


## **A universalidade na saúde digital: digitalização e *dataficação* no SUS**

*Universality in digital health: digitalization and datafication in the SUS*

**Rita de Cássia Cavalcante LIMA**

 <https://orcid.org/0000-0001-9918-7503>

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Serviço Social,  
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Rio de Janeiro, RJ, Brasil  
e-mail: [r.lima@ess.ufrj.br](mailto:r.lima@ess.ufrj.br)

**Vanessa Barreto Corrêa PASSOS**

 <https://orcid.org/0000-0002-2065-9406>

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Hospital Universitário Clementino  
Fraga Filho, Serviço Social, Rio de Janeiro, RJ, Brasil  
e-mail: [vbcpassos@gmail.com](mailto:vbcpassos@gmail.com)

**Priscilla dos Santos Peixoto Borelli TAVARES**

 <https://orcid.org/0000-0001-6503-3944>

Prefeitura do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde,  
Centro de Atenção Psicossocial, Rio de Janeiro, RJ, Brasil  
e-mail: [srbpriscilla@gmail.com](mailto:srbpriscilla@gmail.com)

**Resumo:** Este artigo analisa como a universalidade é tratada na Estratégia de Saúde Digital (ESD28) do Brasil. Parte da ideia de que este princípio, consagrado na Constituição Federal de 1988, emergiu como imperativo ético na modernidade, mas foi adjetivado no neoliberalismo. Com metodologia qualitativa e fontes bibliográficas e documentais, observou-se que a ESD28 desenvolveu telessaúde em áreas remotas e ofertou especialidades, mas reproduz a dependência tecnológica e o risco à soberania digital. O acesso à informação não pode ser confundido com o acesso universal à integralidade do cuidado em saúde, embora possa contribuir para este fim. As fragilidades da infraestrutura e da interoperabilidade no Sistema Único de Saúde no Brasil e a desigualdade digital constroem a universalidade.

**Palavras-chave:** Universalidade. Cobertura universal em saúde. Estratégia de Saúde Digital. Digitalização.

**Abstract:** This article analyzes how universality is addressed in Brazil's Digital Health Strategy (ESD28). It starts from the idea that this principle, enshrined in the 1988 Federal Constitution, emerged as an ethical imperative in modernity but was adjectivized in neoliberalism. Using qualitative methodology and bibliographic and documentary sources, it was observed that ESD28 developed telehealth in remote areas and offered specialties but reproduces technological dependence and the risk to digital sovereignty. Access to information should not be confused with universal access to comprehensive healthcare, although it can contribute to this end. The weaknesses of infrastructure and interoperability in the Unified Health System (SUS) in Brazil and digital inequality constrain universality.

**Keywords:** Universality. Universal health coverage. Digital Health Strategy. Digitalization.

## Introdução

Este artigo resulta de pesquisas recentes realizadas no Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGSS/UFRJ). Em ambas, observa-se escassa produção bibliográfica no Serviço Social sobre o princípio da universalidade e a Estratégia de Saúde Digital (ESD28), respectivamente.

A universalidade, associada aos direitos humanos, resiste ao tempo. É um patrimônio dos valores do Iluminismo (Rouanet, 1987) e refere-se à garantia de acesso a todos, sem discriminações espaciais, raciais, de gênero, entre outras.

Com base em levantamento bibliográfico não sistemático na base SciELO, encontrou-se o descritor *universalidade* em 45 títulos de artigos. A maioria se refere à *universalidade na saúde* e ao *acesso universal*, refletindo o perfil da base, com predominância de periódicos da saúde e definição da universalidade como princípio ético-político de sistemas universais da saúde, como o Sistema Único de Saúde (SUS). Este princípio está vinculado à defesa de uma saúde pública gratuita, integral, universal e equânime. No entanto, seu conteúdo valorativo requer atualização diante do avanço do conservadorismo e das respostas estatais à crise do capital, como medidas de restrição de gastos e desvinculação de receitas da saúde (Passos, 2025).

A saúde é a única política da Seguridade Social a incorporar formalmente a universalidade – também presente na orientação ética da ESD28. No entanto, desde a Lei nº 8.080/1990 (Brasil, 1990), a disputa de projetos põe em tensão o sentido desse princípio. Ainda assim, ele segue sendo uma trincheira ético-política relevante para a produção de conhecimento e as lutas em defesa do SUS.

Lutas sociais de grupos historicamente excluídos, como negros, indígenas, populações ribeirinhas, das florestas e quilombolas, pessoas com deficiência, dentre outras, têm obrigado o SUS a reconhecer suas demandas de saúde, ampliando a equidade no acesso.

O compromisso do SUS com o acesso é coerente com os princípios da universalidade e da equidade, mas tende a subordinar aquele princípio ao substantivo “acesso”. No entanto, a qualidade e o volume do acesso dependem da direção ético-política dada à universalidade. Esta deve ser compreendida como fundamento; o acesso, como sua expressão descritiva; e a equidade, sua exigência concreta num país de profundas desigualdades.

Assim, este artigo analisa como o princípio da universalidade é abordado na ESD28, a qual foi formalmente instituída em 2020, pela Portaria GM/MS nº 3.632 (Brasil, 2024a), no contexto da pandemia de COVID-19, cujo período intensificou o uso das tecnologias digitais. O texto está organizado em duas seções: a primeira revisita o legado ético do Iluminismo moderno como fundamento do princípio da universalidade em sua direção contrária à ofensiva do capital; a segunda discute contradições antigas e novas na implementação da saúde digital no SUS.

