



A escuta como método e os pobres/oprimidos como sujeitos: por uma bioética global plural

Listening, as method, and the poor/oppressed, as agents: towards plural global bioethics

Alexandre Andrade Martins ^[a]

Milwaukee, Wisconsin, Estados Unidos

Marquette University

Como citar: MARTINS, A. A. A escuta como método e os pobres/oprimidos como sujeitos: por uma bioética global plural. *Revista Pistis & Praxis, Teologia e Pastoral*, Curitiba, Editora PUCPRESS, v. 15, n. 02, p. 270-291, maio/ago. 2023. DOI: <http://doi.org/10.7213/2175-1838.15.002.DS09>.

Resumo

Considerando desafios em saúde global, este texto busca compreender o impacto do *global* no *local* a partir de uma proposta de bioética global não universal, mas plural. As ações em saúde global são dominadas por uma perspectiva ocidentalizada de assistência à saúde em realidades locais que parte de um modelo de cima para baixo. Este artigo analisa essa perspectiva por meio de aspectos essenciais das iniciativas em saúde global – métodos, atores principais, financiamento e mentalidade – que levam a perceber a sua limitação aos fundamentar modos de operar em saúde global e, ao mesmo tempo, contraditoriamente contribuem para os mesmos problemas que afirma enfrentar ao responder necessidades imediatas em saúde de populações empobrecidas. Seguindo a identificação dessa limitação, o artigo argumenta por uma perspectiva que parta do local, das experiências sentidas na realidade concreta das pessoas, para, então, avançar para o global, que será um global plural e inclusivo em vista de construir colaboração. Assim, não há um global epistemológico e normativo da prática como é a perspectiva ocidental dominante, mas um global plural que é universal no proceder – do local para o global – mas plural no compreender e no enfrentar os desafios em saúde global, sem uma epistemologia dominante. Dessa forma, um *ethos* de colaboração é desenvolvido a partir da escuta e do

^[a] Doutor em Ética da Saúde e Teologia, e-mail: alexandre.martins@marquette.edu

aprendizado mútuo que ocorrem onde o desafio é experienciado. Por fim, o autor apresenta a escuta como primeiro movimento em saúde global fundamentado em uma bioética global plural e inclusiva, em um constante desenvolvimento epistemológico com impacto ético.

Palavras-chaves: Saúde global, bioética global, universal, local, plural, colonialidade, escutar, pobres, oprimidos.

Abstract

Considering global health challenges, this essay seeks to understand the impact of the global on the local from a global bioethics proposal that is not universal, but rather plural. Actions in global health are dominated by a Western perspective of health care in local realities that starts from a top-down approach. This article analyzes this perspective through essential aspects of global health initiatives – methods, main actors, finding, and mentality – that lead us to realize their limitation in sustaining global health delivery and, at the same time, their contradictory contribution to the same problems global health claims to address when responding to the immediate health needs of impoverished populations. Following the identification of this limitation, the article argues for a perspective that begins from the local, from people’s experiences in their concrete reality, to then move towards the global, which will be a plural and inclusive global in order to build collaboration. Thus, there is no global epistemology and normativity guiding practices as it is in the dominant Western perspective, but a plural global that is universal in proceeding – from local to global – but plural in the way of understanding and facing global health challenges, without a dominant epistemology. Thus, an ethos of collaboration is developed based on listening and mutual learning that occur where the challenge is experienced. Finally, the author presents listening as the first movement in global health grounded on a plural and inclusive global bioethics, in a constant epistemological development with ethical impact.

Keywords: Global Health, global bioethics, universal, local, plural, coloniality, listening, poor, oppressed.

Introdução

Global é um adjetivo que está na moda. Diferentemente da maioria das palavras que se tornam virais – para usar uma linguagem das redes sociais –, a popularidade de *global* tem uma justificativa plausível para além de um modismo de *internet* porque abrange tanto o contexto de conversas informais quanto discursos acadêmicos e práticas profissionais. *Global* aponta para uma visão ampla de mundo e suas relações.

Embora vivamos em uma realidade local, sentimos a influência e a consequência de ações e perspectivas cuja origem e causas estão fora da localidade onde vivemos. Ao mesmo tempo, pelo *local*, podemos fazer algo com significância global. Certamente, para muitos, as redes sociais são o principal exemplo da globalização do *local* e da localização do *global*. Aqui há um campo vastíssimo de investigação no qual não vou entrar porque refletirei sobre outro contexto que também tem contribuído para a popularização do adjetivo *global*: a pandemia de covid-19 e a crise ecológica são duas experiências que têm mostrado como o global impacta a vida das pessoas na realidade local e, ao mesmo tempo, como ações locais podem ter consequências de relevância global.

Epidemias e pandemias – assim como os efeitos da crise climática – são sentidas na vida de pessoas concretas e não se reduzem a um número abstrato de mortos e sofredores que, por não impactar a mim diretamente, soa quase como um número irreal. Pessoas concretas são indivíduos que ficam doentes e morrem na sua realidade local, onde estão suas moradias, em cidades ou vilas e parte de uma comunidade que, por sua vez, é parte de um estado nacional e um sistema político. O mesmo ocorre com os efeitos da crise climática. Chuvas nunca vistas antes provocam deslizamentos de terra que deixam centenas de mortes e milhares de desabrigados em locais concretos onde as pessoas vivem e se organizam. As ondas de calor excessivo em várias partes do mundo, como a que ocorre no Paquistão, mantando tantas pessoas, não são uma coisa global abstrata, mas um fato localizado, sentido por indivíduos com rosto, voz e nome.¹

Analisar como as epidemias, pandemias e as consequências da crise climática revelam de forma crua as relações entre o *global* e o *local* é uma tarefa muito ampla, que precisa ser realizada a partir de diferentes perspectivas e disciplinas. Não me arrisco a dar um palpite sobre um assunto tão complexo. Contudo, proponho um ponto de partida para que tal análise seja realizada, em oposição à perspectiva dominante que geralmente a conduz. A maioria dos estudos que buscam compreender o impacto de fenômenos globais nas localidades concretas e promover ações locais que são tidas como essenciais para o global, parte *de cima para baixo*. Eles iniciam com uma abstração ou uma perspectiva do *global*, geralmente desenvolvida sobre bases epistemológicas ocidentais modernas, para daí chegarem ao *local*.

Neste artigo, argumento sobre a necessidade de inverter esse caminho: partir do *local*, das experiências sentidas na realidade concreta das pessoas – que nos obrigam a olhar nos seus olhos, escutar suas vozes, chamá-las pelo nome e aprender com elas – para, então, avançar para o *global*, um *global* plural e inclusivo, em vista de uma colaboração solidária. Pretendo deixar claro que não há um *global* epistemológico e normativo da prática – como é a perspectiva ocidental dominante, de cima para baixo –, mas um *global* plural, isto é, universal no proceder – do local para o global – mas plural no modo de compreender e enfrentar os desafios, sem uma epistemologia dominante, mas com um *ethos* de colaboração a partir da escuta e do aprendizado mútuo que ocorrem onde o desafio é experienciado, isto é, na casa, na vila, no contexto de quem se torna enfermo ou perde a sua moradia devido a um deslizamento de terra ou ao colapso de uma barragem de exploração de recursos naturais.

Saúde global e bioética global (FORTES, 2012) são duas subdisciplinas que abordam a relação entre o *global* e o *local*. No geral, elas seguem a perspectiva *de cima para baixo* em suas análises e ações. A primeira, com modelos de governança que são decididos no Norte global para responder a crises de saúde em regiões empobrecidas, a maioria delas no Sul global; e a segunda, com um debate acadêmico abstrato em vista de validar conceitos

¹ Sobre as ondas de calor excessivo e enchentes no Paquistão, ver: MALLAPATY, Smriti. “Why Are Pakistan’s Floods So Extreme This Year?” *Nature Magazine*, New York, 06 set. 2022. Disponível em: <https://www.scientificamerican.com/article/why-are-pakistan-s-floods-so-extreme-this-year/>. Acesso em: 25 jun. 2023.

e princípios universais, geralmente desenvolvidos dentro do arcabouço ontológico e ético do mundo ocidental, independentemente das realidades locais. Considerando a limitação da perspectiva – que estou chamando *de cima para baixo* –, apresentarei os desafios desse modo de operar em saúde global que, contraditória – mas talvez não intencionalmente –, contribui para os mesmos problemas que afirma enfrentar. Com isso, oferecerei uma visão bioética que não é universal, mas global ao ser plural, partindo *de baixo para cima*. Por fim, dialogo com o Papa Francisco e com a jornalista Eliane Brum, para os quais a escuta dos pobres e oprimidos como sujeitos com algo para ensinar é o primeiro aspecto para uma bioética global não universal, mas plural e inclusiva, em um constante desenvolvimento epistemológico com impacto ético.

A saúde global *de cima para baixo* e o universalismo do Norte global

Saúde global é uma disciplina que tem crescido muito nos últimos anos nos países do Norte global, especialmente entre aqueles que são os patrocinadores de iniciativas de assistência à saúde em regiões pobres, sendo a grande maioria delas nos países do Sul global, antigas colônias europeias (FORTES, 2015). Comumente definida como um campo interdisciplinar – com disciplinas que vão desde as ciências médicas às humanidades e políticas públicas – que inclui práticas, estudos e pesquisas com o objetivo de melhorar o bem-estar e alcançar a equidade na saúde de todas as pessoas em todo o mundo e a sustentabilidade do planeta, a saúde global é a disciplina da moda, jovem e vibrante relacionada à saúde no Norte global (ABDALLA; OGNENIS, 2017, p. 7-13). Universidades e programas médicos fomentam o desenvolvimento dessa disciplina, particularmente com viagens lideradas por professores com alunos para servir em iniciativas de saúde global em países de baixa renda (CEMMA, 2017). Existe até um Consórcio de Universidades para Saúde Global com sede em Washington DC, estabelecido em 2008, com generoso financiamento da Fundação Rockefeller e da Fundação Bill e Melinda Gates.² Essas fundações, particularmente a última, têm uma presença significativa em iniciativas de saúde global por meio de doações generosas a organizações não governamentais (ONG) e suas próprias iniciativas relacionadas à saúde global. O impacto significativo das ONG na saúde global fez os estudiosos e ativistas Paul Farmer e Jim Yong Kim – cofundadores de uma organização em saúde global, a *Partners in Health*³ – afirmar que “a saúde global deveria encapsular com mais precisão o papel das instituições não estatais, incluindo ONG internacionais, filantropos privados e organizações comunitárias” (2013, p. 10). Segundo Farmer e Kim, ações lideradas por governos e parcerias político-bilaterais entre nações na área da saúde deveriam estar sob a definição de saúde internacional. Essas definições não são centrais para o ponto que quero discutir aqui. Por ser uma nova disciplina, é normal que as pessoas, principalmente acadêmicos, se envolvam em discussões sobre a sua definição. As questões que quero abordar estão relacionadas à perspectiva que a maioria das iniciativas em saúde global seguem, de onde vêm tais iniciativas, quem as financia e a mentalidade por trás de todas as ações. Assim, temos questões sobre *métodos, atores principais, financiamento e mentalidade*, questões éticas que desafiam a própria promoção da saúde com equidade na relação entre o *global* e o *local*.

