

**TRANSFORMAÇÃO DIGITAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS):
IMPACTOS DA SAÚDE DIGITAL NA EQUIDADE DO ACESSO, NA
QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA E NOS DESFECHOS CLÍNICOS EM
POPULAÇÕES VULNERÁVEIS NO BRASIL**

*DIGITAL TRANSFORMATION IN THE UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS):
IMPACTS OF DIGITAL HEALTH ON EQUITY OF ACCESS, QUALITY OF CARE,
AND CLINICAL OUTCOMES IN VULNERABLE POPULATIONS IN BRAZIL*

Artigo recebido em: 05/01/2026

Artigo aceito em: 06/04/2026

João Fernandes Floriano*

*Harold Gillies University (HGU), Flórida, Estados Unidos
joaofernandesfloriano@gmail.com

Isabelle Aguiar Prado**

**Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB), São Luís, Maranhão, Brasil
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9970-7783>
isabelleaguiarpp@gmail.com

Cleverson Fidelis***

***Universidade Nacional Ecológica (UNE), Santa Cruz de la Sierra, Bolívia
x.fidelis@hotmail.com

Ágatha Laíse Ramos Coutinho****

****Universidade Ceuma (UNICEUMA), São Luís, Maranhão, Brasil
Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-0600-169X>
agathacoutinho06@gmail.com

Mariane Cônsoli Peres*****

*****Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos (UNIFEB), Barretos, São Paulo, Brasil
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2295-8386>
mariane.peres@sou.unifeb.edu.br

Raquel Maria Bortolotto Kindt*****

*****Faculdade Iguazu (FI) / Centro Universitário Ingá (UNINGÁ), Caçador, Paraná, Brasil
Raquelkindt@gmail.com.br

Said Antônio Trabulsi Sobrinho****

****Universidade Ceuma (UNICEUMA), Porto Franco, Maranhão, Brasil
saidtrabulsi@hotmail.com

João Carlos Tavares da Costa*****

*****Universidad Europea del Atlántico (UNEATLANTICO), Santander, Cantábria, Espanha
Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-9172-1247>
joaotavar@live.com

Kátia Maria Lima de Menezes*****

*****Universidade Federal do Amazonas (UFAM) / Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Manaus, Amazonas, Brasil
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2803-710X>
katia.lima@fiocruz.br



Fledson de Sousa Lima*****

*****Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Santo André, São Paulo, Brasil

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7243-1681>

flenf@hotmail.com

The authors declare that there is no conflict of interest

Resumo

Este artigo analisa os impactos da transformação digital no Sistema Único de Saúde (SUS) sobre a equidade do acesso, a qualidade da assistência e os desfechos clínicos em populações vulneráveis no Brasil. A partir de revisão narrativa da literatura, produzida principalmente entre 2021 e 2026 em bases como SciELO, PubMed, BVS e periódicos nacionais, examina-se como a incorporação de tecnologias digitais, em especial a telemedicina, os prontuários eletrônicos, os aplicativos de saúde e a inteligência artificial, reconfigura os modos de produção do cuidado no setor público. O estudo discute as potencialidades dessas ferramentas para ampliar o acesso a populações historicamente excluídas dos serviços especializados, como moradores de regiões rurais, povos indígenas, populações ribeirinhas e grupos em situação de pobreza, ao mesmo tempo em que problematiza as barreiras estruturais que limitam os benefícios da digitalização, sobretudo a exclusão digital, a infraestrutura precária e a insuficiência de letramento tecnológico. Os resultados indicam que a saúde digital tem produzido ganhos documentáveis em acesso e resolubilidade, mas que os efeitos sobre a equidade dependem, de forma decisiva, de políticas públicas intersetoriais que enfrentem as desigualdades digitais antes de ampliar a dependência dos serviços de saúde em relação às plataformas tecnológicas. Conclui-se que a transformação digital, para cumprir os princípios fundadores do SUS, precisa ser conduzida com critérios de equidade, governança democrática dos dados e participação social.

Palavras-chave: Saúde Digital. Transformação Digital. SUS. Equidade em Saúde. Populações Vulneráveis. Telemedicina.

