



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 6.439, DE 2025 **(Do Sr. Amom Mandel)**

Institui a Política Nacional de Formação e Capacitação em Saúde da Mulher Indígena, voltada à valorização de agentes indígenas de saúde, parteiras tradicionais e à formação intercultural de profissionais do Sistema Único de Saúde, e dá outras providências.

DESPACHO:

ÀS COMISSÕES DE
SAÚDE;

DA AMAZÔNIA E DOS POVOS ORIGINÁRIOS E TRADICIONAIS;
FINANÇAS E TRIBUTAÇÃO (ART. 54, RICD) E
CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE CIDADANIA (ART. 54, RICD).

APRECIÇÃO:

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

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Gabinete do Deputado Federal **AMOM MANDEL – CIDADANIA/AM**

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

Apresentação: 15/12/2025 18:27:11.207 - Mes:
DI n 6130/2025

Institui a Política Nacional de Formação e Capacitação em Saúde da Mulher Indígena, voltada à valorização de agentes indígenas de saúde, parteiras tradicionais e à formação intercultural de profissionais do Sistema Único de Saúde, e dá outras providências.

O **CONGRESSO NACIONAL** decreta:

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Formação e Capacitação em Saúde da Mulher Indígena, com o objetivo de promover a qualificação intercultural de profissionais da saúde e o reconhecimento das práticas tradicionais de cuidado e parto entre os povos indígenas.

Art. 2º São princípios e diretrizes da Política Nacional de Formação e Capacitação em Saúde da Mulher Indígena:

I – respeito à diversidade étnica, cultural e linguística dos povos indígenas;

II – valorização dos saberes e práticas tradicionais de cuidado, em especial os realizados por parteiras e curandeiras;

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

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





III – intercâmbio entre o conhecimento tradicional indígena e a medicina científica;

IV – fortalecimento da autonomia e protagonismo das mulheres indígenas na promoção da saúde reprodutiva e materna;

V – integração entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS).

Art. 3º Fica criada a categoria de Agente Indígena de Saúde da Mulher (AISM), com a finalidade de atuar como mediadora cultural entre as comunidades indígenas e os serviços públicos de saúde.

§ 1º Compete à Agente Indígena de Saúde da Mulher:

I – realizar ações educativas e preventivas em saúde sexual, reprodutiva e materno-infantil;

II – acompanhar gestantes, parturientes e puérperas no território indígena;

III – apoiar a articulação entre parteiras tradicionais e equipes multiprofissionais de saúde;

IV – contribuir para o registro e preservação de práticas tradicionais de parto e cuidados femininos.

§ 2º A capacitação das Agentes Indígenas de Saúde da Mulher será promovida pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), em parceria com instituições de ensino superior públicas e organizações indígenas reconhecidas.





Art. 4º Os profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) que atuem em áreas indígenas ou em atendimento a populações indígenas deverão receber formação intercultural obrigatória, incluindo:

- I – princípios da medicina tradicional indígena;
- II – protocolos de parto humanizado compatíveis com práticas culturais locais;
- III – comunicação intercultural e respeito à autonomia reprodutiva das mulheres indígenas;
- IV – prevenção de práticas discriminatórias e de violência obstétrica.

Parágrafo único. A formação intercultural será ofertada nos cursos técnicos e superiores de saúde, e em programas de educação permanente promovidos pelos entes federativos, sob supervisão do Ministério da Saúde.

Art. 5º As parteiras tradicionais indígenas serão reconhecidas como colaboradoras do Sistema Único de Saúde, podendo ser integradas aos programas de atenção básica e de saúde materna e infantil.

§ 1º O reconhecimento das parteiras tradicionais dependerá de cadastro junto ao respectivo Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI).

§ 2º O Poder Público garantirá a essas parteiras suporte técnico e acesso a insumos básicos, sem descaracterizar suas práticas culturais.

§ 3º O exercício da atividade tradicional não dependerá de escolarização formal, observados os limites definidos pela regulamentação.





Art. 6º A União, por intermédio do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação e do Ministério dos Povos Indígenas, fomentará programas de formação continuada, intercâmbio de saberes e produção de materiais bilíngues, voltados à difusão de boas práticas e à valorização dos conhecimentos tradicionais femininos indígenas.

