As reviravoltas do caleidoscópio e os sistemas de saúde como campo de batalha em disputas globais

Los giros del caleidoscopio y los sistemas de salud como campo de batalla en las disputas mundiales

The twists and turns of the kaleidoscope and health systems as a battleground in global disputes

Federico Tobar e Sebastián Tobar

Resumo: *Neste artigo, Tobar e Tobar analisam as transformações recentes no sistema internacional de saúde utilizando a metáfora do "caleidoscópio" para ilustrar a constante reconfiguração de atores, interesses e dinâmicas de poder. Eles argumentam que, especialmente após a pandemia de COVID-19, os sistemas de saúde deixaram de ser concebidos apenas como espaços técnicos orientados para o bem-estar da população e se tornaram arenas estratégicas de disputa geopolítica. Nesse novo contexto, a saúde adquire um caráter securitizado, no qual os Estados priorizam a soberania em saúde, o controle de recursos críticos e a resiliência de seus sistemas a ameaças externas.*

Palavras Chaves: Sistemas de Saúde, Poder e Saúde, Geopolítica da Saúde

Resumen: *En este artículo, Tobar y Tobar analizan las recientes transformaciones del sistema internacional de salud utilizando la metáfora del «caleidoscopio» para ilustrar la constante reconfiguración de actores, intereses y dinámicas de poder. Argumentan que, especialmente tras la pandemia de COVID-19, los sistemas de salud han dejado de concebirse únicamente como espacios técnicos orientados al bienestar de la población y se han convertido en escenarios estratégicos de disputa geopolítica. En este nuevo contexto, la salud adquiere un carácter securitizado, en el que los Estados priorizan la soberanía sanitaria, el control de los recursos críticos y la resiliencia de sus sistemas ante amenazas externas.*

Palavras Chaves: *Sistemas de Saúde, Poder e Saúde, Geopolítica da Saúde*

Abstract. *In this article, Tobar and Tobar analyze recent transformations in the international health system using the metaphor of the "kaleidoscope" to illustrate the constant reconfiguration of actors, interests, and power dynamics. They argue that, particularly after the COVID-19 pandemic, health systems have ceased to be conceived solely as technical spaces oriented toward population well-being and have become strategic arenas of geopolitical dispute. In this new context, health acquires a securitized character, in which states prioritize health sovereignty, control over critical resources, and the resilience of their systems to external threats.*

Keywords*: Health Systems; Power and Health; Health Geopolitics.*

Introdução

Em 1816, enquanto estudava as leis da luz, David Brewster descobriu que um simples conjunto de espelhos podia transformar fragmentos dispersos em figuras de inesperada beleza. Bastava um leve giro para que as mesmas peças — idênticas, imutáveis — se rearranjassem em padrões completamente diferentes. Assim nasceu o caleidoscópio: não como um brinquedo, mas como uma lição na arte de ver.

Algo semelhante ocorreu com os sistemas de saúde nas últimas cinco décadas. Os elementos permaneceram essencialmente os mesmos: instituições, tecnologias, profissionais, pacientes e medicamentos. Ao mudarmos nossa perspectiva, deparamo-nos com diferentes pontos de vista. Este artigo propõe diferenciar cinco lentes que moldaram diferentes visões da saúde pública. Em seguida, concentra-se em uma quinta perspectiva que, completando uma rotação completa, começa a revelar novas visões sobre saúde com foco geopolítico.

I. Prisma higienista

Embora a saúde pública como ciência ou disciplina não tenha tido um pai fundador ou uma cerimônia formal de nomeação, ao estudarmos sua história, notamos imediatamente uma forte ligação entre suas origens e o meio militar. Primeiro, porque a vanguarda dos serviços médicos se concentrava nas forças armadas como pacientes. Segundo, porque a inovação militar sempre esteve ligada à tecnologia médica (para o bem ou para o mal). Terceiro, porque o pensamento higienista se baseava no pensamento estratégico militar. O combate às doenças era realizado por meio de "***campanhas***". As forças de controle de vetores eram chamadas de ***"brigadas***". Os higienistas declaravam guerra ao vetor, e a concepção desse desafio era a clássica dicotomia "**amigo versus inimigo**".

