



Longevidade e Envelhecimento

Arquitetura de Cuidado para Vidas Mais Longas

**Propostas Baseadas em Evidências
para Planos de Governo — Eleições 2026**

Projeto Cuidado Multigeracional no Brasil

LabNova
Longevidade

family talks

Colaboradores

Ana Castro

Jornalista aposentada. Cuidou da mãe com Alzheimer por 14 anos, do pai e do padrasto com demência vascular. Integrou a Diretoria da Associação Brasília de Alzheimer DF, que representou no Conselho de Direitos da Pessoa Idosa. Foi uma das criadoras do Coletivo Filhas da Mãe, que atuou para aprovação da Política Distrital de Prevenção, Tratamento e Apoio às Pessoas com Doença de Alzheimer do DF (Lei 6926/2021). Atualmente integra a Recriar Cuida de Mim, o Conselho de Direitos da Mulher de Aquiraz, Ceará, a Associação de Mulheres de Aquiraz, a RIMA, Rede de Mulheres Atuantes e contribui com a Abraz CE.

Antônio Leitão

Gerente Institucional do Instituto de Longevidade MAG. Formado em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), mestrado em Psicossociologia na mesma instituição e especializações em Gerontologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e Gestão de Negócios pela Fundação Dom Cabral. Atuou como colunista no Empreender Saúde, atual Saúde Business, além de psicólogo clínico do Núcleo de Atenção ao Idoso (Unati-UERJ).

Cristiane de Oliveira

Arteterapeuta, musicoterapeuta e artista visual, com formação em Pedagogia e especializações em Psicopedagogia Institucional e Clínica, Envelhecimento Ativo, Subjetividade e Arte, Musicoterapia em Neuroreabilitação e Musicoterapia Plurimodal. Atua com atendimentos online individuais e em grupo, incluindo o grupo CuidARTE com mulheres 50+. É facilitadora do Teatro Criativo na Sociedade Síndrome de Down.

Débora Macedo

Médica formada pela UFF, consultora médica na WTW, gestora em Saúde Suplementar. MBA em Administração Gestão em Saúde pela FGV Governança Corporativa e Gerenciamento de Riscos pelo IBGC e Tradius. Auditora Médica membro da Sociedade Brasileira de Auditoria Médica (SBAM). Co-líder do GT Assistencial da Associação Voluntários da Saúde (AVS). É palestrante convidada da pós-graduação em geriatria do Instituto Sírio-Libanês.

Marília Duque

Liderança de Nova Longevidade da Ashoka no Brasil e do Lab Nova Longevidade. Pesquisadora-doutora associada no projeto global Anthropology of Smartphones and SmartAgeing, sediado na University College London. É palestrante convidada da pós-graduação em geriatria do Instituto Sírio-Libanês e colabora com o Laboratório Digital de Educação Alimentar e Humanidades da UFRJ (LADIGE).

Marília F T Vieira Sanches

Mestre em Gerontologia e especialista pela SBGG. Consultora na área de cuidado e cuidador, docente e palestrante, atua como gestora de cuidado em casos complexos, mediação e transição de cuidados. Fundadora da Envelhecimento Vivo.

Marfiza de França

Ativista por políticas públicas e direitos das mulheres. Consultora de mercado fonográficos e gestora de direitos autorais, é cantora, compositora, poeta e produtora cultural rondoniana. Vice-presidente da Associação Recriar.com.voce e cuidadora familiar.

Miriam Morata Novaes

Arquiteta, Escritora, Bacharel em Filosofia e Mestre em Ciência da Religião. Especialização em Arquitetura Sustentável. Idealizadora da Rede Cuida de Mim – Cultura do Cuidado e presidente da Associação recriar.com.voce.

Mileny Domingues

Fisioterapeuta, especialista em Reeducação Funcional (FMUSP) e em Geriatria e Gerontologia. Há mais de 6 anos atuo com o tema de longevidade, promovendo saúde e prevenção para o público 60+, além de incentivar debates intergeracionais.

Sandra Regina Gomes

Fonoaudióloga (PUC-SP), especialista em Gerontologia (SBGG), mestre pela FGV e doutoranda na UnB. Pesquisadora, fundadora da Longevida, gestora e consultora em políticas públicas para pessoas idosas, docente e com atuação na área do envelhecimento.

Agradecemos a leitura e comentários de: Cláudia Fló (Saúde do Idoso – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo), Laura Schiesari (Centro de Estudos em Planejamento e Gestão da Saúde – FGV EAESP), Marília Berzins (Observatório da Longevidade Humana e Envelhecimento – OLHE e O que Rola na Geronto); Venceslau Coelho (Hospital Sírio-Libanês e Geriatria do HC-FMUSP).

ORGANIZAÇÃO

Maria Eduarda Manso Mostaço
Marília Duque
Rodolfo Canônico
Lab Nova Longevidade Ashoka

DESIGN

André Cordeiro

Índice

Introdução: Da Escuta à Agenda Pública: a cocriação de uma Cartilha para o Cuidado Multigeracional no Brasil	04
Sumário Executivo	05
1. Diagnóstico	07
2. Uma Arquitetura Integrada de Política Pública	10
3. Propostas	11
Eixo 1 — Moradia: Autonomia, Prevenção e Participação	12
Proposta 1: "Casa Segura para Envelhecer"	13
Proposta 2: "Minha Casa, Minha Vida Sênior"	15
Proposta 3: "Moradia Digna para Pessoas Idosas"	17
Proposta 4: "Ecovilas e Cohousing para Vidas Mais Longas"	19
Eixo 2 — A Família, a Vizinhaça e a Comunidade: Cuidado Relacional e Corresponsável	21
Proposta 1: "Quem Cuida Merece Cuidado"	22
Proposta 2: "Vizinho que Cuida"	24
Proposta 3: "Cuidado que Gera Futuro"	26
Eixo 3 — Rede e Equipamentos Especializados: Cuidado Estruturado e Integrado	29
Proposta 1: "Cuidado Especializado Perto de Casa"	30
Proposta 2: "Quarteirões de Cuidado"	32
Proposta 3: "Prescrição Social"	34
Eixo 4 Transversal: Educação para Longevidade e Infraestrutura Digital	36
"Cidadania 60+"	37
4. Interface com o Plano Nacional de Cuidado	39
Referências	41

Introdução

Da Escuta à Agenda Pública: a cocriação de uma Cartilha para o Cuidado Multigeracional no Brasil

A cartilha *Arquitetura de Cuidado para Vidas Mais Longas* nasce de um processo coletivo de escuta e articulação impulsionado pelo Lab Nova Longevidade – iniciativa da Ashoka, co-criada com o Instituto Beja e apoiada pela RD Saúde. Essa escuta se inicia em 2024 com o mapeamento do Ecossistema de Inovação Social em Longevidade, que identificou mais de 400 iniciativas em todo o país, revelando que o Brasil já conta com soluções potentes, mas ainda fragmentadas, para responder ao envelhecimento populacional. Esse diagnóstico evidenciou a urgência de conectar práticas, sistematizar aprendizados e transformar experiências em agenda pública estruturada, especialmente no campo do cuidado.

A construção desta cartilha foi impulsionada pela parceria entre Family Talks e Lab Nova Longevidade e por um encontro realizado pelo Lab Nova Longevidade em setembro de 2025 no Instituto Beja, em São Paulo, que reuniu dezenas de organizações de diferentes setores para refletir sobre os desafios e caminhos para uma cultura do cuidado no Brasil. A partir desse diálogo, consolidou-se um grupo de trabalho comprometido em transformar contribuições diversas em propostas consistentes, com o objetivo de influenciar o debate público e subsidiar programas de governo nas eleições de 2026.

Esse movimento ganha ainda mais relevância em um contexto histórico em que Brasil avança na construção e implementação de seu Plano Nacional de Cuidados. Trata-se de uma oportunidade inédita de reconhecer o cuidado como direito, necessidade universal e trabalho e, sobretudo, de reorganizar sua oferta a partir da corresponsabilização entre Estado, famílias, setor privado e comunidades. No entanto, para que esse avanço se traduza

em transformação concreta, é fundamental qualificar essa agenda com base em evidências, fortalecendo pilares como a valorização, a profissionalização, reconhecimento e o apoio aos cuidadores, formais e informais, que sustentam, hoje, grande parte do cuidado no país.

O propósito é claro: posicionar o cuidado das pessoas idosas e de todas as gerações no centro da agenda nacional como infraestrutura essencial para uma sociedade que envelhece rapidamente e precisa garantir condições dignas para todas as pessoas ao longo da vida.

Mais do que responder a desafios, esta cartilha parte de um princípio fundamental: a longevidade é uma das maiores conquistas da humanidade e o cuidado é o meio pelo qual essa conquista pode se traduzir em vidas mais saudáveis, plenas e com sentido para todos. Cuidar não é apenas proteger; é criar as condições para que cada pessoa possa continuar contribuindo com suas famílias, comunidades e territórios. Ao ampliar o acesso ao cuidado, ampliamos também a capacidade de participação social das pessoas idosas e fortalecemos uma visão de desenvolvimento baseada na colaboração entre gerações. É nessa perspectiva multigeracional que o cuidado deixa de ser visto como custo e passa a ser reconhecido como investimento estratégico para o futuro do Brasil.

Esta cartilha tem caráter não-partidário e busca contribuir de forma qualificada para o debate público sobre o cuidado e o envelhecimento no Brasil. Sua disseminação será realizada por Family Talks, organização da sociedade civil que participou do grupo de trabalho e esteve presente desde o início do processo de cocriação desse documento.

A photograph of an elderly woman with curly hair, smiling and looking upwards. She is holding a bouquet of white flowers. The image is overlaid with a semi-transparent blue filter.

