

Organização Mundial da Saúde

Plano de Acção Mundial para a Saúde dos Povos Indígenas (2027-2040)

Índice

Contexto	2
Âmbito	3
Princípios orientadores	4
Quadro operacional	6
<u>Prioridade 1</u> : A liderança e a participação dos Povos Indígenas na elaboração, definição, gestão e implementação de políticas e programas de saúde	7
<u>Prioridade 2</u> : Cobertura dos serviços de saúde e protecção financeira para os Povos Indígenas, nomeadamente em emergências sanitárias	8
<u>Prioridade 3</u> : Abordagens interculturais, centradas nos pontos fortes e holísticas que garantam o direito aos medicamentos tradicionais e a manutenção das práticas de saúde	9
<u>Prioridade 4</u> : Determinantes ambientais e sociais interligados da saúde dos Povos Indígenas e as desigualdades de género	11
<u>Prioridade 5</u> : Geração de dados factuais, soberania dos dados indígenas e responsabilização conjunta pela saúde dos Povos Indígenas	14
Apoio do Secretariado da OMS	16
Correlações com o sistema mais alargado da ONU	17
Referências	18

Orientações para os revisores: O número máximo de palavras permitido é de 5000 para qualquer plano de acção mundial da OMS a ser analisado pelos órgãos directivos da OMS. Para reflectir, tanto quanto possível, os inúmeros comentários recebidos sobre a primeira versão, esta segunda versão do Plano tem agora um volume superior ao da primeira, sem contar com as referências e o índice. A próxima versão deverá respeitar o limite de palavras, pelo que agradecemos sugestões sobre onde o texto poderá ser reduzido e solicitamos que todos os acréscimos solicitados sejam acompanhados de sugestões sobre onde o texto poderá ser reduzido. Aquando da elaboração dos seus comentários, indique o número do parágrafo e a secção e/ou a prioridade e o domínio intervenção, e forneça

Versão Preliminar

Contexto

1. Em 2023, a Septuagésima Sexta Assembleia Mundial da Saúde (AMS) adoptou a Resolução 76.16¹ sobre a Saúde dos Povos Indígenas que reconhece que os Povos Indígenas têm o mesmo direito ao gozo do mais alto padrão possível de saúde física e mental.
2. A Resolução 76.16 da AMS solicita à OMS que elabore um Plano de Acção Mundial para a Saúde dos Povos Indígenas (doravante o “projecto de Plano”), em consulta com os Estados-Membros, os Povos Indígenas, as agências relevantes das Nações Unidas e do sistema multilateral, bem como a sociedade civil, o meio académico e outras partes interessadas. Os pormenores do processo realizado constam do Anexo 1.
3. A OMS tomou as seguintes medidas durante o período de 2023-2026 para a elaboração do projecto de Plano: uma revisão dos dados factuais existentes, realizada com investigadores indígenas e não indígenas em 2024; uma sessão de contribuições na Cidade do México, organizada pela OPAS em coordenação com o Governo do México, com líderes indígenas e representantes que trabalham na área da saúde indígena nos Ministérios da Saúde de seis países (Estado Plurinacional da Bolívia, Brasil, Equador, México, Peru e República Bolivariana da Venezuela); um evento paralelo no Fórum Permanente das Nações Unidas sobre Questões Indígenas (UNPFII) em 2025 para sensibilizar para o desenvolvimento do Plano; elaboração da primeira versão, com contributos de peritos indígenas e lançamento de um convite global online ao envio de comentários em 2025; apoio à 158.ª Reunião do Conselho Executivo², que concordou em adiar a apreciação do projecto de Plano para 2027, a fim de permitir mais tempo para consultas; e recolha de contributos dos programas da Sede da OMS, dos Escritórios Regionais da OMS e do Grupo de Apoio Interagências sobre Questões Indígenas. O projecto de Plano baseia-se igualmente nas lições retiradas da Estratégia e Plano de Acção da OPAS sobre Etnia e Saúde 2019-2025³.
4. O projecto de Plano reconhece a necessidade de que as políticas, os programas e as iniciativas no domínio da saúde incorporem a visão e as prioridades dos Povos Indígenas, com o seu consentimento livre, prévio e informado (ver a secção “Princípios Orientadores”). O projecto de Plano apoia o cumprimento dos compromissos assumidos na Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas (UNDRIP)⁴, adoptada pela Assembleia Geral das Nações Unidas através da resolução A/RES/61/295, incluindo, entre outros:
 - O artigo 23.º sobre os direitos dos Povos Indígenas de participarem activamente na elaboração e definição de programas de saúde (e outros) que lhes digam respeito; e
 - O artigo 24.º sobre o direito dos Povos Indígenas aos seus medicamentos tradicionais, à manutenção das suas práticas de saúde e ao acesso, sem qualquer discriminação, a todos os serviços sociais e de saúde.
5. O projecto de Plano baseia-se numa análise dos dados disponíveis⁵ que evidenciou questões fundamentais em matéria de saúde indígena e diferenças entre os vários contextos nacionais. A nível mundial, e reconhecendo as lacunas nos dados, os dados factuais disponíveis sugerem que os Povos Indígenas podem enfrentar taxas desproporcionalmente elevadas de mortalidade materna, neonatal e infantil; uma prevalência elevada de doenças crónicas e infecciosas; e, em muitos contextos, uma esperança de vida significativamente mais baixa em comparação com as populações não indígenas.^{6,7,8} A análise salientou que os dados sobre a saúde dos Povos

Indígenas, desagregados por sexo, idade, deficiência e características socioespaciais, tais como a localização geográfica e o rendimento, são limitados. A análise sublinhou igualmente os impactos significativos dos determinantes sociais e ambientais sobre a saúde dos Povos Indígenas, a par dos impactos sanitários intergeracionais da colonização, da privação multidimensional e da discriminação estrutural.

6. As doenças não transmissíveis, incluindo o cancro, as doenças cardiovasculares, as doenças respiratórias crónicas e a diabetes, podem afectar de forma desproporcional os Povos Indígenas,⁹ a par de uma saúde oral e ocular mais precária.^{10,11} O acesso dos Povos Indígenas ao tratamento destas doenças também pode ser mais limitado¹². O consumo de tabaco comercial, muitas vezes iniciado durante a adolescência, é uma das principais causas de doença e mortalidade prematura em algumas comunidades indígenas.^{13,14,15} A saúde mental dos Povos Indígenas constitui uma preocupação crescente, sendo que entre os problemas mais comuns contam-se a depressão, o suicídio e o consumo de substâncias, especialmente entre os jovens indígenas.¹⁶
7. Os dados disponíveis sugerem que as doenças transmissíveis, tais como a infecção por VIH e a SIDA¹⁷, tuberculose¹⁸, hepatite C¹⁹ e paludismo²⁰ podem afectar de forma desproporcional os Povos Indígenas.
8. Algumas populações indígenas, tais como os migrantes, os refugiados, aqueles que vivem em zonas afectadas por conflitos e as pessoas indígenas com deficiência, encontram-se frequentemente numa situação mais desfavorável. Embora não existam dados mundiais desagregados, estima-se que as pessoas indígenas sejam afectadas de forma desproporcional por deficiências.²¹
9. Os Povos Indígenas enfrentam de forma desigual uma série de riscos para a saúde associados à degradação ambiental, incluindo a perda de biodiversidade, as alterações climáticas e a poluição, que podem perturbar os sistemas alimentares tradicionais, reduzir o acesso a plantas medicinais e comprometer as relações culturais com a terra e os ecossistemas.^{22,23} Além disso, são mais propensos a não ter acesso à água potável e saneamento geridos de forma segura.^{24,25}

Âmbito

10. O projecto de Plano refere-se aos “Povos Indígenas” nos termos da UNDRIP. O Plano reconhece a diversidade existente nas regiões e nos países, e que as diferenças em termos de contextos históricos, culturais e outros factores implicam que não existe uma definição única e definitiva para todos os Povos Indígenas.
11. O projecto de Plano visa reflectir os contextos nacionais e subnacionais em que vivem os Povos Indígenas, sendo que, em alguns contextos, estes representam uma percentagem menor da população total e, noutros, representam a maioria. O projecto de Plano reconhece igualmente a diversidade dos sistemas de conhecimento, das práticas culturais e das relações dos indígenas com os ecossistemas, a terra, a água e o território, que determinam a saúde e o bem-estar dos Povos Indígenas.
12. O projecto de Plano reconhece a heterogeneidade existente *dentro de* grupos específicos de Povos Indígenas, incluindo diferenças em termos de idade, sexo, local de residência (por exemplo, zona rural/urbana), rendimento, nível de escolaridade, meios de subsistência e emprego,

situações de isolamento voluntário ou de contacto inicial, língua, deficiência, estatuto de migrante e refugiado, estatuto de deslocado interno, orientação sexual e identidade de género, falta de identidade jurídica e outros factores, incluindo a discriminação com base em diferentes motivos²⁶. Presta também especial atenção à interseccionalidade destes factores e considera que a igualdade de género é fundamental para a saúde e o bem-estar dos Povos Indígenas.

