

Da Saúde Planetária moderna à promoção decolonial da Saúde Única em Periferias

Oswaldo Santos Baquero^{*a,b}, Mario Nestor Benavidez Fernández^c, Myriam Acero Aguilar^d. Tradução¹: Gabriela Chueiri de Moraes

* baquer@usp.br

^a Departamento de Medicina Veterinária Preventiva e Saúde Animal, Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia, Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo Brasil

^b Grupo de Pesquisa em Periferias, Instituto de Estudos Avançados, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil

^c Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de San Buenaventura, Bogotá, Colômbia

^d Departamento de Salud Animal, Grupo de Investigación en Estudios Humano Animal, Facultad de Medicina Veterinaria y de Zootecnia, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colômbia

Resumo

Recentemente, no Norte global, com a preocupação acerca dos efeitos globais de sistemas naturais degradados na saúde humana, surgiu o conceito de Saúde Planetária, fazendo um chamado por ações urgentes e transformadoras. No entanto, os problemas e o apelo para resolvê-los não são novos. A Saúde Planetária é uma abordagem colonial, que desconsidera saberes alternativos, cujas experiências com modos de vida sustentáveis e holísticos foram acumuladas ao longo de milênios. Ela reforça o monólogo da modernidade sem perceber que as ameaças à “saúde planetária” residem, justamente, em sua própria abordagem. Insiste na imposição de suas receitas às periferias políticas, epistemológicas e ontológicas criadas e mantidas pela colonialidade. A virada decolonial latino-americana tem uma longa tradição no que poderia ser chamado de uma “ação transformadora”, que vai além das crises políticas e econômicas para enfrentar uma crise civilizatória mais fundamental. Junto a outros movimentos decoloniais, ela desconstrói a falácia de um mundo dual, no qual o Norte global produz epistemologias, enquanto os demais apenas se beneficiam de suas aplicações. A Saúde Única em Periferias² é um campo de práxis, em que tanto a saúde dos coletivos

1 Título original: From Modern Planetary Health to Decolonial Promotion of One Health of Peripheries. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.637897>

2 Atualmente estamos usando a expressão saúde multiespécie no lugar de saúde única em periferias. Entenda a mudança na página da Rede SAME (Rede de Saúde Multiespécie): <http://redesame.fmvz.usp.br/>

multiespécies quanto do ambiente que compõem são vivenciados, entendidos e transformados em periferias simbólicas e geográficas, decorrentes de dispositivos de marginalização. No presente artigo, por meio de sete ações, mostramos como a promoção decolonial da Saúde Única em Periferias pode contribuir para pensar e avançar práticas descentralizadas e plurais, que atendam as realidades *glocais*.

Palavras-chave: Saúde Única em Periferias, modernidade, colonialidade, giro decolonial, iniquidades de saúde, Saúde Única, Saúde Planetária, biopolítica mais-que-humana.

Introdução

A modernidade é um conceito popular, frequentemente relacionado à ideia de progresso e mudanças positivas, necessárias à construção de um futuro melhor. Já a compreensão crítica do complexo cultural modernidade/colonialidade é menos conhecida. Isso não é por acaso, uma vez que a modernidade é uma narrativa construída pela civilização ocidental para destacar suas conquistas (racionalidade, ciência e tecnologia) e ocultar seu lado sombrio (genocídio, expropriação, deslocamento forçado e exploração) (1-3).

Esse lado sombrio da modernidade é a colonialidade, isto é, “a lógica subjacente da fundação e do desdobramento da civilização ocidental desde o Renascimento até hoje, da qual colonialismos históricos têm sido uma dimensão constituinte, embora minimizada” (3). O colonialismo designa o domínio político, social e cultural em territórios ocupados por europeus, típico do período de colonização da América, que, longe de ser o seu descobrimento, foi o que Dussel chamou de encobrimento, no qual reside a própria origem da modernidade (4).

O Sul global é uma metáfora relativa ao “campo de desafios epistêmicos, que procuram reparar os danos e impactos históricos causados pelo capitalismo na sua relação colonial com o mundo” (5) e, por isso, ele também inclui lugares do Norte geográfico. Com as epistemologias do Sul, as críticas à modernidade deixam de ser exclusivamente internas (do Norte global), tornando evidentes os aspectos coloniais da retórica moderna (6). Elas nos mostram que, para além de crises econômicas, ditaduras e governos corruptos, vivemos uma crise civilizatória de mais de cinco séculos (7), com efeitos devastadores sobre a saúde.

Na América Latina, o apoio filantrópico tem ajudado a mitigar alguns dos efeitos sanitários da crise civilizatória, transferindo pequenas frações da riqueza de alguns

poucos filantropistas para os mais empobrecidos, sem afetar os padrões de consumo e acumulação daqueles e possibilitando grandes transformações nas condições materiais destes. Isso permite que as elites sejam legitimadas e desresponsabilizadas, tanto pela pobreza que geram quanto pela exploração que sustenta o crescimento de sua riqueza. O filantropismo da Fundação Rockefeller existe desde o início do século XX, com estratégias para moldar as profissões de saúde e estruturar os serviços de saúde pública (8–10).

Porém, tais estratégias também geraram respostas de saúde decoloniais, como a Saúde Coletiva (9, 11), a Epidemiologia Crítica (12) e a Saúde Internacional Sul-Sul (13). No entanto, essas respostas herdaram parte do antropocentrismo colonial e tratam a saúde como um fenômeno predominantemente humano. Outros seres aparecem apenas como vetores, reservatórios ou determinantes da saúde humana. Não obstante, vale destacar o avanço da escola equatoriana em seus debates sobre a determinação social da saúde animal (14) e a gestão da produção animal (15).

No relatório da Fundação Rockefeller denominado “*Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health*” [Protegendo a saúde humana na época do Antropoceno: relatório da Fundação Rockefeller – Comissão Lancet sobre Saúde Planetária], os viventes não humanos aparecem nos sistemas terrestres com valor meramente instrumental, devido ao seu papel na saúde humana (16). No entanto, a saúde animal ganha destaque na Saúde Única, outra abordagem fomentada pela Fundação, que se refere à interface humana-animal-ambiental da saúde e ganha popularidade pela conveniência ao abordar as pandemias, as doenças emergentes e a resistência antimicrobiana.

Assim como projetos anteriores da Fundação, a Saúde Planetária e a Saúde Única podem ser lidas como propostas para preservar a ordem capitalista diante da necessidade sentida de mudança social. Mais especificamente, ambas as abordagens buscam a prevenção e o controle da degradação ambiental e das doenças animais, que impactam a saúde humana, para evitar mais instabilidade na ordem capitalista. Como era de se esperar, os aspectos coloniais dessas propostas não passaram despercebidos (17-19) e, neste artigo, contribuiremos os explorando mas um pouco.

A Saúde Única em Periferias (SUP) é uma resposta decolonial para vivenciar, entender e melhorar o bem viver de coletivos multiespécies marginalizados (20). Baquero apresenta a biopolítica, a determinação social e o campo de práxis da SUP, destacando o caráter simbólico das periferias e deixando implícito seu fundamento decolonial (20).

Uma das características que evidencia esse fundamento é a oposição à animalização, um dispositivo marginalizador que registra animais não humanos e grupos humanos marginalizados em espaços de dominação colonial, determinando perfis epidemiológicos.

Os riscos excessivos subjacentes aos perfis epidemiológicos periféricos aumentam a relevância da prevenção primária, secundária e terciária, ou seja, de medidas direcionadas a fatores específicos para (a) evitar, (b) detectar e tratar precocemente e (c) atenuar os efeitos de doenças ou agravos de saúde. No entanto, a abordagem preventiva limita-se a uma ontologia negativa da saúde, à ausência de doenças ou agravos de saúde. Por outro lado, a promoção da saúde funciona com base numa ontologia positiva, considerando a saúde enquanto recurso e capacidade de viver bem. Apesar da sobreposição entre prevenção e promoção, sendo que a primeira subsume a segunda (saneamento ambiental previne doenças e ausência de doenças aumenta os recursos e as capacidades para viver bem), a ausência de doenças ou agravos de saúde não é suficiente em termos de promoção, pois ela não esgota a possibilidade de uma vida melhor. A promoção não se restringe a fatores de risco ou a problemas específicos; ela também atua sobre recursos e capacidades.

