

Plataformização da saúde, interoperabilidade pública e seletividade territorial: o sistema público de saúde digitalizado e a atuação da plataforma privada NAV no estado do Rio de Janeiro, Brasil

Gustavo Augusto Moreira^{ORCID}

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

gustavo1997moreira@gmail.com

RESUMO

Este artigo analisa a plataformização da saúde no Brasil a partir de dois regimes distintos de digitalização: de um lado, a construção pública da interoperabilidade no Sistema Único de Saúde (SUS); de outro, e a atuação da NAV, plataforma digital da Diagnósticos da América S.A. (Dasa), grupo privado de saúde com origem na medicina diagnóstica e expansão recente para serviços integrados. O objetivo é compreender como dados, interoperabilidade e plataformas se convertem em recursos estratégicos de coordenação, comando e acumulação, articulando técnica, norma, Estado e mercado. Metodologicamente, o texto combina revisão teórica, análise documental e leitura territorial, mobilizando documentos do Ministério da Saúde, além de dados operacionais, financeiros e relatórios corporativos da Dasa, bem como levantamento da distribuição territorial de sua rede no estado do Rio de Janeiro.

PALAVRAS-CHAVE: plataformização da saúde; SUS Digital; NAV/Dasa; seletividade territorial; Rio de Janeiro.

INTRODUÇÃO

No processo de plataformização capitalista da vida cotidiana, a saúde vem se consolidando, no Brasil, como um dos aspectos mais estratégicos da reorganização contemporânea do território. Longe de se restringir à incorporação de novas tecnologias, esse processo envolve a constituição de infraestruturas informacionais, padrões de interoperabilidade, plataformas de mediação e formas renovadas de coordenação do cuidado, que rearticulam fluxos, centralidades e hierarquias espaciais.

Em um país marcado por desigualdades socioespaciais e por uma formação histórica heterogênea dos sistemas técnicos e assistenciais, a digitalização da saúde assume feições distintas conforme os agentes, as escalas e as racionalidades que a conduzem. De um lado, observa-se a construção pública de infraestruturas de interoperabilidade e coordenação no interior do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente por meio da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), do Conecte SUS, atual Meu SUS Digital, da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028, além de outros programas voltados à informatização da atenção à saúde. De outro, avança a organização de ecossistemas privados de saúde digital, articulados à concentração corporativa, à financeirização e à seletividade territorial.

É nesse segundo movimento que se insere a Diagnósticos da América S.A. (Dasa), grupo privado de saúde com origem no segmento de medicina diagnóstica e expansão para uma rede integrada de serviços, marcas laboratoriais, oncologia, hospitais e canais digitais. A NAV, por sua vez, é apresentada pela empresa como sua plataforma digital de saúde, voltada à organização da jornada do paciente por meio de agendamentos, telemedicina e direcionamento para ativos físicos e digitais do grupo. Assim, NAV/Dasa designa, neste artigo, a articulação entre plataforma digital da companhia e a rede corporativa dessa saúde à qual ela está vinculada.

Como exposto, analisa-se dois regimes distintos de digitalização da saúde. Em um trata-se de infraestrutura pública de interoperabilidade voltada à coordenação federativa, à continuidade assistencial e a ampliação da capacidade de gestão do cuidado em um sistema universal. Ao mesmo tempo, uma plataforma corporativa vinculada à integração vertical e eficiência capitalista. Portanto, evidencia-se que a plataformização não é um processo homogêneo ou tecnicamente neutro, visto que se apoia em ambientes desregulados e com falhas operacionais.

A saúde digital, por conseguinte, passa também a ser interrogada como campo estratégico de circulação de dados, coordenação de fluxos assistenciais, reorganização de centralidades e disputa por poder informacional. É a partir desse panorama que se compreende a plataforma como arquitetura sociotécnica de intermediação capaz de integrar serviços, processar dados, aumentar a fluidez dos fluxos assistenciais e reorganizar o acesso ao cuidado. O digital, nessa perspectiva, não é camada abstrata ou desmaterializada, mas um fenômeno atrelado a fixos, normas, redes técnicas, centralidades e condições historicamente produzidas.

