

SOBRECARGA FEMININA NO CUIDADO INFANTIL NA APS: EVIDÊNCIAS DA DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO

FEMALE OVERLOAD IN CHILDCARE IN PRIMARY CARE: EVIDENCE OF THE SEXUAL DIVISION OF LABOR

SOBRECARGA FEMENINA EN EL CUIDADO INFANTIL EN APS: EVIDENCIA DE LA DIVISIÓN SEXUAL DEL TRABAJO

Priscila Castro Cordeiro Fernandes¹
Hayder Egg Gomes²
Maria Aparecida Andrade Moreira Machado³
Elaine Gomes do Amaral⁴
Erica Souza da Silva⁵
Maria Aparecida de Melo Silva⁶
Mario Angelo Cenedesi Junior⁷

RESUMO: Este estudo analisou como a divisão sexual do trabalho se expressa na organização do cuidado infantil na Atenção Primária à Saúde, com foco na sobrecarga feminina e sua relação com o conhecimento em saúde e o absenteísmo em consultas de puericultura. Trata-se de estudo observacional, transversal, de abordagem mista, realizado com 311 responsáveis por crianças de até dois anos em unidades de saúde de Uberlândia (MG). Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com análise estatística descritiva e inferencial (qui-quadrado) e análise qualitativa dos relatos. Observou-se predominância feminina no acompanhamento infantil (90%), com associação significativa entre gênero e escolaridade ($p=0,003$), bem como entre gênero e conhecimento sobre puericultura e absenteísmo ($p<0,05$). As mulheres apresentaram maior envolvimento no cuidado e maior domínio de informações em saúde, porém associado à sobrecarga da dupla jornada. Relatos evidenciaram impacto na organização do tempo e na adesão às consultas. Conclui-se que o cuidado infantil permanece feminizado e que o absenteísmo constitui fenômeno socialmente estruturado, relacionado às desigualdades de gênero. Destaca-se a necessidade de políticas de corresponsabilização parental e estratégias educativas na Atenção Primária.

Palavras-chave: Saúde da criança. Atenção Primária à Saúde. Gênero e saúde.

¹Doutora em Saúde Pública, Universidade Federal de Uberlândia.

²Doutorando Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.

³Professora Titular Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.

⁴Doutora em Atenção à Saúde, Universidade Federal de Uberlândia.

⁵Doutoranda em Saúde Pública, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.

⁶Universidade Federal de Uberlândia.

⁷Doutor em Saúde Pública, Universidade de Coimbra.

ABSTRACT: This study analyzed how the sexual division of labor is expressed in the organization of childcare in Primary Health Care, focusing on female overload and its relationship with health knowledge and absenteeism in well-child care visits. This is a cross-sectional observational study with a mixed-methods approach, conducted with 311 caregivers of children under two years old in health units in Uberlândia, Minas Gerais, Brazil. Semi-structured interviews were conducted, with descriptive and inferential statistical analysis (chi-square test) and qualitative analysis of reports. A predominance of female participation in childcare was observed (90%), with significant associations between gender and education level ($p=0.003$), as well as between gender and knowledge of well-child care and absenteeism ($p<0.05$). Women showed greater involvement in childcare and higher levels of health-related knowledge, but also greater overload due to the double burden. Qualitative findings highlighted impacts on time organization and adherence to visits. Childcare remains feminized, and absenteeism should be understood as a socially structured phenomenon related to gender inequalities. Policies promoting shared parental responsibility and educational strategies are needed.

Keywords: Child health. Primary Health Care. Gender and health.