Analisando tais questões do ponto de vista ético e considerando a prática dos promotores de saúde global, é possível perceber que, embora a saúde global tenha uma importante missão, há uma ambiguidade nas ações de saúde lideradas, quase que na sua totalidade, por agentes ocidentais do Norte global. Um encontro com a realidade local – que nos coloque no mesmo nível daqueles que sofrem – ajuda-nos a perceber essa ambiguidade e até mesmo as contradições em saúde global. Considerando sua experiência de campo, o médico antropólogo e ativista em saúde global Eugene T. Richardson (2020, p. 01) chegou à seguinte conclusão:

A existência e perpetuação desproporcional de sofrimento e morte por doenças infecciosas no Sul global não são resultados de um problema intratável que frustra nossos melhores esforços para prevenir e curar doenças; nós

² Informações sobre esse Consórcio de Universidades para Saúde Global estão disponíveis em: <https://www.cugh.org/>. Acesso em: 24 jun. 2023.

³ Informações sobre a organização *Partners in Health* estão disponíveis em: <https://www.pih.org/>. Acesso em: 24 jun. 2023.

temos os meios para isso. No entanto, um aparato da colonialidade presente na saúde pública administra (como profissão) e mantém (como empreendimento acadêmico) a iniquidade global em saúde.

Considerando sua prática como médico servindo no oeste africano durante a epidemia de Ebola⁴, de 2014 a 2016, Richardson percebeu as limitações da prática clínica que seguiam as orientações de saúde pública desenvolvidas por especialistas ocidentais. Estes se baseavam em estudos epidemiológicos fundamentados em pressupostos ocidentais, criando uma lógica de ações que ignoravam as realidades locais, seus povos que sofriam e os fatores estruturais e históricos responsáveis por qualquer surto de doença em um país africano.

A lógica dominante de contenção que prevaleceu em numerosas tribos mostra que a colonialidade da práxis em saúde global ainda não foi desmantelada. Os institutos de pesquisas que carecem de plataformas de assistência clínica devem ser vistos como parte dessa colonialidade. Isso resulta em cenários nos quais universidades estrangeiras extraem capital acadêmico sem fornecer uma oferta comensurável para complexos de saúde. Na verdade, vejo isso como uma preocupação bioética preeminente da saúde global contemporânea (RICHARDSON, 2020, p. 39).

O argumento de Richardson é que iniciativas de saúde global são regidas por um sistema de pensamento, de análise técnica e de ação – em realidades locais sofridas por causa das injustiças em saúde e pela falta de acesso aos cuidados – dominado por um único padrão epistemológico de entender a realidade local e sua relação com o global e por uma única maneira de agir, vinda de cima para baixo, com base nesse sistema, que é o moderno ocidental do Norte global. Isso diz muito da colonialidade na qual a saúde global está inserida e com a qual opera, sem mesmo perceber que, desse modo, contribui para a falta de independência, que acaba criando os mesmos desafios de saúde que pretende resolver. Trata-se de uma questão ética em saúde global que a bioética não pode se eximir de enfrentar.

Saúde global e emancipação

O movimento por saúde global se apresenta como necessário para a promoção da justiça, da saúde e do bem-estar amplo e internacional. Num mundo globalizado, as relações entre os contextos local e global estão presentes como um dado de fato. A pandemia da covid-19 explicitou essa relação; embora já existente, não era obviamente visível para aqueles que não se debruçavam para entendê-la diretamente. Na verdade, muitos argumentam que essa pandemia foi possível por causa da relação local-global alicerçada em estruturas que sustentam o privilégio de nações poderosas que controlam uma economia globalizada para favorecer seus interesses. Isso levou a um desmantelamento dos sistemas públicos de saúde e da sua capacidade de prevenir epidemias em todo o mundo com o objetivo de expandir mercados privados de saúde (NUNES, 2021).

Muitos consideram que o colonialismo terminou com a independência da última nação africana, em meados do século XX, isto é, o colonialismo político, entendido como a subjugação total de uma nação ou de um povo fora da Europa por um país europeu ou pelos EUA, acabou. No entanto, o colonialismo está longe de seu fim, se esse for compreendido como a emancipação das nações não ocidentais e da mente das pessoas (SOUSA SANTOS, 2014, p. 118-135). O termo colonialidade (QUIJANO, 1992; RICHARDSON, 2019) tem sido utilizado para expressar essa falta de emancipação. Dependência é um conceito que nos ajuda a ver formas de colonialismo hoje. A dependência econômica e intelectual perpetua o colonialismo cujos países – a imensa maioria deles no Sul global – continuam sofrendo com formas de dependência subjugada que impedem o desenvolvimento econômico e a libertação intelectual para manter o *status quo* e a “superioridade” de um grupo de países poderosos, os mesmos que

⁴ Sobre a epidemia de Ebola, que afligiu o oeste africano e amedrontou o mundo entre 2014 e 2016, ver: CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, *2014-2016 Ebola Outbreak in West Africa*, 18 mar. 2019. Disponível em: <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/history/2014-2016-outbreak/index.html>. Acesso em: 25 jun. 2023.

colonizaram nações não europeias antes (e querem colonizar agora, talvez o caso da China) e estão em sua maioria localizados geograficamente no Norte global (KRAPOHL, 2020).

Na representação que faz a respeito da crise da ciência moderna e no seu apelo a uma revolução epistemológica, Boaventura de Sousa Santos afirma que a luta pela emancipação de uma era pós-colonial desabou em um tempo de regulação pela hipercientificação da emancipação combinada com a hipermercadoização das regulações (SOUSA SANTOS, 2017, p. 8). A ciência moderna – que separou o humano da natureza e o sujeito do objeto – gerou a crise ecológica, na qual o ser humano não é parte da natureza, e sim um sujeito que explora o “objeto” natureza, a partir de um paradigma cartesiano. Além disso, os humanos foram forçados a se dividir entre sujeitos – os ocidentais que dominam a moderna ciência mecanicista – e os outros humanos inferiores que são objetos dependentes de sujeitos superiores. Como diz Eduardo Galeano, esses outros não têm idioma, religiões, arte, cultura, rostos e nomes, mas dialetos, superstições, artesanato, folclore, armas e números; são os *ninguém* (2019). Em sua crítica ao colonialismo francês, Simone Weil sugere que aqueles que desfrutam da força de uma nação colonizadora não veem os outros nas colônias como estando no mesmo nível humano de racionalidade e sentimentos. Para manter essa diferença que torna o outro menos humano, é importante não os ver (WEIL, 1999, p. 419-424).⁵

A objetivação dos não-ocidentais e a desconsideração de seus saberes e visão de mundo fazem parte do colapso da emancipação. Segundo Sousa Santos, o *conhecimento-come-emancipação*, que aspira passar da ignorância (colonialismo) à solidariedade, entra em conflito com o *conhecimento-come-regulação*, um movimento da ignorância (caos) para a ordem, isto é, o movimento da ciência ocidental moderna. Nesse conflito, a solidariedade foi erroneamente vista como caos e o *conhecimento-come-regulação* venceu, mantendo o colonialismo, agora, como ordem (SOUSA SANTOS, 2017, p. 57-59). Embora as ex-colônias tenham conquistado a independência política, elas se mantêm nessa ordem que sustenta a dependência econômica e intelectual. Em termos práticos, particularmente no domínio da mente, temos uma mentalidade paternalista, patriarcal e racista que considera tudo fora dessa estrutura ocidental como inferior e que precisa de orientação para criar certos níveis de progresso. Progresso significa desenvolver e pensar como as nações ocidentais, mas nunca a ponto de atingir o nível delas; caso contrário, arrisca-se perder sua hegemonia e *status quo*.

Onde está a saúde global nessa equação? Está nas questões apresentadas anteriormente sobre *métodos, atores principais, financiamento e mentalidade*. Responder tais questões significa: entender os métodos das iniciativas em saúde global; saber quem são e de onde vêm os líderes dessas iniciativas e o dinheiro que os/as sustenta; conhecer a mentalidade que molda a visão de mundo responsável por sustentar a estrutura dominante. Quando consideramos questões relacionadas à saúde global – liderada por nações do Norte global e por pessoas que são do Norte, moldadas pelas ciências cartesianas ocidentais de “superioridade” e financiadas por filantropos bilionários de nações ricas –, começamos a questionar a possível relação existente entre saúde global e uma nova forma colonialismo por meio da perpetuação da colonialidade.

Métodos, atores principais, financiamento e mentalidade

Antes de entrar na reflexão teórica dessas questões, apresento um fato ocorrido na cidade de Jinja, Uganda, que se tornou público e teve repercussão internacional. Trata-se da missionária estadunidense da Virgínia, Renee Bach, que depois de visitar Jinja, ainda adolescente, estudante do ensino médio, como parte de um projeto da sua igreja cristã, sentiu-se chamada a dedicar sua vida para ajudar as crianças pobres ugandesas. Aos 20 anos de idade, formada no ensino médio e sem treinamento médico ou de enfermagem, essa jovem retorna a Jinja para fundar uma clínica para cuidar de crianças. Entre 2010 e 2015, ela acolheu 940 crianças com desnutrição crônica severa e 105

⁵ Embora Simone Weil ofereça elementos para uma crítica do colonialismo, sua visão sobre como se libertar do colonialismo é problemática e criticada por alguns estudos decoloniais (DAVIS, 2020).

delas morreram por falta de cuidados médicos adequados. Tal situação tornou-se pública quando uma jovem enfermeira, também ela estadunidense, decidiu se voluntariar na clínica em Jinja e percebeu que algo estava errado: como uma jovem estadunidense, cheia de boas intenções e desejosa de ajudar crianças pobres na África, poderia tentar tratar meninos e meninas com desnutrição aguda sem nenhuma qualificação médica para isso?⁶

Esse fato foi uma triste tragédia, um caso extremo, com muitas mortes, e não representa a realidade da maioria das ações em saúde global. No entanto, ele mostra uma mentalidade que está por trás da maioria das iniciativas em saúde global para ajudar pessoas empobrecidas no Sul global: a mentalidade paternalista colonial guiando as ações que se propõem a atender necessidades imediatas ajudando aqueles que têm a sorte de se beneficiar de alguns cuidados de saúde oferecidos. Porém, tais ações praticamente não impactam a realidade e as estruturas em vista de emancipar as pessoas da dependência socioeconômica e intelectual.