II. Prisma da salubridade

Uma primeira virada no caleidoscópio ocorreu no final da Primeira Guerra Mundial (1920). Charles-Edward Amory Winslow[1] definiu saúde pública como: ***"a ciência e a arte de prevenir doenças, prolongar a vida e promover a saúde por meio de esforços comunitários organizados***". A saúde pública se fortalece ao analisar a prevalência e a incidência, a morbidade e a mortalidade. O foco continua sendo as doenças. Mas a combinação do método idealizado por John Snow com uma visão mais ampla e menos focada da urgência desvia o foco do saneamento e do controle de epidemias para a prevenção, a promoção e a organização social.

III. Prisma sanitário

Um segundo giro no caleidoscópio abre uma nova mirada apontando para o compromisso do Estado com a saúde. Lord William Beveridge sinalizou em plena Segunda Guerra Mundial, que "*um momento de descanso na história mundial requer revoluções mais que secas*". A construção dos sistemas de bem-estar — e em particular dos sistemas de saúde — foi interpretada como uma resposta a esse imperativo: não como um ajuste técnico, mas também como uma reconfiguração profunda do contrato social após o sacrifício coletivo durante a guerra. Além disso, o conservador Winston Churchill afirmou que na saúde… "*há um campo cada vez mais amplo para a propriedade e a empresa estatal… mas não aceitamos que devamos nacionalizá-lo tudo*." Se Marx se equivocou ao pensar que a transição para o socialismo seria iniciada no capitalismo industrial avançado, não foi assim com o Estado de Bem-Estar Social.

Essa segunda mudança de perspectiva alterou o foco das doenças para os serviços e sistemas de saúde. Isso levou a uma maior preocupação com a comparação entre sistemas de

saúde, especificamente em relação à definição dos serviços a serem prestados e, posteriormente, à sua qualidade. A partir de então, a abordagem da saúde pública passou a se concentrar na avaliação comparativa — ou seja, em aprender como os problemas são definidos e abordados em diferentes países e sistemas de saúde.

IV. Prisma reformista

Uma terceira volta do caleidoscópio revelou que o Estado de bem-estar social estava ameaçado. Após a estagflação associada à crise do petróleo (final da década de 1970) e no âmbito do chamado Consenso de Washington (início da década de 1980), novas ideias começaram a ganhar força. "Os cuidados de saúde estão se tornando cada vez mais caros." Isso impulsionou o surgimento e a disseminação da Economia da Saúde como disciplina. "Os cuidados de saúde estão se tornando cada vez mais difíceis de gerir." Isso alimentou a proliferação de literatura e ofertas acadêmicas focadas na gestão de serviços de saúde.

Mas essa visão requer apenas a compreensão de um paradigma completo presente no Relatório de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial de 1993, intitulado "***Investindo em Saúde".*** Cada medida adotada torna-se dogma. Isso inclui o racionamento de dois pacotes de cobertura, o financiamento da demanda, a separação das funções de oferta e o financiamento de serviços e descentralização. Mais de 20 milhões de dólares em empréstimos e um centenário de projetos de reforma da saúde coroam o novo paradigma. Por quase uma década, ironizou-se que "***a principal causa de morte era a lista de espera para tratamento"***.

V. Prisma multilateral

A quarta volta do caleidoscópio ocorre, de forma muito sutil e quase simultânea à anterior. O foco, então, passa a ser a ***construção de uma diplomacia da saúde capaz de orientar a cooperação internacional***. Isso foi possibilitado por um equilíbrio político internacional muito mais estável do que o das décadas anteriores, após a queda do Muro de Berlim.

