



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**

## **\*PROJETO DE LEI N.º 5.889-B, DE 2016** **(Da Sra. Leandre)**

Assegura atendimento prioritário ao cuidador familiar não remunerado da pessoa em situação de dependência para o exercício de atividades básicas da vida diária; tendo parecer da Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa, pela aprovação (relator: DEP. LUIZ COUTO); e da Comissão de Seguridade Social e Família, pela aprovação (relatora: DEP. TEREZA NELMA).

### **NOVO DESPACHO:**

ÀS COMISSÕES DE:

DEFESA DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA;  
PREVIDÊNCIA, ASSISTÊNCIA SOCIAL, INFÂNCIA, ADOLESCÊNCIA E FAMÍLIA; E  
CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE CIDADANIA (ART. 54 RICD).

### **APRECIÇÃO:**

Proposição Sujeita à Apreciação Conclusiva pelas Comissões - Art. 24 II

### **S U M Á R I O**

I - Projeto inicial

II - Na Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa:

- Parecer do relator
- Parecer da Comissão

III - Na Comissão de Seguridade Social e Família:

- Parecer da relatora
- Parecer da Comissão

(\*) Atualizado em 28/03/23, em razão de novo despacho.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O cuidador familiar não remunerado de pessoa em situação de dependência para o exercício de atividades básicas da vida diária tem direito a receber atendimento prioritário:

I – em programas públicos de educação profissional e de geração de emprego e renda;

II – em cursos destinados à capacitação e aperfeiçoamento de cuidador de pessoa em situação de dependência para o exercício de atividades básicas da vida diária;

III – em programas públicos de estímulo ao empreendedorismo;

IV – em programas públicos de intermediação de mão de obra;

IV – no Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (Paefi) de que trata o art. 24-B da Lei nº 8.742, de 1993.

Parágrafo único. Em caso de falecimento ou acolhimento institucional definitivo da pessoa em situação de dependência para o exercício de atividades básicas da vida diária, o atendimento prioritário de que trata o *caput* deste artigo será mantido por até dois anos da data do óbito ou da institucionalização.

Art. 2º Para os fins desta Lei, considera-se cuidador familiar a pessoa, membro ou não da família, que, sem remuneração, assiste ou presta cuidados à pessoa em situação de dependência para o exercício de atividades básicas da vida diária.

Parágrafo único. Enquadra-se como cuidador familiar, nos termos do *caput* deste artigo, o atendente pessoal não remunerado da pessoa com deficiência previsto no art. 3º, inciso XII da Lei nº 13.146, de 2015.

Art. 3º O art. 19-I da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte § 4º:

“Art. 19-I .....  
.....

§ 4º No atendimento domiciliar, as ações de cuidado integral serão estendidas para o cuidador familiar da pessoa em situação de dependência para o exercício de atividades básicas da vida diária.” (NR)

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

## JUSTIFICAÇÃO

A literatura sobre envelhecimento<sup>1</sup> reconhece que cerca de 80% dos

<sup>1</sup> CAMARANO, A. (org) *Novo Regime Demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?* Rio de Janeiro: 2014, IPEA.

cuidados de longa duração, no mundo, são providos pelas famílias (CAMARANO, 2014; MOREL, 2006; FCA, 2015), majoritariamente pelas mulheres do grupo familiar. Mas as transformações contemporâneas nas configurações e dinâmicas das famílias, que têm menos filhos, o crescimento de lares monoparentais ou unipessoais, a incorporação progressiva da mulher ao mercado de trabalho são aspectos que interferem decisivamente no modelo tradicional de família cuidadora, em que o grupo, em geral extenso, atribuía à esposa, filhas ou primas o dever de cuidar de crianças, pessoas com deficiência ou idosos, sem qualquer remuneração.

Muitos países que se defrontam há mais tempo com o envelhecimento de suas populações já estruturaram sistemas de cuidados de longa duração para pessoas que necessitam de apoio permanente para o exercício de atividades da vida diária. Em regra, tais sistemas não excluem a família, amigos, pessoas da comunidade como fontes primeiras desses cuidados, mas desenvolvem estratégias públicas de apoio, sejam financeiras ou em forma de serviços, para auxiliá-las na nobre tarefa de cuidar.

O cuidador familiar, também intitulado cuidador informal, pois exerce a atividade sem remuneração, não obstante possua laços afetivos com a pessoa dependente, tem de conviver com uma sobrecarga física e emocional imposta pelo cuidado contínuo e muitas vezes ininterrupto de pessoas em situação de dependência. Esse quadro pode gerar tensões e conflitos, tanto pessoais quanto familiares, que podem ser agravados se não for possível dividir as pesadas tarefas com outra pessoa, situação corriqueira em muitas famílias brasileiras. Além disso, muitas vezes o cuidador tem de assumir a tarefa sem receber qualquer preparo ou orientação, tanto em relação aos aspectos técnicos do cuidado com a pessoa dependente quanto para o autocuidado.

No Brasil, considerando-se a matriz familista que orienta a estruturação das políticas sociais, a responsabilidade em prover cuidados de longa duração para idosos e pessoas com deficiência em situação de dependência recai sobre o grupo familiar que delega essa tarefa especialmente às mulheres, em geral esposas ou filhas<sup>2</sup>. Importa registrar que muitas mulheres que se tornam cuidadoras de pessoas em situação de dependência para o exercício de atividades da vida diária têm de abandonar suas profissões para poder cuidar, situação que compromete ainda mais a renda do grupo familiar, já afetado pelas despesas decorrentes do vultoso custo do cuidado.