## De imperativo ético à cobertura universal no SUS: a universalidade como herança do Iluminismo moderno

O termo *universal* é amplamente utilizado para afirmar que os direitos humanos são inerentes a todos os indivíduos, independentemente de nacionalidade, etnia, classe ou outro marcador

social. Na ciência política, segundo Matta (2009), a universalidade é uma noção oriunda do campo jurídico e apropriada por outras áreas, por representar aquilo que deve ser válido para todos. Bambirra (2014) aponta que a universalidade remonta às raízes da formação do Direito ocidental na Grécia clássica, onde, mesmo com imprecisões, ela se vinculava ao ideal de justiça e se expressava politicamente na democracia, e filosoficamente, na concepção de um *kosmos*. Esse ideal ganhou força com o Iluminismo, movimento que articulava razão e crítica como fundamentos contra o Absolutismo e em defesa dos direitos naturais.

Para Rouanet (1987), estes dois elementos estruturais do Iluminismo – a crítica e a razão – acompanharam esse movimento que não se limitou às ideias econômicas, políticas e culturais que floresceram na modernidade nos séculos XVII e XVIII. Ao contrário, o autor propõe uma perenidade do Iluminismo como antídoto ao difuso irracionalismo, cuja tradição combata o mito e o poder, a partir da razão. “Nesse sentido, o Iluminismo é uma tendência trans-epocal, que cruza transversalmente a história e que se atualizou na Ilustração, mas não começou com ela, nem se extinguiu no século XVIII” (Rouanet, 1987, p. 28). Para Rouanet (2003), a modernidade traz um vetor de autonomia, constituição e emancipação do indivíduo, herdeira da tradição ilustrada, que reúne as forças do universalismo e do pluralismo. Assim, a “Ilustração aparece [...] como uma importantíssima realização histórica do Iluminismo, certamente a mais prestigiosa, mas não a primeira nem a última” (Rouanet, 1987, p. 28).

Nessa tradição, Immanuel Kant (1724-1804) é um expoente do projeto da Ilustração. Rouanet (1987) reconhece que a “[...] superação da minoridade [...]” (Rouanet, 1987, p. 30) proposta por Kant – que é “[...] incapacidade de servir-se do seu próprio entendimento, sem direção alheia [...]” (Rouanet, 1987, p. 31) – está na base da crítica a todas as tutelas que inibiam o uso da razão. Portanto, crítica e razão permanecem como os dois vetores estruturais para o novo Iluminismo. “Uma crítica que não seja racional ou uma razão que não seja crítica não podem ser consideradas iluministas” (Rouanet, 1987, p. 29).

A ética kantiana propõe a universalidade como princípio moral, cujo critério é a imparcialidade: só é moralmente válido o que pode ser universalizado. Nesse sentido, para Kant (2007), a moral é universal porque não pode se relacionar com os móveis individuais e as intenções particulares.

A lei moral da ética kantiana, expressa pelo imperativo categórico, é racional, *a priori* e incondicional. Esta lei, que é o dever, não pode ser fundamentada de forma empírica, “[...] a representação de um princípio objetivo, enquanto seja constitutivo para uma vontade, chama-se mandamento (da razão), e a fórmula do mandamento chama-se ‘imperativo’” (Kant, 2004, p. 43-44). No imperativo categórico, não é qualquer dever que fundamenta a lei moral, mas um dever incondicionado.

Na teoria moral kantiana, o imperativo categórico não deriva da experiência e impõe-se por si mesmo, e não pela finalidade que permite agir. O imperativo categórico, cumprido ou não, sempre terá o caráter de lei prática, sendo uma proposição construída por Kant, a qual impõe ao sujeito um imperativo (uma máxima) que deve ser cumprido por enunciar uma lei universal (Hamel, 2011, p. 166).

O critério da universalidade é o que define de maneira absoluta a necessidade de uma ação através das leis, isto é, dos imperativos. Embora o pensamento kantiano seja fecundo e base para a filosofia moderna, também é objeto da crítica da “[...] razão sábia [...]” (Rouanet, 1987,

p. 31), aquela “[...] capaz de crítica e autocrítica, apta a devassar em suas verdadeiras estruturas as leis e instituições, armada para desmascarar os discursos pretensamente racionais e consciente de sua vulnerabilidade ao irracional” (Rouanet, 1987, p. 31). Assim, Kant é tributário da cultura eurocêntrica em transformação a partir das relações sociais capitalistas, autocentrada, tomada como exemplo do universal. Ademais, desconsidera desigualdades históricas como aquelas decorrentes da Revolução Industrial, do imperialismo, da colonização, dentre outras.

Assim, a máxima *o que vale para mim deve valer para todos*, que não é literal de Kant, traduz o imperativo categórico e reporta seu fundamento na universalidade. No entanto, torna-se abstrata na sociabilidade burguesa se não for mediada por uma razão crítica.

Na modernidade, a universalidade foi acionada por diversos campos, como os direitos humanos, a ciência, a saúde e a tecnologia, sempre remetendo à ideia de que algo pertence ou se aplica a todos. No campo dos direitos sociais, que interessa a este artigo, o debate entre políticas sociais focalizadas e abrangentes, por exemplo, foi corrente com o avanço do neoliberalismo, a partir da década de 1990 (Soares, 2002), quando o recente sistema público de saúde brasileiro estava sendo implantado.

