

Estado da publicação: O preprint não foi publicado em outro meio.

One Health como disputa de hegemonia: uma resposta na perspectiva da Saúde Coletiva

Lia Giraldo da Silva Augusto, Heleno Rodrigues Corrêa Filho, Carlos Fidelis Ponte, Anamaria Testa Tambellini, Marcelo Firpo Porto, Karen Friedrich, Ana María Costa

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.14634>

Submetido em: 2025-12-19

Postado em: 2025-12-31 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

One Health como disputa de hegemonia: uma resposta na perspectiva da Saúde Coletiva

One Health as hegemony dispute: an answer from the perspective of Brazilian Collective Health

Lia Giraldo da Silva Augusto

GT Saúde e Ambiente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Rede Interseccional de Saúde Reprodutiva e Agrotóxicos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9322-6863>

E-mail lgiraldo@uol.com.br

Heleno Rodrigues Corrêa Filho

GT Saúde do Trabalhador e Trabalhadora da Abrasco, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8056-8824>

E-mail helenocorrea@uol.com.br

Carlos Fidelis Pontes

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Casa de Oswaldo Cruz / Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1976-6287>

E-mail carlosfidelisponte@gmail.com

Anamaria Testa Tambellini

GT Saúde e Ambiente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5363-5024>

E-mail anamariattambellini@gmail.com

Marcelo Firpo Porto

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Núcleo Ecologias, Epistemologias e Promoção Emancipatória da Saúde (Neepes)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9007-0584>

E-mail mfirpo2@gmail.com

Karen Friedrich

Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH/ENSP/FIOCRUZ) e GT Saúde e Ambiente da Abrasco.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3661-6179>

E-mail karenfriedrich@hotmail.com

Ana Maria Costa

Universidade do Distrito Federal -Pos Graduação - ESCS

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1931-3969>

E-mail Dotorana@gmail.com

RESUMO Atendendo a acordos multilaterais e interesses corporativos, o Brasil passou a induzir a abordagem 'One Health' (OH), contradizendo o modelo explicativo da determinação social para o processo saúde-doença, construído na América Latina. O conceito de saúde ampliada fundamentou a reforma sanitária brasileira e o capítulo da saúde na Constituição Federal de 1988, colocando a saúde no centro das políticas sociais, em condições de enfrentar os desafios das crises sanitárias contemporâneas. Este ensaio objetiva: resgatar a história da abordagem OH; analisar possíveis impactos na política sanitária brasileira; alertar possíveis retrocessos e repercussões da compreensão da saúde às décadas anteriores a 1970. Para seu desenvolvimento os autores realizaram um estudo bibliográfico documental sobre a tríade agente-hospedeiro-ambiente que orienta a OH a buscar soluções para situações complexas, porém desconsiderando que estas são decorrentes principalmente da espoliação da natureza e dos corpos, da precarização do trabalho e dos territórios. Os autores mostram que a OH é uma repetição de fórmulas passadas e de intervenções estrangeiras que desconsidera a política de saúde soberana desenvolvida no Brasil. Como conclusão: A OH responde de modo funcionalista aos temas das zoonoses e das epizootias e sua linearidade dificulta atuar nos processos complexos de expropriação da natureza e da sociedade, no colapso ecológico e nas mudanças climáticas.

PALAVRAS-CHAVES Uma Só Saúde; Modelo Biomédico; Saúde Coletiva.

ABSTRACT In response to multilateral agreements and corporate interests, Brazil began to promote the 'One Health' (OH) approach, contradicting the explanatory model of social determination of the process health-disease, which had been developed in Latin America. The expanded concept on health underpinned the Brazilian health reform and the health chapter in the 1988 Federal Constitution, placing health at the center of social policies and enabling it to face the challenges of contemporary health crises. This essay aims to: recover the history of the OH approach; analyze possible impacts on Brazilian health policy; and warn of possible setbacks in the understanding of health like was before decades prior to 1970. To develop it, the authors conducted a documentary study on the agent-host-environment triad that guides OH to solution complex situations, but without considering that these mainly result from the exploitation of nature and bodies, the precariousness of work and territories. The authors show that OH is a repetition of past formulas and foreign interventions that disregards the sovereign health policy developed in Brazil. In conclusion: Human orientation responds in a functionalist way to the issues of zoonoses and epizootics, and its linearity makes it difficult to act on the complex processes of expropriation of nature and society, ecological collapse, and climate change.

KEYWORDS One Health; Biomedical Model; Collective Health.

Introdução: implicações científicas e políticas em face das doenças zoonóticas no contexto da saúde pública no Brasil

O contexto complexo de intervenções ambientais decorrentes dos modelos agropecuário e industrial, da produção de ração animal e dos ultraprocessados para consumo alimentar para humanos, de base químico-dependente, com uso intensivo de recursos hídricos e energéticos,

produtor de desflorestamento, entre outras nocividades, vem afetando profundamente os ecossistemas, favorecendo os saltos zoonóticos de patógenos responsáveis por epidemias e pandemias¹.

Também as mudanças climáticas e suas emergências, em escala geológica (antropoceno), bem como as mudanças demográficas aceleradas, incidem sobre a biodiversidade e a saúde humana de modo desigual^{2,3}.

Os transbordamentos de patógenos observados no final do século XX e as doenças daí emergentes são eventos claramente vinculados ao agronegócio e ao padrão de consumo^{4,3} que, no Sul Global, manifestam-se com maior intensidade e iniquidade. Esse grave quadro ambiental e sanitário provocou o interesse em diversos campos de conhecimento técnico-científico e nas agências internacionais de saúde, entre outros interesses diversificados, tanto no setor público como empresarial⁵.

Nessa busca, desde o início da década de 2000, foram tomadas iniciativas por entidades dos Estados Unidos da América (EUA) para incidir nessa complexa situação mediante uma abordagem denominada One Health, que se apresentou como um ‘cadinho’ para experimentar modos de enfrentar a saúde das populações e de animais em face das doenças decorrentes de patógenos zoonóticos, segundo Kahn⁶ citado por Wallace^{7 (231)}.

Com a pandemia de Covid-19, o que já vinha sendo formulado desde 2004 nos EUA como *Uma Única Medicina, Uma Saúde*, como se verá neste ensaio, foi então assumida como estratégia de governança global. Uma comissão quadripartite ficou responsável pelo Plano Quinquenal (2022-2026) a ser executado nos países membros das Nações Unidas, como será explanado adiante.

Essa demanda foi recepcionada formalmente pelo governo brasileiro no ano de 2023, mas, insidiosamente, centralizada e estranha à forma jurídica e institucional do país, desde a Constituição Federal de 1988⁸ e a Lei Orgânica de Saúde nº 8.080 de 1990⁹, na definição de políticas estratégicas que envolvem o tema da saúde. No ano de 2024, ficaram evidentes as decisões publicadas pela Presidência da República: 1) em janeiro de 2024, a lei que institui o Dia Nacional da Saúde Única¹⁰, e 2) em abril de 2024, o Decreto, que renomeia a Saúde Única como *Uma Só Saúde*, cria uma comissão para elaborar o Plano Nacional de Uma Só Saúde¹¹. Nesta comissão ficou excluída a participação dos Conselhos Nacionais: de Saúde, do Meio Ambiente e de Segurança Alimentar e Nutricional; da sociedade civil; dos pesquisadores do campo da Saúde Coletiva e de suas entidades, que historicamente são participantes da formulação da política nacional de saúde e do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde.

Estas ficaram à margem desse processo e só tardiamente vieram se inteirar das implicações dessa proposição.

A One Health é um contrassenso à Saúde Coletiva e ao Sistema Único de Saúde

Surgida nos EUA, na primeira década dos anos 2000, apoiada pelo Banco Mundial e Organização Mundial da Saúde (OMS), a *One Health* ancora-se em um modelo que integra a tríade de causalidade entre humanos, animais e o ambiente. Apresenta-se como abordagem para uma grande diversidade de problemas relacionados a eventos, desde os mais localizados aos mais ampliados, como as epizootias pandêmicas, entre outras⁷.

A noção de dependência entre humanos, outros seres vivos e o ambiente não é novidade. Essa compreensão está presente, ao longo do tempo, fornecendo subsídios para as medidas de saúde pública, de acordo com os contextos históricos, ambientais, sociais e culturais de cada país.

O modelo multicausal da história natural das doenças e dos três níveis preventivos de Leavell e Clark¹², construído também nos EUA, na década de 1960, recebeu, nos anos de 1970, análises críticas por sua visão reducionista, pelo campo da Medicina Social Latino-americana e pela vertente brasileira, que estava mobilizada nas universidades e institutos de pesquisa. A tríade da história natural da doença era sustentada no modelo biomédico (agente-hospedeiro-ambiente) que excluía, em sua teoria e práxis, a complexidade socioambiental da determinação da saúde-doença e a necessidade de ações conjugadas para enfrentar os problemas em sua ontogênese, como veremos

O trabalho de muitos intelectuais brasileiros, especialmente o seminal de Sergio Arouca, sobre o dilema preventivista, entre outros, teve um papel estratégico na concepção original da Saúde Coletiva no Brasil¹³, no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e na construção do Sistema Único de Saúde no país (SUS). Essas formulações teóricas, conceituais, políticas e programáticas, no contexto do Brasil, ganharam forma como um campo de conhecimento interdisciplinar e de práticas em torno do objeto saúde-doença e dos processos de sua determinação, nomeado e reconhecido assim como Saúde Coletiva¹⁴. Esse tem sido estratégico para a construção de políticas públicas, formação profissional e articulação com outros setores, incluindo a sociedade civil, claramente voltado à redução das desigualdades sociais, à garantia do direito à saúde e à capacidade de cuidado integrado e de orientação à produção científica, no

qual não há inibição da produção biomédica a serviço da saúde pública, que aliás são as mais bem aquinhoadas no campo das Medicinas.