Sumário Executivo

O Brasil envelhece rapidamente. De acordo com o Censo 2022, **32 milhões de brasileiros tinham 60 anos ou mais**, representando 15,6% da população e atingindo um índice de envelhecimento de **80 pessoas idosas para cada 100 crianças de 0 a 14 anos**. Em 2050, esse percentual poderá chegar a 30%. Esta mudança demográfica é irreversível e exige respostas estruturais urgentes em educação, saúde, assistência social, habitação, mercado de trabalho e sustentabilidade fiscal. Essa **reestruturação sistêmica**, orientada para vidas mais longas, permitirá reconhecer o **envelhecimento populacional como potência** e a longevidade saudável, sustentável e participativa como um projeto de País para brasileiros e brasileiras de todas as idades.

Esta cartilha reconhece que o cuidado é a base de nossa vida em sociedade e propõe uma **Arquitetura de Cuidado para Vidas Mais Longas** — um conjunto integrado de políticas públicas estruturadas em quatro eixos progressivos e complementares:



Eixo 1

Moradia: Autonomia, Prevenção e Participação



Eixo 2

A Família, a Vizinhança e a Comunidade: Cuidado Relacional e Corresponsável



Eixo 3

Rede e Equipamentos Especializados: Cuidado Estruturado e Integrado



Eixo 4 Transversal

Educação para Longevidade e Infraestrutura Digital

Por que isso importa?

O envelhecimento populacional exigirá um acréscimo estimado de **R\$ 67 bilhões** nas despesas com saúde ao longo da próxima década (Tesouro Nacional, 2024). Investir em prevenção, nas comunidades como rede de apoio nos territórios e na integração de serviços é uma decisão fiscalmente racional e socialmente necessária.

O envelhecimento populacional é **uma das grandes conquistas da humanidade**. Uma arquitetura de cuidado pensada para vidas mais longas contribui para aproximar expectativa de vida de **expectativa de vida saudável**, possibilitando que todas as pessoas possam seguir contribuindo para a sociedade ao longo de toda a vida e sejam reconhecidas por suas **contribuições**: para as famílias, suas comunidades, seus territórios e para o desenvolvimento do País. Em 2023, a população com mais de 60 anos já movimentou cerca de **R\$ 93,3 bilhões por mês, o equivalente a 22,9% da renda total das famílias brasileiras**²⁸.

1. Diagnóstico

Os dados atuais revelam pontos de atenção estruturais que tornam urgente a reorganização das políticas para pessoas idosas no Brasil.

Quedas como crise silenciosa de saúde pública

Evidências recentes indicam que o domicílio é o principal local de ocorrência de quedas em pessoas idosas, com estudos apontando que entre aproximadamente **40% e 60% dos episódios acontecem dentro de casa**, podendo alcançar proporções ainda maiores em determinados contextos^{29,30,31,32}. Anualmente, 1 em cada 4 pessoas com mais de 60 anos é vítima de quedas¹. Em 2024, o Brasil registrou **344 mil internações** hospitalares de pessoas idosas por quedas². A maioria dessas quedas ocorre em banheiros, escadas e áreas sem iluminação adequada – e poderia ser prevenida com reformas simples, visando a adaptabilidade dos ambientes domésticos.

Dado-chave: 1 em cada 4 pessoas idosas sofre queda anualmente no Brasil. Em 2024, foram 344 mil internações por quedas.

Isolamento social como fator de risco clínico

Segundo o Censo Demográfico 2022 do IBGE, cerca de 5,7 milhões de pessoas idosas (60 anos ou mais) vivem sozinhas no Brasil, representando o **maior grupo etário entre os lares unipessoais** (41,8% do total de domicílios com um único morador). O isolamento social está associado a aumento no **risco de mortalidade prematura**. Pesquisadores da Johns Hopkins apontam que pessoas idosas que vivenciam isolamento social apresentam maiores limitações funcionais, piores desfechos cardiovasculares e risco de mortalidade até 30% maior em determinados estudos³. A carência de redes informais de vizinhança elimina a primeira barreira de proteção contra a fragilidade, tornando pessoas idosas invisíveis até em situações de emergência.

Dado-chave: cerca de 5,7 milhões de pessoas idosas (60 anos ou mais) vivem sozinhas no Brasil.

Economia do cuidado informal e vulnerabilidade feminina

Segundo estudo da PUCPR, 90% dos cuidadores informais de pessoas idosas no Brasil são mulheres — sobretudo filhas (68%), esposas (21%), netas e irmãs (5%)⁴ — que prestam cuidados de forma não-remunerada. A PNAD Contínua (IBGE, 2024) registra uma média de **21,3 horas semanais dedicadas ao cuidado não-remunerado**⁵, mas estudos sobre cuidado de pessoas com demência revelam que a dedicação real pode ultrapassar 14 horas diárias. Pesquisa de Andrade et al. (2025)⁶ coletou dados de 381 participantes, dos quais 311 se identificaram como cuidadores não-profissionais. Os resultados mostram que 94,9% realizam o trabalho sem qualquer remuneração, **42,8% tiveram de abandonar o emprego** para se dedicar integralmente ao familiar com demência, 85% relatam exaustão emocional, 78% cansaço físico constante, e 46% dos cuidadores sentem-se despreparados para a função.

Dado-chave: 90% do cuidado a pessoas idosas é feito por mulheres. 42,8% dos cuidadores de pessoas com demência abandonaram o emprego. 85% relatam exaustão emocional.

Idadismo estrutural

Segundo o Relatório Mundial sobre o Idadismo (OMS/OPAS, 2021), baseado em pesquisa com mais de 83 mil pessoas em 57 países, **uma em cada duas pessoas no mundo** manifesta atitudes moderadamente ou altamente discriminatórias em relação à idade⁷. Pesquisa de acompanhamento longitudinal conduzida por Levy et al. (2002) identificou que pessoas com **autopercepção positiva do envelhecimento** viveram, em média, 7,5 anos a mais do que aquelas com autopercepção negativa⁸. Pesquisa da Catho sobre etarismo, realizada em março de 2024 com 1.488 candidatos e 307 representantes de empresas, confirmou que 40% dos gestores demonstraram resistência em contratar ou desenvolver profissionais acima dos 50 anos, e que 61% das empresas não possuem programas de inclusão para esse público⁹. Pesquisa da Robert Half e Labora (2024) revelou que 69% das empresas brasileiras reconhecem não oferecer **oportunidades equitativas para profissionais de diferentes faixas etárias**, e que 77% não possuem iniciativas intencionais para ampliar a diversidade geracional em seus processos seletivos¹⁰. Revisão bibliográfica conduzida pela Yale School of Public Health em 45 países demonstrou que o idadismo também pode impactar o acesso de pessoas idosas à saúde, influenciando decisões médicas e acesso a tratamentos e recursos de saúde¹¹.

Dado-chave: uma em cada duas pessoas no mundo manifesta atitudes moderadamente ou altamente discriminatórias em relação à idade. 40% dos gestores demonstraram resistência em contratar ou desenvolver profissionais acima dos 50 anos. Em 45 países do mundo, há evidência do idadismo impactando o acesso de pessoas idosas à saúde.

Déficit de infraestrutura de cuidado

Dados indicam que o sistema de acolhimento para pessoas idosas no Brasil é majoritariamente operado por instituições não governamentais (88,7%), ainda que grande parte delas (86,2%) estabeleça algum tipo de articulação com o poder público³³. Entre unidades de acolhimento e centros-dia, as ILPIs (Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas), representavam 93,3% das unidades de acolhimento em 2023. Do ponto de vista territorial, **a oferta é limitada**: as unidades estão distribuídas em apenas 1.457 municípios, o equivalente a 26,2% do total do país, com forte concentração na região Sudeste, que reúne 57,5% das instituições. A exceção fica por conta das casas-lares, mais frequentes no Centro-Oeste, onde representam 35,6% deste tipo de serviço. Esse cenário evidencia **desigualdades regionais** importantes no acesso ao cuidado. Em relação ao perfil das pessoas acolhidas, há leve predominância masculina (51,2%), e a maioria apresenta grau de dependência leve (40,2%), seguida pelos graus moderado (36,6%) e elevado (23,3%). As projeções apontam para um **aumento significativo da demanda**: mantidas as tendências atuais, cerca de 465 mil pessoas idosas poderão necessitar de acolhimento institucional até 2050³³.

Dado-chave: O sistema de acolhimento para pessoas idosas no Brasil é majoritariamente operado por instituições não governamentais (88,7%), ainda que grande parte delas (86,2%) estabeleça algum tipo de articulação com o poder público.



2. Uma Arquitetura Integrada de Política Pública

Esta cartilha propõe reorganizar as políticas públicas segundo uma **Arquitetura de Cuidado para Vidas Mais Longas**, estruturada em três eixos progressivos e complementares, mais um eixo transversal.