13. O projecto de Plano reconhece os Povos Indígenas que vivem em contextos humanitários e/ou enfrentam emergências sanitárias (sejam elas de origem natural ou humana).
14. As prioridades do projecto de Plano são de natureza transversal, na medida em que se aplicam a qualquer tema de saúde (por exemplo, diabetes, hipertensão, saúde mental, saúde materno-infantil, paludismo, tuberculose, entre outros). As prioridades visam contribuir para o reforço dos sistemas de saúde, promovendo a equidade, os direitos humanos e a igualdade de género no domínio da saúde, bem como abordagens governamentais globais em matéria de saúde pública.
15. O projecto de Plano abrange o período de 2027 a 2040. Por conseguinte, as prioridades visam estar em consonância com as questões de saúde nos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e na futura agenda pós-ODS. Além disso, estas prioridades estão em sintonia com as prioridades do actual 14.º Programa Geral de Trabalho (PGT) da OMS, sendo suficientemente flexíveis para estarem de acordo com futuros PGT até 2040.
16. As cinco prioridades e os 18 domínios de intervenção do Plano destinam-se sobretudo aos Estados-Membros, enquanto principais responsáveis, a par de outros intervenientes, incluindo o meio académico e os institutos de investigação, a sociedade civil, o sector privado, as associações profissionais e as entidades do sistema multilateral, entre outros. Qualquer avanço em qualquer um dos domínios de intervenção deve implicar a coordenação com os Povos Indígenas, com o seu consentimento livre, prévio e informado. Os Estados-Membros são encorajados a prever rubricas orçamentais específicas e recursos humanos para apoiar a implementação deste Plano nos respectivos contextos nacionais.

Princípios orientadores

16. **O Consentimento Livre, Prévio e Informado** é um princípio de direitos humanos reconhecido na UNDRIP. A Resolução 76.16 da AMS insta os Estados-Membros e outros intervenientes relevantes a tomarem medidas para a saúde dos Povos Indígenas em consulta com os Povos Indígenas, com o seu consentimento livre, prévio e informado. Todas as medidas propostas no presente projecto de Plano devem ser consideradas tendo em conta este princípio.
17. **A abordagem baseada nos direitos humanos** significa que as políticas e os programas de saúde são concebidos e implementados em conformidade com as obrigações de um país em matéria de direitos humanos e os compromissos assumidos ao abrigo dos mecanismos internacionais de direitos humanos (incluindo a UNDRIP). Mais concretamente, uma abordagem centrada nos direitos dos Povos Indígenas incide no reconhecimento, respeito e cumprimento dos direitos individuais e colectivos dos Povos Indígenas, enquanto titulares de direitos distintos, e na identificação e resolução das desigualdades e iniquidades específicas enfrentadas pelos Povos Indígenas.

18. **O direito à autodeterminação.** A Carta das Nações Unidas, o Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais e o Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos, bem como a Declaração e o Programa de Acção de Viena, afirmam a importância fundamental do direito à autodeterminação de todos os povos. O artigo 3.º da UNDRIP salienta o direito dos Povos Indígenas à autodeterminação, ao passo que o artigo 23.º da UNDRIP destaca o seu direito de participar activamente na *elaboração e definição* de programas de saúde, habitação e outros programas económicos e sociais que lhes digam respeito e, na medida do possível, de gerir esses programas através das suas próprias instituições. **A soberania dos dados indígenas**, centrada na propriedade, no controlo, no acesso e na posse, por parte dos Povos Indígenas, dos dados relativos à sua própria saúde, está relacionada com o direito à autodeterminação.

19. **As abordagens culturalmente seguras, holísticas e baseadas nos pontos fortes** reconhecem a importância da liderança indígena para alinhar as iniciativas de saúde com as visões do mundo dos Povos Indígenas. Conforme explanado nos estudos sobre os determinantes indígenas da saúde, tal significa reconhecer as percepções indígenas da saúde física e mental como estando indissociavelmente ligadas e sendo moldadas pelas interações entre o corpo, a mente, as emoções, o espírito, a terra e o ambiente que sustentam a saúde, os meios de subsistência e a continuidade cultural dos Povos Indígenas, bem como os seus direitos, tal como definidos na UNDRIP^{27,28}. Estas abordagens implicam também centrar-se nos pontos fortes dos Povos Indígenas e restaurar, preservar e promover as culturas, as línguas, as práticas e os sistemas de conhecimento indígenas que contribuem para a saúde e o bem-estar. A ênfase na língua está em consonância com o Plano de Acção Mundial da ONU para a Década Internacional das Línguas Indígenas, incluindo o seu resultado 4, que apela à criação de *quadros adequados para as línguas indígenas, concebidos para proporcionar melhores serviços de saúde, reconhecendo os sistemas de medicina tradicional, bem como para promover a coesão social e dar resposta a situações de emergência humanitária, especialmente durante crises de saúde, períodos de conflito e catástrofes naturais*²⁹. Uma abordagem holística da saúde está associada a uma perspectiva que abrange todo o ciclo de vida e é transgeracional, incluindo uma atenção específica às crianças, aos adolescentes e aos jovens, bem como aos idosos, à saúde mental e ao bem-estar psicossocial.

20. **A aplicação de abordagens que promovam a equidade na saúde, a igualdade de género e a inclusão da deficiência**

significa que as políticas e os programas de saúde:

- visam reduzir as lacunas na cobertura dos serviços de saúde e na protecção financeira, bem como endereçar os determinantes ambientais e sociais (incluindo os comerciais) da saúde que estão interligados;
- endereçar as normas de género nocivas que constituem as causas de fundos e as consequências das relações de poder desiguais e que afectam a saúde dos Povos Indígenas de diversas formas; e
- promover a participação relevante das pessoas com deficiência, promover os seus direitos e ter em conta as perspectivas relacionadas com a deficiência.

21. **A abordagem dos cuidados de saúde primários (CSP)** visa o reforço dos sistemas de saúde e a aproximação de serviços de saúde abrangentes e integrados às comunidades. Implica uma acção multisectorial para: abordar os determinantes da saúde; empoderar as pessoas, as famílias e as comunidades; e satisfazer as necessidades básicas de saúde das pessoas ao longo das suas vidas. Para os Povos Indígenas, tal inclui os medicamentos e práticas tradicionais, bem como abordagens interculturais que reconhecem a coexistência de práticas de saúde indígenas e biomédicas.

22. **Uma abordagem ao longo da vida** visa promover e proteger a saúde das pessoas em todas as idades, atendendo às suas necessidades, garantindo uma cobertura eficaz em termos de serviços de saúde e protecção financeira, e salvaguardando o direito à saúde ao longo de toda a vida. Esta abordagem tem em conta as pessoas e as gerações ao longo do tempo, bem como a forma como as trajectórias de vida são moldadas por factores sociais, culturais, ambientais intermédios e estruturais. Para os Povos Indígenas, a ligação intergeracional, a continuidade cultural, a transmissão de conhecimentos e o bem-estar colectivo são elementos centrais desta abordagem.
23. **A abordagem “Uma Só Saúde”**, que reconhece a interdependência entre as pessoas e o ambiente, é uma abordagem integrada e unificadora que visa equilibrar e otimizar de forma sustentável a saúde das pessoas, dos animais e do ecossistema. O projecto de Plano reconhece a inter-relação com a terra e os elementos naturais como determinantes fundamentais para a saúde dos Povos Indígenas. Estas relações estão em sintonia com a abordagem “Uma Só Saúde”, ao mesmo tempo que reflectem as visões holísticas indígenas sobre o bem-estar interligado das pessoas, da terra, dos animais, das plantas e dos ecossistemas.

Versão Preliminar

Quadro operacional: Plano de Acção Mundial para a Saúde dos Povos Indígenas (20272024)

Goal	To promote, provide and protect the health and well-being of Indigenous Peoples				
Principals and approaches	<ul style="list-style-type: none"> Free, Prior and Informed Consent Human Rights Based Approach Right to Self-Determination Culturally safe, holistic and strengths-based approaches 		<ul style="list-style-type: none"> Applying equity-oriented, gender equality and disability-inclusive approaches Primary Health Care approach Life course approach One Health approach 		
Priority areas	Priority 1: Indigenous Peoples' leadership and engagement	Priority 2: Health service coverage and financial protection for Indigenous Peoples	Priority 3: Intercultural, strengths-based and holistic approaches including traditional medicines	Priority 4: Environmental and social determinants of Indigenous Peoples' health, & gender inequalities	Priority 5: Evidence generation, Indigenous data sovereignty, and joint accountability
Action areas	<p>1.1: Leadership and engagement in health policies and programmes</p> <p>1.2: Indigenous health and care workforce</p> <p>1.3: Indigenous Peoples role in the global health architecture</p>	<p>2.1: Equitable coverage with quality health services</p> <p>2.2: Health-related financial protection</p> <p>2.3: Indigenous Peoples' health needs in emergencies</p>	<p>3.1: Intercultural services including models of integrated health services</p> <p>3.2: Intellectual property rights to traditional medicines</p> <p>3.3: Capacity-building for intercultural, non-discriminatory and holistic service delivery</p>	<p>4.1: Environmental determinants</p> <p>4.2: Indigenous Peoples' food systems and health</p> <p>4.3: Social determinants including commercial determinants</p> <p>4.4: Indigenous women and girls</p> <p>4.5: Indigenous Peoples in "Isolation and Initial Contact"</p>	<p>5.1: Leadership and co-development of health research</p> <p>5.2: Indigenous Peoples data sovereignty</p> <p>5.3: Monitoring health inequalities</p> <p>5.4: Platforms for joint accountability</p>
WHO Contribution	<p>Country support. Tailored support to Member States, upon request, to deliver on the priorities and action areas in the Global Plan of Action</p>				
	<p>Leadership and coordination. Strengthened collaboration with Indigenous Peoples and cross-cutting coordination and engagement with relevant UN and multilateral system agencies, human rights mechanisms, civil society, academia and other stakeholders to promote Indigenous Peoples' health</p>				
	<p>Governance and accountability. Secretariat support reporting to the World Health Assembly on implementation progress, and establishment of an internal WHO cross-cutting coordination mechanism.</p>				
	<p>Development of normative products and capacity-building. Mainstreaming a focus on the health of Indigenous Peoples scaled up across all WHO programmes and levels, and co-development with Indigenous Peoples, as appropriate, guidance, tools, and training materials</p>				
Assumptions and enablers	<ul style="list-style-type: none"> Strong coordination and collaboration with Indigenous Peoples, in line with the principle of Free, Prior and Informed Consent Sustained political commitment by Member States, and of other actors with important roles in the plan Sufficient financing An optimized WHO secretariat, at all levels Strong UN and multilateral system coordination, at all levels 				