Retornemos agora às questões sobre métodos, atores principais, financiamento e mentalidade. Temos aqui os aspectos principais que orientam as iniciativas em saúde global. Analisá-los criticamente nos ajuda a entender a relação entre saúde global e uma forma de colonialismo, novo e velado.

O caso ocorrido em Jinja é icônico para entender os métodos, os atores principais, o financiamento e a mentalidade que orientam a maioria das iniciativas em saúde global. Renee Bach, a estadunidense no centro dessa tragédia, foi para Uganda sentindo que estava respondendo a um chamado vocacional para ajudar os pobres. Cheia de inquestionáveis boas intenções, a jovem Bach começou um trabalho para apoiar crianças pobres da maneira que achava ser a correta para atender o que ela “sabia” ser a necessidades das pessoas. Toda ação em Jinja era a partir da sua perspectiva e sob suas instruções. Esse é o método mais comum na saúde global, ou seja, uma abordagem liderada por *outsiders* (os atores principais) que acreditam conhecer a realidade local melhor do que os que vivem nela.

Renee Bach pôde desenvolver este trabalho porque era mantido por doações de pessoas de sua terra natal, na Virgínia, principalmente pessoas de sua comunidade religiosa que acreditavam em sua missão, admirando sua vocação de ir a um país empobrecido ajudar os mais carentes. Esses doadores certamente compartilhavam da mesma crença da Bach e confiavam em sua convicção, acreditando que ela sabia como ajudar tais pessoas empobrecidas e enfermas. Fotos dela com crianças pobres em Jinja provavelmente foram exibidas em sua comunidade na Virgínia para motivar doadores a apoiar seu trabalho. Isso aponta para as questões de quem financia as iniciativas em saúde global em países de baixa renda. Embora doações individuais para apoiar a caridade sejam um ato nobre, a questão do financiamento se torna um problema quando se percebe que a maior parte do financiamento para esse tipo de iniciativa vem da filantropia de corporações e pessoas muito ricas em troca de benefícios.⁷

O ocorrido em Jinja resultou de uma mentalidade e visão de mundo moldadas no rico Norte global que “sabe” o que é melhor para o mundo inteiro, especialmente para os pobres no Sul global. Aqui temos o fundamento teórico e material que pessoas como Bach e seus apoiadores, organizações e até governos dos EUA e de países europeus advogam para defender o suposto direito de ir para outro país e dizer às pessoas de lá o que devem fazer para melhorar suas vidas. Esse “melhorar” inclui adequar-se à cultura, à intelectualidade e ao modelo de desenvolvimento ocidental, mantendo uma relação de dependência.

Os filhos e filhas de Jinja teriam assistência médica enquanto o grupo de Renee Bach oferecesse esse serviço para as crianças. Eles não poderiam oferecer algo desse nível com recursos e habilidades próprios. Os nativos de Jinja eram primitivos demais para tanto. Portanto, isso levou Bach a pensar que sabia mais como tratar crianças desnutridas do que um médico ou enfermeiro ugandense. Embora extremo, esse exemplo mostra como as iniciativas em saúde

⁶ Para mais informações sobre o caso e sua repercussão, ver: AIZENMAN, N.; GHARIB, M. American With No Medical Training Rans Center For Malnourished Ugandan Kids. 105 Died. *All Things Considered*, NPR, Washington, DC., 09 agos. 2019. Disponível em: <https://www.npr.org/sections/goatsandsoda/2019/08/09/749005287/american-with-no-medical-training-ran-center-for-malnourished-ugandan-kids-105-d>. Acesso em: 25 jun. 2023.

⁷ Não é claro aqui que essa foi uma fonte de financiamento no presente caso, e abordarei o problema de certas formas de filantropia adiante.

global se tornam um instrumento de promoção de uma nova forma de colonialismo, que impede as nações de alcançar a emancipação socioeconômica e intelectual, fruto de uma colaboração entre pares.

A maioria das iniciativas em saúde global não termina em tragédias como essa. Em geral, elas ajudam as pessoas em algumas de suas necessidades de saúde. Por exemplo, uma clínica mantida por médicos estadunidenses em uma área carente de recursos ajuda doentes pobres que vivem nessa região. As questões sobre colonialismo e saúde global não são tão explícitas quanto no caso Jinja. A relação é muito sutil, escondida pelo bem dispensado aos indivíduos em suas necessidades imediatas. Se sou muito pobre e estou com fome hoje, ficarei feliz quando encontrar uma pessoa caridosa para me alimentar agora, mas terei fome novamente amanhã. Se nada mudar na forma como consigo me sustentar, sou obrigado a contar sempre com a sorte de encontrar outra pessoa caridosa, que tenha autonomia econômica, para me ajudar novamente, para não morrer de fome na minha dependência econômica. Quando observamos a conjuntura da realidade onde vivem as pessoas necessitadas e o porquê se encontram em situação de dependência econômica, constatamos que limitados serviços para aliviar necessidades imediatas não passam de um cuidado paliativo para a maioria dos beneficiários, sem um impacto social real para um desenvolvimento autônomo. Ajudar as pessoas em suas necessidades imediatas deve ser uma prática em vista da emancipação individual, coletiva e econômica, um compromisso ainda ausente na imensa maioria das iniciativas de saúde global (NUNES, 2021, p. 41-59). Aprofundemos mais essa leitura examinando individualmente: métodos, atores principais, financiamento e mentalidade em saúde global.

Métodos: a maioria das iniciativas em saúde global tem uma abordagem *de cima para baixo*, uma perspectiva comum que molda os métodos usados por organizações, universidades, grupos e parcerias governamentais internacionais em saúde global, cuja imensa maioria é formada por entidades ocidentais de um país afluente do Norte global atuando no Sul global. Uma abordagem *de cima para baixo* se expressa da seguinte forma: uma nação rica – por meio de entidades como as mencionadas, desde um pequeno grupo como o de Jinja, uma universidade dos EUA, até organizações gigantes como o Banco Mundial e a Organização Mundial da Saúde – desenvolve qualquer iniciativa de saúde global em um país pobre a partir de uma perspectiva estreita moldada pela sua visão de mundo e suposições, dispensando a colaboração ativa e substantiva das pessoas das comunidades locais. Esse modo de proceder tem o efeito colateral de contribuir para a edificação da colonialidade, como forma renovada de colonialismo (uma espécie de *soft-power*) devido a abordagem *de cima para baixo* liderada por nações ricas que impõem sua visão de mundo e valores aos países e comunidades empobrecidos (DE CAMPOS, 2017, p. 219-260).

Ao visitar um projeto em que se presta assistência à saúde, fica claro que os métodos de controle e orientação vêm de cima, pelas mãos de *outsiders* (estrangeiros à comunidade), pessoas de países ricos que financiam a missão ou de alguém que seja nativo da região, mas educado na mentalidade ocidental na medida que se sente obrigado seguir a perspectiva determinada pelo financiador do projeto. Portanto, não é à toa que a centralização é a perspectiva dominante em termos de governança em saúde, com ações, projetos e sistemas de assistência pública à saúde sendo controlados por um poder central localizado nos países de origem das organizações e até mesmo uma centralização literalmente global que a Organização Mundial da Saúde ou mesmo a ONU teriam (DE CAMPOS, 2021, p. 144). Em um contexto altamente marcado por uma abordagem ocidental *de cima para baixo*, mais centralização no topo tem sido o método que muitos líderes em saúde global têm defendido para abordar questões de governança e prestação de cuidados de saúde nas realidades locais.

Atores principais: são aqueles que estão promovendo e/ou seguindo a *abordagem de cima para baixo*. Esse método e os atores principais têm uma correlação direta e uma interdependência natural. Uma vez que a abordagem *de cima para baixo* vem do Norte global, com uma visão de mundo limitada à epistemologia ocidental, os líderes da saúde global são pessoas que, consciente ou inconscientemente, adotam a mesma visão. Eles são profissionais e funcionários do Norte global que atuam na área como estrategistas-chefes, gestores, pesquisadores, professores, diretores clínicos, sanitaristas, profissionais médicos e outros com funções mais específicas (HERRICK; BELL, 2022, p. 1472-1473). No entanto, eles não são os únicos. Também são líderes aqueles que não estão em campo

nas regiões pobres, mas trabalham em um escritório em Genebra, Paris, Washington ou em algum outro centro do Norte global dirigindo ações em nações de baixa e média renda. Ademais, não podemos esquecer aqueles que são do país receptor da iniciativa. Embora sejam nativos, operam sob esta liderança externa e/ou dentro da mentalidade ocidental, o que geralmente leva a desconsiderar o próprio enquadramento epistemológico local. Isso está relacionado com a questão da mentalidade, que será abordada mais adiante.

Certa vez, servindo em Uganda, ouvi algo que ilustra muito bem isso:

Eu sou uma pessoa Buganda e não penso como você. Estrangeiros e missionários vêm aqui para nos ajudar, como você. Eles fazem um bom trabalho, mas não confiam em nós. Eles nos tratam como se fôssemos incapazes de fazer algo certo. Todo trabalho bacana é atribuído aos missionários estrangeiros e seus círculos internacionais de pessoas. Eles nos tornam dependentes deles e aceitamos tudo o que estão dizendo. Somos ajudados quando estamos doentes, na nossa necessidade imediata, mas nunca avançamos para uma vida independente e para crescer à maneira Buganda (Archelo).