A Saúde Única em Periferias é inerentemente preventiva, pois seu campo de práxis gera excesso de risco e carga de doença. No entanto, mais do que coleções de riscos e danos, as periferias têm recursos e capacidades estruturalmente oprimidos. A emancipação desse cenário pode se dar pela ecologia de saberes, numa perspectiva de saúde multiespécie; essa é a tarefa da promoção decolonial da SUP.

A seguir, apresentamos o mito da modernidade e, na sequência, continuamos com os precedentes coloniais da filantropia da Fundação Rockefeller e da colonialidade no relatório da Comissão Lancet sobre Saúde Planetária. Após essa virada decolonial, passamos à ecologia de saberes para enquadrar nossa proposta de promoção decolonial da SUP. Este artigo é uma continuação de outro dedicado a introduzir a Saúde Única em Periferias (20).

Modernidade e Colonialidade

A modernidade designa um processo político, social e cultural europeu, que tem como pano de fundo a ideia de progresso ilimitado, permitindo, no século XV, o surgimento do capitalismo e seu desenvolvimento como sistema econômico global, desde então (21). As mudanças econômicas e sociais, promovidas pelo desenvolvimento científico e

tecnológico, prometiam a construção de um futuro melhor (22). Já o caráter eurocêntrico e colonial da modernidade é algo que vem sendo questionado, sobretudo, pela virada decolonial latinoamericana (23-25). Dussel apontou duas conotações da modernidade: uma, primária e positiva, entendendo a modernidade como um esforço de emancipação racional, que possibilita à humanidade um novo desenvolvimento histórico; e outra, secundária e negativa, em que a modernidade justifica a violência irracional (26). De acordo com essa perspectiva, a única possibilidade civilizacional aos povos ditos “bárbaros” seria sua incorporação gradual ao projeto moderno e eurocêntrico, que muito depende da autoridade epistemológica e da alegada superioridade ontológica (racial, étnica, geopolítica) do Norte global (2). A incorporação nesse projeto (modernização) não tem sido, porém, um encontro entre iguais, mas uma conversão violenta.

Essa violência, investida de heroísmo e redenção, marca o mito da modernidade, sintetizado por Dussel em sete elementos: ‘1. A civilização moderna (europeia) se entende como a mais desenvolvida, a superior. 2. Esse sentimento de superioridade obriga-a, sob a forma de um imperativo categórico, por assim dizer, a “desenvolver” (civilizar, elevar, educar) as civilizações mais primitivas, bárbaras, subdesenvolvidas. 3. O caminho para esse desenvolvimento deveria ser o mesmo seguido pela Europa em seu próprio desenvolvimento, desde a Antiguidade e a Idade Média. 4. Quando o bárbaro ou o primitivo se opõe ao processo civilizatório, a práxis da modernidade deve, em última instância, recorrer à violência necessária para remover os obstáculos à modernização. 5. Essa violência, que produz vítimas de diversas formas, assume um caráter quase ritualístico: o herói civilizador atribui às suas vítimas (o colonizado, o escravizado, a mulher, a destruição ecológica da terra etc.) o caráter de participantes em um processo de sacrifício redentor. 6. Do ponto de vista da modernidade, o bárbaro ou primitivo encontra-se em estado de culpa (por, entre outras coisas, se opor ao processo civilizatório). Isso permite que a modernidade se apresente não apenas como inocente, mas como uma força que emancipará ou redimirá suas vítimas de sua culpa. 7. Dado esse caráter “civilizador” e redentor da modernidade, os custos dos sofrimentos e sacrifícios da modernização impostos aos povos “imatuross”, às raças escravizadas, ao “sexo frágil”, etc., são inevitáveis e necessários’ (1) [tradução nossa].

Tais sofrimentos e sacrifícios tornam-se menos visíveis frente a sedução que faz da modernidade uma aspiração e não uma imposição por meio de repressão sistemática e constante: ‘os colonizadores também impuseram uma imagem mistificada de seus

próprios padrões de produção de conhecimento e significado. No início, eles colocavam esses padrões longe do alcance dos dominados. Mais tarde, os ensinaram de forma parcial e seletiva, a fim de cooptar alguns deles em suas próprias instituições de poder. Depois, a cultura europeia tornou-se sedutora: deu acesso ao poder. Afinal, além da repressão, o principal instrumento de todo poder é a sua sedução. A europeização cultural transformou-se numa aspiração, pois era uma forma de participar e, mais tarde, alcançar os mesmos benefícios materiais e o mesmo poder que os europeus, isto é, a conquista da natureza para o “desenvolvimento”. A cultura europeia tornou-se um modelo cultural universal’ (2) [tradução nossa], mas nem todos alcançam tal aspiração. A superioridade ontológica do mito da modernidade limita os benefícios materiais e o exercício do poder, de modo que atributos raciais, étnicos e geoculturais frustram ou promovem a aspiração, dependendo de sua configuração (27).

As configurações desses atributos definem o lugar de produção hegemônica das epistemologias da saúde e, mais importante, como elas se materializam na saúde. Dentro da modernidade, o Norte global produz epistemologias e o Sul global, em contraste, limita-se a se beneficiar da transferência de conhecimento ou da construção do conhecimento dentro de padrões epistemológicos estabelecidos pela modernidade. Como veremos, os discursos de saúde do Norte global alinham-se aos interesses de grupos dominantes de nações dominantes e, na medida em que negligenciam os interesses dos grupos periféricos, induzem perfis epidemiológicos particulares.

Precedentes coloniais da Fundação Rockefeller

O capitalismo, possibilitado pela colonialidade, engendra desigualdades alarmantes, como demonstrado recentemente por Coffey e colaboradores (28): em 2019, os bilionários do mundo (2.153 pessoas, apenas) acumulavam mais riqueza do que 4,6 bilhões de pessoas. Isso significa que, em uma população mundial de 7,7 bilhões, a riqueza concentrada nas mãos de 0,000028% da população era maior que a de 59,7%. Diante da chamada lei da utilidade marginal decrescente, esse cenário possibilita a transferência de pequenas frações de riqueza dos mais ricos para os mais empobrecidos, sem afetar os padrões de consumo e acumulação daqueles, ao mesmo tempo em que possibilita grandes transformações nas condições materiais destes. Por um lado, podemos dizer que essas transformações são sucessos filantrópicos e, por outro, uma estratégia para legitimar as elites e evitar sua responsabilização, tanto pela pobreza que geram quanto pela exploração que sustenta o crescimento de sua riqueza. A dialética

entre ambos os lados reproduz desigualdades e determina as condições de possibilidade para elaborar alternativas.

Essas transferências de riqueza podem aumentar o capital simbólico e cultural das elites e, conseqüentemente, o seu capital econômico. Além disso, entre as principais estratégias de legitimação, que também são investimentos econômicos, está a influência sobre o sistema educacional, favorecendo a reprodução das classes dominantes a partir da formação de perfis para ocupar altos cargos na burocracia estatal e nos setores de poder (9). Não foi por acaso que, no início do século XX, a industrialização dos Estados Unidos permitiu a acumulação de grandes fortunas e a criação de universidades influentes, que lideram *rankings* mundiais de prestígio, segundo critérios modernos. Muitas delas são parcialmente homônimas dos seus magnatas fundadores (29), como é o caso de John D. Rockefeller, o primeiro bilionário do mundo e proprietário da *Standard Oil Company*, que contribuiu para a fundação da Universidade de Chicago (29).

De acordo com Viera-da-Silva (9), os filantropos do início do século XX anteciparam uma reforma social, que eles viam como inevitável, investindo em abordagens científicas de questões sociais, mas que não ameaçassem a ordem capitalista. A Comissão Sanitária Rockefeller (*The Rockefeller Sanitary Commission*) foi criada em 1909 (o Instituto Rockefeller em 1901 e Fundação Rockefeller em 1913) e um de seus objetivos centrais era a industrialização do Sul agrário, articulado com os interesses capitalistas do Norte (9).