RESUMEN: Este estudio analizó cómo la división sexual del trabajo se expresa en la organización del cuidado infantil en la Atención Primaria de Salud, con énfasis en la sobrecarga femenina y su relación con el conocimiento en salud y el absentismo en consultas de puericultura. Se trata de un estudio observacional, transversal, con enfoque mixto, realizado con 311 responsables de niños menores de dos años en unidades de salud de Uberlândia (MG), Brasil. Se realizaron entrevistas semiestructuradas, con análisis estadístico descriptivo e inferencial (chi-cuadrado) y análisis cualitativo de los relatos. Se observó predominio femenino en el cuidado infantil (90%), con asociación significativa entre género y nivel educativo ($p=0,003$), así como entre género y conocimiento sobre puericultura y absentismo ($p<0,05$). Las mujeres mostraron mayor involucramiento en el cuidado y mayor conocimiento en salud, pero también mayor sobrecarga derivada de la doble jornada. Los relatos evidenciaron impacto en la organización del tiempo y en la adherencia a las consultas. El cuidado infantil permanece feminizado y el absentismo debe entenderse como un fenómeno socialmente estructurado, vinculado a desigualdades de género. Se requieren políticas de corresponsabilidad parental y educación en salud.

Palabras clave: Salud infantil. Atención Primaria de Salud. Género y salud.

INTRODUÇÃO

A organização social do cuidado infantil no Brasil está historicamente ancorada na divisão sexual do trabalho, que atribui às mulheres a responsabilidade prioritária pelas atividades domésticas e pelo acompanhamento da saúde dos filhos. Mesmo diante de avanços normativos e da crescente inserção feminina no mercado de trabalho, persiste a centralização do cuidado na figura materna, configurando a chamada dupla jornada, caracterizada pela sobreposição entre trabalho remunerado e responsabilidades reprodutivas.^{1,2} Tal dinâmica

expressa a permanência de desigualdades de gênero como elemento estruturante da organização social do cuidado, configurando-se como importante determinante social da saúde.

Essa dinâmica resulta em sobrecarga feminina, entendida como a acumulação de funções e responsabilidades que impactam diretamente o bem-estar das mulheres e a organização do cuidado infantil. Estudos recentes têm evidenciado que a pressão social associada ao protagonismo feminino contemporâneo intensifica os efeitos da dupla jornada, com repercussões importantes na saúde mental e na qualidade de vida das mulheres.³

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente nas ações de puericultura, essa sobrecarga se expressa de forma concreta, uma vez que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil permanece majoritariamente sob responsabilidade das mulheres. O cuidado, enquanto trabalho essencial à reprodução social, é historicamente feminizado e frequentemente invisibilizado, apesar de sua centralidade para o funcionamento da sociedade.⁴ Além disso, estudos recentes apontam que mulheres cuidadoras vivenciam sobrecarga emocional significativa associada às expectativas de gênero socialmente construídas.⁵

Nesse contexto, a responsabilização quase exclusiva das mulheres pode gerar impactos físicos, emocionais e organizacionais, influenciando inclusive a adesão às consultas preventivas e a continuidade do acompanhamento infantil.^{6, 7}

3

Além da dimensão prática, a sobrecarga feminina também se manifesta na gestão do conhecimento em saúde. Evidências indicam que maior nível de informação está associado a melhores índices de comparecimento às consultas, adesão vacinal e seguimento terapêutico.^{8, 9} No entanto, o acesso e a apropriação desse conhecimento são atravessados por desigualdades de gênero, uma vez que as mulheres concentram a responsabilidade pela gestão do cuidado e das informações em saúde.¹⁰

A literatura aponta ainda que lacunas no conhecimento sobre programas e terminologias da saúde pública podem comprometer a adesão às práticas preventivas.^{11, 12} No contexto da puericultura, compreender sua finalidade é fundamental para garantir o acompanhamento integral nos primeiros anos de vida. Contudo, essa responsabilidade informacional recai predominantemente sobre as mulheres, reforçando a naturalização do cuidado como atributo feminino.¹³

Diante desse cenário, o absenteísmo nas consultas de puericultura deve ser compreendido como um fenômeno socialmente estruturado, atravessado por desigualdades de gênero, renda e escolaridade.

Nesse sentido, este estudo tem como objetivo analisar como a divisão sexual do trabalho se expressa na organização do cuidado infantil na Atenção Primária à Saúde, com foco na sobrecarga feminina, investigando sua associação com o conhecimento em saúde e a participação nas consultas de puericultura.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo observacional, transversal, de abordagem mista (quantitativa e qualitativa), com caráter descritivo-analítico. A presente investigação constitui parte dos resultados de uma tese de doutorado desenvolvida no âmbito da pós-graduação *stricto sensu*, respeitando os preceitos científicos e éticos exigidos para pesquisas com seres humanos.