Uma das estratégias neoliberais mais disseminadas [...] é a *focalização*. A ideia é a de que os gastos e os serviços sociais público/estatais passem a ser dirigidos exclusivamente aos pobres. [...] Tal como na estratégia de privatização, a restrição do acesso torna-se extremamente complicada na medida em que os pobres constituem a grande maioria, senão a totalidade, da demanda por serviços sociais básicos. [...] O resultado tem sido, ao evitar a inclusão dos ‘não pobres’, a exclusão dos próprios pobres (Soares, 2002, p. 79).

Nas periferias do capitalismo, a universalidade da proteção social é enfraquecida por políticas emergenciais e diretrizes de organismos internacionais que condicionam sua abrangência. Tais medidas são fortemente influenciadas pelas diretrizes das instituições financeiras multilaterais e fundamentam a mercantilização dos serviços públicos, restringindo e condicionando a universalidade na Seguridade Social.

No Brasil, a ofensiva do capital também impõe limites severos às políticas sociais, desfigurando o sentido radical da universalidade da saúde (Sousa, 2014). Com as lutas sociais, a Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), em seu artigo 194, parágrafo único, estabeleceu os princípios orientadores da Seguridade Social, sendo a universalidade da cobertura e do atendimento o primeiro deles. Este princípio está relacionado à garantia de proteção a todos os riscos sociais, rompendo com o modelo meritocrático da saúde e abrangendo todos os residentes no território nacional. Tal universalidade inspirou a criação do SUS, cuja lógica rompeu com a tradição securitária da medicina previdenciária e reconheceu o acesso como direito incondicional similar ao imperativo ético kantiano.

No entanto, a implementação do SUS ocorreu em uma conjuntura adversa, marcada pela ascensão do neoliberalismo no país e a contrarreforma do Estado sob uma feição de modernização. Porém, esse conceito de modernidade é o que prevalece na literatura especializada e nas políticas de desenvolvimento econômico e social que o vinculam a melhorar a eficácia do sistema tributário, educacional, de saúde, de transporte, de alimentação e da administração pública em geral. “É um conceito funcional de modernidade, no sentido próprio da palavra: numa sociedade moderna, as instituições funcionam melhor

que numa sociedade arcaica” (Rouanet, 2003, p. 16). Nesta acepção de modernidade, por conseguinte, a concepção de universalidade é adjetivada a partir de uma racionalidade instrumental que atualiza tudo numa direção regressiva de direitos.

Isso se refletiu em tensões entre sistemas universais de saúde e modelos de cobertura universal, como destaca Giovanella (2008), que denuncia a segmentação e seletividade como ameaças ao acesso pleno. Essa focalização compromete o princípio da universalidade e seu consequente acesso universal, pois reduz o alcance e a qualidade das ações de saúde apenas a um conjunto mínimo de serviços. Na consolidação de sistemas de saúde, a tensão entre expandir cobertura apenas com cuidados básicos para certos públicos e garantir amplo e irrestrito cuidado em saúde está sempre presente. A direção edificada a cada conjuntura depende das forças políticas em disputa.

Na atual conjuntura, a despeito do aumento da austeridade fiscal e da ofensiva do capital aos direitos sociais, a universalidade segue inscrita na legislação que estrutura a política de saúde, mas sua existência formal é insuficiente. O princípio segue inspirando movimentos sociais, como o movimento negro, que questiona: “[...] como articular a busca pela universalização dos direitos com as demandas requeridas por grupos específicos em uma sociedade desigual?” (Faustino, 2017, p. 3.831).

A luta por equidade em articulação com a universalidade joga luz nas agendas concretas no SUS, para enfrentar os preconceitos e discriminações relativas ao racismo, capacitismo, misoginia, LGBTQIAPN+ fobia, dentre outras, cujas formas de opressão impactam no cuidado à saúde. Se, de um lado, a razão crítica do Iluminismo moderno atualiza a radicalidade do princípio ético da universalidade, de outro, a “[...] razão sábia [...]” (Rouanet, 1987, p. 31) exige reconhecimento dessa dívida histórica com esses públicos.

Mas, se a consideração da diversidade inviabilizasse a universalização, seria necessário questionar se o conjunto de sujeitos e políticas já mobilizados em torno da equidade em saúde e não apenas aquelas voltadas à promoção da equidade racial, sob o risco de assumir que o incômodo relatado não é a perspectiva da equidade – e nem com o risco da focalização neoliberal – e sim, a tentativa de alcançar a equidade racial. O próprio Sistema Único de Saúde, em sua noção de ‘conceito ampliado de saúde’, apresenta o princípio da equidade – e também integralidade – ao lado do princípio da universalidade, e não como contraponto (Faustino, 2017, p. 3.837).

Nesse sentido, a ESD28, enquanto política recente no âmbito do SUS, precisa ser analisada sob o prisma da universalidade, na medida em que se compromete a garantir acesso igualitário aos benefícios da saúde digital a todos os cidadãos, independentemente de sua localização ou condição socioeconômica (Brasil, 2020). Trata-se de um desafio monumental, considerando as iniquidades sociorraciais dispostas no país.