A Fundação Rockefeller continuou a investir e intervir na pesquisa e no desenvolvimento da medicina (9). Em 1947, seu funcionário Fred Sopper tornou-se diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), instituição subordinada às políticas sanitárias dos Estados Unidos e oficialmente dirigida por esse país até 1958 (9), a qual, posteriormente, se tornou um escritório regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) para as Américas, criada após a Segunda Guerra Mundial. Durante a Guerra Fria, a política externa dos Estados Unidos, em defesa do livre comércio e do investimento estrangeiro, envolveu-se na criação de uma imagem favorável do país (9). Segundo Tota, Nelson Rockefeller, coordenador do *Office of the Coordinator of the Inter-Americans Affairs* [Escritório do Coordenador dos Assuntos Interamericanos], contribuiu para um projeto explícito de promoção da imagem dos Estados Unidos (30). Na disputa pelo monopólio das práticas legítimas de saúde na América Latina, a intenção da Fundação Rockefeller era substituir o modelo francês (9). Na década de 1950, a OPAS foi fundamental para esse objetivo, por meio de suas estratégias de

difusão da Medicina Preventiva – movimento ideológico para proteger os interesses da Medicina Privada – frente a dois problemas: o aumento do custo da Assistência Médica nos Estados Unidos e a possibilidade de uma intervenção do Estado (8). Esses reverses preocupavam a *Association of American Medical Colleges* [Associação Americana de Escolas de Medicina], como mostrou Arouca (8) citando Fishbein e Bierring (31): “*Há uma necessidade especial de que a profissão médica desenvolva algum método pelo qual as melhores possibilidades da medicina moderna, na forma de diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças, possam ser colocadas ao alcance de todas as pessoas. Essa função, acredita-se, deve ser desempenhada pela classe médica e não por qualquer forma de medicina estatal*” [grifo do autor, tradução nossa].

Colonialidade no relatório da Fundação Rockefeller – Comissão Lancet sobre Saúde Planetária

O relatório *Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health* [Salvaguardando a saúde humana na época do Antropoceno: relatório da Comissão Fundação Rockefeller-Lancet sobre saúde planetária], da Fundação Rockefeller, mantém a preocupação histórica da instituição com a desigualdade, a saúde dos indivíduos empobrecidos e o meio ambiente. Tal insistência é, novamente, uma proposta colonial de preservação da ordem capitalista frente à necessidade percebida de evitar a degradação ambiental e seus impactos na saúde humana.

Embora tenhamos discutido alguns precedentes coloniais da Fundação Rockefeller na seção anterior, cabe destacar que a Saúde Planetária tem precedentes omitidos no relatório (19). Ao longo dos últimos 50 anos, a medicina integrativa, a medicina holística e muitos estudiosos têm falado sobre a necessidade de um planeta saudável, usando, inclusive, a expressão “saúde planetária” (19). Assim, damos continuidade às contribuições anteriores que olham além da perspectiva a-histórica e colonial desse relatório (19, 32, 33).

Numa atitude tipicamente colonial, o documento ignora uma enorme diversidade de visões de mundo, que não separam os seres humanos da natureza e entendem que sua degradação afeta a saúde e o bem-estar humano. Cosmologias com legados milenares, nas quais não é novidade pensar a saúde e o bem-estar também enquanto natureza: “A importância do ambiente natural no apoio à saúde e ao bem-estar humano só está se

tornando evidente à medida que os sistemas da Terra são degradados” [grifo nosso] (16).

Como a trajetória moderna da humanidade estaria progredindo se nunca houve tantas vítimas de genocídio, expropriação, deslocamento forçado e exploração? Qual é a humanidade que progride? A mesma humanidade moderna e colonizadora para a qual só existe uma única civilização, embora se saiba que a civilização ocidental coexiste com outras civilizações: “Simplificando, a saúde planetária é a saúde da civilização humana e o estado dos sistemas naturais dos quais ela depende” (16).

Não é a humanidade de povos atrasados e irracionais com curandeiros visionários. É a humanidade racional com visionários do Norte global: “[...] Tony McMichael, cujo visionário livro *Planetary Overload*, publicado há mais de 20 anos, abordou, de forma antecipada, muitas das questões com as quais o mundo se confronta atualmente” (16).

A prévia leitura decolonial do relatório não implica a sua total rejeição. Os problemas apontados pela Comissão devem ser resolvidos e é pertinente que as tentativas de resolução sejam avaliadas. Para isso, indicadores quantitativos são úteis, conforme indica a Comissão, mas devem ser usados considerando as suas diferentes implicações.

Vejamos dois exemplos do relatório. Entre 1990 e 2012, o percentual de crianças de baixa estatura diminuiu de 50 para 30%, um avanço significativo em termos relativos. No entanto, em termos absolutos, essa redução representou um aumento de 14 milhões de crianças, um número superado apenas pela população total de 7 Estados-membros da União Europeia em 2011. Em termos globais, havia 58 milhões de crianças com baixa estatura – predominantemente do Sul global – em 2012, número superado apenas pelo tamanho da população de 4 Estados-membros da União Europeia em 2011. Assim, em sua versão absoluta e relativa, um indicador numérico conta histórias diferentes, que devem ser consideradas de forma crítica e integrada. No Sul global, não é progresso ter um adicional de milhões de crianças com baixa estatura, enquanto a concentração de riqueza no Norte global continua. Além disso, os indicadores relativos alimentam um discurso de esperança, de possibilidade de “progresso” ilimitado, causando danos proporcionais cada vez menores.

O outro exemplo diz respeito à redução do percentual de pessoas em situação de extrema pobreza durante os últimos dois séculos. Essa redução representa melhorias importantes no bem-estar daqueles que saem dessa condição. No entanto, quando o limiar é de US\$ 1,9/dia, aqueles que sobrevivem com US\$ 2/dia já não estão em situação de extrema pobreza. Quem é que decide que sobreviver com US\$ 2/dia (ou

com US\$ 50/dia, em um estado de frustração frequente ao tentar satisfazer suas necessidades de consumo) não é um estado de extrema pobreza? A análise dos limiares, juntamente com a distribuição subjacente, permite comparar todos os indivíduos da população. Caso contrário, apenas mencionar a redução da fração ou do número de indivíduos nas categorias desfavoráveis pode ocultar que as mudanças ocorrem em intervalos muito distantes dos limiares que os tomadores de decisão aceitariam para si próprios no Norte global.

Os limiares ajudam a identificar os limites a partir dos quais os danos se tornam irreversíveis: “É preciso agir antes que ocorram mudanças irreversíveis nos principais sistemas terrestres, o que exigirá a tomada de decisões em condições de incerteza (painel 13) sobre os limiares críticos ou taxas de deterioração desses sistemas” (16). Neste sentido de alerta de catástrofes, os limiares são úteis para conscientizar e gerar mudanças. No entanto, ao mesmo tempo, podem promover políticas de mínimos aceitáveis para evitar apenas mudanças irreversíveis, em vez de promover o florescimento multiespécie.

Políticas de mínimos aceitáveis são sintomáticas de crises que levam a não ultrapassar ou dificilmente ultrapassar limiares mínimos. Uma crise que, quando se torna persistente, deixa de ser explicada e passa a ser explicação (34). Perde-se, assim, um nível prévio de causalidade que perpetua o *status quo* e isso fica evidente no relatório, em suas descrições fragmentadas das ameaças à Saúde Planetária. Por exemplo, apresenta mudanças no uso da terra como uma ação humana sobre o “meio ambiente”, com efeitos deletérios sobre a saúde, sem considerar suas causas (16). Na perspectiva da SUP, o problema a ser resolvido reside na capitalização da terra, que gera deslocamento forçado de milhões de pessoas e animais, reduz a biodiversidade e agrava a crise climática.

O relatório identifica várias causas de deterioração da saúde, com as quais concordamos, mas nossa crítica é sobre a omissão de níveis causais anteriores. Também concordamos com o relatório em outros pontos: a inconveniência do PIB como medida de progresso; as melhorias tecnológicas não são suficientes para reduzir a pegada ambiental, pois podem estimular o consumo e aumentar a pegada (efeito rebote); são necessárias transformações de governança. Concordamos com uma boa parte das mensagens-chave e das conclusões. Nossa discordância está, como mostra o ponto de vista decolonial anterior, na interpretação dessas mensagens e nas premissas das

conclusões. Na nossa leitura, a proposta do relatório é conveniente para preservar o *status quo* que prejudica a saúde do planeta.

O relatório apela à estabilidade dos preços e à gestão da desnutrição para combater a fome, mas não à soberania e segurança alimentar: “Assegurar a estabilidade dos preços dos alimentos e proteger os vulneráveis da variabilidade que ocorre; e combater a desnutrição” (16).

