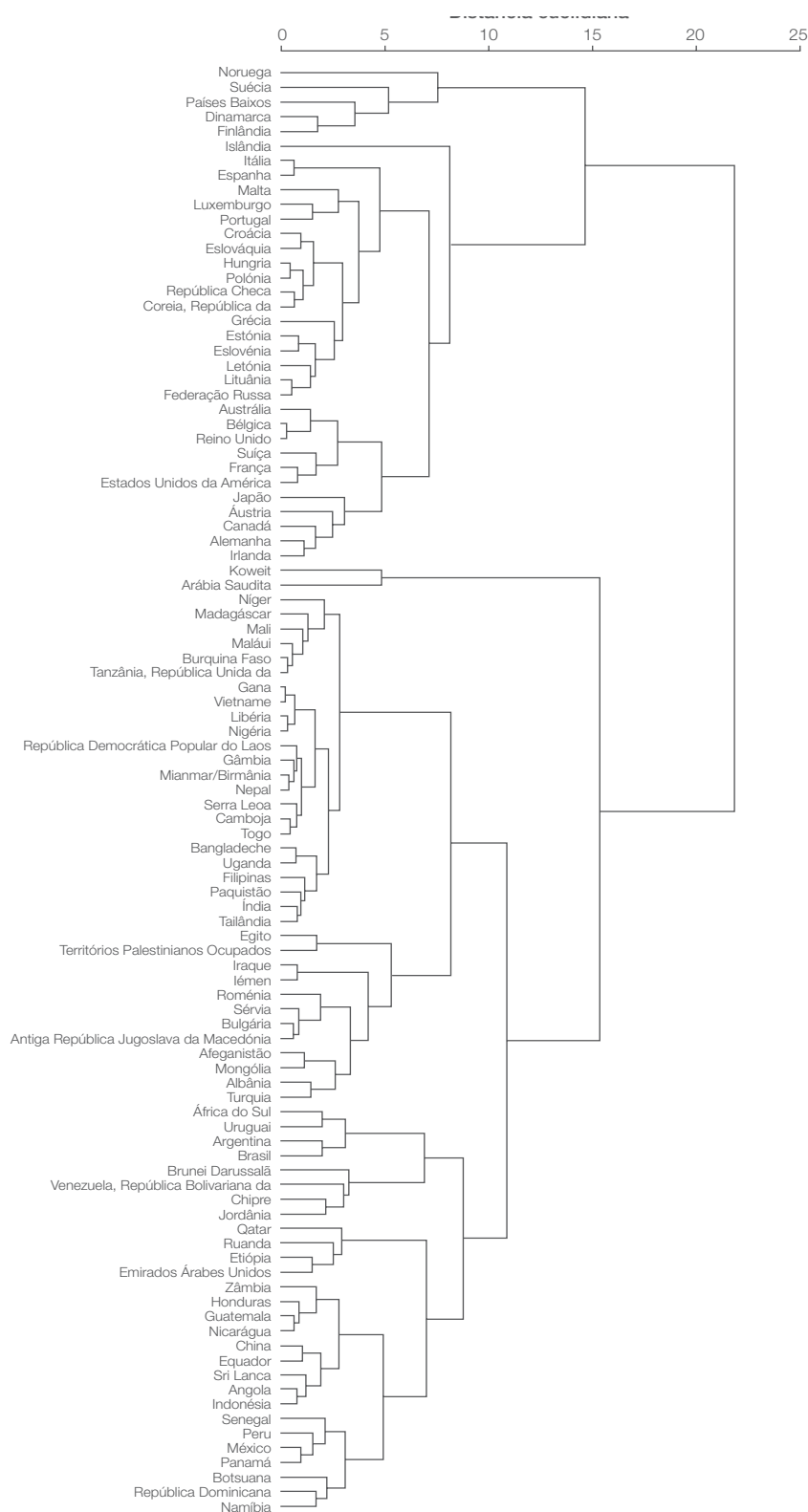
Grupo	País	Trabalhadores/ as de cuidados da educação	Trabalhadores/ as de cuidados na saúde e ação social	Trabalhadores/ as domésticos/as (Empregado/as por famílias)	Trabalhadores/ as de cuidados em setores não relacionados com cuidados	Trabalhadores/ as não rela- cionados/as com cuidados em setores de cuidados
3.3	Catar	1,9	1,1	8,5	0,1	1,0
3.3	Ruanda	2,0	2,1	5,8	0,5	1,2
3.3	Senegal	3,5	1,0	4,3	0,3	2,9
3.3	Sri Lanca	3,5	1,1	2,1	1,1	0,9
3.3	Emirados Árabes Unidos	1,3	0,7	6,0	0,1	0,8
3.3	Zâmbia	2,3	0,7	3,9	0,1	0,7
4.1	Afeganistão	4,9	1,9	0,1	0,2	2,8
4.1	Albânia	4,9	2,4	0,3	0,8	1,2
4.1	Bulgária	4,5	4,4	0,2	0,9	2,3
4.1	Egito	7,1	1,9	1,0	0,9	3,1
4.1	Iraque	5,0	1,2	0,1	1,1	1,4
4.1	Mongólia	5,1	2,3	0,1	0,6	3,7
4.1	Territórios Palestinianos Ocupados	8,1	2,7	0,0	0,7	3,3
4.1	Roménia	3,3	4,0	0,6	0,8	1,6
4.1	Sérvia	4,5	4,4	0,6	0,8	3,0
4.1	Antiga República Jugoslava da Macedónia	4,6	4,1	0,1	1,1	2,7
4.1	Turquia	4,8	3,4	0,6	1,0	2,1
4.1	Iémen	5,1	1,0	0,4	1,2	0,7
4.2	Bangladeche	3,0	0,9	2,0	0,2	0,6
4.2	Burkina Faso	1,5	0,5	0,9	0,1	0,6
4.2	Camboja	2,3	0,8	0,6	0,2	0,3
4.2	Gâmbia	2,3	0,6	0,0	0,1	0,6
4.2	Gana	3,2	0,8	0,4	0,2	0,7
4.2	Índia	2,6	0,7	0,9	0,5	0,9
4.2	Laos	2,1	0,4	0,1	0,7	0,3
4.2	Libéria	3,3	1,1	0,1	0,4	0,8
4.2	Madagáscar	1,6	0,4	2,1	0,1	0,4
4.2	Malawi	1,6	0,8	1,2	0,1	0,9

Grupo	País	Trabalhadores/as de cuidados da educação	Trabalhadores/as de cuidados na saúde e ação social	Trabalhadores/as domésticos/as (Empregado/as por famílias)	Trabalhadores/as de cuidados em setores não relacionados com cuidados	Trabalhadores/as não relacionados/as com cuidados em setores de cuidados
4.2	Mali	1,7	0,4	0,8	0,3	0,1
4.2	Mianmar	2,0	0,3	0,2	0,3	0,3
4.2	Nepal	2,1	0,4	0,3	0,1	0,5
4.2	Níger	0,9	0,4	0,2	0,6	0,3
4.2	Nigéria	3,3	1,1	0,1	0,6	0,6
4.2	Paquistão	3,2	1,0	1,0	0,2	1,1
4.2	Filipinas	2,5	0,9	1,4	1,0	1,0
4.2	Serra Leoa	2,4	0,8	0,2	0,1	0,0
4.2	Tanzânia	1,6	0,6	1,1	0,1	0,6
4.2	Tailândia	2,4	1,3	0,6	0,4	1,2
4.2	Togo	2,1	0,6	0,8	0,1	0,4
4.2	Uganda	2,8	0,8	1,3	0,1	0,6
4.2	Vietname	3,0	0,8	0,4	0,2	0,7

Nota: ver anexo A.7, Quadro A.7.1 para o ano do inquérito. Estimativas para o Iraque referem-se apenas ao salário e a trabalhadores/as por conta de outrem.

Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

Figura A.4.2. Dendrograma da análise tipológica



Nota: Análise de grupo dendrograma completa utilizando a distância euclidiana: cinco indicadores: trabalhadores de cuidados na educação; trabalhadores de cuidados na saúde e ação social; trabalhadores domésticos (empregados por famílias); trabalhadores de cuidados em setores não relacionados com cuidados; trabalhadores não relacionados com cuidados em setores de cuidados

Fonte: Cálculos da OIT baseados em inquéritos à população ativa e aos agregados familiares (microdados).

A.5. CRIAÇÃO DE EMPREGO: ESTIMATIVAS NACIONAIS DAS ENTRADAS E SAÍDAS

Quadro A.5.1. Custos do alargamento dos serviços de cuidados baseados nos países num cenário *status quo* (SQ) e num cenário ótimo

País	Educação SQ		Educação HR		Receitas fiscais como parte das despesas (%) em ambos os cenários	Saúde e trabalho social SQ		Saúde e trabalho social HR		Receitas fiscais como parte das despesas (%) em ambos os cenários	Total SQ		Total SO		Receitas fiscais como parte das despesas (%) em ambos os cenários
	Custo (despesas necessárias em milhões US\$, PIB em 2030 em %)	Custo em proporção do PIB em 2030 (%)	Custo (despesas necessárias em milhões US\$, PIB em 2030 em %)	Custo em proporção do PIB em 2030 (%)		Custo (despesas necessárias em milhões US\$, preços de 2015)	Custo em proporção do PIB em 2030 (%)	Custo (despesas necessárias em milhões US\$, preços de 2015)	Custo em proporção do PIB em 2030 (%)		Custo (gastos necessários em milhões US\$, preços de 2015)	Custo em proporção do PIB em 2030 (%)	Custo (despesas necessárias em milhões US\$, preços de 2015)	Custo em proporção do PIB em 2030 (%)	
Alemanha	178 000	4,3	217 000	5,3	18,8	790 000	19,1	872 600	21,1	19,2	968 000	23,4	1 089 600	26,4	19,2
Argentina	29 800	3,4	38 400	4,4	14,0	34 994	4,0	46 210	5,3	17,3	64 794	7,4	84 610	9,7	15,8
Austrália	88 000	4,4	107 000	5,3	16,9	200 240	10,0	260 320	13,0	16,2	288 240	14,4	367 320	18,3	16,4
Áustria	22 500	4,8	27 700	5,9	26,7	91 170	19,3	93 500	19,8	30,3	113 670	24,1	121 200	25,7	29,6
Bélgica	31 200	5,5	34 300	6,0	20,0	68 400	12,0	83 600	14,7	24,7	99 600	17,5	117 900	20,7	23,2
Brasil	129 000	5,7	168 000	7,5	18,1	275 120	12,2	296 100	13,1	22,3	404 120	17,9	464 100	20,6	21,0
Brunéi Dar.	525	2,0	624	2,4	0,0	655	2,5	777	3,0	0,0	1 180	4,5	1 401	5,3	0,0
Bulgária	2 410	3,2	3 420	4,6	13,9	5 656	7,5	6 294	8,4	16,3	8 066	10,7	9 714	12,9	15,6
Canadá	90 000	4,4	107 000	5,2	11,7	250 500	12,2	280 100	13,7	12,4	340 500	16,6	387 100	18,9	12,2
China	366 000	1,4	407 000	1,5	9,9	928 380	3,5	1 165 000	4,4	12,7	1 294 380	4,8	1 572 000	5,9	11,9
Chipre	2 420	8,7	2 800	10,1	24,9	2 802	10,1	3 245	11,7	26,3	5 222	18,8	6 045	21,8	25,6
Dinamarca	25 400	6,4	30 100	7,6	26,6	54 100	13,7	66 300	16,8	26,7	79 500	20,2	96 400	24,5	26,6
Eslováquia	4 360	3,0	5 440	3,7	23,1	5 790	4,0	5 810	4,0	24,2	10 150	7,0	11 250	7,8	23,7
Eslovénia	2 640	4,5	3 160	5,4	24,2	5 493	9,4	5 653	9,7	24,6	8 133	13,9	8 813	15,1	24,5
Espanha	57 700	3,6	68 800	4,3	9,7	188 600	11,8	213 500	13,3	11,4	246 300	15,4	282 300	17,6	11,0
Estónia	1 210	3,4	1 660	4,7	1,4	1 979	5,6	2 988	8,5	1,4	3 189	9,0	4 648	13,2	1,4
Estados Unidos da América	1 110 000	4,7	1 520 000	6,5	16,3	5 398 000	23,0	6 320 000	26,9	16,7	6 508 000	27,7	7 840 000	33,4	16,7
Federação Russa	82 900	4,9	108 000	6,4	18,8	267 300	15,9	274 200	16,3	20,4	350 200	20,8	382 200	22,7	20,0
Filipinas	41 900	5,3	82 500	10,5	11,4	68 733	8,8	71 150	9,1	12,3	110 633	14,1	153 650	19,6	12,0

País	Educação SQ		Educação HR		Saúde e trabalho social SQ		Saúde e trabalho social HR		Total SQ		Total SO		Recitas fiscais como parte das despesas (%) em ambos os cenários
	Custo (despesas necessárias em milhões US\$, preços de 2015)	Custo em proporção do PIB em 2030 (%)	Custo (despesas necessárias em milhões US\$, preços de 2015)	Custo em proporção do PIB em 2030 (%)	Custo (despesas necessárias em milhões US\$, preços de 2015)	Custo em proporção do PIB em 2030 (%)	Custo (despesas necessárias em milhões US\$, preços de 2015)	Custo em proporção do PIB em 2030 (%)	Custo (gastos necessários em milhões US\$, preços de 2015)	Custo em proporção do PIB em 2030 (%)	Custo (despesas necessárias em milhões US\$, preços de 2015)	Custo em proporção do PIB em 2030 (%)	
Finlândia	15 000	5,0	18 100	6,1	27 890	9,3	28 380	9,5	42 890	14,3	46 480	15,6	24,1
França	160 000	5,1	175 000	5,5	458 100	14,5	545 700	17,2	618 100	19,5	720 700	22,8	28,6
Grécia	11 600	4,9	14 600	6,2	29 210	12,4	37 740	16,0	40 810	17,3	52 340	22,2	35,7
Holanda	41 300	4,1	53 200	5,3	175 100	17,4	194 800	19,3	216 400	21,5	248 000	24,6	39,5
Hungria	5 220	3,0	6 570	3,8	11 811	6,8	11 821	6,8	17 031	9,8	18 391	10,6	22,4
Índia	80 600	1,2	367 000	5,5	155 287	2,3	204 400	3,1	235 887	3,6	571 400	8,6	9,0
Indonésia	44 000	2,3	142 000	7,5	30 714	1,6	95 640	5,0	74 714	3,9	237 640	12,5	11,2
Irlanda	11 900	2,7	13 300	3,0	72 000	16,1	83 500	18,6	83 900	18,7	96 800	21,6	15,9
Itália	91 200	4,4	105 000	5,0	248 800	11,9	317 600	15,2	340 000	16,3	422 600	20,2	27,0
Japão	229 000	4,7	257 000	5,3	601 400	12,4	949 000	19,5	830 400	17,1	1 206 000	24,8	10,1
Letónia	1 510	3,5	1 570	3,7	2 020	4,7	2 456	5,7	3 530	8,3	4 026	9,4	26,9
Lituânia	1 960	3,0	2 410	3,7	3 285	5,0	3 822	5,9	5 245	8,1	6 232	9,6	6,4
Luxemburgo	2 740	2,9	3 160	3,4	—	0,0	—	0,0	2 740	2,9	3 160	3,4	16,2
Malta	677	3,9	806	4,6	1 211	6,9	1 422	8,1	1 888	10,8	2 228	12,7	21,9
México	66 400	4,0	96 400	5,7	144 900	8,6	146 900	8,7	211 300	12,6	243 300	14,5	13,7
Perú	9 910	3,0	13 700	4,2	15 797	4,8	23 370	7,1	25 707	7,8	37 070	11,3	14,7
Polónia	25 300	3,5	29 500	4,1	32 340	4,5	51 800	7,2	57 640	8,0	81 300	11,3	20,1
Portugal	9 740	4,0	11 000	4,5	24 020	9,8	28 580	11,6	33 760	13,8	39 580	16,1	27,9
Reino Unido	170 000	4,6	197 000	5,4	391 300	10,6	397 000	10,8	561 300	15,3	594 000	16,2	29,9
República Checa	9 280	3,5	11 300	4,3	25 560	9,6	30 490	11,5	34 840	13,1	41 790	15,8	14,5
República da Coreia	82 800	3,9	95 300	4,5	151 500	7,1	165 700	7,8	234 300	11,0	261 000	12,3	14,5
Roménia	4 610	1,5	6 360	2,1	11 248	3,7	13 800	4,5	15 858	5,2	20 160	6,6	22,7

País	Educação SQ		Educação HR		Receitas fiscais como parte das despesas (%) em ambos os cenários	Saúde e trabalho social SQ		Saúde e trabalho social HR		Receitas fiscais como parte das despesas (%) em ambos os cenários	Total SQ		Total SO		Receitas fiscais como parte das despesas (%) em ambos os cenários
	Custo (des- pesas neces- sárias em milhões US\$, preços de 2015)	Custo em proporção do PIB em 2030 (%)	Custo (des- pesas neces- sárias em milhões US\$, preços de 2015)	Custo em proporção do PIB em 2030 (%)		Custo (des- pesas neces- sárias em milhões US\$, preços de 2015)	Custo em proporção do PIB em 2030 (%)	Custo (des- pesas neces- sárias em milhões US\$, preços de 2015)	Custo em proporção do PIB em 2030 (%)		Custo (gastos necessários em milhões US\$, preços de 2015)	Custo em proporção do PIB em 2030 (%)	Custo (des- pesas neces- sárias em milhões US\$, preços de 2015)	Custo em proporção do PIB em 2030 (%)	
Suécia	44 400	6,7	46 200	6,9	22,8	111 000	16,7	137 800	20,7	20,8	155 400	23,3	184 000	27,6	21,4
Tunísia	3 070	4,1	5 370	7,1	18,1	7 099	9,4	7 616	10,1	21,0	10 169	13,5	12 986	17,2	20,1
Turquia	43 800	3,0	61 600	4,2	21,6	85 286	5,8	99 100	6,7	28,4	129 086	8,8	160 700	10,9	26,1
Vietname	17 400	3,6	45 400	9,5	11,6	36 838	7,7	44 310	9,3	10,4	54 238	11,4	89 710	18,8	10,8
Total	3 449 382	3,4	4 711 750	4,69	15,8	11 491 627	11,4	13 690 094	13,6	17,9	14 941 009	14,9	18 401 844	18,3	17,4

Fonte: Ilkkaracan e Kim, a publicar.