### **A universalidade na saúde digital brasileira: velhos e novos desafios**

A Estratégia de Saúde Digital para o Brasil (ESD28) foi instituída pelo governo federal para o período de 2020 a 2028. O anúncio se deu no final do primeiro ano da pandemia e em consonância com o lançamento da *Estratégia global sobre saúde digital 2020-2025* (Organización Mundial de la Salud, 2021), da Organização Mundial da Saúde, a qual já havia

acumulado três resoluções a respeito desde 2005<sup>1</sup>.

No Brasil, de forma pretérita, o prontuário e-SUS, lançado pelo Ministério da Saúde em 2012, foi uma iniciativa de digitalização do governo visando realizar registros clínicos do SUS. Esses são dados sensíveis da vida humana, cuja digitalização em modelos informacionais e computacionais passou a ser considerada um componente estratégico para promover o acesso universal à saúde, seja pelo governo brasileiro (Brasil, 2020), seja pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (Souza; Maldonato, 2024). A despeito da concepção de universalidade subjacente a essa intenção, o otimismo tecnocrático comparece ao velar o caráter socialmente determinado da tecnologia e racionalidade instrumental que orientam as propostas de modernização da administração pública com o neoliberalismo.

O ano de 2019 foi um marco na *transformação digital* do governo federal, pois a plataforma Gov.br passou a ser a identidade única de acesso dos brasileiros aos serviços públicos. Essa modernização da administração pública buscava padronizar e automatizar a prestação dos serviços públicos, diminuindo os gastos públicos e os postos de trabalho cuja atividade fosse repetitiva (ENAP, 2023). Também nesse ano foi formado o Comitê Gestor da Estratégia de Saúde Digital, para expandir a “transformação digital” no SUS, cujo objetivo foi acelerado com a pandemia da COVID-19.

A ESD28 reafirma os princípios constitucionais do SUS, dentre eles, o da universalidade. Como vimos na seção anterior, contudo, os fundamentos e a direção ético-política deste princípio estão sob disputa desde a implantação do SUS, período aberto da ofensiva neoliberal no país (Soares, 2002; Sousa, 2014). Ademais, o Ministério da Saúde, responsável pela implementação da ESD28, explicita seu papel de catalisador das ações colaborativas entre os atores públicos e privados (Brasil, 2020), o que evidencia a reserva da saúde digital como área de interesse do capital. A mesma tendência é observada no plano internacional.

Ao mencionar que setores estatais e privados devem trabalhar conjuntamente para a implantação de uma saúde digital globalizada, a OMS não faz nada mais do que reforçar os preceitos neoliberais de privatização dos serviços públicos e do Estado enquanto agente promotor dos interesses do capital, ao passo que, nos casos dos países periféricos, significa, ainda, o aprofundamento da dependência, visto que a implementação de ‘parceiras’ neste âmbito, significa a contratação pelo Estado de serviços, soluções e tecnologias de empresas privadas multinacionais, com sedes nos países imperialistas (Souza; Maldonato, 2024, não paginado).

Na ESD28, há necessidade de integrar dados de saúde de diferentes sistemas, a fim de facilitar o compartilhamento seguro, ágil e padronizado de informações, resultando na Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) em 2020. Para estadar os dados dessa Rede, o governo federal contratou a nuvem de dados da *Amazon Web Services* (AWS) (Rachid *et al.*, 2023).

---

<sup>1</sup> Segundo a Organização Mundial de Saúde (2005; 2013; 2018), a primeira resolução, a WHA58.28 (2005), recomendava que os países desenvolvessem estratégias nacionais de longo prazo para implementar programas e serviços de e-Saúde – termo então utilizado para designar a incorporação das tecnologias digitais na saúde, posteriormente substituído por *digital health*, a partir de 2018. A segunda, WHA66.24 (2013), enfatizava a importância da padronização e da interoperabilidade dos sistemas de e-Saúde, orientando os países a elaborarem políticas públicas e mecanismos legislativos integrados a uma estratégia nacional. Já a terceira, WHA71.7 (2018), marcava a transição terminológica e institucional, ao propor a construção de uma estratégia global para a saúde digital, com a definição de áreas prioritárias de atuação da própria OMS.

O Programa ConecteSUS, sob a feição de site e de aplicativo, compôs a ESD28 e se tornou conhecido pela emissão da Carteira Nacional de Vacinação Digital e do Certificado Nacional de Vacinação contra COVID-19 – neste caso, em versões multilíngues. Em janeiro de 2024, tornou-se o Meu SUS Digital, integrando e disponibilizando informações de saúde a cada brasileiro e aos profissionais da saúde. Tanto as informações que trafegam por este sistema quanto as da RNDS exigem uma infraestrutura informacional e computacional para sua interoperabilidade. Mesmo utilizando a infraestrutura da empresa brasileira Serpro<sup>2</sup> MultiCloud, esta dispõe de parcerias com as gigantes multinacionais de tecnologia, a saber: *Amazon Web Service (AWS)*, *Azure Stack (Microsoft)*, *Google Cloud*, *Huawei Cloud*, *IBM Cloud* e *Oracle*. “Na prática, isto significa que o armazenamento dos dados da RNDS continua em infraestrutura da AWS, podendo, ainda, ser alocado em outras corporações internacionais a partir da gestão do Serpro” (Souza; Maldonado, 2024, não paginado).

