

2012

Documento informativo



Panorama Social

da América Latina



NAÇÕES UNIDAS

CEPAL

2012

Documento informativo



Panorama Social

da América Latina



NAÇÕES UNIDAS

CEPAL

Alicia Bárcena
Secretária Executiva

Antonio Prado
Secretário Executivo Adjunto

Martín Hopenhayn
Diretor da Divisão de Desenvolvimento Social

Luis Beccaria
Diretor da Divisão de Estatística

Dirk Jaspers-Faijer
Diretor do Centro Latino-Americano e Caribenho de Demografia (CELADE) -
Divisão de População da CEPAL

Diane Quarless
Diretora da sede sub-regional da CEPAL para o Caribe

Ricardo Pérez
Diretor da Divisão de Documentos e Publicações

Notas explicativas

Nos quadros da presente síntese do *Panorama social da América Latina 2012* foram empregados os seguintes sinais:

- Três pontos (...) indicam que os dados faltam, não constam por separado ou não estão disponíveis.
- Dois traços e um ponto (-.) indicam que o tamanho da amostra é insuficiente para estimar a categoria respectiva com confiabilidade e precisão adequadas.
- O traço (-) indica que a quantidade é nula ou desprezível.
- Um espaço em branco em um quadro indica que o conceito de que se trata não é aplicável ou não é comparável.
- Um sinal menos (-) indica déficit ou diminuição, salvo que se especifique em forma diferente.
- Um hífen (-) colocado entre cifras que expressem anos (por exemplo, 1990-1998) indica que se trata de todo o período considerado, incluindo ambos os anos.
- A barra (/) posta entre cifras que expressem anos (por exemplo, 2003/2005) indica que a informação corresponde a algum desses anos.
- A palavra “dólares” refere-se a dólares dos Estados Unidos, salvo indicação contrária.
- Devido a que às vezes as cifras são arredondadas, os dados parciais e as porcentagens apresentadas nos quadros nem sempre somam o total correspondente.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Síntese	7
Parte I	
Pobreza, distribuição da renda e desconfiança dos cidadãos.....	11
Capítulo I	
Pobreza: avanços recentes e características principais.....	13
A. Avanços recentes na redução da pobreza	13
B. Características da pobreza	15
C. Visões complementares da pobreza absoluta	18
Capítulo II	
Desigualdade distributiva e desconfiança dos cidadãos.....	20
A. Avanços recentes na diminuição da desigualdade distributiva.....	20
B. Desconfiança dos cidadãos: evolução recente e fatores conexos	24
Parte II	
Alguns aspectos do cuidado na América Latina e no Caribe: emprego remunerado, gasto das famílias e pessoas com deficiência	27
Introdução	29
Capítulo III	
O emprego remunerado no setor do cuidado	32
A. O debate conceitual e metodológico.....	32
B. O emprego remunerado no setor do cuidado.....	33
C. Condições de trabalho	37
D. O emprego doméstico: vulnerabilidades e discriminação	38
Capítulo IV	
Tendências recentes do gasto social e do gasto privado em matéria de cuidados na América Latina e no Caribe	39
A. A evolução do gasto social nos países.....	40
1. Diminuição da prociclicidade do gasto social.....	41
B. O gasto das famílias em cuidados: perfil socioeconômico e demográfico	43
1. Estrutura do gasto em cuidados	44
2. Algumas características selecionadas das famílias latino-americanas em torno do gasto em cuidados	44

3. A desigualdade e irredutibilidade do cuidado.....	44
4. O cuidado remunerado e não remunerado em famílias com crianças pequenas e idosos: contrastes	45
Capítulo V	
O cuidado das pessoas com deficiência na América Latina e no Caribe: uma abordagem abrangente	47
A. Introdução.....	47
B. O cuidado para uma vida independente: abordagem conceitual	47
C. A magnitude da incapacidade.....	48
D. A qualidade de vida segundo tipos e níveis de incapacidade	51
E. O cuidado de pessoas com deficiências.....	52
F. Recapitulação	53
Capítulo VI	
As políticas do cuidado: situação e desafios da região	54
A. O pacto social em torno do cuidado	54
B. Políticas e programas vigentes	55
C. Políticas públicas para avançar em matéria de cuidado	57
D. O financiamento do cuidado sob a perspectiva da proteção social	58
Quadros	
Quadro 1 América Latina (18 países): pessoas em situação de pobreza e indigência, em torno de 2002, 2010 e 2011	14
Quadro 2 Caribe: taxas de emprego de pessoas em idade de trabalhar com deficiência e sem deficiência, por sexo, em torno de 2000.....	52
Quadro 3 América Latina e Caribe (países selecionados): sistematização de programas cujo objetivo principal é o cuidado	56
Gráficos	
Gráfico 1 América Latina: evolução da pobreza e da indigência, 1980-2012	14
Gráfico 2 América Latina: características das pessoas pobres e não pobres, em torno de 2011	16
Gráfico 3 América Latina (18 países): incidência da pobreza relativa e da pobreza absoluta, em torno de 2011	18
Gráfico 4 América Latina (18 países): participação na renda por grupos de decis, em torno de 2011	20
Gráfico 5 América Latina (18 países): evolução do índice de Gini, 2002-2011 e 2010-2011	21
Gráfico 6 América Latina (17 países): evolução do índice de Gini da renda <i>per capita</i> e da renda do trabalho por ocupado, 2008-2011.....	22
Gráfico 7 América Latina: perfil dos ocupados por quintis de renda do trabalho, ano mais recente.....	23
Gráfico 8 América do Sul (10 países): percepção de que a distribuição da renda é injusta e desconfiança no poder legislativo, poder judiciário e partidos políticos, por grupos de países, 1997-2011	25

Gráfico 9	América Latina (18 países): percepção de que a distribuição da renda é injusta e desconfiança no poder legislativo, poder judiciário e partidos políticos, segundo o coeficiente de Gini, 1997-2010	25
Gráfico 10	América Latina (14 países): ocupados que trabalham no setor do cuidado, por subsetor, em torno de 2010.....	33
Gráfico 11	América Latina (14 países): distribuição dos ocupados do setor do cuidado segundo trabalho no serviço doméstico ou em outras atividades, em torno de 2010	34
Gráfico 12	América Latina (14 países): distribuição dos ocupados do setor do cuidado por subsetor, em torno de 2010	35
Gráfico 13	América Latina (14 países): distribuição dos ocupados do setor do cuidado no serviço doméstico e outras atividades, por sexo, em torno de 2010	35
Gráfico 14	América Latina (14 países): distribuição dos ocupados do setor do cuidado, por sexo e subsetor, em torno de 2010	36
Gráfico 15	América Latina (14 países): trabalhadores não afiliados à seguridade social, em torno de 2000 e 2010	37
Gráfico 16	América Latina e Caribe (21 países): evolução e participação do gasto público social no gasto total, 1991-1992 a 2009-2010	39
Gráfico 17	América Latina e Caribe (21 países): evolução do gasto público social, 1991-1992 a 2009-2010	41
Gráfico 18	América Latina e Caribe (21 países): evolução agregada do gasto público social e do PIB, 1990-2010.....	42
Gráfico 19	América Latina e Caribe (5 países): evolução recente da assistência social, 2007-2011	42
Gráfico 20	América Latina (14 países): trabalhadores inativos que declararam como motivo de sua inatividade tarefas de cuidado e trabalhos domésticos, por sexo	43
Gráfico 21	América Latina (14 países): gasto em cuidados por quintis de renda <i>per capita</i> das famílias, em torno de 2005.....	45
Gráfico 22	América Latina (14 países): gasto em cuidados como proporção do gasto total das famílias e como valor médio no mês de referência, segundo a presença de pessoas de 75 anos ou mais, em torno de 2005	46
Gráfico 23	América Latina e Caribe (33 países): prevalência da incapacidade na população total	49
Gráfico 24	América Latina e Caribe (31 países): prevalência da incapacidade por sexo	50
Gráfico 25	América Latina (3 países): pessoas com deficiência segundo quintis de renda e grupos de idade, em torno de 2010.....	51
 Diagrama		
Diagrama 1	Sujeitos e objetivos do cuidado: tensões entre seus elementos.....	31

SÍNTESE

Desde que em 2010 lançou sua proposta de desenvolvimento com o título *A hora da igualdade: brechas por fechar, caminhos por abrir*, a CEPAL avançou sistematicamente no exame das brechas sociais na América Latina e no Caribe e no das dinâmicas em prol da igualdade, sob múltiplas perspectivas e em âmbitos diversos. No *Panorama Social da América Latina* tentou acompanhar este processo com conhecimentos atualizados sobre a situação social na região. Em sua edição de 2010, deu especial ênfase à reprodução intergeracional da desigualdade, mostrando como as etapas do ciclo vital vão reforçando trajetórias diferenciadas. O *Panorama Social da América Latina 2011* aprofundou a análise das relações entre a cadeia de produção e a reprodução de brechas sociais e mostrou os estreitos vínculos existentes entre brechas de produtividade, segmentação do emprego e lacunas na proteção social.

Com o objetivo de projetar novas luzes sobre a desigualdade no âmbito social, a edição de 2012 do *Panorama Social da América Latina* se dedica em grande medida a aspectos do mundo do cuidado sobre os quais não se contava até agora com informação sistematizada para a região, a saber: emprego remunerado em atividades de cuidado, gasto das famílias nesse âmbito e situação e requisitos de cuidado de pessoas com deficiência. Com efeito, esta publicação contribui para gerar conhecimentos num âmbito da reprodução social que foi tradicionalmente evitado pela política pública e que nos últimos anos ingressou com brio no debate e nas agendas políticas dos países da América Latina e do Caribe. É um assunto fundamental em torno do qual existem profundas desigualdades e discriminações de gênero que afetam negativamente a mulher, que leva a carga do cuidado na qualidade de trabalho não remunerado e pouco reconhecido.¹ Além disso, dificulta para as mulheres a conciliação do trabalho não remunerado do cuidado no lar com o trabalho remunerado fora do lar, o que castiga com mais virulência as famílias de menor renda, que não podem pagar por serviços de cuidado e, portanto, redonda num círculo vicioso de desigualdade.

Além disso, as desigualdades no âmbito do cuidado penalizam as pessoas com deficiências (super-representadas em todos os indicadores de exclusão). Por outro lado, segmentam a estimulação precoce em função de as crianças terem acesso ou não a creches, educação inicial, pré-escolar ou diferencial. Por último, devido ao envelhecimento das sociedades, impõem uma espada de Dâmocles sobre a atenção e proteção dos idosos, pois nem todos têm o mesmo acesso a serviços de seguridade social, aposentadoria, seguros de saúde e redes familiares adequadas.

Neste contexto, o *Panorama Social da América Latina 2012* foi dividido em duas partes. A primeira inclui os capítulos I e II sobre a dinâmica recente da pobreza e da distribuição da renda, assim como sobre as percepções dos cidadãos a respeito da desigualdade e da confiança nas instituições. A segunda dedica-se especificamente ao tema, sob a perspectiva conceitual e política do cuidado como um direito, a situação do emprego remunerado em atividades de cuidado, o comportamento do gasto social (sobretudo do gasto das famílias em serviços de cuidado), as condições das pessoas com deficiências e suas necessidades de cuidado e, finalmente, as últimas políticas que os países estão pondo em prática e os desafios futuros.

¹ A edição de 2009 do *Panorama Social da América Latina* apresentou informação substancial nesta matéria, ao revelar a carga de trabalho não remunerado no cuidado, que recai majoritariamente nas mulheres. As pesquisas de uso do tempo permitem visibilizar estas assimetrias de gênero, já que contribuem ao reconhecimento do problema e alertam sobre a necessidade de avançar para um novo pacto de gênero nas famílias, bem como a urgência de contar com políticas públicas que ajudem a obter uma maior conciliação entre trabalho não remunerado e remunerado.

O capítulo I apresenta as cifras atualizadas de 2011 sobre pobreza e indigência na América Latina. Ambas continuaram diminuindo no âmbito regional; com isso, as taxas atuais são as mais baixas observadas nas três últimas décadas. Embora no período mais recente a pobreza não tenha se reduzido em todos os países da região, na maioria retrocedeu. O aumento da renda entre os pobres deveu-se principalmente a um aumento da renda do trabalho, em conformidade com o que vinha sendo registrado nos últimos anos.

Esse capítulo mostra também uma caracterização das pessoas em situação de pobreza; para isso, aborda aspectos como a área de residência, o sexo e a idade dos membros da família e sua chefia, o nível educativo, a condição de atividade e o acesso a certos serviços básicos. Embora o perfil das pessoas pobres seja similar ao que se observava no fim da década de 1990, há algumas mudanças, que guardam relação com a evolução de tendências que a região experimentou, como o aumento do número de famílias chefiadas por mulheres, a elevação dos níveis educativos ou a diminuição do tamanho médio das famílias.

Por outro lado, o capítulo II analisa os avanços recentes na luta contra a desigualdade distributiva. As novas cifras disponíveis mostram uma continuidade da tendência a uma menor concentração da renda. Embora as reduções nos índices de desigualdade sejam leves, verifica-se uma diminuição acumulada significativa em relação ao início da década de 2000.

Apesar desse progresso, os níveis de desigualdade continuam entre os mais altos do mundo, situação em que concorre, de maneira sugestiva, uma percepção de alta desigualdade, captada nas medições realizadas mediante pesquisas de percepções. A desconfiança nas instituições políticas do Estado (poder legislativo, poder judiciário e partidos políticos) e as percepções de injustiça não só exibem níveis altos e estão correlacionadas, mas também estão associadas com a desigualdade medida objetivamente. O mal-estar dos cidadãos com o modo em que funcionam as instituições aludidas e se distribuem os bens econômicos, sociais e políticos é um elemento que deve ser levado em conta nas estratégias que promovam um pacto social para uma maior igualdade.

O capítulo III examina o trabalho remunerado no setor do cuidado na região. A partir do conceito de cuidado adotado e da categorização de trabalhadores remunerados nessa área, e com base na informação das pesquisas domiciliares da região, observa-se que atualmente o setor representa 6,7% do emprego, embora se registrem importantes diferenças entre países. Desse total, em média 5% pertencem ao serviço doméstico e 1,7% ao resto das ocupações do cuidado.

Na América Latina o emprego no setor do cuidado é altamente feminizado. Quase 71% dos trabalhadores do cuidado são mulheres empregadas no serviço doméstico; a isso se somam 23% de mulheres que trabalham em outras ocupações vinculadas com o cuidado (serviços educativos e de saúde, quase em partes iguais). Os 6% restantes correspondem a homens que trabalham no serviço doméstico (3,7%) e em outras ocupações do âmbito do cuidado. Neste setor, os jovens e os idosos têm menos peso relativo que no resto das atividades de trabalho. Por outro lado, quem trabalha no cuidado doméstico possui menor nível educativo e menos acesso à proteção social que o conjunto da população ocupada.

As diferenças salariais por hora (ajustadas por características dos trabalhadores) mostram baixa remuneração do serviço doméstico em relação à média da população ocupada na grande maioria dos países, enquanto o cuidado em saúde é remunerado acima da média do emprego e na educação se aproxima da média. Estas diferenças refletem a existência na região de modelos “duais” de proteção e regulação trabalhista, em que o emprego doméstico combina escassa regulação, baixos salários, pouco acesso à proteção social, discriminação e condições de trabalho extremamente precárias. Um elemento

adicional complica esta equação: em muitos países da região e do mundo observa-se uma concentração das mulheres migrantes em ocupações como o serviço doméstico e diversas atividades do cuidado.

A primeira seção do capítulo IV aborda as tendências recentes do gasto público social. Da mesma forma que em edições anteriores desse panorama, até 2010 esse gasto continuava aumentando, tanto nos montantes absolutos de recursos destinados como em sua proporção no gasto público total e na do produto interno bruto. Boa parte do esforço para aumentar esse gasto esteve associado à execução de medidas destinadas a enfrentar os efeitos da recente crise financeira internacional, o que fez com que o gasto público social mostrasse um claro caráter anticíclico. Os aumentos de recursos concentraram-se principalmente em gastos de seguridade social, incluindo os componentes redistributivos, como a implantação ou ampliação de pensões solidárias, e ocorreu um forte aumento de recursos destinados a programas de assistência social.

No entanto, os antecedentes mais recentes sobre as execuções orçamentárias na área social indicariam que em 2011 iniciou-se um processo de contenção do aumento dos gastos sociais, como consequência da necessidade de robustecer as finanças públicas, afetadas por uma diminuição de receita associada à instabilidade e à incerteza que mantêm as economias mais desenvolvidas. O objetivo dessa contenção do gasto seria reduzir os déficits fiscais registrados recentemente por muitos dos países da região.

A segunda parte do capítulo IV analisa o gasto privado em cuidado, utilizando informação da última rodada das pesquisas de renda e gasto de vários países da região desde 2000. Observa-se que a grande maioria das famílias carece de capacidade de pagamento para contratar serviços remunerados de cuidado. Entre as famílias que declaram efetuar gastos, como é de esperar, o valor varia substancialmente também segundo o nível socioeconômico, mas ressalta que a proporção (como porcentagem da renda total) que as famílias destinam a esse gasto é bastante uniforme, o que evidencia o caráter irredutível das necessidades de cuidado.

O assimétrico mandato de gênero ainda vigente e as restrições que experimentam as famílias para destinar recursos monetários aos diversos serviços de cuidado significam que continuam sendo as mulheres quem primordialmente se encarrega dessas funções, o que impede ou dificulta sua participação no mercado de trabalho e, portanto, afeta as próprias capacidades familiares de melhorar seus níveis de renda. Por outro lado, as famílias com presença de idosos tendem a gastar mais em cuidados. Dado o envelhecimento da população, isto supõe um sinal de alerta para o futuro.

O capítulo V aborda a situação das pessoas com deficiência na América Latina e no Caribe, assim como suas necessidades em matéria de cuidado e os desafios que se apresentam para as políticas públicas. Estabelece-se uma primeira abordagem estatística e realiza-se um exame comparativo da situação das pessoas com deficiência na América Latina e no Caribe. Segundo os últimos dados de diversas fontes disponíveis para 33 países da região, em torno de 12% da população têm alguma deficiência, 5,4% no Caribe e 12,4% na América Latina.² A população feminina, os grupos mais vulneráveis do ponto de vista econômico e social (idosos, habitantes das zonas rurais, povos indígenas e afrodescendentes e as pessoas com menores rendas) têm taxas mais altas de deficiência.

² Ainda persistem graves problemas na medição da incapacidade. Embora a fonte principal sejam os censos, estes ainda não oferecem uma comparabilidade entre os países, pois recolhem a informação de maneira muito distinta, o que pode produzir sub-representação e super-representação. Portanto, é imperioso avançar para uma maior uniformidade e consenso nos questionários, o que permitirá captar informação comparável entre os países e no tempo. Também é muito importante que as pesquisas domiciliares incorporem perguntas na matéria, a fim de diagnosticar a situação social de pessoas com deficiências segundo as diversas variáveis sociais e demográficas.

Embora entre os que vivem sozinhos estejam super-representadas as pessoas com deficiência, a maioria recebe cuidado e apoio por parte de membros de sua família mais próxima, com diversos sistemas de convivência. Esta situação costuma afetar o bem-estar emocional e financeiro da família; por isso, urge ampliar a oferta de serviços de cuidado por parte do Estado, do mercado e das organizações civis. Atualmente, observa-se uma maior preocupação nas agendas públicas e políticas, o que se reflete numa incipiente expansão de programas governamentais que oferecem apoio aos cuidadores familiares e serviços de cuidados domiciliares e de apoio à vida independente, junto com programas orientados a fazer valer os direitos econômicos e sociais das pessoas com deficiência, facilitando-lhes o acesso à educação inclusiva, ao emprego e à cobertura de seguridade social.

Por último, o capítulo VI examina a situação de algumas políticas e programas no âmbito do cuidado na região, propõe condições e conteúdos para um pacto social e um pacto fiscal em torno do cuidado regido pelo eixo da igualdade, apresenta desafios pendentes para articular sistemas integrados e mais igualitários de cuidado e enquadra estes desafios em relação aos âmbitos mais gerais dos sistemas de proteção social e de garantias.

As políticas de cuidado implicam novos equilíbrios das relações entre Estado, mercado, comunidade e famílias. Confiar em que o mercado pode solucionar as necessidades de cuidado das famílias aumenta a desigualdade, já que a capacidade econômica de cada um é que define as possibilidades de acesso aos serviços. Numa estratégia de cuidado orientada pela igualdade, o Estado deve velar por reduzir as diferenças de acesso, forjar as capacidades para gerar uma oferta de cuidado variada e atender às necessidades nesse âmbito de grandes grupos de população para que não aumente sua vulnerabilidade; deve-se considerar também que, além da prestação direta de serviços, o “bom cuidado” requer também na prática a provisão de infraestrutura, bom equipamento e formação de recursos humanos com diversos graus de especialidade que permita constituir uma nova fonte de emprego.

Converter o cuidado em outro pilar da proteção social e das políticas públicas e considerá-lo como uma fonte de direitos sociais implica numerosos desafios. Requer financiar, articular e regular uma rede de instâncias públicas, privadas e mistas que ofereçam os serviços necessários. De maneira complementar, na regulação da esfera produtiva e na organização do trabalho são indispensáveis mudanças que criem condições equitativas para mulheres e homens, de modo que seja possível compatibilizar as atividades produtivas com o direito e a obrigação do cuidado.