Prioridade 1: A liderança e a participação dos Povos Indígenas na elaboração, definição, gestão e implementação de políticas e programas de saúde

Domínio de intervenção 1.1: *Os Estados-Membros e outros intervenientes promovem a liderança e a participação dos Povos Indígenas na elaboração, definição, gestão, implementação, monitorização e avaliação das políticas, programas e iniciativas no domínio da saúde que lhes dizem respeito*

24. Conforme adequado aos seus contextos nacionais, insta-se os Estados-Membros a reforçarem a liderança e a participação dos Povos Indígenas na elaboração, definição, gestão, implementação, monitorização e avaliação das políticas e programas de saúde que lhes dizem respeito (para mais informações sobre monitorização e avaliação, consulte a Prioridade 5). Tal implica apoiar a gestão de programas de saúde através das suas próprias instituições, na medida do possível, e garantir um financiamento sustentável dos serviços de saúde geridos por indígenas, para que estes possam prestar de forma eficaz serviços autodeterminados e culturalmente seguros, bem como promover o trabalho intersectorial com vista a uma abordagem que integre a saúde em todas as políticas. Este domínio defende o princípio do Consentimento Livre, Prévio e Informado e apoia o diálogo intercultural, incluindo a nível comunitário, no âmbito dos programas de saúde. Implica criar, manter ou reforçar mecanismos de participação que sejam cultural e linguisticamente adequados, que reflectam a paridade de género, que sejam social e espacialmente inclusivos (por exemplo, superando barreiras relacionadas com o género, a deficiência, a localização geográfica, os prazos e o rendimento), que sejam adequados aos meios de subsistência (por exemplo, que tenham em conta as realidades da agricultura sazonal ou da pastorícia) e que sejam acessíveis a todas as gerações. Recursos adequados, previsíveis e destinados exclusivamente à participação dos Povos Indígenas, bem como o respeito pelos procedimentos próprios desses povos para a eleição de representantes, constituem componentes essenciais deste domínio.

Domínio de intervenção 1.2: *Os Estados-Membros e outros intervenientes (incluindo instituições académicas e associações profissionais) elaboram políticas, programas e iniciativas destinadas a empoderar, reforçar e ampliar a força de trabalho indígena na saúde*

25. Este domínio, que está no âmbito de todos os outros domínios de intervenção, reconhece o papel dos Povos Indígenas enquanto profissionais de saúde e de cuidados, profissões³⁰ cujo objectivo principal é promover a saúde. Tal abrange todas as profissões da área da saúde, incluindo os praticantes de medicina tradicional. Os profissionais de saúde e de cuidados que pertencem a Povos Indígenas são fundamentais para ajudar a satisfazer as necessidades de saúde das suas comunidades, através de serviços de saúde centrados nas pessoas e culturalmente seguros. Os profissionais de saúde indígenas contribuem não só com conhecimentos técnicos, mas também com competências linguísticas, conhecimentos culturais e relações de confiança no seio das suas comunidades. Tal contribui para a prevenção de doenças, a promoção da saúde, a detecção de casos e a continuidade dos cuidados, ao mesmo tempo que melhora a capacidade de resposta do sistema de saúde aos determinantes da saúde. Os Povos Indígenas que são investigadores na área da saúde, peritos em saúde pública e especialistas em “Uma Só Saúde”, juntamente com os Povos Indígenas especialistas em sistemas de conhecimento indígenas relacionados com a saúde, a gestão da terra, a biodiversidade e a governação ambiental, constituem partes importantes desta força de trabalho.

26. Políticas e intervenções bem direccionadas, desenvolvidas em colaboração com os Povos Indígenas, bem como recursos sustentáveis, podem reforçar a força de trabalho indígena. Em conformidade com as *orientações da OMS sobre o desenvolvimento, a atracção, o recrutamento e a retenção de profissionais de saúde em zonas rurais e remotas*³¹ (2021) e de acordo com os respectivos contextos nacionais, os Estados-Membros devem considerar a adopção de estratégias integradas, culturalmente adequadas e específicas ao contexto, destinadas a desenvolver, atrair, recrutar e reter profissionais de saúde indígenas, incluindo os provenientes de comunidades rurais (uma vez que quase 3 em cada 4 pessoas indígenas a nível mundial vivem em zonas rurais³²) e de comunidades carenciadas. O reforço do pessoal da saúde indígena passa pela ampliação das vias de formação para estudantes indígenas, com a devida atenção à formação em segurança cultural destinada a docentes, profissionais de saúde e outros estudantes, bem como pela integração dos estudantes nas suas associações profissionais³³. Estas políticas revelam-se mais eficazes quando combinadas com medidas regulatórias adequadas, incentivos financeiros e não financeiros, bem como sistemas de apoio pessoal e profissional sólidos. Em conformidade com a orientação da OMS acima referida, as comunidades indígenas devem ser envolvidas de forma relevante no planeamento, na implementação e na avaliação destas intervenções. É necessário que as políticas se concentrem em reconhecer e apoiar as contribuições essenciais dos profissionais de saúde e de cuidados indígenas que trabalham na economia informal ou prestam cuidados não remunerados, uma vez que esse trabalho tende a ser subvalorizado, apesar da sua importância crucial para os resultados no domínio da saúde. É igualmente necessário prestar atenção ao papel das mulheres indígenas como praticantes de medicina tradicional e à igualdade de género nas políticas relativas à força de trabalho.

Domínio de intervenção 1.3: *Os intervenientes no sistema multilateral intensificam as medidas destinadas a reforçar o papel dos Povos Indígenas na arquitectura global da saúde*

27. Este domínio apoia a liderança e a participação dos Povos Indígenas na arquitectura global da saúde, definida como o *sistema de princípios, acordos e intervenientes da saúde global*³⁴. Tal implica reforçar (através de mecanismos e financiamentos intencionais e sustentados) o envolvimento dos Povos Indígenas com outros intervenientes mundiais na área da saúde, incluindo o sistema das Nações Unidas, organizações multilaterais, doadores bilaterais, parcerias público-privadas mundiais, organizações filantrópicas, associações profissionais e organizações da sociedade civil, entre outros³⁵, tanto na era dos ODS como na era pós-ODS.

Prioridade 2: Cobertura dos serviços de saúde e protecção financeira para os Povos Indígenas, nomeadamente em emergências sanitárias

Domínio de intervenção 2.1: *Os Estados-Membros asseguram que os Povos Indígenas têm acesso equitativo a serviços de saúde abrangentes e de qualidade ao longo de todo o ciclo de cuidados*

28. Insta-se os Estados-Membros a promoverem a concretização do direito à saúde dos Povos Indígenas, garantindo que as suas necessidades de saúde são satisfeitas no âmbito das reformas rumo à cobertura universal de saúde (no que diz respeito à cobertura dos serviços e à protecção financeira), dedicando a devida atenção tanto à prestação como à experiência dos cuidados de saúde. Apoiado por quadros jurídicos e políticos adequados, este domínio aborda os obstáculos ao acesso a serviços de saúde abrangentes, não discriminatórios e linguisticamente e culturalmente

seguros, quer se trate de serviços de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação ou cuidados paliativos. Tem também em conta as necessidades específicas das crianças, dos adolescentes, dos jovens e dos idosos. Este domínio engloba esforços destinados a melhorar a disponibilidade, a acessibilidade (incluindo a acessibilidade geográfica, administrativa, informativa e financeira), a aceitabilidade e a qualidade dos serviços de saúde prestados aos Povos Indígenas. Em articulação com as prioridades 1 e 3, este domínio abrange modelos e práticas de prestação de serviços interculturais que reflectam as realidades culturais, linguísticas, socioeconómicas, de meios de subsistência e geográficas vividas pelos Povos Indígenas, prestando a devida atenção às intersecções entre idade, género e deficiência com outros factores, bem como à prevenção da discriminação por parte dos prestadores de serviços de saúde.

29. Além dos serviços de saúde prestados em unidades de saúde, este domínio compreende também os serviços prestados na comunidade e em contextos como escolas, casas, locais de trabalho e prisões, entre outros. Tendo em conta que muitos Povos Indígenas em todo o mundo vivem em zonas rurais, tal implica esforços específicos para reforçar as redes de prestadores de serviços nessas zonas, nomeadamente através da resolução das lacunas na força de trabalho no sector da saúde (ver domínio de intervenção 1.2), do reforço das equipas multidisciplinares de cuidados de saúde primários e do trabalho de proximidade, bem como de uma maior utilização de tecnologias de telemedicina e de saúde digital cultural e linguisticamente adequadas. Dá também especial atenção à concepção da prestação de serviços, com vista a satisfazer as necessidades de saúde das mulheres indígenas e dos Povos Indígenas urbanos, migrantes, deslocados internos e refugiados.

Domínio de intervenção 2.2: *Os Estados-Membros garantem protecção financeira em matéria de saúde aos Povos Indígenas.*

27. Reconhecendo o papel que as despesas de saúde directamente suportadas pelo utente desempenham na origem de dificuldades financeiras e/ou na não satisfação das necessidades de cuidados de saúde entre os Povos Indígenas, este domínio centra-se em garantir uma cobertura adequada com dispositivos de protecção financeira. Os Povos Indígenas podem ser afectados de forma desigual pela pobreza e por uma série de obstáculos (por exemplo, de natureza administrativa, relacionados com a residência, linguísticos e outros) no acesso à protecção financeira para serviços e produtos de saúde. Este domínio implica o reforço da protecção financeira na área da saúde para limitar os gastos directos com cuidados de saúde.