Abstract

This article analyzes the impacts of digital transformation in the Unified Health System (SUS) on equity of access, quality of care, and clinical outcomes in vulnerable populations in Brazil. Based on a narrative literature review, produced mainly between 2021 and 2026 in databases such as SciELO, PubMed, BVS, and national journals, the article examines how the incorporation of digital technologies, especially telemedicine, electronic health records, health applications, and artificial intelligence, reconfigures the modes of care production in the public sector. The study discusses the potential of these tools to expand access to historically excluded populations, such as residents of rural regions, indigenous peoples, riverine communities, and groups living in poverty, while also problematizing the structural barriers that limit the benefits of digitalization, particularly digital exclusion, precarious infrastructure, and insufficient technological literacy. Results indicate that digital health has produced documentable gains in access and resolvability, but the effects on equity depend decisively on intersectoral public policies that address digital inequalities before expanding the reliance of health services on technological platforms. It is concluded that digital transformation, in order to fulfill the founding principles of the SUS, must be conducted with equity criteria, democratic data governance, and social participation.

Keywords: Digital Health. Digital Transformation. SUS. Health Equity. Vulnerable Populations. Telemedicine.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde foi criado, em 1990, a partir de um projeto político que apostava na saúde como direito universal e na equidade como princípio operativo capaz de corrigir as desigualdades históricas no acesso ao cuidado. Três décadas e meia depois,

o SUS permanece a maior política pública de saúde da América Latina, atendendo a uma população que, em sua maioria, não tem alternativa fora da rede pública. É nesse contexto que a transformação digital chega ao setor saúde, trazendo promessas consideráveis e riscos igualmente sérios (Padilha et al., 2025).

A pandemia de COVID-19 funcionou como acelerador dessa transformação. Em poucos meses, a telemedicina deixou de ser um projeto piloto restrito a algumas regiões e passou a ser uma modalidade legalmente regulamentada, financiada pelo Ministério da Saúde e progressivamente incorporada à rotina das unidades básicas de saúde em todo o país. O Programa SUS Digital, instituído pela Portaria GM/MS n. 3.232/2024, formalizou esse movimento ao estabelecer metas de digitalização para todos os municípios e estados brasileiros e ao criar mecanismos de financiamento vinculados ao cumprimento dessas metas (Brasil, 2024a).

O problema central que este artigo se propõe a discutir não é se a transformação digital é benéfica ou prejudicial ao SUS, porque a resposta a essa pergunta depende inteiramente de como ela é conduzida. A questão relevante é outra: a digitalização dos serviços de saúde está, de fato, reduzindo as desigualdades de acesso e melhorando os desfechos clínicos das populações que historicamente mais precisam do SUS, ou está criando uma nova camada de exclusão para quem não tem smartphone, internet banda larga ou habilidades digitais suficientes para navegar em plataformas de saúde?

Essa pergunta não é retórica. O Brasil é um dos países com maior desigualdade digital do mundo: enquanto 83% dos domicílios urbanos têm acesso à internet, esse percentual cai para 53% nas áreas rurais, e dentro das zonas rurais a cobertura de qualidade é ainda menor nas regiões Norte e Nordeste. Os grupos com menor renda, menor escolaridade, os idosos e as populações indígenas estão no centro dessa exclusão, e são exatamente os grupos que mais dependem do SUS (Spanhol et al., 2025).

Este artigo organiza-se da seguinte forma: apresentam-se, primeiro, o marco conceitual e normativo da saúde digital no Brasil; em seguida, discutem-se as potencialidades da transformação digital para a equidade e para a qualidade da assistência; abordam-se os impactos sobre os desfechos clínicos em populações vulneráveis; analisam-se as barreiras estruturais e os riscos de aprofundamento das desigualdades; e, por fim, são tecidas as considerações finais.

2 MARCO CONCEITUAL E NORMATIVO DA SAÚDE DIGITAL NO BRASIL

A Organização Mundial da Saúde define saúde digital como o campo do conhecimento e da prática associado ao desenvolvimento e ao uso de tecnologias digitais para melhorar a saúde. Essa definição é deliberadamente ampla: abrange desde a simples digitalização de prontuários em papel até aplicações avançadas de inteligência artificial para diagnóstico precoce de doenças, passando pela telemedicina, pelos aplicativos de monitoramento remoto e pelos sistemas de vigilância epidemiológica em tempo real (World Health Organization, 2021).