A pesquisa foi realizada em Unidades Básicas de Saúde (UBS e UBSF) do setor norte do município de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, no período de 2023 a 2024.

A população foi composta por responsáveis por crianças de até dois anos cadastradas na Atenção Primária à Saúde. O tamanho amostral foi calculado para população finita, considerando nível de confiança de 95%, margem de erro de 5% e proporção de 50%, resultando em amostra mínima de 304 participantes. Foram incluídos 311 respondentes.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas presenciais, utilizando questionário semiestruturado previamente validado. O instrumento contemplou variáveis sociodemográficas (gênero, escolaridade, renda e ocupação), além de questões relacionadas ao conhecimento sobre puericultura e absenteísmo e à organização do cuidado infantil.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial, utilizando o teste do qui-quadrado de Pearson, com auxílio do software Jamovi®. Para os dados qualitativos, procedeu-se à análise dos relatos dos participantes, com identificação de categorias temáticas relacionadas à organização do cuidado e à sobrecarga feminina.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (CAAE nº 74695623.2.0000.5152), respeitando as normas éticas vigentes. Ressalta-se que foram utilizadas ferramentas de inteligência artificial exclusivamente como apoio técnico-operacional, especialmente nas etapas de organização de referências e padronização textual. A elaboração intelectual do estudo, a análise dos dados e a construção teórica

permaneceram sob responsabilidade integral dos autores, em conformidade com os princípios da integridade científica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 311 participantes vinculados às unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) do setor norte do município de Uberlândia (MG), com predominância de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde da Família (75,6%; $n = 235$), evidenciando a centralidade da Estratégia Saúde da Família como principal porta de entrada para o cuidado infantil.

Observou-se predominância expressiva do gênero feminino (90%; $n = 280$), sendo a maioria composta por mães (81%; $n = 252$). A participação masculina foi significativamente inferior (9,6%; $n = 30$), com apenas 7,1% ($n = 22$) de pais acompanhando as crianças nas consultas, enquanto a presença de avôs foi residual (1,2%). Esses achados evidenciam que o cuidado em saúde infantil permanece majoritariamente sob responsabilidade feminina, reafirmando a persistência da divisão sexual do trabalho no contexto brasileiro.

Divisão sexual do trabalho

Esse resultado dialoga com a literatura, que aponta que a organização social do cuidado no Brasil está historicamente estruturada de modo a atribuir às mulheres a responsabilidade prioritária pelo espaço doméstico e pelo cuidado dos filhos.^{4,14} Assim, mesmo diante de transformações no mercado de trabalho e de avanços normativos em direção à igualdade de gênero, a prática cotidiana do cuidado infantil permanece fortemente feminizada.

A análise do perfil sociodemográfico revelou que 56,3% ($n = 175$) das famílias viviam com renda de até dois salários mínimos, indicando contexto de vulnerabilidade socioeconômica. Ademais, 47,9% ($n = 149$) das participantes possuíam vínculo formal de trabalho ou eram aposentadas, enquanto 24,4% ($n = 76$) atuavam como autônomas e 19,9% ($n = 62$) se declararam donas de casa. Esses dados evidenciam a coexistência entre trabalho remunerado e responsabilidades domésticas, configurando a dupla jornada feminina.^{1,2}

Os dados qualitativos aprofundam essa compreensão ao evidenciar a permanência da desigualdade na divisão das tarefas domésticas. Uma participante relatou: “Em casa, termino assumindo a maior parte das tarefas domésticas. Seria ótimo se houvesse uma divisão mais equilibrada entre todos os membros da família” (Entrevista 56, 2024). Esse relato revela que,

mesmo em domicílios com outros membros economicamente ativos, uma realidade observada em 63,3% (n = 197) das famílias, a gestão do cuidado permanece centralizada nas mulheres. Esse fenômeno é descrito como “responsabilidade invisível”, na qual as mulheres não apenas executam, mas também organizam e supervisionam as atividades domésticas.¹⁵

O cuidado direto com as crianças também foi descrito como uma atividade intensiva e contínua, impactando a disponibilidade para comparecimento às consultas de puericultura. Conforme relato de participante: “Cuidar das crianças ocupa a maior parte do meu tempo...” (Participante 95, 2024). Esse achado converge com a literatura ao indicar que a sobrecarga temporal constitui fator relevante para o absenteísmo em consultas preventivas.¹⁶ Nesse sentido, a dificuldade de conciliar trabalho remunerado, tarefas domésticas e cuidado infantil reforça que o absenteísmo não deve ser analisado apenas sob a ótica individual, mas como fenômeno socialmente estruturado.