O artigo parte da hipótese que a plataforma da saúde constitui uma forma contemporânea de territorialização do poder informacional. No regime público, essa territorialização aparece na tentativa de constituir uma infraestrutura de interoperabilidade, coordenação e continuidade assistencial, permanentemente tensionada por desigualdades territoriais, limites infraestruturais e relações público-privadas que atravessam o sistema de saúde. No regime privado, ela se realiza por meio de arquiteturas corporativas de intermediação da jornada do paciente, que combinam integração digital da rede, captura de dados e forte seletividade locacional, apoiando-se em centralidades metropolitanas e em um contexto mais amplo de oligopolização da saúde privada.

O recorte temporal na pesquisa fixa-se entre 2019 e 2025, período que permite acompanhar a consolidação da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028, plano executivo e estratégico do Ministério da Saúde destinado ao processo de informatização e digitalização do sistema público de saúde a partir de elementos anteriores, como estratégias e redes de telemedicina já postas¹ (Pires, 2010). Simultaneamente, observa-se a implantação da RNDS e a aceleração da interoperabilidade em saúde no contexto pandêmico e pós-pandêmico. No campo privado, a Dasa reestrutura-se, nesse tempo, como ecossistema integrado de saúde por meio da NAV, que orienta a jornada do paciente. Já o recorte espacial articula duas escalas: a federal, necessária para compreender a construção pública da interoperabilidade no SUS; e a estadual, voltada à leitura da seletividade territorial da rede privada escolhida no estado do Rio de Janeiro.

Do ponto de vista teórico, o artigo busca compreender como dados, interoperabilidade e plataformas se convertem em recursos estratégicos de

¹ Como as Redes Comunitárias de Educação e Pesquisa (Redecomep) e Rede Universitária de Telemedicina (RUTE), além da Estratégia e-Saúde para o Brasil. Para mais ver Pires (2010) e Brasil (2017).

coordenação, comando e acumulação. A saúde digital é, portanto, analisada como expressão da articulação técnica, norma, mercado e território.

Metodologicamente, o percurso analítico combina revisão teórica, análise documental e leitura territorial. O diálogo com a geografia econômica, o capitalismo de plataforma, o território usado, a tecnosfera, a psicosfera e os regimes de informação fornece a base conceitual do argumento. A isso, soma-se a análise de normativas, estratégias, relatórios de monitoramento e documentos institucionais do Ministério da Saúde, bem como de relatórios corporativos da Dasa relativos à consolidação da NAV. No plano empírico, foram sistematizados indicadores operacionais e financeiros de 2019 à 2025 divulgados pela empresa e informações sobre a distribuição territorial de sua rede no estado do Rio de Janeiro. A literatura sobre concentração corporativa da saúde privada, especialmente Rodrigues e Dowbor (2024), é mobilizada como referência para situar a Dasa no contexto mais amplo de oligopolização do setor, sem que se realize, neste artigo, uma aplicação formal metodológica de análise de redes acionárias.

Este artigo contou com uso de inteligência artificial, em especial o Chat GPT, como apoio auxiliar à organização de ideias, revisão estilística e sugestões textuais, mas também na elaboração do mapa, dos gráficos e sistematização dos dados coletados. A concepção do problema, a interpretação analítica, a seleção bibliográfica, bem como a checagem de fontes e a redação final permaneceram sob responsabilidade do autor.