Para isso, a teorização da determinação social (também compreendida contemporaneamente como socioambiental) da saúde, amalgamada na América Latina, volta-se à análise e ao enfrentamento das desigualdades sociais em saúde, sendo estratégica para compreender contextos e conjunturas adversos e complexos no nível global, regional, nacional e local¹⁵, constituindo-se em uma caixa de ferramentas cognitivas para operar a pesquisa e as ações em problemas que envolvem as intrincadas relações entre a sociedade e natureza.

A constituição do SUS, como política e valor ético para a sociedade brasileira, foi um feito extraordinário, considerando os contextos políticos pouco favoráveis às políticas públicas estruturantes no país. A base teórico-conceitual da Saúde Coletiva, com sua capacidade interdisciplinar, política e reflexiva, e as consequentes conquistas históricas do SUS, têm sofrido oposição de setores não alinhados aos seus princípios e diretrizes desde seu processo instituinte. Essas se radicalizam atualmente a partir do agravamento de várias crises — democrática, econômica, ambiental e sanitária — no Brasil, na América Latina e em nível global, principalmente nestas primeiras décadas do século XXI, em que as formas de exploração da natureza se intensificaram.

Dentre os problemas de grande relevância sanitária, têm destaque: patógenos multirresistentes a medicamentos, as epizootias e zoonoses epidêmicas, pandêmicas e sindêmicas. Esses eventos, naturalmente, intensificaram o interesse internacional de profissionais de saúde, das instituições científicas e dos governos em enfrentar esses desafios. O setor privado e a filantropia internacional se somam a esses debates de forma tática, seja para intervir, para silenciar vozes dissonantes, seja para, na perspectiva do capitalismo do desastre, lucrar com a oferta de soluções tecnológicas e também epistemológicas, sem criticar a necropolítica, conforme Ken *et al.*¹⁶ citado por Wallace⁷.

As implicações desse processo no Brasil, decorrentes da sua formulação e do seu modo de condução, acendem um alerta, uma vez que o SUS, dotado de princípios e diretrizes — universal, integral e público, para a garantia do direito à saúde e ao cuidado resolutivo — é o que motiva a elaboração do presente ensaio. Também preocupa o fato de que segmentos, deliberadamente, ausentes e até mesmo em oposição ao SUS, agora estão empoderados pelo Decreto de abril de 2024, já referido na formulação do plano de ação de *Uma Só Saúde*.

Tendo por base os fundamentos do campo da Saúde Coletiva, pretende-se discutir as origens, características e potenciais problemas da abordagem da *One Health*, considerando dimensões ideológicas, históricas, políticas, institucionais e científicas, bem como possíveis

ameaças à sua soberania epistêmica e política que dá sustentação ao SUS. Ao longo do artigo, buscaremos analisar a *One Health*, não como uma proposição nova, mas como um processo de disputa por hegemonia, pela construção de consensos e concepções de mundo, crenças e projetos que permitem às elites manterem sua liderança intelectual e moral enquanto estratégia para a direção política da sociedade.

O processo insidioso da implementação da *One Health* no Brasil

No ano de 2023 foi também realizada no Brasil a 17ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), um momento especial de reconstrução das políticas de saúde diante dos graves retrocessos do governo federal findo em 2022. Como já dito, sem diálogo com o processo da CNS, o Ministério da Saúde não considerou esse espaço como legítimo para discutir a abordagem da *One Health*. Apesar disso, e em pleno governo Lula, onde se propunha a retomada do social, esse tema foi tratado pelas autoridades do Ministério da Saúde do Brasil com pouca transparência e zelo, ignorando a ordem legal e a necessária pactuação social previstas nas instâncias máximas de definições da política de saúde no país, como o Conselho Nacional de Saúde (CNS), entre outros estratégicos.

O modo como a *One Health* chegou ao Brasil vem sendo alvo de críticas que se concentram em três características centrais:

1) verticalidade, desconsiderando os processos instituídos democraticamente no país na formulação de suas políticas de saúde e meio ambiente, sem um amplo debate com os profissionais que as operam e ignorando o necessário debate com as entidades que sempre estiveram à frente das políticas de saúde no Brasil, especialmente desde a sua redemocratização, bem como com a sociedade civil, em geral;

2) uso de narrativa sedutora e totalizante, tais como ‘Uma Medicina, Saúde Única’, ‘Um Mundo, Saúde Única’, que tira a complexidade e os conflitos do mundo real. O nome ‘Saúde Única’ tem o apelo da unidade entre humanos, animais e natureza, usando inclusive exemplos que são da cosmovisão dos povos originários; no entanto, não apresenta um desdobramento político inovador concreto na forma de atuar que já não esteja inscrito no arcabouço legal institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Nacional de Meio Ambiente (Sisnama);

3) adoção de modelo biomédico já ultrapassado pela concepção histórica, sistêmica, complexa, interdisciplinar e intersetorial da determinação social formulada pela Medicina Social Latino-americana e pela Saúde Coletiva, desde a década de 1970^{15, 17, 13, 14,18}.

A Saúde Coletiva, como concepção crítica, inscrita e consolidada no sistema de ciência, tecnologia, inovação (CNPq), de formação pós-graduada (CAPES) e presente nos currículos dos cursos de profissionais de saúde, permanece em diálogo com os avanços do conhecimento científico e tecnológico desenvolvidos por milhares de grupos de pesquisa diversificados no país. Esse campo tem-se desafiado a mergulhar com mais ousadia e menos temor nos temas e problemas complexos da contemporaneidade, incluindo as zoonoses, a exemplo da pandemia de Covid-19. Nesse contexto, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva, nos anos de 2020 e 2021, proporcionou um rico e audacioso debate, com proposições de ação, a despeito do negacionismo do governo federal e da corporação médica, em que o SUS demonstrou sua vitalidade para atuar em todos os níveis dessa enorme tragédia.

Além disso, também olha para outros temas que circundam as crises sanitárias, como a violência, o racismo, as condições de trabalho, a precarização dos territórios, a ecológica, o ambiente, a educação, a influência das redes sociais e *fake news* na saúde, o cuidado da saúde em todos os níveis e setores, enfim, os processos de determinação socioambiental da saúde, do diálogo intercultural e bioético, entre outros, com movimentos sociais, comunidades e povos originários, tradicionais, camponeses e das periferias urbanas.

No entanto, em pouquíssimo tempo, a Uma Só Saúde (*One Health*) passou a receber o suporte de entidades nacionais, que antes pouco ou nada apoiavam o SUS, incluindo setores do agronegócio e segmentos corporativos, como o Conselho Federal de Medicina. Os posicionamentos recentes do Cebes e de alguns intelectuais da Saúde Coletiva estão dispostos a buscar o debate e a corrigir os desvios apontados^{19, 20, 21, 22, 23}.

Neste sentido, faz-se necessário trazer ao debate as questões em jogo relativas ao campo epistêmico, político, econômico, ideológico, ético e prático em face das implicações da *Saúde Única* para com a política de saúde no Brasil. A questão da soberania parece uma questão chave para esse debate, pois se trata de sua defesa diante das ameaças em relação às políticas públicas e ao próprio SUS, que desde 1988 está garantido na Constituição Federal⁸ e desde 1990 na Lei Orgânica de Saúde⁹.

Neste texto, vamos descrever também alguns aspectos de como os EUA exerceram historicamente uma influência sobre o modelo de vigilância epidemiológica e sanitária no Brasil, especialmente no controle de doenças transmissíveis, inspirado na tríade “agente, hospedeiro, ambiente”. Na sequência, serão apresentados pontos de reflexão sobre os desafios à soberania do Brasil na defesa de sua Constituição e da política nacional de saúde.

***One Health*, crises sanitária e ecológica: o papel do agronegócio no cenário da Saúde Pública**

Saúde pública, agricultura e meio ambiente são setores que sempre estiveram interligados. Nas últimas três décadas, as crises sanitária e ambiental ficaram mais bem evidenciadas pelas epidemias zoonóticas e emergências climáticas. É nesse contexto que se busca maior aproximação entre organismos multilaterais intergovernamentais vinculados a esses setores, em particular às organizações das Nações Unidas (ONU), entre outras. Por exemplo, a Organização Mundial da Saúde Animal (OIE/WOAH), a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO), o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA), a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a Organização Mundial do Comércio (OMC) e o Banco Mundial. Dessas organizações emanam acordos e políticas, que por vezes, sobrepõem-se às dos Estados membros, dificultando a construção ou manutenção de processos soberanos, sustentáveis e solidários, para solução de problemas em seus territórios, em consonância com as dinâmicas sociais e culturais de cada país.

