



CÂMARA DOS DEPUTADOS

***PROJETO DE LEI N.º 1.304, DE 2025**
(Dos Srs. Amom Mandel e Duda Ramos)

Altera a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a assistência à saúde dos povos originários.

DESPACHO:

APENSE-SE À(AO) PL-930/2025.

APRECIÇÃO:

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

(*) Avulso atualizado em 23/6/25 para inclusão de coautor.



PROJETO DE LEI Nº , DE 2025
(Do Sr. AMOM MANDEL)

Altera a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a assistência à saúde dos povos originários.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência à saúde dos povos originários.

Art. 2º A Lei nº 8.080, de 1990, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“CAPÍTULO V

Do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Originários

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento dos povos originários, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei e aos seguintes princípios:

- I- autonomia e respeito à cultura dos povos originários, garantindo a participação das comunidades na formulação e execução das políticas de saúde;
- II- Proteção especial aos povos originários de recente contato, com medidas diferenciadas para evitar a propagação de doenças e assegurar a integridade de seus territórios;





III- ampliação da rede de saneamento básico e garantia do fornecimento de água potável;

IV- universalidade, equidade e integralidade da assistência à saúde, garantindo que os povos originários tenham acesso a serviços médicos de qualidade e adaptados às suas necessidades específicas;

V- sustentabilidade ambiental e proteção territorial, reconhecendo que a segurança da saúde dos povos originários está diretamente relacionada à proteção das terras tradicionalmente ocupadas;

VI- monitoramento epidemiológico e barreiras sanitárias, para prevenir surtos e epidemias em territórios originários;

VII- fortalecimento das redes de atenção primária à saúde e formação de profissionais especializados, com incentivos à capacitação de profissionais originários e não originários para atuação em contextos interculturais.

§ 1º As populações originárias devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e nacional, de acordo com suas necessidades e especificidades culturais, em todos os níveis de atenção.

§ 2º O SUS deverá obrigatoriamente registrar a declaração de etnia e de raça ou cor, garantindo a identidade cultural de todas as pessoas atendidas nos sistemas públicos de saúde.

Art. 19-B. Fica instituído o Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Originários, no âmbito do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de garantir a promoção, prevenção e assistência integral à saúde dos povos originários, respeitando suas especificidades culturais, sociais e territoriais, conforme os princípios da Constituição Federal, da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Originários e das normas internacionais de direitos humanos.





§ 1º O Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Originários deverá ser descentralizado, hierarquizado e regionalizado, funcionando de forma integrada ao SUS, tendo como base os Distritos Sanitários Especiais dos Povos Originários.

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Originários, devendo, para isso, realizar adaptações estruturais e organizacionais nos estabelecimentos e serviços responsáveis pela atenção aos povos originários, a fim de propiciar o cuidado adequado em todos os níveis de atenção, sem discriminações.

§ 3º A União deverá integrar os sistemas de informação do SUS com os do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Originários.

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Originários.

§ 1º A União instituirá mecanismo de financiamento específico para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, sempre que houver necessidade de atenção secundária e terciária fora dos territórios dos povos originários.

§ 2º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão ressarcir a União pela assistência a doenças ou agravos à saúde dos povos originários decorrentes de ações ou omissões do ente federado, na proporção de sua responsabilidade.

§ 3º Os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e outras instituições governamentais e não governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações.

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pelas políticas públicas relacionadas aos povos originários.





Art. 19-E. Em situações de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), calamidade pública ou risco sanitário a agrupamentos populacionais de povos originários:

I- a União deverá assegurar aporte adicional de recursos ao Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Originários não previstos nos planos de saúde dos Distritos Sanitários Especiais dos Povos Originários;

II- a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão incluir os povos originários nos planos emergenciais para a população, garantindo a prioridade de atendimento e explicitando os fluxos e as referências para o atendimento em tempo oportuno.

§ 1º Nas situações previstas no *caput* deste artigo, decorrentes ou agravadas pela ocorrência de surto de doença infectocontagiosa, adicionalmente serão instituídas as seguintes medidas emergenciais:

I- delimitação de uma área de isolamento sanitário e instalação de barreiras sanitárias para controle do acesso à área circunscrita;

II- remoção de todas as pessoas não pertencentes aos povos originários da área de isolamento sanitário, à exceção dos profissionais de saúde indispensáveis ao controle da situação;

III- ações de quimioprofilaxia e imunização, quando disponíveis;

IV- elaboração e publicação de regras para entrada e saída da área isolada, incluindo protocolos de quarentena e desinfecção de pessoas e objetos, conforme o patógeno.