No Governo Lula, iniciado em 2023, há interesse de atrair investimentos internacionais na edificação de *data centers* sediados no Brasil. Em maio de 2025, o Ministro da Fazenda se reuniu com as três principais empresas de tecnologia digital do mundo – *Nvidia*, *Google* e *Amazon* – e anunciou que o governo brasileiro, através do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), financiará uma linha de crédito de R\$ 2 bilhões com taxas de juros menores para *data centers* instalados nas Regiões Norte e Nordeste (Queiroz, 2025).

Assim, pesquisadores preocupados com a soberania digital alertam para os riscos da entrega não só dos dados de saúde dos cidadãos e profissionais da área, como de “[...] informações estratégicas voltadas ao desenvolvimento e avanço da ciência de saúde brasileira” (Souza; Maldonado, 2024, não paginado).

Sabemos que os países centrais, onde essas empresas estão concentradas, passaram a atuar fortemente no século XXI no desenvolvimento tecnológico e no registro de patentes, por isso quanto mais dados obtiverem mais vantagens econômicas e políticas terão sobre os demais países, como o Brasil (Souza; Maldonado, 2024, não paginado).

Então, o Estado brasileiro reproduz a dependência tecnológica e participa ativamente da *dataficação* almejada pelas *big tech*, cujo projeto é fortalecer seu poder geoeconômico e geopolítico, tornando o processamento dos dados da saúde um meio para produção de informação e um mirante de informação relevante sobre o perfil de morbimortalidade dos brasileiros.

Esse tipo de relação assimétrica de poder não coaduna com o imperativo ético subjacente ao princípio da universalidade. Segundo Souza e Maldonado (2024), a implementação dos serviços da saúde por meio digital sem concessão à agenda neoliberal requer uma sólida estratégia de soberania digital e autonomia sobre os dados em saúde. Porém, não somente isto, pois o cuidado em saúde e seu correspondente registro dependem do trabalho vivo, ou seja, de trabalhadores em relação direta com os usuários que acionem seu conhecimento para intervenção e registro. As tecnologias digitais podem mediar o encontro entre profissionais

---

<sup>2</sup> Em consulta ao site da SERPRO, antigo Serviço Federal de Processamento e, atualmente, Empresa Nacional de Inteligência em Governo Digital e Tecnologia da Informação, e ao site da DATAPREV, a Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social. Ambas são responsáveis pela digitalização do Estado brasileiro em suas diversas esferas.

da saúde e a população, ampliar o acesso para certos procedimentos, mas seu uso deve ser precedido por uma avaliação técnica e ética.

No tocante à informatização da grande massa de dados da saúde, a integração projetada na RNDS (níveis de atenção à saúde primária, secundária e terciária), bem como seus objetivos de melhorar o atendimento à população; minimizar o esforço da coleta de dados; garantir a privacidade e a segurança das informações compartilhadas; evitar erros na redigitação das informações e fortalecer o cuidado a partir da referência e contrarreferência seguem como desafios atuais (Brasil, 2020).

Gradativamente, a RNDS e o Meu SUS Digital permitem o acesso de informações a usuários e aos profissionais da saúde através de um histórico de saúde sob corte longitudinal, incluindo situações de violência, agravos e outros dados relevantes. A instalação da RNDS, que requer a interoperabilidade de diferentes sistemas de saúde, também permite o monitoramento de indicadores e determinantes sociais de saúde da população. No entanto, o acesso à informação não pode ser confundido com o acesso universal à integralidade do cuidado em saúde, embora possa contribuir para este fim.

Há desafios para a RNDS, como a expansão do parque tecnológico das unidades municipais de saúde, expressa na ampliação da quantidade de computadores disponíveis e nas habilidades digitais dos profissionais, bem como na garantia do sigilo das informações dos usuários. Ademais, este desafio se amplia em um país de tamanho continental, com disparidades regionais, em especial para territórios que não estão nos centros urbanos, como a população indígena, quilombola, do campo e regiões da Amazônia. A escassez de infraestrutura para tecnologias via cabo e fibra ótica na “Região Norte torna o serviço de acesso à internet caro e pouco acessível [...], fazendo com que o uso de internet por telefonia móvel seja a opção preferencial entre a população” (Soares; Azevedo, 2023, p. 6).

Assim, o WhatsApp, como plataforma de comunicação gratuita, tem sido usado por profissionais da saúde para comunicação entre si ou para interagir com a população. Na direção de universalizar o acesso à telessaúde, está a recente iniciativa do Governo do Amazonas, no município de Anamá, que tem o uso do WhatsApp em sua funcionalidade. Em junho de 2025, foram instaladas duas telessalas na UBS Luzia Nunes de Melo, com oferta de atendimento em 12 especialidades médicas, viabilizando consultas e diagnósticos remotos por meio do programa Saúde AM Digital. Os pacientes são notificados através do WhatsApp sobre consultas e exames agendados via Sisreg. Visa-se diminuir o absenteísmo aos procedimentos agendados, que chega a cerca de 60%, e levar o atendimento médico especializado, especialmente, para o interior e regiões remotas do Amazonas (Santos, 2025).

De fato, a telessaúde é um meio digital que potencializa o acesso à população de territórios remotos e outros marcados pela violência, onde as pessoas têm limitação para se deslocar para atendimentos de saúde ou aonde os profissionais não chegam, nem podem realizar atendimentos domiciliares.

