

CÁTEDRAS

Cadernos Enap 157

Identificando vulnerabilidades municipais para a Implementação da Política Nacional de Cuidados no Brasil

- Jordana Cristina de Jesus
- Simone Wajnman



PROGRAMA
CÁTEDRAS
BRASIL





Identificando vulnerabilidades municipais para a Implementação da Política Nacional de Cuidados no Brasil

- Jordana Cristina de Jesus
- Simone Wajnman

Brasília - DF

2026

**Fundação Escola Nacional de
Administração Pública**

Presidenta

Betânia Peixoto Lemos

Diretora-Executiva

Danyelle Siqueira Campos Gil Lemos
Barreto

Diretor de Altos Estudos

Alexandre de Ávila Gomide

Diretora de Educação Executiva

Iara Cristina da Silva Alves

**Diretor de Desenvolvimento
Profissional**

Braulio Figueiredo Alves da Silva

Diretora de Inovação

Camila Medeiros

Diretor de Gestão Interna

Lincoln Moreira Jorge Junior

Revisão ortográfica

Adriana Braga
Renata Mourão
Roberto Araújo

Projeto gráfico e editoração eletrônica

Karoline Ilza
Oscar Soler

Ficha catalográfica elaborada pela equipe da Biblioteca Graciliano Ramos da Enap

J585i Jesus, Jordana Cristina de
Identificando vulnerabilidades municipais para a
implementação da Política Nacional de Cuidados no Brasil /
Jordana Cristina de Jesus, Simone Wajnman. -- Brasília: Enap,
2026.
38 p.: il. (Cadernos Enap ; n. 157)
Programa Cátedras Brasil
Inclui bibliografia.
ISSN: 0104-7078
1. Administração Pública Municipal. 2. Administração Pública
Municipal - Vulnerabilidade. 3. Política Nacional de Cuidados. 4.
Vulnerabilidade - Indicadores. I. Título. II. Wajnman, Simone
CDD 352.16

Bibliotecária: Elda Campos Bezerra - CRB1/1425

Este trabalho está sob a Licença *Creative Commons*
Atribuição: Não Comercial
Compartilha Igual 4.0 Internacional
DOI: 10.21874/cadernos.n157.1



Editorial

Cátedras

O Programa Cátedras Brasil é um programa de fomento de pesquisas da Escola Nacional de Administração Pública (Enap), coordenado pela Coordenação-Geral de Pesquisa da Diretoria de Altos Estudos (DAE), que busca fomentar o desenvolvimento de pesquisas aplicadas com vistas à construção de novos paradigmas de gestão pública e à reflexão acerca dos desafios de transformação do Estado brasileiro.

Em 2024, lançamos um edital comemorativo dos 10 anos do Programa Cátedras Brasil, no qual selecionamos projetos em 20 (vinte) áreas temáticas, os quais buscam dar respostas aos diferentes desafios de governo e ao fortalecimento das capacidades estatais com vistas à construção de políticas públicas inclusivas e efetivas.

A partir desse edital, buscamos trazer duas inovações no âmbito do programa, quais sejam: i) realização de temáticas de pesquisa ainda não abordadas nos 10 anos de existência do programa – como, por exemplo, a temática racial e a da Inteligência Artificial; ii) construção das pesquisas, desde a elaboração do edital até a publicação final, em contato direto com alguns órgãos de gestão, reforçando a natureza do programa na promoção do diálogo entre a gestão e a academia com vistas à construção de soluções aplicadas e aderentes à realidade do setor público.

Ressaltamos que um dos propósitos do Programa Cátedras Brasil consiste em fomentar o elo entre a academia e a comunidade de praticantes (gestores públicos) com vistas à construção coletiva de soluções para os problemas públicos. Essa iniciativa procura absorver contribuições interdisciplinares e inovadoras nos campos de conhecimento correlatos à gestão, à administração e às políticas públicas com o objetivo de agregar valor às atividades de produção e de disseminação de conhecimento aplicado, de modo a conceber propostas de soluções para problemas políticos, econômicos, ambientais e sociais.

Em síntese, as pesquisas realizadas no contexto do Edital nº 85/2024 do Programa Cátedras Brasil, e apresentadas nesta série de Policy Papers, visam ofertar evidências, caminhos e reflexões para se pensar a melhoria e o fortalecimento da administração pública brasileira com vistas à construção de um país mais inclusivo e socialmente justo.

Desejamos a todos e a todas uma ótima leitura!

ALEXANDRE DE ÁVILA GOMIDE

Diretor de Altos Estudos da Enap

RAFAEL ROCHA VIANA

Coordenador-Geral de Pesquisa

SUMÁRIO

-  **13** 1. Introdução
-  **15** 2. Objetivos gerais e específicos da pesquisa
-  **15** 2.1 Objetivo Geral
-  **15** 2.2 Objetivos específicos
-  **16** 3. Potencial do uso de índices multidimensionais na temática de cuidados
-  **17** 4. Potencial do uso dos censos demográficos na temática de cuidados
-  **19** 5. Metodologia do índice
-  **19** 5.1 Definição dos Indicadores de Vulnerabilidade
-  **26** 5.2 Normalização dos indicadores

	<u>26</u>	5.3 Direção dos indicadores
	<u>27</u>	5.4 Ponderação
	<u>27</u>	5.5 Cálculo do Índice:
	<u>29</u>	6. Resultados
	<u>33</u>	6.1 Limitações
	<u>35</u>	7. Conclusão
	<u>35</u>	7.1 Recomendações
	<u>37</u>	Referências

Lista *de figuras*

-  **14** Figura 1. O universalismo progressivo na Política Nacional de Cuidados
-  **20** Figura 2. Dimensões do Índice Municipal de Vulnerabilidade para Políticas de Cuidado
-  **29** Figura 3. Valor médio do IMVPC nos municípios brasileiros (2010)
-  **29** Figura 4. Valores médios do IMVPC por dimensão, Brasil (2010)
-  **31** Figura 5. Mapa do Índice Municipal de Vulnerabilidade para Políticas de Cuidados (IMVPC), Brasil (2010)

Lista *de gráficos*



30

Gráfico 1. Percentual de municípios brasileiros com nível de vulnerabilidade acima da média nacional segundo Grandes Regiões. Brasil (2010)

Lista *de quadros*

-  **21** Quadro 1. Dimensões do Índice Municipal de Vulnerabilidade para Políticas de Cuidado
-  **22** Quadro 2. Indicadores por dimensão e sua relação com a vulnerabilidade para a Política Nacional de Cuidados (continua...)
-  **23** Quadro 3. Indicadores por dimensão e sua relação com a vulnerabilidade para a Política Nacional de Cuidados (continua...)
-  **23** Quadro 4. Indicadores por dimensão e sua relação com a vulnerabilidade para a Política Nacional de Cuidados (continua...)
-  **24** Quadro 5. Indicadores por dimensão e sua relação com a vulnerabilidade para a Política Nacional de Cuidados (término)
-  **24** Quadro 6. Agrupamento das ocupações do cuidado proposto por Guimarães e Pinheiro (2023)

MINI-BIO

DAS AUTORAS

JORDANA CRISTINA DE JESUS

Doutora em Demografia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e professora adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), onde atua no Programa de Pós-Graduação em Demografia e co-coordena o Laboratório de Estudos de Gênero e População (Laegep). Sua trajetória combina produção acadêmica e atuação institucional em políticas públicas, com foco em cuidado, desigualdades de gênero e raça, e uso do tempo. Atuou na Coordenação de Política de Cuidados da Secretaria Nacional de Autonomia Econômica e Política de Cuidados do Ministério das Mulheres, tendo acompanhado o desenvolvimento do Grupo de Trabalho Interministerial da PNaC. Atualmente integra projetos de pesquisa e assistência técnica junto ao J-PAL LAC, BID, ENAP e Cebrap, voltados à construção de indicadores e instrumentos para políticas de cuidado no Brasil. E-mail: jordana.jesus@ufrn.br.