---

MOREL, N. *Providing coverage against new social risks in Bismarckian welfare states – The case of long-term care*. In G. Bonoli et K. Armingeon. *The politics of post-industrial welfare, states*, Routledge, pp.227-247, 2006

FCA – Family Caregiver Alliance. *Selected Long-Term Care Statistics*. Disponível em <https://www.caregiver.org/selected-long-term-care-statistics> . Acesso em 05.07.2016.

<sup>2</sup> KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(3):861-866, mai-jun, 2003

Estudo desenvolvido por Ana Amélia Camarano (2014)<sup>3</sup> visou a estimação do custo do cuidado familiar (informal) no Brasil, considerando mulheres de 20 a 69 anos que não eram aposentadas, não estavam no mercado de trabalho, não contavam com proteção previdenciária, nem tinham dificuldades em desempenhar atividades da vida diária (1,4 milhão de mulheres). Entre os resultados, chamou atenção a baixa escolaridade das cuidadoras, a idade média – 41,2 anos -, e a renda *per capita* familiar de meio salário mínimo. Na simulação, projetou-se que, se as pessoas com o perfil identificado estivessem incluídas no mercado formal de trabalho, o rendimento *per capita* de seus domicílios aumentaria em 54%.

Com efeito, essas pessoas, geralmente em idade economicamente ativa, abdicam da proteção trabalhista e previdenciária para assumir a responsabilidade constitucional e legal do cuidado diuturno de pessoas dependentes, sem que o Estado assuma quaisquer responsabilidades na função de cuidar; no máximo, o poder público fornece às famílias e aos cuidadores orientações de caráter pontual. Na contramão dos países com populações envelhecidas, o Estado brasileiro ainda não se preocupa em ‘cuidar de quem cuida’. A ausência de um sistema de cuidados de longa duração bem estruturado, que considere o equilíbrio do papel da família e do Estado nessa tarefa é evidente, e a atuação legislativa nessa direção afigura-se inarredável e premente.

É preciso que os cuidadores familiares sintam que a função que ora exercem é socialmente valorizada, inclusive pelo Poder Público, e que sua opção não significa a impossibilidade de ter sonhos e aspirações, de querer ser incluído ou retornar ao mercado formal de trabalho; de poder estudar ou aprender uma nova profissão; de poder empreender; de ter o apoio público na resolução de eventuais conflitos pessoais e familiares; de obter orientações sobre como melhor exercer os cuidados e o autocuidado. Enfim, essa opção não precisa ser vista como uma carga negativa que o impeça de alçar novos voos, seja pela decisão de não mais desenvolver a atividade ou em razão de sua atuação não ser mais necessária.

A fim de valorizar, empoderar, atender necessidades de cuidado e ampliar oportunidades de melhoria da qualidade de vida do cuidador familiar da pessoa em situação de dependência para o exercício de atividades básicas da vida diária, apresentamos o presente Projeto de Lei. Em síntese, a proposição visa ‘cuidar de quem cuida’, ao priorizar o atendimento de quem exerce tão nobre e digna tarefa, por meio da ampliação do acesso a programas, serviços, benefícios e outras ações públicas que possam trazer melhorias para suas condições de vida atuais, sem perder de vista a necessidade de preparação ou reciclagem para posterior incorporação no mundo do trabalho, inclusive por meio do empreendedorismo.

Para atingir nosso objetivo, propomos que seja dado atendimento prioritário ao cuidador familiar não remunerado de pessoa em situação de

---

<sup>3</sup> CAMARANO, A. A. Quanto custa cuidar da população idosa dependente e quem paga por isto? In CAMARANO, A. A. (Org.) Novo Regime Demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro: 2014, IPEA.

dependência em programas públicos de educação profissional e de geração de emprego e renda; em cursos destinados à capacitação e aperfeiçoamento de cuidador de pessoa em situação de dependência para o exercício de atividades básicas da vida diária; em programas públicos de intermediação de mão de obra; no Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (Paefi), no âmbito do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Ademais, sugerimos a incorporação de ações de cuidado integral para o cuidador familiar da pessoa em situação de dependência para o exercício de atividades básicas da vida diária, no âmbito do atendimento domiciliar promovido pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

Convictos da relevância social da nossa proposta, contamos com o apoio dos nobres Pares para sua aprovação.

Sala das Sessões, em 02 de agosto de 2016.

**LEANDRE**  
**Deputada Federal**  
**PV/PR**

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA**  
Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG  
Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL  
Seção de Legislação Citada - SELEC

## **LEI Nº 8.742, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1993**

Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.

### **O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

### **LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL**

#### **CAPÍTULO IV** **DOS BENEFÍCIOS, DOS SERVIÇOS, DOS PROGRAMAS E DOS PROJETOS DE** **ASSISTÊNCIA SOCIAL**

#### **Seção IV** **Dos Programas de Assistência Social**

Art. 24. Os programas de assistência social compreendem ações integradas e complementares com objetivos, tempo e área de abrangência definidos para qualificar, incentivar e melhorar os benefícios e os serviços assistenciais.

§ 1º Os programas de que trata este artigo serão definidos pelos respectivos Conselhos de Assistência Social, obedecidos os objetivos e princípios que regem esta Lei, com prioridade para a inserção profissional e social.

§ 2º Os programas voltados para o idoso e a integração da pessoa com deficiência

serão devidamente articulados com o benefício de prestação continuada estabelecido no art. 20 desta Lei. [\(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 12.435, de 6/7/2011\)](#)

Art. 24-A. Fica instituído o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif), que integra a proteção social básica e consiste na oferta de ações e serviços socioassistenciais de prestação continuada, nos Cras, por meio do trabalho social com famílias em situação de vulnerabilidade social, com o objetivo de prevenir o rompimento dos vínculos familiares e a violência no âmbito de suas relações, garantindo o direito à convivência familiar e comunitária.