PARTE I

POBREZA, DISTRIBUIÇÃO DA RENDA E DESCONFIANÇA DOS CIDADÃOS

Capítulo I

POBREZA: AVANÇOS RECENTES E CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS**A. AVANÇOS RECENTES NA REDUÇÃO DA POBREZA**

Durante 2011 o PIB da América Latina cresceu 4,3%, o que supôs uma expansão de 3,2% do produto por habitante. Embora de uma magnitude inferior ao crescimento *per capita* de 2010 (que foi de 4,9%), este resultado consolida a recuperação regional após a queda registrada em 2009 (de 3,0%). Por sua vez, o emprego mostrou uma evolução favorável na região. A taxa média de desemprego diminuiu de 7,3% para 6,7% em relação a 2010. A continuidade da tendência à diminuição do desemprego desde 2002, interrompida somente em 2009, permitiu que as cifras atuais sejam as mais baixas desde meados da década de 1990 e que quase a totalidade dos países latino-americanos tenha taxas inferiores a 8%. Por sua vez, a renda real do trabalho foi favorecida pela manutenção de uma baixa inflação na maioria dos países; a média da região alcançou 6,9%, apenas 0,4 ponto percentual acima do registrado em 2010.

Neste contexto, as estimativas de pobreza baseadas nas pesquisas domiciliares disponíveis para 2011 indicam que nesse ano a pobreza da região se situou em 29,4%, incluindo 11,5% de pessoas em condições de pobreza extrema ou indigência. As cifras de 2011 representam uma queda de 1,6 ponto percentual na taxa de pobreza e de 0,6 ponto percentual na de indigência em relação a 2010³. Desta maneira, continua a tendência à queda que caracterizou a última década e que permitiu que seus níveis sejam os mais baixos observados nas três últimas décadas.

Em 2012 a América Latina e o Caribe continuaram crescendo e se estima que o crescimento alcançará em média uma taxa anual de 3,2%, 1,1 ponto percentual inferior à de 2011. Cabe esperar também que o ritmo de crescimento dos preços se mantenha em níveis baixos, sobretudo levando em conta que a taxa de inflação anual em junho de 2012 (5,5% em média simples) é a menor registrada desde novembro de 2010. Segundo as projeções de crescimento econômico positivo e inflação moderada para 2012, a pobreza continuaria sua tendência à queda, embora a um ritmo um pouco menor que o observado até agora. Em particular, a taxa de pobreza se reduziria em ao menos meio ponto percentual, enquanto se espera que a taxa de indigência se mantenha em torno dos mesmos níveis de 2011.

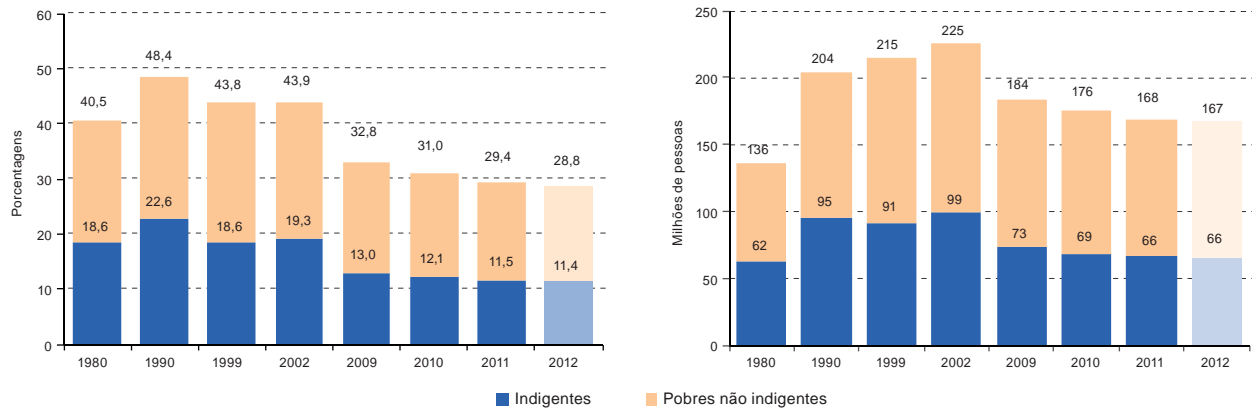
As variações nas taxas de pobreza observadas no nível nacional mostram situações diversas. Dos 12 países sobre os quais havia informação disponível para 2011, sete exibiram queda em suas taxas de pobreza: Paraguai (-5,2 pontos), Equador (-3,7 pontos), Peru (-3,5 pontos), Colômbia (-3,1 pontos), Argentina (-2,9 pontos), Brasil (-2,0 pontos por ano entre 2009 e 2011) e Uruguai (-1,9 ponto). Nesses países a indigência também diminuiu de maneira apreciável.

A República Bolivariana da Venezuela registrou um leve aumento de suas taxas de pobreza e indigência, de 1,7 e 1,0 ponto percentual, respectivamente. No Chile, Costa Rica, Panamá e República Dominicana não se observaram mudanças notáveis durante o período analisado, já que as variações na taxa de pobreza foram inferiores a um ponto percentual por ano (veja o quadro 1)⁴.

³ Na projeção realizada no *Panorama social da América Latina 2011*, supunha-se que a maior elevação do preço dos alimentos podia provocar um aumento da indigência. Embora os preços dos alimentos tenham aumentado em média 1,3 vez mais que os dos outros bens, o crescimento da renda e as melhoras distributivas registradas em vários países se traduziram em uma redução da indigência no âmbito regional.

⁴ As tendências observadas na República Dominicana e República Bolivariana da Venezuela não coincidem plenamente com as informadas pelos organismos oficiais de estatística desses países. Estas discrepâncias originam-se em pequenas diferenças metodológicas, relacionadas com o deflator de preços utilizado na atualização da linha de pobreza e os critérios para construir o agregado da renda das famílias.

Gráfico 1
AMÉRICA LATINA: EVOLUÇÃO DA POBREZA E DA INDIGÊNCIA, 1980-2012^a
(Em porcentagens e milhões de pessoas)



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em tabulações especiais das pesquisas domiciliares dos respectivos países.

^a Estimativa correspondente a 18 países da região mais Haiti. As cifras que figuram sobre as seções superiores das barras representam a porcentagem e o número total de pessoas pobres (indigentes mais pobres não indigentes). As cifras relativas a 2012 correspondem a uma projeção.

Quadro 1
AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): PESSOAS EM SITUAÇÃO DE POBREZA E INDIGÊNCIA, EM TORNO DE 2002, 2010 E 2011
(Em porcentagens)

País	Em torno de 2002			Em torno de 2010			2011		
	Ano	Pobreza	Indigência	Ano	Pobreza	Indigência	Ano	Pobreza	Indigência
Argentina ^a	2004	34,9	14,9	2010	8,6	2,8	2011	5,7	1,9
Bolívia (Estado Purinacional da)	2002	62,4	37,1	2009	42,4	22,4	...	...	...
Brasil	2001	37,5	13,2	2009	24,9	7,0	2011	20,9	6,1
Chile	2000	20,2	5,6	2009	11,5	3,6	2011	11,0	3,1
Colômbia ^b	2002	49,7	17,8	2010	37,3	12,3	2011	34,2	10,7
Costa Rica ^c	2002	20,3	8,2	2010	18,5	6,8	2011	18,8	7,3
Equador ^a	2002	49,0	19,4	2010	37,1	14,2	2011	32,4	10,1
El Salvador	2001	48,9	22,1	2010	46,6	16,7	...	...	...
Guatemala	2002	60,2	30,9	2006	54,8	29,1	...	...	...
Honduras	2002	77,3	54,4	2010	67,4	42,8	...	...	...
México	2002	39,4	12,6	2010	36,3	13,3	...	...	...
Nicarágua	2001	69,4	42,5	2009	58,3	29,5	...	...	...
Panamá	2002	36,9	18,6	2010	25,8	12,6	2011	25,3	12,4
Paraguai	2001	61,0	33,2	2010	54,8	30,7	2011	49,6	28,0
Peru ^d	2001	54,7	24,4	2010	31,3	9,8	2011	27,8	6,3
República Dominicana	2002	47,1	20,7	2010	41,4	20,9	2011	42,2	20,3
Uruguai ^a	2002	15,4	2,5	2010	8,6	1,4	2011	6,7	1,1
Venezuela (República Bolivariana da)	2002	48,6	22,2	2010	27,8	10,7	2011	29,5	11,7

Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em tabulações especiais das pesquisas domiciliares dos respectivos países.

^a Áreas urbanas.

^b Cifras do Departamento Administrativo Nacional de Estatística (DANE) da Colômbia.

^c As cifras de 2010 e 2011 não são estritamente comparáveis com as de anos anteriores.

^d Cifras do Instituto Nacional de Estatística e Informática (INEI) do Peru.

Entre as diversas fontes de renda com que contam as famílias, a renda do trabalho foi a mais determinante para explicar a variação da renda nas famílias pobres. Nos sete países cujos níveis de pobreza diminuíram significativamente, a renda do trabalho explica ao menos três quartos da variação da renda *per capita* total. As transferências (tanto públicas como privadas, incluindo as pensões e as aposentadorias), bem como o resto das rendas (de capital, aluguel imputado e outras), também contribuíram à redução da pobreza, embora em menor grau.

B. CARACTERÍSTICAS DA POBREZA

Além de conhecer a magnitude e evolução da pobreza em cada país ou no conjunto da região, interessa saber em que medida a incidência da pobreza difere nos diversos grupos da população. Tanto as mudanças nos aspectos demográficos, nos mercados de trabalho, no contexto econômico geral e nas respostas institucionais à pobreza, como a queda dos níveis de pobreza, podem ter provocado uma modificação paulatina nas características e perfis das pessoas carentes de recursos. Para fins de análise, a população pobre se subdivide em dois grupos: indigentes e pobres não indigentes. Por sua vez, a população não pobre se subdivide em vulneráveis (pessoas com uma renda *per capita* acima da linha de pobreza, mas inferior a uma vez e meia esse umbral) e não vulneráveis.

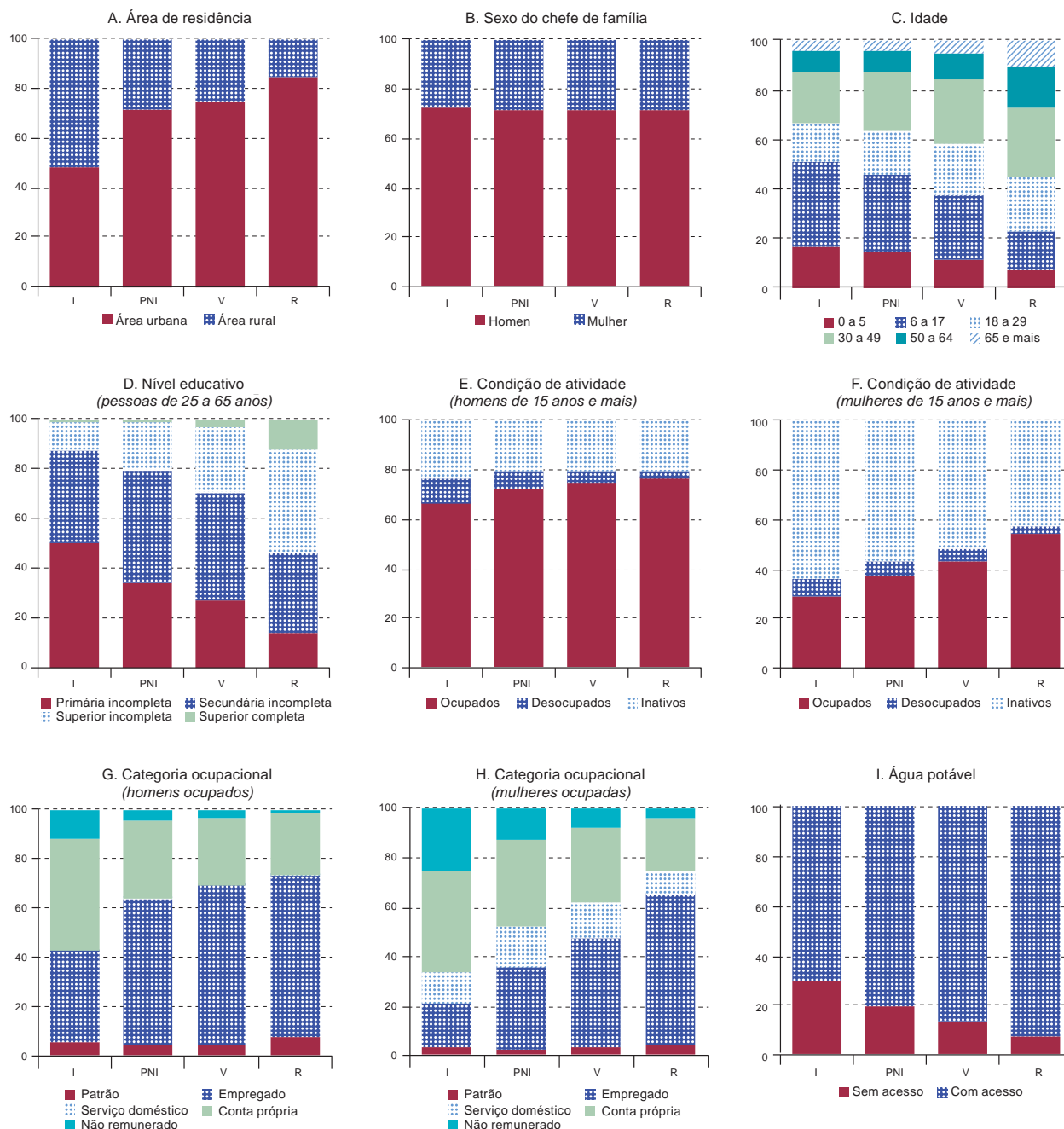
A comparação regional entre os quatro grupos indicados mostra, em primeiro lugar, que a área de residência é uma das dimensões que mais varia entre as pessoas segundo seus níveis de renda. Enquanto os indigentes se repartem por igual entre áreas urbanas e rurais, quase três de cada quatro pobres não indigentes vivem em áreas urbanas (veja o gráfico 2).

A estrutura por idade também revela diferenças claras entre pobres e não pobres. A porcentagem de indigentes menores de idade (até 17 anos) é de 51% e a de menores pobres não indigentes 45%; ou seja, praticamente a metade dos pobres são crianças. A proporção de menores entre a população vulnerável é menor (38%), bem como entre a população não vulnerável (23%). O contrário sucede com as pessoas de 50 anos e mais, cuja proporção entre a população pobre se situa em torno de 12% e aumenta até 27% entre a população não vulnerável.

Por sua vez, observam-se importantes diferenças no nível educativo dos grupos. Metade dos adultos (entre 25 e 65 anos de idade) em situação de indigência não havia completado a educação primária. Esta porcentagem se reduz à medida que aumenta a renda, até representar 14% no grupo dos não vulneráveis. Os que completaram a primária, mas não a secundária, representam o grupo mais numeroso entre os pobres não indigentes e os vulneráveis, com participações em torno de 45% em ambos os grupos. Entre os não vulneráveis, predominam as pessoas que completaram a educação secundária, mas não a educação superior (41%). A presença de pessoas com educação superior completa entre as pessoas pobres e vulneráveis é muito reduzida (inferior a 1% e 3%, respectivamente), enquanto entre as não vulneráveis é sensivelmente superior (alcança 13%).

Embora se espere que o emprego remunerado seja uma das principais vias para sair da pobreza, a maioria das pessoas pobres e vulneráveis (de 15 anos e mais) já se encontra ocupada. Os desocupados representam somente cerca de 8% entre os indigentes e 6% entre os pobres não indigentes. Isto evidencia novamente uma situação persistente na região, derivada da heterogeneidade de sua estrutura produtiva: qualquer tipo de emprego remunerado não é garantia de superação de pobreza. Adicionalmente, registram-se grandes diferenças na condição de atividade em função do sexo. Enquanto a porcentagem de homens ocupados em qualquer das quatro categorias analisadas supera 60%, a porcentagem de mulheres ocupadas não alcança esse valor em nenhuma categoria, já que a maioria não participa do mercado de trabalho.

Gráfico 2
**AMÉRICA LATINA: CARACTERÍSTICAS DAS PESSOAS POBRES E NÃO POBRES,
 EM TORNO DE 2011^a**
(Em porcentagens)



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em tabulações especiais das pesquisas domiciliares dos respectivos países.

^a Pessoas classificadas em quatro categorias: I = Indigentes, PNI = Pobres não indigentes, V = Vulneráveis não pobres (linha de pobreza entre 1,0 e 1,5), R = Resto (nem pobres nem vulneráveis).

A persistência do padrão de inserção dos mais pobres no setor produtivo tradicional se confirma ao considerar que os ocupados em situação de indigência trabalham em sua maioria por conta própria (43%) e que menos de um terço (31%) o faz como empregado. Por outro lado, nos demais grupos a categoria predominante é precisamente a de empregado, que corresponde a 50% dos pobres não indigentes, 57% dos vulneráveis e 64% dos não vulneráveis, o que indica que o emprego assalariado não protege as pessoas dos riscos de cair na pobreza. Também neste aspecto é evidente a brecha de gênero, já que entre as mulheres há uma proporção mais elevada de trabalhadoras familiares sem remuneração (particularmente entre indigentes e pobres não indigentes) e de ocupadas no serviço doméstico.

Com relação ao acesso a serviços básicos, apresentam-se diversas situações segundo o tipo de fornecimento considerado. O acesso à eletricidade é generalizado entre as pessoas de escassos recursos (têm acesso 86% dos indigentes e 95% dos pobres não indigentes). A proporção de pessoas com acesso a água potável se situa em 71% entre os indigentes e 81% entre os pobres não indigentes. A infraestrutura sanitária é o serviço mais escasso para esses grupos, já que somente têm acesso a ela 47% da população indigente e 61% da população pobre.

Entre 1999 e 2011, a incidência da pobreza na América Latina diminuiu em mais de 14 pontos percentuais. Apesar disso, o perfil das pessoas pobres é, em vários aspectos, similar ao que se observava no final da década de 1990. Não obstante, há algumas mudanças que, em sua maioria, guardam relação com as tendências demográficas e educativas que a região experimentou em geral.

A composição por sexo dos grupos pobres é similar à de 1999, mas observa-se uma mudança importante na porcentagem de pessoas que vivem em famílias chefiadas por mulheres. De 1999 a 2011, nas famílias indigentes a proporção passou de 18% para 28%. Nas famílias pobres estes valores foram 19% e 28%, respectivamente. Isto indica que se deve ampliar a disponibilidade de alternativas de cuidado, sobretudo para quem não tem recursos suficientes para contratar serviços de cuidado no mercado. Com esse apoio se facilitaria a participação das mulheres no mercado de trabalho, algo fundamental para as famílias chefiadas por mulheres que estão abaixo do umbral de pobreza.

Paralelamente, o aumento da idade média da população está incidindo paulatinamente no perfil e no tamanho das famílias pobres. Observa-se uma diminuição da porcentagem de indigentes de 17 anos ou menos: a proporção foi de 51% em 2011, o que representa uma queda de cerca de 5 pontos percentuais em relação a 1999. Por sua vez, aumentou levemente o peso relativo da população adulta entre os indigentes; a proporção de pessoas de 50 anos ou mais nesse grupo aumentou de 9% em 1999 para 12% em 2011. No que se refere ao tamanho médio das famílias, entre a população indigente diminuiu de 5,4 membros em 1999 para 4,6 em 2011, enquanto entre os pobres não indigentes estas cifras foram 4,8 e 4,4, respectivamente.

A proporção de pobres que sabem ler e escrever aumentou de 82% para 85%, a frequência escolar das crianças de 6 a 15 anos cresceu de 90% para 94%, a proporção de jovens com primária completa aumentou de 79% para 88% e a dos que contam com secundária completa passou de 19% para 33%. Embora o aumento dos níveis de escolarização entre os mais pobres seja uma tendência positiva, observa-se que as taxas de conclusão do ensino secundário ainda são baixas. Cabe mencionar que, em 2011, 29% da população vulnerável do ponto de vista da renda tinha estudos superiores incompletos ou completos, cifra 10 pontos percentuais maior que em 1999. Este último dado significa que o acesso à educação superior não é condição suficiente para escapar ao risco de cair na pobreza; além disso, sugere que, para uma parte da juventude, os maiores conhecimentos adquiridos não se traduzem em mobilidade sócio-ocupacional nem em uma inserção produtiva oportuna, o que gera frustração de expectativas e, possivelmente, maior descontentamento.

Quanto aos serviços básicos, entre 1999 e 2011 o acesso a eletricidade, água e sistemas sanitários aumentou 6, 7 e 9 pontos percentuais, respectivamente.

C. VISÕES COMPLEMENTARES DA POBREZA ABSOLUTA

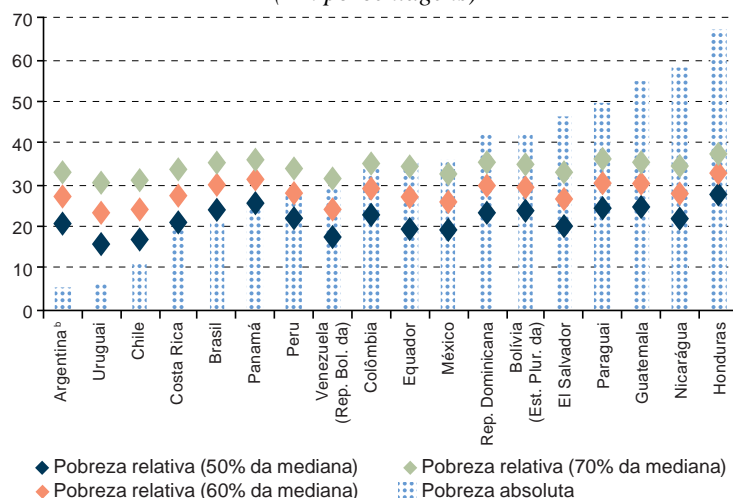
A pobreza é um fenômeno que pode ser medido e analisado de distintas perspectivas. Uma delas é a de pobreza monetária relativa, que expande o conceito tradicional de pobreza absoluta para incorporar mais plenamente as necessidades associadas à adequada participação das pessoas na sociedade a que pertencem.