§ 2º Em casos de doenças de transmissão hídrica ou relacionadas à água, o perímetro de isolamento deverá incluir





nascentes e afluentes dos cursos d'água utilizados pela comunidade atingida.

§ 3º Nas situações previstas no *caput* deste artigo, decorrente ou agravada pela ocorrência de desastre ou desassistência à população, fica autorizada a utilização de estoques reguladores de alimentos e aquisição emergência de alimentos.

§ 4º Presume-se a existência de risco sanitário a necessidade de atendimento *in loco* de povos originários de recente contato ou não contactados.

Art. 19-F. As ações e serviços de saúde deverão obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos originários, adotando uma abordagem diferenciada e global, contemplando assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.

Art. 19-G. Em caso de necessidade de atendimento de pessoas integrantes de povos originários fora do local onde são habitualmente encontrados, serão adotadas as seguintes medidas:

I- presença em tempo integral, conforme o costume do povo originário, de:

a) acompanhante familiar, conforme regras de parentesco do povo originário, ou da comunidade, à escolha do paciente;

b) filhos menores, principalmente aqueles em lactação;

c) outras pessoas da família ou comunidade necessárias à assistência, sempre que possível;

d) intérprete, se necessário.

II- nomeação de um coordenador do cuidado;

Câmara dos Deputados | Anexo IV Gabinete 760 | – CEP: 70160-900 –
Brasília-DF

Tel (61) 3215-5760 | dep.amommandel@camara.leg.br





III- disponibilização de alimentação, acomodação para o paciente e seus acompanhantes, bem como transporte para realização de procedimentos ou visitas hospitalares, quando necessário.

Art. 19-H. Os povos originários terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

§ 1º Em caso de necessidade de atendimento de pessoas integrantes de povos originários de recente contato ou não contatados, fora do local onde são habitualmente encontrados, serão adotadas as seguintes medidas adicionais:

I- isolamento reverso do paciente e dos acompanhantes;

II- presença em tempo integral de:

a) antropólogo; e

b) agente de segurança pública;

III- médico de família ou comunidade *ad hoc*.

§ 2º Define-se coordenador do cuidado ou “navegador” o profissional não obrigatoriamente da área de saúde responsável por acompanhar o caso a fim de identificar e superar barreiras relacionadas a dificuldades de acesso e fragmentação do sistema, ajudando o paciente a percorrer as linhas de cuidado pelas diversas redes de atenção à saúde, em todos os níveis de complexidade; bem como auxiliar no acesso a serviços e políticas públicas de outras áreas não diretamente relacionadas à saúde, tais como assistência social e jurídica, conforme a necessidade.”

Art. 3º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara dos Deputados | Anexo IV Gabinete 760 | – CEP: 70160-900 –
Brasília-DF

Tel (61) 3215-5760 | dep.amommandel@camara.leg.br





JUSTIFICAÇÃO

O Brasil é amplamente reconhecido por sua riqueza cultural e biológica, com as populações originárias desempenhando um papel fundamental nessa diversidade. Contudo, essas comunidades enfrentam inúmeros desafios para acessar um atendimento de saúde adequado, que respeite suas especificidades culturais e territoriais. Nesse cenário, torna-se imprescindível reformular o atual sistema de saúde pública, a fim de garantir um serviço mais eficiente e inclusivo para esses povos.

A saúde indígena no Brasil é regulamentada pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). No entanto, essa estrutura apresenta diversas falhas, como a insuficiência de equipes médicas em áreas remotas e a carência de medicamentos e equipamentos adequados. Além disso, a precariedade da infraestrutura hospitalar nas regiões indígenas compromete seriamente a qualidade dos serviços oferecidos.

A discriminação histórica enfrentada pelas populações originárias reforça a necessidade de uma abordagem equitativa. O preconceito estrutural frequentemente impede que esses povos acessem serviços básicos com a mesma qualidade destinada a outros grupos. Um sistema específico representa um avanço em direção à justiça social, promovendo dignidade e dando voz a essas comunidades.