Parágrafo único. Regulamento definirá as diretrizes e os procedimentos do Paif. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.435, de 6/7/2011\)](#)

Art. 24-B. Fica instituído o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (Paefi), que integra a proteção social especial e consiste no apoio, orientação e acompanhamento a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos, articulando os serviços socioassistenciais com as diversas políticas públicas e com órgãos do sistema de garantia de direitos.

Parágrafo único. Regulamento definirá as diretrizes e os procedimentos do Paefi. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.435, de 6/7/2011\)](#)

Art. 24-C. Fica instituído o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti), de caráter intersetorial, integrante da Política Nacional de Assistência Social, que, no âmbito do Suas, compreende transferências de renda, trabalho social com famílias e oferta de serviços socioeducativos para crianças e adolescentes que se encontrem em situação de trabalho.

§ 1º O Peti tem abrangência nacional e será desenvolvido de forma articulada pelos entes federados, com a participação da sociedade civil, e tem como objetivo contribuir para a retirada de crianças e adolescentes com idade inferior a 16 (dezesesseis) anos em situação de trabalho, ressalvada a condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos.

§ 2º As crianças e os adolescentes em situação de trabalho deverão ser identificados e ter os seus dados inseridos no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico), com a devida identificação das situações de trabalho infantil. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.435, de 6/7/2011\)](#)

## Seção V

### Dos Projetos de Enfrentamento da Pobreza

Art. 25. Os projetos de enfrentamento da pobreza compreendem a instituição de investimento econômico-social nos grupos populares, buscando subsidiar, financeira e tecnicamente, iniciativas que lhes garantam meios, capacidade produtiva e de gestão para melhoria das condições gerais de subsistência, elevação do padrão da qualidade de vida, a preservação do meio-ambiente e sua organização social.

.....

.....

## LEI Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015

Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).



## **A PRESIDENTA DA REPÚBLICA**

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

### **LIVRO I PARTE GERAL**

#### **TÍTULO I DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

#### **CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 1º É instituída a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania.

Parágrafo único. Esta Lei tem como base a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, ratificados pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008, em conformidade com o procedimento previsto no § 3º do art. 5º da Constituição da República Federativa do Brasil, em vigor para o Brasil, no plano jurídico externo, desde 31 de agosto de 2008, e promulgados pelo Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, data de início de sua vigência no plano interno.

Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

§ 1º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará:

- I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;
- II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;
- III - a limitação no desempenho de atividades; e
- IV - a restrição de participação.

§ 2º O Poder Executivo criará instrumentos para avaliação da deficiência.

Art. 3º Para fins de aplicação desta Lei, consideram-se:

I - acessibilidade: possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como de outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privados de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida;

II - desenho universal: concepção de produtos, ambientes, programas e serviços a serem usados por todas as pessoas, sem necessidade de adaptação ou de projeto específico, incluindo os recursos de tecnologia assistiva;

III - tecnologia assistiva ou ajuda técnica: produtos, equipamentos, dispositivos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivem promover a funcionalidade, relacionada à atividade e à participação da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, visando à sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social;

IV - barreiras: qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança, entre outros, classificadas em:

a) barreiras urbanísticas: as existentes nas vias e nos espaços públicos e privados abertos ao público ou de uso coletivo;

b) barreiras arquitetônicas: as existentes nos edifícios públicos e privados;

c) barreiras nos transportes: as existentes nos sistemas e meios de transportes;

d) barreiras nas comunicações e na informação: qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens e de informações por intermédio de sistemas de comunicação e de tecnologia da informação;

e) barreiras atitudinais: atitudes ou comportamentos que impeçam ou prejudiquem a participação social da pessoa com deficiência em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas;

f) barreiras tecnológicas: as que dificultam ou impedem o acesso da pessoa com deficiência às tecnologias;

V - comunicação: forma de interação dos cidadãos que abrange, entre outras opções, as línguas, inclusive a Língua Brasileira de Sinais (Libras), a visualização de textos, o Braille, o sistema de sinalização ou de comunicação tátil, os caracteres ampliados, os dispositivos multimídia, assim como a linguagem simples, escrita e oral, os sistemas auditivos e os meios de voz digitalizados e os modos, meios e formatos aumentativos e alternativos de comunicação, incluindo as tecnologias da informação e das comunicações;

VI - adaptações razoáveis: adaptações, modificações e ajustes necessários e adequados que não acarretem ônus desproporcional e indevido, quando requeridos em cada caso, a fim de assegurar que a pessoa com deficiência possa gozar ou exercer, em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas, todos os direitos e liberdades fundamentais;

VII - elemento de urbanização: quaisquer componentes de obras de urbanização, tais como os referentes a pavimentação, saneamento, encanamento para esgotos, distribuição de energia elétrica e de gás, iluminação pública, serviços de comunicação, abastecimento e distribuição de água, paisagismo e os que materializam as indicações do planejamento urbanístico;

VIII - mobiliário urbano: conjunto de objetos existentes nas vias e nos espaços públicos, superpostos ou adicionados aos elementos de urbanização ou de edificação, de forma que sua modificação ou seu traslado não provoque alterações substanciais nesses elementos, tais como semáforos, postes de sinalização e similares, terminais e pontos de acesso coletivo às telecomunicações, fontes de água, lixeiras, toldos, marquises, bancos, quiosques e quaisquer outros de natureza análoga;