Outro aspecto relevante refere-se à saúde mental das participantes. Relatos de exaustão emocional e sobrecarga psicológica emergiram nas entrevistas, como no trecho: “Sinto-me bastante sobrecarregada com todas as minhas responsabilidades...” (Participante 217, 2024). A literatura indica que a sobrecarga crônica associada ao cuidado pode produzir desgaste psíquico significativo, especialmente na ausência de redes de apoio.^{6,7} Além disso, condições de vulnerabilidade, como baixa renda e elevada densidade domiciliar, observada em 35,7% (n = 111) das famílias com cinco ou mais residentes, tendem a intensificar essa sobrecarga.

A baixa participação masculina no acompanhamento das consultas reforça a naturalização social do cuidado como atribuição feminina, evidenciando a persistência de desigualdades de gênero na organização do cuidado infantil. Mesmo entre mulheres com maior escolaridade (19,6%, n = 61, com ensino superior completo), manteve-se a predominância do papel de cuidadora principal, indicando que a escolaridade, isoladamente, não é suficiente para romper padrões culturais de gênero socialmente estruturados. Conforme argumentam Coelho et al.⁷, o cuidado permanece socialmente construído como extensão da identidade feminina, independentemente da inserção profissional ou do capital educacional, configurando uma dimensão relevante das iniquidades em saúde.

Sob a perspectiva da sociologia do trabalho, o cuidado constitui atividade essencial à reprodução social, embora historicamente desvalorizada e invisibilizada.⁴ Nesse sentido, a feminização do cuidado infantil observada neste estudo não representa uma escolha individual isolada, mas a expressão de uma estrutura social que distribui de forma desigual as

responsabilidades reprodutivas. Tal dinâmica configura-se como um dos determinantes sociais da saúde, ao influenciar diretamente o acesso, a organização e a continuidade do cuidado infantil na Atenção Primária, com implicações relevantes para a equidade e justiça social.

A análise inferencial reforça esses achados. O estudo demonstra associação estatisticamente significativa entre gênero e nível de escolaridade ($\chi^2 = 30,1$; gl = 12; p = 0,003), evidenciando que, independentemente do nível educacional, as mulheres permanecem majoritariamente envolvidas no cuidado infantil. Mesmo entre aquelas com ensino superior completo, observa-se a manutenção desse papel, reforçando a persistência da divisão sexual do trabalho.

Dessa forma, os resultados indicam que o absenteísmo em consultas de puericultura deve ser compreendido e relacionado com as desigualdades de gênero, tendo a sobrecarga feminina como um importante determinante social da saúde. A persistência da divisão sexual do trabalho impacta diretamente a organização do cuidado na Atenção Primária à Saúde, configurando-se como expressão de uma estrutura social desigual que reproduz iniquidades em saúde e mantém as mulheres como principais responsáveis pelo acompanhamento da saúde infantil.

A integração dos dados quantitativos e qualitativos evidencia que a sobrecarga feminina no cuidado infantil não constitui um fenômeno episódico, mas estrutural, atravessado por fatores econômicos, sociais e culturais. O enfrentamento dessa realidade requer a formulação de políticas públicas que promovam a corresponsabilização parental, o fortalecimento de redes de apoio e a incorporação das desigualdades de gênero como elemento central na organização das práticas de cuidado na Atenção Primária à Saúde.