Eixo 3

Rede e Equipamentos Especializados: resposta estruturada quando há dependência funcional



Eixo 2

A Família, a Vizinhança e a Comunidade: cuidado como infraestrutura social — reconhecimento e suporte a cuidadores, redes solidárias e novas formas de morar



Eixo 1

A Casa: intervenções de prevenção primária, adaptação domiciliar e moradia adequada

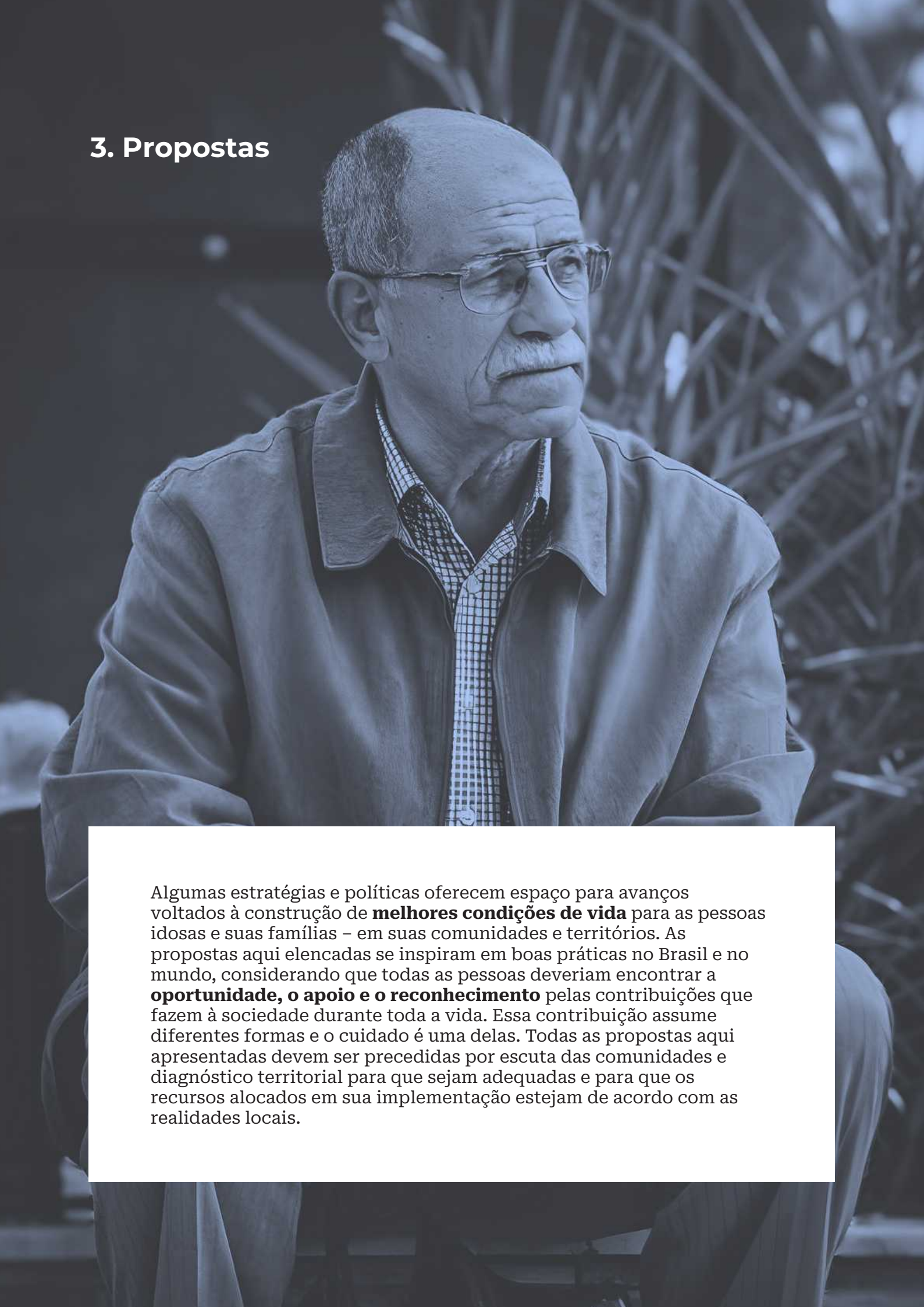


Eixo 4 Transversal

Educação para Longevidade e Infraestrutura Digital: atravessa todos os eixos, combatendo o idadismo, ampliando o acesso a serviços e focando no conhecimento para prevenção e planejamento de um envelhecimento saudável para todas as gerações

Esta abordagem está alinhada aos princípios internacionais de envelhecimento saudável e "aging in place" (OMS, Década do Envelhecimento Saudável 2021–2030) e à evidência de que políticas preventivas e comunitárias reduzem custos hospitalares e ampliam acesso à saúde nos territórios.

3. Propostas



Algumas estratégias e políticas oferecem espaço para avanços voltados à construção de **melhores condições de vida** para as pessoas idosas e suas famílias – em suas comunidades e territórios. As propostas aqui elencadas se inspiram em boas práticas no Brasil e no mundo, considerando que todas as pessoas deveriam encontrar a **oportunidade, o apoio e o reconhecimento** pelas contribuições que fazem à sociedade durante toda a vida. Essa contribuição assume diferentes formas e o cuidado é uma delas. Todas as propostas aqui apresentadas devem ser precedidas por escuta das comunidades e diagnóstico territorial para que sejam adequadas e para que os recursos alocados em sua implementação estejam de acordo com as realidades locais.

Eixo 1



Moradia: Autonomia, Prevenção e Participação

Este eixo atende ao princípio do "Aging in Place" (envelhecer em casa e na comunidade), em acordo com políticas de envelhecimento saudável que reconhecem que os **ambientes desempenham um papel central** ao sustentar e potencializar as capacidades intrínsecas das pessoas ao longo da vida. Ao mesmo tempo, ambientes adequados a vidas mais longas reduzem barreiras, compensam limitações e ampliam as possibilidades de ação, garantindo **autonomia, participação e continuidade da contribuição social**. Ainda que as propostas se concentrem na questão da moradia e estrutura do ambiente domiciliar, cabe ressaltar que autonomia e prevenção devem ser priorizadas também nos entornos, acessos e transporte – garantindo a segurança, mobilidade e convívio necessários para uma cidade amistosa para todas as idades.

PROPOSTA 1 (Eixo 1)

"Casa Segura para Envelhecer"

Reforma Acessível — adaptação de domicílios para prevenção de quedas

Problema: A queda atinge anualmente 25% das pessoas idosas, ocorrendo majoritariamente em banheiros e escadas do ambiente doméstico. O problema é agravado pela iluminação precária e falta de adaptações de segurança, riscos que podem ser mitigados com intervenções de baixo custo e melhoria da infraestrutura residencial.

Indicadores-chave:

Em 2024, o Brasil registrou 344 mil internações hospitalares de pessoas idosas por quedas².

No Brasil, a prevalência de quedas apontada pelo Estudo Longitudinal da Saúde das Pessoas Idosas Brasileiras (ELSI-Brasil), realizado em uma amostra representativa da população idosa residente em áreas urbanas, foi de 25%¹³.

O que propomos:

Criar programa federal de subsídio para reforma de acessibilidade em domicílios de pessoas idosas em situação de vulnerabilidade (renda de até 3 salários mínimos), cobrindo: instalação de barras de apoio em banheiros, rampas de acesso, pisos antiderrapantes, adequação de iluminação e ventilação natural, portas largas — ambientes escuros e abafados aumentam risco de acidentes e isolamento.

Parceria com prefeituras para execução por meio de mutirões e assistência técnica gratuita, com prioridade para áreas rurais e periferias urbanas.

Criar programas de educação e capacitação para profissionais de obras em acessibilidade, sustentabilidade e adaptações para o envelhecimento.

Estimular parcerias com faculdades de Arquitetura e Engenharia para programas de estágio supervisionado voltados a reformas adaptativas de baixo custo.

Impacto esperado

Preservação da autonomia e da dignidade da pessoa idosa com: redução de quedas e internações hospitalares evitáveis; adiamento da institucionalização e redução de custos ao SUS.

Pontos de atenção

O programa se apoia em estruturas já existentes (CRAS, Caixa Econômica Federal e prefeituras). O principal desafio é a capilaridade em municípios pequenos e áreas rurais, contornável com parcerias, por exemplo com o SENAI/SENAC ou outros agentes locais.

Exemplos no Brasil e no mundo:

País	Iniciativa	Descrição
Brasil (Câmara dos Deputados)	PL 4376/2024	Dispõe sobre a criação da Política Nacional de Prevenção de Quedas entre Pessoas Idosas.
Portugal	Conforto Habitacional para Pessoas Idosas	Visa melhorar as condições básicas de habitabilidade e mobilidade de pessoas idosas que usufruam de serviços de apoio domiciliar, pretendendo assim evitar a sua institucionalização e dependência.
EUA	Home Modification Action Coalition	Programas estaduais de subsídio para modificações residenciais voltadas a pessoas idosas e pessoas com deficiência.

"Minha Casa, Minha Vida Sênior"

Espaços de convivência e atividade física para todas as gerações

Problema: Conjuntos habitacionais do programa Minha Casa, Minha Vida foram projetados sem considerar as necessidades específicas da população idosa e sem favorecer a convivência intergeracional. O sedentarismo atinge 40,3% da população adulta brasileira (IBGE, 2019)¹⁵ e o isolamento social é um fator clínico associado a aumento de 30% no risco de morte prematura.

Indicadores-chave:

Sedentarismo atinge 40,3% dos adultos brasileiros (IBGE, 2019).

Pesquisadores da Johns Hopkins apontam que pessoas idosas que vivenciam isolamento social apresentam maiores limitações funcionais, piores desfechos cardiovasculares e risco de mortalidade até 30% maior em determinados estudos³.

O que propomos:

Incluir, como critério obrigatório nos novos projetos do "Minha Casa, Minha Vida Sênior" e demais programas habitacionais, a previsão de espaços de convivência, atividade física e lazer acessíveis também para pessoas idosas.

Criar programa de retrofit para conjuntos habitacionais já existentes, adaptando áreas comuns para circulação segura, instalação de academias ao ar livre e espaços multigeracionais.

Estimular parcerias com SESC, SESI, associações comunitárias e universidades para capacitação e gestão dos espaços e renovação das grades curriculares de cursos ligados ao envelhecimento, com foco em cuidado e perspectiva intergeracional.

Impacto esperado

Redução do sedentarismo e do isolamento social; prevenção de doenças crônicas; redução de hospitalizações evitáveis; fortalecimento de vínculos; melhoria da qualidade de vida e da funcionalidade de pessoas idosas em conjuntos habitacionais.