SIMONE WAJNMAN

Possui doutorado em Demografia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), onde também concluiu graduação e mestrado na mesma área. Atualmente é pesquisadora do Cedeplar/UFMG e professora voluntária no Departamento de Demografia da UFMG, onde se aposentou como professora titular em 2020. Atua nas áreas de demografia da família, dinâmica demográfica, demografia econômica e participação feminina no mercado de trabalho. E-mail: wajnman@cedeplar.ufmg.br.

EVIDÊNCIAS PARA A PRÁTICA

A desigualdade territorial na demanda e na oferta de cuidados exige instrumentos de planejamento sensíveis às especificidades locais. O IMVPC permite identificar variações regionais e intrarregionais que escapam às médias agregadas, orientando ações mais precisas.

O uso de dados censitários oferece granularidade suficiente para mapear necessidades sociais em escala municipal. Isso torna possível identificar territórios com sobrecarga de cuidado não remunerado, carência de serviços e contextos de vulnerabilidade habitacional.

Índices multidimensionais como o IMVPC contribuem para operacionalizar o princípio do universalismo progressivo sensível às diferenças. Eles oferecem critérios empíricos para priorizar ações em territórios mais desassistidos.

A combinação entre indicadores de demanda, oferta, trabalho feminino e pobreza favorece a integração intersetorial da política. O IMVPC pode articular políticas de assistência, saúde, educação e trabalho na agenda do cuidado.

SUMÁRIO EXECUTIVO

Objeto de estudo

Este *policy paper* apresenta a proposta e aplicação metodológica do Índice Municipal de Vulnerabilidade para Políticas de Cuidados (IMVPC), uma ferramenta analítica criada para subsidiar a implementação territorializada da Política Nacional de Cuidados (PNaC). O índice visa identificar municípios em situação crítica em relação à organização social dos cuidados, com base em indicadores de demanda, oferta, condições de trabalho das mulheres e vulnerabilidade socioeconômica. A proposta considera o Marco Conceitual da PNaC, especialmente o princípio do universalismo progressivo sensível às diferenças, como base conceitual e política para o desenvolvimento de instrumentos de priorização.

Resultados alcançados

O IMVPC foi estimado com dados do Censo Demográfico de 2010 como exercício metodológico de validação. Os resultados demonstram forte heterogeneidade territorial nas condições que afetam o cuidado no Brasil. Municípios com maiores níveis de vulnerabilidade concentram-se em regiões Norte, Nordeste e partes do Centro-Oeste, enquanto áreas urbanizadas do Sul e Sudeste apresentam menores níveis. O índice revela padrões territoriais persistentes nas desigualdades de acesso, oferta e condições de cuidado, além de destacar variações significativas entre municípios vizinhos, reforçando a importância de abordagens sensíveis ao território.

Como o índice foi construído

O IMVPC é composto por quatro dimensões: (1) demanda por cuidados, (2) oferta de serviços de cuidado, (3) condições de trabalho das mulheres, e (4) vulnerabilidade socioeconômica e habitacional. Cada dimensão é composta por indicadores derivados de microdados do Censo, normalizados e agregados com pesos iguais. O índice foi testado em todos os municípios brasileiros e categorizado em níveis de vulnerabilidade.

Lições para profissionais

Planejamento com foco territorial: O IMVPC pode ser incorporado aos instrumentos de pactuação federativa e planejamento intersetorial.

Monitoramento sensível às desigualdades: O índice pode acompanhar avanços da PNaC com base em indicadores mensuráveis, orientando intervenções onde há maior vulnerabilidade.

Atenção às limitações dos dados: O uso do IMVPC deve ser complementado com outras fontes e metodologias, especialmente para abordar desigualdades interseccionais e grupos não captados pelo Censo.

O trabalho de cuidados é fundamental para o desenvolvimento da sociedade, garantindo sobrevivência, bem-estar e produtividade. No entanto, representa uma séria restrição na vida de quem o realiza, afetando principalmente as mulheres ao limitar sua autonomia e capacidade de gerar renda (Cepal, 2011). As políticas públicas podem suprir parte significativa dos cuidados não remunerados, reduzindo as desigualdades de gênero, classe e raça.

Em 2023, o Governo Federal criou um Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para elaborar a PNaC, visando garantir o direito ao cuidado e trabalho decente para trabalhadoras/es do cuidado (Brasil, 2024). A PNaC, instituída pela Lei 15.069 de 2024, objetiva transformar a organização social dos cuidados, promovendo a corresponsabilização social e de gênero. O desafio é implementar essa política a nível local, considerando as variações de vulnerabilidades regionais².

A PNaC, enquanto política de âmbito nacional, deve abordar as disparidades na provisão e acesso ao cuidado em todo o país. Para isso, é necessário entender as variações de vulnerabilidades entre diferentes regiões e territórios. O reconhecimento da diversidade de necessidades e contextos pode auxiliar no desafio de transportar a PNaC desenhada em nível federal para realidades locais.

Essa política reconhece o direito ao cuidado como um direito universal (Brasil, 2023). Entretanto, seu Marco Conceitual³ também reconhece que para materializar esse direito por meio de políticas públicas, faz-se necessário adotar o princípio do universalismo progressivo e sensível às diferenças. Isso significa admitir que, na impossibilidade de garantir esse direito a toda a população de forma imediata por razões de restrições de recursos e capacidades estatais, deve-se priorizar grupos sociais com maiores necessidades. Essa estratégia é ilustrada na Figura 1.

¹ Agradecemos aos pareceristas Mariana Mazzini Marcondes e Natália de Oliveira Foutoura pela disponibilidade e pela qualidade das contribuições dispensadas para esta pesquisa.

² <https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2023/05/governo-lanca-grupo-para-elaborar-a-politica-nacional-de-cuidados>

³ Disponível em: https://mds.gov.br/web/arquivos/MDS/7_Orgaos/SNCF_Secretaria_Nacional_da_Politica_de_Cuidados_e_Familia/Arquivos/Cartilha/Marco_Conceitual.pdf

Figura 1. O universalismo progressivo na Política Nacional de Cuidados



Fonte: Relatório do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI-Cuidados) de 2024

Ainda segundo o Marco Conceitual da Política Nacional de Cuidados, a abordagem sensível às diferenças parte do reconhecimento de desigualdades estruturais como fundamento para a definição dos públicos prioritários da política. Essas desigualdades abrangem as relações de gênero, raça, classe, etnia, território, idade e deficiência, e suas múltiplas intersecções. Reconhece, ainda, que há diversos grupos da população que são afetados, simultaneamente, por múltiplas e agravadas formas de desigualdade e discriminação.

Nesse estudo, propõe-se combinar duas demandas latentes na implementação da PNaC, a saber:

- a) transportá-la do desenho federal para as localidades;
- b) identificar critérios de priorização que levem em consideração o território.

Para isso, a presente pesquisa propõe a criação de um Índice Municipal de Vulnerabilidade para Políticas de Cuidados, visando identificar e quantificar a vulnerabilidade dos municípios brasileiros em relação às políticas de cuidado. Busca-se contribuir com a análise dos desafios para descentralização da PNaC, considerando a heterogeneidade dos territórios e das comunidades e grupos sociais que os habitam.

A contribuição para a superação desses desafios, nessa proposta, figura na entrega de um mapeamento dos municípios brasileiros quanto a características de demanda e oferta de cuidados remunerados e não remunerados. Além disso, contribui para a agenda de critérios de priorização de grupos sociais que levem em consideração o território, uma vez que abre a possibilidade de explorar a distribuição dos grupos prioritários da PNaC pelos municípios já caracterizados do ponto de vista de suas vulnerabilidades.

2

Objetivos gerais e específicos da pesquisa

2.1 Objetivo Geral

Desenvolver um Índice Municipal de Vulnerabilidade para Políticas de Cuidados que possa auxiliar no transporte da Política Nacional de Cuidados para as localidades e na identificação de critérios de priorização que levem em consideração o território.

2.2 Objetivos específicos

- a) identificar e operacionalizar dimensões críticas da vulnerabilidade relacionadas à organização social dos cuidados, com base em conceitos e diretrizes do Marco Conceitual da Política Nacional de Cuidados.
- b) selecionar, normalizar e ponderar indicadores mensuráveis a partir dos microdados do Censo Demográfico de 2010, assegurando a viabilidade técnica e estatística da construção do índice em nível municipal.
- c) aplicar o Índice Municipal de Vulnerabilidade para Políticas de Cuidados (IMVPC) para analisar padrões territoriais de desigualdade e subsidiar estratégias de implementação descentralizada e sensível às diferenças da Política Nacional de Cuidados.