Para minorar a limitação de infraestrutura na Região Norte, desde 2015, uma série de programas vem implantando as infovias, ou seja, cabos subfluviais de fibra ótica ao longo da Bacia Amazônica, visando oferecer “[...] uma série de serviços de rede de dados com qualidade, como internet de alta velocidade, telemedicina, ensino à distância, monitoramento em segurança pública e turismo” (Soares; Azevedo, 2023, p. 8). Trata-se, contudo, de uma



intenção que contrasta com a realidade de 2024, quando os estabelecimentos de saúde do estado do Amazonas ainda se encontravam com conexão parcial à RNDS, em face dos “[...] recursos financeiros insuficientes para compra de equipamentos e conectividade de boa qualidade que suporte a necessidade da rede” (Brasil, 2024b, não paginado). Na busca de uma conectividade ampliada, o Ministério da Saúde projeta conectar 12 mil UBS até 2026, incluindo as indígenas, e contratar serviços de internet via satélite, para atender 1.191 UBS em áreas remotas ainda em 2025 (Mais..., 2025).

Essa projeção se deu a partir da criação do Programa SUS Digital, no qual as diretrizes da “[...] universalidade e equidade no acesso aos produtos e serviços de saúde digital, em todos os níveis de atenção à saúde” (Brasil, 2024a, não paginado) foram ratificadas e incluiu as seguintes áreas.

[...] a saúde digital engloba, entre outros, sistemas de informação interoperáveis, registro eletrônico de dados de saúde, aplicação da ciência de dados, inteligência artificial, telessaúde, aplicações móveis de saúde, dispositivos vestíveis, robótica aplicada, medicina personalizada, e internet das coisas, entre outros, voltados para o setor de saúde (Brasil, 2024a, não paginado).

Segundo o painel do Monitoramento da Adesão e do Diagnóstico Situacional desse Programa, a adesão totalizou os 27 estados e os 5.570 municípios brasileiros. Na primeira etapa de adesão, o Ministério repassou 232 milhões de reais como recurso à saúde digital (Brasil, 2024b) e obteve dados coletados dos entes federativos que realizaram um autodiagnóstico. Os maiores desafios identificados para a implementação do Programa Saúde Digital giram em torno da infraestrutura e conectividade, que foi o mais citado; seguido pela formação e educação permanente; e por fim, a interoperabilidade e integração de sistemas estaduais e municipais à RNDS.

A ampliação da conectividade é condição para aumentar a disponibilidade do teleatendimento que, em 2024, era somente de 39% nas UBS no país (Mais, 2025). Apesar de 77,9% das UBS disporem de meios telemáticos, apenas um pouco mais da metade oferece telessaúde, o que indica pedras no meio do caminho a serem investigadas.

Cabe lembrar que a telessaúde foi impulsionada pela necessidade de prevenir a contaminação pelo vírus da COVID-19. Regulamentada pela Lei nº 13.989/2020 e pelo Conselho Federal de Medicina, permitiu realizar consultas médicas por meio de plataformas digitais. No entanto, a telessaúde não se resume somente à telemedicina e passou a ser utilizada por outras profissões, que seguiram com o teleatendimento após o fim da crise sanitária.

Assim, a telessaúde e a RNDS são as principais estratégias de universalidade do acesso. Portanto, a ESD28 prevê a necessidade de

[...] identificar os dados e as Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde (TICS) essenciais para que o atendimento remoto esteja integrado ao cuidado contínuo, em diversos níveis de complexidade no âmbito do SUS, com foco no enfrentamento das desigualdades de acesso e no uso dos serviços de saúde no SUS (Brasil, 2020, p. 58).

A maioria das ações apresentadas pela ESD28 para a ampliação da universalidade do acesso à saúde pressupõe, contudo, que os usuários possuam *smartphones*, conectividade à internet e

habilidades para operar essas funcionalidades. Segundo a Pesquisa TIC Domicílios 2024 (CGI.br, 2025), persistem profundas desigualdades no acesso à internet no Brasil. Enquanto 99% dos domicílios da classe A (com renda mensal familiar acima de R\$ 25.200) possuem conexão, esse percentual cai para 67% nas classes D/E (D: com renda entre R\$ 1.250 e R\$ 3.400; e E: até R\$ 1.249), revelando um forte recorte de classe. A desigualdade também se expressa territorialmente: 28% da população rural permanecem desconectados, frente a 21% nas áreas urbanas. Além disso, 15% dos domicílios urbanos e 26% dos rurais não contam com banda larga fixa. Apenas 22% da população brasileira vive em domicílios com *conectividade significativa* – critério que considera velocidade, estabilidade da conexão e diversidade de dispositivos conectados – o que compromete a participação equitativa no acesso aos serviços públicos em meio remoto, como a telessaúde e o Meu SUS Digital.

De acordo com Veloso (2011), o avanço da tecnologia foi caracterizado, na sociabilidade burguesa, por não ser universal, visto que grande parcela da população não possui ou enfrenta dificuldades para dispor dos meios telemáticos – sinal da internet, aparelho e habilidades digitais. Para o autor, isto pode ser considerado uma das expressões contemporâneas da questão social, pois apresenta as restrições enfrentadas pela classe trabalhadora no acesso às riquezas socialmente produzidas. A saúde digital, portanto, está condicionada às históricas desigualdades sociais, de raça, etnia, gênero, deficiências etc. que desafiam a universalidade do SUS.