Pontos de atenção

A medida se insere em programa já existente e amplamente operacional. A inclusão de critérios de acessibilidade e convivência nos projetos é uma decisão administrativa que pode ser tomada por portaria ministerial. O desafio maior está na execução do *retrofit* em conjuntos já entregues, que exige levantamento e priorização, além de soluções para seu financiamento.

Exemplos no mundo:

País	Iniciativa	Descrição
Singapura	Enhancement for Active Seniors (EASE)	Programa nacional que subsidia adaptações em apartamentos de habitação pública para tornar as residências mais seguras e acessíveis para pessoas idosas. As intervenções incluem instalação de rampas, barras de apoio, pisos antiderrapantes em banheiros e outras melhorias de mobilidade. O programa é parcialmente financiado pelo governo e permite que residentes envelheçam em suas próprias casas com maior autonomia e segurança.
EUA	Ann Arbor Aging in Place Efficiently Program	Programa municipal que combina retrofit residencial voltado à eficiência energética com adaptações de acessibilidade para pessoas idosas. As intervenções incluem melhorias de isolamento térmico, atualização de sistemas domésticos e instalação de recursos de segurança e mobilidade, permitindo que moradores permaneçam em suas casas por mais tempo com menor custo de energia e maior conforto.
Japão	Subsídios para adaptações domiciliares do Long-Term Care Insurance (LTCI)	Sistema nacional de seguro de cuidado de longo prazo que permite o financiamento parcial de adaptações em residências de pessoas idosas com limitações funcionais. As reformas podem incluir instalação de corrimãos, eliminação de desníveis, adaptação de banheiros e ampliação de portas, com o objetivo de reduzir riscos de queda e facilitar a permanência da pessoa em sua casa.
Alemanha	KfW Age-Friendly Home Conversion Program	Programa federal que oferece subsídios e linhas de crédito para reformas que tornem as moradias acessíveis para o envelhecimento. As intervenções incluem a eliminação de barreiras arquitetônicas, ampliação de portas, instalação de elevadores residenciais e adaptação de banheiros, com apoio financeiro administrado pelo banco público de desenvolvimento KfW.

PROPOSTA 3 (Eixo 1)

"Moradia Digna para Pessoas Idosas"

Locação Social para Pessoas Idosas — moradia acessível e segura

Problema: Apenas 1.457 municípios, o equivalente a 26,2% do total do país, possuem instituições de acolhimento de pessoas idosas. Pessoas idosas em situação de vulnerabilidade sem rede familiar de suporte frequentemente ocupam leitos hospitalares por falta de alternativa habitacional segura — as chamadas "internações sociais".

Indicadores-chave:

Apenas 1.457 municípios, o equivalente a 26,2% do total do país, com forte concentração na região Sudeste, que reúne 57,5%, possuem instituições de acolhimento de pessoas idosas.

O que propomos:

Criar programa nacional de locação social para pessoas idosas, comprometendo no máximo 30% da renda do beneficiário, com subsídio público para a diferença — modelo inspirado na Vila dos Idosos (São Paulo) e no Programa Paraná Amigo da Pessoa Idosa, monitorado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID).

Incentivar a criação de repúblicas para pessoas idosas autônomas, com suporte de assistência social e saúde integrados.

Expandir a oferta de ILPIs públicas e filantrópicas com cofinanciamento federal, priorizando municípios sem nenhuma oferta.

Realizar levantamento nacional de prédios públicos ociosos com potencial de adaptação para moradias compartilhadas para pessoas idosas, bem como de áreas ociosas para criação de hortas e pomares comunitários.

Impacto esperado

Garantia de moradia digna para pessoas idosas vulneráveis; redução das internações sociais e da pressão sobre leitos hospitalares; redução do custo per capita do cuidado para o Estado.

Pontos de atenção

Requer articulação entre as três esferas de governo, regulação específica para ILPIs e locação social, e fonte de financiamento estável. No entanto, a economia gerada pela redução de internações sociais cria argumento fiscal sólido. O modelo paranaense monitorado pelo BID oferece referência técnica robusta.

Exemplos no Brasil:

País	Iniciativa	Descrição
Brasil — São Paulo	Vila dos Idosos	Conjunto habitacional público com 145 apartamentos no bairro do Pari, em São Paulo, com lazer integrado e suporte social, reconhecido como referência nacional de moradia digna para a pessoas idosas.
Brasil — Paraná	Paraná Amigo da Pessoa Idosa	Sistema integrado de cuidado monitorado pelo BID como referência para a América Latina.



PROPOSTA 4 (Eixo 1)

"Ecovilas e Cohousing para Vidas Mais Longas"

Moradia sustentável e colaborativa

Problema: 28,7% das pessoas idosas brasileiras vivem sozinhas (IBGE). O sedentarismo atinge 47% da população adulta. A maioria das residências atuais é reativa, exigindo reformas caras em vez de ser projetada preventivamente para o envelhecimento.

Indicadores-chave:

51% de redução na probabilidade de depressão para residentes em bairros com contato próximo com a natureza²⁴.

12% menor taxa de mortalidade em indivíduos que residem em áreas verdes²⁵.

As ecovilas organizam-se em torno do compartilhamento de recursos — como ferramentas, hortas e veículos —, o que contribui para a redução dos custos individuais e fortalece os laços comunitários²⁶.

O que propomos:

Fomentar Ecovilas e modelos de Cohousing para vidas mais longas: criar um marco regulatório para vilas de moradias privadas integradas a amplos espaços comuns (cozinhas coletivas, jardins e áreas de lazer), inspiradas nos modelos de Pantalla (Itália) e Altair (EUA).

Design Biofílico e Sustentabilidade: incorporar obrigatoriamente o contato direto com a natureza no desenho arquitetônico para promover estímulos multissensoriais e bem-estar mental.

Soluções "Low Tech": utilizar materiais locais e soluções tradicionais de ventilação e iluminação natural para criar microclimas ideais, reduzindo custos operacionais de energia.

Rede de Cuidado Informal: estabelecer comunidades baseadas na ajuda mútua, onde os moradores formam uma "rede de proteção" espontânea, adiando a necessidade de cuidadores profissionais ou institucionalização.

Impacto esperado

Melhoria na saúde mental e funcionalidade das pessoas idosas; redução do isolamento social; menor pegada ecológica urbana; mitigação do risco de hospitalizações evitáveis por causas psicossociais e físicas.

Pontos de atenção

Exige uma mudança de paradigma cultural sobre moradia colaborativa e articulação entre urbanismo, meio ambiente e assistência social. No entanto, o custo-benefício é otimizado, pois o ambiente é "construído para o envelhecimento", evitando adaptações domésticas posteriores de alto custo.

Exemplos no mundo:

País	Modelo	Descrição
Itália (Pantalla)	Eco-vila	Divide o espaço em zonas urbanas (ruas de convívio) e rurais (jardins idílicos), focada em independência e contato com a natureza.
EUA (Altair EcoVillage)	Cohousing sênior	Equilibra privacidade e vida comunitária, projetado especificamente para que as pessoas possam envelhecer no local com dignidade.
Nova Zelândia (EarthSong)	Eco-bairro	Referência em vizinhança sustentável e integração comunitária.

Eixo 2



A Família, a Vizinhança e a Comunidade: Cuidado Relacional e Corresponsável

Este eixo foca na **corresponsabilização social** e na estratégia dos **3 Rs**: Reconhecer, Reduzir e Redistribuir o trabalho de cuidado — promovendo redes de vizinhança, reconhecimento, capacitação e suporte financeiro a cuidadores e transformação cultural sobre o envelhecimento, em linha com recomendações internacionais e previsões da Política Nacional de Cuidados.

PROPOSTA 1 (Eixo 2)

"Quem Cuida Merece Cuidado"

Bolsa Cuidador — apoio financeiro a cuidadores familiares

Problema: O cuidado com pessoas idosas é majoritariamente sustentado por famílias — em grande parte por mulheres — revelando uma forte desigualdade de gênero e uma dependência estrutural do cuidado informal⁴. A PNAD Contínua (IBGE, 2022) registra uma média de 21,3 horas semanais de cuidado por pessoa no Brasil, mas pesquisas com cuidadores de pessoas com demência revelam que a carga real pode ultrapassar 14 horas diárias¹⁵. Esse trabalho invisível retira 30% das mulheres do mercado de trabalho¹⁶. Sem apoio, o risco de depressão e esgotamento (burnout) cresce. Levantamento da Fiocruz (2023) com cuidadores de pessoas com Alzheimer mostrou quase 70% com sinais de depressão e esgotamento emocional¹⁷.

Indicadores-chave:

90% do cuidado a pessoas idosas é realizado por familiares não remunerados; mais de 90% deles são mulheres (IPEA, 2024; Andrade et al., 2025).

Cuidadores dedicam em média 21,3h semanais ao trabalho não remunerado; em casos de dependência severa, a carga pode ultrapassar 14h diárias.

42,8% dos cuidadores de pessoas com demência tiveram de abandonar o emprego (Andrade et al., 2025).

85% relatam exaustão emocional; 46% se sentiam despreparados para a função (Andrade et al., 2025).

30% das mulheres que cuidam de pessoas idosas estão fora do mercado de trabalho por causa dessa função.

O que propomos:

Criar transferência financeira mensal para cuidadores familiares de pessoas idosas em situação de dependência severa e vulnerabilidade socioeconômica, no valor de R\$ 600 a R\$ 1.200/mês, condicionada ao cadastro no CRAS e acompanhamento pela equipe de referência.

Garantir ao cuidador familiar formação básica em cuidados, proteção previdenciária por período de cuidado (mínimo de 2 anos de contribuição reconhecida) e acesso à atenção psicológica no SUS.