Ainda em um contexto de fome, a proposta é melhorar o acesso de pessoas empobrecidas à tecnologia para reduzir as desigualdades, sem discutir o controle da tecnologia ou os referenciais tecnológicos; assim, ajudando os oligopólios do mercado de tecnologia a terem mais clientes: “Se a pretensão é que essas tecnologias [modernas] contribuam de forma útil para a redução da fome no mundo, elas precisam proteger o meio ambiente e serem acessíveis aos agricultores familiares, caso contrário, as desigualdades persistirão e aumentarão” (16).

Na lógica moderno/colonial, é essencial manter a hegemonia epistemológica e aqueles que não a exercem devem apoiá-la para se beneficiar dela: “Mas para ter um efeito real e mudar a trajetória da saúde planetária, esses movimentos locais precisam de coerência, organização e solidariedade com as comunidades científica e de saúde” (16). Esse apoio potencializa a influência daqueles que, de fato, detém a hegemonia: “As comunidades científica e de saúde, por sua vez, terão muito mais sucesso ao influenciar tomadores de decisão que se sentem pressionados por seus eleitores exigindo mudanças, do que teriam sem o apoio da sociedade civil” (16).

Na crise dos custos da assistência médica, a Medicina Privada foi muito explícita em sua intenção de manter a hegemonia e evitar a participação da medicina estatal (ver seção anterior). Da mesma forma, a Comissão Rockefeller foi categórica em sua intenção de manter uma lógica de cima para baixo (*top-down*), na qual os detentores do capital econômico e científico reservam para si o direito de decidir o que é relevante: “Os financiadores de pesquisa e a comunidade acadêmica definem quais questões são feitas pelos cientistas e podem orientar o desenvolvimento de novas maneiras de abordar as principais lacunas no conhecimento, na consciência científica e no enfoque acadêmico” (16).

É a lógica moderna imposta ao longo dos séculos que diz (note, mais uma vez, a utilização de mínimos aceitáveis e o significado de aceitação): “Nas tendências atuais, mesmo com hipóteses otimistas, a erradicação da pobreza (com uma linha de pobreza de US\$ 5/dia por pessoa) levará 200, ou 100 anos para uma linha de pobreza de US\$

1,25/dia” (16). Portanto, não há muito o que esperar das tendências modernas. É preciso superar a crise moderna da civilização, começando pelo primeiro desafio identificado no relatório: “*conceptual and empathy failures (imagination challenges)*” [falhas conceituais e de empatia (desafios da imaginação)] (16).

Ecologia de Saberes

A leitura decolonial prévia do relatório, apontando algumas das suas possibilidades, limites e obstáculos, nos compromete, a partir do Sul global, a compreender níveis causais mais profundos e a transformar a atual relação entre natureza, saúde e sociedade. Uma possibilidade, não apenas alternativa, mas, sobretudo, crítica, é a “ecologia de saberes” proposta por Santos, dentro do que ele chama de “epistemologias do Sul”, ou seja, a reivindicação do Sul global por novos processos de produção, valorização de saberes científicos e não científicos válidos, e de novas relações entre diferentes tipos de conhecimento, baseados em práticas de classes e grupos sociais que sofreram, de forma sistemática, a destruição, a opressão e a discriminação causadas pelo capitalismo, pelo colonialismo e pela naturalização da desigualdade (35).

Segundo Santos, as formas de pensamento não ocidentais têm sido tratadas de forma abissal pelo pensamento ocidental hegemônico moderno, referindo-se por abissal as distinções visíveis e invisíveis que dividem a realidade social em dois universos: um de um lado da linha – as sociedades ocidentais modernas – e outro além da linha – as sociedades coloniais (35). Por exemplo, no campo do conhecimento moderno, a linha visível separa a ciência da filosofia e da teologia, estabelecendo a superioridade da ciência por meio de critérios científicos em vez da razão ou da fé. A linha invisível divide esses saberes dos saberes indígenas, populares e outros. O universo do outro lado da linha desaparece como realidade, torna-se inexistente (no sentido de irrelevante e incompreensível) e radicalmente excluído, pois está além do universo daquilo que a concepção aceita de inclusão considera ser outro. Nas sociedades coloniais, a apropriação e a violência segregam os coletivos multiespécies, isto é, sujeitos, natureza, corpos e saberes que estão ao lado da negação (35).

A modernidade ocidental elimina qualquer realidade que esteja do outro lado da linha. Tudo o que não se enquadra nos eixos verdadeiro-falso ou legal-ilegal ocorre nas zonas coloniais (35). As linhas abissais são constitutivas das relações políticas e culturais baseadas no Ocidente e das interações no sistema-mundo moderno (35). Assim, a

desqualificação do conhecimento não moderno ressalta, globalmente, a injustiça social e cognitiva.

Ao trazer esses elementos para discutir a Saúde Planetária e a Saúde Única como alternativas para compreender e transformar a atual relação entre natureza, saúde e sociedade, a ecologia de saberes ou o pensamento pós-abissal nos convida a refletir e questionar, entre outras coisas: se a apropriação e a violência estabeleceram as sociedades coloniais, como podemos agora receber essas propostas filantrópicas em condições de igualdade e justiça ao invés de imperativos da modernização? Como avançar em um verdadeiro pensamento pós-abissal?

O pensamento pós-abissal adota a perspectiva do outro lado da linha, precisamente porque o outro lado da linha tem sido o reino do impensável na modernidade ocidental (35). O pensamento pós-abissal reside em aprender com as epistemologias do Sul, que confrontam a “monocultura da ciência moderna” com a ecologia de saberes. Compreende a ciência como um dos muitos constituintes plurais do conhecimento, permitindo que uma ciência contra-hegemônica possa apoiar os coletivos multiespécies marginalizados em sua luta para sair das periferias.

O que está em jogo não é apenas uma justiça cognitiva e abstrata. A ecologia de saberes revaloriza as intervenções concretas que os diferentes conhecimentos podem oferecer (35). Nela, as hierarquias de conhecimento não são universais, mas dependentes do contexto. A ecologia de saberes nos convida a construir “uma alternativa das alternativas”, apoiada na vigilância epistemológica permanente e na tradução intercultural. Em outras palavras, uma alternativa para evitar que a Saúde Planetária, a Saúde Única ou qualquer outra abordagem, se torne uma versão renovada do pensamento abissal, uma revisão suavizada da colonialidade. A partir da ecologia de saberes podemos nos posicionar contra dispositivos de marginalização, que criam periferias, perfis epidemiológicos injustos e só aceitam epistemologias da saúde do Norte global.

O eixo decolonial-colonial para a promoção da Saúde Única em Periferias

Há modos de vida indígenas promotores de saúde que servem de referência para espaços não indígenas, no entanto, a adaptação desses saberes e experiências às periferias não indígenas leva a outras práticas. Um exemplo seria como o respeito e o cultivo de cogumelos comestíveis por grupos Yanomami poderiam informar práticas agroecológicas, mas não serem escalados para suprir uma demanda urbana de consumo.

Não reconhecer essa transformação abre possibilidades colonizadoras contraproducentes para a promoção da saúde. A globalização faz com que todos os locais contribuam de alguma forma para a reprodução de uma estrutura colonial, logo, qualquer lugar de resistência decolonial também tem um lado colonial, por menor que seja. A partir dessa situação, uma das tarefas para a promoção decolonial da Saúde Única em Periferias é desconstruir, por meio da ecologia de saberes, os dispositivos de marginalização subjacentes às iniquidades em saúde sofridas por múltiplas espécies (20). Essas serão as questões abordadas nesta seção.

Na SUP, as periferias são uma categoria simbólica expressa em perfis epidemiológicos (20). O Sul global é uma periferia geopolítica heterogênea dentro dessa categoria e sua dimensão de saúde tem sido teorizada e transformada pela Medicina Social Latinoamericana desde a década de 70 e, atualmente, sob a forma de Epidemiologia Crítica, Saúde Coletiva e Saúde Internacional Sul-Sul. Em um escopo mais abrangente, essa periferia, o Sul global, tem promovido cosmovisões e modos de vida que, na retórica atual, poderiam ser considerados sustentáveis, saudáveis e exemplos de bem viver (36).