Quadro A.5.2. Criação de emprego direto na saúde, cuidados continuados e educação em 2030 e criação de emprego suplementar na saúde e ação social e na educação em 2030, como resultado do investimento em serviços de cuidados, por país (empregos, em milhares)

País	Saúde SQ	Saúde HR	Cuidados continuados SQ	Cuidados continuados HR	Educação SQ	Educação HR	Saúde e ação social SQ expandido	Saúde e ação social HR expandido	Educação SQ expandido	Educação HR expandido
Alemanha	2 382,1	2 649,6	1 102,6	1 102,6	1 749,3	2 346,9	6 072,4	6 339,8	2 439,0	3 036,5
Argentina	720,4	806,4	15,9	279,6	1 079,3	1 449,2	1 104,4	1 454,0	1 260,6	1 569,4
Austrália	767,7	998,1	346,1	346,1	522,6	636,0	2 094,6	2 325,0	1 019,9	1 133,3
Áustria	240,6	240,6	90,8	108,3	190,8	286,1	540,3	557,8	246,4	341,8
Bélgica	425,5	528,3	90,1	103,3	277,9	333,1	620,3	736,2	466,5	521,7
Brasil	5 009,6	5 009,6	75,5	1 325,2	4 206,8	5 564,0	5 801,5	7 051,3	6 238,0	7 595,2
Brunei	9,8	9,8	0,1	2,2	13,0	16,8	8,0	10,0	18,4	22,2
Bulgária	133,0	133,0	15,7	65,5	129,4	177,7	178,1	227,9	195,8	244,1
Canadá	771,8	872,4	388,8	388,8	789,8	944,7	2 546,6	2 647,3	1 315,0	1 394,4
China	15 833,0	17 305,2	606,7	10 700,0	21 051,5	26 091,7	25 440,1	37 005,6	27 591,7	32 631,9
Chipre	22,4	22,4	0,6	10,1	25,6	32,9	37,0	46,5	53,7	60,9
Dinamarca	206,0	261,7	119,3	119,3	171,5	233,3	507,7	563,4	243,5	305,3
Eslováquia	60,0	60,0	15,7	15,7	107,2	133,1	154,7	154,7	163,5	189,5
Eslovénia	38,1	38,1	30,0	30,0	50,3	61,1	72,4	72,4	88,5	99,2
Espanha	1 194,8	1 335,5	506,2	514,3	792,1	1 051,8	1 833,7	1 982,5	1 150,2	1 409,9
Estónia	24,6	36,3	15,4	24,6	42,9	49,1	40,5	61,5	67,0	70,6
Estados Unidos da América	8 669,6	9 281,9	8 447,9	16 100,0	9 664,8	13 114,5	26 191,6	34 456,0	15 987,8	19 437,5
Federação Russa	3 914,6	3 914,6	764,3	1 177,0	3 610,7	4 580,9	6 862,5	7 275,3	7 508,9	8 479,1
Filipinas	1 635,7	1 644,6	6,9	365,8	1 457,1	2 555,1	1 700,3	2 068,1	822,5	1 871,9
Finlândia	105,4	107,3	59,4	59,4	129,0	161,8	407,1	409,0	205,0	237,8
França	2 166,8	2 559,3	595,4	703,2	1 191,2	1 489,7	4 299,9	4 800,2	1 969,7	2 268,2

País	Saúde SQ	Saúde HR	Cuidados continuados SQ	Cuidados continuados HR	Educação SQ	Educação HR	Saúde e ação social SQ expandido	Saúde e ação social HR expandido	Educação SQ expandido	Educação HR expandido
Grécia	239,7	284,1	6,8	118,8	203,7	259,6	264,1	420,6	315,5	371,4
Holanda	414,6	466,0	367,6	367,6	378,2	488,9	1 832,9	1 884,3	549,7	660,4
Hungria	194,8	194,8	49,5	49,5	205,6	267,7	284,7	284,7	333,9	396,1
Índia	12 925,8	15 768,6	104,4	5 547,0	13 365,6	29 057,9	10 353,4	18 638,8	21 344,9	37 037,2
Indonésia	1 024,4	2 966,2	19,9	1 059,3	6 587,2	10 452,7	1 691,3	4 672,5	7 728,1	11 593,7
Irlanda	153,8	194,3	92,7	92,7	104,4	130,8	353,2	393,7	130,5	156,9
Itália	1 162,3	1 463,6	581,2	718,2	1 051,6	1 236,8	1 900,3	2 338,6	1 394,1	1 579,4
Japão	3 842,1	3 842,1	2 227,8	3 073,1	3 101,6	3 836,8	6 309,8	7 155,1	2 965,4	3 700,6
Letónia	30,2	30,2	4,8	18,0	54,6	66,4	49,0	62,2	92,1	104,0
Lituânia	53,7	53,7	6,8	27,4	105,2	120,5	90,8	111,3	145,1	160,5
Luxemburgo	–	–	–	–	18,3	23,0	32,9	32,9	23,6	28,4
Malta	9,9	9,9	0,3	4,7	11,5	14,7	18,8	23,2	17,9	21,1
México	1 483,4	1 502,6	2 355,4	2 355,4	2 717,8	4 397,3	3 984,0	4 003,2	3 317,6	4 997,1
Perú	222,1	304,3	9,3	163,4	738,4	989,3	613,0	849,2	922,9	1 149,7
Polónia	476,0	560,4	85,7	367,5	888,4	1 103,2	944,3	1 310,4	1 333,1	1 548,0
Portugal	201,5	231,6	60,0	102,4	183,9	240,0	186,5	258,9	313,2	369,3
Reino Unido	1 654,1	1 660,9	823,6	823,6	1 256,5	1 620,4	4 505,0	4 511,8	3 458,0	3 822,0
Rep. Checa	253,4	306,4	128,5	128,5	194,8	223,9	428,1	481,1	350,4	379,5
República da Coreia	960,6	960,6	416,5	669,4	1 079,4	1 352,3	1 610,7	1 863,6	2 351,0	2 623,9
Roménia	302,3	302,3	3,2	167,8	299,0	409,7	396,5	561,1	356,7	467,4
Suécia	296,2	374,8	294,1	294,1	359,0	399,0	857,4	936,0	680,2	720,1
Tunísia	191,9	191,9	1,3	69,1	289,1	392,6	193,2	261,0	289,1	392,6
Turquia	947,7	1 005,8	26,4	462,9	1 488,8	2 882,9	1 392,5	1 887,0	1 850,3	3 244,4

País	Saúde SQ	Saúde HR	Cuidados continuados SQ	Cuidados continuados HR	Educação SQ	Educação HR	Saúde e ação social SQ expandido	Saúde e ação social HR expandido	Educação SQ expandido	Educação HR expandido
Vietname	1 332,4	1 510,7	10,7	570,5	2 204,6	2 586,2	1 362,3	2 100,3	2 162,4	2 544,0
Total	72 705,0	82 001,0	20 969,9	50 791,7	84 140,0	123 862,3	126 168,5	165 286,1	121 477,7	160 988,1

– = indica que não existem dados. SQ = *status quo*. S0 = cenário ótimo.

Nota: Na saúde e na ação social os empregos suplementares são relativos aos cuidados de saúde e aos cuidados continuados. Em todos os casos os números correspondem à soma dos trabalhadores das atividades de cuidados e do pessoal de apoio

Fonte: Ilkkaracan e Kim, a publicar em breve.

A.6. GRUPOS POR REGIÃO E RENDIMENTO

Quadro A.6.1. Grupos por país, região, sub-região e rendimento

Região	Sub-região	Código País	País
África	Norte de África	DZA	Argélia
		EGY	Egito
		LBY	Líbia
		MAR	Marrocos
		SDN	Sudão
		TUN	Tunísia
		ESH	Sara Ocidental
	África Subsaariana	ZAF	África do Sul
		AGO	Angola
		BEN	Benin
		BWA	Botsuana
		BFA	Burkina Faso
		BDI	Burúndi
		CPV	Cabo Verde
		CMR	Camarões
		CAF	Rep. Centro- Africana
		COM	Comores
		COG	Congo
		CIV	Costa do Marfim
		DJI	Djibouti
		GNQ	Guiné Equatorial
		ERI	Eritreia
		SWZ	Eswatini
		ETH	Etiópia
		GAB	Gabão
		GMB	Gâmbia
		GHA	Gana
		GIN	Guiné
		GNB	Guiné-Bissau
		KEN	Quênia
		LSO	Lesoto
		LBR	Libéria

Região	Sub-região	Código País	País
		MDG	Madagáscar
		MWI	Malawi
		MLI	Mali
		MUS	Maurícias
		MRT	Mauritânia
		MOZ	Moçambique
		NAM	Namíbia
		NER	Níger
		NGA	Nigéria
		UGA	Uganda
		COD	Rep. Democrática do Congo
		RWA	Ruanda
		STP	São Tomé e Príncipe
		SEN	Senegal
		SLE	Serra Leoa
		SOM	Somália
		SSD	Sudão do Sul
		TZA	Tanzânia
		TCD	Chade
		TGO	Togo
		ZMB	Zâmbia
		ZWE	Zimbabué
Américas	América Latina e Caraíbas	ARG	Argentina
		BHS	Bahamas
		BRB	Barbados
		BLZ	Belize
		BOL	Estado Plurinacional da Bolívia
		BRA	Brasil
		CHL	Chile
		COL	Colômbia
		CRI	Costa Rica
		CUB	Cuba
		DOM	República Dominicana
		SLV	El Salvador
		ECU	Equador

Região	Sub-região	Código País	País
		GTM	Guatemala
		GUY	Guiana
		HTI	Haiti
		HND	Honduras
		VIR	Ilhas Virgens Americanas
		JAM	Jamaica
		MEX	México
		NIC	Nicarágua
		PAN	Panamá
		PRY	Paraguai
		PER	Perú
		PRI	Porto Rico
		LCA	Santa Lúcia
		VCT	São Vicente e Granadinas
		SUR	Suriname
		TTO	Trindade e Tobago
		URY	Uruguai
		VEN	Venezuela
	América do Norte	CAN	Canadá
		USA	Estados Unidos da América
Ásia e Pacífico	Ásia Oriental	CHN	China
		KOR	República da Coreia
		PRK	República Popular Democrática da Coreia
		HKG	Hong-kong, China
		JPN	Japão
		MAC	Macau, China
		MNG	Mongólia
		TWN	Taiwan, China
	Sudeste Asiático e Pacífico	AUS	Austrália
		BRN	Brunei
		KHM	Camboja
		FJI	Fidji
		GUM	Guame
		SLB	Ilhas Salomão
		IDN	Indonésia

Região	Sub-região	Código País	País
		LAO	Laos
		MYS	Malásia
		MMR	Mianmar
		NCL	Nova Caledónia
		NZL	Nova Zelândia
		PNG	Papua-Nova Guiné
		PHL	Filipinas
		PYF	Polinésia francesa
		WSM	Samoa
		SGP	Singapura
		THA	Tailândia
		TLS	Timor-Leste
		TON	Tonga
		VUT	Vanuatu
		VNM	Vietname
	Sul da Ásia	AFG	Afeganistão
		BGD	Bangladeche
		BTN	Butão
		IND	Índia
		IRN	República Islâmica do Irão
		MDV	Maldivas
		NPL	Nepal
		PAK	Paquistão
		LKA	Sri Lanca
Estados Árabes		SAU	Arábia Saudita
		BHR	Bahrain
		ARE	Emirados Árabes Unidos
		IRQ	Iraque
		JOR	Jordânia
		KWT	Kuwait
		LBN	Líbano
		OMN	Omã
		QAT	Catar
		SYR	Síria
		PSE	Territórios Palestínianos Ocupados

Região	Sub-região	Código País	País
		YEM	Iémen
Europa e Ásia Central	Ásia Central e Ocidental	ARM	Arménia
		AZE	Azerbaijão
		CYP	Chipre
		GEO	Geórgia
		ISR	Israel
		KAZ	Cazaquistão
		KGZ	Quirguizistão
		UZB	Usbequistão
		TJK	Tajiquistão
		TKM	Turquemenistão
		TUR	Turquia
	Europa Oriental	BLR	Bielorrússia
		BGR	Bulgária
		HUN	Hungria
		MDA	República da Moldávia
		POL	Polónia
		ROU	Roménia
		RUS	Federação Russa
		SVK	Eslováquia
		CZE	República Checa
		UKR	Ucrânia
	Europa do Norte, Europa do Sul e Europa Ocidental	ALB	Albânia
		DEU	Alemanha
		AUT	Áustria
		BEL	Bélgica
		BIH	Bósnia e Herzegovina
		HRV	Croácia
		DNK	Dinamarca
		ESP	Espanha
		EST	Estónia
		MKD	Antiga República Jugoslava da Macedónia
		FIN	Finlândia
		FRA	França

Região	Sub-região	Código País	País
		GRC	Grécia
		IRL	Irlanda
		ISL	Islândia
		–	Ilhas Anglo-Normandas
		ITA	Itália
		LVA	Letónia
		LTU	Lituânia
		LUX	Luxemburgo
		MLT	Malta
		MNE	Montenegro
		NOR	Noruega
		NLD	Países Baixos
		PRT	Portugal
		GBR	Reino Unido
		SRB	Sérvia
		SVN	Eslovénia
		SWE	Suécia
		CHE	Suíça

Fonte: BIT Departamento de Estatísticas, com base na ISO 3166-1 alpha-3.

Países de rendimento elevado		
Alemanha	Grécia	Omã
Arábia Saudita	Guame	Países Baixos
Austrália	Hong-kong, China	Polónia
Austria	Hungria	Polinésia Francesa
Bahamas	Ilhas Anglo Normandas	Porto Rico
Bahrain	Ilhas Virgens Americanas	Portugal
Barbados	Irlanda	Catar
Bélgica	Islândia	Reino Unido
Brunei	Israel	Singapura
Canadá	Itália	Eslováquia
Chile	Japão	Eslovénia
Chipre	Kuwait	Suécia
Dinamarca	Lituânia	Taiwan
Emirados Árabes Unidos	Macau, China	Trindade e Tobago
Espanha	Luxemburgo	República Checa
Estados Unidos da América	Noruega	
Estónia	Malta	Uruguai
Finlândia	Nova Caledónia	
França	Nova Zelândia	
República da Coreia	Letónia	Suíça

Países de baixo rendimento		
Afeganistão	Malawi	Zimbabué
Benin	Mali	
Burkina Faso	Moçambique	
Burúndi	Nepal	
Comores	Uganda	
Eritreia	Ruanda	
Etiópia	Senegal	
Gâmbia	Serra Leoa	
Guiné	Somália	
Guiné-Bissau	Sudão do Sul	
Haiti	Tanzânia	
Libéria	Chade	
Madagáscar	Togo	
República Centro-Africana	Níger	
República da Coreia	República Democrática do Congo	

Países de rendimento médio		
África do Sul	Gabão	Paquistão
Albânia	Georgia	Panamá
Antiga República Jugoslava da Macedónia	Nigéria	
Argélia	Gana	Papua-Nova Guiné
Angola	Guatemala	Paraguai
Argentina	Guiné Equatorial	Perú
Arménia	Guiana	Filipinas
Azerbaijão	Honduras	Roménia
Bangladeche	Ilhas Salomão	Federação Russa
Bielorrússia	Índia	Sara Ocidental
Belize	Indonésia	Santa Lúcia
Butão	República Islâmica do Irão	São Vicente e Granadinas
Bósnia e Herzegovina	Jamaica	São Tomé e Príncipe
Botsuana	Jordânia	Sérvia
Brasil	Cazaquistão	Sudão
Bulgária	Quénia	Sri Lanca
Cabo Verde	Quirguizistão	Suriname
Camboja	Laos	Síria
Camarões	Lesoto	Tajiquistão
China	Líbano	Territórios Palestinos Ocupados
Colômbia	Líbia	Tailândia
Congo	Malásia	Timor-Leste
Costa Rica	Marrocos	Tonga
Costa do Marfim	Maurícias	Tunísia
Croácia	Mauritânia	Turquemenistão
Cuba	México	Turquia
Djibouti	República da Moldávia	Ucrânia
Estado Plurinacional da Bolívia	Iraque	Samoa
Egito	Montenegro	Venezuela
El Salvador	Mianmar	Vietname
Equador	Namíbia	Iémen
Eswatini	Nicarágua	Zâmbia
Fiji	Usbequistão	
República Dominicana	Mongólia	Vanuatu

Fonte: Os grupos de países correspondem à classificação de rendimentos do Banco Mundial. Disponível em: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519>.

A.7. INQUÉRITOS À POPULAÇÃO ATIVA E AOS AGREGADOS FAMILIARES E AOS USOS DO TEMPO

Quadro A.7.1. Lista dos inquéritos à população ativa e aos agregados familiares, por país e ano, microdados *
Ordenado de acordo com a versão original

País	Inquérito	Ano	Capítulo 2	Capítulo 4
Afganistão	Living Conditions Survey	2014	x	x
África do Sul	Quarterly Labour Force Survey	2015	x	x
	General Household Survey 2016		x	
Albânia	Quarterly Labour Force Survey)	2013	x	x
Alemanha	European Union Labour Force Survey (EU-LFS)	2016		x
	European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)	2012	x	
Angola	Inquérito de Indicadores Básicos de Bem-Estar (QUIBB)	2011	x	x
Antiga República Jugoslava da Macedónia	European Union Labour Force Survey (EU-LFS)	2016		x
Arábia Saudita	Labour Force Survey	2016		x
Argentina	Encuesta Permanente de Hogares (EPH)	2016	x	x
Austrália	Household, Income and Labour Dynamics in Australia (HILDA)	2015	x	x
Áustria	European Union Labour Force Survey (EU-LFS)	2016		x
	European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)	2016	x	
Bangladeche	Labour Force and Child Labour Survey	2013	x	x
Bélgica	European Union Labour Force Survey (EU-LFS)	2016		x
	European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)	2016	x	
Botsuana	Botsuana Core Welfare Indicators Survey	2009	x	x
Brasil	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Continua (PNAD)	2016	x	x
Brunei	Labour Force Survey	2014	x	x
Bulgária	European Union Labour Force Survey (EU-LFS)	2016		x
	European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)	2016	x	

País	Inquérito	Ano	Capítulo 2	Capítulo 4
Burquina Faso	Living Standards Measurement Survey (LSMS)	2014	x	x
Camboja	Labour Force Survey	2012	x	x
Camarões	Troisième Enquête Camerounaise auprès des Ménages (ECAM3)	2007	x	
Canadá	Labour Force Survey	2015		x
Catar	Labour Force Survey	2016		x
China	Chinese Household Income Project (CHIP)	2013	x	x
Chipre	European Union Labour Force Survey (EU-LFS)	2016		x
	European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)	2016	x	
Colômbia	Gran Encuesta Integrada de Hogares	2016	x	
Congo	Enquête sur l'Emploi et le Secteur Informel	2009	x	
Costa do Marfim	Enquête Nationale sur la Situation de l'Emploi et le Secteur Informel (ENSESI)	2016	x	
Croácia	European Union Labour Force Survey (EU-LFS)	2016		x
	European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)	2016	x	
Dinamarca	European Union Labour Force Survey (EU-LFS)	2016		x
	European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)	2016	x	
Egito	Labour Force Survey	2016	x	x
Emiratos Árabes Unidos	Labour Force Survey	2016		x
Equador	Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo	2016	x	x
Eslováquia	European Union Labour Force Survey (EU-LFS)	2016		x
	European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)	2016	x	
Eslovénia	European Union Labour Force Survey (EU-LFS)	2016		x
	European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)	2016	x	

País	Inquérito	Ano	Capítulo 2	Capítulo 4
Espanha	European Union Labour Force Survey (EU-LFS)	2016		x
	European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)	2016	x	
Estado Plurinacional da Bolívia	Encuesta de Hogares	2015	x	
Estados Unidos da América	Current Population Survey (CPS)	2016	x	x
Estónia	European Union Labour Force Survey (EU-LFS)	2016		x
	European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)	2016	x	
Etiópia	National Labour Force Survey	2013	x	x
Federação Russa	European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)	2016	x	
	Russia Longitudinal Monitoring Survey	2014	x	
	Labour Force Survey	2016		x
Filipinas	Labour Force Survey	2013	x	x
Finlândia	European Union Labour Force Survey (EU-LFS)	2016		x
	European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)	2016	x	
França	European Union Labour Force Survey (EU-LFS)	2016		x
	European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)	2016	x	
Gâmbia	Labour Force Survey	2012	x	x
Gana	Gana Living Standards Survey Round 6 (with Labour Force Module)	2013	x	
Grécia	European Union Labour Force Survey (EU-LFS)	2016		x
	European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)	2016	x	
Guatemala	Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos (ENEI)	2016	x	x
Honduras	Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples	2014		x
Hungria	European Union Labour Force Survey (EU-LFS)	2016		x
	European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)	2016	x	

País	Inquérito	Ano	Capítulo 2	Capítulo 4
Iémen	Labour Force Survey	2014	x	x
Índia	National Sample Survey (NSS)	2012		x
Indonésia	Labour Force Survey (SAKERNAS)	2015		x
Iraque	Household Socio Economic Survey (HSES)	2012	x	x
Irlanda	European Union Labour Force Survey (EU-LFS)	2016		x
	European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)	2015	x	
Islândia	European Union Labour Force Survey (EU-LFS)	2016		x
	European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)	2015	x	
Itália	European Union Labour Force Survey (EU-LFS)	2016		x
	European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)	2015	x	
Japão	Labour Force Survey	2015		x
Jordânia	Harmonized Labour Force Survey (HLFS)	2010	x	x
Koweit	Labour Force Survey	2015		x
Laos	Labour Force and Child Labour Survey	2010	x	x
Letónia	European Union Labour Force Survey (EU-LFS)	2016		x
	European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)	2016	x	
Libéria	Labour Force Survey	2010	x	x
Lituânia	European Union Labour Force Survey (EU-LFS)	2016		x
	European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)	2016	x	
Luxemburgo	European Union Labour Force Survey (EU-LFS)	2016		x
	European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)	2015	x	
Madagáscar	Enquête Sur L'Emploi 1–2	2012	x	x
Maláui	Labour Force Survey	2013		x
Mali	Enquête Modulaire Permanente auprès des Ménages (EMOP)	2015	x	x

País	Inquérito	Ano	Capítulo 2	Capítulo 4
Malta	European Union Labour Force Survey (EU-LFS)	2016		x
	European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)	2015	x	
México	Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE)	2016	x	x
Mongólia	Labour Force Survey	2015		x
Mianmar	Labour Force, Child Labour and School to Work Transition Survey	2015	x	x
Namíbia	Labour Force Survey	2016	x	x
Nepal	Labour Force Survey	2008	x	x
Nicarágua	Encuesta Nacional de Hogares para la Medición del Nivel de Vida (EMNV)	2014	x	x
Níger	National Survey on Household Living Conditions and Agriculture	2014	x	x
Nigéria	General Household Survey	2013	x	x
Noruega	European Union Labour Force Survey (EU-LFS)	2016		x
	European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)	2016	x	
Países Baixos	European Union Labour Force Survey (EU-LFS)	2016		x
	European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)	2016	x	
Paquistão	Labour Force Survey	2015	x	x
Panamá	Encuesta de Mercado Laboral	2014		x
Perú	Encuesta Permanente de Empleo	2016	x	x
Polónia	European Union Labour Force Survey (EU-LFS)	2016		x
	European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)	2016	x	
Portugal	European Union Labour Force Survey (EU-LFS)	2016		x
	European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)	2016	x	
Reino Unido	European Union Labour Force Survey (EU-LFS)	2016		x
	European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)	2016	x	

País	Inquérito	Ano	Capítulo 2	Capítulo 4
República Checa	European Union Labour Force Survey (EU-LFS)	2016		x
	European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)	2016	x	
República da Coreia	Korea Labour and Income Panel Study	2015	x	
República Dominicana	Labour Force Survey	2014	x	x
República Democrática do Congo	Enquête sur l'Emploi, le Secteur Informel et sur la Consommation des Ménages	2012	x	
Roménia	European Union Labour Force Survey (EU-LFS)	2016		x
Ruanda	Labour Force Survey	2016		x
Senegal	Enquête Nationale sur l'Emploi	2015		x
Serra Leoa	Labour Force Survey	2014	x	x
Sérvia	European Union Labour Force Survey (EU-LFS)	2016		x
	European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)	2016	x	
Sri Lanka	Quarterly Labour Force Survey	2013	x	x
Suécia	European Union Labour Force Survey (EU-LFS)	2016		x
	European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)	2016	x	
Suíça	European Union Labour Force Survey (EU-LFS)	2016		x
	European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)	2015	x	
Tanzânia	Integrated Labour Force Survey	2014	x	x
Tailândia	Labour Force Survey	2015	x	x
Territórios Palestínianos Ocupados	Labour Force Survey	2015		x
Timor-Leste	Labour Force Survey	2013	x	
Togo	Enquête Questionnaire Unifié des Indicateurs de Base du Bien-être	2011	x	x
Tunísia	Tunísia Labour Market Panel Survey (TLMPS)	2014	x	x

País	Inquérito	Ano	Capítulo 2	Capítulo 4
Turquia	European Union Labour Force Survey (EU-LFS)	2016		x
	Household Labour Force Survey	2011	x	
Uganda	Labour Force and Child Labour Survey	2012	x	x
Uruguai	Encuesta Continua de Hogares	2016	x	x
Venezuela	Encuesta de Hogares por Muestreo (EHM)	2012	x	x
Vietname	Labour Force Survey	2014	x	x
Zâmbia	Labour Force Survey	2014	x	x
Zimbabuê	Labour Force and Child Labour Survey	2011	x	

Nota: Os Inquéritos EU-SILC, quando disponíveis, são utilizados para as estimativas relacionadas com a informalidade no capítulo 4.