Neste estudo, as mulheres, independentemente do nível de escolaridade, permanecem majoritariamente envolvidas na prestação do cuidado infantil. Mesmo entre aquelas com ensino superior completo, observa-se a manutenção do papel de cuidadora principal, o que reforça a compreensão de que a escolarização formal, isoladamente, não promove o rompimento automático com as atribuições tradicionalmente associadas ao gênero feminino. Tal achado evidencia a persistência da divisão sexual do trabalho, na qual o cuidado continua sendo socialmente naturalizado como responsabilidade das mulheres.

Paralelamente, a literatura aponta que as próprias responsabilidades domésticas e familiares podem limitar a trajetória educacional feminina. A sobrecarga de trabalho doméstico e o cuidado com os filhos frequentemente dificultam a continuidade ou a conclusão dos

estudos.^{17,18} Observa-se, na amostra investigada, a predominância de ensino médio completo (34,1%) e ensino médio incompleto (29,9%), o que pode refletir interrupções ou limitações no percurso educacional associadas às demandas precoces de cuidado.

Para verificar a existência de associação estatisticamente significativa entre gênero e nível de escolaridade, aplicou-se o teste do qui-quadrado de Pearson (χ^2). O resultado indicou valor de $\chi^2 = 30,1$, com 12 graus de liberdade e $p = 0,003$, evidenciando associação estatisticamente significativa entre as variáveis. Esse resultado indica que a distribuição dos níveis de escolaridade difere de forma significativa entre os gêneros, sugerindo desigualdades estruturais ou padrões distintos de acesso e permanência no sistema educacional.

Tal evidência estatística reforça a discussão teórica acerca das desigualdades de gênero no acesso a oportunidades educacionais e profissionais, corroborando achados da literatura que apontam a inter-relação entre divisão sexual do trabalho, sobrecarga feminina e limitação de trajetórias formativas. Assim, os dados quantitativos e qualitativos convergem ao demonstrar que o cuidado infantil, além de permanecer feminizado, também se articula a desigualdades educacionais que perpetuam a posição estrutural das mulheres no âmbito doméstico e reprodutivo.

A feminização do cuidado e a concentração do conhecimento em puericultura

O conhecimento pode ser compreendido como o conjunto de informações, habilidades e compreensões adquiridas por meio da experiência, da educação formal ou de processos informais de aprendizagem. No campo da saúde, o conhecimento constitui elemento central no processo de tomada de decisão, influenciando diretamente a adesão a tratamentos, programas preventivos e condutas de autocuidado. Evidências indicam que quanto maior o nível de conhecimento do indivíduo acerca de determinada condição ou prática em saúde, maior tende a ser sua adesão às recomendações profissionais.⁸

Moraes et al.⁹ destacam que o conhecimento dos pais sobre o Programa Nacional de Imunizações influencia diretamente a adesão ao calendário vacinal, inclusive em relação a vacinas não obrigatórias. Pais devidamente informados acerca da eficácia das vacinas e das consequências da não imunização tendem a cumprir o calendário com maior rigor.

De modo semelhante, Ribeiro¹¹ demonstrou que lacunas no conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus em usuários da Atenção Primária à Saúde estão associadas à baixa adesão terapêutica. Cauper et al.¹², ao analisarem a adesão à terapia

nutricional em indivíduos com diabetes mellitus tipo 2, evidenciaram que a compreensão da relação entre alimentação e controle glicêmico constitui fator determinante para o seguimento das orientações nutricionais.

No campo da prevenção, Nascimento et al.¹⁹ observaram que o conhecimento adequado acerca da importância do exame citopatológico do colo do útero (Papanicolau) aumenta significativamente a adesão ao procedimento. A literatura aponta, ainda, que mulheres tendem a demonstrar maior envolvimento com práticas preventivas e cuidados gerais em saúde quando comparadas aos homens.²⁰, o que pode estar relacionado à construção social do cuidado como atribuição feminina.

No presente estudo, o conhecimento do termo “puericultura” mostrou-se variável relevante. Representantes que desconheciam o significado do termo demonstraram menor compreensão acerca do funcionamento do acompanhamento infantil no primeiro nível de atenção, bem como de sua importância nos dois primeiros anos de vida, período considerado crítico para o desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial da criança.