As cosmovisões e modos de vida indígenas, bem como as iniciativas que neles se baseiam na tentativa de transformar o arranjo institucional estabelecido e mantido pela modernidade, servem de referência para a promoção da SUP. Tomemos como exemplo o bem viver (*buen vivir*), conceito oriundo do Aymarã *suma qamaña* e do Quechua *sumak kawsay*, incorporado nas constituições da Bolívia e do Equador (36). Embora uma discussão sobre o bem viver esteja fora do escopo deste manuscrito, ressaltamos que, de um modo geral, trata-se de uma proposta abrangente de cuidado coletivo exercida por uma totalidade plural, na qual as comunidades locais não são periféricas (36). De maneira oposta, a Saúde Planetária visa controlar os sistemas naturais e manter o Sul global numa posição subalterna, em que a única aspiração permitida é se beneficiar das transferências epistemológicas, científicas e tecnológicas do Norte global. Em termos institucionais, o sentido de bem viver tem sido substancialmente transformado. O Equador e a Bolívia incorporaram o conceito em sua Constituição em 2008 e 2009, respectivamente, o que já é, por si só, um reconhecimento simbólico dos povos indígenas. No entanto, Solón aponta que, na prática, os direitos reconhecidos à natureza e à Mãe Terra ficaram em segundo plano, devido à priorização dos interesses extrativistas. A retórica do bem viver passou a coexistir com políticas de redistribuição de renda, que apoiavam os interesses capitalistas, permitiam o crescimento de

oligopólios e fomentavam o clientelismo com alguns setores indígenas (36). Sob um governo indígena, paradoxalmente, foi possível verificar maior aceitação da modernização, rejeitada por séculos, além da redução do percentual de pessoas que se consideram indígenas, que caiu de 62 para 41% entre 1990 e 2013 (36). Essa experiência de institucionalização do bem viver mostra que, apesar das diferenças marcantes entre projetos de origens opostas no espectro decolonial-colonial, a distância entre discursos e práticas implementadas afeta ambos os polos do espectro e a contaminação entre os polos dá origem ao corpo do espectro.

A promoção da Saúde Única em Periferias deve reconhecer e antecipar a distância entre discursos e práticas e a contaminação entre o decolonial e o colonial. Assim, é conveniente considerar os processos histórico-sociais que produzem e reproduzem os níveis de organização social e seus correspondentes perfis epidemiológicos. Conforme diz Samaja (37), os indivíduos estão no nível inferior de organização social, o sistema-mundo no nível superior e entre os dois há vários outros níveis (família, comunidade, divisões territoriais político-administrativas, associações contratuais e outras instituições). Os níveis superiores reproduzem-se regulando os inferiores, mas essa regulação não é totalmente abrangente e permite que os níveis inferiores produzam mudanças parciais nos superiores (37). O nível superior reproduz uma estrutura colonial por meio da regulação que exerce nos níveis inferiores e estes podem alterar parcialmente essa estrutura com práticas decoloniais. Essa é a chamada determinação social, que baliza a epistemologia da Saúde Coletiva e, por ter dimensões multiespécies inevitáveis, da Saúde Única em Periferias (20). A promoção da SUP deve ocorrer nesse movimento dialético, observando que mudanças decoloniais parciais significam reprodução parcial da colonialidade. Tal contradição decolonial-colonial deve ser levada em conta nas propostas de promoção da SUP, para que os discursos e as possibilidades materiais sejam mais adequados.

O conjunto de práticas exercidas a partir de uma determinada posição tem elementos decoloniais e, não ou, coloniais. Assim, o bem viver indígena e a retórica neoliberal do bem viver diferem na direção e intensidade do viés em relação aos extremos decolonial-colonial. De forma similar, os programas de educação em Saúde Coletiva não são totalmente diferentes do ensino superior colonial ou da Medicina Preventiva em suas origens coloniais. O grau de diferença depende do quanto se aproximam dos respectivos extremos.

As condições de possibilidade da cartografia periférica (20) também condicionam a promoção decolonial da SUP. O exercício de tal promoção, de dentro e de fora dessa cartografia, desafia a distinção centro-periferia por meio de movimentos de determinação social. Trata-se de uma promoção utópica e dialética que, ao centralizar as periferias reforça, de alguma forma, a distinção mencionada e cria outras periferias. É um movimento *glocal* entre localização e globalização (38).

Até agora, pode não estar claro por que é conveniente adicionar a palavra “Única” à “Saúde em Periferias”, já que poderia muito bem ser Saúde Planetária em Periferias, por exemplo, para destacar o movimento *glocal* entre o global (planetário) e o local (periferias). Saúde Única é um arcabouço conceitual que, assim como a Saúde Planetária, reúne enunciados favoráveis à saúde para todos, mas, na prática, reforça o mito da modernidade. *One World One Health*TM [Um mundo, uma saúde] é uma marca registrada, criada durante um simpósio organizado pela *Wildlife Conservation Society* [Sociedade para Conservação da Vida Silvestre], em 2004, na Universidade Rockefeller (39, 40). A escolha de um local colonial para o evento pode parecer um fato isolado, que não relaciona a *Wildlife Conservation Society* à colonialidade, mas basta lembrar que, na época em que as instituições Rockefeller foram fundadas, o *Bronx Zoo* [Zoológico do Bronx] exibia Ota Benga (o jovem membro do povo Mbuti, da atual República Democrática do Congo). A *Wildlife Conservation Society* esperou até 2020 para emitir um pedido público de desculpas pela sua responsabilidade na exposição e pela posição de dois dos seus fundadores, Madison Grant e Henry Fairfield Osborn, que também fundaram a *American Eugenics Society* [Sociedade Americana de Eugenia] e se posicionaram a favor dos réus nos julgamentos de Nuremberg (41). Infelizmente, o pedido de desculpas não recriou totalmente a tradição colonial de exibir outros animais, talvez confundindo a exibição com uma condição necessária à conservação da vida silvestre. Eles não viam nada de errado em exibir Ota Benga há um século e agora não condenam a mesma prática com animais não humanos. Esperemos que não precisem de mais um século para abolir essa prática.

Compreendendo as raízes coloniais da Saúde Única, que vão além do que brevemente expusemos (18), uma proposta decolonial baseada nesse conceito pode parecer contraditória. No entanto, vale ressaltar que a Saúde Única em Periferias dá outros significados à Saúde Única (20) e metaboliza as contradições por meio de sua determinação social e da ecologia de saberes. Decolonizar a Saúde Única, portanto,

agrega pluralidade aos movimentos sanitários latinoamericanos, dando mais força e resiliência à resistência decolonial.

Na Saúde Única, a saúde é mais-que-humana e envolve três domínios indissociáveis: saúde humana, saúde animal e saúde ambiental (42), diferente da Saúde Planetária, em que a saúde é humana e os sistemas naturais têm valor instrumental como determinantes em saúde (16). O valor dos animais é instrumental na medida em que contribuem para a manutenção de sistemas naturais favoráveis à saúde humana. Nas abordagens de Saúde Única, os animais também são predominantemente instrumentais para a saúde humana (42), mas aparecem como portadores de saúde, assumindo um papel fundamental em uma saúde que não é apenas humana.

A biomedicina não questiona a existência de processos fisiopatológicos nos animais, da mesma forma que a epidemiologia não questiona a existência de dinâmicas de transmissão entre animais ou entre animais e humanos. Como qualquer outra espécie, o ser humano tem semelhanças e diferenças com os processos biológicos de saúde-doença, individuais e populacionais, de outras espécies.

A atribuição de um estatuto moral inferior aos animais não humanos pelo simples fato de não pertencerem à espécie humana (especismo) é tão arbitrária quanto dar menos valor a alguns humanos por conta de atributos a eles associados, como raça ou gênero [racismo e sexismo] (43). Na tentativa de justificar o estatuto inferior dos animais na esfera da moralidade, alguns argumentos se fundamentam em uma maior capacidade cognitiva dos seres humanos. No entanto, muitos animais superam a cognição de humanos com deficiências graves, levando a justificativas de diferenciação moral em que nem todos os humanos são de igual valor, sendo alguns com menor valor do que muitos animais (43). Baseadas em diferentes critérios de capacidade cognitiva, também são problemáticas as justificativas morais que tentam separar completamente os humanos dos outros animais, revelando o que Agamben chama de máquina antropológica, um aparato de inclusão-exclusão para separar os humanos dos outros animais, que quanto mais se renova na tentativa de eliminar aporias, mais revela sua arbitrariedade e contradição (44).