Particularmente, no tocante à crise ecológica e às emergências climáticas, desde a década de 1970 é evidente o colapso ecológico no planeta³. O ambiente, pela primeira vez, ocupou uma Conferência das Nações Unidas em Estocolmo em 1972, tendo sido ampliado, vinte anos depois, no Rio de Janeiro, com o tema da sustentabilidade. Desde então, vários acordos têm sido construídos, como a Agenda 21, Acordo de Paris, e a Agenda 2030. Esta última, um plano adotado em 2015 com 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). No entanto, temos visto que nenhum desses acordos, de modo geral, alcançam as metas estabelecidas.

Na medida em que os organismos multilaterais passaram a questionar as razões para a crise ambiental e propor medidas concretas de sustentabilidade socioambiental para o desenvolvimento, as contradições entre interesses de cada país começam a ficar mais evidentes. Por exemplo, os acordos sobre a biodiversidade e do clima, que não tiveram a adesão efetiva dos EUA, que recentemente deixou o acordo de Paris e o aporte financeiro à OMS. Mais recentemente, esse país assumiu a difusão de divergências e negacionismos nas políticas sanitárias, a exemplo do movimento antivacina. Também cresceu a presença do *lobby* empresarial com a finalidade de disputar e influenciar as agendas e as políticas ambientais e de saúde a favor de seus interesses, tema amplamente denunciado na COP-30 pelo movimento social.

O Brasil é visto mundialmente com muito interesse no cenário ambiental e das mudanças climáticas em função da diversidade de seus biomas, em particular o da Amazônia, com sua importância para a regulação do clima no planeta. No entanto, o país, com a reprimarização, tem outros elementos econômicos e geopolíticos que se opõem às medidas de proteção ambiental, como: 1) a força política do agronegócio, com a produção de *commodities* agropecuárias, principalmente para ração animal; 2) a danosa indústria alimentícia de ultraprocessados; 3) a mineração com a exportação de *commodities* metálicas; e 4) o setor energético, que conflita diretamente com a perspectiva de redução de combustíveis fósseis.

Nesse cenário, identificamos que, no país, o modelo agrícola químico-dependente, hidroenergético intensivo, consumidor de solos e destruidor de florestas foi induzido desde a década de 1960, por meio de privilégios, proteção tributária e desregulação. As consequências daí decorrentes são muito graves para o ambiente e a saúde. Existem suficientes informações científicas de que o agronegócio tem sido um setor com grande responsabilidade pelo colapso ecológico, que se articula à crise sanitária mundial³.

Historicamente, em diversos momentos de crises sanitárias, os EUA — enquanto liderança do bloco capitalista ocidental — têm hegemonizado seu modo de intervenção, especialmente após a Segunda Guerra Mundial. Nas décadas seguintes ao seu término, essa influência tornou-se ainda mais intensa. Inicialmente, por meio de fundações ditas “filantrópicas”, como a Fundação Rockefeller, articuladas a universidades e instituições de pesquisa. Nas décadas de 1960, 1970 e 1980, a influência dos EUA na América Latina e no Brasil foi particularmente acentuada na formulação de modelos para a agricultura, saúde pública, ciência e tecnologia.

Na saúde, tem-se o destaque em relação à vigilância sanitária e epidemiológica, áreas estratégicas para interesses econômicos devido ao seu papel na regulação e liberação comercial de tecnologias e produtos, como agrotóxicos e procedimentos para seu uso. Muitos desses produtos são de interesse do mercado global e têm sido apoiados pela Fundação Bill Gates, entre outras²⁴.

As décadas de 1960 e 1970 foram bastante marcadas, no Brasil, pela questão ambiental: a chamada Revolução Verde avançou no país, favorecida pelo regime ditatorial implantado em 1964. Nesse período, foi desenvolvido um plano para condicionar o crédito rural ao uso obrigatório de agrotóxicos, além de outros subsídios tarifários para a produção e uso desses insumos, tornando a agricultura brasileira químico-dependente²⁵, assim como ocorreu para a formação médica, induzida pelo relatório Flexner/Fundação Rockefeller, a dos agrônomos, que também recebeu aportes estrangeiros para sustentar o uso do pacote tecnológico de agrotóxicos.

Essa orientação, principalmente estadunidense, faz-se sentir até hoje no campo da saúde, especialmente no controle de doenças transmissíveis tradicionalmente denominadas tropicais. No entanto, na década de 1970, ocorreu uma inflexão pela atuação da Saúde Coletiva brasileira, que, mediante sólidas bases teóricas, pedagógicas e éticas, sustentou o processo da reforma sanitária, promovendo o SUS e o consolidando nos anos seguintes.

A Saúde Coletiva examinou com profundidade a relação da medicina com o capitalismo, analisando a mercantilização da saúde e dos seus processos de determinação social, a violência, as iniquidades sociais, entre outros problemas complexos que requerem outro modelo de compreensão para orientar as políticas de enfrentamento. Os avanços daí obtidos foram muitos, especialmente para um país gigantesco, diverso e desigual. As barreiras a serem vencidas ainda são muitas, entre elas as relacionadas ao fomento de pesquisa e à formação profissional que segue privilegiando a ciência voltada para interesses empresariais e comerciais em detrimento daquelas voltadas atender as necessidades de saúde e de proteção ambiental, e a ausência de carreiras profissionais que possibilitem melhor resolutividade no sistema de saúde. No seio dessas demandas há disputas que perpassam a definição de políticas e que exigem, por exemplo, da saúde pública, permanente ação sob conflito de interesses.

Cooperação internacional e a busca por hegemonia dos EUA na saúde pública mundial: uma questão candente de soberania

As agências fundadas no começo do século XX que pautaram a saúde, como a Fundação Rockefeller, direcionaram grande parte de sua atuação para doações voltadas a atividades científicas de universidades e institutos de pesquisa. Há diferenças marcantes de ênfases quanto ao modo operante dessas fundações²⁶. Um exemplo foi o apoio da Fundação Rockefeller dado ao ensino e à pesquisa na área biomédica, no estado de São Paulo, e nas disputas em torno das políticas para o setor da saúde pública nas décadas de 1920 e 1930. Segundo Faria²⁶⁽⁵⁶²⁾,

O movimento pela implementação de um sistema de saúde pública e de instituições de pesquisa no Brasil apresentou grandes diferenças regionais durante a Primeira República. As áreas de atuação da Fundação Rockefeller de certo modo refletem e reforçam as diferenças regionais. Alguns estados, por apresentarem situação favorável, econômica e politicamente, acabaram por receber tratamento prioritário por parte da instituição estrangeira. Este foi o caso de São Paulo.

O modelo de saúde concebido e promovido por fundações privadas vinculadas ao complexo médico-industrial norte-americano foi concebido por Abraham Flexner em 1910 e apoiado por seu irmão, Simon Flexner, um médico patologista e Diretor do Rockefeller Institute for Medical Research²⁷. Abraham Flexner passou a dirigir o General Education Board, organismo filantrópico da família Rockefeller para a educação.

O objetivo de citar o modelo flexneriano neste artigo é apenas para exemplificar o modo operante dos EUA no exercício de sua hegemonia no campo da saúde pública e da educação profissional, particularmente dos médicos.

A reforma do ensino médico nos EUA após a Segunda Grande Guerra, outra vertente do relatório Flexner, foi o da Medicina Preventiva. Para sua difusão, vários eventos foram realizados nos EUA e na América Latina, sob o patrocínio especial da Fundação Rockefeller e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)²⁷. Almeida Filho²⁷ faz um resgate histórico das contribuições de Abraham Flexner e justifica as razões de sua refutação nas décadas de 1970 e 1980, períodos de luta pela redemocratização do Brasil, de formação em Saúde Coletiva e de construção do SUS. Nesse artigo de 2010, o autor polemiza o tema ao concluir que a proposição da Saúde Coletiva se antagonizou injustamente ao modelo flexneriano, ao buscar de “modo mítico” superar o arcabouço conceitual ou as matrizes teóricas reducionistas positivistas, indutoras de formas autoritárias de gestão, que convergiam em modelos biomédicos de formação e de prática em saúde. Todavia, a crítica ao modelo flexneriano e de Leavell & Clark também foi contundentemente feita por outros pensadores internacionais^{28,29,30}.

Após a Segunda Guerra Mundial, os EUA ganham enorme preponderância econômica e política no mundo ocidental. Após um período de tentativa de reorganização do seu sistema de saúde na década de 1950, manteve sua tradição de manter separadas as ações de prevenção e de assistência, bem como de vigilância e de cuidado, o que influenciou drasticamente a vigilância da saúde no Brasil até hoje. As vigilâncias sanitária e epidemiológica, nos EUA, constituem a chamada saúde pública, principalmente voltada para controlar epidemias pela vertente mais higienista de ‘limpar o meio’³¹.

À medicina cabe identificar os agentes de transmissão, diagnosticar e tratar as doenças transmissíveis. O arcabouço neoliberal dessa assistência fundamenta-se no individualismo, na livre escolha e nas leis de mercado³¹. Na divisão dominante do mercado, os aspectos preventivos (em geral, menos lucrativos) ficaram nas mãos do setor público, e o curativo, nas do privado. Estes, mediante planos de assistência, foram criados no começo do século XX e se consolidaram à medida que houve melhora do poder aquisitivo das classes médias no pós-Segunda Guerra Mundial. A inspiração europeia do *welfare state* nunca influenciou a sociedade

norte-americana. A liberdade de escolha, tão defendida nesse sistema, é limitada ao bolso do consumidor, tornando o acesso à atenção à saúde nesse país profundamente desigual³¹.