A medida busca suprir as lacunas na comunicação e compreensão cultural, que frequentemente resultam em atendimentos inadequados ou mesmo inviabilizam qualquer atendimento, com deslindes trágicos como infelizmente recentemente

Câmara dos Deputados | Anexo IV Gabinete 760 | – CEP: 70160-900 –
Brasília-DF

Tel (61) 3215-5760 | dep.amommandel@camara.leg.br





noticiado na imprensa¹, em fevereiro de 2024, o casal Tadeo Kulina e sua esposa Ccorima, ambos da etnia Kulina e sem domínio do português, enfrentaram graves barreiras de comunicação ao buscar atendimento médico em Manaus. Ccorima, que estava grávida, foi transferida do município de Envira, no interior do Amazonas, para a maternidade Ana Braga, na capital, sem o acompanhamento adequado dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) e da Casa de Saúde Indígena (Casai). Tadeo, sem suporte linguístico ou cultural, vivenciou uma série de situações traumáticas, incluindo agressões e a falta de atendimento médico oportuno, que culminaram em seu falecimento. Portanto, é necessário criar políticas públicas capazes de evitar que tragédias como essa aconteçam, especialmente no estado do Amazonas, que abriga 28,44% da população indígena do país².

Outro aspecto central é a preservação de seus direitos humanos e culturais. Instrumentos legais internacionais, como a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas, garantem a essas populações o direito ao acesso à saúde. Ignorar essa necessidade é desconsiderar os compromissos éticos e legais assumidos pelo país na proteção de seus povos originários.

Além disso, a Constituição Federal Brasileira, em seu Artigo 231, reconhece aos povos indígenas sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições. Esse reconhecimento constitucional impõe ao Estado o dever de proteger e respeitar as particularidades culturais e linguísticas das comunidades indígenas, garantindo-lhes acesso pleno e igualitário aos serviços públicos, incluindo a saúde.

1 “MPF pede na Justiça que União e estado do AM garantam atendimento adequado a indígenas em hospitais de Manaus”. G1, 17/02/2025. Disponível em: <<<https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2025/02/17/mpf-pede-na-justica-que-uniao-e-estado-do-am-garantam-atendimento-adequado-a-indigenas-em-hospitais-de-manaus.ghtml>>>. Acesso em 20/02/2025.

2 “Censo 2022”. Agência Gov, 19/12/2024. Disponível em: <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202412/censo-2022-mais-da-metade-da-populacao-indigena-vive-nas-cidades#:~:text=Dos%205.570%20munic%C3%ADpios%20do%20pa%C3%ADs,popula%C3%A7%C3%A3o%20ind%C3%ADgena%20em%20C3%A1reas%20rurais>.





A ausência de saneamento básico em muitas terras indígenas é outro fator que compromete gravemente a saúde dessas populações. A falta de água potável, coleta de lixo e sistemas de esgotamento sanitário contribuem para a disseminação de doenças infecciosas e parasitárias, agravando ainda mais a vulnerabilidade dessas comunidades.

A reformulação do sistema de saúde deve também incluir ações específicas para as populações indígenas de contato recente ou não contactadas. Esses grupos são extremamente suscetíveis a doenças externas, dado que não possuem imunidade contra diversas infecções comuns na sociedade não indígena. Assim, é essencial que os órgãos de saúde adotem uma postura de não interferência, priorizando a proteção territorial e minimizando riscos sanitários desnecessários.

Por fim, é necessário implementar propostas concretas para salvaguardar a saúde das populações de contato recente ou não contactadas. Por viverem em relativo isolamento, a introdução de doenças infecciosas pode ter consequências devastadoras, como demonstrado por diversos episódios históricos. A criação de políticas específicas é, portanto, indispensável para mitigar esses riscos e preservar a integridade dessas comunidades.

Investir em um sistema de saúde público dedicado às populações originárias vai além de uma obrigação legal e ética; é um passo essencial para a construção de um país mais inclusivo e que respeite sua própria diversidade. Para as populações de contato recente ou não contactadas, tais medidas significam não apenas o acesso à saúde, mas também a garantia de sua sobrevivência e a continuidade de suas tradições culturais.

Em face do exposto, peço a meus nobres pares o apoio para aprovação deste projeto de lei.





CÂMARA DOS DEPUTADOS

Gabinete do Deputado Federal **AMOM MANDEL – CIDADANIA/AM**

Sala das Sessões, em de de 2025.
Deputado AMOM MANDEL

Apresentação: 28/03/2025 14:40:46.143 - Mesa

PL n.1304/2025

Câmara dos Deputados | Anexo IV Gabinete 760 | – CEP: 70160-900 –
Brasília-DF

Tel (61) 3215-5760 | dep.amommandel@camara.leg.br



Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD250311495100>
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Amom Mandel



* C D 2 5 0 3 1 1 4 9 5 1 0 0 *

COAUTOR

Duda Ramos – MDB/RR



CÂMARA DOS DEPUTADOS

CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990365093-norma-pl.html>

FIM DO DOCUMENTO