O trabalho também apresenta associação estatística entre gênero e conhecimento do termo puericultura e sua relevância na Atenção Primária à Saúde. O teste do qui-quadrado de Pearson indicou valor de $\chi^2 = 17,3$, com 6 graus de liberdade e $p = 0,008$, evidenciando associação estatisticamente significativa entre as variáveis. Tal resultado indica que a distribuição do conhecimento sobre puericultura difere de forma significativa entre os gêneros.

Observou-se que as mulheres apresentaram maior probabilidade de conhecer o termo quando comparadas aos homens e ao participante que não se identificou com os gêneros binários. Esse achado converge com a literatura que aponta a centralidade feminina na organização do cuidado familiar e na busca por informações relacionadas à saúde dos filhos.¹³

Entretanto, a maior familiaridade feminina com o termo não deve ser interpretada como predisposição “natural” ao cuidado, mas como resultado de um processo histórico e social que atribui às mulheres a responsabilidade prioritária pelo acompanhamento da saúde infantil. A associação estatística identificada reforça a hipótese de que o conhecimento em saúde também é atravessado por relações de gênero, refletindo a desigual distribuição de responsabilidades no âmbito doméstico e reprodutivo.

Compreender o significado e a importância da puericultura possui implicações diretas para a saúde infantil. Indivíduos que reconhecem sua relevância tendem a comparecer com maior regularidade às consultas preventivas, possibilitando a detecção precoce de agravos, o

acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e a atualização do calendário vacinal. Dessa forma, o conhecimento não apenas influencia a adesão, mas também atua como mediador entre organização familiar do cuidado e efetividade das ações da Atenção Primária à Saúde.

Assim, os resultados evidenciam que o conhecimento sobre puericultura está inserido em uma dinâmica social marcada por desigualdades de gênero, nas quais as mulheres concentram tanto a responsabilidade prática pelo cuidado quanto o acúmulo informacional relacionado à saúde infantil.

Mulheres e conhecimento sobre absenteísmo na Atenção Primária

Outro achado do trabalho foi a associação estatística entre gênero e conhecimento do termo “absenteísmo”. O teste do qui-quadrado de Pearson indicou valor de $\chi^2 = 9,86$, com 4 graus de liberdade e $p = 0,043$. Considerando nível de significância de 5% ($p < 0,05$), verifica-se associação estatisticamente significativa entre as variáveis, indicando que o conhecimento do termo “absenteísmo” difere de forma relevante entre os gêneros. A compreensão do conceito de absenteísmo permite ao responsável reconhecer a importância do comparecimento às consultas, especialmente no acompanhamento infantil.

10

Esse resultado sugere que o conhecimento de terminologias específicas pode variar entre diferentes grupos demográficos, o que possui implicações para estratégias educativas e de comunicação em saúde. Conforme destacado por De Almeida et al.²¹, a orientação adequada da população quanto aos conceitos relacionados à organização dos serviços de saúde contribui para maior adesão e corresponsabilização dos usuários. Assim, compreender o significado do absenteísmo não apenas qualifica o entendimento sobre o funcionamento do sistema, mas também pode influenciar comportamentos relacionados à assiduidade nas consultas de puericultura.

Ao questionar os representantes, foi possível identificar relatos que evidenciaram lacunas informacionais acerca do significado da puericultura, bem como a importância da orientação fornecida no momento da entrevista. Embora haja participação eventual em atividades promovidas pela unidade de saúde, o desconhecimento conceitual pode limitar a compreensão da integralidade do acompanhamento infantil, reduzindo a puericultura à dimensão exclusivamente vacinal. Tal percepção reforça a necessidade de estratégias educativas mais efetivas no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

A literatura aponta que mulheres tendem a apresentar maior familiaridade com terminologias e práticas relacionadas à saúde, bem como maior compreensão da importância do cuidado preventivo e contínuo.¹² No presente estudo, a predominância feminina entre os representantes (87,1%) não apenas confirma o papel central das mulheres no cuidado familiar, mas também sugere maior envolvimento com informações e práticas em saúde.