Impacto esperado	Redução da vulnerabilidade econômica de cuidadores familiares (majoritariamente mulheres); reconhecimento e valorização do trabalho de cuidado; redução de internações e institucionalizações precoces; melhoria da saúde mental dos cuidadores e, consequentemente, da qualidade do cuidado prestado.
Pontos de atenção	O principal desafio está no dimensionamento do público-alvo e no critério de condicionalidades (dependência severa comprovada, renda familiar). O custo é significativo, mas potencialmente compensado pela redução de internações e mitigação das vulnerabilidades enfrentadas pelas pessoas responsáveis pelos cuidados.

Exemplos no Brasil e no mundo:

País	Modelo	Descrição
Brasil — Paraná (2025)	Bolsa Cuidador Familiar	Consiste no pagamento mensal de meio salário mínimo nacional, pelo período máximo de 24 meses, ao responsável direto pelo cuidado da pessoa idosa ou dependente.
EUA	Cash and Counseling	Permite que o beneficiário de cuidado contrate um familiar como cuidador remunerado, com supervisão de assistente social.
Alemanha	Pflegegeld	Benefício financeiro de EUR 347 a EUR 990/mês pago a pessoas idosas dependentes para contratar cuidadores, incluindo familiares, conforme grau de dependência.

PROPOSTA 2 (Eixo 2)

"Vizinho que Cuida"

Comunidade Compassiva — redes de vizinhança e apoio solidário

Problema: 28,7% das pessoas idosas brasileiras vivem sozinhas (IBGE)¹⁸, e o isolamento social eleva o risco de morte prematura³. A carência de redes informais de vizinhança e comunidade elimina a primeira barreira de proteção contra a fragilidade, tornando as pessoas idosas invisíveis até em situações de emergência.

Indicadores-chave:

28,7% das pessoas idosas vivem sozinhas no Brasil — recorde histórico (IBGE).

Isolamento social eleva em 26% o risco de morte prematura em pessoas idosas¹⁹.

Redes de apoio informal reduzem em 1/3 o risco de mortalidade associado ao isolamento (IPEA, 2024)²⁰.

Cerca de 14% das pessoas com mais de 60 anos vivem com algum transtorno mental, principalmente depressão e ansiedade (OMS)²¹.

Intervenções de suporte comunitário e apoio psicossocial demonstram melhorias significativas na funcionalidade e na qualidade de vida, além de reduções relevantes de sintomas depressivos, que podem alcançar aproximadamente 30% a 50% em contextos estruturados²².

O que propomos:

Fomentar, por meio de parcerias com municípios e organizações da sociedade civil, a criação de **redes comunitárias de vizinhança solidária** — grupos de moradores treinados para identificar, acompanhar e acionar suporte para pessoas idosas em situação de isolamento ou com necessidade de cuidados e suporte.

Financiar e expandir projetos de referência como o Favela Compassiva e o Sempre Acompanhados, que demonstram resultados mensuráveis na redução do isolamento e da mortalidade.

Integrar essas redes de pessoas cuidadoras ao SUS, especialmente à Estratégia Saúde da Família, reconhecendo o cuidado como parte estruturante da atenção básica e condição para responder ao envelhecimento populacional com qualidade e sustentabilidade – e aos CRAS como ponto de referência territorial.

Impacto esperado	Redução do isolamento social e do risco de morte prematura; detecção precoce de situações de vulnerabilidade; fortalecimento de redes comunitárias; redução de hospitalizações evitáveis.
Pontos de atenção	A proposta se apoia em modelos já testados e operacionais no Brasil. Não requer legislação específica — pode ser implementada via editais de fomento, convênios com OSCs e integração com a rede de atenção básica já existente. O principal desafio é a sustentabilidade financeira após o período de fomento inicial. Os Fundos de Direitos da Pessoa Idosa podem ser caminho promissor para tanto.

Exemplos no Brasil e no mundo:

País	Modelo	Descrição
Brasil	Favela Compassiva Rocinha e Vidigal	Projeto de redes de apoio em cuidados paliativos comunitários em favelas do Rio de Janeiro, com treinamento de agentes comunitários e vizinhos.
Portugal	Sempre Acompanhados	Iniciativa de combate à solidão e isolamento social na velhice, com redes de voluntários treinados.
Zimbábue	Friendship Bench	Programa de saúde mental em que membros da comunidade são treinados como agentes para oferecerem escuta estruturada em espaços comunitários ou clínicas. O modelo demonstrou redução significativa de sintomas de depressão e ansiedade e tornou-se referência global em saúde mental comunitária.
EUA	Friendship Bench International	Expansão do modelo para cidades norte-americanas, com adaptação para sistemas de atenção primária e participação de voluntários e lideranças comunitárias na oferta de escuta estruturada.

PROPOSTA 3 (Eixo 2)

"Cuidado que Gera Futuro"

Requalificação e reinserção profissional para cuidadores

Problema: Milhões de pessoas — majoritariamente mulheres — têm suas trajetórias profissionais interrompidas, reduzidas ou sequer iniciadas devido às responsabilidades de cuidado não remunerado. Estimativas globais indicam que cerca de 708 milhões de mulheres estão fora da força de trabalho por exercerem atividades de cuidado, evidenciando o caráter estrutural dessa desigualdade^{34,35,36}. No Brasil, essa assimetria se expressa no tempo dedicado ao cuidado e às tarefas domésticas, significativamente maior entre mulheres, o que impacta diretamente sua inserção produtiva, renda e proteção social ao longo da vida.

Ao mesmo tempo, o envelhecimento populacional acelera a demanda por trabalhadores qualificados em cuidados de longa duração, ampliando o descompasso entre necessidade social e oferta de profissionais. Nesse contexto, a ausência de mecanismos que reconheçam e convertam a experiência acumulada por cuidadores familiares e comunitários em competências formais representa não apenas uma perda individual, mas também um desperdício sistêmico de conhecimento e de potencial força de trabalho para um dos setores mais estratégicos do futuro.

Indicadores-chave:

Até 90% do cuidado a pessoas idosas no Brasil é realizado por familiares, majoritariamente mulheres (IPEA, 2024).

Cerca de 30% das mulheres que assumem funções intensivas de cuidado acabam deixando o mercado de trabalho.

O trabalho de cuidado não remunerado representa mais de 16,4 bilhões de horas por dia globalmente — equivalente a 2 bilhões de pessoas trabalhando 8 horas por dia sem pagamento²³.

O que propomos:

Criar mecanismos de requalificação e reinserção profissional para cuidadores familiares e comunitários, permitindo que a experiência acumulada durante o período de cuidado seja reconhecida e convertida em ativos profissionais.

Implementar certificação de competências adquiridas na prática do cuidado, por meio de avaliação e validação de saberes — reconhecendo habilidades como manejo de mobilidade, acompanhamento de saúde, apoio emocional e organização do cuidado domiciliar.

Oferecer cursos técnicos e programas de formação continuada em cuidados, integrados ao Programa Nacional de Formação em Cuidados previsto no Plano Nacional de Cuidados.

Fomentar a criação de cooperativas e redes de economia solidária no setor de cuidados, permitindo que cuidadores se organizem coletivamente para oferecer serviços domiciliares ou comunitários com apoio institucional.

Criar programas de empreendedorismo e microcrédito orientado para trabalhadoras do cuidado, facilitando a transição para atividades profissionais ligadas ao setor de cuidados ou a outros serviços comunitários.

Adotar um modelo de transferência de tributação, reduzindo encargos tributários sobre a contratação de cuidadores profissionais capacitados — transferindo a carga fiscal para impostos sobre externalidades negativas —, para impulsionar a transição do cuidado familiar para o profissional, fortalecer legados profissionais e promover inclusão produtiva no mercado de cuidados.

Impacto esperado

Reconhecimento social e econômico do trabalho de cuidado; ampliação da empregabilidade de cuidadores familiares após o período de dedicação intensiva; fortalecimento da economia do cuidado; geração de oportunidades de trabalho dignas em um setor em expansão; redução da vulnerabilidade econômica de mulheres que dedicaram parte da vida ao cuidado de familiares.

Pontos de atenção

A proposta exige coordenação intersetorial entre políticas de assistência social, trabalho, educação profissional e economia solidária. A implementação pode ser progressiva, começando com projetos-piloto de certificação de competências e cooperativas de cuidado em territórios prioritários. O Plano Nacional de Cuidados já oferece base legal e diretrizes para essas ações.

Exemplos no Brasil e no mundo:

País	Modelo	Descrição
Brasil	Plano Nacional de Cuidados	Prevê programas de qualificação profissional, certificação de competências e iniciativas de inclusão socioeconômica para trabalhadores do cuidado, incluindo familiares e comunitários.
Uruguai	Sempre Acompanhados	Sistema público que combina formação profissional, certificação de competências e programas de qualificação para cuidadores, reconhecendo o cuidado como profissão estratégica.
Canadá	Sistema Nacional Integrado de Cuidados	Programas de formação e certificação para trabalhadores do cuidado domiciliar e comunitário, com forte integração entre formação profissional e demanda do sistema de saúde.
Holanda	Ex'Tax	Transferência de tributação de trabalho para poluição. Reduziu custos de mão de obra em setores essenciais como cuidados, elevando contratações em 15-20% e formalizando cuidadores familiares.
Suécia	Carers Allowance	Subsídios e equiparação fiscal para cuidadores formais. Aumentou a empregabilidade de ex-cuidadores familiares em 25%, aliviando a sobrecarga feminina e expandindo o mercado de cuidados qualificados.

Eixo 3



Rede e Equipamentos Especializados: Cuidado Estruturado e Integrado

O terceiro eixo organiza a resposta que extrapola e integra a rede de apoio comunitária à infraestrutura institucional.

PROPOSTA 1 (Eixo 3)

"Cuidado Especializado Perto de Casa"

Centro-Dia e ILPI — rede de cuidado especializado

Problema: 71% dos municípios brasileiros não possuem qualquer ILPI e os Centros-Dia — equipamentos que oferecem cuidado diurno para pessoas idosas com dependência leve ou moderada — são raros. A insuficiência desse sistema de acolhimento implica a sobrecarga dos cuidadores familiares ou a internação hospitalar de alto custo como único recurso disponível.