Quadro A.7.2. Inquéritos aos usos do tempo, microdados

País	Ano	País	Ano	País	Ano
África do Sul	2000	Chile	2015		1986
	2010	China	2008		1999
Albânia	2010-11	Colômbia	2012-13		2010
Antiga República Jugoslava da Macedónia	2014-15	Costa Rica	2004	Gana	2009
		Cuba	2001	Grécia	2013-14
Argélia	2012	Dinamarca	2001	Holanda	2005-06
Alemanha	2001-02	Eslovénia	2000-01	Hungria	1999-2000
	2012	El Salvador	2010	Índia	1998-99
Argentina	2005	Equador	2012	Iraque	2007
Arménia	2008	Espanha	2002-03	Irlanda	2005
Austrália	1992		2009-10	Itália	1988-89
	1997	Estónia	1999-2000		2002-03
	2006		2009-10		2008-09
Áustria	2008-09	Estados Unidos da América	2003		2013-14
Azerbaijão	2008		2004	Japão	2001
	2012		2005		2006
Bielorrússia	2014-15		2006		2011
Bélgica	1999		2007		2016
	2005		2008	Letónia	2003
	2013		2009	Lituânia	2003
Benin	1998		2010	Madagáscar	2001
	2015		2011	Mali	2008
Bulgária	2009-10		2012	Marrocos	2011-12
Cabo Verde	2012		2013	Maurícias	2003
Camboja	2004		2014	México	2002
Camarões	2014		2015		2009
			2016		2014
Canadá	1992			Mongólia	2007
	1998	Etiópia	2013		2011
	2005	Finlândia	1979	Noruega	1970
	2010		1987		1980
	2015		1999		1990
Catar	2012-13		2009		2000
Cazaquistão	2012	França	1974		2010

País	Ano	País	Ano
Nova Zelândia	1998-99	Tunísia	2005-06
	2009-10	Turquia	2006
Omã	2007-08		2014-15
Paquistão	2007	Uruguai	2007
Panamá	2011		2013
Perú	2010		
Polónia	2003-04		
Portugal	1999		
Quirguizistão	2010		
Roménia	2011-12		
Reino Unido	2000		
	2005		
	2015		
República da Coreia	1999		
	2004		
	2009		
	2014		
República da Moldávia	2011-12		
República Islâmica do Irão	2009		
Sérvia	2010-11		
Suécia	2000-01		
	2010-11		
Tailândia	2004		
	2009		
	2014-15		
Taiwan	2004		
Tanzânia	2006		
	2014		
Territórios Palestinos Ocupados	1999-2000		
	2012-13		



NOTAS

- 1 ILO, 2018j.
- 2 United Nations, 2017c.
- 3 Sprague, 1880.
- 4 OMS, 2018b
- 5 OIT, 2012b.
- 6 United Nations, 2008.
- 7 Os microdados de vários inquéritos à população ativa e junto dos agregados familiares seguem unicamente as classificações nacionais das profissões e das atividades económicas. Nestes inquéritos, as classificações nacionais seguem as categorias a dois dígitos da CITI rev 4 e da CITP-08. Para os países referidos a seguir são utilizadas as categorias com um dígito da CITI rev 4 : África do Sul, Canadá, China, Maláui, Federação Russa, Senegal
- 8 OIT, 2017j.
- 9 Ibid.
- 10 Tillé, 2011.
- 11 Deville et Sarndal, 1992.
- 12 Tschanz et Staub, 2017; Bamba, 2007.
- 13 Mooi et Sarstedt, 2011.

BIBLIOGRAFIA

- Abraham, K.; Mackie, C. (eds). 2005. *Beyond the market: Designing nonmarket accounts for the United States* (Washington, DC, National Academies Press).
- Adams, A.; Berg, J. 2018. *When home affects pay: An analysis of the gender pay gap among crowdworkers* (Rochester, NY, Social Science Research Network). Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/cf_dev/AbsByAuth.cfm?per_id=690094 [25 de janeiro de 2018].
- Adamson, E.; Brennan, D. 2016. «Return of the nanny: Public policy towards in-home child-care in the UK, Canada and Australia», in *Social Policy & Administration*, Vol. 51, N.º 7, pp. 1386–1405.
- Addati, L. 2010. “France”, in C. Hein e N. Cassirer (eds): *Workplace solutions for childcare* (Genebra, OIT).
- ; Cassirer, N.; Gilchrist, K. 2014. *Maternity and paternity at work: Law and practice across the world* (Genebra, OIT).
- ; Cheong, L.T. 2013. «Meeting the needs of my family too»: *Maternity protection and work-family measures for domestic workers*, Fact sheet (Genebra, OIT).
- Adema, W.; Clarke, C.; Frey, V. 2015. *Paid parental leave: Lessons from OECD countries and selected U.S. States*, OECD Social, Employment and Migration Working Papers, N.º 172 (Paris, OCDE).
- Agência Europeia do Ambiente. 2006. *Vulnerability and adaptation to climate change in Europe* (Copenhaga, Agência Europeia do Ambiente).
- Ahmed, S. 2017. *The demographic impact of extended paid maternity-leave in Bangladesh* (International Growth Centre). Disponível em: <http://eprints.lse.ac.uk/81667/1/The%20demographic%20impact%20of%20extended%20paid%20maternity-leave%20in%20Bangladesh%20-%20IGC.pdf> [11 de janeiro de 2018].
- Aiken, L.H.; Sermeus, W.; Van den Heede, K.; Sloane, D.M.; Busse, R.; McKee, M.; Bruyneel, L. et al. 2012. «Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States», in *The British Medical Journal*, Vol. 344, e1717.
- Alfers, L. 2016. *WIEGO Child Care Initiative. A synthesis of research findings on women informal workers and child care from six membership-based organizations*. Disponível em: www.wiego.org/publications/summary-research-findings-women-informal-workers-and-child-care-six-membership-based-or [11 de janeiro de 2018].
- Altintas, E.; Sullivan, O. 2016. «Fifty years of change updated: Cross-national gender convergence in housework», in *Demographic Research*, Vol. 35, pp. 455–469.
- ; Sullivan, O.; Billari, F.C. 2014. «Fathers’ changing contributions to child care and domestic work in very low-fertility countries: The effect of education», in *Journal of Family Issues*, Vol. 35, N.º 8, pp. 1048–1065.
- Amarante, V.; Rossel, C. 2018. «Unfolding patterns of unpaid household work in Latin America», in *Feminist Economics*, Vol. 24, N.º 1, pp. 1–34.

- Anand, P.; Sevak, P. 2017. «The role of workplace accommodations in the employment of people with disabilities», in *IZA Journal of Labor Policy*, Vol. 6, N.º 12, pp. 6–12.
- Anderson, B.; Shutes, I. 2014. *Migration and care labour: Theory, policy and politics* (Basingstoke, Palgrave Macmillan).
- Antonopoulos, R. 2009. *The unpaid care work–paid work connection* (Genebra, Departamento de Integração de Políticas e Estatísticas da OIT).
- Appleton, S.; Morgan, W.J.; Sives, A. 2006. «Should teachers stay at home? The impact of international teacher mobility», in *Journal of International Development*, Vol. 18, N.º 6, pp. 771–786.
- Arbeitsmarktservice Österreich. 2018. *FiT: Frauen in Handwerk und Technik*. Disponível em: www.ams.at/service-arbeitsuchende/angebote-frauen/frauen-handwerk-technik [2 de fevereiro de 2018].
- Armstrong, P.; Pederson, A. (eds). 2015. *Women's health: Intersections of policy, research, and practice*, 2.ª Edição (Toronto, Women's Press).
- Assembleia Geral das Nações Unidas. 2015a. *Transformar o nosso mundo: Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável* (Nova Iorque).
- . 2015b. Resolução adotada pela Assembleia-Geral em 11 de dezembro de 2014, 69/132: *Global health and foreign policy* (Nova Iorque). Disponível em: <https://undocs.org/A/RES/69/132> [10 de janeiro de 2018].
- Austen, S.; Jefferson, T.; Ong, R.; Sharp, R.; Lewin, G.; Adams, V. 2016. «Recognition: Applications in aged care work», in *Cambridge Journal of Economics*, Vol. 40, N.º 4, pp. 1037–1054.
- Bach, S.; Kessler, I.; Heron, P. 2006. «Changing job boundaries and workforce reform: The case of teaching assistants», in *Industrial Relations Journal*, Vol. 37, N.º 1, pp. 2–21.
- Banco Asiático de Desenvolvimento. 2017. *Gender equality and the labor market: Women, work, and migration in the People's Republic of China* (Manila).
- Banco Mundial. 2012a. *Cutting-edge technology helps boost crop yields and farm incomes* (Washington, DC).
- . 2012b. *Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 2012* (Washington, D. C.).
- . 2015a. *The state of social safety nets 2015* (Washington, DC).
- . 2015b. *Women, business and the law 2016: Getting to equal* (Washington, DC).
- . 2016. *Harmonized List of Fragile Situations in 2016*. Disponível em: <http://www.worldbank.org/en/topic/fragilityconflictviolence/brief/harmonized-list-of-fragile-situations> [12 de fevereiro de 2018].
- . 2018a. *Indicadores de Desenvolvimento Mundial* (Washington, DC). Disponível em: <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=world-development-indicators> [8 de janeiro de 2018].
- . 2018b. *Women, business and the law data, 2010, 2012, 2014, 2016 and 2018* (Washington, DC). Disponível em: <http://pubdocs.worldbank.org/en/869191522241162608/WBL-RAW-DATA-2010-2018-29-March-2018.xlsx> [9 de janeiro de 2018].
- ; Australian Aid (AUS AID). 2014. *Where are we during flooding? A qualitative assessment of poverty and social impacts of flooding in selected neighborhoods of HCMC* (Washington, DC).
- ; Organização para a Alimentação e a Agricultura (FAO); Fundo Internacional de Desenvolvimento Agrícola (FIDA). 2008. *Gender in agriculture sourcebook* (Washington,

- DC). Disponível em: <http://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/978-0-8213-7587-7> [1 de dezembro de 2017].
- Bambra, C. 2007. «Defamilisation and welfare state regimes: A cluster analysis», in *International Journal of Social Welfare*, Vol. 16, N.º 4, pp. 326–338.
- Bárcia de Mattos, F.; Dasgupta, S. 2017. *MGNREGA, women's empowerment and transformative equality*, Employment Working Paper N.º 230 (Genebra, OIT).
- Berg, J. 2016. *Income security in the on-demand economy: Findings and policy lessons from a survey of crowdworkers*, Conditions of Work and Employment Series N.º 74 (Genebra, OIT).
- . 2018. «Heteromation, and other stories of computing and capitalism: By Hamid R. Ekbia and Bonnie A. Nardi» (recensão), in *International Labour Review*, Vol. 156, N.ºs 3–4, pp. 553–558.
- Bernardi, L.; Mortelmans, D. (Londres, Springer Open). 2018. *Lone parenthood in the life course*, Life Course Research and Social Policies, Vol. 8 (Springer Open).
- Bettio, F.; Simonazzi, A.; Villa, P. 2006. «Change in care regimes and female migration: The 'care drain' in the Mediterranean», in *Journal of European Social Policy*, Vol. 16, N.º 3, pp. 271–285.
- Bianchi, S.M.; Sayer, L.C.; Milkie, M.A.; Robinson, J.P. 2012. «Housework: Who did, does or will do it, and how much does it matter?», in *Social Forces*, Vol. 91, N.º 1, pp. 55–63.
- Blofield, M.; Martínez Franzoni, J. 2015. «Maternalism, co-responsibility, and social equity: A typology of work–family policies», in *Social Politics: International Studies in Gender, State and Society*, Vol. 22, N.º 1, pp. 38–59.
- Blum, S.; Koslowski, A.; Moss, P. (eds). 2017. *13th International Review of Leave Policies and Related Research 2017* (Filadélfia, PA, International Network on Leave Policies and Research). Disponível em: www.leavenetwork.org/fileadmin/Leavenetwork/Annual_reviews/2017_Leave_Review_2017_final2.pdf [14 Jan. 2018].
- Boll, C.; Leppin, J.; Reich, N. 2014. «Paternal childcare and parental leave policies: Evidence from industrialized countries», in *Review of Economics of the Household*, Vol. 12, N.º 1, pp. 129–158.
- Boris, E.; Klein, J. 2006. «Organizing home care: Low-waged workers in the welfare state», in *Politics & Society*, Vol. 34, N.º 1, pp. 81–108.
- ; Unden, M.; Kulick, A. 2017. *Conditions of care: Home care workers and their union in California*, apresentado na Global Carework Summit, Lowell, MA, 1–3 de junho. Detalhes sobre a cimeira disponíveis em: www.uml.edu/Research/CWW/carework/Summit/ [30 de janeiro de 2018].
- Brodsky, J.; Habib, J.; Hirschfeld, M. (eds). 2003. *Long-term care in developing countries: Ten case-studies*, World Health Organization Collection on Long-Term Care (Genebra, OMS).
- Brophy, J.T.; Keith, M.M.; Hurley, M. 2017. «Assaulted and unheard: Violence against healthcare staff», in *New Solutions: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, Vol. 27, N.º 4, pp. 581–606.
- Budig, M.J.; Hodges, M.J.; England, P. 2018. «Wages of nurturant and reproductive care workers: Individual and job characteristics, occupational closure, and wage-equalizing institutions», in *Social Problems*. Disponível em: <https://academic.oup.com/socpro/advance-article/doi/10.1093/socpro/spy007/4976108> [21 de janeiro de 2018].
- Budig, M.J.; Misra, J. 2010. «How care-work employment shapes earnings in cross-national perspective», in *International Labour Review*, Vol. 149, N.º 4, pp. 441–460.

- Budlender, D. 2007. *A critical review of selected time use survey*, Gender and Development Programme Paper N.º 2 (Genebra, United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD)).
- . 2008. *The statistical evidence on care and non-care work across six countries*, Gender and Development Programme Paper N.º 4 (Genebra, UNRISD).
- . 2010. *Compensation for contributions: Report on interviews with volunteer caregivers in six countries* (Nova Iorque, NY, The Huairou Commission).
- . 2011. *Measuring the economic and social value of domestic work*, Domestic Work Policy Brief (Genebra, OIT).
- . 2016. *The introduction of a minimum wage for domestic workers in South Africa*, Conditions of Work and Employment Series, N.º 72 (Genebra, OIT).
- Bünning, M. 2015. «What happens after the ‘daddy months’? Fathers’ involvement in paid work, childcare, and housework after taking parental leave in Germany», in *European Sociological Review*, Vol. 31, N.º 6, pp. 738–748.
- Bureau Internacional do Trabalho (BIT). 2002. *Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector* (Genebra).
- . 2006. *ILO multilateral framework on labour migration: Non-binding principles and guidelines for a rights-based approach to labour migration* (Genebra).
- . 2007. *ABC of women workers’ rights and gender equality*, 2.ª ed. (Genebra).
- . 2009. *Green jobs: Improving the climate for gender equality too!* (Genebra).
- . 2011a. *Working time in the twenty-first century: Relatório para debate na Reunião Tripartida de Peritos sobre Acordos relativos ao Horário de Trabalho 2011 (17–21 de outubro de 2011)* (Genebra).
- . 2011b. *Domestic workers in the Philippines: Profile and working conditions* (Genebra). Disponível em: www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@travail/documents/publication/wcms_167021.pdf [17 de janeiro de 2018].
- . 2012a. *Right beginnings: Early childhood education and educators*, Documento de sessão (Genebra).
- . 2012b. *Classificação Internacional Tipo das Profissões: CITP-08* (Genebra).
- . 2013a. *Domestic workers across the world: Global and regional statistics and the extent of legal protection* (Genebra).
- . 2013b. *Employment and social protection in the new demographic context*, Relatório IV, Conferência Internacional do Trabalho, 102.ª Sessão, Genebra, 2013 (Genebra).
- . 2013c. *Diretrizes de política da OIT relativas à promoção de trabalho digno para pessoal da área do ensino pré-escolar* (Genebra).
- . 2013d. *Resolução I: Resolução sobre as estatísticas de trabalho, emprego e subutilização da mão-de-obra*, adotada pela Décima Nona Conferência Internacional dos Estatísticos do Trabalho, outubro de 2013 (Genebra).
- . 2014a. *Business as unusual: Making workplaces inclusive of people with disabilities* (Genebra).
- . 2014b. *Cooperating out of isolation: Domestic workers’ cooperatives* (Genebra).
- . 2014c. *Guide to international labour standards* (Turim, Centro Internacional de Formação da OIT).

- . 2014d. *Rules of the game: A brief introduction to international labour standards*, 3.^a rev. ed. (Genebra).
- . 2014e. *Relatório Mundial sobre Proteção Social 2014-15: Construindo a recuperação econômica, o desenvolvimento inclusivo e a justiça social* (Genebra).
- . 2014f. *HealthWISE – Work improvement in health services – Action manual* (Genebra).
- . 2015a. *Advancing gender equality: The co-operative way* (Genebra).
- . 2015b. *Gender equality and green jobs*, Brochura (Genebra).
- . 2015c. *Global estimates of migrant workers and migrant domestic workers: Results and methodology* (Genebra).
- . 2015d. *Portability of social security rights to nationals of both the EU and third countries* (Genebra).
- . 2015e. *Social protection for migrant workers*, Labour Migration Highlights N.º 4 (Genebra).
- . 2015f. *The future of work centenary initiative*, Conferência Internacional do Trabalho, 104.^a Sessão, Genebra, 2015 (Genebra).
- . 2015g. *Togo: Un socle de protection sociale et des garanties pour l'emploi: Pour une réduction de la pauvreté durable d'ici 2030* (Genebra).
- . 2015h. *Women in business and management: Gaining momentum*, Global report (Genebra).
- . 2016a. *Formalizing domestic work* (Genebra).
- . 2016b. *General principles and operational guidelines for fair recruitment* (Genebra).
- . 2016c. *Maternity cash benefits for workers in the informal economy*, Social Protection for All Issue Brief (Genebra).
- . 2016d. *Non-standard employment around the world: Understanding challenges, shaping prospects* (Genebra).
- . 2016e. *Promoting diversity and inclusion through workplace adjustments: A practical guide* (Genebra).
- . 2016f. *Providing care through cooperatives 1: Survey and interview findings* (Genebra).
- . 2016g. *Rural teachers in Africa: A report for ILO*, Working Paper (Genebra).
- . 2016i. *Women at work trends 2016* (Genebra).
- . 2016j. *Decent work in global supply chains*, Conferência Internacional do Trabalho, Relatório IV, 105.^a Sessão, Genebra, 2016 (Genebra).
- . 2017a. *Ending child labour by 2025: A review of policies and programmes* (Genebra).
- . 2017b. *Acabar com a violência e o assédio contra mulheres e homens no mundo do trabalho* (Genebra).
- . 2017c. *Improving employment and working conditions in health services* (Genebra).
- . 2017d. *Inception report for the Global Commission on the Future of Work* (Genebra).
- . 2017e. *Indigenous peoples and climate change: From victims to change agents through decent work* (Genebra).
- . 2017f. *Methodology of the global estimates of child labour, 2012–2016* (Genebra).
- . 2017g. *Migration of health workers from Nepal* (Genebra).
- . 2017h. *Providing care through cooperatives 2: Literature review and case studies* (Genebra).