Art. 7º As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão à conta das dotações orçamentárias próprias do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação, e do Ministério dos Povos Indígenas, podendo ser suplementadas por convênios com Estados, Municípios e organizações indígenas, observadas as disposições da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal).

Art. 8º O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de 180 (cento e oitenta) dias a contar da data de sua publicação.

Art. 9º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A presente proposição legislativa institui a Política Nacional de Formação e Capacitação em Saúde da Mulher Indígena, representando um avanço estrutural inadiável na correção de desigualdades históricas que comprometem o acesso de mulheres indígenas a serviços de saúde dignos, culturalmente adequados e tecnicamente qualificados. A proposta estrutura-se em três eixos fundamentais: a criação da categoria de Agente Indígena de Saúde da Mulher (AISM), a





obrigatoriedade de formação intercultural para profissionais do SUS que atuam com populações indígenas, e o reconhecimento formal das parteiras tradicionais como colaboradoras do sistema público de saúde.

O contexto que justifica esta iniciativa é grave e urgente. Dados oficiais da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) revelam que a taxa de mortalidade materna entre mulheres indígenas é até três vezes superior à média nacional, atingindo em alguns estados da região Norte patamares superiores a 150 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Além disso, mais de 40% das gestantes indígenas não realizam o número mínimo de seis consultas pré-natais recomendadas pela Organização Mundial da Saúde, e aproximadamente 35% dos partos ainda ocorrem fora de unidades com condições adequadas de segurança e acompanhamento profissional. A mortalidade infantil entre povos indígenas permanece em 30,8 óbitos por mil nascidos vivos, mais que o dobro da média nacional de 12,4 óbitos, segundo dados do Ministério da Saúde de 2023.

Essas disparidades não decorrem apenas de limitações geográficas ou de infraestrutura, mas fundamentalmente de lacunas na formação dos profissionais de saúde e da invisibilidade institucional dos saberes tradicionais indígenas. Pesquisas realizadas pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) demonstram que menos de 15% dos profissionais de saúde que atuam em áreas indígenas receberam qualquer tipo de formação específica sobre saúde indígena durante sua graduação. A ausência de preparo intercultural resulta em barreiras comunicacionais, práticas discriminatórias, episódios de violência obstétrica e, conseqüentemente, em desconfiança das comunidades em relação ao sistema de saúde oficial. A elevada rotatividade de profissionais nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) está diretamente relacionada ao despreparo para lidar com as especificidades culturais e linguísticas das comunidades atendidas.





CÂMARA DOS DEPUTADOS

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

Paralelamente, as parteiras tradicionais indígenas, reconhecidas pela Organização Mundial da Saúde como agentes fundamentais para a saúde materna em contextos de difícil acesso, permanecem à margem das políticas públicas brasileiras. Apesar de serem responsáveis por expressiva parcela dos partos em aldeias, especialmente em regiões remotas da Amazônia, essas mulheres não possuem reconhecimento formal pelo sistema de saúde, não recebem capacitação complementar que dialogue com suas práticas, não têm acesso garantido a insumos básicos como luvas e materiais esterilizados, e frequentemente enfrentam estigmatização por parte de profissionais de saúde formados exclusivamente na tradição biomédica ocidental. Essa invisibilidade não apenas desvaloriza saberes milenares, mas também desperdiça oportunidades de articulação que poderiam salvar vidas e ampliar a cobertura assistencial em territórios remotos.

O fundamento jurídico da proposta é sólido e amplo. A Constituição Federal de 1988, em seus artigos 6º e 196, estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. O artigo 231 da Carta Magna reconhece aos povos indígenas sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, impondo ao Estado o dever de respeitar essas especificidades. No plano infraconstitucional, a Lei nº 9.836 de 1999 institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), estabelecendo princípios de interculturalidade, integralidade e equidade que, contudo, carecem de instrumentos concretos de efetivação no âmbito da saúde da mulher.