Vicente Navarro³² aponta que, na realidade, os problemas da cobertura insuficiente e dos altos custos desse sistema têm raiz no caráter privado e lucrativo da medicina. Apesar da inépcia desse sistema, os EUA prescreveram seu modelo restrito e fragmentado de saúde para outros países, especialmente nas Américas, mediante o fomento de fundações filantrópicas.

É preciso ainda esclarecer que nos EUA a saúde pública está limitada aos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC). Esses tiveram origem no Centro de Doenças Transmissíveis, inicialmente dedicado ao controle da malária. Em 1951, a preocupação com uma potencial guerra biológica durante a Guerra da Coreia levou à criação do Serviço de Inteligência Epidêmica (EIS), com a formação, em 1980, de profissionais em epidemiologia de campo, conhecidos como “detetives de doenças” em mais de oitenta países.

No Brasil, na década de 2000, o CDC capacitou epidemiologistas para a constituição do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde (EpiSus)^{33,34} e para a criação dos laboratórios Nível 3 (NB3) e Nível 4 (NB4) dedicados aos agentes infecciosos perigosos, tema de interesse para enfrentar um possível bioterrorismo.

É interessante notar que, no Brasil, durante a ditadura militar, foram implantadas nos anos de 1970 as Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária, fiéis à origem biomédica tecnicista de controle de doenças transmissíveis e sob forte influência do CDC³⁵ e que assim permanecem em essência até os dias atuais.

O modelo da tríade ecológica nos EUA e seus desdobramentos

A análise histórica demonstra que os modelos unicausais da saúde perderam força após a Segunda Guerra Mundial, quando os países industrializados vivenciaram um período de transição epidemiológica, no qual as doenças infecto-parasitárias deixaram de ser a principal causa de adoecimento e morte em relação às doenças crônico-degenerativas. A debilidade do modelo unicausal na explicação das doenças associadas à complexidade de elementos interatuantes favoreceu o surgimento de modelos multicausais³⁶. Entre os primeiros esforços para repensar essa abordagem, podemos citar os *modelos da balança*, da *rede de causalidades* e, por fim, no rastro da modelagem flexneriana, o *modelo ecológico* concebido por Leavell e Clark¹².

Leavell e Clark¹² sistematizaram assim a teoria da história natural da doença, conhecida como Tríade Ecológica — agente, hospedeiro e ambiente —, que foi anunciada em 1928 por

Wade Hampton Frost, com o nome de Tríade Epidemiológica com a mesma formulação de relações: agente, hospedeiro e ambiente (Frost 1928/1976)³⁷.

Embora essa formulação tenha sido um avanço diante do modelo monocausal dominante, continuou a se basear no enquadramento funcionalista de base biomédica das doenças transmissíveis, isto é, o de haver um agente etiológico (patógeno) e um hospedeiro, em um ambiente físico que favorece a maior suscetibilidade para o adoecimento. Leavell e Clark¹²⁽⁴⁶⁾ sugeriram que a doença é resultante de um “conjunto de processos interativos que cria o estímulo patológico no meio ambiente, ou em qualquer outro lugar, passando pela resposta do hospedeiro ao estímulo, até que as alterações levem a um defeito, invalidez, recuperação ou morte”. Na verdade, essa formulação surge na sequência das proposições apresentadas no Relatório Flexner³⁸

Ayres³⁹ explica que, no início do desenvolvimento da epidemiologia, o raciocínio centrava-se no conceito de causa. Buscava-se apurar a variação quantitativa de fenômenos de saúde em populações e estabelecer a constituição ambiental desfavorável à saúde. À medida que a Epidemiologia foi se formalizando, o conceito de meio externo foi sendo substituído pelo conceito de risco, que passou no século XX, progressivamente, a ser uma abstração probabilística. O cálculo do risco passou a estar presente nos modelos que sucessivamente foram sendo estabelecidos³⁹.

No quadro 1 são apresentados os precursores do desenvolvimento do modelo de causalidade biomédico da doença e sua influência na prática científica da Medicina, como desejavam os reformadores estadunidenses nas primeiras décadas do século XX.

Quadro 1 – Precusores do modelo de causalidade biomédico da doença estadunidenses nas primeiras décadas do século XX

Período	Quem	O quê	Circunstâncias	Contribuição
Décadas de 1910 a 1930 EUA	Abraham Flexner Psicólogo e educador. Estudou na Universidade Johns Hopkins. Atuou na Fundação Carnegie e Rockefeller. Criou um Instituto de Estudos Avançados.	Relatório Flexner	Políticas reformistas do ensino superior nos EUA	Introduziu o ensino pragmático da medicina. Disseminou o modelo biomédico.
Anos de 1919 a 1938 EUA	Wade Hampton Frost Médico Epidemiologista. Em 1931 passou a ser Diretor do Departamento de Epidemiologia da Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health (SHPH), em Baltimore, Estados Unidos. A SHPH foi financiada pela Fundação Rockefeller.	Esboça a teoria das epidemias que se baseia no equilíbrio entre o agente, o hospedeiro e o ambiente.	Conferir cientificidade à Epidemiologia das doenças epidêmicas. No contexto pós-gripe espanhola e de crise sanitária nos EUA.	Propõe a lógica da História Natural da Doença. Propõe o modelo da Tríade epidemiológica: agente, hospedeiro, ambiente (TE), anunciado em 1928 e publicado em 1976. Desenvolve um método para estimar a taxa de mortalidade da pandemia de 1918, conhecido como método de mortalidade excessiva.

Fonte: Elaborado pelos autores (2025)

A Europa, especialmente a Alemanha, com base na ciência experimental, exerceu profunda influência sobre a proposta de Flexner para reforma do ensino médico nos EUA. Sua missão dirigiu-se inicialmente aos EUA e ao Canadá e posteriormente à Europa, América Central e do Sul. No Brasil, moldou os currículos dos profissionais de saúde desde a reforma realizada após a promulgação do SUS, em 1988.

Para Frost, o termo ‘ambiente’ foi usado como um termo genérico para agrupar todos os elementos externos ao organismo. No entanto, como o fato de que alguns patógenos são transmitidos diretamente de pessoa para pessoa, o entendimento foi de que o hospedeiro e o ambiente, nesses casos, confundiam-se, um dilema que fragilizou sua proposição³⁹. A solução,

então, foi deixar o ambiente extrínseco, com foco apenas na relação agente-hospedeiro para as medidas de prevenção e cuidado. Assim, a causa da doença ficou restrita ao agente etiológico³⁹. Mesmo considerado um modelo incompleto, foi difundido pelo processo das reformas de ensino médico mundial.

A contraposição da Saúde Coletiva ao modelo da história natural da doença

Na década de 1970, no Brasil e na América Latina, foi criado um campo teórico-conceitual para orientar e auxiliar a organização das políticas de saúde de caráter inclusivo e equânime. Para tanto, foi mobilizado o pensamento crítico e solidário para reconceituar a questão da *prevenção*¹³ do *mercado de trabalho*⁴⁰, da *prática médica*⁴¹ da *causalidade em saúde*^{29,42,15,17}, entre outros.

A partir daí, abriu-se no Brasil e em outros países da América Latina um debate profundo sobre o modelo da Tríade Ecológica, que não reconhecia os processos complexos de determinação social das doenças, as iniquidades sociais e as vulnerabilidades decorrentes da pobreza, da exploração do trabalho, dos processos produtivos e ambientais.

Simultaneamente, nessa mesma década, na América Latina, surgiram críticas à epidemiologia clássica, na direção de uma epidemiologia social contextualizada na complexidade do processo saúde-doença. Assim, a corrente de pensamento crítico, latino-americano, propôs um diálogo com outros campos de saberes. Para além da biomedicina, incorporou os saberes da sociologia, economia, antropologia, geografia, ecologia, demografia, engenharia, dentre outras⁴³, ganhando assim significativa força social, conhecida como movimento sanitário, que fundamentou a constituição da Saúde Coletiva. Essas repercutiram, também, nas lutas sociais por políticas públicas, que no Brasil vêm mantendo sua vitalidade para enfrentar os desafios que se apresentam nos territórios, como vimos ocorrer na Pandemia de Covid-19, apesar das barreiras criadas no nível federal pelo governo da época e pelo crônico desfinanciamento.

Embora, inicialmente, esse movimento tenha reverberado nos acontecimentos europeus iniciados no pós-Segunda Guerra Mundial, em que ocorreram reformas inovadoras de saúde e formulações orientadas pela concepção dos *determinantes sociais* da saúde⁴⁴ foi na América Latina, desde a década de 1970, que a compreensão da *determinação social* da saúde distinguiu-se por sua formulação mais abrangente com base na reprodução social e na complexidade dos fenômenos envolvidos na lógica da natureza e do social.