- . 2017i. *Strengthening social protection for the future of work*, Documento apresentado na 2.^a Reunião do Grupo de Trabalho do G20 sobre Emprego (Genebra).
 - . 2017j. *Trends Econometric Models* (Genebra).
 - . 2017k. *Women in non-standard employment*. Ficha Informativa (Genebra).
 - . 2017l. *World employment and social outlook: Trends for women 2017* (Genebra).
 - . 2017m. *Relatório Mundial sobre Proteção Social 2017-19: Proteção social universal para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável* (Genebra).
 - . 2017n. *Global estimates of child labour: Results and trends, 2012–2016* (Genebra).
 - . 2018a. *Iniciativa Mulheres no Trabalho: The push for equality*, Relatório do Diretor-geral I(B), Conferência Internacional do Trabalho, 107.^a Sessão, Genebra, 2018 (Genebra).
 - . 2018b. *General survey concerning working-time instruments: Ensuring decent working time for the future*, Relatório II (Parte B), Conferência Internacional do Trabalho, 107.^a Sessão, Genebra, 2018 (Genebra).
 - . 2018c. *Global report, AIDS and the global labor force* (Genebra).
 - . 2018d. *South Africa: Expanded public works programme* (Genebra, Departamento de proteção Social da OIT).
 - . 2018e. *WESO trends for women 2018: Global snapshot* (Genebra).
 - . 2018f. Base de Dados Mundial sobre Proteção Social, com base no Inquérito sobre Segurança Social (SSI). Disponível em: www.socialsecurityextension.org/gimi/gess/Wspr.action [1 de fevereiro de 2018].
 - . 2018g. *Women and men in the informal economy: A statistical picture*, 3.^a ed. (Genebra).
 - . 2018h. *Cooperatives meeting informal economy workers' child care needs*. Uma iniciativa conjunta da OIT e da WIEGO (Genebra). Disponível em: www.ilo.org/global/topics/cooperatives/publications/WCMS_626682/lang-en/index.htm [8 de janeiro de 2018].
 - . 2018i. *The impact of HIV and AIDS on the world of work: Global estimates* (Genebra).
 - . 2018j. *Ratificações de Convenções fundamentais por região*. NORMLEX (Genebra). Disponível em: www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=1000:10011::NO:10011:P10011_DISPLAY_BY,P10011_CONVENTION_TYPE_CODE:3,F [25 de janeiro de 2018].
 - . 2016h. *Relatórios da Comissão sobre o trabalho digno nas cadeias de abastecimento mundiais: Resolução e conclusões apresentadas para adoção pela Conferência*, Conferência Internacional do Trabalho, 105.^a Sessão, maio-junho de 2016 (Genebra).
- Burnham, L.; Theodore, N. 2012. *Home economics: The invisible and unregulated world of domestic work* (Nova Iorque, National Domestic Workers Alliance).
- Caisse d'allocations familiales (CAF). 2018. *Le complément de libre choix du mode de garde*. Disponível em: www.caf.fr/allocataires/droits-et-prestations/s-informer-sur-les-aides/pe-tite-en-fance/le-complement-de-libre-choix-du-mode-de-garde [15 de janeiro de 2018].
- Calenda, D. (ed.). 2016. *Case studies in the international recruitment of nurses: Promising practices in recruitment among agencies in the United Kingdom, India, and the Philippines* (Banguecoque, Escritório Regional da OIT para a Ásia e Pacífico).
- Campbell, J.; Ikegami, N.; Gori, C.; Barbabella, F.; Chomik, R.; d'Amico, F.; et al. 2015. «How different countries allocate long-term care resources to older users: A comparative snapshot», in C. Gori, J.-L. Fernandez e R. Wittenberg (eds): *Long-term care reforms in OECD countries* (Bristol, Policy Press), pp. 47–76.
- Cangiano, A. 2009. *Migrant care workers in ageing societies: Report on research findings in the*

- UK (Oxford, Centre on Migration, Policy and Society (COMPAS)).
- Caravatti, M.-L.; McLeod Lederer, S.; Van Meter, N. 2014. *Getting teacher migration and mobility right* (Brussels, Education International).
- Carling, J.; Carino, J.; Sherpa, L.N. 2015. *Asia report on climate change and indigenous peoples* (Chiang Mai, Asia Indigenous Peoples Pact).
- Cassirer, N.; Addati, L. 2007. *Expanding women's employment opportunities: Informal economy workers and the need for childcare* (Genebra, OIT).
- Castagnone, E.; Salis, E.; Premazzi, V. 2013. *Promoting integration for migrant domestic workers in Italy* (Genebra, OIT).
- Castles, S.; Ozkul, D. 2014. «Circular migration: Triple win, or a new label for temporary migration?», in G. Battistella (ed.): *Global and Asian perspectives on international migration*, Vol. 4 (Cham, Suíça, Springer International Publishing), pp. 27–49.
- Castro-García, C.; Pazos-Moran, M. 2016. «Parental leave policy and gender equality in Europe», in *Feminist Economics*, Vol. 22, N.º 3, pp. 51–73.
- Cha, Y.; Weeden, K.A. 2014. «Overwork and the slow convergence in the gender gap in wages», in *American Sociological Review*, Vol. 79, N.º 3, pp. 457–484.
- Chakraborty, L. 2016. *Fiscal policy practices for women's economic empowerment*, Reunião de Grupo de Peritos da Comissão sobre a Condição Jurídica e Social da Mulher, Genebra (Nova Iorque, ONU Mulheres).
- Chamie, J. 2016. *320 million children in single-parent families* (IPS Inter Press Service News Agency). Disponível em: <http://www.ipsnews.net/2016/10/320-million-children-in-single-parent-families/> [12 de fevereiro de 2018].
- Chan, M.F.; Kamala Devi, M. 2015. «Factors affecting life expectancy: Evidence from 1980–2009 data in Singapore, Malaysia, and Thailand», in *Asia Pacific Journal of Public Health*, Vol. 27, N.º 2, pp. 136–146.
- Charmes, J. 2015. *Time use across the world: Findings of a world compilation of time-use surveys*, Background Paper (Nova Iorque, UNDP).
- . A publicar. *The unpaid care work and the labour market. An analysis of time use data based on the latest world compilation of time-use surveys* (Genebra, OIT).
- Chen, F.; Liu G.; Mair, C.A. 2011. «Intergenerational ties in context: Grandparents caring for grandchildren in China», in *Social Forces*, Vol. 90, N.º 2, pp. 571–594.
- Child Care Aware of America. 2017 *Checking in: A snapshot of the child care landscape – 2017 State fact sheets* (Arlington, VA). Disponível em: <https://usa.childcareaware.org/advocacy-public-policy/resources/research/statefactsheets/> [4 de dezembro de 2017].
- Chioda, L. 2016. *Work and family: Latin American and Caribbean women in search of a new balance* (Washington, DC, Banco Mundial).
- Cho, E.; Sloane, D.M.; Kim, E.-Y.; Kim, S.; Choi, M.; Yoo, I.Y. et al. 2015. «Effects of nurse staffing, work environments, and education on patient mortality: An observational study», in *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 52, N.º 2, pp. 535–542.
- Chopra, D.; Wanjiku Kelbert, A.; Iyer, P. 2013. *A feminist political economy analysis of public policies related to care: A thematic review* (Brighton, Institute of Development Studies). Disponível em: www.ids.ac.uk/publication/a-feminist-political-economy-analysis-of-public-policies-related-to-care-a-thematic-review [20 de fevereiro de 2017].
- Cichon, M.; Scholz, W.; van der Meerendonk, A.; Hagemeyer, K.; Bertranou, F.; Platmondon,

- P. 2004. *Financing social protection*, Quantitative Methods in Social Protection Series (Genebra, OIT).
- Cloutier, E.; David, H.; Ledoux, E.; Bourdouxhe, M.; Gagnon, I.; Ouellet, F. 2008. «Effects of government policies on the work of home care personnel and their occupational health and safety», in *Work*, Vol. 30, N.º 4, pp. 389–402.
- Colombo, F.; Muir, T. 2015. «Developing a skilled long-term care workforce», in C. Gori, J.-L. Fernandez and R. Wittenberg (eds): *Long-term care reforms in OECD countries* (Bristol, Policy Press).
- ; Llana-Nozal, A.; Mercier, J.; Tjadens, F. 2011. *Help wanted? Providing and paying for long-term care*, OECD Health Policy Studies (Paris, OCDE).
- Cometto, G.; Scheffler, R.; Liu, J.X.; Maeda, A.; Tomblin Murphy, G.; Hunter, D.; Campbell, J. 2016. *Health workforce needs, demand and shortages to 2030: An overview of forecasted trends in the global health labour market*, Background Paper N.º 1 to the UN High Level Commission on Health Employment and Economic Growth (Genebra, OMS).
- Comissão Económica para a América Latina e Caraíbas (CEPAL) 2013. *Guaranteeing indigenous people's rights in Latin America. Progress in the past decade and remaining challenges* (Santiago de Chile, Nações Unidas e CEPAL).
- Comissão Económica para a América Latina e Caraíbas (CEPAL). 2017. *Derechos de las personas mayores: Retos para la interdependencia y autonomía*. Disponível em: www.cepal.org/es/publicaciones/41471-derechos-personas-mayores-retos-la-interdependencia-autonomia [10 de fevereiro de 2018].
- Comissão Europeia. 2008. *Relatório da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões sobre o cumprimento das metas de Barcelona relativas às estruturas de acolhimento de crianças em idade pré-escolar*, documento de trabalho dos Serviços da Comissão SEC (2008) 2524 (Bruxelas).
- . 2017. *Delivering on the European Pillar of Social Rights*. Disponível em: http://europa.eu/rap-id/press-release_MEMO-17-1005_en.htm [13 de fevereiro de 2018].
- ; Parlamento Europeu. 2015. *Eurobarómetro 82.4* (2014). Arquivos de Dados (Bruxelas). Disponível em: <https://dbk.gesis.org/dbksearch/sdesc2.asp?no=5933&db=e&-doi=10.4232/1.12265> [26 de outubro de 2017].
- Comissão de Peritos para a Aplicação das Convenções e Recomendações (CEACR). 2016. *Relatório da Comissão de Peritos para a Aplicação de Convenções e Recomendações* (Genebra, OIT).
- Confederação Sindical Internacional (CSI). 2016. *Investing in the care economy. A gender analysis of employment stimulus in seven OECD countries* (Bruxelas).
- Connelly, R.; Kongar, E. 2017. «Feminist approaches to time use», in R. Connelly e E. Kongar (eds): *Gender and time use in a global context* (Nova Iorque, Palgrave Macmillan), pp. 1–26.
- Connolly, S.; Aldrich, M.; O'Brien, M.; Speight, S.; Poole, E. 2016. «Britain's slow movement to a gender egalitarian equilibrium: Parents and employment in the UK 2001–13», in *Work, Employment and Society*, Vol. 30, N.º 5, pp. 838–857, doi: 10.1177/0950017016638009.
- Cook, L.J. 2010. «Eastern Europe and Russia», in F.G. Castles *et al.* (eds): *The Oxford handbook of the welfare state* (Oxford, Oxford University Press).
- Cook, S.; Dong, X.-Y. 2011. «Harsh choices: Chinese women's paid work and unpaid care responsibilities under economic reform», in *Development and Change*, Vol. 42, N.º 4, pp. 947–965.

- Cooperative Home Care Associates (CHCA). 2018 Company information (Bronx NY). Disponível em: www.chcany.org/ e www.bcorporation.net/community/cooperative-home-care-associates-chca [10 de janeiro de 2018].
- Cox, R. (ed.). 2015. *Au pairs' lives in global context: Sisters or servants?* (Basingstoke, Palgrave Macmillan).
- Cross, G. 1998. «Time for life: The surprising ways Americans use their time. By John P. Robinson and Geoffrey Godbey» (recensão), in *American Journal of Sociology*, Vol. 104, No. 1, pp. 246–248.
- Da Roit, B.; van Bochove, M. 2017. «Migrant care work going Dutch? The emergence of a live- in migrant care market and the restructuring of the Dutch long-term care system», in *Social Policy and Administration*, Vol. 51, N.º 1, pp. 76–94.
- ; Le Bihan, B. 2010. «Similar and yet so different: Cash-for-care in six European countries' long-term care policies», in *The Milbank Quarterly*, Vol. 88, N.º 3, pp. 286–309.
- ; Weicht, B. 2013. «Migrant care work and care, migration and employment regimes: A fuzzy-set analysis», in *Journal of European Social Policy*, Vol. 23, N.º 5, pp. 469–486.
- Daly, M.E. (ed.). 2001. *Care work: The quest for security* (Genebra, OIT).
- Dammert, A.C.; de Hoop, J.; Mvukiyehe, E.; Rosati, F.C. 2017. *The effects of public policy on child labor: Current knowledge, gaps, and implications for program design*, UCW Working Paper Series (Roma, Understanding Children's Work).
- Dasgupta, J.; Sandhya, Y.K.; Mukerjee, A. (eds). 2012 *The crisis of maternity: Healthcare and maternity protection for women wage workers in the informal sector in India* (Uttar Pradesh, SAHAYOG).
- De Henau, J.; Himmelweit, S.; Perrons, D. 2017. *Investing in the care economy: Simulating employment effects by gender in countries in emerging economies* (Bruxelas, International Trade Union Confederation, UK Women's Budget Group, ONU Mulheres)
- ; Himmelweit, S.; Lapniewska, Z.; Perrons, D. 2016. *Investing in the care economy: A gender analysis of employment stimulus in seven OECD countries* (Bruxelas, International Trade Union Confederation, UK Women's Budget Group)
- Deaton, A.; Stone, A.A. 2014. «Grandpa and the snapper: The wellbeing of the elderly who live with children», in D.A. Wise (ed.): *Discoveries in the economics of aging* (Chicago, IL, University of Chicago Press).
- DeGraff, D.S.; Levison, D.; Dungumaro, E.W. 2017. «Environmental chores, household time use, and gender in rural Tanzania», in R. Connelly and E. Kongar (eds): *Gender and time use in a global context* (Nova Iorque, Palgrave Macmillan), pp. 407–433.
- Devecchi, C.; Dettori, F.; Doveston, M.; Sedgwick, P.; Jament, J. 2012. «Inclusive classrooms in Italy and England: The role of support teachers and teaching assistants», in *European Journal of Special Needs Education*, Vol. 27, N.º 2, pp. 171–184.
- Déville, J.-C.; Sarndal, C.-E. 1992. «Calibration estimators in survey sampling», in *Journal of the American Statistical Association*, Vol. 87, N.º 418, pp. 376–382.
- Dhillon, I. 2015. *Assessing the relevance and effectiveness of the WHO global code of practice on the international recruitment of health personnel: Evidence and reflection*. Disponível em: www.who.int/workforcealliance/05.pdf [29 de janeiro de 2018].
- Dimova, A.; Rohova, M.; Moutafova, E.; Atanasova, E.; Koeva, S.; Panteli, D.; van Ginneken, E. 2012. «Bulgaria health system review», in *Health Systems in Transition*, Vol. 14, N.º 3, pp. 1–186.

- Domínguez-Serrano, M. 2012. *Unpaid care work in Africa*, Documento de Trabajo 6/2012, (Bilbao, Fundación BBVA).
- Dong, X.-Y.; Feng, J.; Yu, Y. 2017. «Relative pay of domestic eldercare workers in Shanghai, China», in *Feminist Economics*, Vol. 23, N.º 1, pp. 135–159.
- Downes, R.; von Trapp, L.; Nicol, S. 2016. «Gender budgeting in OECD countries», in *OECD Journal on Budgeting*, Vol. 2016, N.º 3, pp. 1–37.
- Drake, L.J.; Woolnough, A. (eds). 2016. *Global school feeding sourcebook: Lessons from 14 countries* (Londres, Imperial College Press).
- Duffy, M. 2011. *Making care count* (New Brunswick, NJ, Rutgers University Press).
- ; Albelda, R.; Hammonds, C. 2013. «Counting care work: The empirical and policy applications of care theory», in *Social Problems*, Vol. 60, N.º 2, pp. 145–167.
- ; Armenia, A.; Stacey, C.L. (eds). 2015. *Caring on the clock: The complexities and contradictions of paid care work*, Families in Focus (New Brunswick, NJ, Rutgers University Press).
- Dumont, J.; Lafortune, G. 2016. *International migration of doctors and nurses to OECD countries: Recent trends and policy implications* (Genebra, OMS).
- Duncan, K. 2007. «Global climate change and women's health», in *Women and Environments International Magazine*, N.º 74/75, pp. 10–11.
- Duvander, A.-Z.; Jans, A.-C. 2009. «Consequences of fathers' parental leave use: Evidence from Sweden», in *Finnish Yearbook of Population Research*, Vol. 44, pp. 49–62.
- E Tü. 2017. *Equal pay*. Disponível em: www.etu.nz/campaigns/equal-pay/ [23 de janeiro de 2018].
- Eberth, B.; Elliott, R.F.; Skåtun, D. 2016. «Pay or conditions? The role of workplace characteristics in nurses' labor supply», in *The European Journal of Health Economics*, Vol. 17, N.º 6, pp. 771–785.
- Educação para Todos (EPT); Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO). 2015. *The challenge of teacher shortage and quality: Have we succeeded in getting enough quality teachers into classrooms?*, Relatório 19 de Monitorização Global da Educação Para Todos (Paris).
- Eichhorst, W.; Marx, P. (eds). 2015. *Non-standard employment in post-industrial labour markets* (Cheltenham, Edward Elgar).
- Elson, D. 1998. «The economic, the political and the domestic: Businesses, states and households in the organisation of production», in *New Political Economy*, Vol. 3, N.º 2, pp. 189–208.
- England, P.; Budig, M.; Folbre, N. 2002. «Wages of virtue: The relative pay of care work», in *Social Problems*, Vol. 49, N.º 4, pp. 455–473.
- Espinoza, R. 2017. *Immigrants and the direct care workforce* (Instituto Paraprofissional de Cuidados de Saúde). Disponível em: <https://phinational.org/resource/immigrants-and-the-direct-care-workforce/> [2 de fevereiro de 2018].
- Esquivel, V. 2010. «Care workers in Argentina: At the crossroads of labour market institutions and care services», in *International Labour Review*, Vol. 149, N.º 4, pp. 477–493.
- . 2017a. «The rights-based approach to care policies: Latin American experience», in *International Social Security Review*, Vol. 70, N.º 4, pp. 87–103.
- . 2017b. «Time-use surveys in Latin America: 2005–15», in I. Hirway (ed.): *Mainstreaming unpaid work* (Oxford, Oxford University Press), pp. 110–140.