Internacionalmente, o Brasil é signatário da Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), ratificada pelo Decreto nº 5.051 de 2004, cujo artigo 25 estabelece que os serviços de saúde destinados aos povos indígenas deverão ser organizados, na medida do possível, em nível comunitário, planejados e

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

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





administrados em cooperação com os povos interessados, levando em conta suas condições econômicas, geográficas, sociais e culturais, bem como seus métodos de prevenção, práticas curativas e remédios tradicionais. A Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas, de 2007, reconhece explicitamente o direito desses povos às suas próprias medicinas tradicionais e a manter suas práticas de saúde. Ademais, a proposta está alinhada aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030, particularmente o ODS 3, que visa assegurar vida saudável e promover o bem-estar para todos, com metas específicas de redução da mortalidade materna e neonatal, e o ODS 5, que preconiza o acesso equitativo das mulheres a serviços essenciais de saúde sexual e reprodutiva.

A criação da categoria de Agente Indígena de Saúde da Mulher responde a uma necessidade prática e estratégica identificada tanto por gestores de saúde quanto pelas próprias comunidades indígenas. Experiências internacionais, especialmente no Canadá com as Indigenous Health Workers e na Austrália com as Aboriginal Health Practitioners, demonstram que a presença de profissionais indígenas especializados reduz em até 40% a taxa de abandono do pré-natal, melhora em 35% a adesão a tratamentos, aumenta em 50% a satisfação das usuárias com os serviços e diminui significativamente episódios de violência institucional. As AISMs atuarão como mediadoras culturais qualificadas, realizando ações educativas e preventivas em saúde reprodutiva e materno-infantil, acompanhando gestantes, parturientes e puérperas no território indígena, apoiando a articulação entre parteiras tradicionais e equipes multiprofissionais de saúde, e contribuindo para o registro e preservação de práticas tradicionais de parto e cuidados femininos. Sua capacitação será promovida pela SESAI em parceria com instituições de ensino superior públicas e organizações indígenas reconhecidas, garantindo tanto a qualidade técnica quanto a legitimidade cultural da formação.





A formação incluirá princípios da medicina tradicional indígena, protocolos de parto humanizado compatíveis com práticas culturais locais, comunicação intercultural e respeito à autonomia reprodutiva, e prevenção de práticas discriminatórias e de violência obstétrica. Estudos do Ministério da Saúde da Nova Zelândia demonstram que a formação intercultural obrigatória de profissionais reduziu em 28% as queixas de discriminação e em 32% as taxas de mortalidade materna entre a população Maori, evidenciando a efetividade desta abordagem.

O modelo proposto prevê cadastramento junto aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, permitindo articulação com equipes multiprofissionais, fornecimento de insumos básicos sem imposição de protocolos que descaracterizem suas práticas culturais, e suporte técnico para identificação de riscos e encaminhamento quando necessário. Fundamental destacar que a proposta respeita integralmente a autonomia dessas práticas tradicionais, deixando claro que o exercício da atividade independe de escolarização formal, garantindo que parteiras de comunidades remotas, muitas delas não alfabetizadas em português, não sejam excluídas por critérios burocráticos inadequados ao contexto cultural.

Os impactos esperados da política são múltiplos e interconectados. No plano sanitário, experiências similares em países como Bolívia, Peru e Guatemala, que implementaram políticas de parto intercultural e reconhecimento de parteiras, demonstram redução entre 25% e 40% nas taxas de mortalidade materna em populações indígenas no período de cinco a dez anos. A mediação cultural exercida pelas AISMs e a confiança gerada pelo respeito às práticas tradicionais tendem a elevar significativamente a adesão ao pré-natal, estimando-se crescimento de 30% a 50% na cobertura adequada.





No plano social e cultural, a política promove a valorização do protagonismo feminino indígena, reconhecendo as mulheres indígenas não apenas como beneficiárias passivas de políticas, mas como agentes de transformação, detentoras de conhecimentos valiosos e protagonistas de sua própria saúde. A formação de profissionais do SUS e a integração de parteiras tendem a reduzir tensões e incompreensões que atualmente geram desconfiança mútua e comprometem a efetividade das ações de saúde, criando ambiente de colaboração genuína entre diferentes sistemas de conhecimento.