Essa potente formulação tem sido sistematicamente ignorada pelos países do norte global. Como evidência, no relatório da Comissão de Determinantes Sociais da Saúde da OMS, publicado em 2025, foi feita apenas uma referência à teoria da determinação da saúde. Jaime Breilh, autor chave da América Latina nessa formulação, afirma que, desde o final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, houve um contexto mundial que impulsionou o cientificismo médico. O autor explorou esse tema em sua dissertação de mestrado em Medicina Social realizada na Universidade Autônoma Metropolitana de Xochimilco, México²⁹⁽³⁸⁾, onde se lê que:

A expansão imperialista das potências, primeiro as europeias e depois a estadunidense, se desenvolveu em grande medida nas regiões tropicais da Ásia, África e América Latina [...] a avidez por matérias-primas e produtos para exportação agrícola e a construção de vias terrestres de acesso produziram a dispersão de elementos naturais propensos a gerar doenças infecciosas transmissíveis. A imposição de formas de produção e trabalho e em geral de reprodução social inumanas converteu-se em modos de soluções baratas para mitigar danos no limite dos interesses capitalistas. Se enquadra nesse modelo as investigações as denominadas doenças infecciosas tropicais. Assim, nesses centros de poder, com respaldo técnico e financeiro dos grandes monopólios, se investiu nas escolas médicas e institutos de investigação micro bacteriológica [...]. A premissa oculta desse tipo de desenvolvimento da medicina foi, e segue sendo, que a agressão ao ser humano imputada a causas supostamente naturais, exonera de responsabilidade à organização social dominante.

Outra citação importante que nos interessa sinalizar diz respeito à crise da medicina na década de 1960, com o surgimento da medicina “comunitária”, uma virada significativa nas características da prática sanitária e no questionamento do fazer médico nos processos de formação social, o que motivou experiências positivas em diversos territórios²⁹.

A retomada da tríade agente-hospedeiro-ambiente pela *One Health* e sua adoção pela OMS

Apesar de toda a vitalidade da Saúde Coletiva durante as últimas décadas e sua influência exitosa nas políticas públicas de saúde, na formação profissional, no desenvolvimento de pesquisas e inovações tecnológicas, no Brasil, paradoxalmente, parece haver uma inflexão inversa, por decisão monocrática governamental, de incorporação da abordagem da *One Health*. No Brasil, como a *One Health* chegou de modo paralelo aos avanços alcançados no seu sistema de saúde, faz-se necessário examinar como vem se dando essa proposição e seu modo operante no país.

Como é sabido, as zoonoses sempre fizeram parte da atuação da saúde pública, incluindo a intersetorialidade para o seu enfrentamento com divisões de responsabilidade entre os vários órgãos. No Brasil, a saúde dos animais silvestres é cuidada pelo Ministério do Meio Ambiente (MMA), enquanto a saúde dos animais envolvidos na produção intensiva de carne para alimentação humana está sob os cuidados do Ministério da Agricultura e Pecuária (MAPA), inclusive no que tange à produção de ração para alimentação desses animais, sendo este o Ministério que define a lista das doenças animais e regula as atividades dos veterinários no processo produtivo relacionado à pecuária e ao cuidado da saúde animal. Quanto à saúde humana, o Ministério da Saúde monitora os reservatórios animais e vetores de zoonoses, epizootias e arboviroses. Alguns exemplos de intersetorialidade envolvendo a articulação entre os órgãos são as ações envolvendo a febre amarela, a doença de chagas, a raiva e, mais recentemente, a gripe aviária e a pandemia de Covid-19, que marcou o primeiro quarto do século XXI.

A Organização Mundial de Saúde Animal (antiga OIE, agora chamada WOAH) teve um papel fundamental na construção da abordagem da *One Health*. Trata-se de uma instância internacional criada, em 2003, como desdobramento do antigo Gabinete Internacional de Epizootias⁴⁵. As normas, orientações e recomendações em saúde animal emitidas pela OIE são designadas como referência sobre as doenças de animais e as zoonoses e têm papel significativo no controle do comércio de animais e seus derivados (incluindo carne bovina), que são uma fonte potencial de agentes causadores de doenças em animais. Esta tem também por missão fornecer normas sob os auspícios da Organização Mundial do Comércio e é uma referência para a OMS.

Em 2003, ocorreram eventos que buscavam elaborar a abordagem da *One Health*. Um deles foi o programa da Saúde Animal e Humana para o Meio Ambiente (AHEAD)⁴⁶, lançado no V Congresso Mundial de Parques da IUCN em Durban, África do Sul⁴⁷. A questão que se colocava nesse evento era o problema transfronteiriço relacionado às cercas veterinárias e à vida animal selvagem dos parques; tinha como objetivo encontrar maneiras colaborativas de enfrentar os desafios na interface entre a saúde da vida selvagem, a saúde do gado e a saúde e os meios de subsistência humanos. Esse congresso é realizado a cada dez anos pela União Internacional pela Conservação da Natureza (UICN)⁴⁸.

No ano seguinte aos ventos de 2003, em setembro de 2004, foi realizado pela Wildlife Conservation Society (WCS) um simpósio sediado pela Universidade Rockefeller, com o objetivo de estabelecer uma abordagem para as interações entre pessoas, animais e ambiente no campo da saúde. Participaram desse evento representantes de várias organizações: Organização

Mundial da Saúde (OMS); Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO); Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC); Centro Nacional de Saúde da Vida Selvagem do Serviço Geológico dos Estados Unidos; Departamento de Agricultura dos Estados Unidos; Centro Cooperativo Canadense de Saúde da Vida Selvagem; Laboratório Nacional de Saúde Pública de Brazzaville, República do Congo; Comissão de Direito Ambiental da IUCN; e a própria WCS, entre outras⁴⁶

Nesse simpósio, foram elaborados doze princípios denominados “Princípios de Manhattan — Um Mundo, Uma Saúde”, com a abordagem chamada *One Health*⁴⁹ Uma série de encontros sensibilizadores foi realizada em diversos países no mundo, entre eles no Brasil em 2007⁵⁰ e 2009⁵¹. No folder vê-se o elenco de entidades promotoras, incluindo setores empresariais da indústria de alimentos e farmacêutica.

Os Princípios de Manhattan foram atualizados em 2019, sendo denominados Princípios de Berlim⁵². Nesse caminho, deve-se destacar a atuação da Associação Americana de Medicina Veterinária (AVMA), que tinha, desde o início, adotado a abordagem *One Health* como uma missão importante⁵³. Essa abordagem guarda uma história de construção própria dos EUA no campo do controle de doenças infecciosas. Além do Banco Mundial, o fomento à *One Health* conta com o apoio das fundações americanas Rockfeller e Bill Gates, além de outras, como a inglesa *Wellcome Trust*.

Em 2008, a OIE, a OMS e a FAO iniciaram o desenvolvimento de estratégias conjuntas tendo em vista o tema das epizootias, trabalhando em torno da abordagem em construção da *One Health*. Em 2010, a Organização Mundial de Saúde Animal (OIE/WOAH), sem citar referências bibliográficas, elaborou um Manual sobre a abordagem *One Health*⁴⁵, apresentando modelo teórico das interações entre patógenos, hospedeiros e ambientes, praticamente, com a mesma formulação desenvolvida por Frost (1928/1976) e por Leavell e Clark (1976), isso é, agente-hospedeiro-ambiente. Propõem representá-la pelo Triângulo ecológico da doença⁴⁵.

Para a OIE/WOAH, a ecologia é o estudo das interações dos organismos vivos entre si e seus entornos (ambiente). Segundo ainda a OIE, a importância de controlar as doenças humanas e animais tem como objetivo “reduzir seu impacto socioeconômico ou ecológico” e, para isso, propõem, como tratamento, “manipular os aspectos da ecologia dessas doenças”⁴⁵.

O triângulo ecológico das doenças foi considerado pela OIE “uma estrutura confiável para entender a forma em que se desencadeia o aparecimento de uma doença”⁴⁵⁽⁹⁾ e para orientar as ações. Para essa formulação, não basta ter o patógeno, pois há determinada “forma” para se dar a transmissão. Cita como exemplo os vírus da raiva e da *Yersinia pestis*, os quais “precisam permanecer antes em algum tipo de reservatório animal a partir do qual se opera a

transmissão”⁴⁵⁽⁹⁾. Quanto aos “fatores ambientais”, são referidos como numerosos, mas há os que são facilitadores da transmissão de cada patógeno para um novo hospedeiro⁴⁴. Quanto ao hospedeiro, esse “será infectado, ou não, em função de seu estado imunitário”⁴⁵⁽⁹⁾.

A OIE conclui, ao final, que “esses fatores formam parte da causa de uma enfermidade”, e que “esses mesmos fatores decidirão igualmente se a aparição de uma doença afetará poucos ou muitos animais hospedeiros ou se a enfermidade se registrou uma só vez ou será recorrente”⁴⁵⁽⁹⁾. Em complementação, afirma que os fatores ambientais e as mudanças nos hospedeiros são os que mais influenciam na aparição ou não de uma enfermidade, assim como em sua magnitude e amplitude⁴⁵⁽¹⁰⁾. Como pode se observar, toda a formulação está centrada na doença e em “fatores” causais. Em 2021, foi criado um “Painel de Especialistas de Alto Nível”, sob a influência da abordagem *One Health*, para fornecer aconselhamento científico e político aos organismos internacionais.

Após a Covid-19, a OMS estabeleceu um novo acordo internacional sobre prevenção, preparação e resposta às pandemias. Em 2022, o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA) foi integrado a essa articulação, formando a Aliança Quadripartite (OMS, FAO, OIE/WOAH e PNUMA), lançado nesse ano o Plano de Ação Conjunto. Em 2023, em um momento de recomposição e recuperação de várias políticas públicas destruídas ou degradadas pelo governo anterior, no Brasil, de modo açodado e sem o devido debate, começa a se instituir a *One Health*.