A exposição se organiza, por conseguinte, em quatro movimentos principais. O primeiro constrói o referencial teórico do artigo, articulando capitalismo de plataforma, dataficação, tecnosfera, psicosfera e regimes de informação para pensar a saúde digital como reorganização territorial do cuidado. O segundo examina o SUS Digital, destacando a interoperabilidade como forma pública de coordenação e seus limites diante das desigualdades territoriais e das tensões público-privadas. O terceiro analisa a NAV/Dasa como expressão da plataformização privada da saúde, subdividindo-se em dois momentos: primeiro a inserção da Dasa na concentração corporativa e acionária da saúde privada; depois, a relação entre plataforma, rede física e seletividade territorial no Rio de Janeiro. Por fim, as considerações finais retomam a distinção entre os dois regimes de digitalização da saúde, segundo racionalidades públicas e privadas profundamente distintas. Tais elementos são fruto da pesquisa de doutorado, a qual conta com apoio financeiro da fundação CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior).

PLATAFORMIZAÇÃO DA SAÚDE, TERRITÓRIO E PODER INFORMACIONAL

A plataformação da saúde não é apenas desdobramento técnico da informatização de rotinas assistenciais, nem a digitalização de documentos, serviços e procedimentos. Na verdade, ela é parte específica de um conjunto de elementos que fazem do momento atual único, nesse sentido precisamos compreender a informatização e a digitalização, para assim entender a plataformação.

Desse modo, a informatização diz respeito à incorporação de sistemas e dispositivos computacionais, bancos de dados e redes telemáticas ao funcionamento de instituições e atividades, ampliando as condições técnicas do território para produção, circulação e consumo de aplicativos (Steda, 2021). A digitalização, por sua vez, aprofunda esse processo ao reorganizar práticas sociais, econômicas e institucionais por meio de tecnologias digitais e da crescente dataficação (Van Djick, 2014; Silveira, 2021). Já a plataformação corresponde a uma etapa específica desse movimento, que é quando as plataformas digitais passam a mediar, organizar e comandar relações entre usuário, empresas, dados e fluxos, criando arquiteturas orientadas pela centralização informacional, pela coordenação algorítmica e pela captura de valor (Srnicsek, 2017; Van Djick; Poell; Waal, 2018; Silva Neto; Chiarini; Ribeiro, 2024).

Como indicam Srnicsek (2017) e Silva Neto, Chiarini e Ribeiro (2024), empresas de plataforma ocupam posição estratégica porque coordenam mercados, organizam interações e se apropriam de parte do valor transacionado nas relações que mediam. No campo da saúde são os aplicativos, prontuários eletrônicos, resultados laboratoriais *online* e outros elementos que estruturam a arquitetura de coordenação do cuidado. É quando esses instrumentos passam a operar em conjunto, organizando acessos, percursos e decisões, que podemos indicar a plataformação da saúde.

Esse debate situa o momento da saúde sob a influência do neoliberalismo-digital (Ciccolella, 2024), isto é, sob um regime de acumulação e modelo de desenvolvimento emergente, no qual informação, tecnologia, plataformas e inteligência artificial se tornam fatores centrais na produção de novas formas de poder, dominação e mercantilização da vida cotidiana. Essa leitura se coaduna a crítica da economia política. O chamado novo regime de informação não rompe com o capitalismo, mas aprofunda sua forma industrial em versão plataforma, preservando a propriedade privada dos meios de produção, a separação entre proprietários e produtores, a

centralidade do trabalho e a dinâmica de acumulação e valorização do capital (Bezerra, 2025).

Desse modo, a plataformação da saúde não deve ser confundida com neutralidade técnica ou superação das relações capitalistas. Ao contrário, ela expressa novas formas de integração, controle e valorização apoiadas na circulação intensiva de dados na interoperabilidade e na mediação por plataformas.