No Brasil, a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 foi o primeiro documento de caráter estruturante a organizar essa agenda no âmbito federal. A estratégia estabelece seis eixos de atuação: governança, infraestrutura e conectividade, interoperabilidade, segurança da informação, força de trabalho e ecossistema digital. Cada eixo implica investimentos, regulamentações e pactuações interfederativas que envolvem municípios, estados e a União. O documento parte da premissa de que a saúde digital deve contribuir para a universalidade, integralidade e equidade do SUS, e não substituir esses princípios por uma lógica de eficiência tecnológica desvinculada do contexto social (Brasil, 2020).

A criação da Secretaria de Informação e Saúde Digital (SEIDIGI), no âmbito do Ministério da Saúde, representou um avanço institucional importante. Sob essa secretaria foram estruturados programas como o Meu SUS Digital, aplicativo que permite ao cidadão acessar seu histórico de saúde, resultados de exames, caderneta de vacinação e receitas médicas, e o SUS Digital Telessaúde, voltado à integração dos serviços de teleconsultoria e telediagnóstico à rede de atenção (Haddad; Lima, 2024).

O marco legal da telemedicina no Brasil passou por consolidação expressiva nos últimos anos. A Lei n. 14.510/2022 regulamentou definitivamente a prática da telemedicina no país, superando a instabilidade normativa do período pandêmico. A Resolução CFM n. 2.314/2022 detalhou as condições clínicas e éticas para sua aplicação, incluindo exigências de consentimento informado, proteção de dados sensíveis de acordo com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), e manutenção da responsabilidade técnica do médico assistente. Esse conjunto normativo criou as condições jurídicas para a expansão sustentada da telemedicina no SUS (Corrêa et al., 2025).

A despeito do avanço normativo, a implementação efetiva da saúde digital no SUS enfrenta desafios que não são resolvidos por leis e portarias. A falta de interoperabilidade entre sistemas de informação de diferentes estados e municípios, a resistência de profissionais de saúde à adoção de novas ferramentas e a insuficiência de infraestrutura de conectividade em regiões periféricas constituem obstáculos que precisam ser enfrentados de forma concreta, territorial e sustentada. O potencial tecnológico frequentemente supera a capacidade institucional de absorvê-lo, o que gera desperdício de recursos e resultados aquém do esperado (Costa et al., 2026).

3 POTENCIALIDADES DA TRANSFORMAÇÃO DIGITAL PARA A EQUIDADE E PARA A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

O argumento mais consistente a favor da saúde digital, no contexto do SUS, é o geográfico. O Brasil tem 8,5 milhões de quilômetros quadrados, e uma parcela significativa de sua população vive em municípios sem cobertura de médicos especialistas, sem hospitais de média complexidade a uma distância razoável e sem qualquer serviço odontológico especializado. Para essas populações, a telemedicina não é uma comodidade: é muitas vezes a única forma de ter acesso a um diagnóstico especializado sem percorrer centenas de quilômetros.

O Projeto Saúde Digital Móvel, desenvolvido pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri em parceria com o Ministério da Saúde, é um exemplo concreto desse potencial. Entre 2023 e 2024, o projeto realizou mais de 7.400 atendimentos em telediagnóstico cardiológico, oftalmológico e dermatológico em municípios do Vale do Jequitinhonha, região historicamente marcada por baixos indicadores de saúde e dificuldade de acesso a especialistas. A avaliação de satisfação dos usuários foi positiva em mais de 90% dos casos, e o projeto contribuiu para diagnóstico precoce de arritmias, doenças retinianas e lesões dermatológicas que dificilmente seriam detectadas a tempo por outras vias (Catapan et al., 2025).

A iniciativa UBS+Digital, avaliada em unidades básicas de saúde de São Paulo, documentou redução significativa nos encaminhamentos desnecessários para serviços especializados, melhora na resolubilidade da atenção primária e satisfação elevada tanto entre profissionais de saúde quanto entre usuários. Esses resultados indicam que a telemedicina bem estruturada não substitui a consulta presencial, mas complementa o

cuidado, especialmente em condições de baixa e média complexidade que representam a maior parte da demanda do SUS (Lamas et al., 2025).