Na página eletrônica da *One Health Commission* de 2025,⁵⁴ vemos dois mapas: 1. a distribuição dos países em que foram realizados seminários (*workshops*) denominados “Priorização facilitada de doenças zoonóticas sob a perspectiva de Saúde Única”, pelos Centros de Controle de Doenças dos Estados Unidos (US CDC); e 2. onde está representada a distribuição dos países onde aquele plano estratégico está em curso. Nele se observa que há uma maior concentração na África e em alguns países da Ásia; porém, praticamente nada está representado nas Américas e na Europa.⁵⁴ Comparando-se os dois mapas, vê-se que há mais países sinalizados como receptores da indução do CDC do que aqueles com algum grau de implantação do Plano de Ação Conjunto estabelecido pela Aliança.

No contexto brasileiro, vem-se expandindo para além do escopo proposto pela OMS. Em 2024, foi criado, por decreto, o Comitê Técnico Interinstitucional de Uma Só Saúde, para o Plano de Ação Nacional de Uma Só Saúde, enviado para consulta pública, por um mês, encerrada em agosto de 2025⁵⁵. A abordagem Uma Só Saúde (*One Health*) vem sendo colocada no Brasil como uma formulação novidadeira para enfrentar diversas outras questões de saúde, incluindo as relacionadas às mudanças climáticas. Isso provavelmente foi motivado pela

necessidade de o país se apresentar na Conferência do Clima COP-30, realizada no Brasil, na cidade de Belém (PA), em novembro de 2025, com uma proposição na qual a saúde pudesse estar melhor posta.

Assim, o tema da *One Health* não tem ficado circunscrito às zoonoses, epizootias e ao uso abusivo de antibióticos, entre outros, agora quase tudo que se sempre fez em Saúde Pública, que envolve zoonoses, pode ser nomeado como abordagem *One Health*. Cerca de um ano e meio antes da Cop-30 o governo brasileiro fez os primeiros atos para instituir a One Health no país^{56,9,10,11} e durante a sua realização, juntamente com algumas entidades nacionais deixou de apresentar ao mundo a potência de sua política de saúde, que há 37 anos (desde 1988) vem mostrando sua capacidade de enfrentar as recentes crises sanitária e climática no país.

Ao contrário do que era esperado, foi propagandeada a *One Health*, que está ainda no estágio inicial de seu plano de ação^{57,58}. O Centro Brasileiro de Saúde Coletiva tem alertado sobre o intempestivo processo^{22,23,59}. No levantamento bibliográfico realizado para este ensaio, observa-se que a Fiocruz em 2016 entrevistava técnicos especialistas na temática da biodiversidade e dos animais silvestres mas sem uma clara defesa da One Health^{60,61}.

Outras respostas possíveis

A Saúde Coletiva, com sua perspectiva crítica, aborda os processos fundamentais subjacentes à saúde, incluindo multiespécies nos processos da determinação social da saúde, mesmo porque não separa sociedade e natureza²⁹. As histórias de tempo profundo e específicas de cada lugar, a infraestrutura cultural e as geografias econômicas que impulsionam o surgimento de doenças não são incorporadas na modelagem da *One Health*. Uma questão que se apresenta é como se explica que, em apenas dois anos, o protagonismo tecnocrático dado à Uma Só Saúde no Brasil? Ou ainda, a centralidade do governo nessa abordagem durante a COP-30, com apoio da The World Federation of Public Health Associations (WFPHA)⁶² e da Associação Chinesa de Medicina Preventiva (da sigla em inglês, SCPMA, para China Preventive Medicine Association) que, com a participação da OMS chegaram dispostos a fortalecê-la nesse evento, como uma estratégia também para mitigação e adaptação das mudanças e emergências climáticas pela Saúde Pública.

Uma razão importante que explicaria como os EUA, Brasil, China, além de outros poucos países que compõem a União Europeia, assumiram posições em defesa da Saúde Única é o fato de que, para todos esses, o agronegócio exerce um papel estratégico em termos econômicos, seja na produção, exportação ou importação de *commodities* agropecuárias e

derivados. Embora estratégias geopolíticas e de interesses político-econômico-ideológico-culturais possam variar bastante diante das crises ambiental, climática e sanitária (como se viu na pandemia de Covid-19), para todos esses países, o agronegócio exerce forte influência política nos governos e precisa participar das soluções institucionais e econômicas para a estabilidade do comércio global, desde que o modo de produção não seja mudado.

Esse contexto faz com que se busque consensos nas organizações multilaterais que possam reforçar políticas institucionais que compatibilizem os modelos de produção agrícola com a prevenção e mitigação de pandemias e emergências climáticas. No caso brasileiro, isso é reforçado pela existência de um governo de coalizão e uma forte bancada no Congresso Nacional que defende os interesses do agronegócio.

Segundo estudo da Confederação da Agricultura e Pecuária do Brasil (CNA) e do Centro de Estudos Avançados em Economia Aplicada (Cepea), o Produto Interno Bruto (PIB) do agronegócio, em 2024, atingiu R\$ 2,72 trilhões, sendo R\$ 1,9 trilhão do ramo agrícola e R\$ 819,26 bilhões do ramo pecuário, com uma previsão de aumento de mais de 20% em 2025⁶³. É evidente que esse setor apoie a *One Health*, enquanto disputa político-institucional e ideológica simultaneamente. No entanto, não é aceitável que seja privilegiada como estratégia de governança internacional e nacional e que embarace a construção de um país soberano, democrático, sustentável e saudável.

A proposição da abordagem *One Health* no Brasil irá encontrar resistências por: 1) ignorar a metacrítica histórica realizada ao modelo da tríade ecológica, que possibilitou uma compreensão muito mais ampla e completa do que a que se apresenta na *One Health*; 2) contrariar os preceitos democráticos instituídos na política de saúde; 3) desrespeitar o processo de pactuação do SUS, seus avanços sob uma estrutura orientada por princípios e diretrizes das justiça social, sanitária, ambiental e cognitiva ou epistêmica; e 4) desconhecer os autores latino-americanos do campo da Medicina Social e da Saúde Coletiva²⁰.

A abordagem da *One Health* vem sendo apresentada como salvadora em vista das futuras epidemias e pandemias^{19,64,21,22,59}. Não introduz em sua modelagem as forças motrizes da determinação socioambiental das zoonoses, onde incidem os circuitos nacionais e transnacionais do capital, as mudanças associadas às paisagens agroecológicas, a evolução genética e a disseminação espacial de patógenos xeno específico e que exigem respostas estruturais^{65,66,7}.

Wallace, biólogo evolucionista, propôs em 2015, em seu livro *Pandemia e agronegócio*, uma abordagem crítica que buscou integrar saúde pública, ecologia e economia política para compreender como a disseminação das gripes suína e aviária estava fortemente relacionada com

a expansão do agronegócio e suas cadeias de *commodities* pecuárias no âmbito do sistema econômico mundial na era do neoliberalismo⁶⁵. A consequência desse modo de produção e da sua expansão não afetou apenas o equilíbrio dos ecossistemas, mas criou as condições de emergência de novas pandemias globais. O autor produziu uma poderosa análise realizada anos antes da Covid-19, colocando o capitalismo e o agronegócio no centro da questão²⁰.

Trata-se de análises científicas originais compatíveis com a perspectiva da Saúde Coletiva. Para Wallace⁷, a *One Health* é uma abordagem colonialista. Embora esse estudioso tenha participado, nos últimos quatro anos, de vários eventos no Brasil, inclusive no âmbito da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Fundação Oswaldo Cruz e da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, e algumas de suas mais importantes publicações já tenham tradução para português, tem sido pouco estudado.

Outras visões críticas recentes sobre a *One Health* encontram-se nos livros:

1) More-than-one health: humans, animals, and the environment post-covid⁶⁷. Trata-se de uma coletânea que examina as complexas interligações entre a saúde humana, animal e ambiental com contribuições de autores provenientes das humanidades, ciências sociais, ciências naturais e medicina. O livro defende que pensar a saúde e as possibilidades de sua gestão passa pelo reconhecimento da interdependência entre as entidades vivas e a pluralidade de saberes, ou seja, mais que *One Health* (Uma Só Saúde). Essa perspectiva exige a descolonização da Saúde Pública e a defesa de sua soberania com suporte do pensamento crítico. Acreditamos que, no contexto latino-americano e do Brasil, em particular, a Saúde Coletiva vem tendo um papel estratégico nessa direção.

2) One Health: Um Planeta, Uma Saúde, Uma Ética⁶⁸. Essa publicação desafia a abordagem *One Health* a considerar questões fundamentais e outras, recentes, de inclusão das arenas sociopolíticas e decoloniais, com pensamento amplo e com ação coletiva na abordagem dos horizontes mais amplos de cuidado em prol do nosso planeta e de todos os seus habitantes. Nele, o autor Santos⁶⁹ adverte que para a linguagem totalizadora da One Health, que seduz aqueles pouco afetos à complexidade dos processos, onde as interações produzem fenômenos transdisciplinares e assim perder de vista as questões centrais, tanto no nível planetário quanto no da saúde.