- ; Kaufmann, A. 2017. *Innovations in care. New concepts, new actors, new policies* (Berlim, Friedrich Ebert Stiftung).
- ; Pereyra, F. 2017. «Las condiciones laborales de las y los trabajadores del cuidado en Argentina: Reflexiones en base al análisis de tres ocupaciones seleccionadas», in *Trabajo y Sociedad*, N.º 28, pp. 55–82.
- ; —. 2018. «Care workers in Argentina», in *New Solutions: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, Vol. 27, N.º 4, pp. 462–482.
- ; Budlender, D.; Folbre, N.; Hirway, I. 2008. «Explorations: Time-use surveys in the south», in *Feminist Economics*, Vol. 14, N.º 3, pp. 107–152.
- Eurofound. 2013. *Third European Quality of Life Survey: Quality of society and public services* (Luxemburgo, Serviço das Publicações da União Europeia).
- . 2015. *Sixth European Working Conditions Survey: 2015* (Dublim). Disponível em: www.eurofound.europa.eu/surveys/european-working-conditions-surveys/sixth-european-working-conditions-survey-2015 [29 de janeiro de 2018].
- . 2017. *Working time patterns for sustainable work* (Luxemburgo, Serviço das Publicações da União Europeia).
- ; Organização Internacional do Trabalho (OIT). 2017. *Working anytime, anywhere: The effects on the world of work* (Luxemburgo e Genebra, Serviço das Publicações da União Europeia e da OIT).
- EUROSTAT. 2017. *People outside the labour market* (Luxemburgo). Disponível em: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/People_outside_the_labour_market [29 de janeiro de 2018].
- Fagan, C.; Norman, H.; Smith, M.; González Menéndez, M.C. 2014. *In search of good quality part-time employment*, Boletim do Trabalho e Emprego n.º 43 (Genebra, OIT).
- Federação Europeia de Serviços para Pessoas. 2013. *White book on personal and household services in ten EU Member States* (Bruxelas). Disponível em: www.thefamilywatch.org/2013/11/15/doc-0436-es/ [3 de novembro de 2017].
- Ferguson, L. 2013. «Gender, work, and the sexual division of labor», in G. Waylen (ed.): *The Oxford handbook of gender and politics*, (Oxford, Oxford University Press), pp. 337–357.
- Ferrant, G.; Pesando, L.M.; Nowacka, K. 2014. *Unpaid care work: The missing link in the analysis of gender gaps in labour outcomes* (Paris, OCDE).
- Ferreira, F.H.G. 2013. *Economic mobility and the rise of the Latin American middle class*, Banco Mundial, Estudos sobre a América Latina e as Caraíbas (Washington, DC, Banco Mundial).
- Figueiredo, M. da C.; Suleman, F.; do Carmo Botelho, M. 2018. «Workplace abuse and harassment: The vulnerability of informal and migrant domestic workers in Portugal», in *Social Policy and Society*, Vol. 17, N.º 1, pp. 65–85.
- Filleul, L.; Larrieu, S.; Lefranc, A. 2011. «Extreme temperatures and mortality», in Nriagu, J.O. (editor-chefe): *Encyclopedia of Environmental Health* (Amesterdão, Elsevier), pp. 693–699.
- Fleury, A. 2016. *Understanding women and migration: A literature review*, Working Paper 8 (Washington, DC, Parceria de Conhecimento Global sobre Migração e Desenvolvimento (KNOMAD)).
- Flynn, L.B.; Schwartz, H.M. 2017. «No exit: Social reproduction in an era of rising income inequality», in *Politics & Society*, Vol. 45, N.º 4, pp. 471–503.

- Folbre, N. 2006a. «Demanding quality: Worker/consumer coalitions and “high road” strategies in the care sector», in *Politics & Society*, Vol. 34, N.º 1, pp. 11–32.
- . 2006b. «Measuring care: Gender, empowerment, and the care economy», in *Journal of Human Development*, Vol. 7, N.º 2, pp. 183–199.
- . 2010. *Valuing children: Rethinking the economics of the family*, The Family and Public Policy (Cambridge, MA, Harvard University Press).
- . 2017. «The care penalty and gender inequality», in S.L. Averett, L.M. Argys e S.D. Hoffman (eds): *The Oxford handbook of women and the economy* (Oxford, Oxford University Press).
- ; Smith, K. 2017. *Wages of power vs. wages of care*. Documento apresentado na Reunião da Associação de Relações de Trabalho e Emprego da Allied Social Science Association (Chicago, IL). Disponível em: www.aeaweb.org/conference/2017/preliminary/paper/ae62fSBQ [29 de janeiro de 2018].
- Foster, G.; Williamson, J. 2000. «A review of current literature of the impact of HIV/AIDS on children in sub-Saharan Africa», in *AIDS*, Vol. 14, N.º 3, pp. 275–284.
- Fournier, M. 2017. «La labor de las trabajadoras comunitarias de cuidado infantil en el conurbano bonaerense ¿Una forma de subsidio de “abajo hacia arriba?”», in *Trabajo y Sociedad*, N.º 28, pp. 83–108.
- Franck, A.K.; Olsson, J. 2017. «Missing women? The under-recording and under-reporting of women’s work in Malaysia», in M. Lansky et al. (eds): *Women, gender and work: Social choices and inequalities*, Vol. 2 (Genebra, OIT), pp. 13–125.
- Fudge, J. 2011. *The precarious migrant status and precarious employment: The paradox of international rights for migrant workers*, SSRN Scholarly Paper (Rochester, NY, Social Science Research Network).
- ; Hobden, C. 2018. *Conceptualizing the role of intermediaries in formalizing domestic work* (Genebra, OIT).
- ; Strauss, K. (eds). 2014. *Temporary work, agencies and unfree labour: Insecurity in the new world of work*, Routledge Studies in Employment and Work Relations in Context 11 (Nova Iorque, Routledge, Taylor & Francis).
- Fultz, E. 2011. *Pension crediting for caregivers: Policies in Finland, France, Germany, Sweden, the United Kingdom, Canada and Japan* (Washington, DC, Institute for Women’s Policy Research).
- ; Francis, J. 2013. *Cash transfer programmes, poverty reduction and empowerment of women: A comparative analysis*, Documento de trabalho (Genebra, OIT). Disponível em: www.ilo.org/gender/Informationresources/WCMS_233599/lang-en/index.htm [8 de dezembro de 2017].
- Fumasoli, T.; Goastellec, G.; Kehm, B.M. 2015. «Academic careers and work in Europe: Trends, challenges, perspectives», in T. Fumasoli, G. Goastellec e B. Kehm (eds): *Academic work and careers in Europe: Trends, challenges, perspectives*, The Changing Academy – The Changing Academic Profession in International Comparative Perspective, Vol. 12 (Cham, Suíça, Springer) pp. 201–214.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). 2012. *Examples of positive developments for the rights of children in the context of international migration*. Dia de debate geral do Comité sobre os Direitos da Criança 2012 (Nova Iorque). Disponível em: <https://ngomigration.files.wordpress.com/2011/03/annex-2-2012-crc-dgd-background-paper-tabular-overview-of-good-practices.pdf> [17 de janeiro de 2018].
- . 2013a. *Children with disabilities. The state of the world’s children 2013* (Nova Iorque).

- . 2013b. *The formative years: UNICEF's work on measuring early childhood development* (Nova Iorque).
- . 2018. *UNICEF data: Protection, care and support for children affected by HIV and AIDS* (Nova Iorque). Disponível em: <https://data.unicef.org/topic/hivaids/protection-care-and-support-for-children-affected-by-hiv-and-aids/> [23 de janeiro de 2018].
- Fundo Internacional de Desenvolvimento Agrícola (FIDA), 2016a. *Compendium of rural women's technologies and innovations* (Roma).
- . 2016b. *Rural Development Report 2016: Fostering inclusive rural transformation* (Roma).
- Fundo Monetário Internacional (FMI). 2018. *Crescimento do PIB real. Variação anual em percentagem*, Mapeador de Dados do FMI (Washington, DC). Disponível em: www.imf.org/external/datamapper/NGDP_RPCH@WEO/OEMDC/ADVEC/WEOWORLD [29 de janeiro de 2018].
- Futur en tous genres. 2018. *Nouvelles perspectives pour filles et garçons* (Genebra). Disponível em: www.futurentousgenres.ch/fr/home/ [7 de fevereiro de 2018].
- Gallo, L.E. 2015. «El proceso de reforma de la salud en el Uruguay: Pasado, presente y futuro», in *Monitor Estratégico*, N.º 7 (Montevideo, Uruguai, Ministério da Saúde e da Proteção Social) pp. 1–43. Disponível em: www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/proceso-reforma-salud-uruguay.pdf [29 de janeiro de 2018].
- Gallotti, M. 2015. *Making decent work a reality for migrant domestic workers* (Genebra, OIT). Disponível em: www.ilo.org/global/topics/domestic-workers/publications/WCMS_436974/lang--en/index.htm [13 de fevereiro de 2018].
- Gambaro, L. 2017. «Who is minding the kids? New developments and lost opportunities in reforming the British early education workforce», in *Journal of European Social Policy*, Vol. 27, N.º 4, pp. 320–331.
- Garofalo Geymonat, G.; Marchetti, S.; Kyritsis, P. (eds). 2017. *Domestic workers speak: A global fight for rights and recognition* (Londres, openDemocracy). Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B2IN4rGTopsaZ0VLdmZuYnBuc0U/view> [22 de janeiro de 2018].
- Gasparini, L.; Marchionni, M. 2015. *Bridging gender gaps? The rise and deceleration of female labor force participation in Latin America* (La Plata, Centro de Estudios Distributivos, Laborais e Sociais (CEDLAS)).
- Gatenio Gabel, S.; Kaufman, D.S. 2017. «United States country note», in S. Blum, A. Koslowski e P. Moss (eds): *International review of leave policies and research 2017* (Filadélfia, PA, International Network on Leave Policies and Research). Disponível em: www.leavenet-work.org/lp_and_r_reports/ [29 de janeiro de 2018].
- Ghosh, J. A publicar. *Decent work and the care economy: Recognizing, reducing, redistributing, representing and rewarding care work* (Genebra, OIT).
- Giddens, A. 1992. *The transformation of intimacy: Sexuality, love and eroticism in modern societies* (Stanford, CA, Stanford University Press).
- Glaser, K.; di Gessa, G.; Tinker, A. 2014. *Grandparenting in Europe: The health and wellbeing of grandparents caring for grandchildren: The role of cumulative advantage/disadvantage* (Londres Grandparents Plus).
- ; Price, D.; Ribe Montserrat, E.; di Gessa, G.; Tinker, A. 2013. *Grandparenting in Europe: Family policy and grandparents' role in providing childcare* (Londres, Grandparents Plus).

- Glenn, E.N. 1992. «From servitude to service work: Historical continuities in the racial division of paid reproductive labor», in *Signs*, Vol. 18, N.º 1, pp. 1–43.
- . 2000. «Creating a caring society», in *Contemporary Sociology*, Vol. 29, N.º 1, pp. 84–94.
- Goldberg, H. 2015. *The long journey home: The contested exclusion and inclusion of domestic workers from federal wage and hour protections in the United States* (Genebra, OIT).
- . A publicar. *Case study on USA unionization of domestic workers and bill of rights*, Mercados de Trabalho Inclusivos, Divisão de Relações Laborais e Condições de Trabalho da OIT (Genebra, OIT).
- Goldblatt, B. 2016. *Developing the right to social security – A gender perspective* (Abingdon, Oxon, Routledge).
- Goldin, C. 2014. «A grand gender convergence: Its last chapter», in *American Economic Review*, Vol. 104, N.º 4, pp. 1091–1119.
- Gori, C.; Fernández, J.; Wittenberg, R. 2016. *Long-term care reforms in OECD countries*. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&d- b=nlabk&AN=1106707> [29 de novembro de 2017].
- Governo da Argentina. Província de Buenos Aires. 2014. *Ley 14628* (Buenos Aires). Disponível em: www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/l-14628.html [23 de fevereiro de 2018].
- Governo da Austrália. Fair Work Ombudsman. 2013. *Gender pay equity* (Camberra). Disponível em: www.fairwork.gov.au/ [6 de fevereiro de 2018].
- Governo da Colômbia. Congresso. 2010. *Ley 1413 de 2010* (Bogotá). Disponível em: www.lex-base.co/lexdocs/indice/2010/1413de2010 [15 de janeiro de 2018].
- . Departamento Administrativo Nacional de Estatística (DANE). 2013. *Cuenta Satélite de la economía del cuidado. Fase 1: Valoración económica del trabajo doméstico y de cuidados no remunerado* (Bogotá).
- . Departamento Nacional de Planeamento (DNP). 2014. *Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2014–2018* (Bogotá).
- Governo da Nova Zelândia. 2017. «\$2b pay equity settlement for 55,000 health care workers signed», in *The Beehive* (Wellington). Disponível em: www.beehive.govt.nz/release/2b-pay-equity-settlement-55000-health-care-workers-signed [23 de janeiro de 2018].
- . Ministério da Saúde. 2017. *Care and support workers pay equity settlement* (Wellington). Disponível em: www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/care-and-support-workers-pay-equity-settlement [23 de janeiro de 2018].
- . Parliamentary Service. 2017. *Employment (Pay Equity and Equal Pay) Bill 2017* (Wellington).
- Governo das Filipinas; Governo do Barém. 2007. *Memorando de Entendimento entre o Governo da República das Filipinas e o Governo do Reino do Barém sobre Cooperação de Serviços de Saúde*. Assinado em 4 de abril de 2007 em Manama, Barém. Disponível em: http://www.poea.gov.ph/laborinfo/bilateralLB/BLA_PH_Bahrain2007.pdf [30 de janeiro de 2018].
- Governo do Canadá. Emprego e Desenvolvimento Social do Canadá. 2017. *Early learning and child care*. Departmental performance report (Otava). Disponível em: www.canada.ca/en/employment-social-development/programs/early-learning-child-care.html [31 de janeiro de 2018].
- Governo do Chile. 2018. *Chile Crece Contigo* (Santiago). Disponível em: www.crececontigo.gob.cl/ [6 de fevereiro de 2018].

- Governo do Equador. Instituto Equatoriano de Segurança Social (IESS). 2015. *Amas de casa se informan sobre beneficios de afiliación al IESS* (Quito). Disponível em: www.iesgob.ec [11 de fevereiro de 2018].
- . Secretaría Técnica Plan Toda una Vida. 2018. *La afiliación de las amas de casa a la seguridad social ya es una realidad* (Quito). Disponível em: www.todaunavida.gob.ec/la-afiliacion-de-las-amasde-casa-a-la-seguridad-social-ya-es-una-realidad/ [29 de janeiro de 2018].
- Governo do Japão. Ministério da Economia, Comércio e Indústria. 2015. *Japan's robot strategy* (Tóquio). Disponível em: www.meti.go.jp/english/press/2015/0123_01.html [23 de fevereiro de 2018].
- Governo do Reino Unido. 2018. *Flexible working* (Londres). Disponível em: www.gov.uk/flexible-working [1 de fevereiro de 2018].
- Governo do Uruguai. Junta Nacional de Cuidados. 2015. *Plan Nacional de Cuidados 2016–2020* (Montevideo). Disponível em: www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/61181/1/plan-nacional-de-cuidados-2016-2020.pdf [15 de janeiro de 2018].
- . Sistema Nacional de Cuidados. 2018. *Sistema de Cuidados: Página Principal* (Montevideo). Disponível em: www.sistemadecuidados.gub.uy/ [10 de fevereiro de 2018].
- Gresz, M.; Borbás, F.; Dózsa, C. 2016. «A description of the utilization of long-term care and elderly care facilities in Hungary», in *International Journal of Integrated Care*, Vol. 16, N.º 6.
- Griffiths, P.; Dall'Ora, C.; Simon, M.; Ball, J.; Lindqvist, R.; Rafferty, A.-M.; Schoonhoven, L.; Tishelman, C.; Aiken, L.H. 2014. «Nurses' shift length and overtime working in 12 European countries», in *Medical Care*, Vol. 52, N.º 11, pp. 975–981.
- Grimshaw, D.; Rubery, J. 2015. *The motherhood pay gap: A review of the issues, theory and international evidence* (Genebra, OIT).
- Grupo de Investigação do Programa de Inquérito Social Internacional (ISSP). 2016. *International Social Survey Programme: Family and changing gender roles IV – ISSP 2012, ZA5900 data file Version 4.0.0* (Colónia, Arquivos de Dados GESIS). Disponível em: <https://dbk.gesis.org/dbksearch/sdesc2.asp?il=10&notabs=&af=&nf=&search=&search2=&db=e&no=5900> [12 de setembro de 2017].
- Guzmán, J.M.; Martine, G.; McGranahan, G.; Schensul, D.; Tacoli, C. 2009. *Population dynamics and climate change* (Nova Iorque, Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA) e Instituto Internacional para o Ambiente e o Desenvolvimento (IIED)).
- Haas, L.; Rostgaard, T. 2011. «Fathers' rights to paid parental leave in the Nordic countries: Consequences for the gendered division of leave», in *Community, Work and Family*, Vol. 14, N.º 2, pp. 177–195.
- Hallegatte, S.; Bangalore, M.; Bonzanigo, L.; Fay, M.; Kane, T.; Narloch, U.; Rozenberg, J. Treguer, D.; Vogt-Schilb, A. 2016. *Shock waves* (Washington, DC, Banco Mundial).
- Halvorsen, R.; Hvinden, B.; Bickenbach, J.; Ferri, D.; Guillén Rodríguez, A.M. (eds). 2017. *The changing disability policy system*, Active Citizenship and Disability in Europe, Vol. 1 (Abingdon, Oxon, Routledge).
- Hayes, L.J.B. 2016. *Stories of care: A labour of law* (Londres, Palgrave Macmillan).
- Heilman, B.; Levitov, R.; van der Gaag, N. Hassink, A.; Barker, G. 2017. *State of the world's fathers: Time for action* (Washington, DC: Promundo, Sonke Gender Justice, Save the Children, MenEngage Alliance).

- Hein, C.; Cassirer, N. (eds). 2010. *Workplace solutions for childcare* (Genebra, OIT).
- Heintz, J. 2015. *Why macroeconomic policy matters for gender equality* (Nova Iorque, NY, ONU Mulheres). Disponível em: www.unwomen.org/digital-library/publications/2015/12/macro-economic-policy-matters-for-gender-equality [29 de janeiro de 2018].
- Hellgren, Z.; Serrano, I. 2017. «Transnationalism and financial crisis: The hampered migration projects of female domestic workers in Spain», in *Social Sciences*, Vol. 6, N.º 1, pp. 1–18.
- HelpAge. 2017. *Investing in an ageing world: Shifting debates from costs to investments* (Londres).
- Hepple, B. 2017. «Equality and empowerment for decent work», in M. Lansky *et al.* (eds): *Women, gender and work: Social choices and inequalities*, Vol. 2 (Genebra, OIT), pp. 47–60.
- Heymann, J.; A.R.; Nandi, A.; Earle, A.; Batra, P.; Schickedanz, A.; Chung, P.J.; Raub, A. 2017. «Paid parental leave and family wellbeing in the sustainable development era», in *Public Health Reviews*, Vol. 38, N.º 1, pp. 1–16.
- Hill, E. 2017. *A better future for women at work: Legal and policy strategies for informal work*, apresentado na conferência A Better Future for Women at Work, organizada pelo Oxford Human Rights Hub, a OIT e a Universidade de Kent, Oxford, 18–19 de maio. Detalhes da conferência disponíveis em: www.law.ox.ac.uk/news/2017-06-05-better-future-women-work.
- Himmelweit, S. 2006. «The prospects for caring: Economic theory and policy analysis», in *Cambridge Journal of Economics*, Vol. 31, N.º 4, pp. 581–599.
- . 2017. *Care jobs and the care economy: Framing the issues for the future of decent work*, relatório de conferência não publicado, Sessão Plenária 1, Regulating for Decent Work 2017 (Genebra, OIT).
- Hirose, K.; Czepulis-Rutkowska, Z. 2016. *Challenges in long-term care of the elderly in Central and Eastern Europe* (Genebra, Equipa da OIT para o Trabalho Digno e Escritório Local da OIT para a Europa Central e de Leste). Disponível em: www.ilo.org/budapest/what-we-do/publications/WCMS_532427/lang--en/index.htm [25 de julho de 2017].
- Hirway, I. (ed.) 2017. *Mainstreaming unpaid work: Time-use data in developing policies* (Nova Deli, Oxford University Press).
- Hobden, C. 2015. *Domestic work voice and representation through organizing*, Ficha Informativa. (Genebra, OIT). Disponível em: www.ilo.org/global/topics/domestic-workers/publications/WCMS_436279/lang--en/index.htm [9 de fevereiro de 2018].
- Hobson, B.; Hellgren, Z.; Bede, L. 2015. *How institutional contexts matter: Migration and domestic care services and the capabilities of migrants in Spain and Sweden* (Estocolmo, Universidade de Estocolmo e Comissão Europeia). Disponível em: www.families-and-societies.eu/wp-content/uploads/2015/11/WP46HobsonEtAl2015.pdf [3 de novembro de 2017].
- Hochschild, A.R. 1989. *The second shift* (Harmondsworth, Penguin Books).
- Hoffmann, F.; Huber, M.; Rodrigues, R. 2013. «Policies to support carers», in A. Moreno Minguez (ed.): *Family well-being: European perspectives*, Social Indicators Research Series, Vol. 49 (Dordrecht, Springer) pp. 243–260.
- Holmes, R.; Jones, N. 2010. *Rethinking social protection using a gender lens* (Londres, Overseas Development Institute).
- Hook, J.L. 2006. «Care in context: Men's unpaid work in 20 countries, 1965–2003», in *American Sociological Review*, Vol. 71, N.º 4, pp. 639–660.