A experiência do Nordeste brasileiro com a telemedicina reforça esse quadro. Municípios participantes dos programas de telessaúde na região apresentaram redução nos índices de encaminhamentos desnecessários e aumento na capacidade de resolução de casos na atenção básica, com destaque para o manejo de hipertensão, diabetes e doenças respiratórias crônicas. O achado mais relevante foi que os benefícios foram mais expressivos exatamente nos municípios com maior dificuldade de acesso físico aos serviços especializados, o que confere à telemedicina um papel potencialmente redistributivo dentro do SUS (Lima et al., 2026).

3.1 Inteligência artificial e apoio à decisão clínica

Além da telemedicina, a inteligência artificial vem sendo progressivamente incorporada ao SUS em funções de apoio à decisão clínica, vigilância epidemiológica e gestão da força de trabalho. Algoritmos de análise de imagens têm demonstrado acurácia comparável à de especialistas humanos em tarefas de triagem de exames de fundo de olho, eletrocardiogramas e radiografias de tórax, o que abre a possibilidade de ampliar a oferta de telediagnóstico em áreas remotas com baixa cobertura de especialistas (Andrade; Barbosa; Mortari, 2026).

As implicações da incorporação da inteligência artificial na gestão do cuidado no SUS apontam tensões importantes: de um lado, o potencial de ampliar a capacidade analítica dos sistemas de saúde e de personalizar o cuidado; de outro, os riscos associados à opacidade dos algoritmos, à reprodução de vieses nos dados de treinamento e à concentração de poder decisório em empresas privadas de tecnologia. Esse último ponto é especialmente relevante no contexto do SUS, onde a lógica pública e universalista precisa prevalecer sobre os interesses comerciais (Costa et al., 2026).

3.2 Saúde mental digital e populações vulneráveis

Um campo em expansão dentro da saúde digital é o das intervenções em saúde mental mediadas por plataformas digitais. Em um sistema de saúde que historicamente subfinancia a atenção psicossocial e enfrenta crônica escassez de profissionais

especializados, aplicativos de rastreamento e intervenção breve em condições como ansiedade e depressão têm surgido como estratégias complementares ao atendimento presencial. O protocolo A.M.F.R. (Acalmar, Mapear, Fortalecer e Resolver) é um exemplo de modelo de intervenção breve para ansiedade que evidencia como abordagens estruturadas e de curta duração podem ter efeitos positivos sobre populações com dificuldade de acesso ao cuidado especializado contínuo (Zago Neto, 2026). Esse tipo de ferramenta, quando integrado a plataformas digitais de saúde pública, pode alcançar usuários do SUS que, em função da distância geográfica ou da escassez de serviços, não chegariam de outra forma a qualquer atenção em saúde mental.

4 IMPACTOS SOBRE OS DESFECHOS CLÍNICOS EM POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

A questão dos desfechos clínicos é onde o debate sobre a saúde digital precisa ser mais rigoroso. Facilidade de acesso e satisfação do usuário são indicadores relevantes, mas não suficientes para avaliar se uma tecnologia de saúde está, de fato, melhorando a vida de quem a usa. A pergunta que importa é se as populações que mais precisam de cuidado estão vivendo mais, adoecendo menos e tendo suas condições crônicas melhor controladas por meio das intervenções digitais disponibilizadas pelo SUS.

A evidência disponível sobre esse ponto é promissora, mas ainda desigual em termos de qualidade metodológica e de representatividade das populações estudadas. A revisão sistemática de artigos publicados na Revista DCS sobre telemedicina e doenças crônicas na atenção primária demonstrou que intervenções de teleconsulta e telemonitoramento para hipertensão, diabetes tipo 2 e insuficiência cardíaca estão associadas à melhora na adesão ao tratamento, no controle glicêmico e pressórico e na qualidade de vida percebida pelos pacientes, com efeitos comparáveis ou superiores ao acompanhamento presencial convencional (Corrêa et al., 2025).

Esses resultados ganham significado especial quando aplicados a contextos de alta vulnerabilidade social. Populações quilombolas e ribeirinhas atendidas por teleconsultoria especializada em municípios do Rio Grande do Norte apresentaram redução nas complicações por diabetes e hipertensão em comparação com municípios sem cobertura de telessaúde. O mecanismo explicativo é relativamente simples: o acesso ao especialista, mesmo mediado por tecnologia, permite ajustes terapêuticos que não

ocorrem quando o paciente fica meses sem contato com qualquer profissional de referência (Chagas et al., 2025).