IX - pessoa com mobilidade reduzida: aquela que tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentação, permanente ou temporária, gerando redução efetiva da mobilidade, da flexibilidade, da coordenação motora ou da percepção, incluindo idoso, gestante, lactante, pessoa com criança de colo e obeso;

X - residências inclusivas: unidades de oferta do Serviço de Acolhimento do Sistema Único de Assistência Social (Suas) localizadas em áreas residenciais da comunidade, com estruturas adequadas, que possam contar com apoio psicossocial para o atendimento das necessidades da pessoa acolhida, destinadas a jovens e adultos com deficiência, em situação de dependência, que não dispõem de condições de autossustentabilidade e com vínculos familiares fragilizados ou rompidos;

XI - moradia para a vida independente da pessoa com deficiência: moradia com estruturas adequadas capazes de proporcionar serviços de apoio coletivos e individualizados que respeitem e ampliem o grau de autonomia de jovens e adultos com deficiência;



XII - atendente pessoal: pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, assiste ou presta cuidados básicos e essenciais à pessoa com deficiência no exercício de suas atividades diárias, excluídas as técnicas ou os procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas;

XIII - profissional de apoio escolar: pessoa que exerce atividades de alimentação, higiene e locomoção do estudante com deficiência e atua em todas as atividades escolares nas quais se fizer necessária, em todos os níveis e modalidades de ensino, em instituições públicas e privadas, excluídas as técnicas ou os procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas;

XIV - acompanhante: aquele que acompanha a pessoa com deficiência, podendo ou não desempenhar as funções de atendente pessoal.

## CAPÍTULO II DA IGUALDADE E DA NÃO DISCRIMINAÇÃO

Art. 4º Toda pessoa com deficiência tem direito à igualdade de oportunidades com as demais pessoas e não sofrerá nenhuma espécie de discriminação.

§ 1º Considera-se discriminação em razão da deficiência toda forma de distinção, restrição ou exclusão, por ação ou omissão, que tenha o propósito ou o efeito de prejudicar, impedir ou anular o reconhecimento ou o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais de pessoa com deficiência, incluindo a recusa de adaptações razoáveis e de fornecimento de tecnologias assistivas.

§ 2º A pessoa com deficiência não está obrigada à fruição de benefícios decorrentes de ação afirmativa.

.....  
.....

## LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

### O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

### DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

.....

## TÍTULO II DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

.....

## CAPÍTULO IV

## DA COMPETÊNCIA E DAS ATRIBUIÇÕES

---

### Seção II Da Competência

---

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

#### CAPÍTULO V DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA *(Capítulo acrescido pela Lei nº 9.836 de 23/9/1999)*

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde - SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

§ 1º O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local,

regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. [\*\(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999\)\*](#)

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. [\*\(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999\)\*](#)

## CAPÍTULO VI DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR [\*\(Capítulo acrescido pela Lei nº 10.424, de 15/4/2002\)\*](#)

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar.

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. [\*\(Artigo acrescido pela Lei nº 10.424, de 15/4/2002\)\*](#)

## CAPÍTULO VII DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO [\*\(Capítulo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005\)\*](#)

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. [\*\(“Caput” do artigo artigo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005\)\*](#)

§ 1º O acompanhante de que trata o *caput* deste artigo será indicado pela parturiente. [\*\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005\)\*](#)

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. [\*\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005\)\*](#)

§ 3º Ficam os hospitais de todo o País obrigados a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito estabelecido no *caput* deste artigo. [\*\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.895, de 18/12/2013\)\*](#)

Art. 19-L [\*\(VETADO na Lei nº 11.108, de 7/4/2005\)\*](#)

## CAPÍTULO VIII DA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA E DA INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE [\*\(Capítulo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)\*](#)

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea *d* do inciso I do art. 6º consiste em:

I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P;

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado. [\*\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)\*](#)

Art. 19-N. Para os efeitos do disposto no art. 19-M, são adotadas as seguintes definições:

I - produtos de interesse para a saúde: órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos;

II - protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. [\*\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)\*](#)

Art. 19-O. Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha.

Parágrafo único. Em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o *caput* deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que trata o protocolo. [\*\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)\*](#)

Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada:

I - com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite;

II - no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite;

III - no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde. [\*\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)\*](#)

Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo

clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

§ 1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente:

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso;

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível. [\*\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)\*](#)

Art. 19-R. A incorporação, a exclusão e a alteração a que se refere o art. 19-Q serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem.

§ 1º O processo de que trata o *caput* deste artigo observará, no que couber, o disposto na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, e as seguintes determinações especiais:

I - apresentação pelo interessado dos documentos e, se cabível, das amostras de produtos, na forma do regulamento, com informações necessárias para o atendimento do disposto no § 2º do art. 19-Q;

II - (VETADO);

III - realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS;

IV - realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento.

§ 2º (VETADO). [\*\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)\*](#)

Art. 19-S. [\*\(VETADO na Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)\*](#)

Art. 19-T. São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS:

I - o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;

II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa. [\*\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)\*](#)

Art. 19-U. A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata este Capítulo será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite. [\*\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)\*](#)

### TÍTULO III

## DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

### CAPÍTULO I DO FUNCIONAMENTO

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

.....

.....

## COMISSÃO DE DEFESA DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA

### I - RELATÓRIO

O Projeto de Lei nº 5.889, de 2016, de autoria da ilustre Deputada Leandre, propõe a seja assegurado “atendimento prioritário ao cuidador familiar não remunerado da pessoa em situação de dependência para o exercício de atividades básicas da vida diária”.