O método mais habitual para a medição da pobreza relativa se baseia na determinação de um umbral de renda mínimo, ou linha de pobreza, como porcentagem da mediana da renda da população. A escolha da porcentagem é discricionária, motivo pelo qual a prática predominante consiste em realizar estimativas de pobreza relativa empregando diversos valores, tipicamente 40%, 50%, 60% e 70% da renda mediana.

Segundo a lógica que originou a proposta de pobreza relativa, caberia esperar que o valor da linha ou umbral monetário que identifica as pessoas nesta situação seja mais elevado que o correspondente à linha absoluta, posto que incorpora um conjunto mais amplo de necessidades e satisfações. Contudo, para a maioria dos países da região os valores das linhas relativas que surgem ao aplicar a metodologia descrita são inferiores aos das linhas absolutas. Portanto, a metodologia tradicional de cálculo da norma relativa não pode ser aplicada de maneira generalizada na região.

Por outro lado, com a medição da pobreza relativa segundo o método convencional são obtidos resultados muito similares entre os países da América Latina. Se utilizarmos o umbral de 60% da mediana da renda *per capita*, as taxas de pobreza flutuam entre 23% e 33%. Esta escassa dispersão também se reproduz com os outros umbrais (50% e 70% da renda mediana), resultados que contrastam amplamente com os obtidos mediante um umbral de pobreza absoluta, cujos valores vão desde menos de 10% até quase 70% (veja o gráfico 3).

Gráfico 3
AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): INCIDÊNCIA DA POBREZA RELATIVA E DA POBREZA ABSOLUTA, EM TORNO DE 2011^a
(Em porcentagens)



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em tabulações especiais das pesquisas domiciliares dos respectivos países.

^a Os dados correspondem a 2011, exceto Estado Plurinacional da Bolívia (2009), El Salvador (2010), Guatemala (2006), Honduras (2010), México (2010) e Nicarágua (2009).

^b Áreas urbanas.

Embora na região não caiba uma aplicação generalizada desta forma de medir a pobreza relativa, em alguns países este critério proporciona informação útil. Adotando a linha de 60% da mediana como um indicador do custo de satisfação das necessidades sociais, seis países da região contam com taxas de pobreza relativa que superam as de pobreza absoluta: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Panamá e Uruguai. Particularmente nestes países, mas também no âmbito regional, à medida que se avança na redução da pobreza absoluta, torna-se cada vez mais relevante levar em consideração este tipo de necessidades para identificar a população carente de recursos econômicos.

Surge uma perspectiva adicional ao considerarmos a privação de tempo como um elemento relevante para medir o bem-estar das pessoas. O tempo dedicado ao trabalho remunerado permite gerar recursos monetários para atender a necessidades diversas, enquanto o tempo utilizado em trabalho doméstico e de cuidados permite satisfazer as necessidades de autocuidado e de cuidado de outros membros da família. Por sua vez, o bem-estar das famílias é uma função de seus níveis de renda e consumo e de suas decisões sobre o tempo de trabalho remunerado; a isso acrescenta-se que as famílias precisam de um mínimo de horas para cumprir as tarefas domésticas e de cuidado, e também necessitam de tempo para descanso e recreação.

Até agora, as análises de pobreza da região não incorporaram sistematicamente o tempo destinado às tarefas de cuidado e ao trabalho não remunerado. Sua consideração permitiria dotar de mais profundidade a análise da pobreza e das desigualdades de gênero, além de constituir uma contribuição à formulação de políticas. Fazendo uma analogia com os recursos monetários, podemos medir a “pobreza de tempo” definindo-a, por exemplo, como a falta de tempo para descanso e recreação, devido a uma dedicação excessiva ao trabalho e às tarefas domésticas.

Embora a medição da pobreza de tempo apresente várias dificuldades, relacionadas com sua conceituação e a determinação de padrões e umbrais, pode ser um caminho útil para alcançar uma melhor compreensão das diversas dimensões que compõem o bem-estar das pessoas.

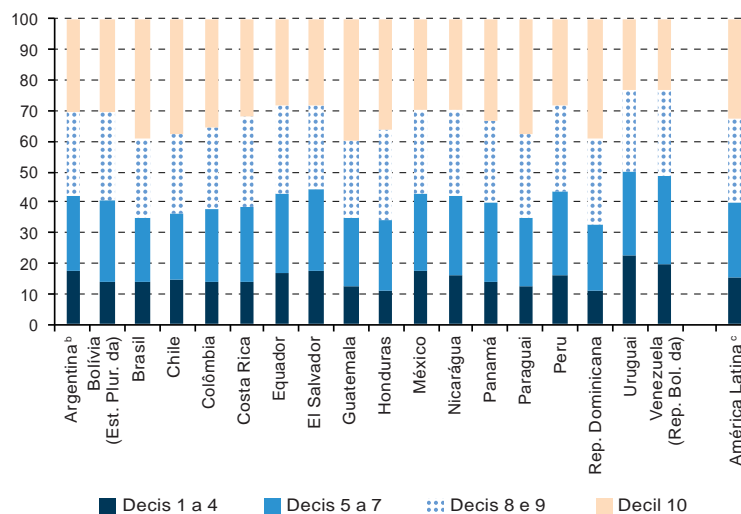
Capítulo II

DESIGUALDADE DISTRIBUTIVA E DESCONFIANÇA DOS CIDADÃOS**A. AVANÇOS RECENTES NA DIMINUIÇÃO DA DESIGUALDADE DISTRIBUTIVA**

Um dos grandes desafios que a América Latina continua enfrentando é a redução dos elevados níveis de desigualdade na distribuição da renda prevalecentes na região. Na maioria dos países observa-se que um conjunto reduzido da população acumula uma grande proporção de todas as rendas geradas, enquanto os mais pobres só recebem uma escassa porção. A média simples dos valores dos 18 países para os quais se conta com informação relativamente recente indica que os 10% mais ricos da população recebem 32% da renda total, enquanto os 40% mais pobres recebem 15%.

Observam-se níveis relativamente altos de concentração no Brasil, Chile, Colômbia, Guatemala, Honduras, Paraguai e República Dominicana, países em que essas proporções se aproximam de 40% da renda para os mais ricos e entre 11% e 15% para os mais pobres. No Estado Plurinacional da Bolívia, Costa Rica e Panamá a apropriação por parte dos mais pobres é similar, mas um pouco menor a porcentagem que cabe ao decil superior. Por sua vez, Argentina, Equador, El Salvador, México, Nicarágua e Peru registram valores maiores no extremo inferior da distribuição (16% ou 17%) e um pouco menores entre os 10% mais ricos (em torno de 30%). No Uruguai e República Bolivariana da Venezuela ocorre a menor concentração, já que as proporções são da ordem de 20% a 23% em ambos os extremos.

Gráfico 4
AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): PARTICIPAÇÃO NA RENDA POR GRUPOS DE DECIS, EM TORNO DE 2011^a
(Em porcentagens)



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em tabulações especiais das pesquisas domiciliares dos respectivos países.

^a Os dados correspondem a 2011, exceto nos casos do Estado Plurinacional da Bolívia (2009), El Salvador (2010), Guatemala (2006), Honduras (2010), México (2010) e Nicarágua (2009).

^b Áreas urbanas.

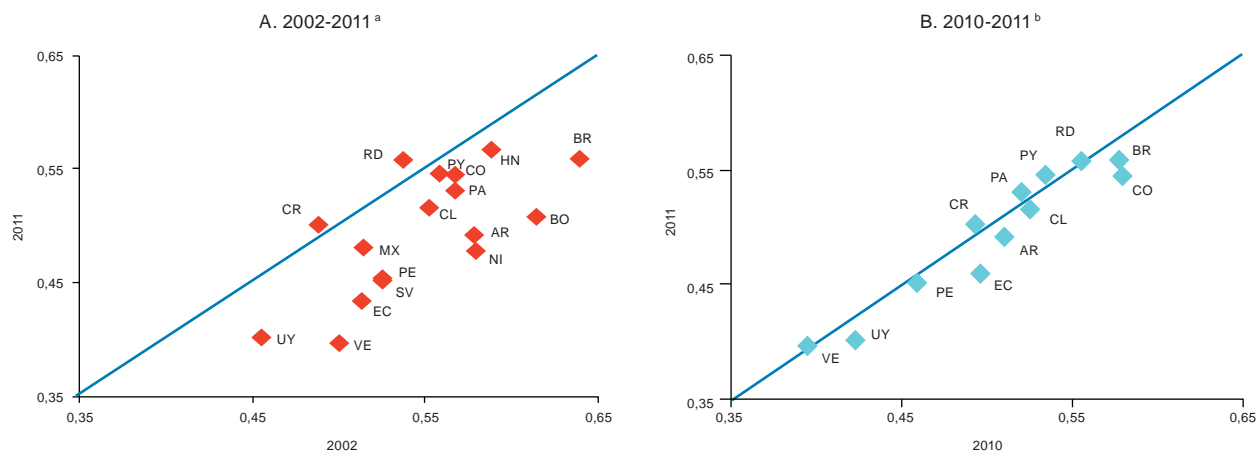
^c Média simples.

A persistência de altos graus de desigualdade na renda não deveria obscurecer o fato de que nos últimos anos foram registrados avanços neste campo. O balanço em relação ao início da década de 2000 mostra uma clara tendência à redução da concentração da renda, uma dinâmica que distinguiu o processo de desenvolvimento da América Latina na última década e que implica uma mudança na tendência imperante ao menos durante as duas décadas anteriores.

Com efeito, ao comparar os resultados recentes com os registrados em torno de 2002 constatam-se melhoras distributivas na maioria dos países da região. De 17 países considerados, o índice de Gini se reduziu a um ritmo de ao menos 1% ao ano em nove. Entre os países que registraram as reduções mais significativas estão Argentina, Estado Plurinacional da Bolívia, Nicarágua e República Bolivariana da Venezuela, todos com taxas anuais de redução do índice de Gini superiores a 2%. Este processo não foi particularmente afetado pela crise econômica global iniciada em 2008.

No último ano, a desigualdade diminuiu de forma moderada, embora estatisticamente significativa, na Argentina, Brasil, Colômbia, Equador e Uruguai, enquanto nos demais países, inclusive aqueles onde o índice de Gini é um pouco mais alto que o observado em 2010, os novos resultados não são estatisticamente distintos dos registrados no ano precedente.

Gráfico 5
AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): EVOLUÇÃO DO ÍNDICE DE GINI, 2002-2011 E 2010-2011



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em tabulações especiais das pesquisas domiciliares dos respectivos países.

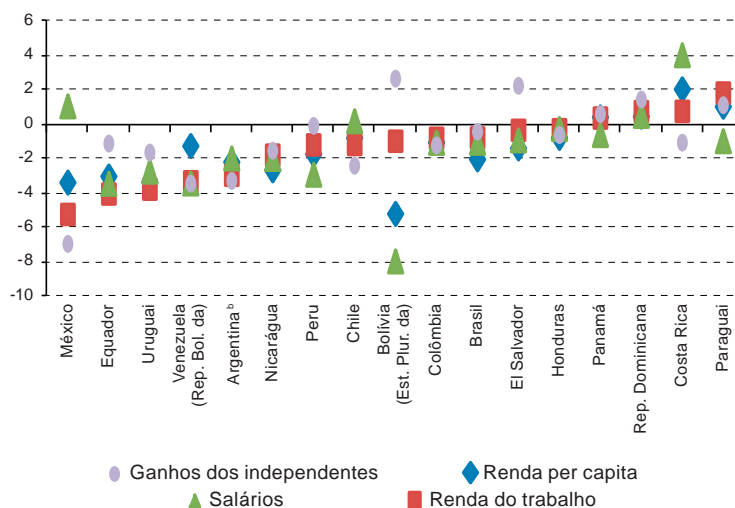
^a Dados referentes a áreas urbanas na Argentina, Equador e Uruguai. Os dados relativos a 2002 correspondem a esse ano, exceto Brasil, El Salvador, Nicarágua, Paraguai e Peru (2001), Argentina (2004) e Chile (2000). Os dados referentes a 2011 correspondem a esse ano, exceto Estado Plurinacional da Bolívia, Costa Rica e Nicarágua (2009), El Salvador, Honduras e México (2010) e Guatemala (2006).

^b Dados relativos a áreas urbanas na Argentina. Os dados de 2010 referem-se a valores de 2009 no Brasil e Chile.

A renda do trabalho remunerado constitui a fonte mais importante de renda das famílias e representa em média três quartos desta. Além disso, a maior parte da desigualdade da renda é determinada pela desigualdade da distribuição da renda do trabalho. No âmbito regional, a média simples do índice de Gini da renda do trabalho dos ocupados é similar à da renda *per capita*, embora se observem situações diversas segundo o país na relação entre os graus de concentração de ambas as variáveis.

As mudanças na distribuição da renda dos ocupados exerceram uma importante influência na dinâmica da concentração da renda total *per capita*, o que se deduz do fato de que as variações nos indicadores de desigualdade de ambos os tipos de renda são muito parecidas em todos os países considerados. Ao diferenciar a renda do trabalho entre os salários dos empregados dependentes e as remunerações dos trabalhadores independentes, observa-se que na maioria dos casos as diminuições dos primeiros foram maiores ou que os aumentos foram menores (veja o gráfico 6).

Gráfico 6
**AMÉRICA LATINA (17 PAÍSES): EVOLUÇÃO DO ÍNDICE DE GINI DA RENDA *PER CAPITA*
 E DA RENDA DO TRABALHO POR OCUPADO, 2008-2011^a**
 (Em porcentagens)



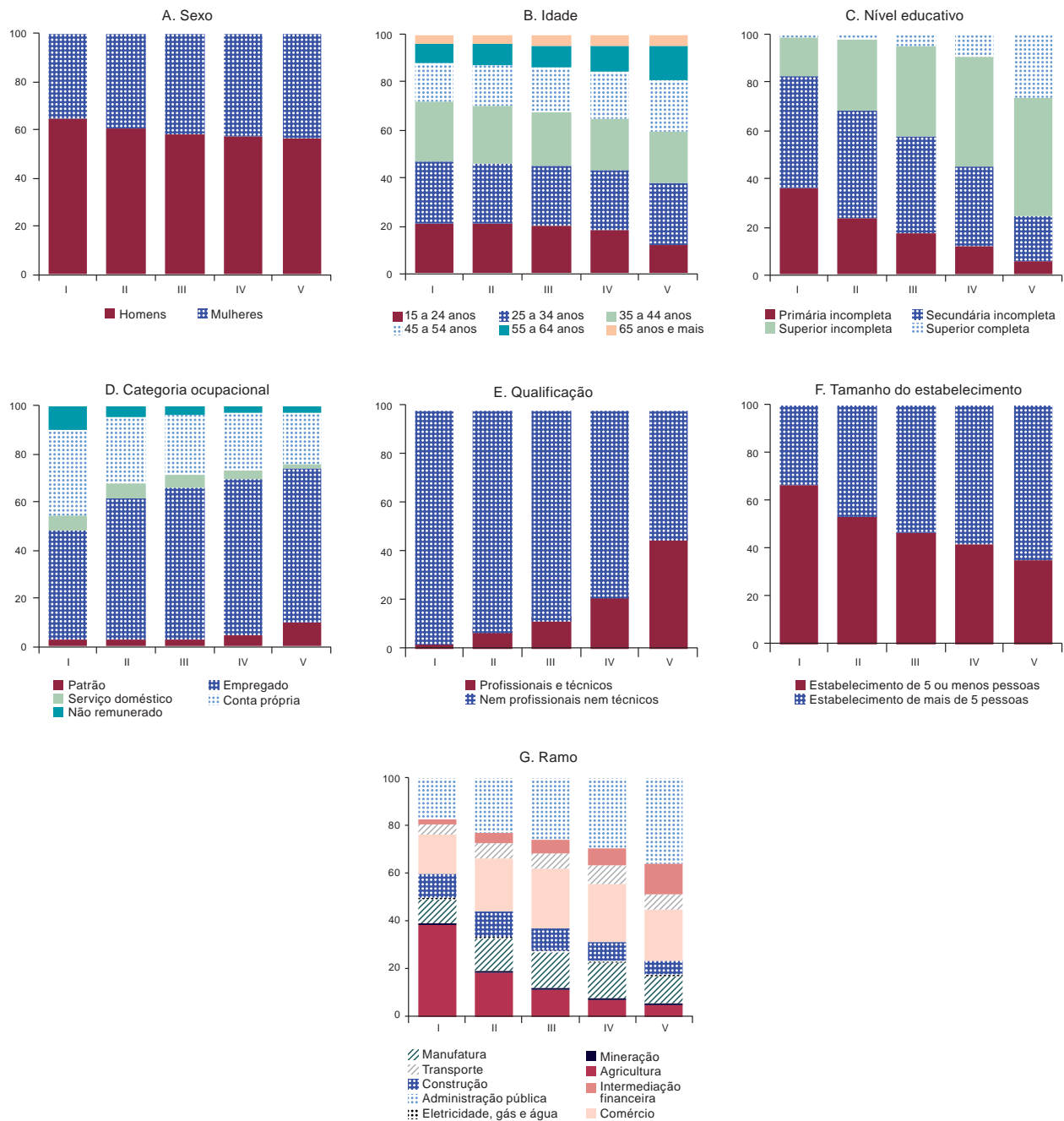
Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em tabulações especiais das pesquisas domiciliares dos respectivos países.

^a Os dados referentes a 2008 correspondem a esse ano, exceto nos casos da Argentina (2006), Estado Plurinacional da Bolívia (2007), Chile (2009), El Salvador (2004), Honduras (2007) e Nicarágua (2005). Os dados referentes ao ano mais recente correspondem a 2011, exceto Estado Plurinacional da Bolívia, Costa Rica e Nicarágua (2009), El Salvador, Honduras e México (2010) e Guatemala (2006).

^b Áreas urbanas.

Finalmente, examinam-se as características dos ocupados ao longo da distribuição da renda, agrupando-os em quintis segundo a renda do trabalho (veja o gráfico 7). Observa-se uma correlação positiva entre a idade média dos ocupados e seu nível de renda, bem como entre a renda e o nível de educação. A análise dos atributos dos postos de trabalho mostra que os assalariados e os empregadores vão ganhando peso relativo à medida que aumenta a renda do trabalho, enquanto vai diminuindo a dos trabalhadores por conta própria, serviço doméstico e trabalhadores familiares não remunerados. Esta relação está vinculada à elevada heterogeneidade produtiva da região, com a qual também está associada a maior prevalência nos quintis de menores rendas dos ocupados em estabelecimentos pequenos (com menos de cinco pessoas), cuja proporção diminui à medida que se passa aos quintis de maiores rendas. Finalmente, o exame da estrutura dos quintis por ocupação indica a persistente redução da porcentagem de ocupados não qualificados e dos que desempenham tarefas agrícolas à medida que se transita dos quintis de menores para maiores rendas. O contrário ocorre com a proporção dos altos executivos públicos ou privados, dos que realizam atividades profissionais e dos técnicos, bem como dos empregados de escritório. A participação dos oficiais e operários mantém-se nos quatro primeiros quintis e diminui no de maior renda.

Gráfico 7
AMÉRICA LATINA: PERFIL DOS OCUPADOS POR QUINTIS DE RENDA DO TRABALHO, ANO MAIS RECENTE^a
(Em porcentagens)



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em tabulações especiais das pesquisas domiciliares dos respectivos países.

^a Os dados referentes ao ano mais recente correspondem a 2011, exceto nos casos do Estado Plurinacional da Bolívia, Costa Rica e Nicarágua (2009), El Salvador, Honduras e México (2010) e Guatemala (2006).

B. DESCONFIANÇA DOS CIDADÃOS: EVOLUÇÃO RECENTE E FATORES CONEXOS

Apesar dos avanços registrados recentemente, os países da América Latina ainda mostram altos níveis de desigualdade, acompanhados de uma profunda desconfiança nas instituições (poder legislativo, poder judiciário e partidos políticos) e de flagrantes percepções de injustiça. Esses persistentes sentimentos de mal-estar dos cidadãos com as instituições aludidas constituem tanto um obstáculo como um desafio para o sentido geral de pertença e a construção de pactos sociais orientados pelo valor da igualdade.

As percepções dos latino-americanos sobre a justiça distributiva em seus países continuam sendo muito negativas. Em 2011, 79% da população regional opinava que a distribuição da renda em seu país era muito injusta ou injusta. As principais mudanças tiveram lugar entre 1997 e 2002 e, principalmente, entre 2002 e 2007, e seguiram a direção do ciclo econômico. Entre 1997 e 2002 as percepções pioraram, enquanto entre 2002 e 2007 melhoraram. A partir de 2007 não houve grandes alterações nas médias regionais.