3

Potencial do uso de índices multidimensionais na temática de cuidados

Indicadores multidimensionais são necessários para interpretar fenômenos sociais complexos, incorporando uma multiplicidade de aspectos e incorporando várias dimensões analíticas (Stiglitz, 2014). No Brasil, a atual organização social dos cuidados é marcada por sua complexidade atravessada por dimensões econômicas, sociais, raciais, territoriais, entre tantas outras.

Há formas de se conhecer realidades locais como os indicadores sociais estimados a partir de dados secundários. Pela abrangência temática e possibilidades de desagregação espacial, a principal fonte de informação para construção de indicadores municipais no país é o Censo Demográfico (Hakkert, 1996). Os indicadores sociais podem e devem subsidiar as atividades de planejamento da PNaC.

4

Potencial do uso dos censos demográficos na temática de cuidados

O Censo Demográfico de 2022 foi realizado antes de a PNaC se tornar um objetivo público, e ofereceu uma imagem precisa do Brasil antes da inclusão do tema no planejamento federal. Os dados demográficos permitem analisar a distribuição geográfica da população, identificar regiões com maior necessidade de serviços de cuidado e desigualdades no acesso a esses serviços. Além disso, fornecem informações sobre renda, nível educacional e ocupação, subsidiando a identificação dos públicos prioritários da PNaC.

O Censo Demográfico Brasileiro de 2022, portanto, pode informar a PNaC no levantamento de necessidades específicas nos municípios, como identificação de áreas com maiores demandas por creches e programas de educação infantil ou regiões com mais lares de pessoas idosas em situação de vulnerabilidade social. Entre as vantagens do uso de Censos Demográficos está a abrangência da cobertura territorial. Também é a fonte de dados com a maior granularidade disponível, chegando a municípios e setores censitários.

Um exemplo de utilização de dados do Censo Demográfico em uma Política Nacional é o Índice Municipal de Vulnerabilidade Sociofamiliar (IVSF), estimado por Montilla *et al* (2015). O IVSF foi criado com o objetivo de mensurar, em nível municipal, o grau de exposição das pessoas idosas a situações de vulnerabilidade decorrentes de múltiplas dimensões sociais, econômicas e familiares. Sua construção visava subsidiar políticas públicas orientadas à proteção social da população idosa, em consonância com diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Ao agregar informações sobre características individuais, arranjos domiciliares, condições socioeconômicas e estrutura dos municípios, o IVSF permitiu identificar territórios onde as pessoas idosas estão mais expostas a riscos sociais, orientando gestores na priorização de ações e alocação de recursos⁴.

Para o caso da PNaC, vislumbra-se também essa potencialidade dos censos demográficos. A vulnerabilidade, neste estudo, pode ser definida como a condição em que determinados municípios estão imersos em desvantagens socioeconômicas que indicam necessidade de intervenção específica e direcionada da Política Nacional de Cuidados.

⁴ Os resultados do Índice Municipal de Vulnerabilidade Sóciofamiliar podem ser acessados aqui: <https://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/novo/ficha.php?p=1&cod=P12>

Nessa etapa da pesquisa, lança-se mão do Censo Demográfico de 2010 como base para a construção inicial do IMVPC, por ser, até o momento, a base de dados mais abrangente e disponível. Apesar das limitações — como a longa periodicidade entre edições e os atrasos na liberação dos dados do Censo de 2022 —, o uso do Censo de 2010 é estratégico. Ele funciona como uma etapa de validação metodológica do índice, assegurando que sua estrutura esteja pronta para ser aplicada assim que os microdados mais recentes forem disponibilizados. Essa abordagem antecipa desafios operacionais e permite que gestoras/es tenham, em curto prazo, uma ferramenta para orientar ações da Política Nacional de Cuidados.

A pesquisa proposta para a criação do IMVPC é estruturada para identificar e quantificar a vulnerabilidade dos municípios brasileiros em relação às Políticas de Cuidado, com base em dados empíricos dos Censos Demográficos de 2010.

5.1 Definição dos Indicadores de Vulnerabilidade

Para identificar o grau de vulnerabilidade de um município quanto a políticas de cuidados, um conjunto de indicadores pode ser elencado. A escolha desses indicadores, no entanto, deve atender a uma série de propriedades (OMS 1996, Jannuzzi 2005), como relevância, validade em representar os conceitos, cobertura populacional, especificidade, inteligibilidade, atualizável periodicamente e amplamente desagregável em termos geográficos, sociodemográficos e econômicos.

Neste estudo, o foco serão indicadores-produtos possíveis de serem calculados a partir do Censo Demográfico de 2010 para futura implementação no Censo Demográfico 2022. Esse tipo de indicador é vinculado às dimensões empíricas da realidade social e, em alguma medida, são aferições derivadas de variáveis que, em seu turno, são resultantes de processos sociais complexos. Exemplo disso é a proporção de crianças fora da escola, associada a processos de desigualdade econômica, social e territorial. Esses indicadores podem fornecer condições de vida da população, bem como presença ou ausência de acesso a políticas públicas (Carley, 1986). A primeira etapa da metodologia consiste na identificação e definição dos principais componentes que indicam a vulnerabilidade em relação às Políticas de Cuidado nos municípios. A Figura 2 apresenta as dimensões propostas para o IMVPC.

Figura 2. Dimensões do Índice Municipal de Vulnerabilidade para Políticas de Cuidado



Fonte: elaborado pelas autoras (2024)

O quadro 1, em seu turno, detalha as dimensões consideradas e como elas se relacionam à construção da Política Nacional de Cuidados e à atual organização social⁵ desigual, injusta e insustentável dos cuidados.

⁵ Organização social dos cuidados refere-se à forma como as sociedades se organizam entre as diferentes instituições provedoras de cuidado para ofertar cuidado e a forma como as famílias e os indivíduos dentro delas se beneficiam nesta provisão. Essa definição é apresentada no Relatório do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI-Cuidados) de 2024.

Quadro 1. Dimensões do Índice Municipal de Vulnerabilidade para Políticas de Cuidado

Dimensão 1: Demanda por cuidado na população	A Dimensão 1 contempla, na medida do possível, os públicos prioritários da Política Nacional de Cuidados, identificando domicílios com necessidades de cuidados, como no caso da presença de crianças e necessidades em potencial, como no caso de domicílios com pessoas idosas. A presença dessas populações em maior proporção indica uma alta demanda potencial por políticas públicas de cuidado. Essa dimensão permite identificar territórios onde a responsabilidade pelo cuidado é mais intensa, especialmente em contextos de famílias com pouca presença de pessoas adultas. Assim, informa a vulnerabilidade porque retrata a pressão que os arranjos familiares enfrentam para garantir cuidado.
Dimensão 2: Oferta de cuidados para a população	A oferta de cuidados representa a capacidade do Estado e do mercado em prover serviços que atendam às necessidades das famílias em relação ao cuidado de crianças, pessoas idosas e pessoas com deficiência que necessitem de cuidados. No Brasil, a organização social dos cuidados foi historicamente estruturada sob a lógica da subsidiariedade, em que o Estado atua apenas de forma complementar à ação das famílias — e, dentro delas, sobretudo das mulheres. Isso faz com que o acesso aos serviços de cuidado dependa fortemente da renda familiar, resultando em profunda desigualdade territorial e social. A dimensão 2 capta justamente essa desigualdade, ao medir indicadores como a cobertura de creches e escola infantil, e a proporção de profissionais dedicados ao setor de cuidados. Municípios com baixa presença de serviços públicos de cuidado indicam maior vulnerabilidade, pois suas populações contam com menos apoio institucional e dependem mais do cuidado informal e não remunerado.
Dimensão 3: Condições de trabalho das mulheres	A sobrecarga com o cuidado não remunerado afeta diretamente a inserção, a permanência e a qualidade do vínculo das mulheres no mercado de trabalho. Indicadores como a taxa de inatividade entre mulheres com dependentes no domicílio, o alto percentual de jornadas parciais e a renda abaixo de um salário-mínimo evidenciam barreiras estruturais enfrentadas por mulheres em função das responsabilidades de cuidado. Quando essas condições são predominantes, elas indicam que as mulheres estão arcando desproporcionalmente com a provisão de cuidado, sem suporte suficiente do Estado ou do mercado. Isso compromete sua autonomia econômica e perpetua ciclos de desigualdade.
Dimensão 4: Vulnerabilidade socioeconômica e habitacional	A Dimensão 4 capta as condições materiais que limitam o acesso das famílias ao cuidado e sua capacidade de prover esse direito por meios próprios. Famílias em situação de pobreza, morando em condições precárias ou com infraestrutura domiciliar inadequada, enfrentam restrições econômicas e estruturais severas que comprometem tanto o fornecimento quanto o recebimento de cuidados. Indicadores como extrema pobreza, gasto com aluguel entre famílias em situação de pobreza e ausência de bens básicos ilustram contextos em que o cuidado se torna ainda mais sobrecarregado e invisibilizado. Essa dimensão informa a vulnerabilidade porque evidencia que a desigualdade material agrava a exclusão do cuidado como direito garantido. Em municípios com maior precariedade habitacional e maior incidência de pobreza, o cuidado tende a ser informal, sobre os ombros das mulheres, e realizado em condições que ferem a dignidade e a saúde. Por isso, tais territórios devem ser priorizados pela Política Nacional de Cuidados, que deve combinar políticas de proteção social, acesso a serviços e melhoria da infraestrutura urbana e domiciliar para garantir o cuidado como um direito universal.