- Hrženjak, M. 2017. «Precarious situations of care workers in home-based elder care in Slovenia», in *New Solutions: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, Vol. 27, N.º 4, pp. 483-500, doi: [10.1177/1048291117740682](https://doi.org/10.1177/1048291117740682).
- Hsiao, W.; Li, M.; Zhang, S. 2015. *Universal health coverage: The case of China*, Working Paper (Genebra, UNRISD).
- Huerta, M. del C.; Adema, W.; Baxter, J.; Han, W.-J.; Lausten, M.; Lee, R.; Waldfogel, J. 2013. *Fathers' leave, fathers' involvement and child development* (Paris, OCDE). Disponível em: www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/fathers-leave-fathers-involvement-and-child-development_5k4dlw9w6czq-en [17 de novembro de 2017].
- Hugo, G. 2013. *What we know about circular migration and enhanced mobility*, Migration Policy Institute Policy Brief No. 7 (Washington, DC, Migration Policy Institute). Disponível em: www.migrationpolicy.org/research/what-we-know-about-circular-migration-and-enhanced-mobility [16 de fevereiro de 2018].
- Human Rights Watch, 2006. *Swept under the rug: Abuses against domestic workers around the world* (Nova Iorque, NY). Disponível em: www.hrw.org/report/2006/07/27/swept-under-rug/abuses-against-domestic-workers-around-world [28 de fevereiro de 2018].
- Humer, Ž.; Hrženjak, M. 2017. «Socialization of childcare in Slovenia and its impact on informal care markets», in *Laboratorium: Russian Review of Social Research*, Vol. 8, N.º 3, pp. 52–67.
- Humphries, N.; McAleese, S.; Matthews, A.; Brugha, R. 2015. «Emigration is a matter of self-preservation. The working conditions...are killing us slowly: Qualitative insights into health professional emigration from Ireland», in *Human Resources for Health*, Vol. 13, Art. 35.
- Hunt, A.; Machingura, F. 2016. *A good gig? The rise of on-demand domestic work* (Londres, Overseas Development Institute). Disponível em: www.odi.org/publications/10658-good-gig-rise-demand-domestic-work [23 de fevereiro de 2018].
- Hussein, S. 2017. «We don't do it for the money' ... The scale and reasons of poverty-pay among frontline long-term care workers in England», in *Health and Social Care in the Community*, Vol. 25, N.º 6, pp. 1817–1826.
- Igel, C.; Szydlik, M. 2011. «Grandchild care and welfare state arrangements in Europe», in *Journal of European Social Policy*, Vol. 21, N.º 3, pp. 210–224.
- Ikeda, S. 2017. «Family care leave and job quitting due to caregiving: Focus on the need for long-term leave», in *Japan Labor Review*, Vol. 14, N.º 1, pp. 25–44.
- Ilkkaracan, I. 2017. «Unpaid work in macroeconomics: A stocktaking exercise», in R. Connelly e E. Kongar (eds): *Gender and time use in a global context* (Nova Iorque, Palgrave Macmillan), pp. 29-50.
- . 2018. *Promoting women's economic empowerment: Recognizing and investing in the care economy*, Issue Paper (Nova Iorque, ONU Mulheres).
- ; Kim, K. 2018. *Costing universal childcare, estimating related employment generation and fiscal revenues: The case of Turkey* (Nova Iorque, ONU Mulheres).
- ; —. A publicar. *The employment generation impact of meeting SDG targets in early childhood care, education, health and long-term care in 45 countries* (Genebra, OIT).
- ; —. Kaya, T. 2015. *The impact of public investment in social care services on employment, gender equality, and poverty: The Turkish case* (Istambul, Universidade Técnica

- de Istambul, Centro de Estudos das Mulheres em Ciência, Engenharia e Tecnologia e Instituto Levy de Economia).
- Inamori, K. 2017. «Current situation and problems of legislation on long-term care in Japan's super-aging society», in *Japan Labor Review*, Vol. 14, N.º 1, pp. 8–24.
- Inglehart, R.; Haerpfer, C.; Moreno, A.; Welzel, C.; Kizilova, K.; Diez-Medrano, J.; Lagos, M.; Norris, P.; Ponarin, E.; Puranen, B. 2014. *World values survey: Round six – country-pooled datafile version* (Madrid, JD Systems Institute).
- Instituto de Investigação das Nações Unidas para o Desenvolvimento Social (UNRISD). 2016. *Policy innovations for transformative change: Implementing the 2030 agenda for sustainable development* (Genebra).
- Instituto de Investigación para el Desarrollo y la Defensa Nacional (INIDEN). 2012. «Educación privada en lo que va del siglo», in *Informe de Educación*, Vol. 21, N.º 11. Disponível em: <https://www.scribd.com/document/115639886/Informe-de-Iniden-Educacion-privada-en-lo-que-va-del-siglo> [23 de fevereiro de 2018].
- Instituto Europeu para a Igualdade de Género (EIGE), 2012. *Review of the implementation in the EU of area K of the Beijing platform for action: Women and the environment, Gender Equality and Climate Change* (Luxemburgo, Serviço das Publicações da União Europeia).
- Internacional da Educação (Education International - EI). 2010. *Early childhood education: A global scenario* (Bruxelas).
- International Finance Corporation (IFC). 2017. *Tackling childcare: The business case for employer-supported childcare* (Washington, DC).
- Ipsos MORI. 2017. «Male responsibility in the home», in *Ipsos global trends* (Londres). Disponível em: www.ipsosglobaltrends.com/male-responsibility-in-the-home/ [27 de fevereiro de 2017].
- JHL. 2017. *New forms of advocacy for personal assistants* (Helsínquia). Disponível em: www.jhl.fi/en/new-forms-of-advocacy-for-personal-assistants/ [17 de janeiro de 2018].
- Jimenez, R. 2017. *Development effects of rural electrification* (Washington, DC, Banco Interamericano de Desenvolvimento).
- Jochimsen, M.A. 2003. «Integrating vulnerability: On the impact of caring on economic theorizing», in D.K. Barker e E. Kuiper (eds): *Toward a feminist philosophy of economics, Economics as Social Theory* (Londres, Routledge), pp. 231–246.
- Jokela, M. 2015. «Macro-level determinants of paid domestic labour prevalence: A cross-national analysis of seventy-four countries», in *Social Policy and Society*, Vol. 14, N.º 3, pp. 385–405.
- . A publicar. «Patterns of precarious employment in a female-dominated sector in five affluent countries: The case of paid domestic labour sector», in *Social Politics: International Studies in Gender, State and Society*.
- Kammerman, S.B.; Gatenio Gabel, S. 2010. «Cash vs. care: A child and family policy issue», in J. Sipilä, K. Repo e T. Rissanen (eds): *Cash for childcare. The consequences for caring mothers* (Cheltenham, Reino Unido, Edward Elgar).
- Kan, M.Y.; Sullivan, O.; Gershuny, J. 2011. «Gender convergence in domestic work: Discerning the effects of interactional and institutional barriers from large-scale data», in *Sociology*, Vol. 45, N.º 2, pp. 234–251.

- Kaul, V.; Bhargav Chaudhary, A.; Sharma, S. 2015. *Quality and diversity in early childhood education: A view from Andhra Pradesh, Assam and Rajasthan* (Nova Deli, Centro do Ensino pré-escolar e Desenvolvimento e Universidade de Ambedkar).
- Kim, W.H.; Park, Y.G.; Shin, H.-I.; Im, S.H. 2014. «The world report on disability and recent developments in South Korea», in *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, Vol. 93, pp. S58–S62.
- King-Dejardin, A. a publicar. *The social construction of migrant care work: At the intersection of care, migration and gender* (Genebra, OIT).
- Klaver, P.; van der Graaf, A.; Grijpstra, D.; Snijders, J. 2013. *More and better jobs in home-care services* (Luxemburgo, Eurofound).
- Klerk, M. de; Boer, A. de; Plaisier, I.; Schyns, P.; Kooiker, S.E. 2015. *Informele hulp: Wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en on-dersteuning in 2014* (Haia, Sociaal en Cultureel Planbureau).
- Klinth, R. 2008. «The best of both worlds? Fatherhood and gender equality in Swedish paternity leave campaigns, 1976–2006», in *Fathering: A Journal of Theory, Research, and Practice about Men as Fathers*, Vol. 6, N.º 1, pp. 20–38.
- Klugman, J.; Tyson, L. 2016. *Leave no one behind. A call to action for gender equality and women's economic empowerment*, Relatório do Painel de Alto Nível sobre o Empoderamento Económico das Mulheres do Secretário-Geral das Nações Unidas (Nova Iorque). Disponível em: <http://womenseconomicempowerment.org/reports> [29 de janeiro de 2018].
- Kluve, J.; Schmitz, S. 2018. «Back to work: Parental benefits and mothers' labor market outcomes in the medium run», in *International Labour Review*, Vol. 71, N.º 1, pp. 143–173.
- Knaebel, R. 2015. *The invisible workers caring for the German elderly*. Disponível em: www.etui.org/Topics/Health-Safety-working-conditions/HesaMag/The-nursing-world-at-tipping-point/The-invisible-workers-caring-for-the-German-elderly [1 de fevereiro de 2018].
- Kofman, E.; Raghuram, P. 2015. *Gendered migrations and global social reproduction*, Migration, Minorities and Citizenship (Basingstoke, Reino Unido, Palgrave Macmillan).
- Kongar, E.; Price, M. 2017. «Gender, socioeconomic status, time use of married and cohabiting opposite-sex parents, and the great recession in the USA», in R. Connelly e E. Kongar (eds): *Gender and time use in a global context* (Nova Iorque, Palgrave Macmillan), pp. 113–159.
- Kowalchuk, L. 2016. «Nurses' labor conditions, gender, and the value of care work in post-neoliberal El Salvador», in *Critical Sociology*, doi: 10.1177/0896920516675203.
- Kring, S.A. 2017. *Gender in employment policies and programmes: What works for women?*, Documento de Trabalho (Genebra, OIT).
- Kunze, A. 2016. «Parental leave and maternal labor supply», in *IZA World of Labor*, N.º 279.
- Lalive, R.; Zweimüller, J. 2009. «How does parental leave affect fertility and return to work? Evidence from two natural experiments», in *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. 124, N.º 3, pp. 1363–1402.
- Landivar, L.C. 2013. *Men in nursing occupations*, Escritório do Censo dos EUA (Washington, DC). Disponível em: www.census.gov/library/working-papers/2013/acs/2013_Landivar_02.html [25 de janeiro de 2018].

- Langer, A.; Meleis, A.; Knaul, F.M.; Atun, R.; Aran, M.; Arreola-Ornelas, H. *et al.* 2015. «Women and health: The key for sustainable development», in *The Lancet*, Vol. 386, N.º 9999, pp. 1165–1210.
- Lansky, M.; Ghosh, J.; Méda, D.; Rani, U. 2017. «Social choices and inequalities», in M. Lansky *et al.* (eds): *Women, gender and work: Social choices and inequalities*, Vol. 2 (Genebra, OIT), pp. 3-43.
- Le Feuvre, N. 2015. *Contextualizing women's academic careers in cross-national perspective*, GARCIA Documento de Trabalho 3 (Trento, Itália).
- Levtov, R.G.; Barker, G.; Contreras-Urbina, M.; Heilman, B.; Verma, R. 2014. «Pathways to gender-equitable men: Findings from the international men and gender equality survey in eight countries», in *Men and Masculinities*, Vol. 17, N.º 5, pp. 467–501.
- ; van der Gaag, N.; Greene, M.; Kaufman, M.; Barker, G. 2015. *State of the world's fathers: A MenCare Advocacy publication* (Washington, DC, Promundo, Rutgers, Save the Children, Sonke Gender Justice e MenEngage Alliance).
- Lexarta, L.; Chaves, M.J.; Carcedo, A. 2016. *Políticas de formalización del trabajo doméstico remunerado en América Latina y El Caribe* (Lima, OIT, Escritório Regional da OIT para a América Latina e Caraíbas). Disponível em: www.ilo.org/americas/temas/economia-infor-mal/WCMS_480352/lang-es/index.htm [12 de fevereiro de 2018].
- Li, K.; Pan, Y.; Hu, B.; Burchinal, M.; De Marco, A.; Fan, X.; Qin, J. 2016. «Early childhood education quality and child outcomes in China: Evidence from Zhejiang Province», in *Early Childhood Research Quarterly*, Vol. 36, pp. 427–438.
- Lightman, N. 2017. «Discounted labour? Disaggregating care work in comparative perspective», in *International Labour Review*, Vol. 156, N.º 2, pp. 243–267.
- Lippel, K., 2016: *Addressing occupational violence: An overview of conceptual and policy considerations viewed through a gender lens*, Documento de Trabalho (Genebra). Disponível em: www.ilo.org/gender/Informationresources/Publications/WCMS_535656/lang-en/index.htm [16 de fevereiro de 2015].
- Lipszyc, B.; Sail, E.; Xavier, A.; Comissão Europeia; Direção-Geral dos Assuntos Económicos e Financeiros. 2012. *Long-term care: Need, use and expenditure in the EU-27* (Bruxelas).
- Liu, J.X.; Goryakin, Y.; Maeda, A.; Bruckner, T.; Scheffler, R. 2017. «Global health workforce labor market projections for 2030», in *Human Resources for Health*, Vol. 15, Art. 11.
- Lund, F. 2010. «Hierarchies of care work in South Africa: Nurses, social workers and home-based care workers», in *International Labour Review*, Vol. 149, N.º 4, pp. 495–509.
- Luppi, M.; Oomkens, R.; Knijn, T.; Weicht, B. 2015. *Citizenship in the context of migrant care work: Regimes, rights and recognition* (Zenodo). Disponível em: <https://zenodo.org/record/20306> [25 de fevereiro de 2017].
- Lutz, H.; Palenga-Möllenberg, E. 2011. «Care, gender and migration: Towards a theory of transnational domestic work migration in Europe», in *Journal of Contemporary European Studies*, Vol. 19, N.º 3, pp. 349–364.
- MacPhail, F. 2017. «Paid and unpaid work time by labor force status of prime age women and men in Canada: The great recession and gender inequality in work time», in R. Connelly e E. Kongar (eds): *Gender and time use in a global context* (Nova Iorque, Palgrave Macmillan), pp. 85–112.
- Magar, V.; Gerecke, M.; Dhillon, I.; Campbell, J. 2016. *Women's contribution to sustainable development through work in health: Using a gender lens to advance a transformative 2030 agenda* (Genebra, OMS).

- Manyika, J.; Lund, S.; Chui, M.; Bughin, J.; Woetzel, J.; Batra, P.; Ko, R.; Sanghvi, S. 2017. *What the future of work will mean for jobs, skills, and wages: Jobs lost, jobs gained* (Nova Iorque, McKinsey Global Institute).
- Marope, P.T.M.; Kaga, Y. 2015. *Investing against evidence: The global state of early childhood care and education* (Paris, UNESCO).
- Marten, R.; McIntyre, D.; Travassos, C.; Shishkin, S.; Longde, W.; Reddy, S.; Vega, J. 2014. «An assessment of progress towards universal health coverage in Brazil, Russia, India, China, and South Africa (BRICS)», in *The Lancet*, Vol. 384, N.º 9960, pp. 2164–2171.
- Martin, P.; Abella, M. 2014. *Labour markets and the recruitment industry: Trends, challenges and opportunities*, Documento de Trabalho (Manila). Disponível em: www.ilo.org/manila/publications/WCMS_319001/lang--en/index.htm [21 de dezembro de 2017].
- Martin, S.; Lowell, L.B.; Gozdzia, E.M.; Bump, M.; Breeding, M.E. 2009. *The role of migrant care workers in aging societies: Report on research findings in the United States* (Washington, DC, Instituto para o Estudo da Migração Internacional, Escola de Serviço Estrangeiro de Walsh, Universidade de Georgetown).
- Martínez Franzoni, J.; Sanchez-Ancochea, D. 2016. *The quest for universal social policy in the south: Actors, ideas, and architectures* (Cambridge, Cambridge University Press).
- ; Voorend, K. 2012. «Blacks, whites, or grays? Conditional transfers and gender equality in Latin America», in *Social Politics: International Studies in Gender, State and Society*, Vol. 19, N.º 3, pp. 383–407.
- Maurer-Fazio, M.; Connelly, R. 2017. «How do caregiving responsibilities shape the time use of women and men in rural China», in R. Connelly e E. Kongar (eds): *Gender and time use in a global context* (Nova Iorque, Palgrave Macmillan), pp. 333–371.
- McLoughlin, S.; Münz, R. 2011. *Temporary and circular migration: Opportunities and challenges*. Documento de Trabalho N.º 35 (Bruxelas, Centro de Política Europeia).
- Meagher, G.; Szebehely, M (eds). 2013. *Marketisation in Nordic eldercare: A research report on legislation, oversight, extent and consequences*, Estudos de Ação Social de Estocolmo 30 (Estocolmo, Universidade de Estocolmo, Departamento de Ação Social).
- Meil, G. 2013. «European men's use of parental leave and their involvement in child care and housework», in *Journal of Comparative Family Studies*, Vol. 44, N.º 5, pp. 557–570.
- MenCare. 2018. *MenCare+* (Washington, DC). Disponível em: <https://men-care.org/what-we-do/programming/mencareplus/> [17 de janeiro de 2018].
- Merker, T.; Sønbo Kristiansen, I.; Sæther, E.M. 2016. *Human resources for health care in the Nordic welfare economies: Successful today, but sustainable tomorrow?* (Genebra, OMS).
- Messenger, J.C.; Vidal, P. 2015. *The organization of working time and its effects in the health services sector: A comparative analysis of Brazil, South Africa and the Republic of Korea* (Genebra, OIT).
- ; Wallot, P. 2015. *The diversity of “marginal” part-time employment*, Relatório de Políticas INWORK N.º 7 (Genebra, OIT).
- Michel, S.; Peng, I. 2012. «All in the family? Migrants, nationhood, and care regimes in Asia and North America», in *Journal of European Social Policy*, Vol. 22, N.º 4, pp. 406–418.
- . 2017. *Gender, migration, and the work of care: A multi-scalar approach to the Pacific Rim* (Cham, Suíça, Springer).
- Minghui, L. 2017. *Migrants and cities: Research report on recruitment, employment, and working conditions of domestic workers in China*, Documento de Trabalho, Boletim do Trabalho e Emprego N.º 92 (Genebra, OIT).

- Molina, O.; López-Roldán, P. 2015. «Occupational growth and non-standard employment in the Spanish service sector: From upgrading to polarisation», in W. Eichhorst e P. Marx (eds): *Non-standard employment in post-industrial labour markets: An occupational perspective* (Cheltenham, Reino Unido, Edward Elgar), pp. 110–149.
- Molinier, P. 2012. «Care as work: Mutual vulnerabilities and discrete knowledge», in N.H. Smith e J.-P. Deranty (eds): *New philosophies of labour: Work and the social bond*, Social and Critical Theory, Vol. 13 (Leiden, Brill), pp. 251–271.
- Molyneux, M.; Jones, N.; Samuels, F. 2016. «Can cash transfer programmes have ‘transformative’ effects?», in *The Journal of Development Studies*, Vol. 52, N.º 8, pp. 1087–1098.
- Montefiori, M.; Cattaneo, U.; Licata, M., a publicar. *The impact of HIV on care work and the care workforce*, Artigo de referência preparado para o relatório sobre a economia dos cuidados (Genebra, OIT).
- Mooi, E.; Sarstedt, M. 2011. *A concise guide to market research* (Berlim, Springer).
- Morahan, P.S.; Gleason, K.A.; Richman, R.C.; Dannels, S.; McDade, S.A. 2010. «Advancing women faculty to senior leadership in U.S. academic health centers: Fifteen years of history in the making», in *NASPA Journal about Women in Higher Education*, Vol. 3, N.º 1, pp. 140–165.
- Morrongiello, B.A.; Corbett, M.; McCourt, M.; Johnston, N. 2006. «Understanding unintentional injury risk in young children II. The contribution of caregiver supervision, child attributes, and parent attributes», in *Journal of Pediatric Psychology*, Vol. 31, N.º 6, pp. 540–551.
- Moss, P. 2012. «Caring and learning together: Exploring the relationship between parental leave and early childhood education and care», in *European Journal of Education*, Vol. 47, N.º 4, pp. 482–493.
- Muir, T. 2017. *Measuring social protection for long-term care*, Documento de Trabalho sobre a Saúde da OCDE N.º 93 (Paris, OCDE).
- Munnich, E.; Wozniak, A. 2017. *What explains the rising share of U.S. men in registered nursing?* (Washington, DC, Center for Equitable Growth).
- Muñoz Boudet, A.M.; Petesch, P.; Turk, C. 2013. *On norms and agency: Conversations about gender equality with women and men in 20 countries* (Washington, DC, Banco Mundial).
- Nandi, A.; Hajizadeh, M.; Harper, S.; Koski, A.; Strumpf, E.C.; Heymann, J. 2016. «Increased duration of paid maternity leave lowers infant mortality in low- and middle-income countries: A quasi-experimental study», in *PLOS Medicine*, Vol. 13, N.º 3, e1001985.
- Nelson, J.A.; Folbre, N. 2006. «Why a well-paid nurse is a better nurse», in *Nursing Economics*, Vol. 24, N.º 3, pp. 127–130.
- Nepomnyaschy, L.; Waldfogel, J. 2007. «Paternity leave and fathers’ involvement with their young children», in *Community, Work and Family*, Vol. 10, N.º 4, pp. 427–453.
- Neuman, M.; Josephson, K.; Chua, P.G. 2015. *A review of the literature: Early childhood care and education (ECCE) personnel in low- and middle-income countries* (Paris, UNESCO).
- Conselho de Sindicatos da Nova Zelândia. 2017. *Historic day as caregivers offered equal pay settlement*. Disponível em: www.union.org.nz/historic-day-as-caregivers-offered-equal-pay-settlement/ [23 de janeiro de 2018].
- Nogueira, P.J.; Falcão, J.M.; Contreiras, M.T.; Paixão, E.; Brandão, J.; Batista, I. 2005. «Mortality in Portugal associated with the heat wave of August 2003: Early estimation of effect, using a rapid method», in *Eurosurveillance*, Vol. 10, N.º 7, pp. 150–153.