As plataformas digitais podem ser compreendidas como forma específica de organização econômica, fundadas no comando sobre fluxos, na centralização de dados e na produção de vantagens cumulativas (Snircek, 2017; Bezerra, 2025). Entretanto, tais vantagens surgem de um território historicamente produzido. Por isso, Tozi, Duarte e Castanheira (2021) propõem pensar as plataformas digitais como plataformas territoriais, pois sua operação depende dos fixos territoriais que mobilizam usos do território historicamente construído através da intermediação da plataforma. Em vez de desterritorializar a economia, a digitalização reforça a dependência corporativa em relação ao espaço e o converte em fator produtivo diferencial.

Para a análise da saúde, essa formulação impede que prontuários eletrônicos, aplicativos de jornada, teleatendimento e padrões de interoperabilidade sejam vistos como dispositivos abstratos. Eles dependem de laboratórios, unidades de saúde, energia, equipamentos técnicos, normas, profissionais e dentre outros elementos. O digital, portanto, não constitui uma esfera paralela ao território, ele participa ativamente da produção do meio técnico-científico-informacional, no qual a informação se torna nexos central entre sistemas de objetos e sistemas de ações (Santos, [1996] 2012).

A contribuição de Santos ([1996] 2012) permite evitar a fetichização da inovação quanto a abstração do território. Se o espaço geográfico é um “conjunto indissociável, solidário e contraditório de sistemas de objetos e sistemas de ações” (Santos ([1996] 2012, p. 63), logo a saúde digital deve ser lida a partir da relação entre infraestruturas, estratégias empresariais, políticas públicas e práticas sociais. A plataforma não paira sobre o espaço, ela seleciona, conecta, hierarquiza e reorganiza frações do território.

Nesse movimento, as categorias de tecnosfera e psicosfera são centrais. A tecnosfera remete aos objetos, redes e sistemas técnicos que sustentam o digital: conectividade, computação em nuvem, *softwares*, dispositivos, sistemas de informação, hospitais, laboratórios, consultórios, centrais e plataformas. A psicosfera, por sua vez, diz respeito a ideias, normas, crenças e narrativas que legitimam e autorizam a difusão de novas técnicas (Santos, 2012 [1996]; Ven-

ceslau, 2024). Na saúde, prontuários eletrônicos, teleatendimento, aplicativos de jornada e sistemas de interoperabilidade são acompanhados por promessas de eficiência, personalização, conveniência e ampliação do acesso.

Essa dimensão discursiva não é secundária. A técnica digital produz também sentidos para seu uso. A digitalização aparece frequentemente como modernização inevitável, solução de gestão e ampliação automática do acesso. No entanto, essa psicosfera tende a obscurecer as relações de poder inscritas nas infraestruturas informacionais. Vocábulos como inovação, governança, integração, colaboração, eficiência e experiência do usuário, bem como seus derivativos lexicais e semânticos, não devem ser tomados como evidência de neutralidade. Eles compõem a gramática contemporânea da digitalização e ajudam a legitimar tanto políticas públicas de interoperabilidade quanto estratégias corporativas de integração privada do cuidado.

A dataficação aprofunda esse processo. Para Van Dijck (2014) datafizar significa transformar aspectos da vida social em dados quantificáveis, passíveis de monitoramento, processamento e análise. Silveira (2021), por sua vez, interpreta esse movimento como passagem da economia informacional para uma economia digital baseada em dados, na qual plataformas se tornam estruturas centrais de coleta massiva, tratamento e exploração econômica da informação. Na saúde, isso significa que a informação clínica deixa de ser apenas memória assistencial ou insumo administrativo e passa a constituir recurso estratégico. Prontuários eletrônicos, resultados laboratoriais, históricos de Navegação, padrões de uso e jornadas do paciente podem ser integrados em arquiteturas que ampliam a capacidade de coordenação, fidelização, segmentação e valorização econômica. O dado, assim, torna-se elemento estruturante de gestão, comando e acumulação.