Entretanto, esse maior nível de conhecimento não deve ser interpretado como atributo inerente ao gênero feminino, mas como reflexo da responsabilização histórica das mulheres pelo bem-estar familiar. Tal dinâmica reforça o argumento de que o engajamento feminino nas questões de saúde decorre tanto de construções socioculturais quanto da atribuição sistemática das funções de cuidado. Estudo conduzido por da Silva et al.²⁰ demonstrou, inclusive, que o cuidado à saúde masculina frequentemente é mediado por ações lideradas por mulheres da família.

De modo semelhante, evidências indicam que estratégias de translação do conhecimento na Atenção Primária à Saúde apresentam maior efetividade quando consideram o envolvimento feminino no processo de cuidado familiar.⁸ No cotidiano dos Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), por exemplo, observa-se que o acompanhamento das crianças é majoritariamente realizado por mulheres, o que reforça sua centralidade na adesão às intervenções terapêuticas.⁶

11

Os dados demonstram que as mulheres não apenas desempenham papel ativo no cuidado, mas também concentram o acúmulo de conhecimento relacionado à saúde. Todavia, tal concentração informacional está intrinsecamente vinculada à divisão sexual do trabalho, que lhes atribui a responsabilidade prioritária pela gestão do cuidado. Esse cenário evidencia que a maior familiaridade feminina com temas de saúde constitui expressão de uma desigualdade estrutural, e não de uma predisposição natural ao cuidado.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam que a organização do cuidado infantil na Atenção Primária à Saúde permanece fortemente marcada pela divisão sexual do trabalho, com predominância expressiva da participação feminina nas consultas de puericultura. A elevada presença de mães como principais responsáveis pelo acompanhamento das crianças confirma a persistência de uma estrutura social que atribui às mulheres a centralidade do cuidado, mesmo

diante de transformações nas dinâmicas familiares e na inserção feminina no mercado de trabalho.

A associação estatisticamente significativa entre gênero e nível de escolaridade, bem como entre gênero e conhecimento dos termos puericultura e absenteísmo, demonstra que as desigualdades de gênero atravessam não apenas a dimensão prática do cuidado, mas também o acesso e a apropriação do conhecimento em saúde. Embora as mulheres apresentem maior familiaridade com os termos e maior envolvimento nas práticas preventivas, tal fenômeno não deve ser interpretado como predisposição natural ao cuidado, mas como reflexo de um processo histórico e sociocultural que lhes atribui a responsabilidade prioritária pelo bem-estar familiar.

Os relatos qualitativos reforçam que a sobrecarga feminina, expressa na dupla jornada de trabalho e no acúmulo de responsabilidades domésticas e emocionais, impacta diretamente a organização do tempo e a possibilidade de comparecimento às consultas. O absenteísmo, nesse contexto, não pode ser analisado exclusivamente sob a ótica da negligência individual, mas deve ser compreendido como fenômeno socialmente estruturado, relacionado às desigualdades de gênero e às condições socioeconômicas das famílias.

Adicionalmente, verificou-se que o desconhecimento sobre o significado da puericultura e do absenteísmo pode comprometer a adesão às ações preventivas, evidenciando a necessidade de estratégias educativas mais acessíveis e contextualizadas na Atenção Primária à Saúde. A qualificação da comunicação entre profissionais e usuários constitui elemento fundamental para fortalecer o vínculo e ampliar a corresponsabilização no cuidado infantil.

Conclui-se que a sobrecarga feminina no cuidado infantil representa expressão concreta da persistência da divisão sexual do trabalho no âmbito da saúde pública. O enfrentamento dessa realidade exige políticas que promovam maior corresponsabilidade parental, incentivo à participação masculina no acompanhamento infantil e estratégias institucionais sensíveis às desigualdades de gênero. Reconhecer o cuidado como responsabilidade social compartilhada é condição essencial para avançar na equidade em saúde e na efetividade das ações da Atenção Primária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. TONELLI MJ. Nada de novo no front: as mulheres no mercado de trabalho. *Rev Adm Contemp.* 2023;27:e230210.
2. BONALUME CR, Tavares ML, Isayama HF, Stoppa EA. Mulheres, trabalho e lazer no Brasil: entre tempos, gostos, desejos e a fruição de um direito. *Rev Estud Fem.* 2023;31:e83799.