Pelos termos do art. 2º do referido projeto “considera-se cuidador familiar a pessoa, membro ou não da família, que, sem remuneração, assiste ou presta cuidados à pessoa em situação de dependência para o exercício de atividades básicas da vida diária”, enquadrando-se também nessa categoria o atendente pessoal a que se refere o art. 3º, inciso XII, da Lei nº 13.146, de 2015, definido como “pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, assiste ou presta cuidados básicos e essenciais à pessoa com deficiência no exercício de suas atividades diárias, excluídas as técnicas ou os procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas”. No caso específico do Projeto de Lei nº 5.889, de 2016, o atendimento prioritário deverá ser concedido apenas ao atendente pessoal não remunerado.

Segundo o art. 1º, a prioridade a ser instituída abrange programas públicos de educação profissional e de geração de emprego e renda; cursos destinados à capacitação e aperfeiçoamento; programas públicos de estímulo ao empreendedorismo; programas públicos de intermediação de mão de obra; e o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – Paefi, de que trata o art. 24-B da Lei nº 8.742, de 1993. Além disso, o parágrafo único do art. 1º da proposição estabelece que, na hipótese de falecimento ou acolhimento institucional definitivo da pessoa em situação de dependência para o exercício de atividades básicas da vida diária, o atendimento prioritário ao cuidador familiar não remunerado deverá ser mantido por até dois anos da data do óbito ou da institucionalização.

Por fim, o art. 3º da mencionada proposição pretende alterar o art. 19-I da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, com a finalidade de prever que, no atendimento domiciliar no âmbito do SUS, as ações de cuidado integral sejam estendidas para o cuidador familiar da pessoa em situação de dependência para o exercício de atividades básicas da vida diária.



Em sua justificação, a autora destaca que, na grande maioria dos lares no mundo, esses cuidados são prestados pelas mulheres da família da pessoa assistida, geralmente esposas e filhas, embora várias mudanças nos aspectos familiares atualmente coloquem em xeque essa forma de lidar com a questão. São apontados como alterações no perfil das famílias o expressivo aumento do número de idosos, com a aparição em número cada vez maior de lares unipessoais e monoparentais e a maior inserção da mulher no mercado de trabalho. São destacadas, também, as sobrecargas físicas, emocionais e financeiras dessa solução, pois os cuidadores, geralmente uma mulher, além de ter de se retirar do mercado de trabalho, afetando a renda familiar, submete-se a uma enorme responsabilidade, que lhe gera muitos desgastes. Nesse sentido, defende uma maior atenção a esses cuidadores por parte do Estado para que esse mecanismo de proteção social permaneça viável, garantindo-se apoio àquele que se dedica a essa relevante atividade.

Tramitando em regime ordinário (art. 151, inciso III, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados – RICD) e sujeito à apreciação conclusiva pelas comissões (art. 24, inciso II, do RICD), o projeto foi distribuído às Comissões de Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa, de Seguridade Social e Família e de Constituição e Justiça e de Cidadania (art. 54 do RICD).

No prazo regimental, não foram apresentadas emendas à proposição em referência.

## **II - VOTO DO RELATOR**

A temática afeta aos cuidados de longa duração é matéria que perpassa várias áreas do conhecimento, entre elas saúde e assistência social, e diz respeito a um público que não se restringe às pessoas idosas, alcançando também, por exemplo, as pessoas com deficiência.

A esta comissão, no entanto, cabe se pronunciar sobre a matéria do ponto de vista do “programa de apoio à pessoa idosa em situação de risco social” e do “regime jurídico de proteção à pessoa idosa”, previsto no campo temático do colegiado, nos termos do art. 32, inciso XXV, alíneas “c” e “h”, do RICD. É sobre essa perspectiva, portanto, que iremos analisar o Projeto de Lei nº 5.889, de 2016.

Consoante destacado na justificação da proposição, tem-se observado, nas últimas décadas, um crescente envelhecimento da população brasileira. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, a população idosa no Brasil saltará dos atuais 29 milhões, que equivalem a 14,3% da população brasileira, para 66,5 milhões de pessoas em 2050, passando a representar 29,3% da população. Segundo essa projeção demográfica, em 2030 o número de pessoas com mais de 60 anos de idade ultrapassará o número de crianças e adolescentes entre 0 a 14 anos.

Conquanto o atual estágio de desenvolvimento da medicina, associado a uma melhor nutrição e acesso a atividades físicas, permita que muitas

peessoas com mais de 60 anos possam viver com qualidade de vida, mantendo-se saudáveis e autônomas em relação ao desempenho de atividades de autocuidado, à medida que a idade desse público avança é inegável que a probabilidade de se desenvolver uma dependência de terceiros para a realização das atividades básica da vida diária aumenta.

De acordo com os estudos e pesquisas na área de cuidados de longa duração e dependência para a realização dessas atividades, a proporção de pessoas com 80 anos ou mais, considerada muito idosa, “constitui o principal indicador sociodemográfico da necessidade de implantação” desses serviços<sup>4</sup>. E é justamente essa população que também apresenta um significativo crescimento no Brasil. Segundo estimativas, observa-se um acentuado aumento nesse estrato populacional. Em 2010, ele representava aproximadamente 14% da população idosa e apenas 1,5% da população brasileira. Segundo projeções, em 2040, corresponderão a 25% do subgrupo idoso (com mais de 60 anos) e a 7% da população, totalizando aproximadamente 13,7 milhões de pessoas.