Domínio de intervenção 2.3: *Os Estados-Membros, o sistema multilateral e outros intervenientes atendem às necessidades dos Povos Indígenas afectados por emergências sanitárias, nomeadamente em contextos de catástrofes humanitárias e naturais*

28. Este domínio sublinha a importância de conceber, conduzir e implementar em conjunto estratégias de preparação, mitigação e resposta a emergências sanitárias com os Povos Indígenas, optimizando o seu potencial impacto nas comunidades indígenas. Salienta igualmente a necessidade de se dedicar uma atenção específica e direccionada aos Povos Indígenas em contextos humanitários e de catástrofes naturais, uma vez que estes podem sofrer impactos desproporcionais (devido a níveis mais elevados de vulnerabilidade socioeconómica e/ou a meios de subsistência particularmente susceptíveis a riscos relacionados com as alterações climáticas), bem como podem enfrentar obstáculos no acesso a serviços de saúde, ajuda alimentar e outras formas de protecção. A atenção à saúde dos Povos Indígenas ao longo da vida, bem como a

problemas como a doença mental³⁶, é relevante em emergências sanitárias.

Prioridade 3: Abordagens interculturais, centradas nos pontos fortes e holísticas que garantam o direito aos medicamentos tradicionais e a manutenção das práticas de saúde

Domínio de intervenção 3.1: *Os Estados-Membros e outros intervenientes apoiam os serviços interculturais, incluindo modelos de serviços de saúde integrados³⁷, reconhecendo o direito dos Povos Indígenas de manter, controlar, proteger e desenvolver os seus medicamentos e práticas tradicionais*

29. Este domínio visa apoiar e reforçar a segurança e a eficácia dos medicamentos e das práticas tradicionais dos Povos Indígenas, em conformidade com a Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional da OMS³⁸. A medicina tradicional refere-se a sistemas codificados ou não codificados de cuidados de saúde e bem-estar, que incluem práticas, competências, conhecimentos e filosofias com origem em diferentes contextos históricos e culturais, distintos da biomedicina e anteriores a esta, tendo evoluído a par da ciência para a sua aplicação actual com base na experiência. A medicina tradicional privilegia os remédios de origem natural (incluindo medicamentos à base de plantas) e abordagens holísticas e personalizadas para restabelecer o equilíbrio entre a mente, o corpo e o ambiente. Este domínio implica políticas, estratégias, quadros jurídicos, protocolos, modelos de garantia da qualidade e fontes de financiamento que reconhecem a medicina tradicional indígena e permitem a sua integração nos sistemas de saúde nacionais e subnacionais.
30. Este domínio promove o respeito e o cumprimento tanto dos sistemas nacionais de saúde como dos protocolos dos Povos Indígenas nos cuidados de saúde primários e noutros níveis, ao mesmo tempo que possibilita modelos de saúde interculturais que valorizam a medicina tradicional indígena e reforçam a capacidade de resposta às necessidades de saúde holísticas dos Povos Indígenas. Este domínio reconhece os direitos dos Povos Indígenas de manter, controlar, proteger e desenvolver os seus medicamentos e práticas tradicionais, ao longo de todo o ciclo de cuidados e em relação a uma variedade de questões de saúde (por exemplo, serviços de saúde materna e de saúde mental), bem como de desenvolver em conjunto modelos de serviços de saúde integrados - utilizando uma combinação de conhecimentos, competências e práticas médicas biomédicas e tradicionais indígenas - com os sistemas nacionais de saúde, conforme considerem adequado. Tal passa por envolver os Povos Indígenas como parceiros iguais na criação de protocolos de eficácia e segurança relativos à medicina tradicional, assegurando que os estudos de validação respeitam e incorporam os seus conhecimentos e as suas visões do mundo. Estas abordagens estão em consonância com o trabalho já desenvolvido pela OMS em matéria de qualidade dos cuidados³⁹ e com os cuidados centrados nas pessoas, caracterizados pelo respeito, pela dignidade, pela comunicação eficaz, pela escolha informada e pelo apoio emocional, que estão intimamente ligados à continuidade dos cuidados e a relações de confiança entre prestadores e utentes.

Domínio de intervenção 3.2: *Os Estados-Membros e todos os intervenientes relevantes respeitam e protegem os direitos de propriedade intelectual dos Povos Indígenas sobre os seus medicamentos e práticas tradicionais*

31. Este domínio implica promover medidas, em conformidade com os instrumentos internacionais⁴⁰, para proteger os direitos de propriedade intelectual dos Povos Indígenas relativos aos seus medicamentos e práticas tradicionais, salvaguardando-os da utilização ou apropriação indevidas ou exploração. Os serviços de saúde integrados exigem uma colaboração norteada pelo respeito entre os profissionais de saúde e os detentores de conhecimentos, no reconhecimento de todos os direitos e privilégios conferidos pela Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas (UNDRIP) e por todos os outros instrumentos internacionais relacionados, incluindo a Convenção sobre Povos Indígenas e Tribais (n.º 169 de 1989), a Convenção sobre a Diversidade Biológica (1992) e o Tratado sobre Propriedade Intelectual, Recursos Genéticos e Conhecimentos Tradicionais Associados (2024)⁴¹. Este domínio aplica-se aos medicamentos à base de plantas dos Povos Indígenas, incluindo ervas, matérias-primas vegetais, plantas psicoactivas, preparações à base de plantas e produtos acabados à base de plantas, que contenham como ingredientes activos partes de plantas, outras matérias-primas vegetais ou combinações destas, bem como outros conhecimentos, competências e práticas médicas tradicionais. Este domínio também implica promover a partilha adequada e equitativa dos benefícios decorrentes da utilização da medicina tradicional indígena, em conformidade com os instrumentos internacionais existentes, bem como com os tratados relevantes a nível nacional e local.

Domínio de intervenção 3.3: *Os Estados-Membros e outros intervenientes, incluindo o meio académico e a sociedade civil, desenvolvem, em colaboração com os Povos Indígenas, iniciativas de reforço de capacidades para a prestação de serviços de saúde interculturais, não discriminatórios e holísticos*

32. Com base no domínio de intervenção 1.2 relativo à força de trabalho indígena, este domínio apoia o desenvolvimento e a implementação conjunta de programas de ensino e de formação contínua baseados em competências para os profissionais de saúde, em parceria com os Povos Indígenas, a fim de possibilitar práticas culturalmente seguras, respeitosas e baseadas nos direitos, que fomentem a igualdade de género ao longo de todo o ciclo de vida. Tal inclui promover a compreensão para combater a discriminação e reforçar a capacidade de todos os profissionais de saúde trabalharem em colaboração com os Povos Indígenas, enquanto parceiros na gestão da sua própria saúde e enquanto membros de equipas de saúde multidisciplinares. Pode também envolver - com o Consentimento Livre, Prévio e Informado dos Povos Indígenas e a sua liderança, co-concepção e co-execução - a integração na formação médica de metodologias, princípios éticos e culturais, e valores indígenas, com ênfase na sensibilização cultural e no respeito pelos sistemas de conhecimento e práticas de medicina tradicional dos Povos Indígenas.

Prioridade 4: Determinantes ambientais e sociais interligados da saúde dos Povos Indígenas e as desigualdades de género

Domínio de intervenção 4.1: *Os Estados-Membros e outros intervenientes dão resposta aos impactos das alterações climáticas, da perda de biodiversidade e da degradação ambiental na saúde dos Povos Indígenas, bem como apoiam a gestão dos ecossistemas liderada pelos Povos Indígenas e abordagens baseada na natureza que salvaguardam a saúde*

33. Este domínio insta os Estados-Membros e outros intervenientes a garantirem a plena participação dos Povos Indígenas na concepção, na produção, na implementação, na monitorização e na avaliação conjuntas das dimensões relacionadas com a saúde das estratégias de mitigação, adaptação e resposta às alterações climáticas; das estratégias de conservação e gestão da biodiversidade e dos recursos terrestres; e das avaliações de impacto ambiental e de risco. Este domínio exige um reforço das medidas relativas aos impactos das alterações climáticas, da perda de biodiversidade, da poluição e da degradação ambiental na saúde dos Povos Indígenas. Estas alterações ambientais podem perturbar os sistemas alimentares tradicionais, diminuir a agrobiodiversidade⁴², reduzir o acesso a plantas medicinais e a outros componentes dos sistemas de medicina tradicional, assim como comprometer as relações culturais e espirituais com a terra e os ecossistemas, que são fundamentais para a saúde e o bem-estar dos Povos Indígenas. As intervenções neste domínio devem ser orientadas por princípios de uma respeitosa partilha de conhecimentos com os Povos Indígenas, incluindo os que previstos no quadro emergente da OMS sobre biodiversidade, saúde e sistemas de conhecimentos tradicionais.
34. Este domínio apela também aos Estados-Membros para que apoiem a participação e a liderança dos Povos Indígenas nas plataformas de elaboração de políticas e planos relativas aos determinantes ambientais. O objectivo é garantir que as suas perspectivas são tidas em conta nas decisões relativas a abordagens preventivas (uma vez que a gestão ambiental, a conservação da biodiversidade e a mitigação das alterações climáticas funcionam como medidas de prevenção primária para muitos riscos para a saúde), destacando os benefícios para a saúde e o bem-estar decorrentes dos sistemas de governação, gestão e conhecimento indígenas.
35. Este domínio requer recursos e apoio adequados às funções desempenhadas pelos Povos Indígenas no âmbito da monitorização holística em matéria de saúde, ambiente e clima, bem como na geração de conhecimento nos seus territórios (em articulação com a Prioridade 5). Exige também medidas de resposta a emergências culturalmente adequadas em caso de materialização dos riscos climáticos, bem como a participação dos Povos Indígenas na sua concepção, definição e gestão. Estas medidas devem ser inclusivas e equitativas, reconhecendo a heterogeneidade existente entre os Povos Indígenas (ver parágrafos 12 e 13) e os diferentes factores contextuais.