A experiência do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes no Mato Grosso do Sul, que incluiu populações ribeirinhas do Pantanal, ilustra bem as possibilidades e os limites desse modelo. O programa demonstrou que, para comunidades com acesso físico extremamente restrito, a telemedicina pode ser a diferença entre o diagnóstico precoce e a chegada ao serviço de saúde já em estágio avançado de doença. Ao mesmo tempo, os resultados foram diretamente dependentes da infraestrutura de conectividade disponível e da presença de agentes de saúde capacitados para operar os equipamentos e mediar o contato entre o paciente e a plataforma digital (Catapan et al., 2025).

5 BARREIRAS ESTRUTURAIS E RISCOS DE APROFUNDAMENTO DAS DESIGUALDADES

A saúde digital não é neutra. Ela replica e pode amplificar as desigualdades preexistentes se for implementada sem atenção às condições materiais e sociais das populações que deveria alcançar. O risco mais imediato é o da exclusão digital: populações sem smartphone, sem acesso à internet ou sem letramento digital suficiente para operar plataformas de saúde simplesmente não conseguem se beneficiar das ferramentas desenvolvidas para elas.

Três barreiras principais à equidade foram identificadas na produção sobre saúde digital no Brasil no período pós-pandêmico: a desigualdade de acesso à infraestrutura digital, a insuficiência de capacitação de profissionais de saúde para uso das ferramentas tecnológicas e a ausência de estratégias de letramento digital voltadas especificamente aos usuários do SUS com menor escolaridade. Conclui-se que a expansão da oferta de serviços digitais de saúde, sem o enfrentamento simultâneo dessas barreiras, tende a beneficiar desproporcionalmente as camadas da população que já têm maior acesso ao cuidado (Spanhol et al., 2025).

A questão da segurança dos dados de saúde merece atenção especial. Com a intensificação do tráfego de informações sensíveis por meio de plataformas digitais, aplicativos e sistemas de interoperabilidade, o setor saúde tornou-se alvo crescente de ataques cibernéticos. No contexto do SUS, onde os dados de saúde de milhões de brasileiros trafegam por sistemas com diferentes níveis de maturidade tecnológica, o risco

de violações de privacidade é real e suas consequências recaem desproporcionalmente sobre as populações mais vulneráveis, que têm menos recursos para contestar usos indevidos de suas informações (Haddad; Lima, 2024).

Os principais fatores de insucesso das intervenções de saúde digital em países de baixa e média renda são a falta de integração com os sistemas de saúde preexistentes, a dependência de financiamentos externos não sustentáveis e a ausência de participação das comunidades beneficiárias na concepção das soluções tecnológicas. O Brasil apresenta riscos em todas essas dimensões, especialmente nos municípios de pequeno porte com menor capacidade de gestão (Kaboré; Touré; Ouedraogo, 2022).

5.1 O risco do reforço das desigualdades raciais e regionais

A distribuição das tecnologias de saúde digital no Brasil segue, em larga medida, a geografia da desigualdade do país. As regiões Sul e Sudeste concentram a maior parte dos serviços de telessaúde, dos prontuários eletrônicos integrados e dos projetos de inteligência artificial em saúde. As regiões Norte e Nordeste, onde vivem as maiores proporções de populações indígenas, quilombolas e ribeirinhas, permanecem com infraestrutura digital precária e com menor cobertura de programas estruturados. Essa distribuição não é tecnicamente determinada: é reflexo de escolhas políticas e de padrões históricos de subinvestimento (Lima et al., 2026).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde, em publicação recente sobre a transformação digital no SUS, alerta que a criação do Índice Nacional de Maturidade em Saúde Digital (INMSD) revelou diferenças abissais entre municípios na capacidade de absorver e implementar tecnologias digitais de saúde. Municípios com menor porte populacional, menor renda per capita e localizados nas regiões Norte e Nordeste apresentaram os menores índices de maturidade digital, o que coloca em risco a premissa de que a expansão da saúde digital será equitativa (Conass, 2026).

6 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA UMA TRANSFORMAÇÃO DIGITAL EQUITATIVA NO SUS

A transformação digital do SUS não pode ser tratada como uma questão exclusivamente técnica. É, antes de tudo, uma questão política: quais grupos terão acesso

às inovações, quem controlará os dados de saúde da população, como será garantida a participação social nos processos de escolha tecnológica e como os recursos públicos serão alocados para garantir que os ganhos de eficiência da digitalização revertam para os mais necessitados.