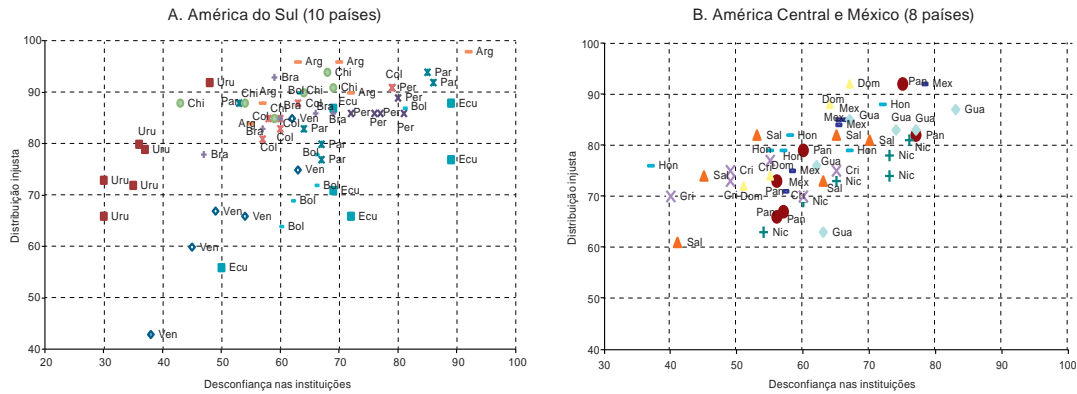
A desconfiança nas instituições políticas e do Estado aumentou entre 1997 e 2003, diminuiu significativamente entre 2003 e 2004 e apresentou uma diminuição menos pronunciada entre 2004 e 2006. Esta tendência deteve-se em 2007 e 2008, para dar lugar a uma nova queda entre 2008 e 2009 e um aumento leve entre 2009 e 2011. Em 2011, seis de cada dez latino-americanos confiavam pouco ou nada nas instituições políticas e do Estado, o que é um valor muito alto.

A percepção de injustiça distributiva e a desconfiança no poder legislativo, no poder judiciário e nos partidos políticos se associaram ao longo do período 1997-2011. Alguns países apresentaram sistematicamente menos desconfiança e percepções de injustiça mais baixas (Costa Rica, Uruguai e República Bolivariana da Venezuela), outros registraram valores intermediários (Colômbia e México) e também houve países (Argentina, Guatemala e Peru) que manifestaram em todo o período analisado níveis muito altos de percepção de injustiça na distribuição da renda e de desconfiança nas instituições (veja o gráfico 8).

Entre 1997 e 2010, tanto a percepção de injustiça distributiva como a desconfiança nas instituições aludidas estavam associadas ao coeficiente de Gini. Nos países e anos em que se verificou uma maior desigualdade objetiva na distribuição da renda observou-se uma maior percepção de injustiça distributiva e mais alta desconfiança nas instituições (veja o gráfico 9).

Em suma, apesar de algumas tendências positivas observadas nos períodos 2002/2003 e 2006/2007, a desconfiança nas instituições consideradas e as percepções de injustiça exibiam em 2011 valores ainda muito altos. Além do mais, a forte correlação entre a desconfiança nas instituições e as percepções de injustiça distributiva ao longo do período 1997-2011 sugere a persistência de um profundo mal-estar dos cidadãos com o modo em que funcionam as instituições e se distribuem os bens econômicos, sociais e políticos nos países. Por sua vez, a associação entre a desigualdade medida objetivamente e o mal-estar com essas instituições também indica o caráter conflitivo que nas sociedades latino-americanas têm, ou podem ter, os altos níveis de concentração da riqueza e de diferenciação social prevalecentes.

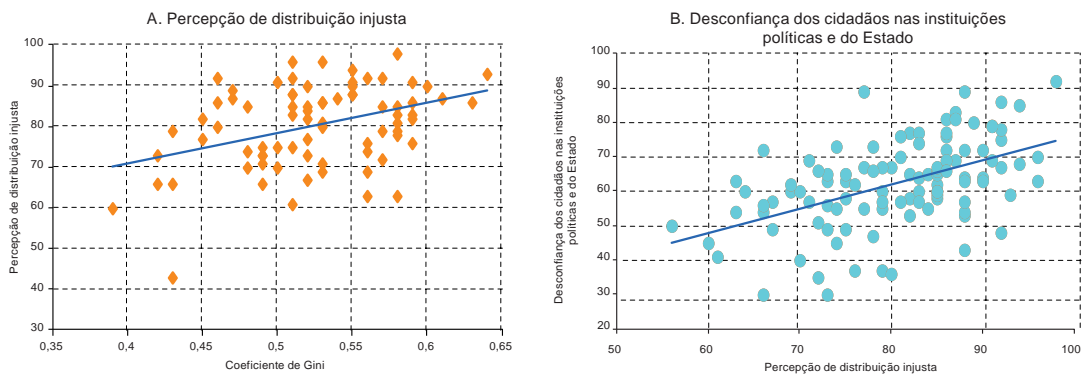
Gráfico 8
AMÉRICA DO SUL (10 PAÍSES): PERCEÇÃO DE QUE A DISTRIBUIÇÃO DA RENDA É INJUSTA E DESCONFIANÇA NO PODER LEGISLATIVO, PODER JUDICIÁRIO E PARTIDOS POLÍTICOS, POR GRUPOS DE PAÍSES^{a b c}, 1997-2011
(Em porcentagens)



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em tabulações especiais de dados de Latinobarômetro 1997, 2002, 2007, 2009, 2010 e 2011.

- ^a Considera-se a soma das porcentagens de pessoas que responderam que a distribuição da renda no país era muito injusta ou injusta.
- ^b Inclui a confiança no poder legislativo (Congresso), no poder judiciário e nos partidos políticos. Para cada instituição, solicitou-se às pessoas que as avaliassem em uma escala ordinal, com os seguintes valores: 1) muita, 2) alguma, 3) pouca e 4) nenhuma. Após calcular a média das respostas das pessoas às três perguntas, estas foram recodificadas. Foram consideradas como manifestação de pouca ou nenhuma confiança as respostas com valores compreendidos entre 3 e 4.
- ^c Incluem-se dados de vários anos para cada país, motivo pelo qual cada ponto corresponde a um país e ano determinado.

Gráfico 9
AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): PERCEÇÃO DE QUE A DISTRIBUIÇÃO DA RENDA É INJUSTA E DESCONFIANÇA NO PODER LEGISLATIVO, PODER JUDICIÁRIO E PARTIDOS POLÍTICOS, SEGUNDO O COEFICIENTE DE GINI^{a b c}, 1997-2010
(Em porcentagens)



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em tabulações especiais de dados de Latinobarômetro, 1997, 2002, 2007, 2009 e 2010 e base de dados CEPALSTAT [on-line] <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpet=estadisticas>.

- ^a Considera-se a soma das porcentagens de pessoas que responderam que a distribuição da renda no país era muito injusta ou injusta.
- ^b Inclui a confiança no poder legislativo (Congresso), no poder judiciário e nos partidos políticos. Para cada instituição, solicitou-se que as pessoas avaliassem na seguinte escala: 1) muita, 2) alguma, 3) pouca e 4) nenhuma. Calculou-se a média das respostas. Foram consideradas como manifestação de pouca ou nenhuma confiança as médias compreendidas entre 3 e 4.
- ^c Incluem-se dados de vários anos para cada país, motivo pelo qual cada ponto corresponde a um país e ano determinado.

PARTE II

**ALGUNS ASPECTOS DO CUIDADO NA AMÉRICA LATINA E NO CARIBE: EMPREGO
REMUNERADO, GASTO DAS FAMÍLIAS E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

INTRODUÇÃO

O cuidado: conceito, relevância, desafios

O cuidado facilita tanto a subsistência como o bem-estar e o desenvolvimento. Abrange a indispensável provisão cotidiana de bem-estar físico, afetivo e emocional ao longo de todo o ciclo vital das pessoas. Compreende a estimulação dos fundamentos cognitivos na infância e a busca, na medida do possível, da conservação das capacidades e autodeterminação no caso das pessoas frágeis de idade avançada e das pessoas com deficiência. A manutenção requer gerar e administrar bens, recursos, serviços e atividades que tornem viável a alimentação, bem como velar pela saúde e higiene pessoal e experimentar processos de desenvolvimento e de aprendizado cognitivos e sociais. No seio das famílias estas tarefas envolvem simultaneidade de papéis e responsabilidades, espaços e ciclos que não são facilmente traduzíveis em estimativas de tempo, intensidade ou esforço⁵. Podem ser realizadas de maneira não remunerada, por familiares, delegadas com remuneração através de relações de trabalho formais e informais, delegadas de forma não remunerada a pessoas alheias à família ou proporcionadas formalmente por meio de instituições.

Na América Latina o cuidado é proporcionado eminentemente de forma não remunerada no seio das famílias e, dentro delas, principalmente pelas mulheres. Longe ter reconhecida sua crucial importância como base da reprodução social, este trabalho geralmente é pouco reconhecido e valorizado, e as atividades conexas não figuram nas estatísticas nem nas contas nacionais. Daí que discutir a economia do cuidado e visibilizar a enorme contribuição que o trabalho não remunerado de cuidados dá à sociedade levam a repropor os alcances do trabalho humano.

Portanto, é fundamental visibilizar o cuidado na lógica econômica, já que é um trabalho crucial para a reprodução da força de trabalho, e sua organização social e distribuição assinalam profundas desigualdades de gênero. Portanto, é preciso incorporá-lo na análise econômica (o cuidado como a “sombra do trabalho”), entender sua relação com a opressão de gênero e revalorizá-lo como uma atividade significativa e como uma responsabilidade cívica. O cuidado para criar e educar e o requerido para a reprodução da força de trabalho são dimensões entrelaçadas.

Às necessidades de cuidado das crianças —que representam atualmente 27,7% da população latino-americana— se somam crescentemente as de idosos frágeis (quer dizer, com altos graus de dependência). Se cabe definir um corte de idade, não há dúvida de que a partir dos 80 anos a incidência da fragilidade é alta, a independência é instável e existe risco de perda funcional. As pessoas deste grupo de idade costumam requerer hospitalizações, sofrem quedas frequentes, usam medicação e padecem doenças crônicas que tendem à incapacidade. Na região este segmento representa 15% do grupo de pessoas com 60 anos ou mais e, com uma taxa de crescimento próxima de 4%, duplicará até 2070; no final do século 36,6% da população idosa terá uma idade muito avançada (80 anos ou mais). Por outro lado, estima-se que as pessoas com deficiência representam em torno de 12% da população da América Latina e do Caribe (veja o capítulo V).

⁵ Veja Maria-Ángeles Durán, “El trabajo no remunerado y las familias”, Consulta técnica sobre contabilización de la producción no remunerada de servicios de salud en el hogar, Washington, D.C., Organización Pan-Americana da Saúde (OPAS), dezembro de 2003, e *El trabajo no remunerado en la economía global*, Madri, Fundación BBVA, 2010; Ana Sojo, “De la evanescencia a la mira. El cuidado como eje de políticas y de actores en América Latina”, *serie Seminarios y conferencias*, N° 67 (LC/L.3393), Santiago do Chile, Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), 2011.

As tensões concomitantes com as transformações do modelo social de distribuição das responsabilidades do cuidado foram analisadas de diversos ângulos. Por exemplo, com a “crise do cuidado” apresenta-se um momento histórico em que simultaneamente se reorganiza o trabalho salarial remunerado e o doméstico não remunerado, enquanto persiste uma rígida divisão sexual do trabalho nas famílias e a segmentação de gênero no mercado de trabalho, com assincronismos que indicam o esgotamento dos equilíbrios tradicionais em que se sustentava o cuidado.

A perspectiva de direitos nesta matéria implica uma crítica ao assistencialismo com relação à capacidade de atuação das mulheres, bem como a autonomia das pessoas que são sujeitos do cuidado e dos cuidadores. Mas também discute a necessidade de desafiar a dicotomia atividade/passividade entre o fornecedor e o destinatário do cuidado, respectivamente. Ao definir os objetivos e estratégias de ação do cuidado em uma perspectiva de direitos, é também pertinente considerar quatro elementos a respeito dos sujeitos do cuidado que se encontram em tensão: a autonomia, a dependência, a fragilidade e a fragilização.

A autonomia está associada à capacidade de desempenhar, com a menor ajuda possível, as funções relacionadas com a vida diária e pode vincular-se com a noção de independência. Implica tanto uma dimensão pública, que tem a ver com a participação ativa na organização da sociedade, como uma pessoal, expressada na possibilidade de formular e realizar os próprios planos de vida e de tomar decisões segundo preferências próprias. Em ambos os casos, a autodeterminação e a liberdade para decidir por si mesmo estão na base de seu exercício, mesmo quando se necessita da ajuda e apoio dos outros para isso.

A dependência é entendida como a restrição do exercício da autonomia por uma limitação física ou mental, que na prática reduz as possibilidades de tomar decisões e realizar ações livremente. Por sua vez, a fragilidade é um estado precursor da dependência, que surge da acumulação de déficits. Com a idade, por exemplo, a morbidade crescente e a inter-relação com o ambiente conferem vulnerabilidade, pelo risco de exposição a eventos adversos de saúde no curto e médio prazo. A “fragilização” é o processo conducente a um estado de fragilidade que deriva do ambiente e dos obstáculos sociais, não do funcionamento das pessoas, e que acontece porque as sociedades marginalizam os que têm determinadas limitações funcionais e os impedem de realizar suas capacidades. Tal é o caráter dos obstáculos que as pessoas com deficiência devem enfrentar.

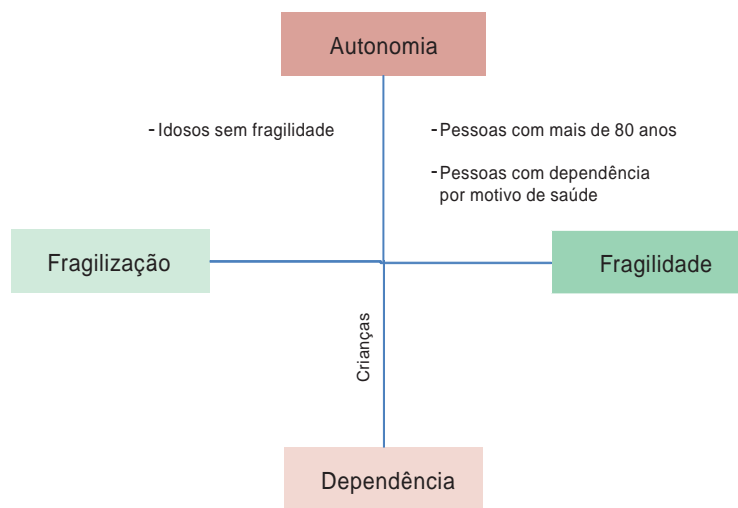
A tensão entre os quatro elementos (autonomia, dependência, fragilidade e fragilização) ajuda a diferenciar o caráter do cuidado que requerem as crianças, as pessoas idosas frágeis, as pessoas com deficiências e as pessoas com dependência por razões de saúde⁶. Em termos dos binômios que se apresentam, as crianças, as pessoas idosas em suas diferentes faixas etárias e as pessoas com dependência por razões de saúde e com deficiência se situam em diferentes quadrantes (veja o diagrama 1). Obviamente, a realidade excede um esquema conceptual que, porém, é útil para diferenciar os componentes do cuidado de acordo com as características do sujeito e evidencia que os objetivos são diferentes em cada caso, assim como as estratégias que devem ser adotadas.

Como se pode observar, o cuidado das crianças se situa no eixo dependência-autonomia para sublinhar seu caráter transitório, determinado por sua curta idade. As pessoas de muito avançada idade (80 anos e mais) e as de qualquer idade com dependência séria por razões de saúde ou deficiência se situam no quadrante fragilidade-autonomia. Seu cuidado deve concentrar-se em proporcionar o apoio específico e técnico que permita administrar da melhor forma possível sua dependência e oferecer as

⁶ Veja uma estimativa da população com dependência por razões de saúde em S. Huenchuan, “La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica y los derechos”, *serie Población y Desarrollo*, N° 100 (LC/L.3308-P), Santiago do Chile, CEPAL, março de 2011.

compensações necessárias para suprir as limitações que sofrem ou a que podem estar expostas. Por último, o quadrante fragilização-autonomia indica a qualidade do cuidado e a ordem da prevenção; entre os requisitos, destacam-se as modificações do ambiente físico, do meio social e da dotação de serviços para uma sociedade que envelhece e que encara os obstáculos das pessoas com deficiências. A qualidade do cuidado e da prevenção é fundamental para limitar o trânsito de situações de fragilização para a fragilidade e para que a fragilidade não se converta em antessala da dependência. A autonomia deve ser encarada como um objetivo dinâmico, cuja consecução é preciso buscar e reconstruir de maneira constante, e não deve ser mal-entendida como autossuficiência, mas percebida à luz do respeito nas relações do cuidado.

Diagrama 1
SUJEITOS E OBJETIVOS DO CUIDADO: TENSÕES ENTRE SEUS ELEMENTOS



Fonte: Centro Latino-Americano e Caribenhos de Demografia (CELADE) - Divisão de População da CEPAL.

O cuidado como marco das políticas e dos objetivos e ênfase destas permite potenciar e articular sob outra óptica a agenda dos direitos sociais, especialmente no que se refere ao acesso universal a determinados serviços com certos padrões de qualidade, já que ressalta o significado desta e a regulação e regulamentação dos serviços. Nesse sentido, o avanço dos direitos da mulher, da infância, das pessoas com deficiências e dos idosos é visto à luz do desenvolvimento do cuidado e do nível qualitativo dos serviços conexos.

Nos capítulos seguintes procuramos avançar em diagnósticos e políticas relativas a distintas dimensões do cuidado. No capítulo III caracteriza-se o emprego remunerado consagrado a atividades de cuidado nos países da América Latina. Essa análise constitui um avanço significativo na compreensão do fenômeno, pois até agora os estudos se concentravam no trabalho não remunerado em atividades de cuidado. O capítulo IV apresenta uma visão atualizada do gasto social e sua dinâmica na América Latina, prestando atenção aos gastos privados das famílias em serviços de cuidado. Também neste caso trata-se de um tipo de informação inédita, com algumas limitações próprias das fontes, mas que permite detectar tendências interessantes de distintos grupos sociais. O capítulo V apresenta uma visão panorâmica da situação das pessoas com deficiências na América Latina e no Caribe a partir de dados dos censos mais recentes e outras fontes e caracteriza os diversos arranjos de cuidado e as necessidades de serviços de cuidado para estas pessoas. Finalmente, o capítulo VI apresenta desafios em matéria de políticas de cuidado como parte medular dos sistemas de proteção social da região.

Capítulo III

O EMPREGO REMUNERADO NO SETOR DO CUIDADO

Para entender como se constroem e valorizam o cuidado e a economia do cuidado nas sociedades modernas, é preciso considerar tanto o cuidado não remunerado como o remunerado. Na região avançou-se substantivamente no conhecimento acerca do trabalho não remunerado;⁷ por sua vez, o trabalho de cuidado remunerado não foi centro de atenção das pesquisas e, em termos gerais, não se aprofundou em certos aspectos dos mercados de trabalho, apesar de, além das dificuldades metodológicas, se dispor de informação estatística para seu estudo.

Nas páginas seguintes procura-se saldar essas dívidas da pesquisa regional, alertando para a situação de um setor-chave do mercado de trabalho, cujas condições, vistas à luz do panorama global do emprego, põem em evidência o lugar limitado que o cuidado ocupa nas políticas públicas, o que incide na qualidade dos serviços.

A. O DEBATE CONCEITUAL E METODOLÓGICO

No âmbito internacional, existe um conjunto amplo de pesquisas que analisam o emprego remunerado no setor do cuidado. Estas foram acompanhando os avanços da reflexão sobre o reconhecimento do trabalho não remunerado na economia e a conciliação entre o trabalho produtivo e o reprodutivo.

Um desafio fundamental enfrentado na elaboração destes estudos foi o de definir os critérios para identificar os trabalhadores remunerados no setor do cuidado. A revisão da literatura indica a ausência de uma definição única e a existência de enfoques muito variados para estabelecer os empregos remunerados que devem ser incluídos dentro deste setor. A análise realizada na América Latina se baseia num desses enfoques, que define o emprego remunerado em cuidados como aquele que fornece um serviço a pessoas dependentes (crianças, enfermos, idosos, pessoas com deficiência) e inclui o trabalho reprodutivo relacional e o não relacional. A translação desses critérios para as pesquisas domiciliares na América Latina permitiu identificar como trabalhadores do cuidado os que, dentro dos ramos de atividade da saúde, educação e serviços sociais e nos lares, detêm as seguintes ocupações: professores e assistentes de educação pré-escolar, professores de educação especial, babás, enfermeiros profissionais e diplomados, auxiliares ou ajudantes de enfermagem (tanto em domicílio como em instituições), outros trabalhadores do cuidado e atenção de pessoas, acompanhantes e trabalhadores do serviço doméstico. Em contraste, a delimitação não considera como parte dos trabalhadores do cuidado os professores de educação primária, média e superior, os médicos e outros profissionais da saúde, dado que os serviços que fornecem não se inscrevem dentro da noção de cuidado⁸.

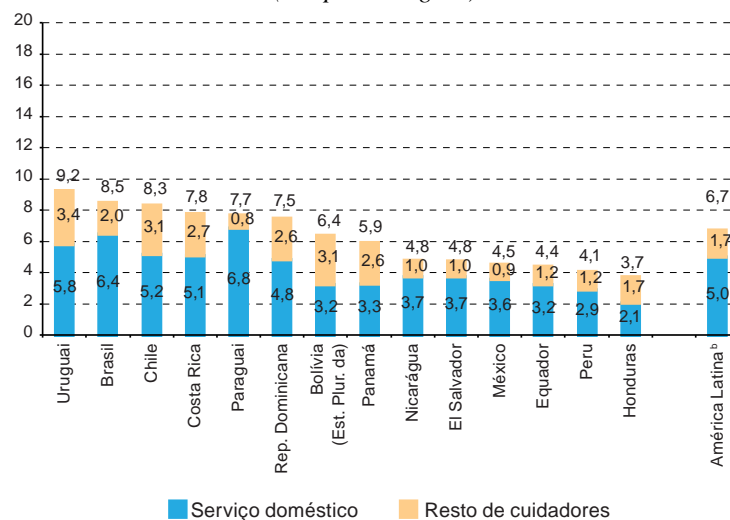
⁷ Veja CEPAL, *Panorama Social da América Latina*, 2009.