É nesse sentido que a noção de regime de informação ganha força. González de Gómez (1999) compreende a informação como parte de arranjos históricos e políticos que definem sujeitos, meios, padrões e hierarquias de circulação. Essa formulação permite comparar diferentes arquiteturas de governança de dados sem reduzi-las a uma oposição simplista entre público e privado. Nessa análise, importa observar quem controla os sistemas de informação clínica, quem define os padrões de interoperabilidade, quem integra bases dispersas, quem estabelece critérios de acesso e quem transforma a jornada do cuidado em ativo econômico ou capacidade pública de coordenação.

A circulação da informação em rede, portanto, não é homogênea, desmaterializada ou neutra. Ela depende de infraestruturas físicas, protocolos,

centros de processamento, regimes regulatórios e posições desiguais na trama territorial. A conectividade não assegura simetria. Ao contrário, pode reforçar a concentração da capacidade de impor padrões, controlar fluxos e organizar dependências técnicas e informacionais (Pires, 2014; Zusman, 2019). No âmbito da saúde, essa assimetria aparece tanto nas dificuldades de implantação de infraestruturas públicas de interoperabilidade, quanto na capacidade de grandes grupos privados de integrar serviços, dados, marcas e pacientes em ecossistemas proprietários.

A economia política da plataforma evidência que empresas-plataforma não apenas operam em mercados; elas os reorganizam por meio da captura de informação, do controle de ecossistemas e da capacidade de modular interações (Vázquez *et al.*, 2022). Na prática, isso significa que consultas, exames, diagnósticos, monitoramentos e relações com pacientes podem ser integrados em plataformas proprietárias. Nelas, a informação clínica e operacional se converte simultaneamente em recurso médico, ativo econômico e vantagem concorrencial.

Na esfera pública, a digitalização do SUS também participa da constituição desse novo ambiente informacional, embora sob outra racionalidade. A interoperabilidade pública busca integrar informações, reduzir fragmentações, ampliar a continuidade assistencial e fortalecer a coordenação federativa do cuidado. Sua legitimidade repousa no direito à saúde, na gestão pública e na promessa de universalização. Já no regime privado, a plataforma tende a operar como dispositivo de intermediação entre os pacientes, profissionais, unidades, serviços e fluxos de dado, o que permite maior controle corporativo sobre a captura de valor ao longo da cadeia de atenção.

Desse modo, SUS Digital e NAV/Dasa devem ser compreendidos como regimes distintos de digitalização da saúde. Ambos fazem parte de uma transformação sociotécnica mais ampla, marcada pela centralidade dos dados, da interoperabilidade e das plataformas. No entanto, diferem quanto à finalidade, à escala, à racionalidade e aos efeitos territoriais. Enquanto o primeiro se estrutura como tentativa de coordenação pública em um sistema universal, o segundo expressa a integração corporativa de uma rede privada seletivamente distribuída.

O território, portanto, não é pano de fundo da plataforma da saúde, mas condição, meio e resultado desse processo. É nele que se instalam os fixos críticos, que se distribuem desigualmente as condições de conectividade, que se definem os centros de comando, que se materializam as

barreiras de acesso e que se reordenam os fluxos do cuidado. Falar em plataforma da saúde é, assim, falar da articulação entre técnica, Estado e território; é compreender como dados, interoperabilidade e plataformas se tornam recursos de coordenação e acumulação em regimes públicos e privados profundamente distintos.

DIGITALIZAÇÃO DO SUS E A CONSTRUÇÃO PÚBLICA DA INTEROPERABILIDADE

No campo público, a digitalização do SUS não pode ser compreendida como mera informatização administrativa dos serviços, nem como simples atualização tecnológica de rotinas já existentes. Trata-se, antes, da tentativa de constituir uma infraestrutura nacional de integração de dados, serviços e fluxos assistenciais, capaz de reorganizar a circulação da informação em saúde em escala federativa (Brasil, 2020a). O ponto decisivo é que a digitalização do SUS, para além de operar no nível da ferramenta, se projeta como estratégia de construção de um ambiente de interconectividade no qual interoperabilidade, autenticação, governança e continuidade do cuidado passam a ser tratadas como dimensões inseparáveis da própria organização do sistema.

A Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 (ESD28) permite ler o digital não como adendo técnico, mas como tentativa de reconfiguração do espaço institucional do SUS (Brasil, 2020a). Esse movimento é particularmente relevante porque inscreve a digitalização no interior da lógica histórica de um sistema nacional, descentralizado, universal e dependente de coordenação entre escalas, pontos de atenção e estabelecimentos de diferentes naturezas. A questão, portanto, não é apenas digitalizar unidades isoladas, mas construir condições de compartilhamento seguro e padronizado de informações em uma rede heterogênea, atravessada por desigualdades infraestruturais, institucionais e territoriais.

A interoperabilidade aparece, nesse contexto, como núcleo estratégico do processo. Ela não representa apenas uma exigência técnica entre *softwares* ou bancos de dados, mas esforço de integração política e operacional de um sistema cuja capilaridade territorial é, simultaneamente, sua força e seu problema. A centralidade da interoperabilidade desse princípio torna-se evidente com a institucionalização do Programa Conecte SUS e da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS). Segundo o Ministério da Saúde, a RNDS é uma plataforma nacional de integração de dados em saúde, elaborada e gerida pelo DataSUS, órgão ministerial que busca promover a modernização tecno-

lógica, com o objetivo de promover a troca de informações entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), viabilizando a continuidade do cuidado nos setores público e privado (Brasil, 2021).

Essa formulação denota que a digitalização do SUS ultrapassa a esfera estritamente estatal porque busca constituir uma base pública de integração informacional para a saúde como totalidade. Em vez de limitar-se à informatização interna do aparelho público, o SUS digital projeta uma arquitetura nacional de conectividade que se oferece como meio organizador da circulação de dados clínicos, assistenciais e epidemiológicos entre diferentes agentes. A própria ESD28 afirma que a RNDS deve se posicionar como plataforma digital de informações e serviços para a saúde nacional, ela pública ou privada (Brasil, 2020a). Desse modo, a infraestrutura pública de interoperabilidade não se confunde com uma plataforma corporativa privada, mas cria um ambiente normativo e técnico no qual diferentes agentes, inclusive privados, podem ser integrados sob padrões comuns de circulação e informação.

Logo, observa-se uma tensão fundamental. De um lado, a RNDS pode fortalecer a coordenação pública, ampliar a continuidade assistencial e reduzir a fragmentação histórica de informações em saúde. De outro, ao definir padrões de interoperabilidade para todos os setores, ela também estrutura um espaço técnico e regulatório no qual empresas, laboratórios, hospitais e plataformas corporativas podem se conectar à infraestrutura nacional de dados em saúde. Evidencia-se, assim, que a infraestrutura pública de circulação e coordenação também cria condições de integração para atores privados no interior de um sistema de saúde universal, mas complementado por um setor suplementar que se insere no controle acionário da economia nacional, conforme Rodrigues (2025), as sete maiores empresas da área da saúde possuem um “controle efetivo do fluxo da rede, [elas] pertence[m] ao 0,5% entre as 6.235 empresas que compõem as 200 holdings [da saúde]”

Essa tensão já aparece na própria experiência do Conecte SUS. O projeto piloto em Alagoas combinava dois eixos estruturantes: a informatização da Atenção Primária à Saúde, por meio do *Informatiza APS*, e a ampliação da RNDS como plataforma nacional de interoperabilidade. O objetivo inicial era permitir que estabelecimentos assistenciais, profissionais de saúde e cidadãos compartilhassem e acessassem informações de saúde para garantir a continuidade do cuidado em diferentes níveis de atenção (Brasil, 2020b). A pandemia de covid-19, contudo, redirecionou parte das ações do projeto, priorizando a integração de notificações e resultados de exames

laboratoriais desses resultados aos cidadãos e profissionais de saúde pelo Conecte SUS (Brasil, 2020b).