O Programa SUS Digital, com seu aporte de R\$ 454 milhões distribuídos a estados e municípios em 2024, representou o maior investimento federal em saúde digital da história do sistema. A exigência de adesão ao programa por todos os entes federativos e a vinculação do financiamento ao cumprimento de metas de digitalização criaram incentivos estruturais para a modernização tecnológica da rede. O Programa SUS Digital Telessaúde, instituído pela Portaria GM/MS n. 3.691/2024, complementou essa estratégia ao financiar especificamente a oferta de teleconsultoria e telediagnóstico em municípios com vazios assistenciais identificados (Brasil, 2024b).

Um framework de implementação faseada de tecnologias digitais no SUS, baseado no Modelo do Sistema Viável de Stafford Beer, sugere que a sustentabilidade da transformação digital depende da capacidade do sistema de saúde de absorver as inovações de forma progressiva, respeitando as diferenças de maturidade tecnológica entre municípios e regiões e garantindo que os processos de mudança sejam acompanhados por formação continuada dos profissionais e por mecanismos de avaliação permanente dos impactos sobre o cuidado (Andrade; Barbosa; Mortari, 2026).

A articulação entre saúde digital e equidade passa, necessariamente, pelo enfrentamento da exclusão digital como questão de saúde pública. O acesso à internet de qualidade, a disponibilidade de dispositivos e a capacitação digital dos usuários do SUS precisam ser tratados como pré-condições para que a transformação digital alcance quem mais precisa. Essa articulação exige intersetorialidade: a política de saúde digital não pode ser eficaz se desconectada das políticas de inclusão digital, de habitação, de renda e de educação que moldam as condições de vida das populações vulneráveis (Souza et al., 2026).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transformação digital do SUS está acontecendo, com ou sem planejamento suficiente para garantir que seus benefícios sejam distribuídos de forma equitativa. Essa constatação não é um argumento contra a digitalização, mas um alerta sobre a necessidade

de conduzir esse processo com critérios claros de justiça social, governança transparente e avaliação permanente dos impactos sobre as populações que o SUS tem o compromisso constitucional de proteger.

A evidência disponível é suficientemente consistente para afirmar que a saúde digital tem potencial real para ampliar o acesso a populações historicamente excluídas dos serviços especializados, para melhorar a resolubilidade da atenção primária, para monitorar doenças crônicas com maior precisão e para reduzir deslocamentos desnecessários em territórios de grande extensão geográfica. Esses ganhos são concretos e já estão documentados em projetos implementados em diferentes regiões do Brasil.

O que a evidência também deixa claro é que esses ganhos não acontecem automaticamente. Eles dependem de infraestrutura de conectividade que ainda não chega a grande parte do território nacional, de profissionais de saúde capacitados para operar as ferramentas digitais de forma clínica e eticamente responsável, de sistemas de informação interoperáveis e seguros e de usuários com letramento digital suficiente para navegar em plataformas de saúde. Enquanto essas condições não existirem de forma universal, a transformação digital terá o risco de ser mais um mecanismo de reprodução das desigualdades do que de sua superação.

Cumprir os princípios do SUS no século XXI exige que a universalidade, a integralidade e a equidade sejam reinventados para o contexto digital. Isso não é uma tarefa técnica, que se resolve com algoritmos mais precisos ou plataformas mais amigáveis. É uma tarefa política, que exige escolhas deliberadas sobre quem será priorizado, como os dados de saúde serão protegidos, como a participação social será garantida nos processos de escolha tecnológica e como os recursos públicos serão distribuídos para reduzir, e não ampliar, as desigualdades que a saúde digital encontra ao chegar ao território.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S. Z. D. de; BARBOSA, G. V.; MORTARI, B. Saúde digital e inteligência artificial: governança adaptativa e inovação no provimento médico do SUS. **Revista DCS**, v. 23, n. 87, e4302, 2026. Disponível em: <https://doi.org/10.54899/dcs.v23i87.4302>. Acesso em: 3 maio 2026.

BRASIL. Portaria GM/MS n. 3.232, de 1º de março de 2024. Institui o Programa SUS Digital. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 mar. 2024a. Seção 1.