Domínio de intervenção 4.2: *Os Estados-Membros e outros intervenientes apoiam o papel dos sistemas alimentares dos Povos Indígenas na promoção da saúde e do bem-estar*

36. Este domínio abrange o apoio e a liderança dos Povos Indígenas em prol de regimes alimentares saudáveis, seguros e sustentáveis, que se baseiam nos sistemas alimentares tradicionais, nas preferências alimentares, na agro-ecologia e nas práticas de gestão territorial, bem como na soberania alimentar indígena. Este domínio reconhece que as perturbações nos sistemas alimentares tradicionais dos Povos Indígenas (aliadas às mudanças globais na produção alimentar e nos sistemas alimentares, à rápida urbanização e à evolução dos estilos de vida) conduziram a uma alteração nos padrões alimentares de alguns Povos Indígenas, tendo as mulheres indígenas sido especialmente afectadas de forma adversa^{43,44}. Tal inclui um aumento do consumo de alimentos altamente processados, ricos em gorduras prejudiciais à saúde, açúcares livres e sal/sódio, a par de uma redução no consumo de frutas e legumes, cereais integrais, leguminosas e frutos secos. Os sistemas alimentares insustentáveis também têm contribuído para a degradação ambiental que afecta a saúde, incluindo a perda de biodiversidade e a deterioração de serviços ecossistémicos essenciais, como a polinização. Este domínio implica a expansão das “melhores opções” da OMS para uma alimentação saudável⁴⁵, tais como a rotulagem na parte frontal das embalagens e a restrição da comercialização de alimentos pouco saudáveis. Implica também a concepção conjunta de intervenções intersectoriais destinadas a aproveitar o contributo dos sistemas alimentares tradicionais para uma alimentação saudável dos Povos Indígenas e para a saúde dos ecossistemas. Tal passa por inovações no papel do sector da saúde na promoção deste desígnio, nomeadamente através da participação e liderança dos Povos Indígenas nos processos de compras públicas de alimentos, de subsídios ou da prescrição social de alimentos saudáveis para os Povos Indígenas, bem como de soluções baseadas na natureza para melhorar a biodiversidade e a nutrição.

Domínio de intervenção 4.3: *Os Estados-Membros trabalham de forma intersectorial e com outros intervenientes para endereçar os determinantes sociais, incluindo os determinantes comerciais, da saúde dos Povos Indígenas*

36. O Relatório Mundial da OMS de 2025 sobre os Determinantes Sociais da Saúde reconheceu *a identidade indígena como um determinante da saúde e da equidade na saúde (moldada pela discriminação e pelas injustiças históricas, bem como por factores de protecção)*⁴⁶. O sector da saúde pode fornecer dados factuais, defender e estabelecer parcerias para a adopção de medidas ao nível de toda a administração pública sobre os determinantes sociais que afectam a saúde dos Povos Indígenas, no âmbito de uma abordagem holística e intersectorial. Para reforçar os factores de protecção do bem-estar indígena, as medidas podem incluir, entre outras, a salvaguarda dos direitos territoriais indígenas, a promoção das línguas indígenas e o apoio a programas culturais e comunitários intergeracionais que contribuam para a saúde^{47,48}. Embora variem consoante o contexto, os determinantes sociais adversos que afectam a saúde dos Povos Indígenas podem incluir taxas desproporcionalmente mais elevadas de pobreza multidimensional e privação, associadas a legados históricos de colonialismo, violência, discriminação e racismo, danos culturais e assimilação forçada, expropriação de terras/deslocação forçada das terras tradicionais e trauma intergeracional^{49,50}. Para fazer face aos determinantes adversos, as medidas tomadas pelas autoridades podem incluir: políticas e programas antidiscriminação; a melhoria do acesso a bases de protecção social integradas, actividades de redução da pobreza e de geração de rendimentos; e programas de desenvolvimento na primeira infância culturalmente adequados e liderados pelos próprios indígenas nas comunidades indígenas. Este último inclui o apoio a

cuidados culturalmente seguros e conduzidos por indígenas, à aprendizagem precoce e a serviços comunitários, como alicerces para a saúde ao longo da vida. É necessário prestar especial atenção para garantir o acesso equitativo a prestações de protecção social adequadas, incluindo licença por doença, licença de maternidade e cobertura de invalidez, aos Povos Indígenas que trabalham tanto no sector informal como no formal.

37. Os determinantes comerciais da saúde são definidos como as actividades (e produtos) do sector privado que afectam a saúde das pessoas, directa ou indirectamente, de forma positiva ou negativa. Alguns determinantes comerciais têm implicações para a saúde ambiental (por exemplo, as indústrias extractivas, com quase metade das reservas minerais mundiais localizada em terras tradicionais indígenas ou nas suas proximidades⁵¹). Outros factores, como os alimentos ultraprocessados, o álcool e o tabaco, são factores de risco importantes para as doenças não transmissíveis entre os Povos Indígenas. Fora do controlo directo do governo, outros determinantes comerciais, tais como o narcotráfico, a caça furtiva de animais selvagens e a desflorestação ilegal, expõem os Povos Indígenas à violência, ao sofrimento psicológico e a danos físicos. Este domínio sublinha a necessidade de avaliações adequadas do impacto na saúde; de regulamentação e aplicação da mesma em matéria de saúde em todas as fases da produção, abastecimento, prestação de serviços, cálculo de custos e comercialização; de informação adequada e culturalmente apropriada sobre saúde; de um reforço do controlo por parte do governo das actividades ilegais que afectam a saúde e a segurança dos Povos Indígenas; e do respeito pelos direitos dos Povos Indígenas em matéria de saúde por parte dos intervenientes do sector privado a nível local, nacional e transnacional.

Domínio de intervenção 4.4: *Os Estados-Membros e outros intervenientes reforçam as abordagens culturalmente adequadas para melhorar a saúde das mulheres e raparigas indígenas*

38. Em consonância com o princípio subjacente deste Plano ser sensível às questões de género, este domínio exorta os Estados-Membros e outros intervenientes a promoverem medidas concretas no que diz respeito às necessidades e circunstâncias relacionadas com a saúde das mulheres e raparigas indígenas. Embora as mulheres indígenas possam desempenhar papéis importantes como prestadoras de cuidados de saúde tradicionais e de outros tipos, é necessário reforçar os sistemas de saúde de forma culturalmente segura, a fim de reconhecer esses papéis e garantir a igualdade de género nos sistemas nacionais de saúde. Devido ao efeito cumulativo da desigualdade de género sobre outros obstáculos à saúde, as mulheres e as raparigas indígenas podem também enfrentar um nível desproporcional de exposição e vulnerabilidade a factores de risco para a saúde, bem como de um acesso mais limitado a serviços e produtos de saúde de qualidade. Este domínio está relacionado com os programas de saúde destinados aos Povos Indígenas, abrangendo todos os problemas de saúde.
39. O projecto de Plano dedica especial atenção à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos, bem como à prevenção da violência de género. Historicamente, as raparigas e mulheres indígenas têm sido vítimas, de forma desproporcional, de esterilização coerciva⁵². Este domínio exige a criação de quadros que garantam os direitos reprodutivos das mulheres indígenas; devem ser asseguradas informações culturalmente adequadas, directrizes e reforço de capacidades no que diz respeito à exigência de consentimento pleno, livre e informado por parte dos prestadores de cuidados de saúde. Este domínio exige igualmente a promoção de estratégias que apoiem a tomada de decisões pelas mulheres no que diz respeito a partos culturalmente seguros⁵³. A promoção do acesso equitativo das raparigas indígenas ao ensino superior, a uma educação sexual abrangente e culturalmente adequada, bem como a existência e aplicação de leis contra o casamento infantil,

constituem instrumentos importantes para prevenir o casamento infantil e a gravidez na adolescência entre as raparigas indígenas. Em alguns países, a taxa de natalidade entre adolescentes indígenas é quase cinco vezes superior à da população em geral⁵⁴. Em alguns contextos, as mulheres e as raparigas indígenas podem enfrentar uma violência generalizada e sistémica, motivada por desigualdades de género, legados coloniais e racismo. Tal manifesta-se na violência cometida por parceiros íntimos, no tráfico de pessoas, nas práticas nocivas e no trauma intergeracional⁵⁵. São essenciais respostas do sector da saúde culturalmente adequadas, assim como sistemas de dados melhorados, protecções legais reforçadas e um acesso à justiça culturalmente seguro.

Domínio de intervenção 4.5: *Os Estados-Membros e outros intervenientes reconhecem e salvaguardam os direitos dos Povos Indígenas em matéria de saúde no contexto do “isolamento e do contacto inicial”, incluindo o direito ao isolamento*

40. Os Povos Indígenas em isolamento e em fase de contacto inicial não mantêm contacto regular com as populações maioritárias e tendem a evitar todas as formas de contacto com indivíduos fora do seu grupo⁵⁶. Em conformidade com o artigo 3.º da UNDRIP sobre a autodeterminação, têm o direito de não serem contactados^{57, 58}. Muitas vezes, carecem de identidade jurídica e não aparecem nas estatísticas nacionais. O isolamento pode ser voluntário ou forçado, sendo que este último se deve à existência de riscos de exploração, violência e/ou doenças contagiosas (tendo em conta os riscos para a saúde devido à sua baixa imunidade a doenças comuns, como a gripe). As autoridades desempenham um papel fundamental na elaboração, promoção e aplicação de políticas e leis destinadas a proteger a saúde destes Povos Indígenas. Este domínio apoia as medidas críticas e intersectoriais de saúde pública que visam o seu reconhecimento, a salvaguarda dos seus territórios (através do envolvimento com organizações de protecção e comunidades vizinhas) e a minimização da contaminação ambiental, da perda de biodiversidade e da degradação dos ecossistemas, uma vez que os Povos Indígenas em isolamento e em contacto inicial dependem destes recursos para a segurança alimentar, os medicamentos e as práticas de saúde tradicionais, bem como para o acesso à água potável. Este domínio promove igualmente a elaboração de planos de contingência em matéria de saúde para estes Povos Indígenas e o investimento em equipas de resposta rápida com formação adequada.