A luta contra a pandemia de HIV/AIDS provou ser emblemática dessa nova perspectiva. Ela gerou um programa abrangente que mobilizou recursos e alinhou esforços. E obteve sucesso, transformando uma ameaça que parecia uma sentença fatal em uma condição crônica e reduzindo seu impacto. Esse sucesso serviu de inspiração para a proclamação de outras metas ambiciosas, primeiro os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio-ODM e depois os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável-ODS.

Essa mudança em direção ao multilateralismo desdobra uma diplomacia rica e variada. Seu objetivo, em suma, é identificar "***bens públicos globais***[2]" cuja provisão beneficie a governança não de um sistema específico, mas de toda uma arquitetura global de saúde.

O multilateralismo posiciona a equidade em saúde como a aspiração máxima, tanto nacional quanto globalmente, com o slogan ainda não cumprido de "***Saúde para Todos até o Ano 2000***[3]". A premissa básica subjacente a todas as suas ações é que, ao mobilizar recursos adequados e coordenar esforços internacionais, as desigualdades no financiamento, no acesso e nos resultados de saúde tenderão a diminuir.

Podemos considerar os fluxos de assistência global ao desenvolvimento (ADD) para a saúde como um indicador da validade desse paradigma multilateralista. Dessa forma, é possível identificar cinco fases em sua trajetória: 1) Uma tendência de crescimento sustentado desde os anos 2000, 2) expansão acelerada durante a era dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, 3) estabilização na década de 2010, 4) um aumento abrupto associado à pandemia de COVID-19

e 5) uma recente mudança para baixo, na qual a assistência ao desenvolvimento cai simetricamente ao crescimento dos gastos militares dos países desenvolvidos.

A eficácia do multilateralismo foi severamente prejudicada pela pandemia de COVID-19 em 2020-2021. Por um lado, o acesso desigual a vacinas e suprimentos corroeu a narrativa focada na equidade. Por outro lado, o papel normativo dos organismos multilaterais — ou seja, a sua capacidade de dizer aos países o que fazer em matéria de saúde — foi deslegitimado. Prova disso é que, desde a pandemia, os países de baixo e médio rendimento reduziram os seus investimentos em saúde e as lacunas de financiamento global agravaram-se.

VI. Prisma geopolítico

Em um quinto giro do caleidoscópio, a guerra voltou a ter a relevância que adquiriu na situação inicial. Parece, então, uma mirada geopolítica que entende a ***saúde como um ativo estratégico e os sistemas de saúde como um espaço de batalha nas disputas pelo poder mundial***. Ainda há bastante confusão a respeito do significado desta fase. Por exemplo, Deyse Ventura afirma que não existe uma definição teórica consolidada do termo "***determinantes geopolíticos da saúde***". Segundo este autor, ele tratou de uma provocação dirigida à comunidade científica, à diplomacia, aos gestores de saúde e ao público em geral, para refletir sobre como a situação internacional influencia a saúde pública[4].

É evidente que ainda não estamos numa fase de normalidade científica após esta nova virada do caleidoscópio. Em todo o caso, estamos testemunhando o surgimento de um paradigma. Isso porque, nos últimos anos, o ***termo geopolítica não só ganhou popularidade na comunicação jornalística e até mesmo na academia, como também penetrou no setor da saúde***. Observamos como áreas tradicionalmente ligadas à diplomacia da saúde sofreram uma transformação, incorporando o termo geopolítica e outras categorias associadas (soberania em saúde, assimetrias, esferas de influência, blocos de poder, etc.) que ganharam terreno em discursos onde, até recentemente, categorias como cooperação, arquitetura global da saúde, governança e equidade predominavam.