Fonte: elaborado pelas autoras (2024)

O passo seguinte à definição das dimensões é a seleção dos indicadores que podem ser estimados em nível municipal com base nos dados do Censo Demográfico de 2010. Trata-se de uma etapa crítica da

pesquisa, pois, embora haja interesse em incorporar variáveis reconhecidamente relevantes para mensurar vulnerabilidades, é necessário respeitar os limites impostos pela disponibilidade e robustez estatística dos dados — especialmente nos municípios de menor porte populacional. Assim, a escolha dos indicadores deve equilibrar pertinência conceitual com viabilidade empírica, assegurando a comparabilidade e a estabilidade das estimativas em todo o território nacional.

Quadro 2. Indicadores por dimensão e sua relação com a vulnerabilidade para a Política Nacional de Cuidados (continua...)

Dimensão	Indicador	Relação com a vulnerabilidade
Dimensão 1: Demanda por cuidado na população	DC1: Taxa de mulheres adultas por domicílio	A menor presença de mulheres adultas pode indicar concentração do trabalho de cuidados em poucas pessoas, dada a persistente responsabilização social das mulheres pelos cuidados.
	DC2: Taxa de pessoas adultas por domicílio	Baixa proporção de adultos reduz a disponibilidade de potenciais cuidadores, gerando maior carga para poucos membros e exigindo apoio público e comunitário.
	DC3: Presença de criança de 0 a 3 anos no domicílio	Crianças pequenas demandam cuidados intensivos e contínuos, o que aumenta a sobrecarga dos cuidadores, especialmente em contextos com pouca oferta de serviços públicos.
	DC4: Presença de criança de 0 a 6 anos no domicílio	
	DC5: Presença de criança de 0 a 12 anos no domicílio	
	DC6: Presença de pessoa de 60 anos ou mais no domicílio	Nem todas as pessoas idosas demandam cuidados, mas sua presença indica potencial necessidade de apoio, especialmente em situações de dependência funcional.
	DC7: Metade ou menos dos membros está em idade adulta (18-59 anos)	Predominância de potenciais dependentes em relação a adultos indica maior necessidade de suporte para os cuidados.
	DC8: Metade ou menos dos membros é mulher adulta (18-59 anos)	Menor presença de mulheres adultas pode indicar sobrecarga em poucas pessoas adultas cuidadoras, dada a responsabilização social das mulheres pelo trabalho de cuidados.
	DC9: Taxa de potenciais demandantes ⁶ /potenciais ofertantes por domicílio	Uma alta razão revela desequilíbrio estrutural no arranjo de cuidados, sinalizando sobrecarga familiar e a necessidade de ampliação da ação pública.

⁶ Ainda que a taxa de potenciais demandantes por potenciais ofertantes de cuidado por domicílio seja utilizada como indicador da pressão domiciliar por cuidados, é importante reconhecer que essa métrica opera sobre uma separação analítica que não reflete plenamente a complexidade das relações reais. Na prática, ninguém é exclusivamente ofertante ou exclusivamente demandante de cuidado: a vida em sociedade é atravessada por vínculos de interdependência nos quais as pessoas, em diferentes momentos e contextos, podem simultaneamente cuidar e precisar de cuidado. Esse reconhecimento é central para a construção de políticas que valorizem todas as formas de contribuição no campo dos cuidados.

Quadro 3. Indicadores por dimensão e sua relação com a vulnerabilidade para a Política Nacional de Cuidados (continua...)

Dimensão	Indicador	Relação com a vulnerabilidade
Dimensão 2: Oferta de cuidados para a população	OC1: Razão entre pessoas na ocupação de cuidados/população do município	Mede a presença de profissionais dedicados aos cuidados no município. Quanto menor a razão, maior a fragilidade da oferta institucional de cuidados no território.
	OC2: % de domicílios com crianças de 0 a 3 anos que não frequentam creche	Indica ausência ou insuficiência de políticas públicas para a primeira infância, aumentando a pressão sobre o cuidado informal e não remunerado.
	OC3: % de domicílios com crianças de 4 a 5 anos que não frequentam educação infantil	Evidencia falhas na cobertura da educação infantil, aumentando a pressão sobre o cuidado informal e não remunerado.

Quadro 4. Indicadores por dimensão e sua relação com a vulnerabilidade para a Política Nacional de Cuidados (continua...)

Dimensão	Indicador	Relação com a vulnerabilidade
Dimensão 3: Condições de trabalho das mulheres	CTM1: Total de mulheres economicamente ativas (18-59 anos) por domicílio	Mostra potencial oferta de força de trabalho feminina que pode estar subutilizada por falta de suporte ao cuidado.
	CTM2: Total de homens economicamente ativos (18-59 anos) por domicílio	Serve de comparação com a força de trabalho feminina no município.
	CTM3: Mulheres com rendimento abaixo de 1 salário-mínimo	Reflete precarização das condições de trabalho e baixa autonomia econômica das mulheres, em grande medida reflexo da atual organização social dos cuidados.
	CTM3: Razão da taxa de participação feminina/ taxa de participação masculina no mercado de trabalho	Mede desigualdades de gênero resultantes da divisão desigual do cuidado, refletindo obstáculos estruturais à autonomia econômica das mulheres.
	CTM4: Razão da proporção de mulheres com jornada parcial/ proporção de homens com jornada parcial	Aponta uma carga desigual de trabalho não remunerado entre mulheres e homens, impactando o tempo disponível para inserção plena das mulheres no mercado de trabalho.
	CTM5: Presença de mulheres jovens inativas com demandantes no domicílio	Evidencia jovens fora do mercado de trabalho devido à possível responsabilização pelos cuidados.
	CTM6: Presença de mulheres adultas inativas com demandantes no domicílio	Aponta mulheres em idade ativa possivelmente afastadas do trabalho remunerado por responsabilidades de cuidado.