Financiamento: iniciativas em saúde global custam muito dinheiro, são caras como tudo em assistência à saúde. Por mais simples que o projeto seja, a prestação de cuidados de saúde não é barata. Quem paga por todas essas iniciativas? Como já mencionado, a saúde global inclui uma ampla rede de ações (GLOBAL HEALTH 50/50, 2020). Portanto, existem muitas diferentes fontes de financiamento que variam desde financiamentos e subsídios de governos (como os da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional - USAID) a doações privadas de indivíduos ricos e corporações (por meio da filantropia), até mesmo pessoas pagando para fazer algo em países de baixa renda (como estudantes pagando para fazer uma experiência em saúde global promovida por sua faculdade, algo que se tornou um *commodity* vendido por universidades, especialmente nos EUA).⁸ O que todos têm em comum é que o financiamento vem de pessoas e governos de nações ricas. Um possível questionamento é se apenas pessoas de nações ricas doam para a saúde global: a resposta é negativa. Pessoas de outras nações também contribuem, no entanto, o dinheiro que vem dessas doações do Sul global e a influência que elas têm são insignificantes em comparação com a quantidade monetária e o poder vindo do Norte global (LASKER, 2016, p. 43-45; KUNG et al., 2016, p. 1122-1130.)

Quem financia a saúde global também é um ator importante nessa equação, uma vez que tem o poder de determinar como o dinheiro deve ser usado, onde/em que e por quem. Por exemplo, a USAID⁹ determina como são usados os fundos que fornece às organizações. Nesse caso, o financiamento geralmente vem acompanhado da visão ideológica de quem está no poder executivo governo dos EUA. Uma situação concreta é que a maneira como os fundos da USAID são utilizados na saúde da mulher muda toda vez que a administração federal dos EUA alterna entre republicanos e democratas. O financiamento proveniente da filantropia opera de maneira semelhante. ONGs desenvolvem projetos que agradam os patrocinadores. Tanto as ONGs quanto os filantropos operam de acordo com o que consideram importante para uma região pobre. Eles raramente ouvem os pobres que vivem nessas regiões ou perguntam o que eles realmente precisam e desejam. Além disso, a relação custo-eficiência é o primeiro critério para a utilização dos fundos monetários. Isso fica claro, por exemplo, quando se percebe que a maioria das ações globais de saúde são voltadas para doenças transmissíveis, com base no argumento de que as pessoas em países pobres estão morrendo, em sua maioria, por causa dessas doenças e combatê-las é custo-efetivo (DO et al., 2021; GBD 2019 DISEASES AND INJURIES COLLABORATORS, 2020, p. 1204-1222). Doenças não transmissíveis – como câncer e cardiopatias – são mais caras de tratar e mais prevalentes no Norte global. Essa visão ignora a realidade dos países de baixa e média renda, onde ocorre a maioria das mortes por câncer e doenças cardíacas (EZZATI et al., 2018). Ademais,

⁸ Ver, por exemplo, o programa oferecido pela New York University para estudantes de medicina. Disponível em: <https://med.nyu.edu/education/md-degree/current-md-students/global-health-initiatives>. Acesso em: 25 jun. 2023; e o programa da University of California San Diego. Disponível em: <https://globalhealthprogram.ucsd.edu/undergraduate-program/field-experience/special-programs.html>. Acesso em: 25 jun. 2023.

⁹ Sobre o USAID e suas ações em saúde global, ver: <https://www.usaid.gov/global-health>. Acesso em: 25 jun. 2023.

a indisposição para ouvir as comunidades locais e entender sua realidade, necessidades, mentalidade e cultura geram conflitos e práticas ineficientes. Em seu livro sobre o surto de Ebola na África ocidental, Paul Farmer confronta esse conflito ao perceber que a maioria das decisões para interromper infecções foram na direção de proibir certas práticas culturais consideradas por *outsiders* como a principal razão para a propagação do Ebola, negligenciando os cuidados para com aqueles que já estavam doentes (FARMER, 2020, p. 19-33).

Quanto aos estudantes universitários que viajam para se engajar em projetos relacionados com a saúde global promovidos por suas universidades, muitas questões podem ser levantadas. A comodificação de missões de saúde “vendidas” para estudantes, por si só seria um importante tema a ser analisado.¹⁰ Ressalto aqui apenas o fato de que essas viagens sejam repensadas criticamente, de modo que desafiem a visão dominante transmitida aos estudantes (futuros profissionais ainda não qualificados) que são levados a uma região empobrecida para ajudar os pobres. Parece urgente repensar a visão dominante (parte da mentalidade abordada adiante) para incorporar uma perspectiva de companheirismo, na qual estudantes se envolvam em uma experiência de aprendizado com pessoas e comunidades. Assim, os universitários, ao serem desafiados, são eles mesmos ajudados a enxergar para além de uma existência ocidental e privilegiada.¹¹

No entanto, a crítica mais pertinente sobre o financiamento de iniciativas em saúde global está relacionada ao colonialismo. Com raríssimas exceções, essas iniciativas não promovem a emancipação econômica, social e intelectual das nações do Sul global, mas criam maior dependência de apoio externo.¹² Mesmo indesejáveis para a maioria das pessoas que atuam na saúde global, essas ações e seu sistema de financiamento contribuem para sustentar o atual sistema capitalista neoliberal e exploratório que gera os pobres e os oprimidos que os ativistas da saúde global atendem. Basta considerar, por exemplo, a prática da filantropia: essa bela generosidade tem apoiado muitas organizações não-governamentais de saúde global que atuam em países de baixa e média renda (SMITH, 2023; MARSTEIN & BABICH, 2023). Embora haja algum mérito nessa prática, a filantropia falha ao se eximir da necessidade de enfrentar as estruturas responsáveis pela injustiça e pela pobreza, a principal causa dos problemas de saúde, da falta de assistência médica e das mortes prematuras (BUKHMANN, 2020).

“Quando alimentei os pobres, chamaram-me de santo. Mas, quando perguntei por que há gente pobre chamaram-me de comunista”, esta declaração de Dom Hélder Câmara reflete que o sistema atual gosta da filantropia porque ela não questiona as estruturas e o *status quo*. Quando as estruturas são questionadas, os poderosos se sentem ameaçados. Dom Câmara afirmou:

Mas não vim ajudar ninguém a se iludir pensando que tudo o que precisamos é de um pouco de generosidade e trabalho social. Claro que há casos de pobreza chocante aos quais não temos o direito de ficar indiferentes. Muitas vezes, temos que dar assistência imediata. Mas não podemos pensar que o problema se limita a algumas pequenas reformas, nem confundir a bela e essencial ideia de ordem, o objetivo de todo progresso humano, com versões empobrecidas dela que se encarregam de manter estruturas que todos nós reconhecemos que não podem ser mantidas. Se quisermos chegar à raiz de nossos problemas sociais, devemos ajudar o país a romper o círculo vicioso do subdesenvolvimento e da miséria (2009, p. 40).

¹⁰ Há muitas análises sobre essas missões e experiências em saúde global promovidas por universidades do Norte global. Ver, por exemplo: DECAMP et al., 2023; EICHBAUM, 2021; LASKER, 2016; KUNG et al., 2016.

¹¹ Penso também no dinheiro que os alunos e seus pais gastam nessas viagens. Quase nada desse dinheiro se transforma em benefícios concretos para as comunidades que os acolhem. Se considerarmos apenas o dinheiro gasto em passagens aéreas e como ele poderia ser utilizado em um projeto local, certamente o impacto seria mais positivo do que o de uma visita de um grupo de alunos, que na maioria das vezes nem fala o idioma local.

¹² O Haiti já se tornou um exemplo clássico disso. A ainda precária e limitada assistência à saúde existente no país depende em 80% de recursos externos provenientes de iniciativas de organizações não-governamentais e governamentais em projetos de saúde global. Isso faz com que o Haiti seja um dos países que mais depende de recursos externos e doações para oferecer qualquer serviço de saúde no mundo. Ao mesmo tempo em que é um dos líderes globais dos piores indicadores de saúde. Ver: PAN-AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Haiti. In: Health in Americas 2022. Disponível em: <https://hia.paho.org/en/countries-22/haiti-country-profile>. Acesso em: 25 jun. 2023.

A saúde global deve incluir esse questionamento, desafiando até os seus próprios financiadores, para que esses não continuem com ações que não reconhecem os rostos individuais e a dignidade de quem sofre, e possam, desse modo, ir além do mero ativismo piedoso. Embora pessoas distantes almejem ajudar os pobres, esses filantropos não os conhecem, tampouco mostram interesse em um encontro interpessoal. Prevalece a colonialidade de onde operam, na qual os pobres – objetos da ação filantrópica e distante da realidade de quem financia – ainda são inferiores; não simpatizam com sua causa de justiça e emancipação. Simone Weil dizia que os povos das colônias deviam se manter como *eles*, isto é, distante, e nunca como parte do *nós*, era uma forma de fazer com que as pessoas nos países ricos se sentissem bem com suas próprias ações (1999, p. 420). Isso é parte de um exercício mental de não perceber a estrutura que oprime e cria o sofrimento, porque beneficia duplamente os detentores do *status quo*: põem a riqueza em suas mãos e os fazem sentir bem com a caridade realizada. Conseqüentemente, a filantropia visa mais o bem do filantropo – apresentado como uma pessoa caridosa, que ajuda os pobres – do que transformar o mundo em um lugar de justiça, onde os pobres são empoderados para serem agentes de suas próprias vidas e de um desenvolvimento moldado a partir de diferentes visões de mundo e relações com os recursos naturais.

Certa vez ouvi de um colega que a prática da filantropia é uma das faces mais cruéis do capitalismo moderno porque faz o capitalismo parecer generoso. Por um lado, mantém os pobres vivos, porém empobrecidos, quietos e agradecidos por receberem as migalhas que caem da mesa dos ricos. Por outro, solidifica as estruturas e o *status quo* que continuam explorando os pobres e impedindo-os de fazer sua própria revolução. Como afirmou Dom Hélder Câmara, não podemos apenas alimentar os pobres; devemos perguntar o porquê eles são pobres.