Postulamos, portanto, que uma nova perspectiva sobre saúde está emergindo: **a geopolítica da saúde**. Essa abordagem busca desenvolver uma forma sistemática de pensar, focada em como utilizar a saúde, seus recursos e seus determinantes para criar e ampliar assimetrias políticas, econômicas e militares entre países. A partir dessa definição, os determinantes geopolíticos da saúde são:[5]:

a. O posicionamento de um país nas cadeias de valor farmacêuticas globais,
b. O acesso a tecnologias críticas e propriedade intelectual,
c. A capacidade de produção local de insumos estratégicos,
d. O poder regulatório e de negociação em fóruns internacionais, e
e. Os alinhamentos geopolíticos que facilitam — ou restringem — a cooperação e o comércio.

Definindo uma geopolítica da saúde

Soler i Lecha[6], E. (2021) oferece uma definição ampla, postulando que a geopolítica da saúde busca compreender como fatores geográficos ligados à saúde (disseminação de doenças, produção e distribuição de vacinas, acesso territorial, etc.) influenciam a cooperação, a

competição ou o conflito internacional. Embora essa definição tenha a vantagem de se referir ao conceito original de geopolítica (colocando a geografia no centro), acredito que ainda seja muito vaga para elucidar uma linha de pensamento aplicada à saúde internacional.

Postulo que ***a geopolítica da saúde é o conjunto de relações de poder, conflitos, cooperação e dependências estruturadas em torno da produção, distribuição, regulação e acesso a recursos, tecnologias, conhecimento e instituições de saúde em escala internacional***. Com base nesse fundamento conceitual, minha hipótese de trabalho é que a tradução analítica de categorias do pensamento estratégico militar permite o desenvolvimento de uma matriz metodológica capaz de identificar atores, interesses, capacidades e modelos de ação estratégica — concessão, coesão, confronto, negociação e doação — em cenários internacionais de saúde.

Se analisarmos autores clássicos da geopolítica, como Morgenthau, o fator determinante no pensamento geopolítico não é a geografia, mas sim seu propósito imperialista[7]. Embora a geopolítica empregue uma linha de pensamento aplicada à construção da supremacia, para Morgenthau, "***a defesa da soberania é incompatível com a paz***". Podemos deduzir disso que***, onde começa o pensamento geopolítico sobre saúde, termina a esfera de atuação da diplomacia da saúde***. Disso, inferimos também que a análise geopolítica da saúde não é nem gratificante nem construtiva (pelo menos não em oposição aos nobres objetivos da narrativa multilateralista). Em todo caso, é praticamente desnecessária.

Ao contrário da perspectiva higienista, não propomos que o trabalho pela "saúde seja uma guerra", mas sim que a dinâmica da saúde global pode ser analisada utilizando categorias estratégicas, pois envolve atores que competem ou cooperam por recursos escassos, posições de poder, capacidades diferenciadas e decisões destinadas a modificar a dinâmica de poder. Em outras palavras, não se trata de introduzir a guerra como norma, mas sim a estratégia como método.

Como implementar uma análise geopolítica da saúde

A geopolítica da saúde é investigada através da identificação de atores, interesses, capacidades e figuras estratégicas que disputam recursos e posições na área da saúde. Seguindo a tradição do pensamento estratégico clássico, de Clausewitz[8] a Schelling[9], é possível identificar configurações recorrentes de comportamento estratégico, que denominamos figuras estratégicas. Vale ressaltar que essas figuras coincidem em grande parte com os comportamentos básicos da teoria dos jogos, embora, neste caso, não se pretenda (pelo menos por ora) incorporar ferramentas de cálculo probabilístico. A tabela a seguir propõe uma extrapolação das cinco figuras estratégicas básicas para o setor da saúde.