Quadro 5. Indicadores por dimensão e sua relação com a vulnerabilidade para a Política Nacional de Cuidados (término)

Dimensão	Indicador	Relação com a vulnerabilidade
Dimensão 4: Vulnerabilidade socioeconômica e habitacional	VSH1: % de domicílios em situação de extrema pobreza (R\$ 70 ou menos per capita ⁷)	Representa contexto de privação extrema que compromete severamente a capacidade de prover cuidados adequados e dignos.
	VSH2: % de domicílios em situação de pobreza (R\$ 140 ou menos per capita)	Indica a insuficiência de recursos básicos, refletindo em restrições ao acesso a bens, serviços e tempo para o cuidado.
	VSH3: % de domicílios em que se paga aluguel mesmo estando abaixo da linha de pobreza (R\$140 ou menos per capita ⁸)	Mostra sobreposição de vulnerabilidades: habitação precária somada à pobreza, agravando a insegurança cotidiana e a qualidade do cuidado.
	VSH4: Índice de Infraestrutura	Indica limitações nos serviços e equipamentos básicos (água, esgoto, eletricidade, coleta de lixo), afetando a capacidade de cuidar com dignidade.
	VSH5: Índice de Habitabilidade	Reflete as condições físicas do domicílio (espaço, segurança, presença de dormitórios), que impactam diretamente na qualidade do cuidado prestado e recebido.

Fonte: elaborado pelas autoras (2024)

A criação dos índices de infraestrutura e habitabilidade⁹ tem como objetivo sintetizar aspectos das condições materiais dos domicílios que impactam diretamente a qualidade de vida e, de forma indissociável, as condições em que os cuidados são demandados e ofertados. O Índice de Infraestrutura reúne cinco elementos básicos: acesso à rede de água potável, esgotamento sanitário adequado, energia elétrica, serviço regular de coleta de lixo e presença de máquina de lavar roupa. Já o Índice de Habitabilidade considera se o domicílio oferece condições mínimas de segurança estrutural, espaço adequado por morador e presença de dormitórios — dimensões necessárias para garantir saúde, privacidade e dignidade às pessoas residentes.

Já a razão entre pessoas ocupadas em cuidados e a população do município é utilizada como uma aproximação para estimar a disponibilidade de serviços de cuidado, avaliando a capacidade instalada no território a partir da força de trabalho dedicada a atividades de cuidado (Guimarães e Pinheiro, 2023). Idealmente, a análise deveria considerar, exclusivamente, ocupações no setor público, por refletirem com maior precisão o alcance dos serviços públicos no município. No entanto, essa

⁷ Valor de referência para extrema pobreza nos programas de transferência de renda em 2010.

⁸ Valor de referência para pobreza nos programas de transferência de renda em 2010.

⁹ Contudo, é importante destacar que, ao operacionalizar essas dimensões em forma de indicadores sintéticos, corre-se o risco de desconsiderar nuances importantes da vida cotidiana e das dinâmicas familiares. Por exemplo, embora um domicílio tenha estrutura formalmente segura, ele pode não oferecer conforto térmico, acessibilidade ou privacidade suficientes.

desagregação não é viável para municípios de pequeno porte populacional, o que justifica o uso de uma abordagem mais agregada no índice. Nesse sentido, não se diferencia se a pessoa é ocupada em setor público ou privado, apenas que exerce uma atividade considerada do setor de cuidados.

Para estimar essa razão, foi utilizada a classificação proposta por Guimarães e Pinheiro (2023), que categoriza as ocupações relacionadas ao cuidado em cinco grandes grupos, conforme apresentado no Quadro 3. Essa classificação considera tanto o cuidado direto — aquele que envolve interação face a face entre cuidador(a) e pessoa cuidada — quanto o cuidado indireto, que engloba atividades de suporte à vida cotidiana. Entre os grupos destacados, o cálculo do indicador baseou-se especificamente nos grupos G1 (ocupações nucleares do cuidado), G3 (ocupações do cuidado em serviços sociais e comunitários) e G4 (ocupações do cuidado nos serviços de saúde e educação), por sua correspondência com a definição de cuidado como trabalho essencial à sustentabilidade da vida e com possibilidade de provisão pública e compartilhada (Brasil, 2024).

Quadro 6. Agrupamento das ocupações do cuidado proposto por Guimarães e Pinheiro (2023)

Grupo	Ocupações
Grupo 1	Cuidadoras de crianças Cuidadores pessoais
Grupo 2	Trabalhadores dos serviços domésticos em geral
Grupo 3	Nível médio de enfermagem Professores do ensino pré-escolar Enfermagem nível superior Cuidadoras de crianças - não domésticas
Grupo 4	Profissionais de saúde Professores do ensino fundamental Cabeleireiros Especialistas em tratamentos de beleza
Grupo 5	Trabalhadores de limpeza Cozinheiros Porteiros e zeladores

Fonte: Guimarães e Pinheiro (2023, p. 453).

A escolha por restringir a análise ao “Halo dos Cuidados”, conforme denominamos, que compreende apenas os grupos G1, G3 e G4 (saúde e educação), está em consonância com o Marco Conceitual da Política Nacional de Cuidados (2024), segundo o qual o cuidado é compreendido como bem público, de responsabilidade compartilhada entre Estado, famílias, setor privado e comunidade, e deve ser analisado a partir de sua recorrência e possibilidade de institucionalização.

Ainda que as atividades do grupo 1 sejam majoritariamente realizadas no âmbito domiciliar, elas não se configuram como cuidado familiar ou informal, mas assim se organizaram socialmente. Trata-se de trabalho de cuidado remunerado, sistemático e recorrente, inserido no mercado de trabalho e, portanto, no campo da oferta de cuidados, passível de transposição para oferta pública, além de formalização e regulação das condições em que devem ser realizadas.

Os indicadores utilizados na construção do IMVPC foram extraídos do Censo Demográfico de 2010, que servirá como base para o treinamento e validação do índice. A escolha do Censo de 2010, neste momento, além de possibilitar a verificação da consistência metodológica e a calibração dos resultados, também se justifica pelo fato de que o IBGE ainda está finalizando os ajustes nos dados do Censo Demográfico de 2022, motivo pelo qual os microdados ainda não foram disponibilizados ao público. Dessa forma, a construção metodológica e a validação do índice com base em 2010 deixarão estruturado um arcabouço científico pronto para, tão logo os microdados de 2022 sejam publicados, permitir a estimativa atualizada do IMVPC.

5.2 Normalização dos indicadores

A normalização é o processo de ajustar os valores dos indicadores para que todos estejam na mesma escala, entre 0 e 1. Neste índice, adota-se a normalização pelo mínimo e máximo observados entre os municípios.

Para um indicador X , a fórmula é:

$$X_{norm} = \frac{X - X_{min}}{X_{max} - X_{min}}$$

5.3 Direção dos indicadores

Os indicadores podem influenciar a vulnerabilidade em direções opostas — alguns a aumentam, outros a reduzem. Para que possam ser combinados em um único índice, é necessário garantir que todos operem na mesma direção. Assim, nos casos em que o indicador indica redução da vulnerabilidade, aplica-se a inversão da escala durante o processo de normalização.

Para um indicador Y que diminui a vulnerabilidade:

$$Y_{norm} = 1 - \left(\frac{Y - Y_{min}}{Y_{max} - Y_{min}} \right)$$

5.4 Ponderação

A definição de ponderações é uma etapa central na construção de índices multidimensionais, pois determina o peso relativo de cada dimensão na composição final do indicador. No caso do IMVPC, optou-se pelo uso de pesos iguais para as quatro dimensões — (1) demanda por cuidado, (2) oferta de cuidados, (3) condições de trabalho das mulheres e (4) vulnerabilidade socioeconômica e habitacional — com base na compreensão, ancorada no Marco Conceitual da Política Nacional de Cuidados, de que essas dimensões expressam dimensões interligadas e igualmente estruturantes da organização social dos cuidados.

A abordagem da PNAC reconhece que o cuidado é sustentado por múltiplos fatores que atuam de forma simultânea e interdependente: o volume e o perfil das pessoas que demandam cuidados; a existência de serviços e profissionais capacitados para ofertá-los; a forma como o trabalho de cuidado impacta a inserção produtiva das mulheres; e as condições socioeconômicas e habitacionais que definem os recursos disponíveis para cuidar e ser cuidado. Nenhuma dessas dimensões pode ser plenamente compreendida ou enfrentada isoladamente, pois são co-constitutivas das desigualdades de cuidado no Brasil.

Assim, o uso de ponderações iguais respeita essa lógica de interdependência e assegura que o índice reflita, de forma equilibrada, as múltiplas frentes que precisam ser, simultaneamente, consideradas em políticas públicas voltadas à equidade no cuidado.