Mentalidade: de forma bem simples e objetiva, a crítica apresentada até aqui é sustentada por uma mentalidade colonialista que ainda orienta o *modus operandi* das pessoas do Norte global, mas também presente na mente das pessoas do Sul global por meio de uma mentalidade colonizada. No seu trabalho contra a epidemia de Ebola, Paul Farmer reconheceu a ramificação do colonialismo e do domínio colonial dos europeus sobre os africanos ocidentais por meio de como os especialistas em saúde pública lidaram com a epidemia. Segundo ele, ainda usavam a linguagem colonial para culpar os costumes nativos pelo aparecimento do Ebola em humanos (uma zoonose); usavam práticas punitivas de saúde pública e seguiam um “paradigma de controle acima do cuidado” que negligenciava o cuidado médico dos infectados (FARMER, 2020, p. xxvii). Além disso, Farmer sugere que, embora os médicos africanos afirmem que o domínio colonial ocorreu em um passado remoto, ele ainda influencia suas vidas “de maneira contingente como o precedente histórico sempre faz” (2020, p. 103). A história de opressão e dominação da região é também uma história de controle de doenças em vista de prevenir infecções de cidadãos europeus e favorecer a expansão das nações colonizadoras, mostra que ações relacionadas à saúde não eram para ajudar as pessoas locais à colônia (FARMER, 2021, p. xxvii). Durante a epidemia de Ebola, vimos isso mais uma vez. Os países europeus e os EUA olharam para o sofrimento das nações africanas apenas quando a epidemia servira ao seu próprio interesse de manter o Ebola longe do Norte global. As pessoas que se infectavam, adoeciam e morriam no Sul global não se encontravam nas mesmas condições, em nível de humanidade e dignidade, das pessoas no Norte global.¹³ Na pandemia de covid-19, a situação foi muito semelhante: basta considerar o “nacionalismo das vacinas”, com protecionismo econômico em relação às nações ricas no mercado da saúde (EYAWO; VIENS, 2020). Nos países de baixa renda, apenas 1% das pessoas foi totalmente vacinado, em comparação com mais de 50% nas nações ricas.¹⁴ Muitos países ricos já oferecem doses de reforço e discutem uma vacinação anual, enquanto os pobres continuam sem saber quando terão a oportunidade de receber uma dose inicial.

¹³ Para o filósofo camaronês Achille Mbembe, há uma necropolítica promovida pelo Ocidente, que se fundamenta na concepção de que algumas pessoas importam e outras não (2019, p. 80).

¹⁴ Informações sobre a vacinação global contra a COVID-19 podem ser encontradas em: Global Dashboard for Vaccine Equity, das Nações Unidas, disponível em: <https://data.undp.org/vaccine-equity/>. Acesso em: 25 jun. 2023.

A questão do “paradigma de controle acima do cuidado” – que reflete a perspectiva colonial na saúde global – também ficou clara com a pandemia de covid-19. Enquanto uma epidemia de Ebola afligia apenas negros na África, não era custo-efetivo destinar recursos para cuidado daqueles que já estavam doentes. Os recursos sempre escassos deveriam ser para a prevenção. Eugene Richardson disse que na sua experiência não podia nem utilizar cateter para uma incisão venosa nos pacientes com Ebola; a orientação era para apenas dar eletrólito (isto é, algo como *Gatorade*) com uma colher porque não era custo-efetivo tratar os doentes e deveria ficar na prevenção (2020, p. 39).

Farmer critica a criação de um falso conflito entre prevenir novas infecções e cuidar das pessoas já infectadas (2020, p. 19). Por outro lado, durante o pico da crise da pandemia de covid-19 no Norte global, onde os recursos também eram escassos diante da grande demanda, o paradigma de controle acima do cuidado sequer foi mencionado e os esforços para prevenir e cuidar dos já doentes moviam lado a lado, ambos sendo prioridade. Para entender o porquê dessa diferença, precisamos olhar para quem está enfermo e onde as infecções ocorrem. Essa diferenciação é baseada na ontologia colonialista da dignidade humana (SOUSA SANTOS, 2021, p. 22), na qual vidas no Norte global importam mais do que vidas nas antigas colônias (MBAMBE, 2019, p. 80).

Infelizmente, nosso mundo ainda é dominado por uma mentalidade colonial na relação entre Norte e Sul. A saúde global não está imune a ela e pode ser mais um instrumento para perpetuá-la. A mentalidade colonial impede que as nações e os povos se emancipem, para que possam ser quem são com base em sua própria epistemologia. Sousa Santos diz que as epistemologias do Sul desafiam o paradigma cartesiano e colonialista de dominação da natureza e das pessoas (SOUSA SANTOS, 2014, p. 22-24). Decorrente da história colonial e sua ação para diminuir os povos não europeus, a mentalidade colonial também está presente nas mentes das pessoas do Sul global.

Em 1952, Frantz Fanon, um homem negro da Martinica que se juntou aos argelinos na luta pela independência da França, afirmou: “Um homem branco nas colônias nunca se sentiu inferior em qualquer aspecto... A inferiorização dos nativos é o correlativo do sentimento de superioridade dos europeus” (2008, p. 73). Isso representa muito bem a mentalidade que guiou o trabalho de Renee Bach em Jinja e os ugandenses que confiaram nela. A mesma mentalidade orienta muitas iniciativas de saúde global, colocando-as muito longe de qualquer contribuição para um projeto de emancipação do conhecimento com independência econômica e intelectual.

Segundo Fanon, o homem colonizador “produz no nativo o sentimento de inferioridade” (2008, p. 88). Isso é tão forte que, quando o nativo luta pela liberdade e pela justiça, “é sempre por uma liberdade branca e uma justiça branca, ou seja, por valores secretos dos senhores” (FANON, 2005, p. 195). Embora Fanon pareça pessimista, penso ser possível mudar essa perspectiva e a saúde global pode oferecer uma contribuição, indo além de ações que se limitam a responder às necessidades imediatas de saúde dos pobres.

Paulo Freire sugere que a libertação para a justiça e a emancipação do conhecimento começa com a libertação da mente colonial por meio de um processo de conscientização liderado pelos oprimidos. Assim, o oprimido pode se libertar, assim como o opressor, que nunca agirá pela libertação, mas que precisa ser libertado (FREIRE, 2015, p. 41). Esse processo de libertação deve fazer parte da saúde global, se quisermos iniciativas em saúde global como parte das soluções e não como uma ferramenta que ajuda a perpetuar novas formas de colonialismo, disfarçadas de bens de saúde entregues aos pobres (MARTINS, 2021b). O caminho para iniciar esse processo em saúde global, como um esforço para levar assistência à saúde a regiões empobrecidas, ao mesmo tempo que se torna uma parceria de aprendizado mútuo e libertação emancipatória com comunidades locais, é inverter a lógica *de cima para baixo* para uma perspectiva de *baixo para cima*, na qual a escuta seja o ponto de partida.

A escuta como ponto de partida para uma bioética plural em saúde global

Falando a partir do Brasil,¹⁵ o estudioso da saúde pública, Gil Sevalho, sugere que o paradigma ocidental moderno – que vê a história em um processo evolutivo contínuo forçando a ciência a se enquadrar nessa visão – promove “epistemicídios dos saberes populares e a colonização do saber o epidemiológico” (SEVALHO, 2021, p. 5629). E ainda afirma: “A epidemiologia ocidental hegemônica desconhece as dimensões estruturais da opressão, assentadas na tripla iniquidade de classe, gênero e raça” (*Idem*, p. 5632). Nessa perspectiva, o questionamento epistemológico da saúde global se fundamenta na mentalidade originária da opressão colonizadora que estrutura o pensamento epidemiológico, sendo este incapaz de se revelar por si mesmo diante de um espelho, da mesma forma como o são as ações de saúde global ao não perceber elementos que contribuem para a permanência da colonialidade e as estruturas enraizadas na história colonial.

A ciência ocidental moderna, que orienta as iniciativas em saúde global, está ligada às forças capitalistas de dominação e à sua exclusão do conhecimento não ocidental. Essa ligação, intencional ou não, requer uma justiça cognitiva para criar um caminho claro para uma saúde global que cumpra de fato aquilo a que se propõe: promover a saúde da população (PORTO, 2019). A bioética deve colaborar para a construção da justiça cognitiva contra o epistemicídio que sustenta as ações em saúde global como parte do problema que pretende enfrentar. Os questionamentos relacionados a justiça cognitiva não podem ser respondidos pela bioética burguesa estadunidense, enclausurada em si mesma (MCCARTHY, 2021, p. 73-73).¹⁶ Universalizar a bioética dos princípios, por exemplo, não oferece nada para resolver o problema, mas muito para exacerbar o desafio por meio de concepções abstratas sobre o certo e o errado, concepções essas isoladas de fatores históricos e etnoculturais (OLIVEIRA; OSMAN, 2017, p. 57).

As discussões em vista de uma bioética global¹⁷ que proponha princípios universais falham ao tentar universalizar aquilo que é local, próprio de uma região e impor a própria epistemologia, que é ocidental, além da sua visão ontológica da dignidade humana (SOUZA SANTOS, 2021, p. 22-23). Essa tentativa ignora (ou intencionalmente rejeita) a pluralidade epistemológica, ontológica e ética das incontáveis localidades para criar abstratamente o que é referido como global.

A proposta de uma bioética global – assim como as iniciativas em saúde global – é válida a partir do momento em que ela aceita, como agentes relevantes e reais colaboradores na formação de pensamento e na construção de ações, o pluralismo da localidade, onde o global não é mais abstrato, mas real na situação concreta das pessoas e tudo que trazem consigo. Nesse sentido, uma bioética global pluralista desenvolvida *a partir de baixo* oferece uma contribuição essencial à saúde global, pois identifica seus limites e ajuda na construção crítica de um caminho de promoção de saúde a partir da localidade. Como já argumentei em outro artigo, as questões éticas em saúde global

¹⁵ A bioética no Brasil foi uma das pioneiras a mover das questões da bioética clínica – com seu foco na relação profissional de saúde e pacientes – para uma bioética orientada às questões de saúde pública e justiça na saúde. Perspectivas brasileiras, como a bioética da intervenção e a bioética em chave libertadora são exemplos desse pioneirismo. Desenvolvo essa contribuição brasileira à bioética no campo da justiça da saúde e sua utilização como referência à saúde global em antigos publicados anteriormente. Veja: MARTINS, 2022 e MARTINS, 2019.

¹⁶ Não fazem parte dessa bioética burguesa estadunidense os estudos bioéticos desenvolvidos por grupos historicamente marginalizados nos EUA, como a bioética antirracismo (FLETCHER, 2022; MITHANI, COOPER e BOYD, 2021), a bioética feminista (HUTCHISON, 2022) e a bioética latinx (SUAREZ, 2022). Apesar de não ocuparem o *mainstream* da bioética estadunidense, essas perspectivas questionam a bioética burguesa a partir das suas experiências de opressão e marginalização.