A distinção entre humanos e não humanos é um dispositivo de marginalização a serviço da dominação. Trata-se de uma dicotomia central da modernidade (45), por meio da qual a desumanização/animalização aumenta conforme se distancia de um referencial masculino, heterossexual e ocidental. É a violência epistêmica que marginaliza humanos, nega a subjetividade dos outros animais e reconfigura a animalidade como

negra, indígena (45), feminina e não heterossexual. Quer dizer, é mais do que uma violência humana, com vítimas de múltiplas espécies – os animais são animalizados na medida em que estão inscritos nesse espaço animal de dominação colonial (45). O dispositivo animalizador também é aplicado por meio de práticas sanitárias coloniais, que legitimam a dominação e a representam como um ato benevolente.

Na sua análise das fazendas de escravizados do século XIX, em Cuba, Camacho descreve como Chateusalins, em seu *Vademécum de los hacendados cubanos* [Vademécum dos fazendeiros cubanos], recomendava aos senhores de escravizadas “que evitassem dar-lhes um tratamento severo”, que lhes dessem “melhores alimentos do que antes” e que “as protegessem com iguarias e concessões para incentivá-las a preservar o produto de sua concepção e criar seu novo crioulinho” [tradução nossa] (46). Para convencer os senhores, Chateusalins afirmava: “Sei que em todas as fazendas onde reinam a bondade, a doçura e a atenção dos senhores para com os negros, há muitos negros alegres cujas mães manifestam sua felicidade em seus cantos e rostos risonhos [...] Vimos os livros de ganhos e perdas, nos quais consta que longe de sofrer uma perda de 5,5%, que é a geralmente calculada nessa classe de fazendas, teve, pelo contrário, um aumento de 4,5 para 5,5%, demonstrando as vantagens trazidas com o tratamento cuidadoso dispensado aos negros” [tradução nossa] (46).

Esse binômio produção-saúde foi enquadrado no que poderíamos entender como uma abordagem epidemiológica-zootécnica para o controle de escravizados. Compartimentalização de instalações; populações divididas segundo critérios demográficos de interesse produtivo e reprodutivo; classificação e monitoramento da morbimortalidade; prevenção de doenças transmissíveis; seleção reprodutiva (melhoramento genético); higiene, nutrição, socialização e outras práticas genéricas para reduzir as perdas de capital biológico [ver as análises documentadas de tais práticas por Smithers e Camacho (46, 47)].

O discurso racionalizador de tal abordagem – estatística, eficiência, evidência – almejava, particularmente, a produtividade, agregando valor às mercadorias animalizadas. Os escravizados eram objetos de saberes e práticas profissionais (medicina, estatística, antropologia), que produziam “verdades” das quais dependia o regime político e econômico da plantação (46). No entanto, por trás da pretensão de verdade e racionalidade, havia preconceito e contradição. Como mostra a análise de Camacho sobre a antropologia médica de Dumont (48), a literatura médica fornecia descrições da raça negra como “propensa a contrair várias doenças”, enquanto a

antropológica trazia afirmações do tipo “preguiçoso por natureza”, “todos os negros são poligâmicos”, “todos são fetichistas” [tradução nossa] (46). Por outro lado, as prescrições de bondade e atenção às necessidades “humanas” dos escravizados, ironicamente, se opunham à animalização, mas isso não impedia sua prática. A preocupação com a saúde dessas pessoas era, na verdade, uma preocupação em manter a rentabilidade de seus corpos e evitar que transmitissem doenças aos senhores e suas famílias, cuja saúde tinha valor em si mesma. A epidemiologia e a zootecnia dos escravizados coexistiam com as práticas de tortura para torná-los dóceis; seus afetos eram irrelevantes, exceto como instrumentos para aumentar o desempenho produtivo e reprodutivo, por meio de práticas persuasivas também relatadas na literatura médica (46). Os anúncios de escravizados com características fenotípicas específicas e de medicamentos autorizados pelo governo contra doenças que os afetavam (46), mostram como a animalização foi naturalizada e legitimada pelo Estado, pela mídia e pelo conhecimento produzido pelas autoridades epistêmicas.

Em essência, o discurso da epidemiologia e zootecnia dos escravizados equivale ao discurso contemporâneo da epidemiologia da produção animal e da ciência animal. De forma similar, dentro da ciência do bem-estar animal encontramos narrativas de benevolência, que legitimam a exploração agropecuária e agregam valor às mercadorias vivas. Em ambos os casos (escravizados e “animais de produção”), as relações de opressão são naturalizadas e o melhor desempenho dos parâmetros produtivos e sanitários serve como indicador de melhoria no bem-estar.

Ao desconstruir dispositivos de marginalização e dar origem a coletivos multiespécies, nos quais o outro não é uma mercadoria e sua subjetividade é cuidada e respeitada, as possibilidades de promoção deixam de ser variações de grau, dentro de um espaço periférico restritivo, e passam a ser variações de tipo. Assim, a abolição da escravatura é um salto de promoção, permitindo modos de vida – processos, capacidades e condições de saúde – inatingíveis por meio das práticas de saúde restritas à periferia da escravidão. Como a saúde é, inerentemente, determinada por juízos de valor, problematizá-los é essencial para romper as margens que limitam a promoção da Saúde Única em Periferias.

Sete ações de promoção decolonial da Saúde Única em Periferias

A Carta de Ottawa [ver em McPhail-Bell et al. (49) uma crítica pós-colonial a ela] propôs cinco ações para a promoção da saúde: (1) construir políticas públicas saudáveis;

(2) criar ambientes de apoio; (3) fortalecer as ações comunitárias; (4) desenvolver habilidades pessoais e (5) reorientar os serviços de saúde (50). Redefinir e complementar essas ações com outras duas, levam à promoção da Saúde Única em Periferias: (1) desconstruir dispositivos de marginalização; (2) enriquecer a ecologia de saberes; (3) construir políticas públicas de saúde multiespécies; (4) criar ambientes de apoio; (5) fortalecer as ações comunitárias multiespécies; (6) desenvolver capacidades de criaturas em várias espécies e (7) reorientar os serviços de saúde multiespécies. A desconstrução dos aparatos marginalizantes é transversal às demais ações e, nesse sentido, não precisaríamos incluí-la como uma ação separada, entretanto, o mesmo pode ser feito com as demais. Embora uma ação seja transversal às outras, seu reconhecimento explícito reforça sua importância.

As sete ações exigem a superação do principal desafio identificado pela *Lancet Commission on planetary health* [Comissão Lancet sobre Saúde Planetária]: “*conceptual and empathy failures (imagination challenges)*” [falhas conceituais e de empatia (desafios da imaginação)] (16), algo especialmente desafiador dentro da colonialidade. No entanto, por essa mesma razão, elas contribuem para a virada decolonial, que requer imaginação e empatia multiespécie e pode ser vista como uma virada do Capitaloceno para o Chthuluceno [ver em Haraway (51) uma discussão sobre o Antropoceno, o Capitaloceno e o Chthuluceno].

Apesar das dificuldades para promover a Saúde Única em Periferias, há precedentes para cada uma das suas sete ações. A primeira ação desconstrói a marginalização a partir de uma perspectiva de saúde e encontra respaldo na sociologia mais-que-humana (52-55), na antropologia (56), na biopolítica (44, 57, 58), nos estudos críticos (59), no serviço social (60, 61), nas teorias da justiça (62-64) e na filosofia moral (65, 66), para citar algumas áreas. A segunda ação abre espaço às epistemologias indígenas e não indígenas do Sul global (5), lembrando que para a sustentabilidade holística “descoberta” pela Saúde Planetária, existem versões indígenas com séculos de experiências bem-sucedidas e que a animalização é um dispositivo colonial, que oprime animais humanos e não humanos. Embora insuficiente, já existem políticas públicas de apoio às cidades vivas (67), à biodiversidade e aos territórios indígenas. Teorias mais-que-humanas do trabalho (63), soberania e segurança alimentar, agricultura sustentável, resposta a desastres e perspectivas de decrescimento podem fortalecer e expandir esse tipo de política (terceira e quarta ação). Além disso, as políticas participativas existem em vários cenários, as práticas comunitárias abundam no Sul global e o ativismo animal

e ambiental vem crescendo. Isso oferece um apoio prático à interseccionalidade multiespécie (20, 68), a partir da qual a quinta ação pode ser elaborada. Um marco teórico importante da justiça é o das capacidades, já elaborado por Nussbaum para considerar a deficiência, a nacionalidade e as espécies animais não humanas (62). Portanto, a sexta ação, que na versão da Carta de Ottawa (quarta ação) pode parecer aplicável apenas aos humanos, tem um suporte teórico robusto para considerar sujeitos periféricos de diferentes espécies. Até mesmo a sétima ação tem precedentes. No Brasil, por exemplo, o Sistema Único de Saúde, além de possuir unidades dedicadas à vigilância epidemiológica de zoonoses, que também promovem o cuidado responsável com os animais, tem dependências dedicadas à saúde e proteção dos animais domésticos. Essas dependências possuem atribuições específicas quanto ao resgate, acolhimento e adoção, controle populacional e administração de hospitais veterinários, que oferecem serviços gratuitos (69). Sem dúvida, alguns desses precedentes necessitam de reavaliações e de uma sólida participação plural, para que não sejam, ou deixem de ser, estratégias a serviço de interesses não coletivos. Independente disso, são precedentes que, de certo modo, interromperam localmente as margens que criam periferias.