- Nussbaum, M.C. 2017. «Preface», in M. Lansky *et al.* (eds): *Women, gender and work: Social choices and inequalities*, Vol. 2 (Genebra, OIT), pp. vii–x.
- O’Brien, M. 2009. «Fathers, parental leave policies, and infant quality of life: International perspectives and policy impact», in *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, Vol. 624, pp. 190–213.
- . 2012. *Work-family balance practices in action: Innovation and barriers in the private sector*, preparado para o Departamento dos Assuntos Económicos e Sociais das Nações Unidas, Divisão de Política Social e Desenvolvimento (Nova Iorque, Nações Unidas).
- ; K. Wall (eds). 2017. *Comparative perspectives on work–life balance and gender equality: Fathers on leave alone*, Life Course Research and Social Policies (Cham, Suíça, Springer Open).
- Ochs, K.; Yonemura, A. 2013. «Managing teacher migration: Implications for policy and practice», in *World Studies in Education*, Vol. 14, N.º 1, pp. 37–56.
- Oelz, M.; Rani, U. 2015. *Domestic work, wages, and gender equality: Lessons from developing countries*, Documento de Trabalho (Genebra, OIT). Disponível em: www.ilo.org/global/publications/working-papers/WCMS_430902/lang--en/index.htm [23 de fevereiro de 2018].
- OIT. Unidade de Cooperativas (COOP). 2018. *Cooperatives* (Genebra). Disponível em: www.ilo.org/coop [17 de janeiro de 2018].
- OIT. Departamento de Estatística. 2016. *Own use production work (II) – Services for own final use*, Documento apresentado no Workshop de Análise de Estudos Piloto de LFS da OIT, 15–18 nov. (Genebra).
- OIT. Escritório Regional para os Estados Árabes (ROAS). 2017a. *Common interests, shared goals: Promoting decent work from Asia and Africa to the Middle East* (Beirute). Disponível em: www.ilo.org/beirut/WCMS_578736/lang--en/index.htm [9 de fevereiro de 2018].
- . 2017b. *Employer–migrant worker relationships in the Middle East: Exploring scope for internal labour market mobility and fair migration* (Beirute). Disponível em: www.ilo.org/beirut/publications/WCMS_552697/lang--en/index.htm [9 de fevereiro de 2018].
- ; Gallup. 2017. *Towards a better future for women and work: Voices of women and men* (Genebra).
- ONU Mulheres. 1995. *Declaração de Pequim e Plataforma de Ação*, Quarta Conferência sobre as Mulheres: ação para a Igualdade, Desenvolvimento e Paz, 4-15 de setembro de 1995, Pequim. Disponível em: www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/ [26 de fevereiro de 2016].
- . 2012. *Integrated child development services: Identifying critical gender concerns* (Nova Iorque).
- . 2015. *The state of the world’s children 2013. Children with disabilities*. (Nova Iorque).
- . 2016. *Women’s empowerment and the link to sustainable development: 2016 Commission on the Status of Women, Agreed conclusions* (Nova Iorque).
- . 2017. *Women’s economic empowerment in the changing world of work: 2017 Commission on the Status of Women, Agreed conclusions* (Nova Iorque).
- Organização das Nações Unidas (ONU). 1979. *Convenção das Nações Unidas sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW)*, 1979 (Nova Iorque). Disponível em: www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm [29 de janeiro de 2018].

- 1996. *Relatório da Quarta Conferência sobre as Mulheres*, Pequim, 4-15 set. 1995 (Nova Iorque).
- 2006. *Convenção das Nações Unidas sobre os direitos das pessoas com deficiência* (CRPD)
- (ed.). 2008. *Classificação Internacional Tipo de Atividades (CITA)*. Rev. 4. Documentos estatísticos. Série M, N.º 4, Rev. 4 (Nova Iorque).
- 2013. *Extreme poverty and human rights*, Nota do Secretário-Geral (Genebra).
- 2015. *The world's women 2015: Trends and statistics* (Nova Iorque, Departamento de Assuntos Económicos e Sociais das Nações Unidas, Divisão de Estatística).
- 2016. *Women's economic empowerment in the changing world of work: Report of the Secretary-General* (Nova Iorque). Disponível em: <http://undocs.org/E/CN.6/2017/3> [29 de janeiro de 2018].
- 2017a. *Classificação Internacional de Atividades de Uso do Tempo (ICATUS, 2016): Comissão Estatística: relatório sobre a quadragésima oitava sessão, 7-10 de março de 2017* (Nova Iorque).
- 2017b. *World fertility report 2015* (Nova Iorque, Departamento de Assuntos Económicos e Sociais, Divisão da População).
- 2017c. *World population prospects: The 2017 revision. Key findings and advance tables* (Nova Iorque, Departamento de Assuntos Económicos e Sociais).
- ; Comissão Europeia, Fundo Monetário Internacional; Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico, Banco Mundial (eds). 2009. *System of national accounts 2008* (Nova Iorque).
- Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO). 2007. *Strong foundations: Early childhood care and education*, Documento de Orientação sobre o Relatório de Monitorização Global da Educação Para Todos (Paris).
- 2009a. *The implications of HIV and AIDS on women's unpaid labour burden* (Paris, Divisão para o Escritório de Igualdade de Género do Diretor-Geral).
- 2009b. *Universal primary education in Africa: The teacher challenge* (Dacar, Senegal, BREDA, Escritório regional da OIT).
- 2012. *Sub-Saharan Africa 2012 EFA report*, Global Education for All Meeting (Paris).
- 2014. *Teaching and learning: Achieving quality for all* (Paris).
- 2015a. *A review of the literature: Early childhood care and education (ECCE) personnel in low- and middle-income countries*, Early Childhood Care and Education Working Paper Series (Paris).
- 2015b. *Education for all 2000–2015: Achievements and challenges*, Relatório de Monitorização Global da Educação Para Todos, dez. 2015. (Paris).
- 2016a. *Relatório das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Mundial da Água 2016: Water and jobs*. Programa Mundial para a Avaliação dos Recursos Hídricos (WWAP) (Paris).
- 2016b. *Education for people and planet: Creating sustainable futures for all*, Relatório de Monitorização Global da Educação 2016. 2.ª ed. (Paris).
- 2017. *Relatório de Monitorização Global da Educação 2017. Accountability in education: Meeting our commitments* (Paris).
- Organização das Nações Unidas para a Educação Ciência e Cultura (UNESCO). 2016. *Recomendação da OIT/UNESCO relativa ao Estatuto dos Professores (1996) e a*

Recomendação da UNESCO relativa ao Estatuto do Pessoal Docente do Ensino Superior (1997) com a Recomendação da UNESCO (1997) (Genebra).

Organização Mundial de Saúde (OMS). 2004. *The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children: A review* (Genebra).

—. 2006. *The World Health Report 2006: Working together for health* (Genebra).

—. 2010. *Global Code of Practice on international recruitment of health personnel* (Genebra).

—. 2011. *Gender, climate change and health* (Genebra).

—. 2015. *World report on ageing and health* (Genebra).

—. 2016a. *A dynamic understanding of health worker migration* (Genebra).

—. 2016b. *Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals*, Human Resources for Health Observer (Genebra).

—. 2016c. *WHO Global Code of Practice on the international recruitment of health personnel: Second round of national reporting* (Genebra). Disponível em: http://apps.who.int/gb/eb-wha/pdf_files/WHA69/A69_37-en.pdf [29 de janeiro de 2018].

—. 2016d. *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030* (Genebra).

—. 2017. *Dublin declaration on human resources for health: Building the health workforce of the future*, Quarto Fórum Global sobre Recursos Humanos na Saúde (Genebra). Disponível em: www.who.int/hrh/events/Dublin_Declaration-on-HumanResources-for-Health.pdf [25 de janeiro de 2018].

—. 2018. *Base de Dados Mundial sobre as Despesas com a Saúde* (Genebra). Disponível em: <http://apps.who.int/nha/database> [10 de janeiro de 2018].

—. Observatório Mundial de Saúde. 2018. *Health workforce, aggregated data* (Genebra). Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1444> [13 de fevereiro de 2018].

—. Aliança Mundial dos Trabalhadores do Setor da Saúde (GHTA). 2010. *Global experience of community health workers for delivery of health related millennium development goals: A systematic review, country case studies, and recommendations for integration into national health systems* (Genebra).

—; UNICEF. 2012. *Early childhood development and disability: A discussion paper* (Genebra).

—; —. 2017. *Progress on drinking water, sanitation and hygiene: 2017 update and SDG base-lines* (Genebra).

—; Banco Mundial. 2011. *World report on disability* (Genebra).

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). 2007. «Matching educational background and employment: A challenge for immigrants in host countries», in *International Migration Outlook 2007* (Paris), pp. 131–159.

—. 2010. *Perspetivas da OCDE sobre o Emprego 2010* (Paris).

—. 2015. *Perspetivas sobre a Migração Internacional, 2015* (Paris).

—. 2016a. *Base de dados da OCDE sobre as famílias PF4.3: Out-of-school-hours care* (Paris). Disponível em: www.oecd.org/els/family/database.htm [29 de janeiro de 2018].

—. 2016b. *Base de dados da OCDE sobre as famílias PF1.4: Neutrality of tax-benefit systems* (Paris). Disponível em: www.oecd.org/els/soc/PF1_4_Neutrality_of_tax_benefit_systems.pdf [12 de novembro de 2017].

—. 2017a. *Education at a glance 2017* (Paris). Disponível em: www.oecd-ilibrary.org/education/education-at-a-glance-2017_eag-2017-en [27 de setembro de 2017].

- . 2017b. *Health at a glance 2017* (Paris). Disponível em: www.oecd-ilibrary.org/social-issues-mi-gration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en [9 de novembro de 2017].
- . 2017c. *Base de dados da OCDE sobre as famílias PF3.3: Informal childcare arrangements* (Paris). Disponível em: www.oecd.org/els/family/database.htm [23 de janeiro de 2018].
- . 2017d. *Base de dados da OCDE sobre as famílias PF3.4: Childcare support* (Paris). Disponível em: www.oecd.org/els/family/database.htm [23 de janeiro de 2018].
- . 2017e. *Starting strong 2017: Key OECD indicators on early childhood education and care* (Paris).
- . 2017f. *Starting strong V: Transitions from Early Childhood Education and Care to Primary Education* (Paris).
- . 2017g. *The pursuit of gender equality: An uphill battle* (Paris).
- . 2018a. *Long-term care resources and utilisation* (Paris). Disponível em: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=30140#> [8 de fevereiro de 2018].
- . 2018b. Estatísticas da OCDE (Paris). Disponível em: <http://stats.oecd.org/> [1 de fevereiro de 2018].
- . 2018c. *Part-time employment rate (indicator)* (Paris), doi: 10.1787/f2ad596c-en. Disponível em: <https://data.oecd.org/emp/part-time-employment-rate.htm> [1 de fevereiro de 2018].
- ; Comissão Europeia. 2013. *A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care*, Estudos sobre as Políticas de Saúde (Paris).
- Orozco Corona, M.E.; Gammage, S. 2017. *Cash transfer programmes, poverty reduction and women's economic empowerment: Experience from Mexico*, Documento de Trabalho (Genebra, OIT). Disponível em: www.ilo.org/global/topics/equality-and-discrimination/publications/WCMS_571096/lang--en/index.htm [5 de dezembro de 2017].
- Ortiz, I.; Cummins, M.; Karunanethy, K. 2015. *Fiscal space for social protection. Options to expand social investments in 187 countries*, Documento de Trabalho (Genebra, OIT). Disponível em: www.ilo.org/secsoc/information-resources/publications-and-tools/Workingpapers/WCMS_383871/lang--en/index.htm [22 de fevereiro de 2018].
- Pacolet, J.; Comissão Europeia (eds). 1999. *Social protection for dependency in old age in the 15 EU member states and Norway*, Relatório de síntese encomendado pela Comissão Europeia e o Ministro belga dos Assuntos Sociais (Luxemburgo e Lanham, MD, Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias).
- Painel de Alto Nível das Nações Unidas (UNHLP). 2017. *Leave no one behind: Taking action for transformational change on women's economic empowerment*, Relatório do Painel de Alto Nível sobre o Empoderamento Económico das Mulheres do Secretário-Geral das Nações Unidas (Nova Iorque).
- Palriwala, R.; Neetha, N. 2010. «Care arrangements and bargains: Anganwadi and paid domestic workers in India», in *International Labour Review*, Vol. 149, N.º 4, pp. 511–527.
- Parakh, R. 2016. «Why are Anganwadi workers across the country considering going on strike?», in *The Logical Indian*, 20 de fevereiro de 2016. Disponível em: <http://the logicalindian.com/sto-ry-feed/exclusive/how-can-arun-jaitley-fight-indias-national-shame-and-help-malnutri-tioned-children-through-his-budget/> [18 de fevereiro de 2016].
- Parent-Thirion, A.; Biletta, I.; Cabrita, J.; Llave Vargas, O.; Vermeulen, G.; Wilczynska, A.; Wilkens, M. 2017. *6th European working conditions survey: Overview report*, 2017 update, EF 16/34 (Luxemburgo, Publicações Oficiais das Comunidades Europeias).

- Parreñas, R. 2010. «Transnational mothering: A source of gender conflicts in the family», in *North Carolina Law Review*, N.º 88, pp. 1825–1856.
- Patel, L. 2009. *The gendered character of social care in the non-profit sector in South Africa*, Documento temático (Universidade de Joanesburgo, Centro para o Desenvolvimento Social em África e UNRISD).
- Peeters, J. 2007. «Including men in early childhood education: Insights from the European experience», in *NZ Research in Early Childhood Education*, Vol. 10, pp. 15–24.
- Peng, I. 2010. «The expansion of social care and reform: Implications for care workers in the Republic of Korea», in *International Labour Review*, Vol. 149, N.º 4, pp. 461–476.
- . 2012. «The boss, the worker, his wife and no babies: South Korean political and social economy of care in a context of institutional rigidities», in S. Razavi e S. Staab (eds): *Global variations in the political and social economy of care: Worlds apart* (Nova Iorque, Routledge), pp. 80–100.
- . 2016. «Testing the limits of welfare state changes: The slow-moving immigration policy reform in Japan», in *Social Policy and Administration*, Vol. 50, N.º 2, pp. 278–295.
- ; Wong, O.M.H. 2016. «Who takes care of my left-behind children? Migrant mothers and caregivers in transnational child care», in *Journal of Family Issues*, Vol. 37, N.º 14, pp. 2021–2044.
- Pereyra, F. 2017. *Trabajadoras domésticas y protección social en Argentina: Avances y desafíos pendientes* (Buenos Aires, Escritório regional da OIT).
- ; Micha, A.S. 2016. «The configuration of nursing labor conditions in the Buenos Aires metropolitan area: An analysis at the intersection of the gender order and the organization of the health system», in *Salud Colectiva*, Vol. 12, N.º 2, pp. 221–238.
- Petmesidou, M.; Guillén, A.M. 2015. *Economic crisis and austerity in Southern Europe: Threat or opportunity for a sustainable welfare state?* OSE Paper Series N.º 18 (Paris, Observatório Social Europeu). Disponível em: http://www.ose.be/files/publication/OSEPaperSeries/Petmesidou_Guillen_2015_OseResearchPaper18.pdf [2 de fevereiro de 2018].
- Pflegestützpunkte Berlin. 2017. Fichas informativas A–Z. Disponíveis em: www.pflegestuetzpunkte-berlin.de/index.php/informationsblaetter-a-z-2 [11 de janeiro de 2018].
- Philip, K. 2013. *The community work programme: Building a society that works* (Genebra, OIT).
- Pillinger, J. 2010. *Pay and the gender wage gap in health and social care* (Bruxelas, Sindicato Europeu de Serviços Públicos).
- . 2014. *Bargaining for equality* (Bruxelas, Confederação Europeia de Sindicatos).
- ; Schmidt, V.; Wintour, N., 2016: *Negotiating for gender equality*, Issue Brief N.º 4 (Genebra, OIT).
- Pirard, P.; Vandentorren, S.; Pascal, M.; Laaidi, K.; Le Tertre, A.; Cassadou, S.; Ledrans, M. 2005. «Summary of the mortality impact assessment of the 2003 heat wave in France», in *Eurosurveillance*, Vol. 10, N.º 7, pp. 7–8.
- Postic, N. 2016. *Volunteer work in the health and care sector*, artigo de referência não publicado (Genebra, OIT).
- Press, F.; Hayes, A. 2000. *OECD thematic review of early childhood education and care policy: Australian background report* (Camberra, Governo da Commonwealth da Austrália).
- Programa Alimentar Mundial (PAM) 2013. *State of School Feeding Worldwide 2013* (Roma).
- Rao, M.; Rao, K.D.; Shiva Kumar, A.K.; Chatterjee, M.; Sundararaman, T. 2011. «Human resources for health in India», in *The Lancet*, Vol. 377, N.º 9765, pp. 587–598.

- Ravenswood, K. 2017. *Improving care worker conditions for aged care workers in New Zealand*, Documento apresentado na Global Carework Summit, Lowell, MA, 1–3 de junho. Detalhes da cimeira disponíveis em: www.uml.edu/Research/CWW/carework/Summit/ [30 de janeiro de 2018].
- Ray, R.; Gornick, J.C.; Schmitt, J. 2010. «Who cares? Assessing generosity and gender equality in parental leave policy designs in 21 countries», in *Journal of European Social Policy*, Vol. 20, N.º 3, pp. 196–216.
- Razavi, S. 2007. *The political and social economy of care in a development context: Conceptual issues, research questions and policy options* (Genebra, UNRISD).
- . 2011. «Rethinking care in a development context: An introduction», in *Development and Change*, Vol. 42, N.º 4, pp. 873–903.
- . 2013. «Households, families, and social reproduction», in G. Waylen (ed.): *The Oxford handbook of gender and politics* (Oxford, Oxford University Press), pp. 289–312.
- ; Staab, S. 2010. «Underpaid and overworked: A cross-national perspective on care workers», in *International Labour Review*, Vol. 149, N.º 4, pp. 407–422.
- Rege, M.; Solli, I. 2010. *The impact of paternity leave on long-term father involvement*, SSRN Scholarly Paper (Rochester, NY, Social Science Research Network).
- Rehel, E.M. 2014. «When dad stays home too: Paternity leave, gender, and parenting», in *Gender and Society*, Vol. 28, N.º 1, pp. 110–132.
- Rhee, J.C.; Done, N.; Anderson, G.F. 2015. «Considering long-term care insurance for middle-income countries: Comparing South Korea with Japan and Germany», in *Health Policy*, Vol. 119, N.º 10, pp. 1319–1329.
- Rodrigues, R.; Huber, M.; Lamura, G. 2012. *Facts and figures on healthy ageing and long-term care* (Viena, European Centre for Social Welfare Policy and Research).
- Rodríguez Enríquez, C. 2016. «Basic income and time use democratization», in *Basic Income Studies*, Vol. 11, N.º 1.
- Rost, L.; Bates, K.; Dellepiane, L. 2015. *Women's economic empowerment and care: Evidence for influencing* (Oxford, Oxfam).
- Rubery, J.; Grimshaw, D.; Hebson, G.; Ugarte, S.M. 2015. «It's all about time': Time as contested terrain in the management and experience of domiciliary care work in England», in *Human Resource Management*, Vol. 54, N.º 5, pp. 753–772.
- Sainsbury, D. 2013. «Gender, care; welfare», in G. Waylen (ed.): *The Oxford handbook of gender and politics* (Oxford, Oxford University Press).
- Salami, B.; Oluwakemi, A.; Philomena, O.-I. 2016. *Migrant nurses and care workers rights in Canada* (Genebra, UNRISD).
- Salmi, M.; Lammi-Taskula, J. 2017. «Finland country note», in S. Blum, A. Koslowski e P. Moss (eds): *International review of leave policies and research 2017* (Filadélfia, PA, International Network on Leave Policies and Research. Disponível em: www.leavenetwork.org/lp_and_r_reports/ [29 de janeiro de 2018].
- Salvador, S.; Rodríguez Enríquez, C.; Martínez Franzoni, J.; Arza, C. 2018. *Maternidad en el empleo: ¿cuáles son los costos de la escasa corresponsabilidad social y cómo se distribuyen?* (Genebra, OIT).
- Samman, E.; Presler-Marshall, E.; Jones, N. 2016. *Women's work: Mothers, children and the global childcare crisis* (Londres, Overseas Development Institute).