Está claro que a crescente população idosa brasileira demanda e demandará muito mais por novas políticas públicas, sobretudo aquelas associadas aos ditos cuidados de longa duração, necessários ao apoio para o exercício de atividades da vida diária.

Tarefas cotidianas que à primeira vista podem parecer simples, para esse estrato populacional podem revelar-se, muitas vezes, impossíveis de serem feitas sem a ajuda de um terceiro. Com o avançar da idade e a natural perda da capacidade funcional para a realização dessas tarefas, tais como tomar banho, vestir-se, alimentar-se, sentar-se ou levantar-se, deslocar-se e usar o banheiro, cresce a dependência em relação ao auxílio de cuidadores. Além disso, podem ser também essenciais à preservação da saúde – e da própria vida do idoso – procedimentos de atenção à saúde, a exemplo da administração de medicamentos e da limpeza de ferimentos, feitos por terceiros em ambiente domiciliar em uma base regular.

Tendo isso em perspectiva, o Projeto de Lei nº 5.889, de 2016, mostra-se oportuno e meritório ao destinar a devida atenção ao cuidador não remunerado de pessoa em situação de dependência para o exercício de atividades básicas da vida diária.

Como salientado na justificção da proposição, é preciso também cuidar de quem cuida. Os cuidados de longa duração demandam tempo, dedicação e paciência daqueles que a eles se dedicam. Há sérios desgastes físicos e emocionais nessa tarefa. Há, ainda, sérios custos de oportunidade que a atividade impõe, sendo o mais notório a retirada total ou parcial do mercado de trabalho, o que, muitas vezes, agrava a vulnerabilidade social em que pode se encontrar o núcleo familiar do idoso dependente e do próprio cuidador. Proteger o cuidador é proporcionar um melhor

---

<sup>4</sup> GASCON, S.; REDONDO, N. *Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia*. CEPAL, serie políticas sociales, 207, Santiago: CEPAL, 2014.

serviço ao idoso.

Considerando nosso compromisso com os programas de apoio à pessoa idosa em situação de risco social, julgamos ser de extrema importância essa iniciativa que vem a ser uma das primeiras voltadas para uma política de cuidados de longo prazo, de forma a garantir e promover o respeito à autonomia e à dignidade do idoso, por meio do apoio ao cuidador familiar.

Posto isso, tendo em vista a inquestionável relevância do Projeto de Lei nº 5.889, de 2016, voto pela aprovação da matéria.

Sala da Comissão, em 05 de maio de 2018.

**Deputado LUIZ ALBUQUERQUE COUTO**

Relator

### **III - PARECER DA COMISSÃO**

A Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa, em reunião ordinária realizada hoje, aprovou unanimemente o Projeto de Lei nº 5.889/2016, nos termos do Parecer do Relator, Deputado Luiz Couto.

Estiveram presentes os Senhores Deputados:

Júlia Marinho - Presidente, Leandre e Carmen Zanotto - Vice-Presidentes, Angelim, Cristiane Brasil, George Hilton, Geovania de Sá, Geraldo Resende, Jean Wyllys, Luana Costa, Pompeo de Mattos, Carlos Henrique Gaguim, Fábio Trad, Heitor Schuch e Luiz Couto.

Sala da Comissão, em 13 de junho de 2018.

**Deputada JÚLIA MARINHO**

Presidente

## COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

### PROJETO DE LEI Nº 5.889, DE 2016

Assegura atendimento prioritário ao cuidador familiar não remunerado da pessoa em situação de dependência para o exercício de atividades básicas da vida diária.

**Autora:** Deputada LEANDRE

**Relatora:** Deputada TEREZA NELMA

## I - RELATÓRIO

O Projeto de Lei nº 5.889, de 2016, de autoria da ilustre Deputada Leandre, prevê atendimento prioritário ao cuidador familiar não remunerado de pessoa em situação de dependência para o exercício de atividades básicas da vida diária em programas públicos de educação profissional e de geração de emprego e renda; em cursos destinados à capacitação e aperfeiçoamento de cuidador de pessoa em situação de dependência para o exercício de atividades básicas da vida diária; em programas públicos de estímulo ao empreendedorismo; em programas públicos de intermediação de mão de obra; e no Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (Paefi) de que trata o art. 24-B da Lei nº 8.742, de 1993.

Ademais, a proposição dispõe que, em caso de falecimento ou acolhimento institucional definitivo da pessoa em situação de dependência para o exercício de atividades básicas da vida diária, o atendimento prioritário ao cuidador familiar não remunerado deverá ser mantido por até dois anos da data do óbito ou da institucionalização. A proposta traz, ainda, a definição de cuidador familiar, para fins de aplicação das medidas previstas.



Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Tereza Nelma  
Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD218015390000>



O Projeto de Lei em tela também propõe alteração ao art. 19-I da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, com a finalidade de prever que, no atendimento domiciliar no âmbito do SUS, as ações de cuidado integral sejam estendidas para o cuidador familiar da pessoa em situação de dependência para o exercício de atividades básicas da vida diária.

Na Justificação, a autora chama atenção para a informação de que, no mundo, 80% dos cuidados de longa duração são providos pelas famílias, em especial pelas mulheres do grupo familiar. No entanto, transformações demográficas que levam ao crescente aumento da longevidade, além de transformações sociais, como a diminuição do número de filhos, a entrada definitiva da mulher no mercado de trabalho e mudanças nos formatos familiares têm tornado cada vez mais difícil a reprodução a paradigma do cuidado tradicional. O cuidado deixa de ser uma questão privada e passa a exigir do Estado um papel mais ativo na estruturação e provisão dos serviços.