Aplicação de figuras estratégicas básicas na área da saúde

Figura estratégica	Definição	Exemplo
Cessão.	Situação em que um ator reduz sua autonomia em relação à saúde ou aceita condições impostas por outro ator diante de uma	O acordo que o Quênia assinou com os Estados Unidos em 2025 estabelece a transferência unilateral de dados biológicos no âmbito de acordos de pesquisa. Embora formalmente invocado como cooperação, ele se baseia em um desequilíbrio de poder entre os dois países.

	assimetria de poder, capacidades ou recursos.	Nesse contexto, a própria transferência reforça esse desequilíbrio, uma vez que poderia conferir aos Estados Unidos maior controle sobre os resultados e processos relacionados à saúde no Quênia.
Coesão	Processo pelo qual dois ou mais atores articulam capacidades, interesses ou posições para aumentar sua força relativa em um determinado cenário de saúde.	A recente revogação das diretrizes de patenteabilidade na Argentina, impulsionada pela pressão do governo dos Estados Unidos no contexto de um potencial acordo de livre comércio entre as duas nações, pode ser interpretada como uma forma de alinhamento regulatório que aproxima as posições dos dois países em relação à propriedade intelectual na área da saúde.
Confronto.	Condutas destinadas a contestar, bloquear, restringir ou impor-se a outro ator no que diz respeito a recursos, normas, tecnologias ou legitimidades na área da saúde.	Um exemplo de confronto como meio de contestar ou bloquear regulamentações de saúde pode ser visto no conflito em torno da isenção de direitos de propriedade intelectual para vacinas contra a COVID-19 no âmbito da Organização Mundial do Comércio. Enquanto países como a Índia e a África do Sul pressionavam pela suspensão temporária de patentes para ampliar o acesso global, outros atores — inicialmente incluindo os Estados Unidos e a União Europeia — resistiram ou limitaram essa iniciativa. Esse conflito reflete um confronto direto pelo controle de tecnologias de saúde, no qual os atores buscaram impor ou bloquear regras internacionais de acordo com seus interesses.
Negociação.	Interação estratégica na qual os atores buscam modificar suas posições relativas por meio de acordos, concessões, trocas ou arranjos institucionais.	Criação do mecanismo COVAX durante a pandemia de COVID-19. Por meio desse arranjo, atores como a Organização Mundial da Saúde, a Gavi (Aliança de Vacinas) e a Coalizão para Inovações em Preparação para Epidemias (CEPI) articularam compromissos financeiros, regras de acesso e critérios de distribuição de vacinas, configurando um espaço de troca que combinava interesses nacionais e objetivos globais de saúde.
Doação.	Transferência unilateral ou aparentemente altruísta de recursos de saúde que, além de sua dimensão humanitária, pode produzir efeitos de influência, legitimidade ou alinhamento político.	Os mecanismos de financiamento e fornecimento promovidos pelo Global Financing Facility e pelo UNFPA em países de baixa e média renda, incluindo o Quênia, canalizam fundos, medicamentos e tecnologias voltados para a saúde materna, infantil e reprodutiva. Embora essas intervenções sejam apresentadas como apoio ao fortalecimento

		dos sistemas de saúde, elas também podem influenciar a definição das prioridades nacionais de saúde e a direção das políticas públicas.

Identificar essas formas de interação implica assumir que a saúde global não é meramente um espaço de cooperação, mas um terreno de disputa no qual concessões, alinhamentos, confrontos, negociações e doações operam como mecanismos diferenciados de produção e reprodução de assimetrias de poder.

O desafio político não é mais restaurar uma ordem global de saúde despolitizada, mas proteger os sistemas de saúde em um ambiente onde o poder determina a continuidade. Isso não implica rejeitar o bilateralismo, mas sim gerenciar a exposição a relações de poder assimétricas. Porque, sob essa perspectiva, os sistemas de saúde não são apenas arranjos institucionais ou dispositivos para produzir bem-estar. São também territórios disputados. Espaços onde interesses, dependências e estratégias que vão além da assistência à saúde e estão inscritos na arquitetura do poder global estão em jogo.