O que propomos:

Expandir a rede de Centros-Dia, priorizando municípios com mais de 20 mil habitantes que ainda não possuem o serviço, com cofinanciamento federal.

Criar marco regulatório e linha de financiamento específica para ILPIs filantrópicas e de pequeno porte, que representam a maioria das instituições existentes, mas operam sem suporte público adequado.

Integrar Centros-Dia e ILPIs às redes de atenção à saúde — especialmente à Atenção Primária (UBS) e, quando necessário, à saúde mental (RAPS) — por meio de articulação intersetorial, garantindo continuidade e integralidade do cuidado.

Impacto esperado

Redução de internações hospitalares sociais; alívio da sobrecarga de cuidadores familiares; garantia de cuidado especializado para pessoas idosas dependentes; criação de empregos qualificados na área de cuidado.

Pontos de atenção

Exige articulação entre saúde, assistência social e infraestrutura, além de regulamentação específica para ILPIs. No entanto, a economia gerada pela redução de internações sociais oferece argumento fiscal sólido. A expansão pode ser feita gradualmente, priorizando municípios de médio porte sem cobertura.

Exemplos no mundo:

País	Modelo	Descrição
Japão	Long-Term Care Insurance (LTCI)	Sistema nacional que financia um continuum de cuidado: serviços domiciliares, centros-dia e instituições. Baseado em elegibilidade por grau de dependência, permite transições entre níveis de cuidado e reduz hospitalizações desnecessárias.
Alemanha	Seguro de Cuidados de Longa Duração	Modelo universal que combina benefícios em dinheiro e serviços, incluindo centros-dia e instituições. Apoia tanto famílias quanto provedores formais, ampliando a oferta e reduzindo a dependência exclusiva do cuidado informal.
Dinamarca	Sistema Municipal de Cuidado + Ageing in Place	Rede pública local integrada que articula cuidado domiciliar, centros-dia e residências assistidas, fortemente conectada à atenção primária. Prioriza permanência no território e coordenação contínua do cuidado.

PROPOSTA 2 (Eixo 3)

"Quarteirões de Cuidado"

Bairros Cuidadores — serviços integrados no território

Problema: O acesso a serviços essenciais de cuidado no Brasil permanece fragmentado, distante e descoordenado — especialmente nos territórios mais vulneráveis. Famílias precisam navegar entre múltiplos pontos da rede (saúde, assistência, educação, alimentação), frequentemente localizados em bairros distintos, o que impõe custos elevados de tempo, deslocamento e renda. Para cuidadores — em sua maioria mulheres — essa fragmentação aprofunda a chamada pobreza de tempo, limitando sua capacidade de trabalhar, estudar ou cuidar de si. O resultado é um ciclo de sobrecarga, exclusão produtiva e agravamento das desigualdades de gênero.

O que propomos:

Implementar Quarteirões de Cuidado: territórios urbanos delimitados que reorganizam a oferta pública a partir da lógica do cuidado, concentrando, em um perímetro acessível a pé (até 20 minutos), serviços integrados de saúde, assistência social e inclusão produtiva — incluindo Centro-Dia para pessoas idosas, Atenção Primária à Saúde (UBS, com suporte em saúde mental quando necessário), restaurante popular, lavanderia comunitária, cursos de capacitação profissional, orientação jurídica e atividades físicas.

Priorizar territórios de alta vulnerabilidade social, com base em indicadores socioeconômicos e demográficos, especialmente regiões periféricas com maior concentração de pessoas idosas e elevada sobrecarga de cuidado não remunerado.

Implantar busca ativa e mapeamento territorial de cuidadores, articulando UBS, CRAS, equipamentos comunitários e redes locais, reconhecendo que cuidadores frequentemente enfrentam restrições de mobilidade e não acessam espontaneamente os serviços disponíveis.

Impacto esperado

Redução da sobrecarga de cuidadores; integração de serviços; aumento da participação laboral de mulheres cuidadoras; fortalecimento comunitário; redução de deslocamentos e custos para famílias vulneráveis.

Pontos de atenção

O conceito é inovador e requer articulação intersetorial complexa entre saúde, assistência social, educação e infraestrutura urbana. A referência de Bogotá (Colômbia) demonstra viabilidade, mas a adaptação ao contexto brasileiro requer planejamento cuidadoso.

Exemplos no Brasil e no mundo:

País	Modelo	Descrição
Colômbia (Bogotá)	Manzanas del Cuidado (Quarteirões de Cuidado)	Integra serviços de cuidado, capacitação, saúde e bem-estar em um raio caminhável, reduzindo a sobrecarga de cuidadores — especialmente mulheres — e promovendo autonomia econômica e acesso a direitos.
Brasil	Lavanderias Comunitárias	Iniciativas públicas e comunitárias presentes em diferentes estados do Nordeste oferecem acesso gratuito ou de baixo custo à lavagem de roupas, reduzindo o tempo dedicado ao trabalho doméstico — especialmente por mulheres. Ao externalizar uma das tarefas mais intensivas do cuidado cotidiano, essas lavanderias ampliam o tempo disponível para trabalho, formação e descanso, funcionando como infraestrutura essencial de suporte ao cuidado.

PROPOSTA 3 (Eixo 3)

"Prescrição Social"

A receita está no território — cultura, natureza e comunidade como parte do cuidado

Problema: Grande parte dos fatores que determinam a saúde e o bem-estar das pessoas idosas não está no campo estritamente médico. Isolamento social, sedentarismo, falta de acesso à cultura, ausência de espaços verdes e baixa participação comunitária são fatores fortemente associados a depressão, declínio cognitivo e piora da saúde física. Ainda assim, os sistemas de saúde continuam centrados em intervenções clínicas e medicamentosas, sem integrar plenamente recursos sociais, culturais e ambientais que podem promover saúde de forma preventiva. Estudos internacionais mostram que atividades como participação cultural, contato com a natureza, prática artística e voluntariado comunitário podem reduzir sintomas depressivos, melhorar a saúde cardiovascular e aumentar o senso de propósito ao longo da vida.

O que propomos:

Implementar um modelo nacional de **Prescrição Social (Social Prescribing)** integrado ao Sistema Único de Assistência Social, permitindo que profissionais de saúde encaminhem pacientes para atividades comunitárias não médicas que comprovadamente promovem saúde e bem-estar.

Criar mapas territoriais de recursos de bem-estar — atividades culturais, esportivas, ambientais e comunitárias disponíveis no território — que possam ser “prescritos” por profissionais da rede de saúde.

Formar agentes de conexão comunitária (link workers) responsáveis por acompanhar os pacientes e conectá-los às atividades indicadas.

Incluir modalidades como prescrição verde (atividades em parques e natureza), prescrição azul (atividades em ambientes aquáticos), prescrição cultural (museus, teatro, música) e prescrição comunitária (voluntariado, grupos de convivência, artes e aprendizado ao longo da vida).

Integrar essas ações à Atenção Primária em Saúde (UBS), ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e articular, de forma intersetorial, com Centros-Dia e outros equipamentos do território, conectando o sistema de saúde a recursos culturais, esportivos e ambientais disponíveis na comunidade.

Impacto esperado

Redução do isolamento social e da solidão; melhoria da saúde mental e física das pessoas idosas; redução do uso excessivo de medicamentos e consultas médicas para condições associadas ao isolamento e sedentarismo; fortalecimento da integração entre saúde, cultura, esporte e meio ambiente; promoção de envelhecimento ativo e participação social ao longo da vida.

Pontos de atenção

A implementação exige mapeamento territorial e formação de agentes de conexão comunitária, além de articulação intersetorial entre saúde, cultura, esporte e meio ambiente. Experiências internacionais demonstram custo relativamente baixo e alto impacto preventivo, com potencial de redução da demanda por serviços médicos.

Exemplos no mundo:

País	Modelo	Descrição
Reino Unido	Social Prescribing – NHS	O sistema nacional de saúde britânico integra prescrição social à atenção primária, permitindo que médicos encaminhem pacientes para atividades comunitárias, culturais ou ambientais acompanhadas por “link workers” — profissionais ou agentes comunitários que atuam como ponte entre o sistema de saúde e os recursos existentes no território, conectando pessoas a atividades e serviços não médicos que podem melhorar sua saúde e bem-estar.

Eixo 4 Transversal



Educação para Longevidade e Infraestrutura Digital

"Cidadania 60+"

Inclusão Digital e Educação para a Longevidade

Problema: O idadismo (preconceito baseado na idade) é um fenômeno estrutural que restringe o acesso de pessoas idosas a oportunidades, serviços e espaços de participação social, econômica e política. A Organização Mundial da Saúde estima que cerca de metade da população mundial manifesta atitudes idadistas, associadas a piores desfechos de saúde e morte precoce. No Brasil, esse cenário é agravado por desigualdades acumuladas ao longo da vida: segundo o IBGE, cerca de 14,9% das pessoas com 60 anos ou mais são analfabetas, o que limita o acesso à informação e a gestão individual da saúde – em especial o autocuidado e prevenção. A desigualdade digital intensifica essa exclusão: dados da TIC Domicílios mostram que a população idosa é a que apresenta menor nível de conectividade significativa e habilidades digitais, restringindo o acesso a direitos, serviços e formas de participação em uma sociedade cada vez mais mediada por tecnologias.

Indicadores-chave:

Segundo o Relatório Mundial sobre o Idadismo (OMS/OPAS, 2021), baseado em pesquisa com mais de 83 mil pessoas em 57 países, uma em cada duas pessoas no mundo manifesta atitudes moderadamente ou altamente discriminatórias em relação à idade²¹.