5.5 Cálculo do Índice:

A fórmula utilizada para o cálculo do índice é:

$$\text{IMVPC} = \frac{(\text{Dimensão 1} + \text{Dimensão 2} + \text{Dimensão 3} + \text{Dimensão 4})}{4}$$

O indicador de cada dimensão resulta do cálculo da média das variáveis normalizadas, conforme apresentado no Quadro 2. A seguir, estão as fórmulas aplicadas em cada dimensão:

Dimensão 1 – Demanda por Cuidados:

$$\text{Dimensão 1} = \frac{\text{NDC 1} + \text{NDC 2} + \text{NDC 3} + \text{NDC 4} + \text{NDC 5} + \text{NDC 6} + \text{NDC 7}}{7}$$

Dimensão 2 – Oferta de Cuidados para a População:

$$\text{Dimensão 2} = \frac{\text{NOC 1} + \text{NOC 2} + \text{NOC 3}}{3}$$

Dimensão 3 – Condições de Trabalho das Mulheres:

$$\text{Dimensão 3} = \frac{\text{NCTM}_1 + \text{NCTM}_2 + \text{NCTM}_3 + \text{NCTM}_4 + \text{NCTM}_5 + \text{NCTM}_6 + \text{NCTM}_7}{7}$$

Dimensão 4 – Vulnerabilidade Socioeconômica e Habitacional:

$$\text{Dimensão 4} = \frac{\text{NVSH}_1 + \text{NVSH}_2 + \text{NVSH}_3 + \text{NVSH}_4 + \text{NVSH}_5}{5}$$

A normalização garante que os indicadores — ainda que possuam escalas distintas — possam ser combinados de forma comparável. Por exemplo, se um município apresenta alta proporção de domicílios com pessoas idosas, baixa cobertura de creches, elevada inatividade feminina associada ao cuidado e precariedade habitacional, essas condições serão refletidas nos respectivos indicadores de cada dimensão. Ao serem normalizados e agregados, esses valores resultarão em um índice mais elevado, indicando maior vulnerabilidade e, portanto, maior necessidade de atenção pelas políticas públicas de cuidado. A média simples entre as quatro dimensões reforça a compreensão de que todos os aspectos considerados — demanda, oferta, condições de trabalho e vulnerabilidade socioeconômica — são igualmente relevantes para compreender os desafios do cuidado nos territórios.

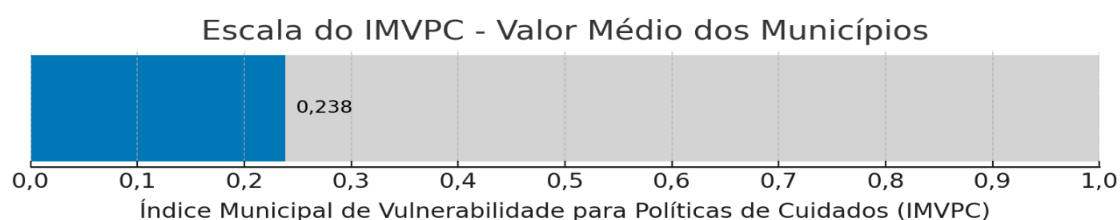
Por fim, após o cálculo do índice, os municípios foram classificados em níveis de vulnerabilidade com base na distribuição dos valores do IMVPC entre todos os municípios.

6

Resultados

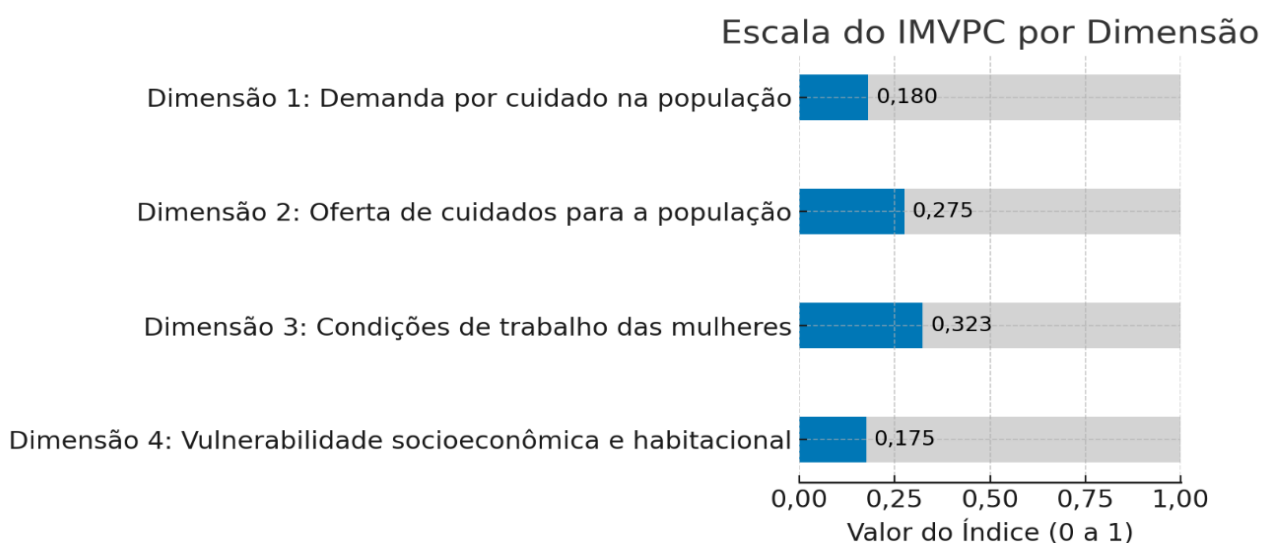
O IMVPC, cuja escala é apresentada na Figura 3, resultou em um valor médio nacional de 0,238, calculado para 5.565 municípios das 26 unidades da federação.

Figura 3. Valor médio do IMVPC nos municípios brasileiros (2010)



Fonte: Estimado pelas autoras com base no Censo Demográfico de 2010 (IBGE)

Figura 4. Valores médios do IMVPC por dimensão, Brasil (2010)



Fonte: Estimado pelas autoras com base no Censo Demográfico de 2010 (IBGE)

O Gráfico 1 apresenta o percentual de municípios brasileiros com nível de vulnerabilidade acima da média nacional segundo as grandes regiões do país. A análise desses percentuais reafirma as desigualdades territoriais na organização social dos cuidados no Brasil. Na dimensão 1, que mensura a demanda por cuidado na população, observa-se uma maior proporção de municípios do Norte e Nordeste acima da média nacional. Esse resultado reflete a combinação de fatores demográficos característicos desses territórios, como maior razão de dependência jovem (maior proporção de

crianças na população). Trata-se de contextos em que os arranjos domiciliares são mais pressionados pela demanda de cuidado.