Conclusão

A colonialidade não acabou com o colonialismo e o mito da modernidade está no cerne da crise civilizatória que vivemos. O filantropocapitalismo permite ganhos materiais, que melhoram significativamente a subsistência dos mais empobrecidos, já que eles estão em condições nas quais pouca ajuda faz muita diferença, mesmo que continuem na pobreza. Essas melhorias são convenientes para legitimar a vasta acumulação de riqueza por alguns poucos filantropos ricos e as privações maciças sofridas por bilhões de pessoas (em 2019, a riqueza concentrada em 0,000028% da população era maior do que a de 59,7%). O filantropocapitalismo na saúde tem sido uma estratégia para reforçar a epistemologia colonial e favorecer os interesses do Norte global, ditando o que deve ser entendido por saúde, como os problemas de saúde devem ser resolvidos e como as pessoas devem viver para evitá-los. A Fundação Rockefeller tem sido um ícone do filantropocapitalismo, moldando a saúde latinoamericana por meio de políticas públicas, educação e pesquisa. Uma das propostas recentes da Fundação é a Saúde Planetária, também delineada na retórica do Norte global.

A ecologia de saberes, com sua tradução intercultural, é uma resposta do Sul global para reparar os danos da colonialidade. Ela abrange os saberes indígenas e populares, os movimentos de saúde latinoamericanos e o uso contra-hegemônico da ciência. Também pode fazer o uso contra-hegemônico da Saúde Planetária e da Saúde Única, como é o caso da Saúde Única em Periferias. Ao mesmo tempo em que há essa reconfiguração da Saúde Única, os movimentos de saúde latinoamericanos fortemente contrários à animalização, ou seja, ao espaço colonial oprimindo animais e grupos humanos periféricos. Ampliando o escopo e o significado da proposta da Carta de Ottawa, a promoção decolonial da SUP compreende sete ações: (1) desconstruir dispositivos de marginalização; (2) enriquecer a ecologia de saberes; (3) construir políticas públicas de saúde multiespécies; (4) criar ambientes de apoio; (5) fortalecer as ações comunitárias multiespécies; (6) desenvolver capacidades individuais em várias espécies e (7) reorientar os serviços de saúde multiespécies.

Declaração de disponibilidade de dados

As contribuições originais geradas para o estudo são incluídas no artigo/material suplementar, outras questões podem ser direcionadas aos autores correspondentes.

Contribuição dos autores

Todos os autores contribuíram com o artigo e aprovaram a versão submetida.

Financiamento

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Conflito de Interesses

Os autores declaram que a pesquisa foi conduzida na ausência de quaisquer relações comerciais ou financeiras que pudessem ser interpretadas como um potencial conflito de interesses.

Agradecimentos

Agradecemos à Rede Saúde Única em Periferias (SUP-FMVZ-USP) e ao Grupo de Pesquisa em Periferias (nPeriferias-IEA-USP) da Universidade de São Paulo.

Referências

1. Dussel E. Eurocentrism and modernity (introduction to the Frankfurt lectures). *Bound.* (1993) 20:65. doi: 10.2307/303341
2. Quijano A. Coloniality and modernity/rationality. *Cult Stud.* (2007) 21:168–178. doi: 10.1080/09502380601164353
3. Mignolo W. *The Darker Side of Western Modernity: Global Futures, Decolonial Options.* London: Duke University Press (2011). doi: 10.2307/j.ctv125jqbw
4. Dussel E. 1492 El encubrimiento del Otro: hacia el orgien del “mito de la Modernidad”. La Paz: Plural editores (1994).
5. Santos B de S, Meneses MP. *Epistemologias do Sul.* São Paulo: Cortez Editora (2010).
6. Mignolo WD. Citizenship, knowledge, and the limits of humanity. *Am Lit Hist.* (2006) 18:312–31. doi: 10.1093/alh/ajj019
7. Grosfoguel R. Caos sistémico, crise civilizatória y proyectos descoloniales: pensar más allá del proceso civilizatorio de la modernidad/colonialidad. *Tábula Rasa.* (2016) 25:153–74. DOI: 10.25058/20112742.79
8. Arouca S. *O Dilema Preventivista: Contribuição Para a Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva.* Rio de Janeiro: UNESP Eitora (2003). DOI: 10.7476/9788575416105
9. Vieira-da-Silva LM. *O Campo da Saúde Coletiva: Gênese, Transformações e Articulações Coma Reforma Sanitária.* Salvador: Editora da UFBA, Editora Fiocruz (2018).
10. Moreira MC. A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional em enfermagem na primeira República do Brasil. *Hist Cienc Saúde Manguinhos.* (1998) 5:621–45. DOI: 10.1590/S0104-59701999000100005

11. Paim JS, De Almeida Filho N. Saúde coletiva: Uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saúde Publ.* (1998) 32:299–316. DOI: 10.1590/S0034-89101998000400001
12. Breilh J. *Epidemiologia Crítica: Ciência Emancipadora e Intercultural*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz (2006).
13. Basile G. *La Salud Internacional Sur Sur: Hacia un Giro Decolonial y Epistemológico*. La Plata: CLASCO (2018).
14. Acero-AM. Zoonosis y otros problemas de salud pública relacionados con los animales: Reflexiones a propósito de sus aproximaciones teóricas y metodológicas. *Rev Gerenc e Polit Salud.* (2016) 15:232–45. DOI: 10.11144/Javeriana.rgyps15-31.zops
15. Andrade FAT. *Propuesta Teórico-Metodológica de Epidemiología Crítica de la Salud Animal, Primer Acercamiento de Aplicación en el Caso de la Fiebre Aftosa en el Ecuador*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar (2019).
16. Whitmee S, Haines A, Beyrer C, Boltz F, Capon AG, De Souza Dias BF, et al. Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of the Rockefeller Foundation-Lancet Commission on planetary health. *Lancet.* (2015) 386:1973–2028. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60901-1
17. Davis A, Sharp J. Rethinking one health: emergent human, animal and environmental assemblages. *Soc Sci Med.* (2020) 258:113093. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113093
18. Lainé N, Morand S. Linking humans, their animals, and the environment again : a decolonized and more-than-human approach to “One Health.” *Parasite.* (2020) 27:55. doi: 10.1051/parasite/2020055
19. Prescott SL, Logan AC. Planetary health: from the wellspring of holistic medicine to personal and public health imperative. *Explore.* (2019) 15:98–106. doi: 10.1016/j.explore.2018.09.002