A proposição tramita em regime ordinário, sujeita à apreciação conclusiva das Comissões de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa, de Seguridade Social e Família e de Constituição e Justiça e de Cidadania, nos termos dos arts. 24, II, e 54 do do RICD.

Na Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa, em 13.06.2018, o projeto de lei em tela foi aprovado por unanimidade, nos termos do parecer do Relator, nobre Deputado Luiz Couto.

Nesta Comissão de Seguridade Social e Família, não foram apresentadas emendas à proposição.

É o relatório.

## II - VOTO DA RELATORA

A instituição de medidas que garantam atendimentos prioritários para cuidadores familiares nas políticas públicas é extremamente louvável. Os cuidadores familiares, tanto de idosos, como de enfermos e de



Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Tereza Nelma  
Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD218015390000>



peças com deficiência para o desempenho de atividades básicas da vida diária, nunca receberam um olhar atento do Poder Público em relação ao exercício de seus direitos de cidadania e medidas de apoio para o exercício de tão nobre função

Como destacado na justificação do Projeto de Lei, o modelo familista adotado pela sociedade brasileira para o cuidado de pessoas em situação de dependência não mais se sustenta, em face das mudanças demográficas, aumento da longevidade, novos modelos familiares e a entrada definitiva da mulher no mercado de trabalho.

Consoante exposto no parecer não apreciado apresentado a esta Comissão, pelo então relator da matéria, Deputado Geraldo Resende, os cuidados de longa duração para pessoas em situação de dependência para o exercício de atividades da vida diária apresentam um recorte de gênero bem acentuado. Com base em dados do Instituto de Mayores e Serviços Sociales de Espanha – IMSERSO, o referido parecer expõe que, “naquele país, que tradicionalmente também centra na família a responsabilidade para o cuidado de pessoas dependentes, a maioria dos cuidadores são mulheres – 83% do total -, dentre as quais 43% são filhas, 22% são esposas e 7,5% são noras da pessoa cuidada. A idade média dos cuidadores é de 52 anos, sendo que 20% do contingente superam os 65 anos e são casados. Muitos – 60% - compartilham o domicílio com a pessoa cuidada e a maioria – 80%, - presta ajuda a um familiar idoso em situação de dependência. Grande parte dos cuidadores não recebe ajuda de outras pessoas e a substituição do cuidador principal por outros membros da família é de 20%, considerada moderadamente baixa. Ademais, uma parte divide-se entre o cuidado da pessoa dependente com o cuidado dos filhos”.

A situação não é muito diferente em outros países. Nos Estados Unidos, nos países da América Latina e em grande parte da Europa, o cuidador familiar não remunerado responde pela maior parte do cuidado por pessoas em situação de dependência. Pesquisa realizada pelo *American Association of Retired Persons* – AARP, em 2019, intitulada “Valorando lo invaluable: actualización del 2019 Trazamos el camino hacia el futuro”, destaca que, em 2017, cerca de 41 milhões de pessoas nos Estados Unidos

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Tereza Nelma

Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD218015390000>





forneeceram cerca de 34 milhões de horas de cuidados não remunerados a adultos em situação de dependência. O valor econômico estimado de suas contribuições foi de cerca de 470 milhões de dólares<sup>1</sup>.

Em relação ao Brasil, a pesquisadora Ana Amélia Camarano (2014) buscou estimar o custo do cuidado familiar no Brasil, incluindo na amostra mulheres de 20 a 69 anos que não recebiam aposentadoria, não estavam incluídas no mercado de trabalho e que não apresentavam dificuldades no desempenho de atividades da vida diária, num total de 1,4 milhão de mulheres que exerciam funções de cuidado familiar não remunerado. De acordo com o estudo, a maioria tinha baixo grau de escolaridade e renda familiar per capita mensal inferior a meio salário mínimo. Nas conclusões do trabalho, evidenciou-se que, se essas mulheres recebessem uma renda equivalente as que estão inseridas no mercado de trabalho formal, a renda per capita domiciliar se elevaria em 54%.

Importa destacar que a proposição em análise não questiona a grandeza do ato de cuidar, sem remuneração, de nossos entes queridos com limitações funcionais derivadas da idade avançada, doença ou deficiência. Todavia, sabemos que o exercício contínuo e muitas vezes longo dessa responsabilidade exige dedicação e esforços que podem ter consequências deletérias na vida do cuidador, tanto do ponto de vista físico e emocional quanto financeiro e profissional. Em regra, há uma inversão nos papéis familiares, modificação dos planos futuros, tanto pessoais quanto profissionais, interferência nas relações pessoais e ajustes na vida social.

O que o projeto de lei pretende, ao prever medidas de apoio ao cuidador familiar, como atendimento prioritário em programas de educação profissional e de geração de emprego e renda; na capacitação e aperfeiçoamento de cuidador; em programas públicos de estímulo ao empreendedorismo e de intermediação de mão de obra; nos serviços socioassistenciais e de saúde, é propiciar apoio público para o exercício do cuidado, melhores condições de autocuidado e possibilidades de inserção social quando os cuidadores familiares não precisarem ou não mais quiserem



<sup>1</sup> Informação disponível em [https://www.aarp.org/ppi/info-2015/valuing-the-invaluable-2015-update.html?cmp=RDRCT-VALUN\\_JUN23\\_015](https://www.aarp.org/ppi/info-2015/valuing-the-invaluable-2015-update.html?cmp=RDRCT-VALUN_JUN23_015). Acesso em 23.03.2020.