Se a saúde internacional resulta menos da cooperação do que dos indicadores estratégicos mencionados, então os ministérios da saúde que negociam sozinhos estão em desvantagem. Eles controlam os programas, mas não o poder de negociação. Quando a cooperação depende de fatores como segurança, migração ou comércio, a capacidade técnica por si só é insuficiente.

Nesse cenário, os medicamentos, as vacinas e os diagnósticos ocupam um lugar privilegiado. Não são meramente tecnologias terapêuticas, de prevenção o diagnostico: são recursos estratégicos, vetores de soberania e instrumentos de influência. Portanto, considerar uma geopolítica dos medicamentos, as vacinas e os diagnósticos implicam reconhecer que, dentro dos próprios sistemas de saúde, trava-se uma parte cada vez mais decisiva da luta pela ordem mundial.

Referências

1. Winslow, C.-E. A. (1920). *The untilled fields of public health*. **Science, 51**(1306), 23–33. https://doi.org/10.1126/science.51.1306.23

2. O conceito de bens públicos globais foi originalmente idealizado por Paul Samuelson em 1954, que contribuiu para a definição clássica de bens públicos, caracterizando-os como não rivais: o consumo de uma pessoa não reduz o de outra, e ninguém pode ser excluído do seu uso. Ostrom, laureada com o Prêmio Nobel de Economia em 2009, propõe que as comunidades não podem gerir recursos comuns apenas por meio de regras e instituições, e, portanto, devem considerar a governança policêntrica dos bens públicos globais. KAUl, I.; GRUNBERG, I e STERNN, M.(1999) *Global Public Goods: International Cooperation in the 21st Century* es un libro, publicado pela Oxford University Press para el Programa das Nacioes Unidas para o Desenvolvimento, contribuiu de forma fundamental para a conceituação moderna de bens públicos globais do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), definindo-os como bens cujos benefícios são: universais (afetando todos os países); intergeracionais; e não excludentes, citando a estabilidade climática, a paz e a saúde global como exemplos. Nesse sentido, ele argumenta que os bens públicos globais exigem ação coletiva global. STIGLITZ, J. *"Globalization and Its Discontents"* (2002) publicado pelo W.W. Norton & Company também contribui para a discussão sobre governança global e falhas de mercado, observando que os mercados não fornecem adequadamente bens públicos globais (BPGs). Nesse sentido, ele enfatiza a necessidade de instituições internacionais mais fortes e vincula a provisão de bens públicos globais à equidade e ao desenvolvimento globais. Por fim,

SANDLER, T. (2004); *"Global Collective Action"* publicado pela *Cambridge University Press* estuda como os países contribuem (ou deixam de contribuir) para os bens públicos globais. Ele identifica diferentes tipos de bens públicos globais (agregados, de limiar, etc.) e analisa sua provisão em contextos estratégicos.

3. O slogan "Saúde para Todos até o Ano 2000" foi um dos grandes marcos da saúde pública global no século XX. Está intimamente ligado à Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde em Alma-Ata, organizada pela Organização Mundial da Saúde e pelo UNICEF. Ver Declaracion de Alma-Ata - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud

4. *Ventura D (2026).* Determinantes geopolíticos da saúde: uma chamada à reflexão e à ação https://jornal.usp.br/?p=987842. Publicado: 17/03/2026

5. Tobar F (2026). *Los determinantes geopolíticos de la salud y el desafío de navegar sin naufragar*. Revista ISALUD VOLUMEN 21—NÚMERO 98—MARZO 2026

6. Soler i Lecha, E. (ed.) (2021). *Geopolítica de la salud: vacunas, gobernanza y cooperación*. CIDOB.

7. Morgenthau, Hans J.(1986). *Política entre las naciones: la lucha por el poder y la paz*. Buenos Aires: Editorial GEL (Grupo Editor Latinoamericano),

8. Clausewitz, C. von. (2005). De la guerra (trad. al español). La Esfera de los Libros. Madrid.

9. Schelling, T. C. (1980). *La estrategia del conflicto*. Tecnos.