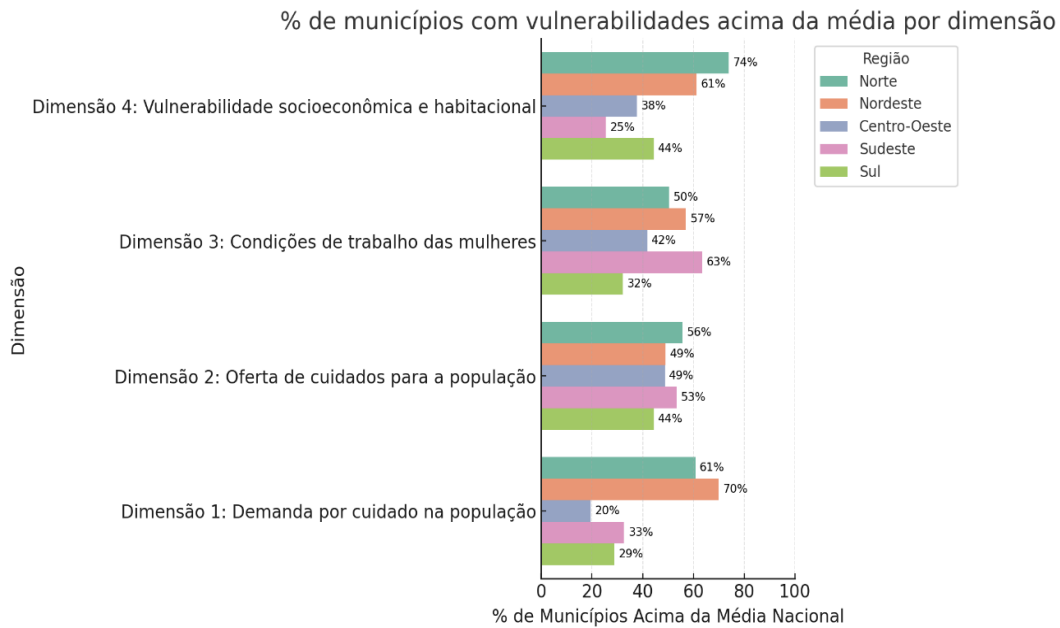
Na dimensão 2, que capta a oferta de cuidados para a população, o padrão de desigualdade se mantém, com Norte e Nordeste apresentando os maiores percentuais de municípios acima da média. Esse resultado expressa a histórica insuficiência de serviços públicos e comunitários de cuidado nesses territórios, como creches, educação infantil e serviços de atenção à saúde. Por outro lado, as regiões Sudeste e Sul, embora apresentem melhores indicadores, também registram percentuais relevantes, indicando que a fragilidade na oferta institucional de cuidados é uma característica estrutural do país, ainda que se manifeste de forma mais aguda em determinadas regiões.

A dimensão 3 demonstra que mesmo nas regiões Sul e Sudeste, que possuem melhores condições socioeconômicas relativas, uma parcela expressiva dos municípios está acima da média nacional. Esse dado evidencia que as barreiras à plena inserção das mulheres no mercado de trabalho — como a inatividade, a sobrerrepresentação em jornadas parciais e os rendimentos abaixo de um salário-mínimo — são fenômenos de caráter estrutural e atravessam todo o território nacional, ainda que com maior intensidade no Norte e Nordeste.

Por fim, na dimensão 4, que sintetiza as vulnerabilidades socioeconômicas e habitacionais, o padrão de concentração das desigualdades é novamente mais expressivo nas regiões Norte e Nordeste, onde as condições de pobreza, extrema pobreza, déficit habitacional e precariedade de infraestrutura urbana impactam de forma mais severa a organização dos cuidados. Essa dimensão evidencia que a precariedade material das famílias se articula diretamente à sua capacidade de prover e receber cuidados, reforçando ciclos de reprodução da pobreza e da desigualdade.

De forma geral, os resultados confirmam que as vulnerabilidades associadas aos cuidados não estão distribuídas de maneira homogênea no território brasileiro. Elas se manifestam com maior intensidade nas regiões Norte e Nordeste, mas também apresentam expressão significativa no Centro-Oeste e, de forma menos intensa, no Sul e Sudeste. Além disso, revelam que, embora as vulnerabilidades de demanda e oferta estejam fortemente associadas às desigualdades territoriais, as condições de trabalho das mulheres constituem uma dimensão crítica e transversal, que impacta todo o país. Esses achados reforçam a importância do IMVPC como instrumento para orientar a implementação territorializada da Política Nacional de Cuidados, a partir de um princípio de universalismo progressivo sensível às diferenças regionais, sociais e econômicas.

Gráfico 1. Percentual de municípios brasileiros com nível de vulnerabilidade acima da média nacional segundo Grandes Regiões. Brasil (2010)

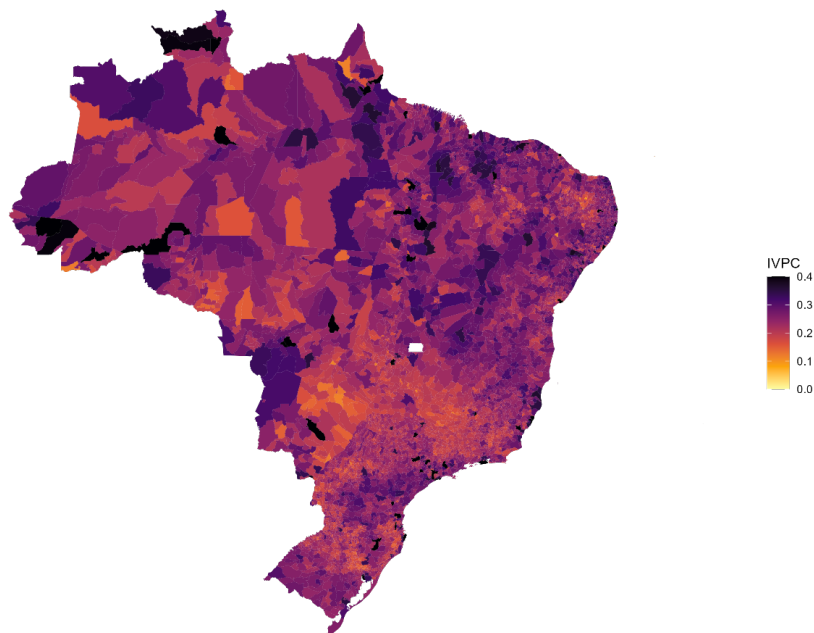


Fonte: Estimado pelas autoras com base no Censo Demográfico de 2010 (IBGE)

Por fim, a construção do IMVPC permitiu identificar padrões territoriais de desigualdade na organização social dos cuidados no Brasil. A Figura 5 apresenta os resultados do IMVPC calculados a partir dos microdados do Censo Demográfico de 2010. Os tons mais escuros indicam maior vulnerabilidade.

Figura 5. Mapa do Índice Municipal de Vulnerabilidade para Políticas de Cuidados (IMVPC), Brasil (2010)

Índice Municipal de Vulnerabilidade para Políticas de Cuidados



Fonte: Elaboração própria com base no Censo Demográfico 2010 (IBGE)

Nota: O IMVPC não foi calculado para o Distrito Federal

Vale destacar, que se trata de um exercício metodológico com o objetivo de testar a sensibilidade e aplicabilidade do índice, considerando que os dados utilizados não refletem mais a realidade atual dos municípios. Ainda assim, os resultados demonstram o potencial do IMVPC para captar desigualdades territoriais na organização social dos cuidados e apoiar estratégias de implementação da PNaC.

O mapa evidencia forte heterogeneidade regional na vulnerabilidade dos municípios em relação à provisão, demanda e condições de cuidado. As áreas com maiores níveis de vulnerabilidade (em tons escuros) concentram-se principalmente na região Norte, em partes do Centro-Oeste e em bolsões específicos do Nordeste e do Sudeste interiorano. Esses territórios apresentam combinações desfavoráveis de alta razão de dependência, baixa oferta pública de cuidados e precárias condições de trabalho das mulheres, especialmente em contextos de pobreza monetária e déficit habitacional.

Por outro lado, os municípios com menor vulnerabilidade (em tons mais claros) se distribuem com mais frequência em áreas urbanizadas do Sul e Sudeste, particularmente nos estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Nesses locais, a maior presença de infraestrutura domiciliar, maior taxa de participação feminina no mercado de trabalho e melhor cobertura de educação infantil, sobretudo creches, contribuem para reduzir a vulnerabilidade captada pelo índice.

Mesmo dentro das regiões mais vulneráveis, como o Norte, observa-se alta variação entre municípios vizinhos, o que demonstra que o IMVPC é sensível a desigualdades locais e não apenas a padrões macrorregionais. No Sul e Sudeste, embora a média regional seja menor, há municípios com níveis expressivos de vulnerabilidade — principalmente em áreas rurais, pequenas cidades e periferias urbanas com menor presença de políticas públicas.

Essa variabilidade reforça a importância da abordagem territorializada e interseccional, conforme preconiza o Marco Conceitual da Política Nacional de Cuidados. A aplicação do índice em escala municipal permite identificar territórios prioritários com base em critérios mensuráveis, respeitando o princípio do universalismo progressivo sensível às diferenças.

Esse exercício metodológico evidencia o potencial do IMVPC como ferramenta para subsidiar a implementação e a descentralização da PNaC. Quando aplicado com os dados atualizados do Censo Demográfico de 2022, o índice poderá ser utilizado para:

- a) ranquear municípios segundo o grau de vulnerabilidade às políticas de cuidado;
- b) orientar a pactuação federativa de metas, recursos e prioridades;
- c) monitorar avanços ao longo dos ciclos de planejamento e execução da PNaC.