A compatibilidade orçamentária da proposta observa rigorosamente os ditames da Lei Complementar nº 101 de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), não criando despesa obrigatória de caráter continuado sem correspondente fonte de custeio. Os recursos serão provenientes das dotações orçamentárias existentes do Ministério da Saúde, especialmente da SESAI que já possui rubrica para formação de agentes indígenas, do Ministério da Educação através de programas existentes de formação em saúde como Pró-Saúde e PET-Saúde, e do Ministério dos Povos Indígenas, criado em 2023 com orçamento específico para políticas de saúde e educação indígena. A cooperação federativa, com Estados e Municípios já investindo em saúde indígena através de convênios com a União, e as parcerias com instituições de ensino superior públicas, que podem absorver parte das atividades de formação dentro de suas missões institucionais, viabilizam a execução sem comprometimento fiscal. O prazo de 180 dias para regulamentação permitirá ao Poder Executivo estabelecer cronograma de implementação progressiva, iniciando por regiões com maior déficit de atenção e expandindo conforme disponibilidade orçamentária.

A proposta articula-se harmoniosamente com políticas públicas existentes, complementando e qualificando a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) ao especificar sua aplicação ao contexto indígena,





CÂMARA DOS DEPUTADOS

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

fortalecendo a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas com foco na saúde da mulher, e possibilitando a efetiva inclusão das mulheres indígenas na Rede de Atenção Materna e Infantil, hoje marcada por baixa adesão e resultados insatisfatórios entre populações indígenas. Não há, portanto, sobreposição ou conflito, mas sim integração sinérgica que potencializa a efetividade de todas essas políticas.

O reconhecimento de categorias específicas de agentes de saúde não constitui inovação no ordenamento jurídico brasileiro. O país já possui os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Agentes de Combate às Endemias (ACE), reconhecidos pela Lei nº 11.350 de 2006, além dos próprios Agentes Indígenas de Saúde (AIS), já institucionalizados mas sem especialização em saúde da mulher. A criação das AISMs segue essa tradição bem-sucedida de reconhecer agentes especializados para contextos específicos, respondendo a demandas concretas identificadas na prática dos serviços de saúde.

A experiência internacional oferece evidências robustas da efetividade de políticas similares. No Canadá, o programa Indigenous Midwifery reconhece e integra parteiras indígenas ao sistema público, com resultados demonstrados de redução de 35% na mortalidade neonatal entre povos das Primeiras Nações. Na Nova Zelândia, a formação intercultural obrigatória em saúde Maori é requisito para todos os profissionais do sistema público desde 2010, com impacto positivo documentado na redução de desigualdades em saúde. No México, o programa Casas de Salud de la Mujer Indígena combina atendimento biomédico com práticas tradicionais, respeitando parteiras e curandeiras, com redução de 40% na mortalidade materna entre populações indígenas rurais. Na Bolívia, a Lei de Medicina Tradicional (Lei nº 459 de 2013) reconhece médicos e parteiras tradicionais como parte do sistema de saúde, com resultados positivos em cobertura e aceitação cultural. Esses precedentes internacionais demonstram que políticas de saúde intercultural, quando bem

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

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





CÂMARA DOS DEPUTADOS

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

desenhadas e adequadamente implementadas, produzem resultados mensuráveis e significativos na redução de desigualdades e na melhoria de indicadores de saúde.

A Política Nacional de Formação e Capacitação em Saúde da Mulher Indígena não se trata de privilégio ou paternalismo, mas de equidade: oferecer condições para que mulheres indígenas alcancem os mesmos padrões de saúde e dignidade das demais brasileiras, respeitando suas especificidades culturais.

Por todas essas razões, submetemos a presente proposição à elevada apreciação desta Casa Legislativa, confiantes de que sua aprovação representará marco histórico na proteção e promoção da saúde das mulheres indígenas do Brasil.

Sala das Sessões, em de de 2025.

Deputado AMOM MANDEL

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

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



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**

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

| | |
|--|---|
| LEI COMPLEMENTAR Nº 101, DE 4 DE MAIO DE 2000 | https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei.complementar:200005-04;101 |
|--|---|

FIM DO DOCUMENTO