⁸ A respeito, veja a introdução à parte II desta edição do *Panorama Social da América Latina*.

B. O EMPREGO REMUNERADO NO SETOR DO CUIDADO

O emprego remunerado no setor do cuidado representa na atualidade 6,7% do emprego. Contudo, esta média esconde um panorama um pouco heterogêneo. Em países como Uruguai, Brasil e Chile, por exemplo, o emprego remunerado neste setor supera 8% do total dos ocupados (9,2%, 8,5% e 8,3%, respectivamente, em 2010). No outro extremo, em 6 dos 14 países analisados (Equador, El Salvador, Honduras, México, Nicarágua e Peru) o valor está abaixo de 5% do total dos ocupados. Um aspecto a ressaltar é a importância do serviço doméstico dentro do total do emprego remunerado no setor do cuidado. Em média, 5% dos ocupados do setor pertencem ao serviço doméstico e 1,7% corresponde ao resto das ocupações do cuidado (veja o gráfico 10). Esta composição é determinante na caracterização deste conjunto de trabalhadores.

Gráfico 10
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): OCUPADOS QUE TRABALHAM NO SETOR DO CUIDADO, POR SUBSETOR, EM TORNO DE 2010^a
(Em porcentagens)



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em tabulações especiais das pesquisas domiciliares dos respectivos países.

^a Inclui dados da Argentina, Colômbia, Guatemala e República Bolivariana da Venezuela. Os dados da Nicarágua correspondem a 2005, os do Estado Plurinacional da Bolívia a 2007 e os do Brasil e Chile a 2009. Os dados do Equador e Uruguai correspondem a áreas urbanas.

^b Média ponderada.

Entre 2000 e 2010, a proporção de ocupados no setor do cuidado manteve-se relativamente estável: no ano 2000 representavam 6,2% do total de ocupados e o aumento da importância do setor ao longo da década foi muito pequeno. Também não se observam grandes mudanças na evolução do peso do serviço doméstico e do resto dos cuidadores.

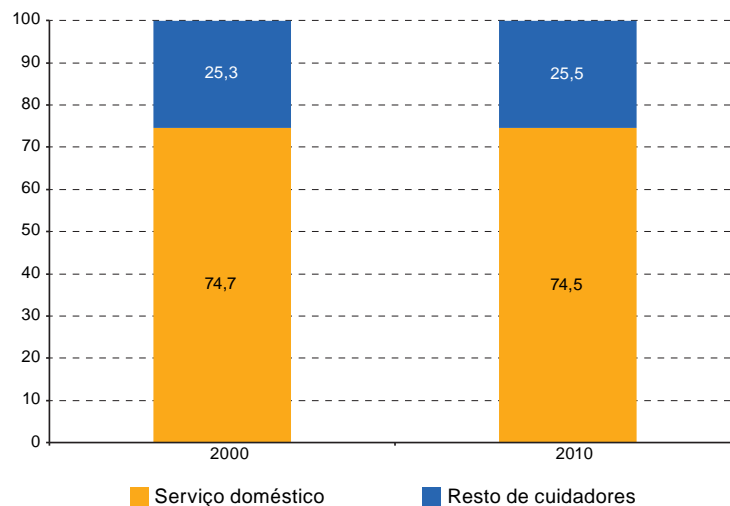
É importante assinalar que o conjunto de trabalhadores vinculados ao cuidado é um conglomerado altamente heterogêneo, composto por subgrupos bastante diferentes entre si. Uma primeira distinção mostra que na América Latina três quartos (74,5%) dos trabalhadores que se dedicam a

atividades de cuidado pertencem ao serviço doméstico, enquanto o quarto restante (25,5%) atua em outras áreas (veja o gráfico 11). Outra abordagem é a que classifica os ocupados segundo trabalhem em serviços educativos, de saúde, domiciliares ou outros serviços comunitários. Quase oito de cada dez (79,8%) trabalhadores do setor do cuidado pertencem a esta última categoria. Dos restantes 20%, 11,5% trabalham em serviços de saúde e 8,7% em serviços educativos (veja o gráfico 12). Finalmente, tanto com um como com outro critério, esta distribuição se manteve estável na última década.

Na América Latina, o emprego no setor do cuidado está altamente feminizado, refletindo que o viés de gênero, que pauta a distribuição do trabalho não remunerado em matéria de cuidados, transpassa a fronteira dos domicílios e “naturaliza” a super-representação feminina nesses empregos. De fato, quase 71% dos trabalhadores do cuidado são mulheres empregadas no serviço doméstico, ao que se soma 23% de mulheres que trabalham em outras ocupações vinculadas com o cuidado (serviços educativos e de saúde, quase em partes iguais). Os restantes 6% correspondem a homens que trabalham no serviço doméstico (3,7%) e em outras ocupações do âmbito do cuidado (veja os gráficos 13 e 14).

Essa configuração faz com que o setor do cuidado considerado globalmente tenha uma importância especial como fonte de emprego para as mulheres e seja quase inexistente para os homens. De fato, 15,3% das ocupadas da região trabalham neste setor, com um peso muito considerável (11,6%) do serviço doméstico, enquanto estas ocupações concentram menos de 1% do total de homens ocupados.

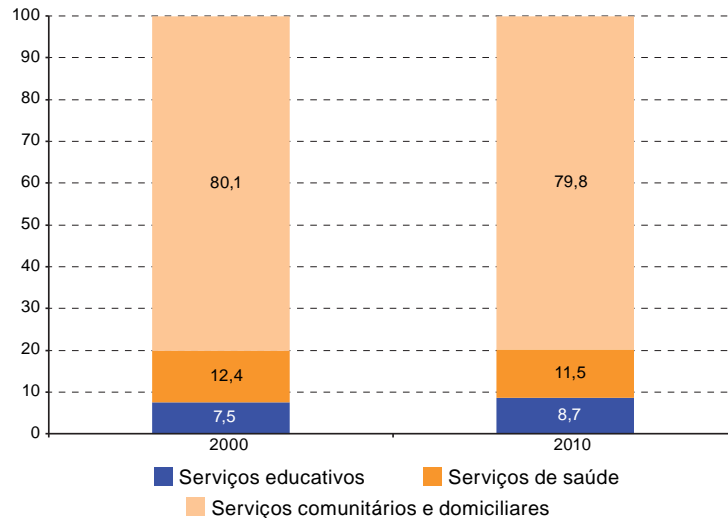
Gráfico 11
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): DISTRIBUIÇÃO DOS OCUPADOS DO SETOR DO CUIDADO SEGUNDO TRABALHEM NO SERVIÇO DOMÉSTICO OU EM OUTRAS ATIVIDADES, EM TORNO DE 2010^a
(Em porcentagens)



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em tabulações especiais das pesquisas domiciliares dos respectivos países.

^a Não inclui dados da Argentina, Colômbia, Guatemala e República Bolivariana da Venezuela. Os dados de 2000 da Nicarágua correspondem a 1998; os do Estado Plurinacional da Bolívia, Brasil, Costa Rica, Equador, El Salvador, Panamá e Peru a 1999; os de Honduras, República Dominicana e Uruguai a 2002. Os dados de 2010 da Nicarágua correspondem a 2005; os do Estado Plurinacional da Bolívia a 2007; os do Brasil e Chile a 2009. Os dados do Equador e Uruguai correspondem a áreas urbanas.

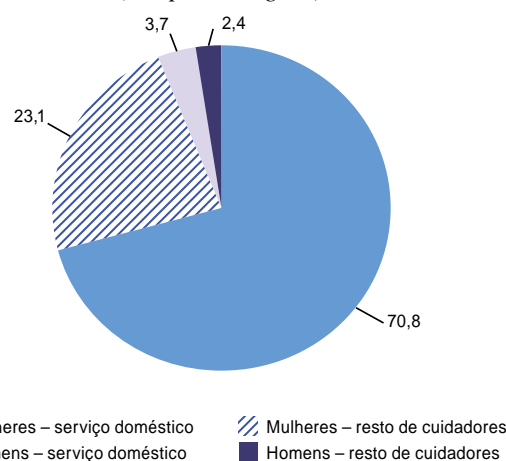
Gráfico 12
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): DISTRIBUIÇÃO DOS OCUPADOS DO SETOR DO CUIDADO POR SUBSETOR, EM TORNO DE 2010^a
(Em porcentagens)



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em tabulações especiais das pesquisas domiciliares dos respectivos países.

^a Não inclui dados da Argentina, Colômbia, Guatemala e República Bolivariana da Venezuela. Os dados de 2000 da Nicarágua correspondem a 1998; os do Estado Plurinacional da Bolívia, Brasil, Costa Rica, Equador, El Salvador, Panamá e Peru a 1999; os de Honduras, República Dominicana e Uruguai a 2002. Os dados de 2010 da Nicarágua correspondem a 2005; os do Estado Plurinacional da Bolívia a 2007; os do Brasil e Chile a 2009. Os dados do Equador e Uruguai correspondem a áreas urbanas.

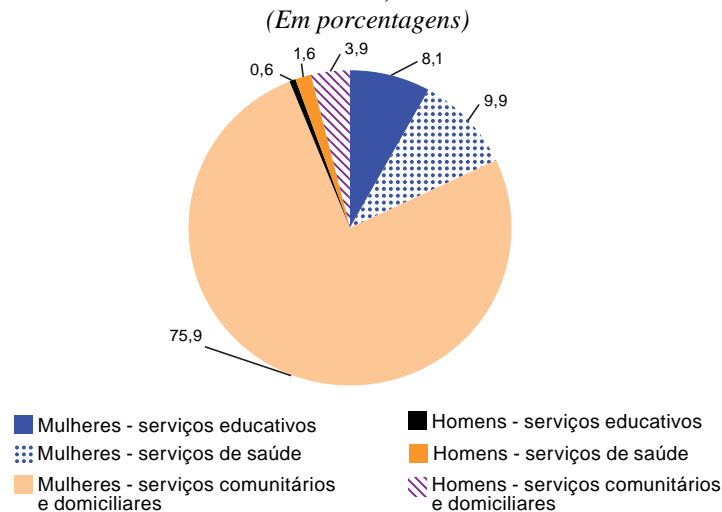
Gráfico 13
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): DISTRIBUIÇÃO DOS OCUPADOS DO SETOR DO CUIDADO NO SERVIÇO DOMÉSTICO E OUTRAS ATIVIDADES, POR SEXO, EM TORNO DE 2010^a
(Em porcentagens)



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em tabulações especiais das pesquisas domiciliares dos respectivos países.

^a Não inclui dados da Argentina, Colômbia, Guatemala e República Bolivariana da Venezuela. Os dados da Nicarágua correspondem a 2005; os do Estado Plurinacional da Bolívia a 2007; os do Brasil e Chile a 2009. Os dados do Equador e Uruguai correspondem a áreas urbanas.

Gráfico 14
**AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): DISTRIBUIÇÃO DOS OCUPADOS DO SETOR DO CUIDADO,
 POR SEXO E SUBSETOR, EM TORNO DE 2010^a**



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em tabulações especiais das pesquisas domiciliares dos respectivos países.

^a Não inclui dados da Argentina, Colômbia, Guatemala e República Bolivariana da Venezuela. Os dados da Nicarágua correspondem a 2005; os do Estado Plurinacional da Bolívia a 2007; os do Brasil e Chile a 2009. Os dados do Equador e Uruguai correspondem a áreas urbanas.

Há outras características que descrevem o perfil singular dos trabalhadores do cuidado e, entre estes, as diferenças entre o serviço doméstico e o resto dos ocupados do setor. Em comparação com o resto dos ocupados, entre os trabalhadores do cuidado há uma menor presença de jovens de 15 a 24 anos, mas também uma menor proporção de idosos. Ademais, são menos educados em média que os trabalhadores de outros setores, embora se detectem importantes diferenças neste conjunto, já que as trabalhadoras do serviço doméstico apresentam uma escolaridade consideravelmente inferior à dos trabalhadores do cuidado em educação e saúde.

Por outro lado, entre os trabalhadores do cuidado há menor presença de chefes de família que entre o resto dos ocupados. Contudo, entre os primeiros a proporção aumentou (de 22,5% em 2000 para 32,8% em 2010), enquanto no resto diminuiu levemente (de 49,3% em 2000 para 47,6% em 2010). Com relação à chefia da família exclusivamente entre as distintas categorias de mulheres ocupadas, confirmam-se estas mesmas tendências, mas surgem alguns matizes. A porcentagem de chefes de família é maior entre as trabalhadoras do setor do cuidado que entre o resto das ocupadas e pouco menos de um terço das trabalhadoras do serviço doméstico (31,7%) são chefes de família, uma proporção que no resto das cuidadoras alcança 27,9%. Finalmente, entre as trabalhadoras do cuidado — muito especialmente entre aquelas que atuam no serviço doméstico — a porcentagem de chefes de família sofreu um aumento acentuado, que supera com folga o registrado no resto das ocupadas. Em conclusão, a proporção de ocupados no setor do cuidado que têm responsabilidades familiares é considerável e está crescendo.

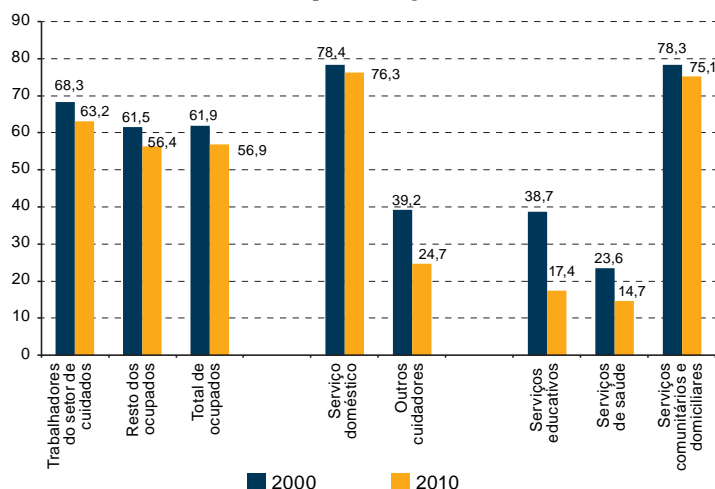
Os trabalhadores do cuidado vivem em domicílios com um nível de renda *per capita* inferior, em média, que o resto dos ocupados. Levando em conta este padrão, não é de estranhar que entre esses trabalhadores se observe uma maior incidência de pobreza que entre o resto dos ocupados (24,1% frente a 20,2% em 2010). Contudo, uma vez mais, observa-se uma acentuada heterogeneidade entre os ocupados

em tarefas de cuidado: entre aqueles que atuam no serviço doméstico, a incidência da pobreza alcança 29,1% (2010), enquanto entre o resto dos ocupados do setor desce para 9,6%. Com relação à indigência, confirma-se um panorama similar.

C. CONDIÇÕES DE TRABALHO

A inserção dos trabalhadores do cuidado segundo sua categoria ocupacional é diferenciada. Enquanto os trabalhadores e as trabalhadoras do serviço doméstico são em sua grande maioria assalariados privados, no resto dos cuidadores tem uma importância relativamente grande o setor público, que acolhe quase a metade. Por sua vez, os trabalhadores do setor do cuidado apresentam níveis de desproteção social — ou seja, falta de cobertura da seguridade social — um pouco superiores aos do resto dos trabalhadores (63,2% frente a 56,9% em 2010). Isto obedece principalmente aos elevados níveis de desproteção do serviço doméstico: apenas 23,7% dos trabalhadores desta área contribuía para a seguridade social em 2010. Os níveis de cobertura são consideravelmente superiores entre os trabalhadores da educação e saúde, setores em que novamente influi a importância do setor público (veja o gráfico 15).

Gráfico 15
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): TRABALHADORES NÃO AFILIADOS À SEGURIDADE SOCIAL, EM TORNO DE 2000 E 2010^a
(Em porcentagens)



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em tabulações especiais das pesquisas domiciliares dos respectivos países.

^a Média ponderada. Não inclui dados da Argentina, Colômbia, Guatemala e República Bolivariana da Venezuela. Os dados de 2000 da Nicarágua correspondem a 1998; os do Estado Plurinacional da Bolívia, Brasil, Costa Rica, Equador, El Salvador, Panamá e Peru a 1999; os de Honduras, República Dominicana e Uruguai a 2002. Os dados de 2010 da Nicarágua correspondem a 2005; os do Estado Plurinacional da Bolívia a 2007; os do Brasil e Chile a 2009. Os dados do Equador e Uruguai correspondem a áreas urbanas.

A falta de cobertura da seguridade social diminuiu na última década, tanto para os ocupados no cuidado como para o resto dos ocupados. Contudo, esta melhora obedece quase exclusivamente ao sucedido entre os trabalhadores da educação e saúde, já que a variação correspondente ao serviço doméstico mantém sua tendência, embora seja de menor magnitude.

Outros três elementos terminam de configurar o quadro das condições de trabalho dos ocupados do cuidado. Em primeiro lugar, as horas de trabalho semanais dos que atuam no setor do cuidado são inferiores às do resto dos ocupados (36,6 frente a 42,3 em 2010), o que resulta basicamente das horas de trabalho do serviço doméstico e, especialmente, dos trabalhadores da educação, já que os trabalhadores do cuidado do setor da saúde trabalham um número de horas similar ao do resto das ocupações. Em segundo lugar, o coletivo de trabalhadores do cuidado apresenta menores níveis de pluriemprego que o resto, o que obedece ao comportamento dos trabalhadores do serviço doméstico. Finalmente, existe uma situação generalizada de penalização salarial para o serviço doméstico, enquanto para os trabalhadores da educação o padrão não é claro. Os trabalhadores do cuidado na saúde tendem a receber salários mais elevados em relação a outros ocupados de similares características de outros setores, o que provavelmente está vinculado ao peso do setor público.

D. O EMPREGO DOMÉSTICO: VULNERABILIDADES E DISCRIMINAÇÃO

No emprego doméstico confluem um perfil populacional específico, déficits em ativos básicos e maior precariedade nas condições de trabalho. A evidência apresentada confirma o que várias pesquisas haviam demonstrado: o emprego doméstico está mais feminizado que o resto das ocupações do cuidado, apresenta um nível educativo inferior, é mais afetado pela pobreza e indigência e tem maior incidência de população indígena que o resto dos trabalhadores do setor. O emprego doméstico também é a categoria em que se concentra a maior proporção de mulheres chefes de família e de trabalhadoras que vivem em domicílios com crianças e adolescentes. Por sua vez, existe uma forte associação entre o emprego doméstico e as famílias monoparentais chefiadas por mulheres, o que reflete um núcleo de desigualdade em que se combinam vulnerabilidade, alta dependência da renda com extensas jornadas de trabalho e sérias dificuldades para conciliar o trabalho remunerado com o não remunerado.

As pronunciadas diferenças socioeconômicas entre o emprego doméstico e o resto dos trabalhadores do cuidado refletem a existência na região de modelos duais de proteção e regulação do trabalho. Nesta dualidade, o emprego doméstico combina escassa regulação, baixos salários, baixo acesso à proteção social, discriminação e condições de trabalho extremadamente precárias.

Um elemento adicional que torna mais complexa esta equação é que em muitos países da região e do mundo observa-se uma concentração de mulheres migrantes em ocupações como o serviço doméstico e as atividades do cuidado. Com relação à migração interna, os resultados dos censos de 2010 para alguns países sugerem que a participação dos migrantes internos no emprego já não seria tão significativa e estaria tendendo à convergência com a população não migrante. No caso da migração internacional, a associação entre os migrantes e o serviço doméstico é bastante mais acentuada e persistente.

Um dos fatores que definem os fluxos migratórios de mulheres entre os países da América Latina é seu caráter laboral, e muitas migrantes identificam crescentemente uma razão econômica para sua decisão de migrar e se envolvem em grande medida no serviço doméstico no país de destino, já que aí encontram oportunidades reais de inserção econômica. Detecta-se uma alta segregação laboral por gênero e também por país de origem. Cada vez é mais comum constatar que migrantes provenientes de um mesmo país desempenham o mesmo tipo de trabalho nos diversos destinos a que se dirigem e, no caso das mulheres, o serviço doméstico é uma das ocupações preponderantes. Outra tendência clara é que, nos principais países receptores, as mulheres migrantes trabalhadoras domésticas, em sua maioria, são mães. Tal condição é relevante, primeiro, porque significa que estas mulheres são economicamente responsáveis por seus filhos e, segundo, porque é indício palpável da relatividade da autonomia com que se resolve a decisão migratória das mulheres que se deslocam sozinhas, quer dizer, deixando seus filhos no país de origem.