¹⁷ Van Rensselaer Potter (1988) e Henk ten Have (2016) são pioneiros na busca e defesa de uma bioética global com princípios universais. Embora a preocupação deles com o futuro do planeta e da humanidade seja justificada e necessária, a proposta que apresentam se limita à universalização de princípios desenvolvidos a partir da localidade ocidental com sua epistemologia e visão ontológica da dignidade humana sendo universalizada, dando pouquíssimo espaço para a pluralidade das localidades e suas epistemologias e ontologias. No Brasil, Leo Pessini (2019) esboçou uma proposta de bioética global. Pessini avança na discussão sobre uma bioética global, especialmente quando reflete sobre a questão da vulnerabilidade e dialoga com o Papa Francisco. Contudo, não conseguiu (ou não teve tempo devido à sua morte precoce) ir além da universalização de princípios compreendidos a partir da epistemologia, ontologia e ética ocidentais, ficando restrito a uma perspectiva similar as de Potter e ten Have, especialmente na questão do universal.

requerem uma bioética que analise as relações entre local e global *a partir de baixo*, isto é, uma compreensão dos desafios em saúde global que considere a experiência concreta das pessoas em sua realidade local, incluindo suas vozes, conhecimentos e movimentos de resistência. Nesse trabalho anterior, apresentei os princípios de subsidiariedade e de opção preferencial pelos pobres como recursos para um engajamento que leva a inclusão ativa dos sujeitos locais, não sendo eles valores éticos universalizantes, mas princípios que levam a reconhecer os rostos das pessoas da comunidade local e encorajam a participação delas de forma ativa, necessária para qualquer avanço (MARTINS, 2021). Assim, a subsidiariedade e a opção preferencial pelos pobres tornam-se duas peças dentro da pluralidade epistemológica, ontológica e ética das incontáveis localidades em encontros de aprendizado mutual (MARTINS, 2020, p. 223-250).

Agora, avanço neste projeto apresentando a necessidade de escutar os pobres, os oprimidos e os povos historicamente marginalizados, como os povos originários, como sujeitos que têm algo a ensinar e recursos para ajudar a construir uma nova perspectiva em saúde global e uma bioética que a sustente. Apresento, então, o Papa Francisco e a jornalista Eliane Brum, dois pensadores que nos auxiliam na compreensão da necessidade de escutar. Trata-se de um exercício de aprendizado a partir da leitura de textos de duas pessoas certamente bem diferentes, situadas em dois universos distintos de crenças e visões de mundo, com níveis díspares de poder dentro de seus círculos pessoais e institucionais, mas com uma preocupação comum: ambos partem do reconhecimento de que vivemos uma crise ecológica que ameaça a sobrevivência das espécies ainda não extintas, da espécie humana em particular, e da vida em geral no planeta Terra.

A jornalista Eliane Brum, nascida no Rio Grande do Sul, viajou o mundo para fazer as suas reportagens, chegando até a Antártida, e escolheu a cidade de Altamira, no Pará, para ser sua morada. O Papa Francisco, por sua vez, era um bispo – Jorge Mario Bergoglio – preparando-se para a aposentadoria em sua querida Argentina, quando foi tomado por um sopro dentro da Igreja católica para ser o seu inesperado líder. Ambos compreenderam que a crise ecológica em que vivemos é uma ameaça à vida em nosso planeta. Para eles, não há saída senão cuidarmos da terra, dos povos da floresta, dos pobres e de todas as espécies vivas. Brum e Francisco abraçam a visão que muitos chamam de *ecologia integral*, segundo a qual não há separação entre os humanos e a natureza, mas apenas uma única natureza, da qual todas as espécies – animais, incluindo o animal humano, vegetais e minerais – fazem parte. Minha intuição, por meio da leitura de seus escritos, é que eles chegaram a essa conclusão por meio da escuta de caráter espiritual e humano, particularmente da escuta daqueles que são considerados, por indivíduos dominados pela mentalidade mecanicista de progresso infinito, como pessoas sem algo a oferecer para o desenvolvimento das sociedades humanas. Embora o foco dos dois não sejam os desafios em saúde global, a perspectiva que apresentam sobre escutar o outro na sua realidade local oferece-nos um caminho para enfrentarmos a colonialidade nas iniciativas de saúde global, contribuindo para a formação de uma base prática, possível a todos, para nos engajarmos no desenvolvimento de uma bioética global não universal, mas plural a partir do local.

Em seu último livro, Eliane Brum se autointitula *escutadeira*. O Papa Francisco não se atribui esse título, mas o seu ministério é encarnação uma concreta da escuta. Além do objetivo comum de uma nova relação com o meio-ambiente, talvez a única coisa semelhante entre eles é o fato de serem duas pessoas brancas, cujas existências são, nas palavras de Eliane, um *existir violentamente* (2021, p. 11), expressão que aponta para o fato de que apenas ser branca/o já representa uma experiência histórica de opressão para quem não tem a mesma cor. Dessa forma, quem é branco, precisa recriar a si mesma/o para estar com os outros que não são seres de branquitude. Por caminhos muitos diferentes, Eliane e Francisco recriaram-se para abraçar a natureza como parte de si e para integrarem-se totalmente nela.

Meu conhecimento do trabalho de Eliane Brum é limitado. Conheço seu trabalho como jornalista, especialmente pela leitura de alguns artigos publicados no jornal espanhol *El País* e por meio do projeto jornalístico

liderado por ela, chamado *Samaúna*,¹⁸ que publica artigos a partir da região amazônica. O seu livro, *Banzeiro òkòtó: uma viagem à Amazônia Centro do Mundo* (2021), chama a atenção por ser escrito do ponto de vista de uma escutadeira que decidiu viver na cidade de Altamira, considerada uma das mais violentas da Amazônia brasileira, no interior do Pará.

Banzeiro òkòtó não é um livro técnico de investigação acadêmica, mas um relato a partir de experiências concretas que, vez ou outra, dialoga com alguma informação acadêmico-científica. Apesar de ser uma obra longa, e não um romance de suspense, a leitura fluiu sem dificuldades, em um misto de encantamento, angústia e revolta, que me fez avançar para chegar ao fim e compreender toda a história. A questão é que não existe uma única versão dessa história, mas muitas narrativas que formam esse livro que, na verdade, não tem um “fim”. Essa História ainda está sendo contada e poderá ser o fim da Amazônia ou mesmo o fim de tudo. Ela pode ser vista de muitas formas, e Eliane escolheu contar essa história a partir da visão dos povos da Amazônia com quem teve contato: pessoas simples – indígenas, ribeirinhos ou beiradeiros, camponeses e empobrecidos vivendo em Altamira – que compartilharam suas experiências e encontraram na jornalista ouvidos para escutar, o visível do corpo que levava a uma mente e um coração abertos para aprender e, só então, poder amplificar essa visão para o mundo, a fim de que muitos outros também aprendam que a Amazônia é o *centro do mundo*.

Não vou entrar em mais detalhes sobre o livro, pois meu objetivo aqui é apenas mostrar a importância de se escutar os mais pequeninos, especialmente os *povos-floresta* (BRUM, 2021, p. 89), se quisermos avançar para uma nova forma de organização social humana que cuida da terra, para que toda a natureza floresça como *uma única natureza* em harmonia. Mas o que significa escutar? Eliane responde:

Cabe explicar o que considero escuta, na minha opinião a principal ferramenta de um jornalista. Antes de alcançar uma outra pessoa, busco me esvaziar de mim – minha visão de mundo, minhas crenças, meus preconceitos. Claro que o esvaziamento não é completo, porque é impossível abandonar completamente o corpo cultural. Mas o movimento, o esforço é fundamental. É o que me permite deixar a narrativa de alguém ocupar meu corpo como a narrativa de alguém e não como a narrativa de alguém distorcida por aquilo que minhas crenças e preconceitos não me deixam ouvir (BRUM, 2021, p. 54-55).

Brum reconhece que o ato de transmitir o que escutou de alguém nunca será perfeito, porque isso sempre se dá por meio do corpo de quem escuta. Por mais vazio que se esteja para poder escutar e aprender com o outro, o corpo não é um vácuo, mas pode ser alterado pelo outro: “Eu também sou alterada por essa experiência”, diz ela (BRUM, 2021, p. 55).

Permitir o escutar que altera quem escuta é caminho para compreender que a natureza é apenas uma. Segundo Brum, não conseguiremos enfrentar a crise ecológica se não nos transformarmos para perceber que também nós somos parte da natureza; ou se não formos capazes de fazer um movimento “radical” de descolonizar [nosso] corpo para compreender o corpo da floresta e [a nós mesmos] como um corpo na floresta (BRUM, 2021, p. 43). Brum fala de corpo no sentido integral, isto é, físico e mental como um corpo que precisa ser descolonizado pelo encontro com a floresta e os seus povos. Aqui temos uma intuição preciosa para a escuta em saúde global, que ocorre em um encontro capaz de me rebaixar humildemente em uma desconstrução mental.

Francisco, por sua vez, não fez o movimento radical de ir viver na floresta como Brum, mas o fez como líder de uma das maiores instituições do mundo e como guia espiritual dos fiéis católicos, colocando a escuta das vozes dos mais pequeninos como ponto de partida do viver eclesial e da missão pastoral e social das comunidades católicas. Em uma instituição milenar e altamente hierarquizada como a Igreja Católica, esse é um movimento audacioso, que tem encontrado muita resistência, especialmente dentro da própria hierarquia da Igreja.

¹⁸ Samaúna é um projeto jornalístico que publica artigos de opinião e reportagem a partir da Amazônia brasileira, chamando a atenção para os efeitos da crise ecológica. Ver: <https://sumauma.com/autor/eliane-brum/>. Acesso em: 27 jun. 2023.

Francisco sempre ressalta a importância do diálogo em seus documentos e pronunciamentos, enfatizando o que chama de *cultura do encontro* (FRANCISCO, 2020, n. 30). Escutar o outro, com a mente e o coração abertos para aprender com ele, é fundamental nesse diálogo. Em outro texto, publicado em um livro organizado pela Sociedade Brasileira de Teologia Moral, argumentei que a escuta, tal como é desenvolvida pelo magistério de Francisco, deveria ser considerada um princípio social da Igreja, tal como são a subsidiariedade e a opção pelos pobres (MARTINS, 2022). Escuta e discernimento são pilares do ensino do Papa. Seu esforço por uma Igreja marcada pela sinodalidade é um exercício concreto da importância da escuta para uma Igreja que deve escutar todos os seus fiéis, desde os mais pequeninos (MILLER, 2022; FAGGIOLI, 2022).