Pesquisa da Robert Half e Labora (2024) revelou que 69% das empresas brasileiras reconhecem não oferecer oportunidades equitativas para profissionais de diferentes faixas etárias, e que 77% não possuem iniciativas intencionais para ampliar a diversidade geracional em seus processos seletivos¹⁰.

37% dos brasileiros com 60 anos ou mais não são usuários de internet³⁷.

O que propomos:

Educação Sistêmica para Vidas Mais Longas: incorporar conteúdos sobre envelhecimento, direitos e combate ao idadismo nas diretrizes curriculares do ensino fundamental e médio, tratando o envelhecimento como projeto de vida — e não como fase de declínio.

Integração com o Ensino Superior: estimular a inclusão de conteúdos sobre envelhecimento nas graduações, especialmente nas áreas de saúde, humanas e tecnologia, e fomentar programas de pesquisa, extensão e inovação voltados ao tema da longevidade.

Espaços de Cidadania Digital: criar centros territoriais de formação e apoio digital para pessoas idosas, inspirados em modelos internacionais, oferecendo capacitação gratuita e acompanhamento no uso de serviços públicos, saúde digital e plataformas online.

Incentivo à Multigeracionalidade no Trabalho: instituir incentivos para empresas que promovam a contratação, permanência e requalificação de profissionais 50+, valorizando a experiência e estimulando ambientes intergeracionais.

Digital como Infraestrutura de Saúde: integrar soluções de cuidado digital à Atenção Primária à Saúde (APS), incluindo telemonitoramento, acompanhamento remoto e dispositivos acessíveis que apoiem a gestão da saúde e da medicação, especialmente para pessoas idosas com menor autonomia.

Impacto esperado

Redução do preconceito etário estrutural; aumento da autonomia financeira de pessoas idosas; maior adesão terapêutica por meio de ferramentas digitais; fortalecimento da cidadania ativa através do domínio de plataformas públicas digitais.

Pontos de atenção

O maior desafio é a mudança cultural e a formação de redes intersetoriais (Educação, Trabalho e Saúde). No entanto, a base legal já existe no Estatuto da Pessoa Idosa, tratando-se principalmente de efetivar sua execução. Nesse sentido, a garantia de orçamento para a realização das ações será decisiva para a efetividade das ações.

Exemplo no mundo:

País	Iniciativa	Descrição
Portugal	Espaço Cidadão	Atendimento especializado para pessoas idosas acessarem serviços governamentais online com autonomia.

4. Interface com o Plano Nacional de Cuidado

As propostas desta cartilha estão em total aderência aos eixos estratégicos do Plano Brasil que Cuida:

Proposta (Cartilha)	Descrição Resumida	Estratégia de Ação PNC Relacionada	Status no PNC
Casa Segura para Envelhecer (Adaptação Domiciliar Preventiva)	Subsídio para reformas de acessibilidade em domicílios de idosos vulneráveis (barras, rampas, pisos antiderrapantes). Foco em prevenção de quedas.	EA 1.3: Criação de novos serviços e inovações no território EA 1.1: Apoio a pessoas que necessitam de cuidados	Parcialmente Previsto
Minha Casa, Minha Vida Sênior (Espaços de Convivência e Atividade Física)	Inclusão de espaços de convivência, atividade física e lazer acessíveis a idosos em conjuntos habitacionais novos e retrofits em existentes.	EA 1.3: Novos serviços no território EA 1.5: Ampliação de acesso a serviços de compartilhamento	Parcialmente Previsto
Moradia Digna para Pessoas Idosas (Locação Social)	Programa nacional de locação social para idosos vulneráveis sem rede familiar, limitando custo a 30% da renda, com subsídio público.	EA 1.1: Apoio a pessoas que necessitam de cuidados EA 1.3: Criação de novos serviços no território	Não Previsto especificamente
Ecovilas e Cohousing para Vidas Mais Longas (Moradia Colaborativa)	Marco regulatório para vilas colaborativas com design biofílico, espaços compartilhados e redes de cuidado informal entre moradores.	EA 1.3: Novos serviços e inovações EA 4.x: Transformação cultural do cuidado	Não Previsto
Quem Cuida Merece Cuidado (Bolsa Cuidador)	Transferência financeira mensal de R\$ 600–1.200 a cuidadores familiares de idosos com dependência severa, com formação e proteção previdenciária.	EA 1.1 e 1.2: Apoio a cuidadores não remunerados EA 3.x: Valorização e proteção do trabalho de cuidado	Presente no PNC

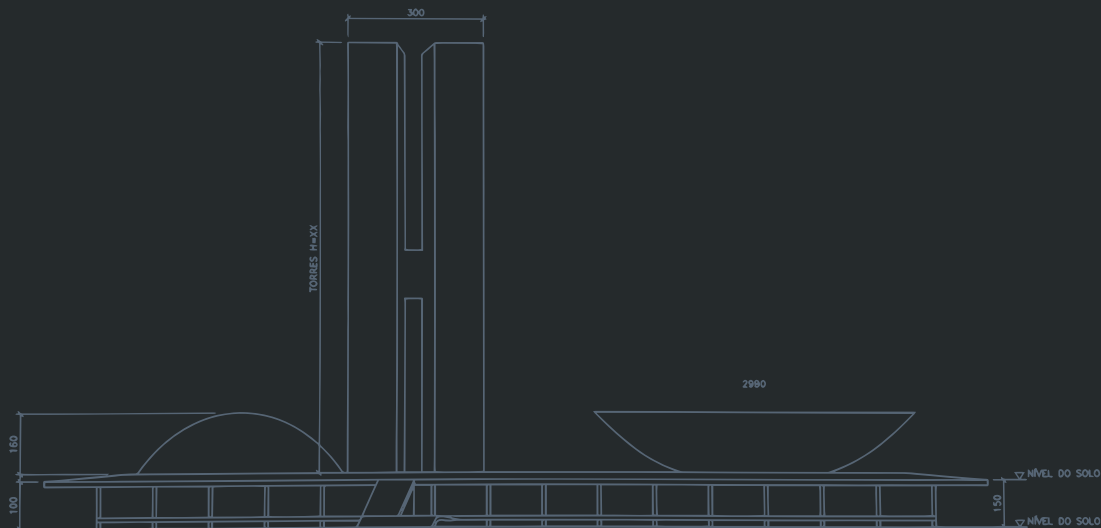
Vizinho que Cuida (Comunidade Compassiva)	Redes de vizinhança solidária para identificar, acompanhar e acionar suporte para idosos isolados, integradas ao SUS/ESF e CRAS.	EA 1.3: Novos serviços no território EA 2.x: Redes de cuidado comunitário	Presente no PNC
Cuidado que Gera Futuro (Profissionalização de Cuidadores)	Certificação de competências, cursos técnicos, cooperativas de cuidado e microcrédito para cuidadores familiares/-comunitários inserirem-se no mercado.	EA 3.x: Formação e qualificação profissional EA 1.2: Apoio e reconhecimento de cuidadores	Presente no PNC
Cuidado Especializado Perto de Casa (Centro-Dia e ILPI)	Expansão da rede de Centros-Dia e ILPIs, com cofinanciamento federal, marco regulatório específico e integração com APS e saúde mental.	EA 1.1: Apoio a pessoas que necessitam de cuidados EA 1.3: Expansão e qualificação de serviços	Presente no PNC
Quarteirões de Cuidado (Bairros Cuidadores)	Territórios urbanos com serviços integrados em raio caminhável: Centro-Dia, UBS, restaurante popular, lavanderia, capacitação e orientação jurídica.	EA 1.5: Ampliação de serviços de compartilhamento EA 2.x: Infraestrutura territorial de cuidado	Parcialmente Previsto
Prescrição Social (Cultura, Natureza e Comunidade como Cuidado)	Médicos encaminham pacientes para atividades comunitárias, culturais e ambientais (prescrição verde, azul, cultural), com 'link workers' de conexão.	EA 1.3: Novos serviços e inovações EA 4.x: Reconhecimento e valorização do cuidado	Não Previsto
Cidadania 60+ (Inclusão Digital e Educação para a Longevidade)	Combater idadismo via currículos escolares, inclusão digital de idosos em centros territoriais, incentivos para empresas contratarem 50+, e tecnologia na APS.	EA 4.x: Combate ao idadismo e transformação cultural EA 5.x: Governança, dados e formação de servidores	Presente no PNC