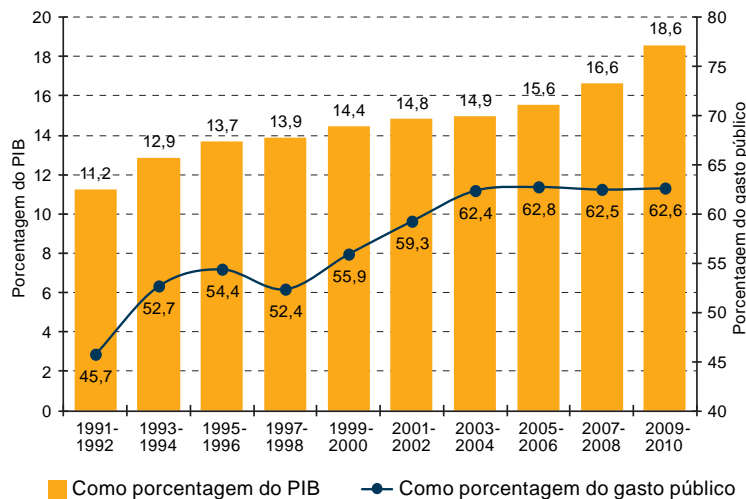
Capítulo IV

TENDÊNCIAS RECENTES DO GASTO SOCIAL E DO GASTO PRIVADO EM MATÉRIA DE CUIDADOS NA AMÉRICA LATINA E NO CARIBE

Até meados da década de 2000, a evolução do gasto público social era altamente pró-cíclica. Na segunda metade da década vários países iniciaram esforços sistemáticos para reforçar os programas sociais, em particular os orientados à luta contra a pobreza, fato que marcaria um primeiro ponto de inflexão no comportamento do gasto social. Contudo, o crescimento mais acelerado deste gasto, em certa medida em contraponto com a evolução das economias, se deve sobretudo a políticas progressivamente implementadas para fazer frente a diversos choques externos: i) o aumento dos preços dos alimentos e combustíveis em 2008, processo de alta dos produtos básicos de exportação que se havia iniciado em 2003; ii) a crise financeira mundial, que teve suas maiores manifestações e consequências entre fins de 2008 e 2009; iii) a mais recente incerteza internacional e a desaceleração do crescimento econômico mundial.

Estes três momentos influíram em diversa medida na política fiscal e na política social. Ao reforço de alguns grandes programas sociais (de luta contra a pobreza e de fortalecimento da proteção social principalmente no pilar solidário ou não contributivo) se somaram medidas de reorientação do gasto (e impostos) para evitar os efeitos regressivos do aumento de preços dos produtos básicos, principalmente em 2007 e 2008. Depois de iniciada a crise financeira, os governos tomaram diversas medidas de estabilização da demanda interna, mediante o aumento do gasto público não social (investimento em infraestrutura) e, sobretudo, do gasto social.

Gráfico 16
AMÉRICA LATINA E CARIBE (21 PAÍSES): EVOLUÇÃO E PARTICIPAÇÃO DO GASTO PÚBLICO SOCIAL NO GASTO TOTAL, 1991-1992 A 2009-2010^a
(Em porcentagens do PIB e do gasto público total)



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), base de dados sobre gasto social.

^a Média ponderada dos países.

Desde o início dos anos 90 registrava-se um aumento da prioridade fiscal do gasto social dentro do gasto público total, que passou de 45,7% em 1991-1992 para 59,3% em 2001-2002 e 62,6% em 2009-2010. Contudo, algumas flutuações e aumentos da prioridade fiscal do gasto social obedeceram a contrações do gasto público não social e, portanto, a diminuições relativas do gasto público total, principalmente entre 1999 e 2004.

A partir de 2010, diversos países iniciaram reformas fiscais, tanto pelo lado da receita como do gasto, para consolidar suas finanças públicas, já que, depois de aproximadamente um quinquênio (2003-2008) de geração de superávits primários e redução da dívida pública, as medidas que envolviam o aumento do gasto público geraram déficit nas contas públicas. Embora as cifras de 2010 mostrem que nesse ano se manteve a tendência anticíclica de expansão dos gastos, houve um maior aumento do gasto público social e, em vários casos, queda do gasto público não social.

Dados parciais de 2011 indicam que haveria uma tendência à contração relativa do gasto social (redução da prioridade econômica, em porcentagens do PIB, de 0,8 ponto percentual em relação a 2010 como média simples de oito países), mas que não teria significado necessariamente uma diminuição absoluta dos recursos destinados aos setores sociais.

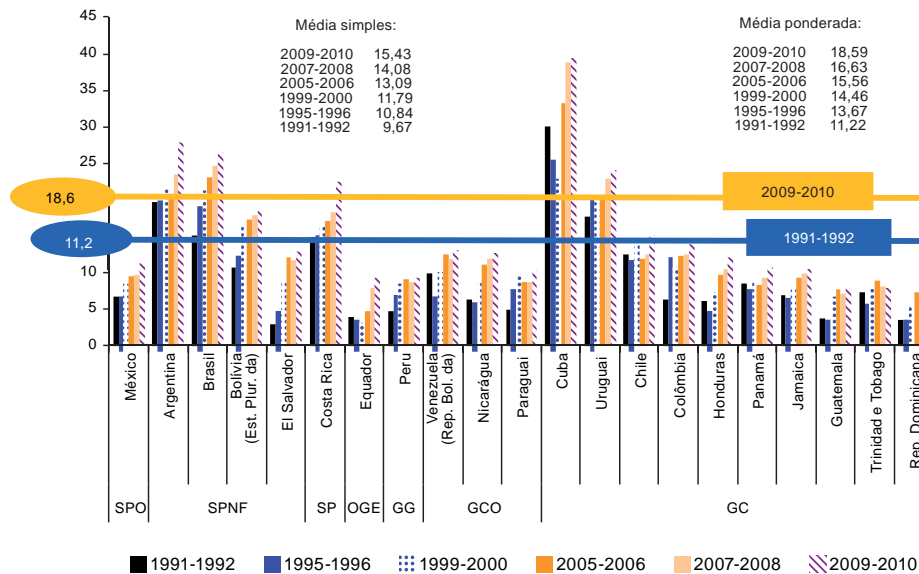
Embora haja claras tendências gerais, na região existem notáveis diferenças de um país a outro, não somente quanto à quantidade de recursos que efetivamente podem mobilizar para os setores sociais, mas também a respeito do esforço macroeconômico que representa o orçamento público social.

A. A EVOLUÇÃO DO GASTO SOCIAL NOS PAÍSES

Salvo em períodos específicos, todos os países envidaram esforços para aumentar tanto a relevância do gasto público social dentro do gasto total (prioridade fiscal do gasto social) como sua prioridade macroeconômica, muitas vezes impulsionando o aumento da proporção do gasto social em relação ao PIB. No final do período analisado, a prioridade macroeconômica do gasto social havia registrado aumentos significativos em praticamente todos os países. Entre 2009 e 2010 somente Equador, Guatemala, Peru, República Dominicana e Trinidad e Tobago registraram gastos sociais com valores inferiores a 10% de seus respectivos PIB; além dos países que já no início da década de 1990 superavam a proporção de 15% do PIB destinada ao gasto social, agora se incluem Estado Plurinacional da Bolívia, Chile e Costa Rica (veja o gráfico 17).

Apesar de existirem diferenças persistentes quanto à prioridade macroeconômica do gasto social, vale a pena destacar os países que envidaram esforços proporcionalmente maiores para aumentar a porcentagem desses gastos. Medida em relação ao PIB, El Salvador aumentou a prioridade macroeconômica do gasto público social em mais de 300% (de 2,9% para 13% do PIB); Colômbia, Equador, Guatemala, Nicarágua, Paraguai e República Dominicana mais que duplicaram o esforço macroeconômico entre 1991-1992 e 2009-2010; o Estado Plurinacional da Bolívia, Brasil, Costa Rica, Honduras, Jamaica, México e Peru aumentaram 50% ou mais. Em contraste, o aumento no Chile, Panamá e, especialmente, Trinidad e Tobago foi pouco substantivo nos últimos 20 anos.

Gráfico 17
AMÉRICA LATINA E CARIBE (21 PAÍSES): EVOLUÇÃO DO GASTO PÚBLICO SOCIAL, 1991-1992 A 2009-2010^a
 (Em porcentagens do PIB)



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), base de dados sobre gasto social.

^a GC: Governo central; GCO: Governo central orçamentário; GG: Governo geral; OGE: Orçamento geral do Estado; SP: Setor público (total); SPNF: Setor público não financeiro; SPO: Setor público orçamentário.

1. Diminuição da prociclicidade do gasto social

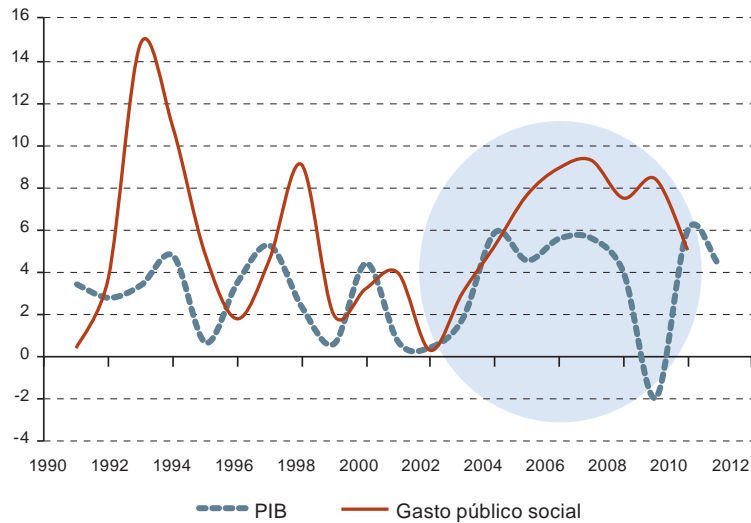
Como consequência das medidas adotadas para enfrentar a alta dos preços dos alimentos e outros produtos básicos, e das destinadas a paliar os efeitos da crise financeira internacional, observa-se nos últimos anos uma certa independência nas flutuações do gasto social em relação ao ciclo econômico. Isto explicaria boa parte do aumento do gasto social no último biênio, de 2 pontos percentuais do PIB. Este aumento concentrou-se principalmente em seguridade e assistência social (50% do aumento). Parte disso se deve tanto a compromissos em matéria de seguridade social, cujo comportamento é inercial e tem certa independência do ciclo econômico, quanto ao reforço em alguns países de componentes não contributivos (pensões solidárias); também se observa uma extensão ou implementação de diversos programas de assistência social destinados às pessoas e famílias mais vulneráveis à contração econômica.

O anterior é reforçado pelos dados de alguns países: entre 2007 e 2009, esta rubrica registrou um aumento de 33,6% na Argentina (quase 10% em 2008 e mais de 21% em 2009), 15% no Brasil (governo federal), 80% no Chile, quase 35% na Colômbia, 66% na Costa Rica, quase 50% no México (governo federal, concentrado em 2008, já que em 2009 houve uma leve redução) e de mais de 28% no Paraguai (aumento observado em 2009, já que em 2008 houve uma diminuição de mais de 10%).

Dados parciais de 2011 indicam que haveria uma tendência à contração relativa do gasto social, mas que não significaria necessariamente uma redução absoluta dos recursos destinados aos setores sociais. Isto estaria associado à manutenção da incerteza econômica internacional que geraram as

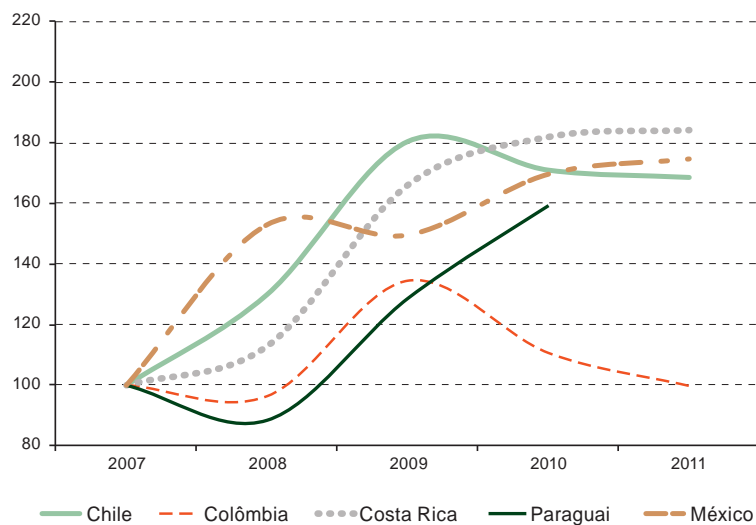
economias desenvolvidas, para além da crise financeira de 2008-2009, e aos persistentes déficits em conta corrente do balanço de pagamentos, que poderiam afetar a receita fiscal e aumentar o déficit fiscal.

Gráfico 18
AMÉRICA LATINA E CARIBE (21 PAÍSES): EVOLUÇÃO AGREGADA DO GASTO PÚBLICO SOCIAL E DO PIB, 1990-2010
(Taxas porcentuais de variação anual)



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), base de dados sobre gasto social.

Gráfico 19
AMÉRICA LATINA E CARIBE (5 PAÍSES): EVOLUÇÃO RECENTE DA ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2007-2011
(Índice 2007=100)

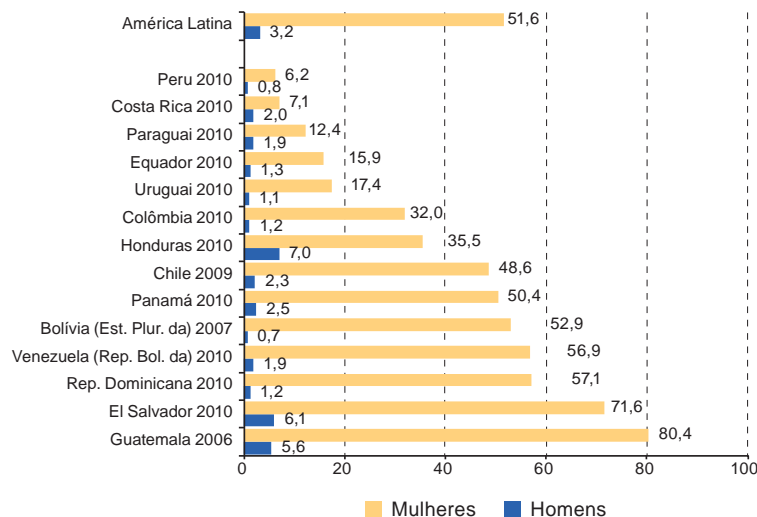


Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), base de dados sobre gasto social.

B. O GASTO DAS FAMÍLIAS EM CUIDADOS: PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO

Tradicionalmente, as assimetrias de gênero fizeram com que as necessidades universais de cuidado fossem atendidas principalmente no seio familiar e ficassem a cargo das mulheres. Em geral, isto é acompanhado de débeis políticas públicas de cuidado, com programas de escassa cobertura, baixo financiamento e fragmentados. Nesse sentido, o direito a cuidar e a ser cuidado continua dependendo fundamentalmente do tempo e do esforço que as mulheres possam dedicar no seio dos lares, da solidariedade intergeracional que existe dentro das famílias e da capacidade de pagamento por serviços de cuidado de cada um, o que, ademais, restringe as opções de inserção das mulheres no mercado de trabalho (veja o gráfico 20).

Gráfico 20
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): TRABALHADORES INATIVOS QUE DECLARARAM COMO MOTIVO DE SUA INATIVIDADE TAREFAS DE CUIDADO E TRABALHOS DOMÉSTICOS, POR SEXO
(Em porcentagens)



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em tabulações especiais das pesquisas domiciliares dos respectivos países.

As necessidades de cuidado das famílias podem se traduzir em gastos para contratar uma provisão que pode ser de cuidados diretos, indiretos ou uma combinação de ambos; esta informação é obtida mediante o processamento de pesquisas de receita e gastos dos diversos países. Destaca-se o fato de que a imensa maioria das famílias carece de tal capacidade de pagamento. No caso das famílias que declaram efetuar gastos, dado seu caráter monetário, a demanda efetiva de mercado das famílias assim expressada depende da renda global com que contam e da gama de necessidades que devem, querem e podem cobrir.

1. Estrutura do gasto em cuidados

Dependendo da disponibilidade de informação, os gastos foram agrupados em diversas atividades do serviço doméstico, que podem destinar-se à família como um todo ou a integrantes de diversas idades. Por outro lado, foram englobados os gastos dirigidos ao cuidado de saúde, dentro e fora do domicílio; infere-se que estes se destinam principalmente a idosos e a pessoas enfermas ou com deficiência. Finalmente, foram consolidados os gastos relacionados com educação, destinados às crianças desde seu nascimento até o pré-escolar⁹.

As pesquisas analisadas evidenciam custos muito diversos dos serviços domésticos ou de enfermagem, relacionados com gastos que, por seu caráter, são realizados de maneira contínua ou descontínua nas famílias; as pesquisas não contêm informação que permita inferir os custos em função do número de horas ou de jornadas pagas.

Os serviços domésticos são gastos privados realizados para um serviço também nitidamente privado. Já os gastos no cuidado da saúde poderiam ser cobertos parcialmente por algum tipo de seguro público ou privado. Quanto aos vinculados ao cuidado das crianças, podem refletir pagamentos de serviços educativos privados, com ou sem subvenções públicas, pagamentos para serviços educativos públicos e outros.

2. Algumas características selecionadas das famílias latino-americanas em torno do gasto em cuidados

Em primeiro lugar, somente uma minoria das famílias dos países analisados pode exteriorizar essas responsabilidades mediante o pagamento de serviços (em média, 15%); como é de esperar, são as famílias de menores rendas que tendem em maior medida a não efetuar esses gastos. Quanto à distribuição por quintis extremos, em média, somente 7,6% do primeiro quintil de famílias (o mais pobre) efetua gastos em cuidados, frente a 32% no quintil mais rico; as maiores diferenças entre as famílias mais e menos ricas são registradas no Chile, Costa Rica e Uruguai. Por outro lado, nas famílias biparentais em que ambos os cônjuges trabalham, é maior a propensão a efetuar gastos em cuidado, bem como nas famílias com crianças menores de 5 anos. Contudo, é extremamente alta a porcentagem de famílias com crianças dessa faixa de idade que não efetuam gastos, o que evidencia o papel crucial dos trabalhos não remunerados de cuidado que fica nas mãos das mulheres.

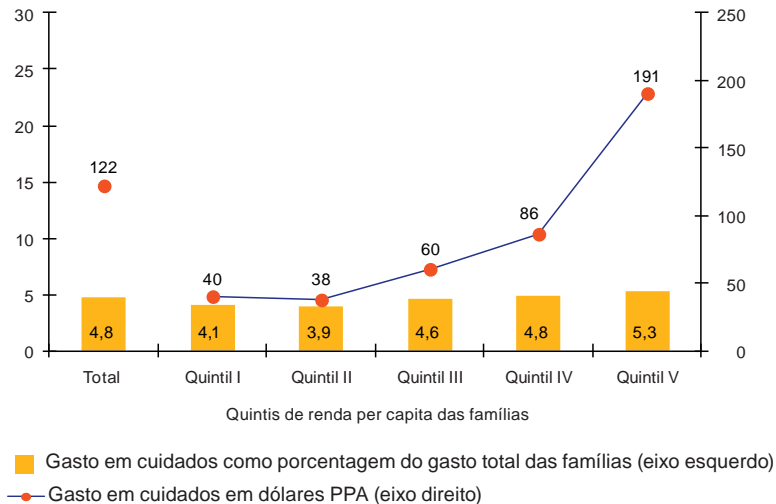
3. A desigualdade e irredutibilidade do cuidado

No conjunto da região, conforme aumenta a renda disponível, em termos absolutos aumenta em grande medida o gasto para serviços de cuidado (veja o gráfico 21). Nos 14 países analisados, em média, as famílias mais ricas gastam quatro vezes mais que aquelas com as menores rendas. Mas, no Estado Plurinacional da Bolívia, Chile, El Salvador, México e Panamá, as diferenças do gasto entre o V e o I quintil são muito maiores: a média simples para este subconjunto mostra que as famílias mais ricas gastam 17 vezes mais; dentre eles, Chile é o país mais desigual. Na outra ponta da distribuição, os países com menor nível de desigualdade entre os quintis extremos são Peru, República Dominicana e Uruguai; neste subconjunto, o quintil mais rico gasta 50% mais que o mais pobre.

⁹ Sobre a conceituação do cuidado subjacente, veja a introdução à parte II desta edição do *Panorama Social da América Latina*.

Gráfico 21
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): GASTO EM CUIDADOS POR QUINTIS DE RENDA *PER CAPITA*
DAS FAMÍLIAS, EM TORNO DE 2005^a

(Em porcentagens do gasto total das famílias e dólares PPA de 2005)



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em tabulações especiais das pesquisas de renda e gastos dos respectivos países.

^a Consideram-se unicamente as famílias que efetuaram gastos em cuidados.

Contudo, como se observa no gráfico 21, a proporção de recursos destinados ao cuidado em relação à renda total das famílias não mostra uma flutuação significativa por quintis de renda.

Por sua vez, os níveis de gasto em cuidado das famílias chefiadas por homens, em sua maioria biparentais, são em média 16% superiores aos de famílias chefiadas por mulheres; mas, se considerarmos a proporção do gasto em cuidado em relação ao gasto total, estas últimas têm gastos maiores que as primeiras.