- Saraceno, C. 2016. «Varieties of familism: Comparing four southern European and East Asian welfare regimes», in *Journal of European Social Policy*, Vol. 26, N.º 4, pp. 314–326.
- ; Keck, W. 2010. «Can we identify intergenerational policy regimes in Europe?», in *European Societies*, Vol. 12, N.º 5, pp. 675–696.
- Scheil-Adlung, X. 2015. *Long-term care (LTC) protection for older persons: A review of coverage deficits in 46 countries*, Working Paper, Série de Documentos ESS (SECSOC) (Genebra, OIT).
- Schmid, G.; Wagner J. 2016. *Managing social risks of non-standard forms of employment: Europe compared to selected countries in Asia, Latin America, and Africa*, relatório de referência não publicado (Genebra, OIT).
- Schmidt, A.E.; Fuchs, M.; Rodrigues, R. 2016. *Juggling family and work: Leaves from work to care informally for frail or sick family members – an international perspective*, Policy Brief (Viena, European Centre for Social Welfare Policy and Research).
- Schwalbe, N. 2017. «Global health: generation men», in *The Lancet*, Vol. 390, N.º 10096, p. 733.
- Sekeráková Búriková, Z. 2017. «Exploring the demand for paid domestic workers in Slovakia through the intersection of welfare and gender regimes», in *Laboratorium: Russian Review of Social Research*, Vol. 8, N.º 3, pp. 28–51.
- Selwyn, P.A.; Goulet, J.L.; Molde, S.; Constantino, J.; Fennie, K.P.; Wetherill, P.; Gaughan, D.M.; Brett-Smith, H.; Kennedy, C. 2000. «HIV as a chronic disease: Implications for long-term care at an AIDS-dedicated skilled nursing facility», in *Journal of Urban Health*, Vol. 77, N.º 2, pp. 187–203.
- Sepúlveda Carmona, M. 2013. *Report of the special rapporteur on extreme poverty and human rights: Unpaid care work and women's human rights* (Genebra, Conselho da ONU para os Direitos Humanos).
- . 2017. «Ensuring inclusion and combatting discrimination in social protection programmes: The role of human rights standards», in *International Social Security Review*, Vol. 70, N.º 4, pp. 13–43.
- ; Nyst, C.; Hautala, H. 2012. *The human rights approach to social protection*, SSRN Scholarly Paper (Helsínquia, Ministério dos Assuntos Estrangeiros da Finlândia).
- Sexsmith, K.; Smaller, C.; Speller, W. 2017. *How to improve gender equality in agriculture* (Winnipeg, Manitoba, International Institute for Sustainable Development).
- Shaeffer, S. 2015. *Comissão conjunta de Peritos da OIT-UNESCO sobre a Aplicação das Recomendações relativas a Pessoal Docente (CEART)* (Genebra e Paris, OIT e UNESCO).
- Shakespeare, T.; Williams, F., a publicar. *Care and assistance: Issues for persons with disabilities, women and care workers* (Genebra, OIT).
- Shan, J. 2017. «Long-term care insurance may become mandatory», in *China Daily*. Disponível em: http://m.chinadaily.com.cn/en/2017-03/11/content_28515881.htm [13 de fevereiro de 2018].
- Sharma, R. 2012. «Teachers on the move», in *Journal of Studies in International Education*, Vol. 17, N.º 3, pp. 262–283.
- Shi, L.; Zhang, D.; Zhou, C.; Yang, L.; Sun, T.; Hao, T.; Peng, X. *et al.* 2017. «A cross-sectional study on the prevalence and associated risk factors for workplace violence against Chinese nurses», in *British Medical Journal*, Vol. 7, N.º 6, e013105.
- Shutes, I.; Chiatti, C. 2012. «Migrant labour and the marketisation of care for older people: The employment of migrant care workers by families and service providers», in *Journal of European Social Policy*, Vol. 22, N.º 4, pp. 392–405.

- ; Walsh, K. 2012. «Negotiating user preferences, discrimination, and demand for migrant labour in long-term care», in *Social Politics: International Studies in Gender, State and Society*, Vol. 19, N.º 1, pp. 78-104.
- Sinyavskaya, O. 2017. «Russian Federation country note», in S. Blum, A. Koslowski e P. Moss (eds): *International review of leave policies and research 2017* (Filadélfia, PA, International Network on Leave Policies and Research. Disponível em: www.leavenetwork.org/lp_and_r_reports/ [29 de janeiro de 2018].
- Sipilä, J.; Repo, K.; Rissanen, T. (eds). 2010. *Cash-for-childcare: The consequences for caring mothers* (Cheltenham, Edward Elgar).
- Sjöberg, O. 2004. «The role of family policy institutions in explaining gender-role attitudes: A comparative multilevel analysis of thirteen industrialized countries», in *Journal of European Social Policy*, Vol. 14, N.º 2, pp. 107-123.
- Smeaton, D.; Ray, K.; Knight, G. 2014. *Costs and benefits to business of adopting work life balance working practices: A literature review* (Londres, Department for Business, Innovation and Skills).
- Solaz, A.; Thévenon, O. 2013. *Labour market effects of parental leave policies in OECD countries*, Documento de Trabalho da OCDE sobre questões sociais, emprego e migração (Paris, OCDE).
- Spencer, S.; Martin, S.; Lynn Bourgeault, I.; O'Shea, E. 2010. *The role of migrant care workers in ageing societies: Report on research findings in the United Kingdom, Ireland, Canada and the United States* (Genebra, Organização Internacional para as Migrações (OIM)).
- Speroni, K.G.; Fitch, T.; Dawson, E.; Dugan, L.; Atherton, M. 2014. «Incidence and cost of nurse workplace violence perpetrated by hospital patients or patient visitors», in *Journal of Emergency Nursing*, Vol. 40, N.º 3, pp. 218-228.
- Sprague, T.B. 1880. «Explanation of a new formula for interpolation», in *Journal of the Institute of Actuaries*, Vol. 22, pp. 270-275.
- Standing, G. 2001. «Care work: Overcoming insecurity and neglect», in M.E. Daly (ed.): *Care work: The quest for security* (Genebra, OIT), pp. 15-32.
- Stenum, H. 2011. *Abused domestic workers in Europe. The case of au pairs* (Bruxelas, Parlamento Europeu).
- Stiglitz, J.; Sen, A.; Fitoussi, J.-P. 2009. *Relatório da Comissão para a Medição do Desempenho Económico e do Progresso Social* (Paris, centre de recherche en économie de Sciences Po).
- Stotsky, J.G. 2016. *Gender budgeting: Fiscal context and current outcomes*, Documento de Trabalho (Washington, DC, Fundo Monetário Internacional (FMI)).
- Sullivan, O. 2000. «The division of domestic labour: Twenty years of change?», in *Sociology*, Vol. 34, N.º 3, pp. 437-456.
- . 2013. «What do we learn about gender by analyzing housework separately from child care? Some considerations from time-use evidence», in *Journal of Family Theory and Review*, Vol. 5, N.º 2, pp. 72-84.
- Sunuwar, D.K. 2015. «Seven out of every 10 victims of trafficking in persons are indigenous women and girls in Nepal», in *Indigenous voices*. Disponível em: www.indigenousvoice.com/en/7-out-of-every-10-victims-of-trafficking-in-person-are-indigenous-women-and-girls-in-nepal.html [27 de fevereiro de 2018].
- Svallfors, S. (ed.) 2012. *Contested welfare states: Welfare attitudes in Europe and beyond*, Studies in Social Inequality (Stanford, CA, Stanford University Press).

- Szebehely, M.; Meagher, G. 2017. «Nordic eldercare – Weak universalism becoming weaker?», in *Journal of European Social Policy*, doi: [10.1177/0958928717735062](https://doi.org/10.1177/0958928717735062).
- Széman, Z. 2015. «Transition of long-term care in Hungary: Problems and solutions», in *European Journal of Mental Health*, Vol. 10, n.º 2, pp. 245-255.
- Tanzarn, N.; Gutierrez, M.T. 2015. *Public works programmes: A strategy for poverty alleviation – The gender dimension revisited in employment-intensive investment programmes in 30 countries in Africa, Asia, Latin America and the Caribbean*, Documento de Trabalho (Genebra, OIT).
- Tijdens, K.; de Vries, D.H.; Steinmetz, S. 2013. «Health workforce remuneration: Comparing wage levels, ranking, and dispersion of 16 occupational groups in 20 countries», in *Human Resources for Health*, Vol. 11, Art. 11.
- Tillé, Y. 2011. *Théorie des sondages: Chantillonage et estimation en population finie: cours et exercices avec solutions* (Paris, Dunod).
- Tkach, O.; Hrzenjak, M. 2017. «Paid domestic work in postsocialist contexts: Regional traits of a global phenomenon – An introduction», in *Laboratorium: Russian Review of Social Research*, Vol. 8, N.º 3, pp. 4-14.
- Tomblin Murphy, G.; Birch, S.; MacKenzie, A.; Bradish, S.; Elliott Rose, A. 2016a. «A synthesis of recent analyses of human resources for health requirements and labour market dynamics in high-income OECD countries», in *Human Resources for Health*, Vol. 14, Art. 59.
- ; Birch, S.; MacKenzie, A.; Rigby, J. 2016b. «Simulating future supply of and requirements for human resources for health in high-income OECD countries», in *Human Resources for Health*, Vol. 14, Art. 77.
- Tomei, M.; Belser, P. 2011. «New ILO standards on decent work for domestic workers: A summary of the issues and discussions», in *International Labour Review*, Vol. 150, N.ºs. 3–4, pp. 431–438.
- Trafford, Z.; Swartz, A.; Colvin, C.J. 2017. «Contract to volunteer’: South African community health worker mobilization for better labor protection», in *New Solutions: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, doi: [10.1177/104829111773952](https://doi.org/10.1177/104829111773952).
- Tronto, J. 2015. *Who cares? How to reshape a democratic politics* (Ithaca, NY, Cornell University Press).
- Trotter, L.J. 2017. «Making a career: Reproducing gender within a predominately female profession», in *Gender and Society*, Vol. 31, N.º 4, pp. 503–525.
- Tschanz, C.; Staub, I. 2017. «Disability-policy models in European welfare regimes: comparing the distribution of social protection, labour-market integration and civil rights», in *Disability and Society*, Vol. 32, N.º 8, pp. 1199–1215.
- Tsikata, D. 2011. «Employment agencies and the regulation of domestic workers in Ghana: Institutionalizing informality?», in *Canadian Journal of Women and the Law*, Vol. 23, N.º 1, pp. 213–234.
- UNESCO. Instituto de Estatística. 2011. *Classificação Internacional Tipo da Educação: CITE 2011* (Montreal).
- . 2018. *UIS Statistical Data* (Montreal). Disponível em: <http://data.uis.unesco.org/> [1 de fevereiro de 2018].
- Ungerson, C.; Yeandle, S. (eds). 2007. *Cash for care in developed welfare states*, The Future of Work Series (Basingstoke, Palgrave Macmillan).

- União Interparlamentar (UIP). 2009. *Equality in politics: A survey of women and men in parliaments. An overview of key findings* (Genebra).
- Valarino, I.; Duvander, A.-Z.; Haas, L.; Neyer, G. 2017. «Exploring leave policy preferences: A comparison of Austria, Sweden, Switzerland, and the United States», in *Social Politics: International Studies in Gender, State and Society*. Disponível em: <http://academic.oup.com/sp/advance-article/doi/10.1093/sp/jxx020/4772851> [17 de janeiro de 2018].
- Vázquez Pimentel, A.D.; Macías Aymar, I.; Lawson, M. 2018. *Reward work, not wealth: To end the inequality crisis, we must build an economy for ordinary working people, not the rich and powerful* (Oxford, Oxfam).
- Vladescu, C.; Scintee, S.G.; Olsavszky, V.; Hernandez-Quevedo, C.; Sagan, A. 2016. «Romania: Health system review», in *Health Systems in Transition*, Vol. 18, N.º 4, pp. 1–170.
- Wickramasekara, P., 2015: *Bilateral agreements and memoranda of understanding on migration of low skilled workers: A review*, SSRN Scholarly Paper (Rochester, NY, Social Science Research Network).
- Wielers, R.; Raven, D. 2013. «Part-time work and work norms in the Netherlands», in *European Sociological Review*, Vol. 29, N.º 1, pp. 105–113.
- Williams, F. 2012. «Converging variations in migrant care work in Europe», in *Journal of European Social Policy*, Vol. 22, N.º 4, pp. 363–376.
- ; Gavanas, A. 2008. «The intersection of childcare regimes and migration regimes: A three-country study», in H. Lutz (ed.): *Migration and domestic work* (Londres, Routledge), pp. 13–28.
- Wils, A. 2015. *Reaching education targets in low and lower-middle income countries: Costs and finance gaps to 2030 for pre-primary, primary, lower- and upper secondary schooling* (Paris, UNESCO).
- Windebank, J. 2010. «Barriers to outsourcing domestic chores in dual-earner households», *International Journal of Sociology and Social Policy*, Vol. 30, N.º 7/8, pp. 387–398.
- Wismar, M.; Organização Mundial de Saúde; Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (eds). 2011. *Health professional mobility and health systems: Evidence from 17 European countries*, Observatory Studies Series 23 (Copenhaga, OMS, em nome do Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde).
- Woetzel, J.; Madgavkar, A.; Ellingrud, K.; Labaye, E.; Devillard, S.; Kutcher, E.; Manyika, J.; Dobbs, R.; Mekala, K. 2015. *The power of parity: How advancing women's equality can add \$12 trillion to global growth* (Nova Iorque, McKinsey Global Institute).
- Women in Informal Employment: Globalizing and Organizing (WIEGO). 2017. *WIEGO child care campaign* (Manchester). Disponível em: www.wiego.org/wiego/wiego-child-care-cam-paign [9 de fevereiro de 2018].
- . 2018 *Child care and informal workers* (Manchester). Disponível em: www.wiego.org/wiego/child-care-initiative [7 de fevereiro de 2018].
- Wright, E.O. 2012. «Defining care», in N. Folbre (ed.): *For love and money: Care provision in the United States* (Nova Iorque, Fundação Russell Sage), pp. 1–20.
- Yeandle, S.; Kröger, T. 2014. «Reconciling work and care for older parents, disabled children and partners: Convergent or separate paths in three welfare systems?», in T. Kröger e S. Yeandle (eds): *Combining paid work and family care: Policies and experiences in international perspective* (Bristol, Policy Press), pp. 219–239.

- ; Chou, Y.-C.; Fine, M.; Larkin, M.; Milne, A. 2017. «Care and caring: Interdisciplinary perspectives on a societal issue of global significance», in *International Journal of Care and Caring*, Vol. 1, N.º 1, pp. 3–25.
- Yeates, N. 2012. «Global care chains: A state-of-the-art review and future directions in care transnationalization research», in *Global Networks*, Vol. 12, N.º 2, pp. 135–154.
- ; Pillinger, J. 2013. *Human resources for health migration: Global policy responses, initiatives, and emerging issues* (Milton Keynes, Open University). Disponível em: <http://oro.open.ac.uk/39072/> [19 de janeiro de 2018].
- Yun, A. 2017. *A 'state-generated' maid?: Care workers in South Korea*. Oxford Human Rights Hub Blog, 15 de dezembro de 2017. Disponível em: <http://ohrh.law.ox.ac.uk/a-state-generated-maid-careworkers-in-the-south-korea> [19 de fevereiro de 2018].
- Zacharias, A. 2017. *How time deficits and hidden poverty undermine the Sustainable Development Goals* (Annandale-on-Hudson, NY, Instituto de Economia Levy da Universidade de Bard).
- ; Antonopoulos, R.; Masterson, T. 2012. *Why time deficits matter: Implications for the measurement of poverty* (Annandale-on-Hudson, NY, UNDP, Instituto de Economia Levy da Universidade de Bard).
- Zanoni, J.; Kauffman, K.; McPhaul, K.; Nickels, L.; Hayden, M.; Glassman, M.; Vega, L.; Sokas R.; Lipscomb, J. 2007. «Personal care assistants and blood exposure in the home environment: Focus group findings», in *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action*, Vol. 1, N.º 2, pp. 125–131.
- Zdravomyslova, E.; Tkach, O. 2017. «Cultural patterns of class inequality in the realm of paid domestic work in Russia», in *Laboratorium: Russian Review of Social Research*, Vol. 8, N.º 3, pp. 68-99.

O TRABALHO DE CUIDADOS E OS TRABALHADORES DE CUIDADOS PARA O FUTURO DO TRABALHO DIGNO

O presente relatório examina de forma abrangente o trabalho de cuidados não remunerado e remunerado e a sua relação com o mundo do trabalho em mudança. Analisa as formas nas quais o trabalho de cuidados não remunerado é reconhecido e organizado, a extensão e a qualidade dos empregos no âmbito dos cuidados e o seu impacto no bem-estar individual e da sociedade. Um dos objetivos fulcrais deste relatório são as persistentes desigualdades de género nos agregados familiares e no mercado de trabalho, as quais estão intimamente ligadas ao trabalho de cuidados. Estas desigualdades de género têm de ser ultrapassadas para tornar o trabalho de cuidados digno e assegurar um futuro de trabalho digno às mulheres e aos homens.

O relatório pormenoriza um conjunto de medidas políticas transformadoras em cinco domínios de ação: cuidados, macroeconomia, proteção social, trabalho e migração. Estas políticas visam promover o reconhecimento do valor do trabalho de cuidados não remunerado, a redução de determinadas formas penosas de trabalho de cuidados e a redistribuição das responsabilidades de cuidados entre as mulheres e os homens e entre os agregados familiares e o Estado. Estas políticas necessitam igualmente de gerar mais trabalho de cuidados e de melhor qualidade e apoiar a representação dos cuidadores não remunerados, trabalhadores de cuidados e beneficiários de cuidados no diálogo social. O relatório afirma que a disponibilização de serviços de cuidados públicos de qualidade e acessíveis, assim como as políticas e infraestruturas, são de vital importância.

Para apoiar estas recomendações políticas, o relatório apresenta um manancial de dados originais provenientes de mais de 90 países de todo o mundo. Estes dados abrangem um leque de questões, incluindo:

- de que forma as mudanças na dimensão e estrutura dos agregados familiares - devido a transformações demográficas, migratórias e do mercado de trabalho - estão a alterar o cenário das necessidades de cuidados;
- a magnitude e o valor do trabalho de cuidados não remunerado, a sua desigual distribuição entre as mulheres e os homens e o seu impacto nas desigualdades de género no emprego;
- o papel das políticas relacionadas com os cuidados na consecução de resultados positivos em termos de bem-estar e de emprego para os beneficiários de cuidados e os prestadores de cuidados, e uma análise da cobertura das políticas de cuidados em todo o mundo;
- a magnitude e a distribuição no emprego da força de trabalho de cuidados e as condições de trabalho dos trabalhadores de cuidados nos setores da saúde e ação social e do ensino, assim como no serviço doméstico;
- o potencial de criação de empregos de cuidados dignos que a solução dos atuais défices em matéria de cuidados oferece, e o cumprimento das metas relacionadas com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável em 2030.

O relatório termina com orientações políticas dirigidas aos mandantes da OIT baseadas nos dados analisados e numa análise extensiva das experiências dos países.



Unidade do Género, Igualdade e Diversidade e ILOAIDS
Departamento de Condições de Trabalho e Igualdade
Bureau International du Travail (OIT)
4, route des Morillons
CH-1211 Genebra 22 Suíça
tel. +42 (1) 22 79 9 6730

www.ilo.org/ged
www.ilo.org/care-economy



Flanders
State of the Art