No que diz respeito à Amazônia e à defesa do meio-ambiente, Francisco é claro em relação à importância de se escutar os povos da floresta antes de qualquer ação. Na encíclica *Laudato si'*, Francisco apresenta uma visão ecológica integral, na qual não há como cuidar da Terra se não cuidarmos de seus habitantes mais vulneráveis, isto é, os pobres (FRANCISCO, 2015, n. 49). Ele aponta para a centralidade de escutar os pobres e os grupos historicamente marginalizados, em um processo inclusivo de aprendizado a partir dessas vozes. Contudo, é na exortação apostólica *Querida Amazônia* (2020), por sua vez um documento fruto da sinodalidade tão querida por ele, que Francisco mostra, de forma objetiva, sua compreensão de que somos uma única natureza e não podemos avançar na causa ecológica sem escutarmos os povos da Amazônia e aprendermos com eles. O número 26 desse documento é muito claro:

A Amazônia deveria ser também um local de diálogo social, especialmente entre os diferentes povos nativos, para encontrar formas de comunhão e luta conjunta. Os demais, somos chamados a participar como “convidados”, procurando com o máximo respeito encontrar vias de encontro que enriqueçam a Amazônia. Mas, se queremos dialogar, devemos começar pelos últimos. *Estes não são apenas um interlocutor que é preciso convencer, nem mais um que está sentado a uma mesa de iguais. Mas são os principais interlocutores, dos quais primeiro devemos aprender, a quem temos de escutar por um dever de justiça e a quem devemos pedir autorização para poder apresentar as nossas propostas.* A sua palavra, as suas esperanças, os seus receios deveriam ser a voz mais forte em qualquer mesa de diálogo sobre a Amazônia. E a grande questão é: Como imaginam eles o “bem viver” para si e seus descendentes? [itálico meu].

É por meio da escuta que, para Francisco, nos tornamos amigos dos *povos-floresta*, como Brum gosta de se referir aos indígenas, quilombolas e beiradeiros/ribeirinhos que vivem na Amazônia. Aqui, as perspectivas dos dois se encontram, em uma ecologia integral na qual não há outro caminho de transformação senão nos encontrarmos com os povos-floresta para escutá-los.

Em vários aspectos, há diferenças significativas na perspectiva dos dois. Apesar de não ter compromisso com a religião católica, Brum tem uma visão positiva da atuação da Igreja Católica no Pará, mas também é crítica, sobretudo em relação à estrutura patriarcal da Igreja (BRUM, 2021, p. 310-313). Em seu livro, ela chega a criticar a ausência de qualquer manifestação de inclusão das mulheres na hierarquia católica (BRUM, 2021, p. 311). O Papa certamente também teria suas críticas em relação a alguns aspectos do pensamento de Brum como, por exemplo, sua desilusão com a esperança (BRUM, 2021, p. 227). Mas como duas pessoas que acreditam no poder transformador da escuta, abertos a aprender do outro, não tenho dúvida que um diálogo entre os dois seria muitíssimo rico e repleto de bons frutos. Considerando apenas o meu exercício reflexivo, a partir da leitura de ambos os textos, podemos perceber essa riqueza.

De acordo com Brum e Francisco, não há caminho possível para avançarmos na ecologia integral se não aprendermos com os povos-floresta, com os mais pequeninos, se não compreendermos que somos uma única natureza, que não há separação real entre o ser humano e o resto do planeta. Ademais, para essa transformação acontecer, precisamos escutar com nossas mentes e corações abertos, a fim de aprendermos e sermos guiados pela sabedoria de tais povos e pela sabedoria da própria natureza. Assim como Brum e Francisco defendem a escuta como método de ação e caminho de transformação, creio que devemos escutá-los, pois ambos estão nos ensinando algo importante não apenas para o movimento ecológico e o repensar do modelo dominante de desenvolvimento

econômico (ambos com tremendo impacto na saúde), como também para o modo de agir das iniciativas em saúde global. Ao invés de implementarmos ações de assistência à saúde desenvolvidas em escritórios em Genebra, Paris e Washington, dentro de uma única mentalidade e obedientes aos interesses dos financiadores, devemos ir ao encontro das pessoas que vivem nas realidades locais para escutá-las, abrir-nos para aprender com elas e nos deixar guiar pelo saber local em processo de mútuo de aprendizado e colaboração. Só assim avançaremos para os passos seguintes, em que o conhecimento técnico se somará a um processo plural *de baixo para cima*.

Considerações finais

O romancista queniano Ngũgĩ Wa Thiong’o afirmou que “o objetivo real do colonialismo era controlar a riqueza dos povos [...] Contudo, a área mais importante de dominação foi o universo mental do colonizado, o controle, por meio da cultura, de como as pessoas percebiam a si próprias e sua relação com o mundo” (1986, p. 17). As iniciativas em saúde global – do modo como se dão atualmente em termos de métodos, atores principais, financiamento e, especialmente, a mentalidade que sustenta as iniciativas em regiões empobrecidas – raramente consideram que podem estar contribuindo para essa dominação mental das pessoas nas comunidades em que a assistência à saúde é oferecida. As pessoas envolvidas na prática de saúde global – filantropos, líderes, profissionais de saúde, voluntários e outros – raramente se questionam se sua ação contribui para um projeto de emancipação de comunidades empobrecidas e grupos historicamente marginalizados ou se mantém o aspecto meramente assistencialista que, mesmo não intencional, ajuda a manter a atual estrutura e o modelo de dominação que controla o mundo social, econômico, cultural e intelectual.

Neste texto, apresentei uma leitura do que é conhecido atualmente como saúde global a partir da proposta de uma bioética global não universal, mas plural. Tal proposta reorienta, primeiramente, a própria bioética global, deixando de lado a busca por princípios universais que sustentaria uma bioética global para abraçar uma interação com desafios globais – particularmente os relacionados à saúde global – a partir da experiência concreta das pessoas nas realidades locais. Com isso, oferecemos elementos para a própria reorientação das iniciativas em saúde global, que passariam a fundamentar-se em um processo *de baixo para cima*, no qual a *escuta* das vozes das pessoas nas comunidades locais se torna o primeiro movimento para o desenvolvimento de qualquer ação em saúde global. A partir de um escutar aberto a aprender do outro e a reconhecer sua contribuição para o processo de construção de um projeto de promoção de saúde, é possível pensar em iniciativas em saúde global, capazes de reconhecer o saber plural das localidades e seu poder transformador. Dessa forma, projetos em saúde global se tornam parceiros na busca de emancipação social, econômica e intelectual dos povos, dentro do pluralismo das localidades na sua relação com o global. E, como afirmei na introdução, o objetivo não era oferecer um modelo de saúde global, e sim um ponto de partida: *de baixo*, escutando aqueles que sentem concretamente os maiores desafios globais na realidade local.

Referências

ABDALLA, S. M.; OGNENIS, S. Key Concepts in Global Health. In: SETHIA, B.; KUMAR, P. (orgs.). *Essentials of Global Health*. Polónia: Elsevier, 2019. p. 7-13.

AIZENMAN, N.; GHARIB, M. American With No Medical Training Ran Center For Malnourished Ugandan Kids. 105 Died. *All Things Considered*, NPR, Washington, DC., 09 agos. 2019. Disponível em: <https://www.npr.org/sections/goatsandsoda/2019/08/09/749005287/american-with-no-medical-training-ran-center-for-malnourished-ugandan-kids-105-d>. Acesso em: 25 jun. 2023

BRUM, E. *Banzeiro òkòtó: The Amazon as the Center of the World*. Minneapolis, Graywolf Press, 2021.

- BUKHMANN, G. et al. The Lancet NCDI Fogerty Commission: bridging a gap in universal Health coverage for the poorest billion, *The Lancet*, London, v. 396, n. 10256, p.991-1044, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31907-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31907-3). Acesso em: 25 jun. 2023.
- CAMARA, H. *Essentials writings*. Organizado por Francis McDonagh. Maryknoll: Orbis Books, 2009.
- CEMMA, M. What's the Difference? Global Health Defined. *Global Health Now, John Hopkins Bloomberg School of Public Health*, Baltimore, 26 de setembro de 2017. Disponível em: <https://globalhealthnow.org/2017-09/whats-difference-global-health-defined>. Acesso em: 24 jun. 2023.
- DAVIS, B. P. The Colonial Framer: Judith Butler and Simone Weil on Force and Grief. In: BOURGAULT, S.; DAIGLE, L. (orgs.). *Simone Weil Beyond Ideology?* Cham, Switzerland: Palgrave Macmillan, 2020. p. 125-141.
- DE CAMPOS, T. C. A European Take on Global Public Health: Applying the Catholic Principle of Subsidiarity to Global Health Governance. In: LANDRIGAN, P.; VICINI, A. (orgs.). *Challenges in Global Public Health: Climate Change, Pollution, and the Health of the Poor*. Eugene, OR: Pickwick Publications, 2021, p. 141-152.
- DE CAMPOS, T. C.. *The Global Health Crisis: Ethical Responsibilities*. Cambridge: Cambridge University Press, 2017.
- DECAMP, M. et al. Decolonizing Global Health Research: Perspectives from US and International Global Health Trainees. *Annals of Global Health*, Boston, v. 89, n. 1, p. 1-13, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.5334/aogh.3961>. Acesso em: 25 jun. 2023.
- DO, L. A. et al. Bridging the gap: aligning economic research with disease burden. *BJM Global Health*, London, v. 6, e005673, p.1-10, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005673>. Acesso em: 25 jun. 2023.
- EICHBAUM, Q. G., et al. Decolonizing Global Health Education: Rethinking Institutional Partnerships and Approaches. *Academic Medicine*, Washington DC., v. 96, n. 3, p. 329-335, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000003473>. Acesso em: 25 jun. 2023.
- EYAWO, O.; VIENS, A. M. Rethinking the Central Role of Equity in the Global Governance of Pandemic Response. *Bioethical Inquiry*, [S.l.], v. 17, p. 549-553, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11673-020-10001-2>. Acesso em: 25 jun. 2023.
- FAGGIOLI, M. From collegiality to synodality: promise and limits of Francis's 'listening primacy'. *Irish Theological Quarterly*, Dublin, v. 85, n. 4, p. 352-369, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0021140020916034>. Acesso em: 25 jun. 2023.
- FANON, F. *Black Skin, White Masks*. New York: Grove Press, 2008.
- FANON, F. *The Wretched of the Earth*. New York: Grove Press, 2025.
- FARMER, P. *Fevers, Feuds, and Diamonds: Ebola and the Ravages of History*. New York: Farrar, Straus and Giroux, 2020.
- FARMER, P. et al. *Reimagining Global Health: An Introduction*. Berkeley, London: University of California Press, 2013.