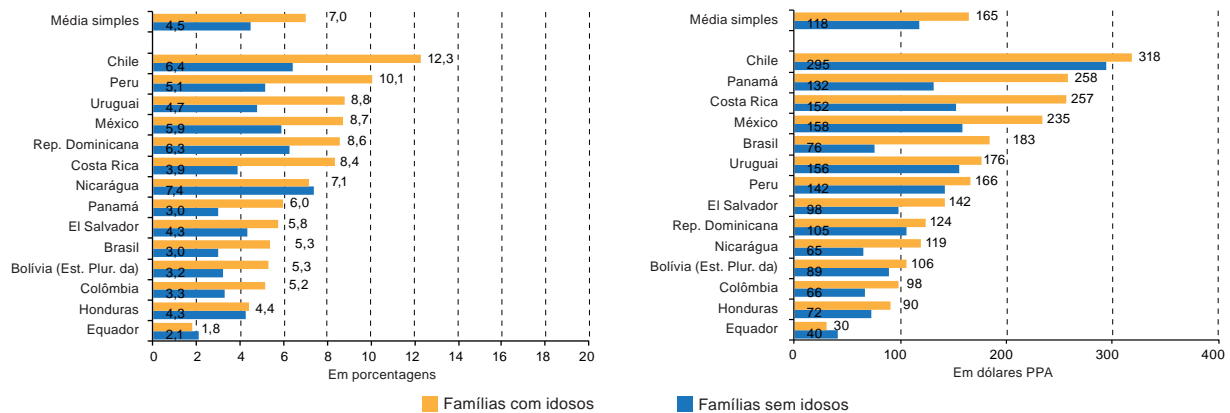
Ao comparar a contrastante capacidade de gasto nesta área das famílias pobres e não pobres, destacam-se vários aspectos que devem ser levados em conta: o desigual acesso em termos da quantidade de serviços de cuidado que se pode adquirir, a variável monetária como barreira de acesso aos serviços e a desigual qualidade dos serviços que podem ser adquiridos. A capacidade de gasto tem efeitos não só para a qualidade do cuidado, mas também para as condições de emprego dos que prestam esses cuidados diretos e indiretos remunerados (veja o capítulo III).

4. O cuidado remunerado e não remunerado em famílias com crianças pequenas e idosos: contrastes

Em 11 dos 14 países analisados, as famílias com crianças destinam menos recursos ao cuidado do que aquelas sem crianças. Isso mostra que em grande medida as necessidades dessas crianças são atendidas com cuidados não remunerados, seja por sua mãe, por outros parentes ou por vizinhas. Contudo, se a mulher trabalha, há uma tendência a gastar mais em cuidados remunerados. Em contraste, as despesas no cuidado das famílias com idosos são mais altas, tanto nos montantes como na proporção destinada (veja o

gráfico 22). Esta diferença deve-se provavelmente ao fato de se contar com menor apoio intergeracional e intrafamiliar para este fim, porque a complexidade dos cuidados é muito maior em idosos ou porque na biografia familiar o idoso deixa de prestar este serviço solidário — implícito no cuidado não remunerado da infância — e passa a ser sujeito de cuidado. Contudo, deve-se levar em conta um dado adicional: as mulheres de idade avançada frequentemente devem assumir o papel de cuidadoras principais de seus esposos, o que, por sua dificuldade, inclusive pode acelerar sua própria vulnerabilidade.

Gráfico 22
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): GASTO EM CUIDADOS COMO PROPORÇÃO DO GASTO TOTAL DAS FAMÍLIAS E COMO VALOR MÉDIO NO MÊS DE REFERÊNCIA, SEGUNDO A PRESENÇA DE PESSOAS DE 75 ANOS OU MAIS, EM TORNO DE 2005^a
(Em porcentagens e dólares PPA de 2005)



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em tabulações especiais das pesquisas de renda e gastos dos respectivos países.

^a Inclui somente famílias que efetuaram gastos em cuidados.

Capítulo V

**O CUIDADO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NA AMÉRICA LATINA
E NO CARIBE: UMA ABORDAGEM ABRANGENTE****A. INTRODUÇÃO**

Desde a adoção em 2006 da Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência (CDPD), esta problemática tem sido incorporada com vigor à agenda social e política de todos os países do mundo. A Convenção afirma o direito das pessoas com deficiência a viver na comunidade em igualdade de condições com o resto da população; daí, garantir o gozo de seus direitos requer a instalação de uma rede idônea de assistência domiciliar e pessoal e outros serviços de apoio e ajudas técnicas.

Nesse contexto, este capítulo apresenta os resultados de uma exploração abrangente da informação disponível sobre a situação das pessoas com deficiência na América Latina e no Caribe. É importante assinalar que os dados disponíveis são pouco comparáveis entre países, pois as estimativas variam segundo o grau de severidade das deficiências consideradas nas perguntas dos diversos instrumentos de medição, sejam censos, pesquisas domiciliares ou pesquisas especializadas. Por outro lado, o capítulo proporciona uma visão regional das necessidades geradas pelo crescimento de um grupo da população ao qual todos podemos pertencer em algum momento de nosso ciclo de vida ou ao qual podemos estar vinculados através do cuidado de outra pessoa. Analisam-se as complexas necessidades e implicações éticas do cuidado como aporte à formulação de políticas sociais com um enfoque de direitos, levando em conta que o cuidado recebido pelas pessoas com alguma deficiência pode ser o instrumento para obter uma vida mais independente e assumir o controle dos processos de decisões que envolve o amplo espectro de suas necessidades, e constituir o mecanismo para assegurar o exercício de seus direitos e sua participação social.

B. O CUIDADO PARA UMA VIDA INDEPENDENTE: ABORDAGEM CONCEITUAL

A abordagem do conceito de cuidado das pessoas com deficiência evoluiu junto com o conceito de deficiência, desde o modelo biomédico, que requer assistência médica e reabilitadora para facilitar a adaptação da pessoa à sua nova situação, até o modelo biossocial, no qual a deficiência é conceitualizada como um problema social e pessoal, que requer também apoio para a integração à sociedade mediante tratamentos individuais e ações no ambiente físico, social e familiar. Daí, a deficiência é considerada como o produto de uma interação complexa entre a alteração da saúde e os fatores do ambiente. Essas mudanças de enfoque estão refletidas na Classificação Internacional do Funcionamento, da Deficiência e da Saúde (CIDDM-2), adotada pela Organização Mundial da Saúde em 2001, na qual se baseiam os atuais trabalhos de medição.

Deste modo, a funcionalidade é definida como a capacidade de uma pessoa para realizar as atividades que respondem a suas necessidades diárias básicas, instrumentais e funcionais, cuja perda gera o perigo de cair na deficiência e dependência. Por sua vez, o conceito de autonomia refere-se à capacidade de desempenhar as funções relacionadas com a vida diária, isto é, viver na comunidade recebendo pouca ou nenhuma ajuda dos outros — mesmo graças às tecnologias de apoio —, enquanto a

independência é entendida como a capacidade de tomar decisões por si mesmo e enfrentar as consequências de acordo com as preferências próprias e os requisitos do ambiente, embora se necessite da ajuda e do apoio de outras pessoas para tanto. Estas duas condições, que são constitutivas da qualidade do cuidado, estão incluídas na CDPD (artigo 19) e são amplamente impulsionadas pelas organizações de defesa dos direitos das pessoas com deficiência.

C. A MAGNITUDE DA INCAPACIDADE

Nos países da América Latina e do Caribe, a informação disponível dos censos de 2000 e 2010, além das pesquisas especializadas de incapacidade, permite um cálculo aproximado da magnitude do problema. Contudo, devido a uma importante heterogeneidade nos critérios de medição —principalmente no tipo e severidade das deficiências e limitações registradas— a comparabilidade é limitada e não é possível traçar um mapa preciso da incapacidade na região.

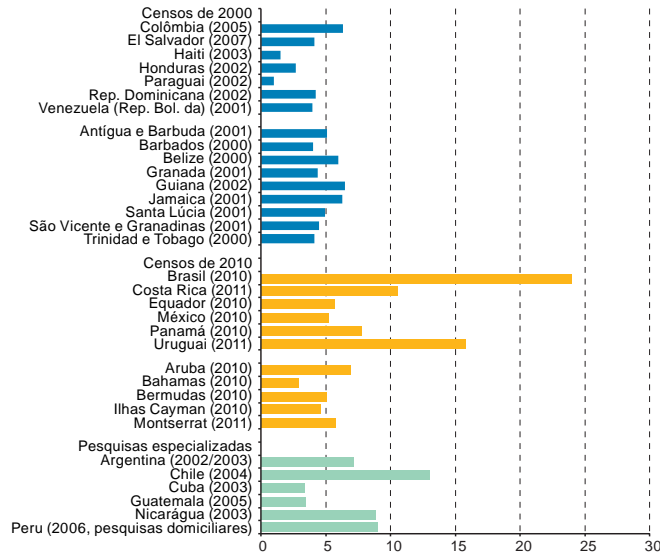
Por exemplo, nos países que já realizaram os censos da última rodada, a prevalência varia desde 5,1% no México até 23,9% no Brasil (veja o gráfico 23), enquanto Caribe se estende desde 2,9% nas Bahamas até 6,9% em Aruba. Isto indica a necessidade de fortalecer os processos de harmonização da medição de modo a ter informação regional comparável.

De todo modo, é possível estimar que atualmente cerca de 12,0% da população da América Latina e do Caribe vive ao menos com uma incapacidade, o que envolveria aproximadamente 66 milhões de pessoas. Além disso, prevê-se que esta proporção aumentará devido ao envelhecimento da população e a mudanças nos estilos de vida.¹⁰ Isto permite prever uma pressão crescente sobre o cuidado nas famílias, sobre as redes disponíveis e os limitados recursos e serviços que o Estado destina a esses fins.¹¹

¹⁰ A velocidade de expansão relativa da população acima de 60 anos na América Latina, e especificamente da população acima de 80 anos, apresenta desafios enormes aos serviços de cuidado e seu financiamento e ao tratamento da sociedade, já que haverá uma porcentagem claramente superior de pessoas com deficiências por causa deste envelhecimento.

¹¹ Para realizar este estudo foram utilizados os censos de 2010 que incorporam perguntas sobre incapacidade (Brasil, Costa Rica, Equador, México, Panamá e Uruguai na América Latina; Aruba, Bahamas, Bermudas, Ilhas Cayman e Montserrat no Caribe). No caso dos países da região que ainda não aplicaram e processaram esses censos, foram considerados os censos de 2000 (Colômbia, El Salvador, Haiti, Honduras, Paraguai e República Dominicana na América Latina; Antígua e Barbuda, Barbados, Belize, Granada, Guiana, Jamaica, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas e Trinidad e Tobago no Caribe), bem como informação proveniente de pesquisas domiciliares e pesquisas especializadas (Argentina, Chile, Cuba, Guatemala, Nicarágua, Peru e República Bolivariana da Venezuela).

Gráfico 23
**AMÉRICA LATINA E CARIBE (33 PAÍSES): PREVALÊNCIA DA INCAPACIDADE
 NA POPULAÇÃO TOTAL**
 (Em porcentagens)

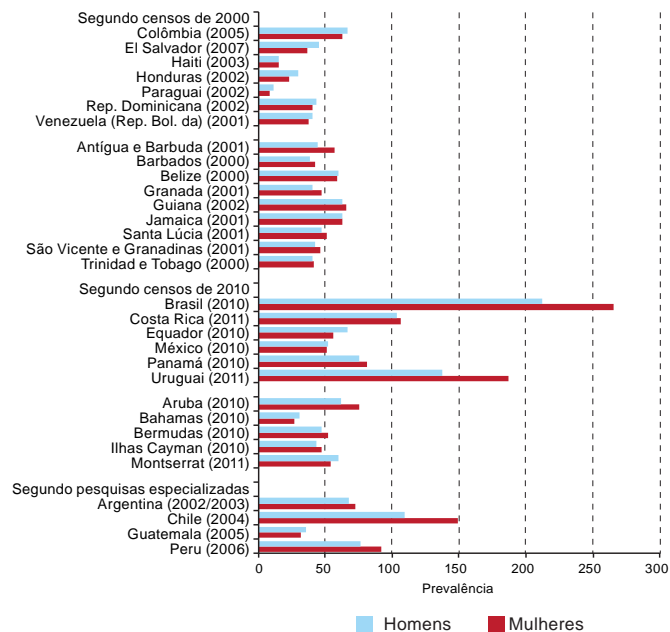


Fonte: Argentina: Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI) 2002/2003; Brasil: Censo 2010; Chile: Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile (ENDISC), 2004; Colômbia: Censo General 2005; Costa Rica: Censo de población y vivienda 2011; Cuba: Estudio psicopedagógico, social y clínico-genético de personas con discapacidades, 2003; Equador: Censo de Población y Vivienda 2010; El Salvador: VI Censo de Población y V de Vivienda 2007; Guatemala: *Encuesta Nacional de Discapacidad* (ENDIS) 2005; Haiti: Censo general de población y vivienda, 2003; Honduras: XI Censo Nacional de Población y VI de Habitación 2002; México: Censo de Población y Vivienda 2010, segundo cuestionário ampliado por amostragem; Nicarágua: Encuesta Nacional para Personas con Discapacidad (ENDIS), 2003; Panamá: Censo de Población 2010; Paraguai: Censo Nacional de Población y Viviendas 2002; Peru: Encuesta Nacional Continua (ENCO) 2006; República Dominicana: VIII Censo Nacional de Población y Vivienda 2002; Uruguai: Censo de Población y Vivienda 2011; República Bolivariana da Venezuela: Censo de Población y Vivienda 2001; para o Caribe: Censos de população e habitação de Antígua e Barbuda, 2001; Aruba, 2010; Bahamas, 2010; Barbados, 2000; Belize, 2000; Bermudas, 2010; Ilhas Cayman, 2010; Granada, 2001; Guiana, 2002; Jamaica, 2001; Montserrat, 2011; Santa Lúcia, 2001; São Vicente e Granadinas, 2001; e Trinidad e Tobago, 2000.

Em mais da metade dos países, as mulheres registram uma taxa de prevalência de deficiência muito mais alta que a dos homens (veja o gráfico 24), especialmente a partir dos 60 anos. Isso poderia obedecer ao fato de que a maior esperança de vida das mulheres aumenta a possibilidade de ter uma deficiência gerada por um acidente ou uma doença crônica. Do mesmo modo, as mulheres vivem essas etapas de suas vidas em um contexto de maior vulnerabilidade econômica e com altas expectativas de ficarem sozinhas, o que potencia ainda mais o risco de que qualquer deficiência de saúde se transforme em deficiência, devido à falta de recursos que as impede de custear serviços de apoio e a ajuda técnica necessária para minorar o impacto das limitações adquiridas com a idade.

Além das mulheres, os grupos de população que apresentam maior vulnerabilidade econômica e social também têm taxas mais altas de incapacidade: os idosos, os habitantes das zonas rurais, os povos indígenas e afrodescendentes e as pessoas com menores rendas. Esses grupos sofrem uma maior incidência de pessoas com deficiência (ou de maior intensidade na incapacidade) por falta de atenção oportuna e por não contar com os recursos ou o acesso aos serviços pertinentes.

Gráfico 24
AMÉRICA LATINA E CARIBE (31 PAÍSES): PREVALÊNCIA DA INCAPACIDADE POR SEXO
(por 1.000 pessoas)

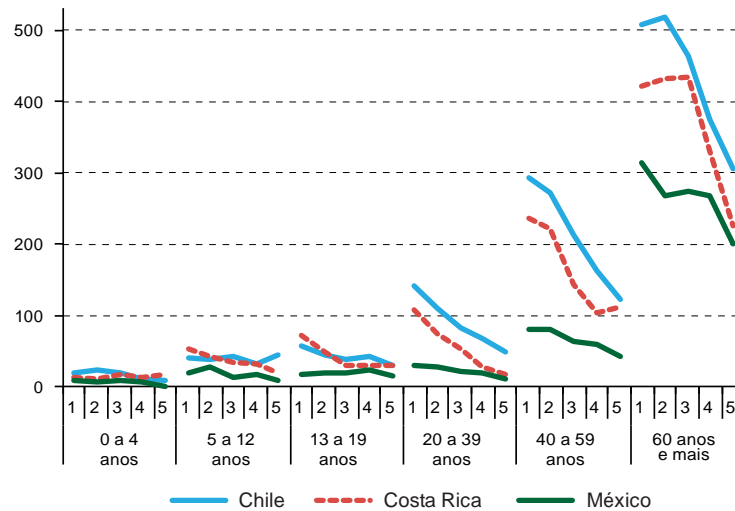


Fonte: Argentina: Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI) 2002/2003; Brasil: Censo 2010; Chile: Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile (ENDISC), 2004; Colômbia: Censo General 2005; Costa Rica: Censo de población y vivienda 2011; Cuba: Estudio psicopedagógico, social y clínico-genético de personas con discapacidades, 2003; Equador: Censo de Población y Vivienda 2010; El Salvador: VI Censo de Población y V de Vivienda 2007; Guatemala: Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDIS) 2005; Haiti: Censo general de población y vivienda, 2003; Honduras: XI Censo Nacional de Población y VI de Habitación 2002; México: Censo de Población y Vivienda 2010, segundo cuestionário ampliado por amostragem; Nicarágua: Encuesta Nacional para Personas con Discapacidad (ENDIS), 2003; Panamá: Censo de Población 2010; Paraguai: Censo Nacional de Población y Viviendas 2002; Peru: Encuesta Nacional Continua (ENCO) 2006; República Dominicana: VIII Censo Nacional de Población y Vivienda 2002; Uruguai: Censo de Población y Vivienda 2011; República Bolivariana da Venezuela: Censo de Población y Vivienda 2001; para o Caribe: Censos de população e habitação de Antígua e Barbuda, 2001; Aruba, 2010; Bahamas, 2010; Barbados, 2000; Belize, 2000; Bermudas, 2010; Ilhas Cayman, 2010; Granada, 2001; Guiana, 2002; Jamaica, 2001; Montserrat, 2011; Santa Lúcia, 2001; São Vicente e Granadinas, 2001; e Trinidad e Tobago, 2000.

As pessoas com deficiência estão super-representadas entre os pobres e indigentes. Em três países da América Latina (Chile, Costa Rica e México) as pesquisas domiciliares dos últimos anos mostram uma prevalência da incapacidade mais elevada nos primeiros quintis de renda à medida que aumenta a idade das pessoas (veja o gráfico 25). Embora a partir dos 40 anos a desigualdade seja evidente, ela se torna especialmente notável nas pessoas de 60 anos ou mais. O gráfico 25 alerta sobre o aumento de brechas entre quintis à medida que envelhece a população. Assim, a incidência de incapacidade é proporcionalmente muito mais alta entre os mais pobres à medida que aumenta a idade. Isto implica que existem fatores de contexto que vão exercendo um efeito cada vez maior conforme se avança no ciclo de vida, onde os recursos econômicos e sociais claramente pesam para poder antecipar-se a uma velhice com maior ou com menor autonomia. Por tal razão, são ainda mais importantes as políticas que possam contrabalançar estas diferenças de trajetórias segundo o nível de renda das pessoas.

A falta de recursos das famílias, o custo dos apoios técnicos e serviços de cuidado e os obstáculos à geração de renda que enfrentam as pessoas com deficiência e os que cuidam delas potenciam o impacto negativo das deficiências sobre a qualidade de vida dos afetados, o que inclui seu empobrecimento.

Gráfico 25
AMÉRICA LATINA (3 PAÍSES): PESSOAS COM DEFICIÊNCIA SEGUNDO QUINTIS DE RENDA E GRUPOS DE IDADE, EM TORNO DE 2010
(Em número de pessoas por 1.000)



Fonte: Chile: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), 2009; Costa Rica: Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), 2010; México: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), 2010.

D. A QUALIDADE DE VIDA SEGUNDO TIPOS E NÍVEIS DE INCAPACIDADE

A qualidade de vida das pessoas está também muito relacionada com o tipo de limitação que devem enfrentar, tanto pelas dificuldades próprias de cada tipo de deficiência (seja sensorial, mental ou física) como pelas diferenças na resposta do ambiente a cada uma delas quanto à capacidade de autocuidado, adaptação do meio físico, participação social, oferta de oportunidades educativas e profissionais e respeito do direito à autodeterminação. Segundo informação censitária de 18 países da região, prevalecem na América Latina e no Caribe as limitações visuais e de mobilidade, seguidas pelas deficiências da audição e da fala na América Latina e das dificuldades relacionadas com as funções mentais e a destreza no Caribe. A deficiência visual e a motora são as que menos impacto negativo têm no acesso à educação e ao emprego, enquanto as pessoas com deficiências cognitivas e mentais ou com pouca capacidade de autocuidado são as que encontram mais obstáculos para integrar-se à atividade econômica e social.

As dificuldades para atender às necessidades de cuidado das pessoas com deficiência dependem de seu grau de autonomia funcional e de independência, que tem relação com as características dos tipos de deficiência com os quais devem viver: visual, auditiva, cognitiva, comunicativa, de mobilidade, do cuidado pessoal, das funções mentais. Por sua vez, o tipo de deficiência com a qual deve viver uma pessoa influi de maneira acentuada em suas oportunidades de participação social. Por exemplo, a informação sobre a assistência escolar das pessoas com deficiência de 13 a 18 anos em 17 países da América Latina e do Caribe revela uma grande disparidade de acesso segundo o tipo de deficiência. As porcentagens de acesso vão desde um mínimo de 17% no caso das pessoas com deficiência psíquica em El Salvador, até 100% no caso das pessoas com deficiência auditiva nas Bermudas e daquelas com dificuldade para falar nas Ilhas Cayman. Quanto aos resultados educativos, a deficiência visual e auditiva e a dificuldade para caminhar e mover-se são as limitações que menos os afetam. As pessoas com dificuldade para falar, aprender e relacionar-se com

os outros (deficiência psíquica) e aquelas com perda da capacidade de autocuidado são as que enfrentam os maiores obstáculos para completar anos de estudos.