Prioridade 5: Geração de dados factuais, soberania dos dados indígenas e responsabilização conjunta pela saúde dos Povos Indígenas

Domínio de intervenção 5.1: *Os Estados-Membros e outros intervenientes, incluindo o meio académico, promovem a liderança dos Povos Indígenas e o desenvolvimento conjunto de investigações em saúde*

41. Este domínio apoia a investigação em saúde liderada por indígenas, bem como a co-produção e a participação dos Povos Indígenas em investigação em saúde liderada por terceiros, baseada nos princípios do Consentimento Prévio, Livre e Informado, “nada sobre nós sem nós” e “não causar danos”. Tal implica que as autoridades nacionais de saúde e os seus parceiros, incluindo o meio académico e os institutos de investigação, apoiem e dotem de recursos adequados a investigação liderada por indígenas ou co-produzida com eles, que reconheça as contribuições académicas dos sistemas de conhecimento indígenas, incluindo as suas diversas ontologias, epistemologias e metodologias⁵⁹, bem como as suas visões do mundo. Tal permitirá que a produção de dados

factuais apoie de forma mais eficaz a prestação de serviços de saúde culturalmente adequados e a intervenção sobre os determinantes da saúde, possibilitando a protecção, o reforço e a promoção da saúde indígena. Este domínio reconhece igualmente a importância da investigação realizada pelos Povos Indígenas, incluindo as mulheres indígenas, no que diz respeito às prioridades 1 a 4 do Plano.

Domínio de intervenção 5.2: *Os Estados-Membros e outros intervenientes intensificam os esforços no sentido de garantir a soberania dos Povos Indígenas em matéria de dados e a coordenação com os Povos Indígenas, com vista à inclusão, nas fontes de dados nacionais relevantes, de indicadores que reflectam a sua conceptualização de saúde e bem-estar*

42. Este domínio aborda a importância dos dados relativos aos Povos Indígenas se encontrarem sob o controlo dos mesmos, através de quadros de governação ética de dados e de abordagens de investigação adequadas^{60, 61, 62}. Apela aos Estados-Membros para que apoiem a aplicação dos princípios da soberania dos dados indígenas, a fim de, por um lado, garantir a propriedade, o controlo, o acesso e a posse dos dados de saúde por parte das populações indígenas e, por outro, prevenir práticas de investigação prejudiciais. Embora se reconheça que as abordagens de governação de dados indígenas possam variar consoante o contexto, de acordo com os quadros jurídicos e constitucionais nacionais, as questões fundamentais incluem: realizar uma avaliação ética a partir de perspectivas indígenas; assegurar que os Povos Indígenas podem aceder e beneficiam colectivamente dos dados; garantir que a investigação está em consonância com as prioridades dos Povos Indígenas; assegurar a existência de processos de consentimento adequados para a utilização e reutilização dos dados; e levar a cabo avaliações de risco a partir de perspectivas indígenas. Com o Consentimento Livre, Prévio e Informado e a co-produção indígena, este domínio implica também a incorporação de indicadores de bem-estar definidos pelos indígenas.

Domínio de intervenção 5.3: *Os Estados-Membros e outros intervenientes alargam a recolha de dados desagregados e a monitorização das desigualdades na saúde, a fim de melhorar a compreensão e a acção em prol da saúde dos Povos Indígenas*

43. Em muitos contextos, as medidas destinadas a melhorar a saúde dos Povos Indígenas são prejudicadas pela fragilidade dos sistemas de informação sanitária. Os dados de rotina das unidades de saúde podem ser menos fiáveis nas zonas rurais e remotas e noutros locais onde residem os Povos Indígenas. Tal diz respeito à recolha, comunicação e análise dos dados, nomeadamente por sexo, idade e diferentes características socioespaciais. Os inquéritos populacionais podem não permitir a desagregação dos indicadores relacionados com a saúde e os determinantes da saúde por origem indígena e/ou por zonas geográficas/unidades de um país com maior densidade de Povos Indígenas. O registo civil, como o registo de nascimento, também pode ser menor entre os Povos Indígenas, com as subseqüentes implicações para o acesso aos serviços de saúde e sociais ao longo da vida.
44. Conforme adequado ao contexto nacional, este domínio de intervenção insta os Estados-Membros e outros intervenientes a reforçarem os sistemas de informação sobre saúde, em todas as fontes, tendo em vista a produção de dados sobre a saúde indígena numa perspectiva de género e interseccional, assegurando, ao mesmo tempo, a existência de normas e medidas legais e operacionais necessárias para garantir a protecção de dados (incluindo a remoção de todas as informações de identificação pessoal) e a prevenção de utilizações indevidas, a par do respeito pela

soberania dos Povos Indígenas em matéria de dados (ver domínio de intervenção 5.2). Este domínio promove igualmente ferramentas de capacitação e formação em matéria de monitorização das desigualdades na saúde, a par de recursos que apoiam a análise multivariada, interseccional e de género, com vista a compreender a situação das mulheres e raparigas indígenas.

Domínio de intervenção 5.4: *Os Estados-Membros, o sistema multilateral e outros intervenientes criam e/ou reforçam plataformas de responsabilidade conjunta pela saúde dos Povos Indígenas*

45. Este domínio aborda a responsabilidade conjunta pela saúde dos Povos Indígenas, a nível local, subnacional, nacional, regional e mundial. Por exemplo:

- *A nível local*, implica a criação de plataformas e modalidades culturalmente seguras e baseadas na perspectiva indígena para a responsabilização conjunta dos responsáveis e dos titulares de direitos, bem como de mecanismos de reclamação e processos de reparação. São necessários mecanismos de responsabilização efectivos, em vez de se depender exclusivamente de iniciativas de formação ou sensibilização.
- *A nível nacional e subnacional*, este domínio abrange leis e políticas relevantes que protegem os direitos dos Povos Indígenas em matéria de saúde (de forma específica ou como objectivos específicos no âmbito de leis e políticas mais amplas), apoiadas por estruturas de monitorização, avaliação e aprendizagem e implementadas de acordo com ciclos de planeamento. Em articulação com a Prioridade 1, tal implica igualmente a liderança e a participação dos Povos Indígenas, bem como a priorização da saúde dos mesmos através de mecanismos que possam assentar num enquadramento jurídico, tais como órgãos ou parlamentos dos Povos Indígenas e conselhos do sector da saúde, comissões de saúde, comissões distritais, conselhos consultivos, grupos de coordenação (por exemplo, comissões de coordenação do sector da saúde) e comissões de avaliação.
- *A nível regional e mundial*, este domínio implica a integração de uma abordagem centrada na saúde dos Povos Indígenas nos acordos e salvaguardas que sustentam a ajuda ao desenvolvimento internacional e a assistência ao desenvolvimento no sector da saúde, no âmbito de uma abordagem transversal mais ampla centrada nos direitos humanos, na equidade e na igualdade de género. Tal implica integrar a saúde dos Povos Indígenas nos acordos, estratégias, planos, parcerias e outras iniciativas promovidas pelo sistema multilateral, conforme apropriado, em conjunto com o domínio de intervenção 1.3, relativo ao reforço do papel dos Povos Indígenas na arquitectura global da saúde.

Apoio do Secretariado da OMS

46. O Plano será apoiado através da sua integração estratégica no Programa Geral de Trabalho relevante em vigor na altura, com ênfase no apoio aos países, na liderança e coordenação, na governação e responsabilização, bem como no desenvolvimento de produtos normativos e de oportunidades de reforço de capacidades.

- **Apoio técnico aos países.** Em função dos recursos disponíveis, será prestado apoio técnico da OMS, a pedido dos Estados-Membros e em conformidade com a Resolução 76.16 da

Assembleia Mundial da Saúde, de acordo com as prioridades e os domínios de intervenção do projecto de Plano. A OMS colaborará com os Estados-Membros e os Povos Indígenas para identificar um conjunto básico de domínios de indicadores, a adaptar e aplicar a nível nacional, com vista a apoiar a monitorização dos progressos realizados no âmbito deste Plano.

- **Liderança e coordenação.** Aproveitando o seu papel congregador e coordenador, tal implica que a OMS facilite a partilha de aprendizagens entre os diferentes países, envolvendo as entidades dos Estados-Membros responsáveis pela saúde dos Povos Indígenas. Tal passa igualmente por reforçar a colaboração do Secretariado com os Povos Indígenas, nomeadamente através da optimização da utilização das plataformas da OMS para a participação da sociedade civil, conforme adequado e em conformidade com os respectivos mandatos, a fim de promover um diálogo inclusivo sobre a saúde dos Povos Indígenas. Em todos os seus programas e níveis, a OMS também reforçará a coordenação transversal e o envolvimento com as agências relevantes da ONU e do sistema multilateral, os mecanismos de direitos humanos, a sociedade civil, o meio académico (incluindo através dos Centros Colaboradores da OMS) e outras partes interessadas, tendo em vista a promoção da saúde dos Povos Indígenas.
- **Governança e responsabilização.** Durante o período de 2027 a 2040, a OMS apoiará a apresentação de relatórios à Assembleia Mundial da Saúde sobre os progressos na implementação, de acordo com os prazos a definir pela Assembleia Mundial da Saúde. Será criado um mecanismo interno de coordenação transversal da OMS, com pontos focais designados nos escritórios de país, nos escritórios regionais e na sede, com o objectivo de apoiar a implementação e a apresentação de relatórios.
- **Desenvolvimento de produtos normativos e reforço de capacidades.** Consoante a disponibilidade de recursos, tal implica apoiar a integração de uma abordagem centrada na saúde dos Povos Indígenas no trabalho da OMS em todos os três níveis, aproveitando a implementação do Plano de Acção de todo o Sistema das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas⁶³, em consonância com as prioridades e domínios de intervenção do presente Plano, e no âmbito de uma abordagem mais ampla para integrar no trabalho da OMS uma perspectiva centrada nos direitos humanos, na equidade na saúde e na igualdade de género. Caso haja recursos disponíveis, tal poderá também incluir orientações, ferramentas e materiais de formação destinados a reforçar práticas culturalmente seguras nos sistemas de saúde e a promover acções intersectoriais sobre os determinantes da saúde, desenvolvidas em colaboração com os Povos Indígenas e tomando as medidas adequadas para integrar as perspectivas indígenas na elaboração de políticas, nas práticas e na investigação relacionadas com a saúde.