Para concluir, os reducionismos produzidos pela abordagem One Health (Uma Saúde), desde suas formulações totalizantes: “Um mundo, Uma Saúde”; “Uma Só Medicina, Uma Só Saúde”; “Um Planeta, Uma Saúde”, etc., todas derivadas da tríade agente-hospedeiro-ambiente, são negações da complexidade, da realidade e da própria ciência. Diante dessa questão epistêmica e política algumas perguntas precisam ser respondidas em debates responsáveis e

transparentes: Por que a OPAS/OMS desconsiderou o avanço brasileiro no setor saúde ao demandar a inserção da *One Health* no país sem levar em conta o SUS e o campo da Saúde Coletiva, ambos já consolidados? Por que o Ministério da Saúde do Brasil não fez a mediação necessária e desconsiderou a importância da participação social estabelecida no país tão fundamental na sustentação do SUS? Por que possibilitou que essa abordagem fosse de modo sorrateiro e intempestivo introduzido e difundido como uma distopia frente a política de saúde brasileira, que tem princípios e diretrizes garantidos na Constituição Federal? Por que o Ministério da Saúde não fez as gestões necessárias para adaptar a demanda da OMS (para os temas colocados nas relações socioambientais envolvidas nas zoonoses) à formulação conceitual da Saúde Coletiva e do SUS já que estão bem mais consolidadas no Brasil?

Para enfrentar as crises sanitárias da contemporaneidade, para um Brasil soberano, democrático, sustentável e saudável deve-se pautar o aprofundamento dos caminhos que possibilitaram criar políticas de saúde audaciosas para um país carente de justiça social, de educação, entre outras que são capazes de mobilizar competências de modo integradas, intersetoriais, interdisciplinares e participativas nos territórios, onde se realizam a reprodução social e da natureza em sua determinação.

Contribuição de autoria

Os autores contribuíram igualmente para concepção, pesquisa e redação do manuscrito.

Referências

1. Kock RA, Alders R, Wallace R. Wildlife, wild food, food security and human society. In: Animal health and biodiversity: preparing for the future. Compendium of the OIE Global Conference on Wildlife; 23-25 Feb 2011; Paris, France.
2. Ding Y, Mearns L, Wadhams P, editores. Mudanças Climáticas 2013: A Base Científica Física. Contribuição do Grupo de Trabalho I para o Quinto Relatório de Avaliação do Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2013 [citado em 2025 dec 06]. Disponível em: <https://www.ipcc.ch/report/ar5/wg1/>
3. Marques L. O decênio decisivo: propostas para uma política de sobrevivência. São Paulo: Editora Elefante; 2023.
4. Jones BA, Grace D, Kock R et al. Zoonosis emergence linked to agricultural intensification and environmental change. Proc Natl Acad Sci U S A. 2013 May 21;110(21):8399-404. doi: 10.1073/pnas.1208059110

5. Anderson T, Capua I, Dauphin G et al. FAO-OIE-WHO Joint Technical Consultation on Avian Influenza at the Human-Animal Interface. *Influenza Other Respir Viruses*. 2010 May;4 (Suppl 1):1-29. doi: 10.1111/j.1750-2659.2009.00114.x
6. Kahn LH, Monath T, Bokma BH et al. One Health, One Medicine. In: Aguirre A, Ostfeld R, Daszak P, editors. *New directions in conservation medicine: applied cases of ecological health*. New York: Oxford University Press; 2012. p. 33-44.
7. Wallace R. *Grandes fazendas produzem grandes gripes: doenças Infeciosas, agronegócio e a natureza da ciência*. São Paulo: Editora Igrá Kniga; 2025.
8. Assembleia Nacional Constituinte (BR). Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília (DF); 1988 out 5 [acesso em 2024 set 9]; Edição 191-A; Seção I:1-32. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/DOUconstituicao88.pdf
9. Presidência da República (BR). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília (DF); 1990 set 20 [acesso em 2024 set 9]; Edição 182; Seção I: 18055-18059. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
10. Presidência da República (BR). Lei nº 14.792, de 5 de janeiro de 2024. Institui o Dia Nacional da Saúde Única. Diário Oficial da União [Internet], Brasília (DF); 2024 Jan 8 [acesso em 2024 set 9]; Edição 5; Seção I:4. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/L14792.htm
11. Presidência da República (BR). Decreto nº 12.007, de 25 de abril de 2024. Institui o Comitê Técnico Interinstitucional de Uma Só Saúde. Diário Oficial da União [Internet], Brasília (DF). 2024 Abr 26 [acesso em 2024 set 9]; Edição 81; Seção I:3. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/decreto/d12007.htm
12. Leavell H, Clark EG. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill; 1976.
13. Arouca AS. *O Dilema Preventivista: contribuição para compreensão e crítica da Medicina Preventiva [tese de doutorado]*. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1975. Disponível em: <http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/aroucaass.pdf>
14. Paim JS, Almeida N Filho. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 1998 Ago 1 [citado em 2025 dez. 8];32:299-316. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PDRmKQr7vRTRqRJtSgSdw7y/?lang=pt>
15. Breilh J. *Epidemiologia crítica e a saúde dos povos: ciência ética e corajosa em uma civilização doentia*. São Paulo: Editora Hucitec; 2024.
16. Ken I, León KS. Necropolitical Governance and State-Corporate Harms: COVID-19 and the U.S. Pork Packing Industry. *Journal of White Collar and Corporate Crime*. 2022 Jun;3(2):76–89. doi: 10.1177/2631309X211011037. PMID: PMC8072138

17. Samaja J. Reprodução social e saúde. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2000.
18. Almeida N Filho. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. *Revista de Administração Pública*. [Internet]. 2000 [citado em 2025 dez. 8];34(6):11-34. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6345/4930>
19. Rizzotto ML, Costa AM, Dias AP, Corrêa HR Filho, Friedrich K, Augusto LG. Saúde Única: um conceito ambíguo sob debate. *Saúde debate*. [Internet]. 2024 dez 19 [citado em 2025 dez 8];48:e143ED. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/10109>
20. Porto MF, Nunes JA. A Saúde Coletiva é muito mais que Uma Só Saúde. Informe ENSP [Internet]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2025 set 12 [citado 2025 dez 7]. Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/56695>
21. Augusto LG. Reforma sanitária e democracia sob ataque: contradições e desafios. *Alames Notícias* [Internet]. 2025 ago 20 [citado 2025 dez 8]. Disponível em: <https://cebes.org.br/reforma-sanitaria-e-democracia-sob-ataque-contradicoes-e-desafios/39222/>
22. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Saúde Única: o que está em disputa? Entrevista Epidemiologista Heleno Corrêa Filho [Internet]. Rio de Janeiro: Cebes; 2025 nov 26 [citado 2025 nov 29]. Disponível em: <https://cebes.org.br/saude-unica-o-que-esta-em-disputa/40404/>
23. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). “One Health” é uma repaginação ultrapassada, afirma Lia Giraldo [Internet]. Rio de Janeiro: Cebes; 2025 nov 24 [citado 2025 dez 7]. Disponível em: <https://cebes.org.br/one-health-e-uma-repaginacao-ultrapassada-afirma-lia-giraldo/40353/>
24. Gouveia N, Lieber RR, Augusto LG. Os verdadeiros desafios da saúde global. *Cad. Saúde Pública*. 2004;20(4). doi: 10.1590/S0102-311X2004000400029
25. Lignani LB, Brandão JL. A ditadura dos agrotóxicos: o Programa Nacional de Defensivos Agrícolas e as mudanças na produção e no consumo de pesticidas no Brasil, 1975-1985. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos* [Internet]. 2022 [citado em 2025 dez 8];2:337-59. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702022000200003>
26. Faria LR. A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-30): perspectivas históricas. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos* [Internet]. 2002 [citado em 2025 dez 8];9(3): 561-90. Disponível em: https://www.scielo.br/j/hcsm/a/6dWWRkXSZYpZGRWVRX9fz8m/?utm_source=chatgpt.com
27. Almeida N Filho. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cad. Saúde Pública*. 2010;26(12). doi: 10.1590/S0102-311X2010001200003

28. Brown ER. Rockefeller medicine men: medicine and capitalism in America. Berkeley: University of California Press; 1980.
29. Breilh J. Crítica a la interpretación ecológica funcionalista de la epidemiología: un ensayo para desmitificar el proceso salud-enfermedad [dissertação] [Internet]. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco; 1977 [citado 2025 dez 9]. Disponível em: <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/2475>
30. Canguilhem G. Etudes D'histoire et de philosophie des sciences [Internet]. 7th ed. Paris: Vrin; 1968 [citado 2025 7 Dec]. Available from: https://books.google.com.br/books?id=HRx580iW9aMC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
31. Noronha JC, Ugá MA. O sistema de saúde dos Estados Unidos. In: Buss PM, Labra ME, organizadores. Sistemas de saúde: continuidades e mudanças [Internet]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995 [citado em 2025 dez 8]. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/zngyg/pdf/buss-9788575414026.pdf>
32. Navarro V. Federal Health Policies in the United States: An Alternative Explanation in The Politics of Health. In: Lee PR, Estes CL, editors. The Nation's Health. Boston: Johns and Bartlett Publishers; 1990.
33. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde (BR). Memórias dos 10 anos do EPISUS: 10 anos de respostas às emergências em saúde pública [Internet]. SVS/MS, 2011 [citado em 2025 dez 8]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_episus_10_anos_colaborando_respostas_emergencias_saude_publica.pdf
34. Cardoso DR, Cardoso TA. Bioterrorismo: dados de uma história recente de riscos e incertezas. Cien e Saúde Coletiva. 2011;16(1). doi: 10.1590/S1413-81232011000700013
35. Barata RB. Vigilância epidemiológica: breve histórico e a experiência dos Estados Unidos e do estado de São Paulo. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2002;31(2):2021115. doi: 10.1590/S2237-962220220002000028
36. Lana FC. Determinantes Sociais de Saúde. Palestra de Abertura do Ano Letivo 2015 [Internet]. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2015 mar 26 [citado 2025 dez 9]. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/acontece-na-epsjv/determinacao-social-da-saude>.
37. Frost WH. Some conceptions of epidemics in general by Wade Hampton Frost. Am J Epidemiol. 1928/1976;103:141-51. doi: 10.1093/oxfordjournals.aje.a112212
38. Flexner A. Medical Education in the United Nations and Canada: a report to Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Bulletin Number 4 [Internet]. New York City: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910 [citado 2025 dez 8]. Disponível em:

- http://archive.carnegiefoundation.org/publications/pdfs/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf
39. Ayres JR. Desenvolvimento histórico-epistemológico da epidemiologia e do conceito de risco. *Cad. Saúde Pública*. 2011;27(7):1301-1311. doi: 10.1590/S0102-311X2011000700006
 40. Donnangelo MC. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Livraria Pioneira; 1975.
 41. Nogueira RP. *Medicina interna e cirurgia: a formação social da prática médica [dissertação de mestrado]*. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1977.
 42. Breilh J. *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006.
 43. Nunes ED. *Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez, 1989.
 44. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The social basis of disparities in health. In: Evans T, Whithead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, editors. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York: Oxford University Press; 2001. doi: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195137408.003.0002>
 45. Organização Mundial de Saúde Animal (OIE/WOAH). *Manual de formación sobre las enfermedades y la vigilancia de los animales silvestres [Internet]*. Paris, França: Organización Mundial de Sanidad Animal, 2010 [citado em 2025 dec 8]. Disponível em: <http://www.oie.int/> e https://www.woah.org/fileadmin/Home/esp/International_Standard_Setting/docs/pdf/WG_Wildlife/E_Training_Manual_Wildlife.pdf
 46. Cook RA, Karesh WB, Osofsky SA. The Manhattan Principles on ‘One World One Health’ [Internet]. 2004 [citado 2025 dez 9]. Disponível em: http://www.oneworldonehealth.org/sept2004/owoh_sept04.html
 47. Osofsky SA, Atkinson SJ, Ramsden N, Penrith ML. Two decades of One Health in action: enabling sustainable wildlife conservation and livestock production in southern Africa. *CABI One Health [Internet]*. 2025 apr 16 [citado 2025 dec 8];4:1,0006. Disponível em: <https://www.cabidigitallibrary.org/doi/10.1079/cabionehealth.2025.0006>
 48. União Internacional de Conservação da Natureza (IUCN). *Benefits beyond boundaries: proceedings of the Vth IUCN World Parks Congress [Internet]*. Gland: IUCN; 2005 [citado 2025 dez 8]. Disponível em: <https://iucn.org/resources/publication/benefits-beyond-boundaries-proceedings-vth-iucn-world-parks-congress>
 49. Ministério Federal da Educação e Desenvolvimento da Alemanha (BMZ). *Initiative area One Health in development cooperation [Internet]*. Alemanha: Federal Ministry for Economic Cooperation and Development Division for pandemic prevention, One Health,

- animal health, biodiversity; 2021 [citado 2025 dec 8]. Disponível em:
https://health.bmz.de/wp-content/uploads/studies/Strategiepapier550_one_health_en.pdf
50. One World, One Health (OWOH). One World, One Health: Brazil 2007 Meeting October 2-4 [Internet]. 2007 [citado 2025 dec 8]. Disponível em:
https://www.oneworldonehealth.org/oct2007/owoh_oct07.html
 51. One World, One Health (OWOH): One World, One Health: Brazil 2009 Meeting October 22 [Internet]. 2009 [citado 2025 dec 8]. Disponível em:
<https://www.oneworldonehealth.org>
 52. Gruetzmacher K, Karesh WB, Amuasi JH et al. The Berlin principles on one health: bridging global health and conservation. *Science of The Total Environment*. 2021;764:142919. doi: 10.1016/j.scitotenv.2020.142919
 53. King LJ, Anderson LR, Blackmore CG et al. Executive summary of the AVMA One Health Initiative Task Force report. *J Am Vet Med Assoc*. 2008 Jul 15;233(2):259-61. doi: 10.2460/javma.233.2.259
 54. One Health Commission. One health strategic action plans [Internet]. 2025 [citado 2025 dez 9]. Disponível em:
https://www.onehealthcommission.org/en/resources__services/one_health_strategic_action_plans/
 55. Agência de Governo (BR). Consulta pública propõe diretrizes para enfrentar riscos sanitários no Brasil. Agência gov. [Internet]. 2025 ago 11 [acesso em 2025 dez 8]. Disponível em: <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202508/consulta-publica-propoe-diretrizes-para-enfrentamento-de-riscos-sanitarios-no-brasil-1>
 56. Ministério da Saúde (BR). Plano de Ação Conjunta: linhas de ação. Gov.br [Internet]; 2023 [acesso em 2024 set 9]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/u/uma-so-saude/plano-de-acao-conjunto>.
 57. Fiocruz firma acordos pelo desenvolvimento sustentável durante a COP30. Agência Fiocruz de Notícias [Internet]. 2025 [acesso em 2025 dez 7]. Disponível em:
<https://agencia.fiocruz.br/fiocruz-firma-acordos-pelo-desenvolvimento-sustentavel-durante-cop30>
 58. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). COP30: Abrasco lidera consenso internacional e protagoniza elaboração do Plano de Ação em Saúde de Belém. Abrasco [Internet]. 2025 nov 18 [acesso em 2025 dez 8]. Disponível em:
<https://abrasco.org.br/cop30-abrasco-lidera-consenso-internacional-e-protagoniza-elaboracao-do-plano-de-acao-em-saude-de-belem/>
 59. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Cop-30 expõe avanços, tensões soluções na Agenda de Clima e Saúde [Internet]. 2025 nov 21 [citado 2025 dez 8]. Disponível em:
<https://cebes.org.br/cop30-clima-saude-justica-socioambiental/40340/>
 60. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Animais silvestres são foco internacional e nacional da vigilância sanitária para a saúde humana e de animais domésticos: entrevista com

- Rodrigo Silva Pinto [Internet]. 2016 mai 19 [citado 2025 dez 8]. Disponível em: <https://www.biodiversidade.ciss.fiocruz.br/animais-silvestres-sao-foco-internacional-e-nacional-da-vigilancia-sanitaria-para-saude-humana-e-de>
61. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). OIE – Organização Mundial de Saúde [Internet]. 2016 mai 19 [citado 2025 dez 8]. Disponível em: <https://www.biodiversidade.ciss.fiocruz.br/oie-organizacao-mundial-de-saude-animal>
 62. World Federation of Public Health Associations (WFPHA). Strengthening the one health approach for climate change mitigation and public health protection. WFPHA [Internet]. 2025 nov 17 [citado 2025 dez 8]. Disponível em: <https://www.wfpha.org/one-health-approach-for-climate-change-mitigation/>
 63. Confederação da Agricultura e Pecuária do Brasil (CNA). Centro de Estudos Avançados em Economia Aplicada (Cepea). PIB do Agronegócio [Internet]. 2025 abr 9 [citado 2025 dez 8]. Disponível em: <https://www.cnabrazil.org.br/noticias/pib-do-agronegocio-fecha-2024-com-crescimento-de-1-81>
 64. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Saúde única ou uma só saúde? Quais as questões no contexto brasileiro? [Internet]. Cebes. 2024 set 11 [acesso em 2024 set 9]. Disponível em: <https://cebes.org.br/saude-unica-ou-uma-so-saude-quais-as-questoes-no-contexto-brasileiro/35004/>
 65. Wallace RG, Bergmann L, Kock R et al. The dawn of Structural One Health: a new science tracking disease emergence along circuits of capital. *Social Science & Medicine* [Internet]. 2015 [citado em 2025 dez 8];129:68-77. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953614006145>
 66. Wallace R. *Pandemia e agronegócio: doenças infecciosas, capitalismo e ciência*. São Paulo: Editora Elefante; 2020.
 67. Braverman, I. *More-than-One Health: Humans, Animals, and the Environment Post-COVID*. London: Routledge [Internet]; 2023 [citado em 2025 dez 8]. Disponível em <https://doi.org/10.4324/9781003294085>
 68. Ramalho-Santos J, Horta S, organizadores. “One Health”: um planeta, uma saúde, uma ética [Internet]. Lisboa: Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida; 2023 [citado 2025 dez 8]. 240 pp. Disponível em: <https://www.cneqv.pt/pt/publicacoes/monografias/novo-lancamento-one-health-um-planeta-uma-saude-uma-etica>
 69. Santos RR. “One Health”: uma (nova) ciência da sobrevivência? In: Ramalho-Santos J, Horta S, organizadores. “One Health”: um planeta, uma saúde, uma ética. Lisboa: Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida [Internet]; 2023 [citado 2025 dez 8]. 240 pp. Disponível em: <https://www.cneqv.pt/pt/publicacoes/monografias/novo-lancamento-one-health-um-planeta-uma-saude-uma-etica>

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.