3. SANTOS TJAS, Almeida ST. O protagonismo feminino contemporâneo e seus reflexos na saúde mental: uma análise da pressão social e da dupla jornada vivenciadas pelas mulheres. *Rev Ibero-Am Humanid Cienc Educ.* 2026;12(2):1-14.
4. GUIMARÃES NA, Hirata HS. O gênero do cuidado: desigualdades, significações e identidades. São Paulo: Ateliê Editorial; 2020.
5. BARBAS ACP, Cobra BL, Ferreira LM, Silva LLR, Souza MHO, Ferreira MM, et al. Nascer para cuidar: papel de gênero e sobrecarga emocional de mulheres cuidadoras informais. *Rev Geopol.* 2026;17(2):e1692.
6. BISI CC, Nakamura E. A cotidianidade do cuidado na vida de mulheres familiares de crianças atendidas em um CAPSi de Santos. *Saude Soc.* 2023;32:e210753pt.
7. COELHO CT, Oliveira SG, Mello FE. Implicações no cuidado de um familiar doente: mulheres negras cuidadoras. *Enferm Cuid Humaniz.* 2023;12(2):e3131.
8. SCHNEIDER LR, Rodrigues Junior SA. Estratégias para promover a translação do conhecimento na atenção primária à saúde: revisão de escopo. *Rev Gaucha Enferm.* 2023;43:e20220107.
9. MORAES RCF, Corvino MPF, Moraes AS. Importância da ESF em termos de saúde pública e o acolhimento humanizado: relato de experiência. *Rev Pro-UniverSUS.* 2023;14(2):59-66.
10. FELISBINO V. Mulher cuidadora: uma estratégia na articulação em rede do campo da atenção psicossocial na rede de saúde [monografia]. Criciúma: Universidade do Extremo Sul Catarinense; 2023.
11. RIBEIRO TC. O desconhecimento sobre a atenção básica por parte da população adscrita e as consequências na saúde pública. *ARES.* 2022.
12. CAUPER HC, Moreira KFA, Justino JR, Silva CAL, Lins LFT, Silva EM, et al. Letramento em saúde de pessoas com hipertensão arterial e diabetes acompanhados por uma equipe de saúde da família em uma capital da Amazônia ocidental. *Arace.* 2025;7(1):811-30.
13. NAZARETH IV, Amaral IO, Vieira KP, Silveira KIM, Silva KTD, Cruz PAC. Parentalidade em tempos de isolamento social: reflexões sobre a desigualdade de gênero. *Expressa Ext.* 2022;27(1):131-6.
14. VIDIGAL SS, Paradela VC, Costa DVF. Do lar? Sentidos do trabalho para mães trabalhadoras. *Rev Pensam Contemp Adm.* 2023;17(1):123-43.
15. ALVES TEF. Mulheres no mercado de trabalho: a penalidade pela maternidade [monografia]. Goiânia: Pontifícia Universidade Católica de Goiás; 2023.
16. BRITO MCB, et al. Análise do absenteísmo em consultas e sua participação na descontinuidade do cuidado na atenção primária de saúde: revisão narrativa. *Rev JRG Estud Acad.* 2025;8(19):e082778.

17. RATUSNIAK C, Silva CCD. Evasão escolar ou expulsão: por que alunas-mães abandonam a escola? *Psicol Esc Educ.* 2024;27:e243705.
18. PIKHARDT TC, Alencar MSF, Costa LF, Sousa Campos CN, Rolindo JMR, Matos MA, et al. Ferramentas de educação em saúde aplicada na adesão e permanência do aleitamento materno: uma revisão da literatura. *Stud Health Sci.* 2025;6(1):e13144.
19. NASCIMENTO AS. O absenteísmo de usuários do SUS: uma revisão integrativa [monografia]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2024.
20. MAIA DDM. Formação da criança pela família: perspectiva interacional tridimensional. São Paulo: Editora Dialética; 2024.
21. ALMEIDA Helfenstein F, Hora LT, Gonzatto LBP, Gonçalves E, Luckmann LF. A influência do comportamento familiar na obesidade infantil. *Rev Contemp.* 2024;4(5):e3947.