Correlações com o sistema mais alargado da ONU

47. No espírito da iniciativa “Uma ONU” e com vista a maximizar a coerência, otimizar os recursos e evitar a duplicação de esforços, a OMS - na qualidade de agência líder e coordenadora em matéria de saúde no sistema das Nações Unidas - intensificará os esforços de coordenação com outras agências da ONU no que diz respeito à saúde dos Povos Indígenas. Tal está também em consonância com os apelos dos Povos Indígenas no sentido de se ultrapassar os esforços

fragmentados e avançar para uma acção coesa sobre os determinantes da saúde indígena que vão para além das delimitações sectoriais⁶⁴.

48. Além disso, a OMS dará continuidade e/ou ampliará a coordenação em matéria de saúde dos Povos Indígenas com outros intervenientes do sistema multilateral, incluindo as agências da parceria H6, os bancos regionais de desenvolvimento, as organizações intergovernamentais, os doadores bilaterais e as fundações filantrópicas, entre outros, com vista a uma acção coerente em prol da saúde dos Povos Indígenas.

Versão Preliminar

Referências

-
- ¹ OMS (2023). A saúde dos Povos Indígenas Resolução WHA 76.16 da Assembleia Mundial da Saúde, Genebra. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA76/A76_R16-en.pdf
- ² OMS (2026). Projecto do Plano de Acção mundial para a Saúde dos Povos Indígenas. Relatório pelo Director-Geral. 158.ª Sessão do Conselho Executivo Documento EB 158/29, Genebra. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB158/B158_29-en.pdf
- ³ OPAS (2023). Estratégia e Plano de Acção sobre Etnia e Saúde 2018-2025: relatório de progresso. 60.ª Sessão do Conselho Director e 75.ª Sessão do Comité Regional da OMS para as Américas. Washington, DC. <https://www.paho.org/sites/default/files/2023-08/cd60-inf-10-e-e-ethnicity.pdf>
- ⁴ ONU (2007). Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas. 61/295. Resolução aprovada pela Assembleia Geral da ONU em 13 de Setembro de 2007, em Nova Iorque. https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/11/UNDRIP_E_web.pdf
- ⁵ Estão incluídos excertos deste documento no documento de referência que acompanha a primeira versão do Plano de Acção Mundial: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/gender/gpa---background-document.pdf?sfvrsn=c0f22e35_1
- ⁶ Anderson I *et al.* (2016). *Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet-Lowitja Institute Global Collaboration): a population study*. *Lancet*, 388(10040):131–157. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27108232/>
- ⁷ Barreto CTG *et al.* (2019). Fatores associados ao baixo peso ao nascer em populações indígenas: uma revisão sistemática da literatura mundial. *Rev Bras Saúde Mater Infant (Online)*, 19(1):7– 23 <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/CVQdT3XyBSHMCR76PBNP6RS/?lang=en>
- ⁸ Bowker, S.L., Williams, K., Volk, A. *et al.* *Incidence and outcomes of critical illness in Indigenous peoples: a systematic review and meta-analysis*. *Crit Care* 27, 285 (2023). <https://doi.org/10.1186/s13054-023-04570-y>
- ⁹ NCD Alliance (2012). *Health inequalities and Indigenous Peoples*. Genebra https://ncdalliance.org/sites/default/files/rfiles/Health%20inequalities_indigenous_11Dec12_NCDA.pdf
- ¹⁰ Furtado JM *et al.* (2023). *Indigenous Eye Health in the Americas: The Burden of Vision Impairment and Ocular Diseases*. *International journal of environmental research and public health*, 20(5), 3820. <https://doi.org/10.3390/ijerph20053820>
- ¹¹ Poirier B *et al.* (2023). *Facilitators and Challenges to Maintaining Oral Health for Indigenous Communities Globally: A Qualitative Systematic Review*. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 34. 377-398. 10.1353/hpu.2023.0025. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37464501/>
- ¹² ONU (2025). Declaração política da quarta reunião de alto nível da Assembleia Geral sobre a prevenção e o controlo das doenças não transmissíveis e a promoção da saúde mental e o bem-estar. Documento A/80/L.34. Nova Iorque <https://docs.un.org/en/A/80/L.34>
- ¹³ Minichiello A *et al.* (2016). *Effective strategies to reduce commercial tobacco use in Indigenous communities globally: A systematic review*. *BMC Public Health*. 11 Jan 2016;16:21. doi: 10.1186/s12889-015-2645-x. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4710008/>
- ¹⁴ Chamberlain, C. *et al.* (2017). *Evidence for a comprehensive approach to Aboriginal tobacco control to maintain the decline in smoking: an overview of reviews among Indigenous peoples*. *Syst Rev* 6, 135. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-05209>
- ¹⁵ Maddox R *et al.* (2019). *Commercial tobacco and indigenous peoples: a stock take on Framework Convention on Tobacco Control progress*. *Tob Control*. Set 2019;28(5):574-581. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2018-054508. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6824741/>

- ¹⁶ OPAS (2016). *Promoting Mental Health in Indigenous Populations. Experiences from Countries*. Washington, DC. <https://iris.paho.org/bitstreams/e118f21d-5d78-4120-820c-408e06c09540/download>
- ¹⁷ Graeff SV *et al* (2019). Aspectos epidemiológicos da infecção pelo HIV e da SIDA entre povos indígenas. *Rev Saúde Pública*. 2019 Sep 9;53:71. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31508778/>
- ¹⁸ Tollefson, D *et al* (2013). *Burden of tuberculosis in indigenous peoples globally: a systematic review*. *The international journal of tuberculosis and lung disease*. 17(9), 1139–1150. <https://doi.org/10.5588/ijtld.12.0385>
- ¹⁹ Elliott E (2024). *Prevalence of hepatitis C virus exposure and infection among Indigenous and tribal populations: a global systematic review and meta-analysis*, *Public Health*, Volume 233, 2024, Páginas 65-73, ISSN 0033-3506, <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2024.04.035>
- ²⁰ OMS (2024). Relatório Mundial sobre o Paludismo 2024. Genebra, pág. 108 <https://www.who.int/teams/global-malaria-programme/reports/world-malaria-report-2024>
- ²¹ Nações Unidas (2024). Pessoas indígenas com deficiência Relatório do Relator Especial sobre os direitos dos Povos Indígenas, JF Calí Tzay, Documento A/HRC/57/47. Nova Iorque, <https://www.ohchr.org/en/documents/thematic-reports/ahrc5747-indigenous-persons-disabilities-report-special-rapporteur>
- ²² UNDESA (2025). *State of the World's Indigenous Peoples 2025: Volume VI, Climate Crisis*. Nova Iorque, <https://desapublications.un.org/publications/state-worlds-indigenous-peoples-volume-vi-climate-crisis>
- ²³ Fernández-Llamazares A, *et al* (2020), *A State-of-the-Art Review of Indigenous Peoples and Environmental Pollution, Integrated Environmental Assessment and Management*, Volume 16, Issue 3, 1 Maio 2020, Páginas 324–341, <https://doi.org/10.1002/ieam.4239>
- ²⁴ Nações Unidas (2022). Direitos humanos dos Povos Indígenas a água potável e ao saneamento: ponto de situação e lições das culturas ancestrais. Relatório do Relator Especial sobre os direitos humanos à água potável e ao saneamento, Pedro Arrojo Agudo. Conselho dos Direitos Humanos, 51.ª sessão, documento A/HRC/51/24. Nova Iorque <https://www.ohchr.org/en/documents/thematic-reports/ahrc5124-human-rights-safe-drinking-water-and-sanitation-indigenous>
- ²⁵ OMS e UNICEF (2025). *Progress on household drinking-water, sanitation and hygiene 2000-2024: Special focus on inequalities*. Genebra, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240115149>
- ²⁶ CESCR (Comité dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais) das Nações Unidas (2009). Comentário geral n.º 20: *Non-Discrimination in Economic, Social and Cultural Rights*, 2 de Julho de 2009, E/C.12/GC/20. <http://www.refworld.org/docid/4a60961f2.html>
- ²⁷ ONU (2026). *Restoring Indigenous health by connecting systems through the Indigenous determinants of health: local to global evidence*. Documento E/C.19/2026/5, Fórum Permanente sobre Questões Indígenas 21.ª Sessão, Nova Iorque, 20 Abril–1 Maio 2026, <https://docs.un.org/en/E/C.19/2026/5>
- ²⁸ UNICEF, C FILAC (2025). *Voces de las niñas, niños y adolescentes indígenas de América Latina y el Caribe. Una aproximación para conocer su situación*. Nova Iorque, <https://www.unicef.org/lac/media/52351/file/Voces%20de%20las%20niñas%20niños%20y%20adolescentes%20-%20ultima%20version%2027%20de%20julio%202025.pdf.pdf>
- ²⁹ UNESCO (2023). Plano de Acção Global da Década Internacional das Línguas Indígenas (IDIL 2022-2032); versão resumida, Paris <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000383844>
- ³⁰ Refere-se a todas as profissões, tal como descrito na OMS (2023). *National health workforce accounts: a handbook, second edition*. Genebra. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/747ab58d-0c29-44bf-844d-b684a8f2cecd/content>
- ³¹ OMS (2021). *WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas*. Genebra. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240024229>
- ³² OIT (2019). *Implementing the ILO Indigenous and Tribal Peoples Convention No. 169: Towards an inclusive, sustainable and just future*. Genebra: Organização Internacional do Trabalho https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dqreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_735607.pdf
- ³³ Milne T, Creedy DK, West R (2016). *Integrated systematic review on educational strategies that promote academic success and resilience in undergraduate indigenous students*, *Nurse Education Today*, Volume 36, 2016, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26521033/>
- ³⁴ eClinicalMedicine (2025). *Reimagining global health architecture for a sustainable future*. *EClinicalMedicine*, 87, 103532. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2025.103532>