- FLETCHER, F. E., et al. Addressing Anti-Black Racism in Bioethics: Responding to the Call. *Hastings Center Report*, Garrison NY., v. 52 n. 2, p. S3–S11, mar./abr., 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/hast.1360>. Acesso em: 25 jun. 2023.
- FORTES, P. A. C. et al. Bioética e saúde global: um diálogo necessário. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 20, n. 2, p. 219-225, 2012.
- FORTES, P. A. C. Refletindo sobre os valores éticos da saúde global. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 152-161, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015S01013>.
- FRANCISCO, Papa. *Fratelli tutti*. 03 de outubro de 2020. Disponível em: https://www.vatican.va/content/francesco/pt/encyclicals/documents/papa-francesco_20201003_enciclica-fratelli-tutti.html. Acesso em: 25 jun. 2023.
- FRANCISCO, Papa. *Querida Amazônia*. 03 de fevereiro de 2020. Disponível em: https://www.vatican.va/content/francesco/pt/apost_exhortations/documents/papa-francesco_esortazione-ap_20200202_querida-amazonia.html. Acesso em: 25 jun. 2023
- FRANCISCO, Papa. *Laudato si'*. 25 de maio de 2015. Disponível em: https://www.vatican.va/content/francesco/pt/encyclicals/documents/papa-francesco_20150524_enciclica-laudato-si.html. Acesso em: 25 jun. 2023.
- FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*, 59th ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2015.
- GALEANO, E. *El Libro de los Abrazos*, 29th ed. Madrid: Siglo XXI de España Editores, 2019.
- GBD 2019 DISEASES AND INJURIES COLLABORATORS. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, London, v. 396, p. 1204- 1222, 2020. Disponível: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9). Acesso em: 25 jun. 2023.
- GLOBAL HEALTH 50/50. *The Global Health 50/50 Report: Power, privilege and priorities*, London, 2020. Disponível em: <https://globalhealth5050.org/2020report/>. Acesso em: 26 jun. 2023.
- GREENBERG, J.; AGGREY, A. Funding for global health: too much and not enough. *Alliance Magazine*, London, 1 dez. 2020. Disponível em: <https://www.alliancemagazine.org/feature/funding-for-global-health-too-much-and-not-enough/>. Acesso em: 25 jun. 2023.
- HERRICK, C. e BELL. K. Epidemic confusions: On irony and decolonisation in global health. *Global Public Health*, New York, v. 17, n. 8, p. 1467-1478, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1955400>. Acesso em: 25 jun. 2023.
- HUTCHISON, K. Feminist Epistemology. In: ROGERS, W. et al. *The Routledge Handbook of Feminist Bioethics*. New York: Routledge, 2022, p. 43-57.

KRAPOHL, S. Games regional actors play: dependency, regionalism, and integration theory for the Global South. *Journal of International Relations and Development*, London, v. 23, p. 840–870, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1057/s41268-019-00178-4>. Acesso em: 25 jun. 2023.

KUNG, T. H. et al. Host community perspectives on trainees participating in short-term experiences in global health. *Medical Education*, Oxford, UK, v. 50, n. 11, p. 1122-1130, novembro, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/medu.13106>. Acesso em: 25 jun. 2023.

LASKER, J. *Hoping to Help: The Promises and Pitfalls of Global Health Volunteering*, London, ILR Press: 2016.

MALLAPATY, S. Why Are Pakistan's Floods So Extreme This Year? *Nature magazine*, London, New York, 06 set. 2022. Disponível em: <https://www.scientificamerican.com/article/why-are-pakistan-rsquo-s-floods-so-extreme-this-year/>. Acesso em: 25 jun. 2023.

MARSTEIN, E.; BABICH, S. M. The corporatization of global health: The impact of neoliberalism. *South Eastern European Journal of Public Health*, Maastricht, the Netherlands, [S.l.]. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.56801/seejph.vi.126>. Acesso em: 27 jun. 2023.

MARTINS, A. A. Bioética e saúde global a partir de baixo: o global a partir da realidade local. *Atualidade Teológica*, Rio de Janeiro, 25, n. 67, p. 100-118, 2021. Disponível em: <http://doi.org/10.17771/PUCRio.ATeo.53664>. Acesso em: 25 jun. 2023.

MARTINS, A. A. Ética Social Católica e Saúde Pública: Em Busca de uma Bioética Libertadora. *Perspectiva Teológica*, Belo Horizonte, 51, n. 3, p. 461-480, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.20911/21768757v51n3p461/2019>. Acesso em: 24 jul. 2023.

MARTINS, A. A. Escutar como um princípio social católico: uma ponte para o diálogo como iguais a partir do Sul. In: COELHO, M. et. *Cruzar Fronteira: Uma Urgência para a Ética Teológica*. Aparecida: Santuário, 2022. p. 47–80.

MARTINS, A. A. Introductory Notes on Simone Weil and Paulo Freire's Contribution to Global Health, *The First-CTEWC*, Chestnut Hill, MA, 01 maio 2021b. Disponível em: <https://catholicethics.com/forum/introductory-notes-global-health/>. Acesso em: 25 jun. 2023.

MARTINS, A. A. *The Cry of Poor: Liberation ethics and justice in health care*. Lanham, MD.: Lexington Books, 2020.

MARTINS, A. A. Theological Bioethics from the Margins: Epistemology and Latin American Liberation Theology in Bioethics. *National Catholic Bioethics Quarterly*, Philadelphia, 22, no. 2, p. 239-255, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5840/ncbq202222222>. Acesso em: 24 jul. 2023.

MBEMBE, A. *Necropolitics*. Durhan and London: Duke University Press, 2019.

MCCARTHY, M. Beyond a Bourgeois Bioethics. *Journal of the Society of Christian Ethics*, Mount Royal, NJ, v. 41, n.1, p. 73-88, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5840/jsce202161444>. Acesso em: 25 jun. 2023.

MILLER, V. J. Synodality and the sacramental mission of the Church: the struggle for the communion in a world divided by colonialism and neoliberal globalization. *Theological Studies*, Santa Clara, v. 83, n. 1, p. 8-24, fev. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/00405639221076556>. Acesso em: 25 jun. 2023.

MITHANI, Z.; COOPER, J.; BOYD, J. W. Race, Power, and COVID-19: A Call for Advocacy within Bioethics. *The American Journal of Bioethics*, Chicago, v. 21, n. 2, p. 11-18. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15265161.2020.1851810>. Acesso em: 25 jun. 2023.

NUNES, J. A. A being who is not made to suffer”: On the difference of the human and on the differences of humans. In: SOUSA SANTOS, B. e MARTINS, B. S. *The pluriverse of human rights: The diversity of struggle for dignity*. New York: Routledge, 2021. p. 41-61.

NUNES, J. A pandemia de COVID-19: securitização, crise neoliberal e a vulnerabilização global. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 36, 5, p. 1-5, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00063120>. Acesso em: 25 jun. 2023.

OLIVEIRA, M. de J.; OSMAN, E. M. R. O. Pluralismo bioético: contribuições latino-americanas para uma bioética em perspectiva decolonial. *Revista Bioética*, Brasília, v. 25, n. 1, p. 52-60, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422017251166>. Acesso em: 25 jun. 2023.

PAN-AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Hiati. In: *Health in Americas* 2022. Disponível em: <https://hia.paho.org/en/countries-22/haiti-country-profile>. Acesso em: 25 jun. 2023.

PESSINI, L. *Bioética global em tempos de incertezas, perplexidades e esperanças*. São Paulo: Camilianos, 2019.

PORTO, M. F. de S. Crise das utopias e as quatro justiças: ecologias, epistemologias e emancipação social para reinventar a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 24, n. 12, p. 4449-4458, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25292019>. Acesso em: 25 jun. 2023.

POTTER, V. R. *Global Bioethics: Building on the Leopold legacy*. East Lansing: Michigan State University Press, 1988.

QUIJANO, A. Colonialidad y modernidad-racionalidad. *Perú Indígena*, Lima, v. 13, n. 29, p. 11-20. 1992.

RICHARDSON, E. T. *Epidemic Illusions: And the Coloniality of Global Public Health*. Cambridge, MA: The MIT Press, 2020.

RICHARDSON, E. T. On the coloniality of global public health. *Medicine Anthropology Theory*, Edinburgh, v. 6, n. 4, p. 101-118, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.17157/mat.6.4.761>. Acesso em: 25 jun. 2023.

SEVALHO, G. A colonização do saber epidemiológico: uma leitura decolonial da contemporaneidade da pandemia da COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 26, n. 11, p. 5629-5638, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.10442021>. Acesso em: 25 jun. 2023.

SOUSA SANTOS, B. de. *Decolonizing the University*. Newcastle, UK.: Cambridge Scholars Publishing, 2017.

SOUSA SANTOS, B. de. *Epistemologies of the South: Justice Against Epistemicide*. New York: Routledge, 2014.

SOUSA SANTOS, B. de. Humans Rights, Democracy and Development. In: SOUSA SANTOS, B. de.; MARTINS, B. S (orgs.). *The pluriverse of human rights: The diversity of struggle for dignity*. New York: Routledge, 2021, p. 21-40.

SMITH R., et al. Neoliberal ideologies and philanthrocapitalist agendas: what does a 'smart economics' discourse empower? *Third World Quarterly*, Yellowback, UK, v. 44, n. 3, p. 574-594, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/01436597.2022.2153030>. Acesso em: 25 jun. 2023.

SUAREZ, J. Latinx Bioethics: Toward a Braver, Broader, and More Just Bioethics. *Hastings Center Report*, Garrison NY, v. 52, n. 1, p. S60-S62, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/hast.1373>. Acesso em: 25 jun. 2023.

TEN HAVE, Henk. *Global Bioethics: An Introduction*. New York: Routledge, 2016.

THIONG'O, N. W. *Decolonizing the Mind: The Politics of Language in African Literature*. Nairobi: James Currey, 1986.

WEIL, S. Les Nouvelles donnés du problème colonial dans l'empire français. In: LUSSY, F. (org.). *Œuvres*. Paris: Quarto Gallimard, 1999, p. 419-424.

RECEBIDO: 04/07/2023
APROVADO: 26/07/2023

RECEIVED: 07/04/2023
APPROVED: 07/26/2023