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Todos os anos, 40% dos idosos com 80 anos ou mais sofrem quedas. Brasília: Ministério da Saúde, 10 out. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2022/10/todos-os-anos-40-dos-idosos-com-80-anos-ou-mais-sofrem-quedas>. Acesso em: 20 fev. 2026.
2. FREIRE, Tâmara. Queda de idosos pode ter consequências graves, alertam especialistas. Agência Brasil, Brasília, 24 jun. 2025. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2025-06/queda-de-idosos-pode-ter-consequencias-graves-alertam-especialistas>. Acesso em: 13 mar. 2026.
3. CUDJOE, Thomas apud JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL OF PUBLIC HEALTH. For healthy aging, stay connected. Hopkins Bloomberg Public Health Magazine, Baltimore, 7 maio de 2024. Disponível em: <https://magazine.publichealth.jhu.edu/2024/healthy-aging-stay-connected>. Acesso em: 13 mar. 2026.
4. GANDRA, Alana. Estudo mostra que 90% dos cuidadores informais no Brasil são mulheres. Agência Brasil, Rio de Janeiro, 4 mar. 2026. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/educacao/noticia/2026-03/estudo-mostra-que-90-dos-cuidadores-informais-no-brasil-sao-mulheres>. Acesso em: 13 mar. 2026.
5. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Em 2022, mulheres dedicaram 9,6 horas por semana a mais do que os homens aos afazeres domésticos ou ao cuidado de pessoas. Rio de Janeiro: IBGE, 11 ago. 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37621-em-2022-mulheres-dedicaram-9-6-horas-por-semana-a-mais-do-que-os-homens-ao-s-afazeres-domesticos-ou-ao-cuidado-de-pessoas>. Acesso em: 17 mar. 2026.
6. ANDRADE, Alan Cronemberger et al. Profiling the needs of dementia caregivers in a Brazilian cross-sectional study. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*, v. 11, n. 2, e70067, 2025.
7. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Relatório mundial sobre o idadismo. Washington, D.C.: OPAS, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/relatorio-mundial-sobre-idadismo>. Acesso em: 13 mar. 2026.
8. LEVY, Becca R. et al. Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, Washington, v. 83, n. 2, p. 261-270, ago. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.2.261>. Acesso em: 13 mar. 2026.
9. CATHO. Pesquisa sobre etarismo no mercado de trabalho brasileiro. São Paulo: Catho, mar. 2024. Disponível em: <https://contec.org.br/69-dos-que-tem-mais-de-50-anos-acham-que-perderam-vaga-de-emprego-por-causa-da-idade-diz-pesquisa/>. Acesso em: 13 mar. 2026.
10. ROBERT HALF; LABORA. Etarismo e inclusão geracional nas organizações 2024. São Paulo: Robert Half, out. 2024. Disponível em: <https://www.roberthalf.com/br/pt/sobre-robert-half/imprensa/apesar-de-avancos-70-das-empresas-brasileiras-nao-tem-metricas-de-etarismo>. Acesso em: 17 mar. 2026.
11. REENWOOD, Michael. Harmful effects of ageism on older persons' health found in 45 countries. *YaleNews*, New Haven, 15 jan. 2020. Disponível em: <https://news.yale.edu/2020/01/15/harmful-effects-ageism-older-persons-health-found-45-countries>. Acesso em: 14 mar. 2026.

12. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). 71% dos municípios não têm instituições para idosos. Brasília: Ipea, 24 maio 2011. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/categorias/45-todas-as-noticias/noticias/4506-71-dos-municipios-nao-tem-instituicoes-para-idosos>. Acesso em: 02 mar. 2026.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Todos os anos, 40% dos idosos com 80 anos ou mais sofrem quedas. Brasília: Ministério da Saúde, 10 out. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2022/10/todos-os-anos-40-dos-idosos-com-80-anos-ou-mais-sofrem-quedas>. Acesso em: 20 fev. 2026.
14. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html>. Acesso em: 05 mar. 2026.
15. LOUREIRO, Luciano de Souza Nogueira et al. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 66, n. 2, p. 220-226, mar./abr. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/WqmJNrTCRqnkYprX5nwF6pD/?lang=pt>. Acesso em: 17 mar. 2026.
16. OZÓRIO, Letícia. Cuidado familiar afasta 33% das mulheres do mercado de trabalho, diz estudo. *Exame*, São Paulo, 12 mar. 2026. Disponível em: <https://exame.com/esg/cuidado-familiar-afasta-33-das-mulheres-do-mercado-de-trabalho-diz-estudo/>. Acesso em: 17 mar. 2026.
17. BRAZIL HEALTH. Esgotamento de quem cuida: burnout cresce entre familiares e cuidadores. São Paulo: Brazil Health, 18 nov. 2025. Disponível em: <https://www.brazilhealth.com/br/noticia/esgotamento-emocional/esgotamento-de-quem-cuida-burnout-cresce-entre-familiares-e-cuidadores>. Acesso em: 13 mar. 2026.
18. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2022: arranjos domiciliares. Rio de Janeiro: IBGE, 25 out. 2024. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html>. Acesso em: 17 mar. 2026.
19. HOLT-LUNSTAD, Julianne; SMITH, Timothy B.; BAKER, Mark; HARRIS, Tyler; STEPHENSON, David. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, v. 10, n. 2, p. 227-237, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
20. JACCOUD, Luciana. Idosos em situação de isolamento social: uma abordagem macrossetorial. Brasília: Ipea, jul. 2024. 41 p. (Texto para Discussão, n. 3020). DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/td3020-port>. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/server/api/core/bitstreams/948d9902-e771-4dd8-9773-4c6a7d78210f/content>. Acesso em: 17 mar. 2026.
21. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Saúde mental de pessoas idosas. Genebra: OMS, 8 out. 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>. Acesso em: 17 mar. 2026.
22. GUTIÉRREZ-SÁNCHEZ, Belén; ORGETA, Vasiliki; LÓPEZ-MARTÍNEZ, Catalina; DEL-PINO-CASADO, Rafael. Association between social support and depressive symptoms in informal caregivers of adult and older dependents: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine*, v. 12, n. 20, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm12206468>
23. ADDATI, Laura; CATTANEO, Umberto; ESQUIVEL, Valeria; VALARINO, Isabel. Care work and care jobs for the future of decent work. Genebra: International Labour Organization, 2018. Disponível em: <https://www.ilo.org/publications/major-publications/care-work-and-care-jobs-future-decent-work>. Acesso em: 17 mar. 2026.
24. MARACCINI, Gabriela. Moradores de cidades com maior espaço verde têm melhor saúde mental. *CNN Brasil*, São Paulo, 23 fev. 2024. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/moradores-de-cidades-com-maior-espaco-verde-tem-melhor-saude-mental/>. Acesso em: 13 mar. 2026.

25. JAMES, Peter et al. Exposure to Greenness and Mortality in a Nationwide Prospective Cohort Study of Women. *Environmental Health Perspectives*, [S. l.], v. 124, n. 9, p. 1344-1352, set. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1289/ehp.1510363>. Disponível em: [link suspeito removido]. Acesso em: 20 mar. 2026.
26. SILVA, E. R. da; ANDRADE JUNIOR, J. R. P. de; MOURA, R. F. de. As ecovilas no campo dos estudos das organizações contra-hegemônicas: os principais percursos investigativos identificados na literatura. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, São José dos Pinhais, v. 17, n. 5, e5363, 2024. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/5363>. Acesso em: 17 mar. 2026.
27. INSTITUTO DE LONGEVIDADE MAG (REDAÇÃO). Exclusão digital de pessoas idosas ainda limita acesso a serviços. Instituto de Longevidade, [s.l.], [2024]. Disponível em: <https://institutodelongevidade.org/longevidade-e-comportamento/tecnologia/exclusao-digital-de-pessoas-idosas>. Acesso em: 20 mar. 2026.
28. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Ipea e MPO colocam envelhecimento no centro do debate sobre o futuro. Brasília, 2025. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/categorias/45-todas-as-noticias/noticias/15974-ipea-e-mpo-colocam-envelhecimento-no-centro-do-debate-sobre-o-futuro>. Acesso em: 28 mar. 2026.
29. SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO (SESC). Pesquisa revela contexto das quedas entre idosos durante a pandemia; 61% dos acidentes aconteceram dentro de casa. 2021. Disponível em: <https://www.sescrj.org.br/noticias/assistencia/pesquisa-revela-contexto-das-quedas-entre-idosos-durante-a-pandemia-61-dos-acidentes-aconteceram-dentro-de-casa/Attachment.tiff>. Acesso em: 29 mar. 2026.
30. SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (SBGG). Quedas em pessoas idosas no Brasil. 2019. Disponível em: https://d1xe7tfg0uwul9.cloudfront.net/sbogg.org.br/wp-content/uploads/2019/08/1564667261_QUEDAS_EM_PESSOAS_IDOSAS_NO_BRASIL-1.pdfAttachment.tiff. Acesso em: 29 mar. 2026.
31. TERRA. Quedas em casa lideram internações de idosos no Brasil. 2026. Disponível em: <https://www.terra.com.br/noticias/quedas-em-casa-lideram-internacoes-de-idosos-no-brasil%2C802af95f8ff66c5ddea287faa53cc0d6k11ti0nj.htmlAttachment.tiff>. Acesso em: 29 mar. 2026.
32. ABRIL. Estudo brasileiro faz alerta sobre os perigos de quedas em idosos. 2025. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/medicina/estudo-brasileiro-faz-alerta-sobre-os-perigos-de-quedas-em-idosos/Attachment.tiff>. Acesso em: 29 mar. 2026.
33. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Ipea e MPO colocam envelhecimento no centro do debate sobre o futuro. Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/categorias/45-todas-as-noticias/noticias/15974-ipea-e-mpo-colocam-envelhecimento-no-centro-do-debate-sobre-o-futuroAttachment.tiff>. Acesso em: 29 mar. 2026.9 mar. 2026.
34. INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION (ILO). Unpaid care work prevents 708 million women from participating in the labour market. Geneva: ILO, 2018. Disponível em: <https://www.ilo.org/resource/news/unpaid-care-work-prevents-708-million-women-participating-labour-marketAttachment.tiff>. Acesso em: 29 mar. 2026.
35. INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION (ILO). Care work and care jobs for the future of decent work. Geneva: ILO, 2018. Disponível em: https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_633135/lang--en/index.htmAttachment.tiff. Acesso em: 29 mar. 2026.
36. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). Gender gaps in paid and unpaid work: evidence from OECD countries. Paris: OECD, 2023. Disponível em: https://www.oecd.org/en/publications/gender-gaps-in-paid-and-unpaid-work-persist_25a6c5dc-en.htmlAttachment.tiff. Acesso em: 29 mar. 2026.
37. NÚCLEO DE INFORMAÇÃO E COORDENAÇÃO DO PONTO BR (NIC.br). Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos domicílios brasileiros: TIC Domicílios 2024 – Indivíduos: usuários de Internet – indicador ampliado (C2A). São Paulo: NIC.br, 2024. Disponível em: <https://cetic.br/pt/tics/domicilios/2024/individuos/C2A/Attachment.tiff>.



family talks

Acompanhe-nos nas redes sociais

-  **@family.talks**
-  **/familytalksoficial**
-  **/FamilyTalks**
-  **/familytalks**