- ³⁵ Ver: Gostin, L. O., Friedman, E. A., C Finch, A. (2023). *The Global Health Architecture: Governance and International Institutions to Advance Population Health Worldwide*. The Milbank quarterly, 101(S1), 734–769. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12627>
- ³⁶ IASC (2022). Minimum Service Package Mental Health and Psychosocial Support. Nova Iorque e Genebra <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-minimum-service-package-mental-health-and-psychosocial-support>
- ³⁷ Para alcançar os melhores resultados, os serviços de saúde devem ser coordenados de forma integrada entre as diferentes disciplinas médicas e devem dar prioridade ao bem-estar individual. A integração de uma Medicina Tradicional, Complementar e Integrativa (MTCI) segura, eficaz e sustentável pode contribuir para uma abordagem que promova a saúde e o bem-estar.
- ³⁸ OMS (2025). *Global traditional medicine strategy 2025-2034*. Genebra <https://www.who.int/publications/i/item/9789240113176>
- ³⁹ OMS (2016). *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*. Genebra <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c81bbde3-7c3a-4ca5-8787-e5e4bb43d074/content>
- ⁴⁰ Entre estes contam-se o Protocolo de Nagoya sobre o Acesso a Recursos Genéticos e a Partilha Justa e Equitativa dos Benefícios Decorrentes da sua Utilização, anexo à Convenção sobre a Diversidade Biológica (2010), e o Tratado da OMPI sobre Propriedade Intelectual, Recursos Genéticos e Conhecimentos Tradicionais Associados (GRATK, 2024).
- ⁴¹ OMS (2025). Integration of traditional, complementary and integrative medicine into health systems: conceptual framework. Genebra. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/0c74b1b8-f0bb-4553-8bec-1bdeb2739c87/content>
- ⁴² FIDA (2019). Supporting nutrition-sensitive agriculture through neglected and underutilized species: Operational framework. Roma <https://www.ifad.org/en/w/publications/supporting-nutrition-sensitive-agriculture-through-neglected-and-underutilized-species>
- ⁴³ FIDA (2022). Sustainable and resilient Indigenous Peoples' Food Systems for improved nutrition. Roma <https://www.ifad.org/en/w/publications/sustainable-and-resilient-indigenous-peoples-food-systems-for-improved-nutrition>
- ⁴⁴ FAO (2026). O Centro Mundial de Conhecimento sobre os Sistemas Alimentares dos Povos Indígenas [website]. Roma <https://www.fao.org/indigenous-peoples/secretariats/global-hub/en>, em especial a publicação: FAO (2021). *The White/Wiphala Paper on Indigenous Peoples' food systems*. Roma <https://openknowledge.fao.org/items/f2db136c-b20f-4691-b337-04666c54df33>
- ⁴⁵ OMS (2024). *Tackling NCDs: best buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases*, 2nd ed. Genebra <https://www.who.int/publications/i/item/9789240091078>
- ⁴⁶ OMS (2025). Relatório mundial sobre os determinantes sociais da equidade na saúde. Genebra <https://www.who.int/publications/i/item/9789240107588>
- ⁴⁷ Carroll SR, Suina M, Jäger MB, Black J, Cornell S, Gonzales AA, Jorgensen M, Palmanteer-Holder NL, De La Rosa JS, Teufel-Shone NI. Reclaiming Indigenous Health in the US: Moving beyond the Social Determinants of *Health*. Int J Environ Res Public Health. 2022 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35742745/>
- ⁴⁸ UNICEF (2025). A UNICEF e o Ministério da Saúde lançam “EN MI MENTE”, uma iniciativa destinada a reforçar a saúde mental dos adolescentes na Guatemala. Cidade de Guatemala, <https://www.unicef.org/guatemala/en/press-releases/unicef-and-ministry-health-launch-en-mi-mente-initiative-strengthen-adolescent>
- ⁴⁹ OPAS (2019). Sociedades justas: Equidade em saúde e vida com dignidade. Relatório da Comissão da Organização Pan-Americana da Saúde sobre Equidade e Desigualdades em Saúde nas Américas. Washington, D.C. <https://iris.paho.org/items/e824e2fa-9f29-4080-9f31-cf10ecb28dec>
- ⁵⁰ UNPFII (2023). *Indigenous determinants of health in the 2030 Agenda for Sustainable Development* – Nota do Secretariado. Fórum Permanente sobre Questões Indígenas. 31 de Janeiro de 2023. <https://digitallibrary.un.org/record/4004608>
- ⁵¹ OCDE (a publicar), *Strengthening Indigenous peoples' wellbeing and engagement in mining regions*,

OECD Publishing, Paris

⁵² OMS (2014). Declaração Interinstitucional sobre a Eliminação da Esterilização Forçada, Coerciva e Voluntária: ACNUDH, ONU Mulheres, ONUSIDA, PNUD, FNUAP, UNICEF e OMS. Genebra
(<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/f32e6f52-8cd4-45a5-8b19-6aec9c71575/content>)

Versão Preliminar

⁵³ Grupo de Apoio Interagências sobre Questões Indígenas (2014). Documento temático sobre a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos dos povos indígenas, com vista à preparação da Conferência Mundial sobre os Povos Indígenas de 2014, Nova Iorque, 2014.

<https://www.un.org/en/ga/69/meetings/indigenous/pdf/IASG%20Thematic%20Paper%20Reproductive%20Health%20-%20rev1.pdf>

⁵⁴ ONU Mulheres (2018). Indigenous Women's Maternal Health and Maternal Mortality: Fact Sheet. Publicação conjunta da UNICEF, do UNFPA e da ONU Mulheres. Nova Iorque

<https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2018/Fact-sheet-Indigenous-womens-maternal-health-and-mortality-en.pdf>

⁵⁵ ONU (2022). Relatório da Relatora Especial sobre a violência contra as mulheres, as suas causas e consequências, A/HRC/50/26 (2022). Nova Iorque, <https://docs.un.org/en/A/HRC/50/26>

⁵⁶ Minority Rights Group (2025). *Isolated and Recently Contacted Indigenous Peoples of the Amazon and Gran Chaco Regions*. Por Da Silva. <https://reliefweb.int/report/world/isolated-and-recently-contacted-indigenous-peoples-amazon-and-gran-chaco-regions>

⁵⁷ Comissão Interamericana dos Direitos Humanos (2013). Povos indígenas em isolamento voluntário e contacto inicial nas Américas: Recomendações para o respeito integral dos seus direitos humanos.

<https://www.oas.org/en/iachr/indigenous/docs/pdf/report-indigenous-peoples-voluntary-isolation.pdf>

⁵⁸ ACNUDH (2025). Briefing Document Indigenous Peoples in Voluntary Isolation and Initial Contact.

Genebra <https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/form/documento-informativo-sobre-pueblos-indigenas-contacto-inicial-briefing-document-indigenous-peoples-voluntary-isolation-initial-contact-aislamiento-voluntario-piaci-ipviic-1-en.pdf>

⁵⁹ Governo do Canadá (2025). Indigenous Research Statement of Principles. Social Sciences and Humanities Research Council, Ottawa. <https://sshrcc-crsh.canada.ca/en/funding/policies-regulations-and-guidelines/indigenous-research-statement-principles.aspx>

⁶⁰ Agência Nacional de Australianos Indígenas (2024). Framework for governance of Indigenous data: Practical guidance for the Australian Public Service (Version 1.0). Comunidade da Austrália.

<https://www.niaa.gov.au/sites/default/files/documents/2024-05/framework-governance-indigenous-data.pdf>

⁶¹ Instituto Australiano de Estudos dos Povos Aborígenes e das Ilhas do Estreito de Torres (2020). AIATSIS Code of Ethics for Aboriginal and Torres Strait Islander Research.

<https://aiatsis.gov.au/sites/default/files/2020-10/aiatsis-code-ethics.pdf>

⁶² Parlamento Sámi da Noruega (2019). *Proposal for Ethical Guidelines for Sámi Health Research and Research on Sámi Human Biological Material*. Karasjok

<https://uit.no/Content/588355/cache=1534848132000/Proposal+for+Ethical+Guidelines+for+Sámi+Health+Research+and+Research+on+Sámi+Human+Biological+Material.pdf>

⁶³ ONU (2014). Plano de Acção de todo o Sistema das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas. UNDESA, Nova Iorque. [https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/2016/Docs-updates/SWAP Indigenous Peoples WEB.pdf](https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/2016/Docs-updates/SWAP%20Indigenous%20Peoples%20WEB.pdf)

⁶⁴ ONU (2026). *Restoring Indigenous health by connecting systems through the Indigenous determinants of health: local to global evidence*. Documento E/C.19/2026/5, Fórum Permanente sobre Questões Indígenas 21.ª Sessão, Nova Iorque, 20 Abril–1 Maio 2026,

<https://docs.un.org/en/E/C.19/2026/5>