Recomenda-se, ainda, que o índice seja utilizado de forma articulada a outros instrumentos de gestão federativa e que seja explorado de maneira desagregada para públicos prioritários definidos na PNaC, como crianças, pessoas idosas, pessoas com deficiência e pessoas que cuidam de forma remunerada ou não.

Com a disponibilização integral dos microdados de 2022, será possível gerar diagnósticos atualizados que podem figurar como instrumento técnico de apoio à gestão territorial da PNaC.

6.1 Limitações

O IMVPC representa um esforço inicial para territorializar o diagnóstico das desigualdades no cuidado, alinhado aos princípios da PNaC. No entanto, este exercício metodológico enfrenta limitações importantes em sua capacidade de capturar, de forma integral, os públicos e dimensões priorizadas pelo Marco Conceitual da PNaC.

Em primeiro lugar, não foi possível incorporar diretamente dois dos públicos prioritários definidos na política:

- a) pessoas idosas que necessitam de cuidado e apoio para a realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária;
- b) pessoas com deficiência que necessitam de cuidado e apoio para a realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Embora o Censo Demográfico de 2010 contenha perguntas autodeclaradas sobre limitações funcionais — como dificuldade permanente de enxergar, ouvir, caminhar ou subir degraus, e sobre deficiência mental ou intelectual —, essas variáveis não permitem identificar com precisão quem necessita de apoio para a realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária, como definido pelo Marco Conceitual da Política Nacional de Cuidados. No entanto, seria possível aproximar essa informação ao considerar, por exemplo, as pessoas que declararam ter grande dificuldade ou não conseguir realizar essas atividades, grupo classificado pelo IBGE como pessoas com deficiência severa. Ainda assim, a principal limitação para a inclusão dessas variáveis no IMVPC está na sua baixa frequência em municípios de pequeno porte, o que compromete a representatividade estatística e inviabiliza a desagregação robusta em nível municipal — especialmente considerando que esses quesitos constam apenas no questionário da amostra. No caso das pessoas idosas, o desafio é ainda maior, pois o Censo não permite distinguir aquelas que efetivamente necessitam de apoio contínuo para suas atividades cotidianas.

Também não foi possível incorporar a dimensão das/os trabalhadoras/es remuneradas/os do cuidado, outro grupo prioritário reconhecido pela PNaC. O Censo não permite isolar com precisão essa categoria, dada a sobreposição entre ocupações de cuidado direto, trabalho doméstico remunerado e funções assistenciais generalistas. A ausência de uma codificação específica e consolidada para o trabalho do cuidado dificulta sua mensuração em escala municipal, a exemplo do que foi feito por Guimarães e Pinheiro (2023).

A segunda limitação refere-se à inviabilidade de considerar desigualdades raciais na construção do índice em escala municipal. Em muitos municípios, especialmente os menos populosos, a amostra censitária disponível não permite estimar com confiabilidade estatística indicadores desagregados por cor/raça, o que restringe a incorporação explícita da dimensão racial como eixo de análise no IMVPC. Essa limitação é, particularmente, relevante, considerando que o Marco Conceitual reconhece a intersecção entre gênero, raça e classe como estruturante das desigualdades no cuidado.

Essas restrições reforçam a importância de combinar o IMVPC com outras estratégias qualitativas e análises complementares em níveis estaduais ou regionais, bem como o investimento em infraestrutura de dados que permita maior granularidade e desagregação nas próximas edições dos censos e pesquisas nacionais. O fortalecimento da dimensão interseccional no diagnóstico e monitoramento da PNaC exige a superação progressiva dessas lacunas estatísticas.

A construção do Índice Municipal de Vulnerabilidade para Políticas de Cuidados demonstrou ser um exercício metodológico promissor para qualificar o planejamento e a territorialização da PNaC. Ainda que baseado nos microdados do Censo Demográfico de 2010, o índice evidenciou sua capacidade de captar desigualdades estruturais e territoriais na organização social dos cuidados no Brasil, revelando padrões regionais e variações intra e intermunicipais que não são visíveis por meio de médias agregadas.

O IMVPC incorpora dimensões centrais do Marco Conceitual da PNaC, como a corresponsabilização, a interseccionalidade, o cuidado como direito, e o princípio do universalismo progressivo sensível às diferenças. Sua estrutura permite aplicação periódica a partir de bases censitárias ou adaptação a outras fontes com abrangência nacional.

Com a disponibilização dos microdados, recomenda-se a atualização do índice para gerar um diagnóstico mais aderente à realidade atual dos municípios brasileiros.

7.1 Recomendações

Considerando os princípios da PNaC e o caráter exploratório desse exercício, propõem-se algumas recomendações para fortalecer o uso territorializado de evidências na gestão da PNaC:

- a) explorar o uso do IMVPC como subsídio complementar aos sistemas de monitoramento e planejamento da política;
- b) oferecer capacitação a gestoras e gestores municipais para compreensão, interpretação e uso do índice em diagnósticos locais;
- c) utilizar o índice, de forma articulada com outros instrumentos, para apoiar processos de pactuação federativa, chamadas públicas, repasses e ações prioritárias;
- d) investir na melhoria da infraestrutura de dados em nível local, com foco na atualização contínua de informações sobre cuidado, trabalho e desigualdades.

Além disso, recomenda-se que o Governo Federal avalie, em diálogo com os entes federados e a sociedade civil, a viabilidade de institucionalizar o IMVPC como instrumento de apoio à gestão, promovendo sua integração com sistemas existentes de informação territorial e sua articulação com políticas setoriais, como saúde, educação e assistência social.

Por fim, recomenda-se a utilização da PNAD Contínua (PNAD-C) como fonte complementar para a construção de versões exploratórias ou temáticas do índice em recortes territoriais agregados, como capitais ou regiões metropolitanas. Embora a PNAD-C não permita desagregação em nível municipal, destaca-se por sua atualização frequente e ampla cobertura temática — incluindo informações sobre o trabalho de cuidados não remunerado. Recomenda-se que essa aplicação seja acompanhada de ajustes metodológicos apropriados às limitações amostrais, fortalecendo sua utilidade como insumo para diagnósticos regionais e planejamento da PNaC.

Referências

BRASIL. **Marco conceitual da Política Nacional de Cuidados**. Brasília: Ministério das Mulheres, 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Marco conceitual da Política Nacional de Cuidados do Brasil**. Brasília: MDS, 2023.

BRASIL. **Política Nacional de Cuidados: Lei nº 15.069, de 2024**. Brasília: Diário Oficial da União, 2024.

CARLEY, Michael. **Indicadores sociais: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

CEPAL – Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. **Informe anual 2011. El salto de la autonomía: de los márgenes al centro**. Documentos de Proyectos (LC/W.436). Santiago: CEPAL, 2011.

GUIMARÃES, Nadya; PINHEIRO, Luana. Capítulo 10. Cuidar, verbo transitivo: caminhos para a provisão de cuidados no Brasil. 1. ed. Brasília, DF: **Ipea**, 2023.

HAKKERT, Ralph. **Fontes de dados demográficos**. Belo Horizonte: ABEP, 1996.

JANNUZZI, Pedro M. **Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil**. Campinas: Alínea, 2005.

MONTILLA, Dalia Elena Romero; WAJNMAN, Simone; MARQUES, Aline; JESUS, Jordana Cristina de; MUZY, Jéssica; SILVA, Leticia Sabbadini da. Proposta de índice municipal de vulnerabilidade sócio-familiar (IVSF) dos idosos para monitoramento de políticas públicas. In: **CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA**, 11., 2015, Goiânia. **ANAIS [...]**. Goiânia: Abrasco, 2015.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Catalogue of health indicators**. Genebra: OMS, 1996.

STIGLITZ, Joseph E. Alargando a nossa reflexão sobre vulnerabilidade. In: PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Relatório de desenvolvimento humano 2014**. Brasília: PNUD, 2014. p. 84-85.