### Considerações finais

Este artigo evidenciou as tensões e contradições que envolvem o princípio da universalidade em sua dimensão filosófica moderna, como orientador do SUS e da saúde digital no Brasil, entre seus marcos a ESD28.

Ainda que a universalidade esteja presente na Constituição de 1988 e na Lei nº 8.080/1990 (Brasil, 1990), há uma distância expressiva na realidade entre o legal e o real. O neoliberalismo não subtraiu o princípio, mas o adjetivou na defesa da cobertura universal da saúde, em contraposição ao sistema universal de saúde.

A digitalização do SUS, consubstanciada na ESD28 e, mais recentemente, no Programa de Saúde Digital, revela uma tensão intrínseca ao sistema. Se, por um lado, sua implementação pode ser interpretada como uma resposta à agenda neoliberal, ao potencializar a contenção de gastos sociais e a dependência de tecnologias externas; por outro, ela pressupõe uma contradição, pois possibilita respostas à demanda por acesso a certos serviços e a melhoria na disseminação de informações estratégicas sobre indicadores de saúde para a população.

No entanto, a materialização desse potencial da saúde digital é profundamente condicionada pelas dimensões continentais do Brasil, as quais, paradoxalmente, também a justificam. A persistência de desafios operacionais crônicos, que incluem a deficiência em infraestrutura e conectividade, a complexa interoperabilidade dos sistemas de saúde pública e a necessidade de educação permanente e de disponibilidade da força de trabalho em saúde são fatores que apresentam acentuadas particularidades regionais. Apesar desses obstáculos, as experiências de saúde digital em curso na Região Norte demonstram que ela pode mitigar desigualdades regionais e ampliar a resolutividade do SUS.

Os efeitos das experiências de telessaúde requerem mais investigações empíricas, e os sistemas de informação da saúde e o estadiamento dos dados da RNDS em nuvens das *big tech* reclamam um debate político urgente, sob pena de a digitalização do Estado brasileiro servir fundamentalmente aos interesses da *dataficação* dessas empresas.

De um lado, a saúde digital objetiva ampliar o acesso à saúde e, de outro, reconhecer demandas de grupos populacionais e de territórios pouco assistidos. Nos dois casos, cotejar a avaliação com o fundamento do imperativo ético em concreto da universalidade será fundamental, sobretudo quando envolve interesses geopolíticos e geoeconômicos relativos à soberania digital.

Observamos que a ESD28 expressa os limites colocados às políticas sociais pela reprodução ampliada do capital, correndo o risco de ser tomada como uma solução tecnológica capaz de ocultar o desfinanciamento estrutural do SUS, enquanto os serviços presenciais seguem sucateados e, por vezes, nem implantados.

Assim, para uma saúde digital universal, é condição garantir infraestrutura digital como direito universal, assegurar a soberania relativa à inovação tecnológica do país e financiamento público ao SUS. Trata-se de trincheiras orientadas pela universalidade.

## Referências

BAMBIRRA, F. M. O sistema universal de proteção dos direitos humanos e fundamentais. Belo Horizonte: UFMG, 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 126, n. 191, p. 1-32, 5 out. 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 12 jul. 2025.

BRASIL. **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. Brasília (DF), 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 28 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.232, de 1º de março de 2024**. Institui o Programa SUS Digital, alterando dispositivos da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 4 mar. 2024a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.232-de-1-de-marco-de-2024-546278935>. Acesso em: 28 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa SUS Digital: Monitoramento da Adesão e do Diagnóstico Situacional**. Brasília (DF): Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégicas em Saúde da Secretaria de Informação e Saúde Digital (DEMAS/SEIDIGI), 2024b. Disponível em: [https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI\\_DEMAS\\_ADESAO\\_SUSDIGITAL/SEIDIGI\\_DEMAS\\_ADESAO\\_SUSDIGITAL.html](https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_ADESAO_SUSDIGITAL/SEIDIGI_DEMAS_ADESAO_SUSDIGITAL.html). Acesso em: 27 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do SUS. **Estratégia de saúde digital para o Brasil 2020-2028**. Brasília (DF): Ministério da Saúde,

2020. Disponível em:

[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia\\_saude\\_digital\\_Brasil.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf). Acesso em: 29 jun. 2025.

CGI.br – COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos domicílios brasileiros: TIC Domicílios 2024**. São Paulo: NIC.br/CETIC.br, 12 maio 2025. Disponível em:

<https://cetic.br/pt/publicacao/pesquisa-sobre-o-uso-das-tecnologias-de-informacao-e-comunicacao-nos-domicilios-brasileiros-tic-domicilios-2024/>. Acesso em: 15 maio 2025.

ENAP - ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. **Momentos importantes da transformação digital do governo federal**. Enap. GovCasTI. 03 maio 2023. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=3ax1X5ZJVYU>. Acesso em: 29 jun. 2025.

FAUSTINO, D. M. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 3831–3840, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.25302017>. Acesso em: 12 mar. de 2025.

GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde seletiva ou abrangente? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 21–23, 2008. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300004>. Acesso em: 29 jun. 2025.

HAMEL, M.R. Da ética kantiana à ética Habermasiana: implicações sociojurídicas da reconfiguração discursiva do imperativo categórico. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 164-171, jul./dez. 2011. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rk/a/KsMDjn7GKWzDc8VkJp9C8Sv/?lang=pt>. Acesso em: 18 maio 2025.