BRASIL. Portaria GM/MS n. 3.691, de 28 de maio de 2024. Institui o Programa SUS Digital Telessaúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 maio 2024b. Seção 1.

BRASIL. Portaria GM/MS n. 3.727, de 21 de maio de 2024. Institui o Índice Nacional de Maturidade em Saúde Digital. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 maio 2024c. Seção 1.

BRASIL. Lei n. 14.510, de 27 de dezembro de 2022. Altera a Lei n. 12.842/2013 e regulamenta a prática da telemedicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 2022. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

CATAPAN, S. C. et al. Teleatendimento no Sistema Único de Saúde: onde estamos e para onde caminhamos. **Cadernos Cajuína**, Teresina, v. 10, n. 3, e1040, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.52641/cadcajv10i3.1040>. Acesso em: 3 maio 2026.

CHAGAS, M. E. V. et al. Assistência médica especializada na atenção primária por meio da telemedicina no Nordeste do Brasil: estudo descritivo, Rio Grande do Norte, 2022-2023. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 34, e20240256, 2025.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Transformação digital no SUS: o que você precisa saber**. Brasília: CONASS, 2026.

CORRÊA, J. P. C. et al. Transformação digital no Sistema Único de Saúde: desafios, estratégias e implicações para a gestão pública em saúde coletiva. **Revista DCS**, v. 22, n. 85, e4065, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.54899/dcs.v22i85.4065>. Acesso em: 3 maio 2026.

COSTA, J. C. T. da et al. Inteligência Artificial e gestão do cuidado em saúde no Sistema Único de Saúde: inovações tecnológicas e desafios éticos. **Cadernos Cajuína**, Teresina, v. 11, n. 4, e2603, 2026. Disponível em: <https://doi.org/10.52641/cadcajv11i4.2603>. Acesso em: 3 maio 2026.

HADDAD, A. E.; LIMA, N. T. Saúde Digital no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 28, e230597, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.230597>. Acesso em: 3 maio 2026.

KABORÉ, S. S.; TOURÉ, K.; OUEDRAOGO, A. Barriers and facilitators for the sustainability of digital health interventions in low and middle-income countries: a systematic review. **Frontiers in Digital Health**, v. 4, art. 837892, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fdgth.2022.837892>. Acesso em: 3 maio 2026.

LAMAS, C. A. et al. Telehealth initiative to enhance primary care access in Brazil (UBS+Digital Project): multicenter prospective study. **Journal of Medical Internet Research**, v. 27, e68434, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/68434>. Acesso em: 3 maio 2026.

LIMA, A. J. A. et al. Telemedicina no Nordeste brasileiro: implantação, desenvolvimento e desafios tecnológicos e educacionais no período pós-pandêmico. **Cadernos Cajuína**, Teresina, v. 11, n. 3, e2126, 2026. Disponível em: <https://doi.org/10.52641/cadcajv11i3.2126>. Acesso em: 3 maio 2026.

PADILHA, A. et al. Thirty-five years of Brazil's Unified Health System (SUS): from Alma-Ata to the climate challenge. **Lancet Regional Health Americas**, v. 51, art.

101295, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101295>. Acesso em: 3 maio 2026.

SOUZA, C. de A. de et al. O Sistema Único de Saúde como política pública universal: entre conquistas históricas e desafios contemporâneos. **Cadernos Cajuína**, Teresina, v. 11, n. 5, e2768, 2026. Disponível em: <https://doi.org/10.52641/cadcajv11i5.2768>. Acesso em: 3 maio 2026.

SPANHOL, R. O. et al. Uma revisão de literatura sobre saúde digital no Brasil pós-pandemia: avanços, limitações e perspectivas futuras. **Cadernos Cajuína**, Teresina, v. 10, n. 5, e1411, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.52641/cadcajv10i5.1411>. Acesso em: 3 maio 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy on digital health 2020-2025**. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/gS4dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf>. Acesso em: 3 maio 2026.

ZAGO NETO, P. Acalmar, Mapear, Fortalecer e Resolver (A.M.F.R): um protocolo de intervenção breve para ansiedade. **ARACÊ**, v. 8, n. 1, e11745, 2026. Disponível em: <https://doi.org/10.56238/arev8n1-077>. Acesso em: 3 maio 2026.