Da mesma maneira, a atividade econômica das pessoas com deficiência varia em função do tipo de deficiência. Em 14 países observa-se que as pessoas com deficiência visual são as que têm mais facilidade para incorporar-se à força de trabalho, superando a participação econômica total das pessoas com deficiência em todos os países, com exceção de Barbados e Santa Lúcia. As pessoas com deficiência auditiva e motriz e aquelas com limitações para falar também têm mais oportunidades que as pessoas com deficiências das funções cognitivas e mentais, destreza deficiente ou pouca capacidade de autocuidado. Em todos os casos, a porcentagem de pessoas de 15 anos ou mais com algum tipo de deficiência (única ou múltipla) que são economicamente ativas é muito mais baixa que a porcentagem das pessoas sem deficiência.

Quadro 2
CARIBE: TAXAS DE EMPREGO DE PESSOAS EM IDADE DE TRABALHAR COM DEFICIÊNCIA E SEM DEFICIÊNCIA, POR SEXO, EM TORNO DE 2000
(Em porcentagens do total de pessoas em idade de trabalhar)

País	Pessoas com deficiência			Pessoas sem deficiência		
	Taxa de emprego		Razão entre o emprego masculino e o feminino	Taxa de emprego		Razão entre o emprego masculino e o feminino
	Homens	Mulheres		Homens	Mulheres	
Antígua e Barbuda	63,6	64,5	0,99	77,1	67,1	1,15
Barbados	36,3	30,4	1,19	80,7	67,4	1,20
Belize	62,8	28,0	2,24	76,0	33,0	2,31
Granada	38,9	24,0	1,62	68,3	47,8	1,43
Antigas Antilhas Holandesas	41,6	32,7	1,27	67,7	54,0	1,25
Santa Lúcia	40,9	32,9	1,25	68,4	51,5	1,33
São Vicente e Granadinas	33,0	23,7	1,39	62,8	41,6	1,51
Trinidad e Tobago	34,7	21,1	1,64	72,3	41,6	1,74
Total	40,8	27,2	1,50	72,5	46,7	1,55

Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em informação proporcionada pelas respostas ao questionário sobre disponibilidade de dados na sub-região do Caribe.

E. O CUIDADO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Segundo o primeiro *Relatório Mundial sobre Deficiência* da OMS, publicado em 2011, as pessoas com deficiência necessitam de apoio e assistência para conseguir uma boa qualidade de vida e participar na vida econômica e social em igualdade de oportunidades com as outras pessoas. Este cuidado pode incluir:

- i) serviços de cuidado em domicílio para dar apoio nas tarefas domésticas;
- ii) atenção primária à saúde em domicílio para atender às necessidades médicas e de autocuidado;
- iii) entrega de equipamento e ajuda técnica, adaptação da moradia e formação de capacidades para o cuidado;
- iv) atenção ambulatoria em centros abertos de reabilitação;
- v) oferta de cuidados em residências adaptadas às necessidades das pessoas com deficiência;
- vi) centros institucionais especializados.

Embora haja uma porcentagem apreciável de pessoas com deficiência na região vivendo sozinhas, a grande maioria recebe este cuidado e apoio por parte de membros de sua família imediata com diversos sistemas de convivência. Esta situação tem um efeito importante no bem-estar tanto emocional como financeiro da família, o que evidencia a insuficiência da oferta de serviços de cuidado por parte do Estado, do mercado e das organizações civis. Contudo, o problema adquire hoje maior presença pública e política nos países da região, o que se reflete na expansão de programas governamentais que oferecem apoio aos cuidadores familiares, na concessão de serviços de cuidado domiciliares e de apoio à vida independente e na implementação de programas orientados a impulsionar o gozo dos direitos econômicos e sociais por meio do acesso à educação inclusiva, emprego e cobertura de seguridade social de pessoas com deficiências.

Os tipos de programas de cuidado que os governos da região oferecem incluem serviços de atenção domiciliar para as pessoas com deficiência e seus familiares; provisão de ajuda técnica, órtese e prótese, seja por entrega direta ou mediante o financiamento total ou parcial para sua aquisição; adaptação e reparação de moradias para as pessoas com deficiência; centros residenciais e apoio econômico de diversos montantes para o financiamento dos serviços de cuidado e de reabilitação. Ademais, destacam-se os programas de educação integrada e educação inclusiva para crianças com deficiência que oferecem os governos de alguns países da América Latina e do Caribe. Também se avança em diversas modalidades de programas de emprego e capacitação para as pessoas com deficiência, que têm um efeito não só sobre sua renda, mas também sobre sua autonomia econômica no longo prazo, por meio dos sistemas de seguridade social.

A análise mostra que uma minoria de países da América Latina e do Caribe oferece benefícios não contributivos cuja entrega é independente da atividade laboral, enquanto a maioria concede subsídios familiares, benefícios focalizados, pensão mínima garantida à pessoa declarada inválida ou a seus filhos com deficiência na medida em que a pessoa titular do direito tenha contribuído ao sistema nacional de seguridade social durante um período determinado.

F. RECAPITULAÇÃO

Os resultados desta exploração evidenciam a necessidade de avançar de maneira coordenada e consensual para homologar critérios que permitam elaborar diagnósticos exaustivos, que proporcionem maior unidade na perspectiva regional e maiores possibilidades de obter uma visão dinâmica que recolha as mudanças ao longo do tempo.

Em termos de valores e políticas, existe consenso na comunidade internacional a respeito de um enfoque de direitos, em cujo âmbito o cuidado das pessoas com deficiências deve ser regido pelo valor ético da autonomia. Isto não constitui em absoluto um desconhecimento das condições de dependência que as deficiências representam na vida das pessoas. Procura-se, dentro dessas realidades, uma relação de cuidado que potencie ao máximo a capacidade das pessoas para decidir sobre seus projetos de vida, levar uma vida com o máximo de liberdade e dignidade possível e poder ser visíveis e audíveis tanto em suas condições como em suas demandas de bom tratamento.

Capítulo VI

AS POLÍTICAS DO CUIDADO: SITUAÇÃO E DESAFIOS DA REGIÃO

A. O PACTO SOCIAL EM TORNO DO CUIDADO

Os novos papéis de mulheres e homens, as rápidas mudanças sociodemográficas — a maior participação feminina na força de trabalho, a modificação das estruturas familiares, o envelhecimento da população e as mudanças no perfil epidemiológico — modificam as necessidades de cuidado e tornam mais crítico e questionável o fato de que o trabalho não remunerado das mulheres no lar seja a coluna vertebral de sua provisão. Neste contexto, é preciso um novo equilíbrio entre o papel do Estado, do mercado, das famílias e da comunidade na provisão do cuidado. Este novo equilíbrio requer um novo contrato social que estabeleça uma distribuição mais equitativa dos papéis e dos recursos entre mulheres e homens no seio das famílias e da sociedade, e que potencie um novo vínculo entre a esfera pública e privada do trabalho com efeitos positivos no desenvolvimento produtivo. Quanto ao Estado, é indispensável formar sistemas nacionais de cuidado dotados de instituições públicas capazes de integrar as políticas e os serviços de cuidado, de articular as organizações e recursos públicos, privados e da sociedade civil, de velar pela pertinência, integralidade e qualidade dos serviços, com uma visão sensível às especificidades e necessidades do ambiente.

No âmbito dos pactos sociais para avançar rumo a uma maior igualdade, o sistema de cuidados e as políticas que o sustentam se constroem sobre a definição do cuidado como um direito cívico. Esse direito tem a igualdade e a universalidade como princípios diretores, no sentido de que todos os membros de um país tenham igualdade de acesso ao cuidado, que é concebido para todas as pessoas em sua condição de titulares de direitos. Daí a necessidade de avançar rumo à universalização progressiva dos cuidados, que deve formar um pilar da proteção social, articulando enfoques universais com ações afirmativas e políticas seletivas que permitam igualar o exercício do direito ao cuidado.

Por sua vez, o princípio de solidariedade se refere à participação no financiamento. A solidariedade é estruturada por meio da tributação e das contribuições à seguridade social que financiam prestações e transferências, apontando para a progressividade, e também tem uma perspectiva intergeracional. Finalmente, o princípio de corresponsabilidade estabelece a necessidade de um novo contrato de gênero, no entendido de que é indispensável uma distribuição mais equitativa dos papéis e dos recursos entre mulheres e homens no seio das famílias e da sociedade para obter uma solução igualitária das necessidades de cuidado que a região enfrenta.

As necessidades e os recursos com que contam as pessoas variam conforme seu ciclo de vida, e a solidariedade intergeracional a respeito do cuidado possibilita intercâmbios mutuamente benéficos ao permitir compartilhar direitos, responsabilidades e riscos. A família e o Estado são as instituições por excelência que possibilitam esta forma de solidariedade, e as associações e a comunidade também podem promovê-las. Dado que os intercâmbios de tempo e de dinheiro entre gerações funcionam melhor quando existe um relativo equilíbrio demográfico, deve-se reconhecer que, em diversos graus, a solidariedade intergeracional está atualmente ameaçada e submetida a diversas tensões concomitantes com o envelhecimento da população e à provisão informal e formal de cuidado. As políticas de cuidado repercutem no equilíbrio de responsabilidades entre a família, a comunidade, o Estado e o mercado e devem velar por equilibrar os recursos que se destinam aos diferentes grupos de idade. A política pública

afeta as transferências intergeracionais de caráter monetário e não monetário. Este é um aspecto complexo do pacto social em torno do cuidado.

B. POLÍTICAS E PROGRAMAS VIGENTES

Os passos mais avançados na região rumo a uma maior igualdade em matéria de cuidado são de caráter jurídico e normativo, refletindo-se na legislação e em regulamentos, inclusive em normas constitucionais. Embora não se observem ainda mudanças sistêmicas substanciais, em alguns países a consolidação de sistemas nacionais ou de redes de serviços de cuidado começa a fazer parte da agenda de políticas. Em outros casos, este tema se integra ao debate com a perspectiva de constituir-se em um dos pilares da proteção social. Vários países, como Uruguai e Costa Rica, estão ampliando a cobertura de serviços e tomando medidas para a organização de sistemas de cuidado. Em alguns países, estão sendo propostas legislações para aprofundar o direito a cuidar vinculado às políticas de conciliação entre a vida familiar e o trabalho, o que pode fortalecer os direitos trabalhistas.

Os serviços de cuidado geralmente têm baixa cobertura e, sobretudo, operam no âmbito de instituições débeis. Como esta dimensão tradicionalmente não constitui um eixo das políticas públicas, em muitos casos os programas nacionais que de forma direta ou indireta aludem aos cuidados estão enquadrados em programas de luta contra a pobreza ou de assistência social a famílias ou pessoas pobres ou vulneráveis. Outros encaram o tema do cuidado a partir de prestações relacionadas com a alimentação e nutrição infantil ou de idosos e um número importante está vinculado com componentes de saúde.

O quadro 3 resume um panorama dos programas nacionais diretamente associados ao cuidado em 14 países. De acordo com os registros disponíveis, a grande maioria tem baixo orçamento ou baixa cobertura: em termos orçamentários, nenhum supera 1% do PIB; quanto ao orçamento total, de acordo com a informação disponível, somente uns poucos superavam 100 milhões de dólares. Além disso, a grande maioria tem como beneficiários as crianças, em segundo lugar os idosos e em terceiro lugar as pessoas com deficiência. Os programas de infância estão orientados principalmente para creches e jardins da infância para crianças pobres ou vulneráveis; as prestações mais típicas, além das diretamente ligadas ao cuidado, se concentram em diversas combinações de nutrição, saúde e educação. Os programas (inclusive os de maior orçamento e cobertura) geralmente são executados em centros onde se efetua a prestação principal de cuidado e se fornecem prestações complementares, salvo algumas atenções específicas de saúde de maior complexidade.

Também foram detectados programas públicos que contemplam atenções domiciliares e alguns poucos que contemplam ambos os espaços, em cujo caso a atenção domiciliar é de caráter secundário. Em vários países foram desenvolvidas diversas combinações público-privadas para fornecer assistência domiciliar a idosos, enfermos crônicos e pessoas com deficiência. Os serviços são básicos e incluem geralmente ajuda para o asseio pessoal, a limpeza da casa, a cozinha e as compras e acompanhamento, e em alguns casos proporcionam também atenção primária à saúde e serviços de enfermagem. Observa-se uma grande variedade na organização, cobertura e esquema desses serviços. A escassa provisão privada tem em todos os países um alto custo, ao alcance somente de famílias de alta renda. Por sua vez, a cobertura dos serviços públicos em geral é muito limitada e em muitos casos são planos-piloto que ainda não se consolidaram. Finalmente, em vários países o Estado fornece assistência econômica de diversos valores para financiar serviços de cuidado e de reabilitação de pessoas com deficiência.

Quadro 3
**AMÉRICA LATINA E CARIBE (PAÍSES SELECIONADOS): SISTEMATIZAÇÃO DE PROGRAMAS CUJO
 OBJETIVO PRINCIPAL É O CUIDADO^a**

País	Programa	Beneficiários				Atenção		Componentes adicionais
		Crianças	Adolescentes	Deficientes	Idosos	Domiciliar	Em centro de atenção	
Argentina	Centros de jubilados				X		X	Alimentação e saúde
	Programa de Atención Médica Integral (PAMI)				X		X	Saúde
	Promoción y protección de los derechos de los adultos mayores				X	X	X	-
Chile	Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios				X	X		-
	Chile Crece Contigo						X	-
	Programa de Apoyo al Recién Nacido	X					X	Saúde
	Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial	X				X		Saúde
	Programa 4 a 7	X					X	Alimentação, educação/capacitação
	Programa Jardín Infantil	X					X	Alimentação, educação/capacitação
Colômbia	Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa			X		X		-
	Programa Adulto Mayor al Cuidado				X	X		-
Costa Rica	De Cero a Siempre	X					X	Alimentação e saúde
Costa Rica	Red de cuidado	X			X		X	Alimentação, saúde, educação/capacitação, ocupação
Cuba	Programa de Empleo para las Personas con Discapacidad (PROEMDIS)			X		X	X	Saúde e ocupação
Equador	Operación Rescate Infantil	X					X	Alimentação e saúde
	Joaquín Gallegos Lara			X		X		Saúde
Jamaica	Foster Care	X				X		Educação/capacitação
	Places of Safety	X					X	Alimentação
México	Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras						X	-
Nicarágua	Centros de Desarrollo Infantil	X					X	Alimentação, saúde, educação/capacitação
Paraguai	Programa Abrazo	X					X	-
Peru	Aporte a Lisiados y Veteranos de la Guerra del Chaco				X	X		Alimentação
	Programa Nacional Cuna Más	X					X	Alimentação, saúde, educação/capacitação
Trinidad e Tobago	Adolescent Mothers Programme		X				X	Alimentação
	Golden Apple				X	X		-
	Home Help Grant					X		-
	Early Childhood care and Education (ECCE)	X					X	Educação/capacitação
Uruguai	Sistema de Cuidados	X		X	X	X	X	Alimentação e saúde
	Atención de la Primera Infancia	X				X	X	-
	Programa de Acogimiento Familiar	X	X			X		-
	Programa de Atención a Personas en Situación de Calle (PASC)						X	Alimentação
Venezuela (Rep. Bol. da)	Misión Niños y Niñas del Barrio	X	X				X	Saúde

Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL).

^a Devido à desagregação, no Chile e Uruguai o programa principal e seus componentes são apresentados em itens separados.

C. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA AVANÇAR EM MATÉRIA DE CUIDADO

A partir do diagnóstico, e com o fim de promover o consenso acerca da responsabilidade social do cuidado, podemos identificar âmbitos de ação indispensáveis para avançar de maneira gradual e progressiva:

- i) Ampliar a cobertura e a oferta de cuidado, mediante a criação de novos serviços e o aumento da cobertura existente nos três subsetores: público, privado e comunitário. O Estado deve cumprir um papel crescente na organização desta oferta para o cuidado de crianças, idosos e pessoas com deficiências.
- ii) Garantir serviços de qualidade para todos, destinando um financiamento adequado às diferentes modalidades de prestação de cuidados, e adotar as medidas necessárias para aumentar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção estabelecendo padrões. No processo de melhora da qualidade, o Estado tem o papel de regular e supervisionar as prestações e impulsionar a protocolização e a integralidade dos serviços.
- iii) Adequar a oferta de serviços às necessidades dos trabalhadores com responsabilidades familiares. Para isso, são necessárias ações que facilitem a gestão do tempo, estratégias para compatibilizar o trabalho remunerado com o não remunerado, políticas de tempo não só circunscritas às licenças de maternidade e paternidade, mas também de criação, e horários e modalidades de trabalho que levem em conta as responsabilidades familiares dos trabalhadores.
- iv) Ampliar as opções disponíveis de cuidado das famílias. Para isso, é necessário também ampliar a infraestrutura social que reduz a carga do trabalho doméstico e de cuidado não remunerado nos lares (água potável e saneamento, eletricidade e transporte público).
- v) Fomentar, por meio da oferta de serviços públicos de cuidado e a regulação do mercado de trabalho, empregos de qualidade para as pessoas que trabalham no setor, concedendo estímulos para criar empregos de qualidade para homens e mulheres, com o objetivo de obter a profissionalização do cuidado. Além da capacitação, é preciso gerar mecanismos de credenciamento ou certificação de competências para proteger o exercício dos direitos de quem dá e recebe cuidado.
- vi) Prestar especial atenção à segregação ocupacional associada ao emprego remunerado no setor do cuidado, que incide nas diferenças salariais e na forte associação destas ocupações com situações de vulnerabilidade e pobreza. A segregação ocupacional por sexo é a mostra mais evidente da desigualdade e desvalorização dos cuidados como tarefa remunerada. Também é importante avançar em matéria de regulações trabalhistas no campo dos cuidados, aumentando as contribuições do serviço doméstico à previdência e convertendo estes empregos numa porta de entrada para o sistema de proteção social para as trabalhadoras (que em sua maioria se encontram em situação de pobreza) e eventualmente seus filhos.
- vii) Reconhecer a importante contribuição que as mulheres realizam mediante o cuidado não remunerado através de um consenso em matéria de proteção social e políticas de igualdade e redistributivas.

- viii) Aumentar o orçamento público destinado aos cuidados, após a identificação e demarcação da porcentagem de gasto público social destinada a este setor. Em consonância, avaliar os orçamentos setoriais sob a perspectiva do cuidado, incluindo a prestação de contas neste âmbito como mecanismo de acompanhamento das políticas. É vital desenvolver um sistema de informação que alimente as políticas de cuidado, oriente a alocação de recursos e permita avançar na incorporação do trabalho não remunerado e remunerado de cuidados no sistema de contas nacionais dos países.
- ix) Avançar na criação de mecanismos de exigibilidade do direito ao cuidado, em conformidade com os instrumentos internacionais de direitos humanos ratificados por cada país, e os direitos incluídos nas constituições nacionais.

D. O FINANCIAMENTO DO CUIDADO SOB A PERSPECTIVA DA PROTEÇÃO SOCIAL

O financiamento das políticas de cuidado deve ser feito de forma que a satisfação das necessidades de cuidado das pessoas dependentes não seja determinada pela provisão de cuidados informais que se oferece no seio familiar ou pela capacidade individual de pagamento de serviços, já que na escala da sociedade ambos os âmbitos evidenciam grandes desigualdades.

Por esse motivo, como parte do pacto social e fiscal sobre o cuidado, deve-se colocar o financiamento mediante impostos gerais, cujo impacto redistributivo é claramente determinado pela pressão fiscal, pela estrutura tributária e pelo montante e origem dos recursos destinados para esse fim. Porém, também é pertinente analisá-lo em termos do seguro no contexto dos sistemas de proteção social, aspirando a que se converta em um de seus pilares. Isto representa uma mudança profunda de óptica a respeito dos princípios do Estado de bem-estar, já que originalmente o seguro foi concebido em relação unicamente ao trabalho assalariado, e os assuntos de gênero e família só eram levados em consideração na medida em que afetavam a oferta de trabalho do provedor masculino.

A solidariedade do financiamento redistributivo e a universalidade plasmada no acesso aberto aos serviços estão no coração do pacto sobre o cuidado. Isso se fundamenta na necessidade de diversificar os riscos conexos e na aspiração de prestar serviços de crescente qualidade. Com uma racionalidade análoga à do seguro em matéria de saúde, é importante prever a garantia do cuidado de longo prazo, dado o caráter fortuito de alguns eventos que podem exacerbar a dependência, e a imprevisibilidade quanto ao nível de dependência que as pessoas idosas terão que enfrentar, além das medidas preventivas e do autocuidado que possam ter adotado ao longo de sua vida para minorá-lo ou das condições socioeconômicas de que tenham podido desfrutar. Com relação ao cuidado dos filhos, este não é um evento imprevisível, mas desejado, relacionado com a necessidade de intervir nesta fase do desenvolvimento. Neste caso, os riscos estão associados com o acesso aos serviços, enquanto no caso dos eventos indesejados o risco é duplo: o acontecimento do evento e a capacidade de enfrentá-lo.

Na América Latina e no Caribe, a desigualdade expressada pelos sistemas de proteção social de pensões e de saúde é tão extrema, e sua reforma tão difícil, que o financiamento do cuidado de longo prazo não deve ser alinhado com as formas de seguridade social preexistentes. Deve assentar-se no princípio de iguais oportunidades de cuidado, o que implica uma arquitetura baseada nos princípios de solidariedade e de universalidade, nutrida com impostos gerais e com formas de seguro solidárias, de caráter contributivo e não contributivo. Quanto à operação da rede assim financiada, é preciso estabelecer interações efetivas entre os serviços pertinentes para a prestação de cuidados (saúde e assistência social) e a rede de prestadores da proteção social existente, com regulações que impeçam a seleção de risco e velem pela qualidade, levando em conta a universalidade encarnada no princípio de igualdade de acesso ao cuidado.