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Tereza Nelma

Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD218015390000>

continuar a exercer suas atividades. O que não podemos aceitar é que essas pessoas, que dedicam anos de sua vida para o bem-estar de familiares ou pessoas próximas em situação de dependência para atividades básicas da vida diária, continuem a ser invisíveis para o poder público e para a sociedade como um todo, como se fossem cidadãos de segunda categoria sem acesso a direitos básicos e à participação comunitária em igualdade de condições com as demais pessoas.

Como ressaltado no parecer não apreciado por esta Comissão, “não é incomum nos depararmos com cuidadores familiares que deixaram suas atividades profissionais e, por consequência, deixaram de ter qualquer aporte financeiro para sua subsistência para dedicar-se ao cuidado de um familiar dependente para o exercício de atividades da vida diária. O cuidador torna-se responsável pela higiene pessoal, alimentação, ingestão de medicamentos, tarefas de enfermagem, administração de dinheiro e bens, ajuda na comunicação com as demais pessoas, entre outras tarefas que contribuam para o bem-estar do receptor do cuidado. Ressalte-se que, embora geralmente se considere que essa situação é temporária, muitas vezes pode se estender por vários anos.”

Em geral, a sobrecarga que a atividade continuada impõe aos cuidadores familiares os leva a desenvolverem desequilíbrios físicos, mentais e emocionais, que poderiam ser evitados ou mitigados com ações preventivas. O afastamento do ambiente de trabalho, dos amigos, de atividades de lazer; a solidão e o isolamento social no exercício da atividade, quando não há possibilidade de compartilhamento; a dedicação diuturna ao cuidado do familiar, sem horas de sono regulares ou possibilidade de momentos de respiro, são algumas das inúmeras situações com que se deparam e não contam com apoio estatal ou social para resolvê-las ou mitigá-las.

Com efeito, apenas a estruturação de uma ampla política de cuidados para pessoas em situação de dependência, que leve em conta tanto o cuidado informal quanto formal, como as necessidades específicas de cuidado de cada população que necessite desse tipo de apoio, além das características da sociedade brasileira poderá resolver a questão no médio e no longo prazo. Mas o projeto de lei que ora apreciamos representa um passo

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Tereza Nelma

Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD218015390000>



importante para sua construção, mormente quando o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE sinaliza que, em 2050, cerca de trinta por cento da população brasileira terá mais de sessenta anos. Sua aprovação pelo Congresso propiciará melhores condições de vida para os cuidadores informais, contribuindo, por conseguinte, tanto para o seu bem-estar quanto das pessoas que recebem os cuidados.

Tendo em vista a inquestionável relevância social da proposta, votamos pela aprovação do Projeto de Lei nº 5.889, de 2016.

Sala da Comissão, em        de        de 2021.

Deputada TEREZA NELMA  
Relatora



Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Tereza Nelma  
Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD218015390000>





CÂMARA DOS DEPUTADOS

## COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

### PROJETO DE LEI Nº 5.889, DE 2016

#### III - PARECER DA COMISSÃO

Apresentação: 11/08/2021 17:13 - CSSF  
PAR 1 CSSF => PL 5889/2016

PAR n.1

A Comissão de Seguridade Social e Família, em reunião extraordinária realizada hoje, mediante votação ocorrida por processo simbólico, concluiu pela aprovação do Projeto de Lei nº 5.889/2016, nos termos do Parecer da Relatora, Deputada Tereza Nelma.

Registraram presença à reunião os seguintes membros:

Dr. Luiz Antonio Teixeira Jr. - Presidente, André Fufuca, Francisco Jr. e Dra. Soraya Manato - Vice-Presidentes, Adriana Ventura, Alan Rick, Alexandre Padilha, Aline Gurgel, Carla Dickson, Carmen Zanotto, Célio Silveira, Chico D'Angelo, Chris Tonietto, Dr. Frederico, Dr. Luiz Ovando, Dr. Zacharias Calil, Dulce Miranda, Eduardo Barbosa, Eduardo Costa, Flávio Nogueira, Geovania de Sá, Jandira Feghali, Jorge Solla, Josivaldo Jp, Juscelino Filho, Leandre, Luciano Ducci, Márcio Labre, Mário Heringer, Marreca Filho, Marx Beltrão, Miguel Lombardi, Osmar Terra, Ossesio Silva, Pr. Marco Feliciano, Professora Dayane Pimentel, Tereza Nelma, Totonho Lopes, Vivi Reis, Adriano do Baldy, Alcides Rodrigues, Alexandre Leite, André Janones, Arlindo Chinaglia, Bibi Nunes, Daniela do Waguinho, Danilo Cabral, David Soares, Delegado Antônio Furtado, Diego Garcia, Dr. Jaziel, Edna Henrique, Emidinho Madeira, Fábio Mitidieri, Felício Laterça, Flávia Moraes, Giovani Cherini, Heitor Schuch, Hiran Gonçalves, Jaqueline Cassol, Jéssica Sales, Jhonatan de Jesus, Lauriete, Liziane Bayer, Luiz Lima, Marco Bertaiolli, Marina Santos, Mauro Nazif, Milton Coelho, Padre João, Paula Belmonte, Professor Alcides e Professora Dorinha Seabra Rezende.

Sala da Comissão, em 11 de agosto de 2021.

Deputado DR. LUIZ ANTONIO TEIXEIRA JR.  
Presidente



Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Dr. Luiz Antonio Teixeira Jr.  
Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD210998894200>

\* CD 21 09 98 89 42 00 \*