KANT, I. **Fundamentação da metafísica dos costumes e outros escritos**. Tradução de Leopoldo Holzbach. São Paulo: Martin Claret, 2004.

LAMBERTUCCI, F. F. M; ERSINA, M. C. P. Marx: universalidade filosófica e ciência positiva. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 25, n. 2, p. 326-336, ago. 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rk/a/WbGYrQvRmLKJkMm5dccTFhv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 maio 2025.

MAIS de 97% das unidades básicas de saúde utilizam prontuário eletrônico e quase a totalidade tem acesso à internet. **Notícias**, Brasília (DF): Ministério da Saúde, 19 jun. 2025.

Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/junho/mais-de-97-das-unidades-basicas-de-saude-utilizam-prontuario-eletronico-e-quase-a-totalidade-tem-acesso-a-internet>. Acesso em: 28 jun. 2025.

MATTA, G. C. Universalidade. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Assembleia Mundial da Saúde (58. : 2005 : Genebra, Suíça). **eHealth: resolution WHA58.28**. Genebra: Organização Mundial da Saúde,

2005. Disponível em: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA58/WHA58\\_28-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_28-en.pdf). Acesso em: 18 jul. 2025.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Assembleia Mundial da Saúde (71. : 2018 : Genebra, Suíça). **Digital health: resolution WHA71.7**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2018. Disponível em: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA71/A71\\_R7-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_R7-en.pdf). Acesso em: 18 jul. 2025.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Assembleia Mundial da Saúde (66. : 2013 : Genebra, Suíça). **eHealth standardization and interoperability: resolution WHA66.24**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2013. Disponível em: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_R24-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R24-en.pdf). Acesso em: 18 jul. 2025.

OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Estrategia mundial sobre salud digital 2020–2025**. Organización Mundial de la Salud, 2021. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/344251>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Acesso em: 10 jul. de 2025.

PASSOS, V. B. C. **Tendências regressivas da universalidade no SUS: o Minotauro na Atenção Primária em Saúde (APS)**. 2025. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025.

QUEIROZ, V. Haddad inicia viagem aos EUA para divulgar plano nacional de data centers. **CNN Brasil**, Brasília (DF), 3 maio 2025. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/economia/macroeconomia/haddad-inicia-viagem-aos-eua-para-divulgar-plano-nacional-de-data-centers/>. Acesso em: 29 jun. 2025.

RACHID, R. *et al.* Saúde digital e a plataformização do Estado brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 7, p. 2143–2153, jul. 2023.

ROUANET, S. **Interrogações**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

ROUANET, S. **As razões do Iluminismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

SANTOS, M. Nova estrutura de Telessaúde é inaugurada em Anamá e reforça atendimentos com unidades flutuantes. **Portal Marcos Santos**, Manaus, 14 jun. 2025. Disponível em: <https://www.portalmarcossantos.com.br/2025/06/14/nova-estrutura-de-telessaude-e-inaugurada-em-anama-e-reforca-atendimentos-com-unidades-flutuantes/>. Acesso em: 29 jun. 2025.

SOARES, I. N.; AZEVEDO, G. D. **Caminhos para a conectividade digital da Amazônia brasileira** [recurso eletrônico]. São Paulo: FGVces, 2023. 26 p. Disponível em: [https://eaesp.fgv.br/sites/eaesp.fgv.br/files/uio87/fgvces\\_-\\_policy\\_brief\\_conectividade.pdf](https://eaesp.fgv.br/sites/eaesp.fgv.br/files/uio87/fgvces_-_policy_brief_conectividade.pdf). Acesso em: 10 out. 2025.

SOARES, L. T. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002. (Coleção Questões da Nossa Época, v. 78).

SOUSA, A. M. da C. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. **Revista Katálýsis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 227-234, jul./dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/xTDBxFXJfdS6gzzbKGg6qYP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 maio 2025.

SOUZA, J.; MALDONADO, F. de O. SUS digital. **A Terra é Redonda**, 2024. Disponível em: <https://aterraeredonda.com.br/sus-digital/>. Acesso em: 12 jun. 2025.

VELOSO, R. **Tecnologias da informação e da comunicação: desafios e perspectivas**. São Paulo: Saraiva, 2011.

---

**Rita de Cássia Cavalcante LIMA** Trabalhou na concepção e delineamento, redação do artigo, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

Doutora em Serviço Social do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGSS/UFRJ), Professora do Curso de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

**Vanessa Barreto Corrêa PASSOS** Trabalhou na concepção e delineamento, redação do artigo e aprovação da versão a ser publicada.

Doutora em Serviço Social (PPGSS/UFRJ), Assistente Social e Responsável Técnica do Serviço Social do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

**Priscilla dos Santos Peixoto Borelli TAVARES** Trabalhou na concepção e delineamento, redação do artigo e aprovação da versão a ser publicada.

Mestre em Serviço Social (PPGSS/UFRJ), Diretora de Centro de Atenção Psicossocial da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro e Professora Substituta da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

---

#### **Editoras responsáveis**

Silvia Neves Salazar – Editora-chefe

Maria Lúcia Teixeira Garcia – Editora

Submetido em: 24/7/2025. Revisado em: 15/10/2025. Aceito em: 1/12/2025.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.