20. Baquero OS. One Health of peripheries: biopolitics, social determination, and field of praxis. *Front Public Health*. (2021) 9:617003. doi: 10.3389/fpubh.2021.617003
21. Daros W. La creación de la modernidad. Nuevos deseos e intereses de la humanidad. *Invenio*. (2015) 18:51–65.
22. Jiménez RG. La modernidad: sintomatología de los procesos modernizantes en las sociedades. *Temas Cienc Technol*. (1998) 2:55–67.
23. Grosfoguel R. The epistemic decolonial turn: beyond political-economy paradigms. *Cult Stud*. (2007) 21:211–23. doi: 10.1080/09502380601162514
24. Escobar A. Worlds and knowledges otherwise: the Latin American modernity/coloniality research program. *Cult Stud*. (2007) 21:179–210. doi: 10.1080/09502380601162506
25. Ballestrin L. América Latina e o giro decolonial. *Rev Bras Ciência Política*. (2013) 2013:89–117. doi: 10.1590/S0103-33522013000200004
26. Dussel E. Europa, modernidad y eurocentrismo. In: Lander E, editors. *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (1993).
27. Quijano A. Colonialidade do poder e classificação social. In: de S. Santos B, Meneses MP, editors. *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez Editora (2019). p. 84–130.
28. Coffey C, Espinoza Revollo P, Harvey R, Lawson M, Parvez Butt A, Piaget K, et al. *Time to Care: Unpaid and Underpaid Care Work and the Global Inequality Crisis*. Oxford (2020). doi: 10.21201/2020.5419
29. Guilhot N. Une vocation philanthropique. *Actes Rech Sci Soc*. (2004) 151–2:36. doi: 10.3917/arss.151.0036

30. Tota AP. O imperialismo sedutor: a americanização do Brasil na época da Segunda Guerra. São Paulo: Companhia das Letras (2000).
31. Fishbein M, Bierring WL. A history of the American Medical Association 1847 to 1947. Philadelphia, PA: Saunders (1947).
32. Redvers N, Yellow Bird M, Quinn D, Yunkaporta T, Arabena K. Molecular decolonization: an indigenous microcosm perspective of planetary health. *Int J Environ Res Public Health*. (2020) 17:4586. doi: 10.3390/ijerph17124586
33. Redvers N, Poelina A, Schultz C, Kobei DM, Githaiga C, Perdrisat M, et al. Indigenous natural and first law in planetary health. *Challenges*. (2020) 11:29. doi: 10.3390/challe11020029
34. Santos B. Vírus: tudo o que é sólido se desfaz no ar. (2020). Available online at: <https://www.sul21.com.br/opiniaopublica/2020/03/virus-tudo-o-que-e-solido-se-desfaz-no-ar-por-boaventura-de-sousa-santos/> (accessed November 27, 2020).
35. Santos B de S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes In: Santos B de S, Meneses MP, editors. *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Coertez Editora (2007). p. 31–83.
36. Solon P. Alternativas sistêmicas: Bem Viver, decrescimento, comuns, ecofeminismo, direitos da Mãe Terra e desglobalização. São Paulo: Elefante Editora (2019).
37. Samaja J. *Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires: Lugar (2007).
38. Roudometof V. Theorizing glocalization. *Eur J Soc Theory*. (2016) 19:391–408. doi: 10.1177/1368431015605443

39. Woldehanna S, Zimicki S. An expanded one health model: integrating social science and one health to inform study of the human-animal interface. *Soc Sci Med.* (2015) 129:87–95. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.10.059
40. Wildlife Conservation Society. One World, One Health TM [Internet]. New York, NY: Wildlife Conservation Society (2020).
41. Wildlife Conservation Society. A Statement from the Wildlife Conservation Society. WCSNewsroom. (2020). Available online at: <https://newsroom.wcs.org/News-Releases/articleType/ArticleView/articleId/14648/A-Statement-from-the-Wildlife-Conservation-Society.aspx> (accessed November 7, 2020).
42. WHO, OIE, FAO. Taking a Multisectoral, One Health Approach: A Tripartite Guide to Addressing Zoonotic Diseases in Countries. Rome (2019).
43. Singer P. Speciesism and moral status. *Metaphilosophy.* (2009) 40:567–81. doi: 10.1111/j.1467-9973.2009.01608.x
44. Agamben G. L'aperto. L'uomo e l'animale. Turim: Bollati Boringhieri (2002) [trad. port. O aberto. O homem e o animal. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira (2021)].
45. Belcourt BR. Animal bodies, colonial subjects: (re)locating animality in decolonial thought. *Societies.* (2014) 5:1–11. doi: 10.3390/soc5010001
46. Camacho J. Los criaderos de esclavos: medicina, cuerpos y sexualidad en los ingenios de Cuba. *Hispanófila.* (2020) 188:3–18. doi: 10.1353/hsf.2020.0014
47. Smithers G. *Slave Breeding: Sex, Violence, and Memory in African American History.* Gainesville, FL: University Press of Florida (2012). doi: 10.5744/florida/9780813042381.001.0001
48. Dumont H. Antropología y patología comparadas de los negros esclavos. Traducción de Israel Castellanos. La Habana: Habana (1922).

49. McPhail-Bell K, Fredericks B, Brough M. Beyond the accolades: a postcolonial critique of the foundations of the Ottawa Charter. *Global Health Promot.* (2013) 20:22–9. doi: 10.1177/1757975913490427
50. Organização Mundial da Saúde. Marcos na Promoção da Saúde: Declarações de Conferências Globais. Genebra, FL: Imprensa da OMS (2009).
51. Haraway D. Staying with the trouble. Making Kin in the Chtulucene. Durham: Duke University Press (2016). doi: 10.2307/j.ctv11cw25q [trad. port. Ficar com o problema. Fazer parentes no Chtuluceno. São Paulo: n-1 edições (2023)].
52. Peggs K. *Animals and Sociology*. London: Palgrave Macmillan (2012). doi: 10.1057/9780230377271
53. Tuomivaara S. *Animals in the Sociologies of Westermarck and Durkheim*. London: Palgrave Macmillan (2019). doi: 10.1007/978-3-030-26863-3
54. Pyyhtinen O. *More-Than-Human Sociology: A New Sociological Imagination*. New York, NY: Palgrave Macmillan (2016). doi: 10.1057/9781137531841
55. Sayes E. Actor-network theory and methodology: just what does it mean to say that nonhumans have agency? *Soc Stud Sci.* (2014) 44:134–49. doi: 10.1177/0306312713511867
56. Kirksey SE, Helmreich S. The emergence of multispecies ethnography. *Cult Anthropol.* (2010) 25:545–76. doi: 10.1111/j.1548-1360.2010.01069.x
57. Asdal K, Druglito T, Hinchliffe S. Humans, animals and biopolitics. In: Asdal K, Druglito T, Hinchliffe S, editors. *The More-Than-Human Condition*. New York, NY: Roudlege (2016). doi: 10.4324/9781315587639
58. Wadiwel DJ. *The War Against Animals*. Leiden: Brill (2015). doi: 10.1163/9789004300422

59. Taylor N, Twine R. *The Rise of Critical Animal Studies: From The Margins to The Centre*. New York, NY: Routledge (2014). doi: 10.4324/9780203797631
60. Ryan T. *Animals in Social Work: Why and How They Matter*. New York, NY: Palgrave Macmillan (2014).
61. Ryan T. *Animals and Social Work: A Moral Introduction*. New York, NY: Palgrave Macmillan (2011). doi: 10.1057/9780230306868
62. Nussbaum M. *Frontiers of Justice: Disability, Nationality and Species Membership*. Cambridge: Harvard University Press (2006) [trad. port. Fronteiras da Justiça: Deficiência, Nacionalidade Pertencimento à Espécie. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes Ltda (2013)].
63. Blattner CE, Coulter K, Kymlicka W. *Animal Labour: A New Frontier of Interspecies Justice?*. Oxford: Oxford University Press (2020). doi: 10.1093/oso/9780198846192.001.0001
64. Celermajor D, Schlosberg D, Rickards L, Stewart-Harawira M, Thaler M, Tschakert P, et al. Multispecies justice: theories, challenges, and a research agenda for environmental politics. *Env Polit.* (2020) 30:1–22. doi: 10.1080/09644016.2020.1827608
65. Johnson L, White TI, Bernstein MH, Peggs K. *The Palgrave Handbook of Practical Animal Ethics*. London: Palgrave Macmillan (2018).
66. Singer P. *Animal Liberation: The Definite Classic of Animal Movement*. New York, NY: Harper Perennial Modern Classics (2009).
67. Hinchliffe S, Whatmore S. Living cities: towards a politics of conviviality. *Sci Cult.* (2006) 15:123–38. doi: 10.1080/09505430600707988

68. Bauer GR. Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: challenges and the potential to advance health equity. *Soc Sci Med.* (2014) 110:10–7. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.03.022

69. Prefeitura do Município de São Paulo. *DECRETO No 59.685, DE 13 DE AGOSTO DE 2020.* (2020).