Esse episódio é importante porque demonstra, de forma concreta, que a interoperabilidade não é uma abstração normativa. Durante a crise sanitária, a integração informacional tornou-se condição para vigilância epidemiológica, para a comunicação de resultados laboratoriais e para o acesso do cidadão ao seu histórico de saúde. O relatório de monitoramento da ESD28 destaca que a modernização do Conecte SUS Cidadão, lançado em agosto de 2020, passou a possibilitar, entre outras funcionalidades, o acesso aos resultados de exames de covid-19 realizados em laboratórios privados e públicos (Brasil, 2021). Assim, a pandemia funcionou como catalisadora da saúde digital e evidenciou que dados, interoperabilidade e plataformas se converteram em recursos estratégicos de coordenação pública.

No entanto, a construção dessa camada depende de uma base territorial desigual. A digitalização do SUS se realiza sobre uma rede composta por municípios, regiões de saúde², equipes, sistemas além de diferentes graus de conectividade e capacidade técnica. Assim, a universalidade normativa do sistema público de saúde confronta-se com uma base material heterogênea, na qual a viabilidade da interoperabilidade depende da distribuição desigual de recursos técnicos, humanos e financeiros.

A superação dessa condição desigual do território torna-se uma das metas do processo, ainda que difícil de ser cumprida. O próprio piloto do Conecte SUS em Alagoas evidencia esse limite: com uma estimativa de informatizar 50% das equipes de Saúde da Família do estado entre 2019 e 2020, o projeto alcançou 33,4% das equipes, com diferença expressiva entre municípios urbanos, que atingiram 46%, e municípios rurais adjacentes, que não ultrapassaram os 20% (Brasil, 2021). Em pesquisa sobre o uso das tecnologias da informação na Saúde fica nítido os diferentes graus de inserção tecnológica dos territórios, em 2024, por exemplo, enquanto a região Sul apresentava 94% de estabelecimentos de saúde, público ou privado, com sistemas eletrônicos, as regiões Norte e Nordeste registravam 89% (Cetic.br, 2025). Dado que se reforça com menores taxas de utilização de computador, como é o caso de Roraima, Maranhão e Amapá, que em 2023

2 Áreas contíguas delimitadas por municípios limítrofes, identidades culturais, econômicas e sociais e um conjunto infraestrutural que garanta integração, organização e planejamento para a execução de ações e serviços de saúde (Alagoas, 2017).

apresentavam percentuais na casa dos 80%, 85% e 90%, frente a totalidade dos estabelecimentos do Sul (Cetic.br, 2024).

A mesma pesquisa explicita diferenças importantes entre estabelecimentos públicos e privados. O crescimento da telessaúde, por exemplo, que cresce principalmente dentro do setor público, junto da oferta de educação e atividades de pesquisa a distância. Um crescimento que não vem acompanhado de segurança, visto que Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) demanda cuidado com os dados, mas que nas Unidades Básicas de Saúde, entre 2023 e 2024, apenas 13% nomearam encarregado de dados pessoais, 27% publicaram a política de privacidade no *website* do estabelecimento ou da secretaria de saúde e somente 12% implementaram um plano de resposta a incidentes de segurança da informação relacionado a dados pessoais (Cetic.br, 2025, p. 63).

Desse modo, os dados da TIC Saúde ajudam a responder à questão sobre como as plataformas, sistemas e interfaces são utilizadas. No SUS a digitalização funciona como registro eletrônico, agendamentos, teleconsulta, acesso do cidadão e do profissional a dados clínicos, entre outros. Esses usos não configuram, por si só, uma plataforma corporativa de captura de valor; eles compõem uma infraestrutura pública de coordenação do cuidado. Contudo, quando esses mesmos padrões de interoperabilidade se abrem à participação de agentes privados, cria-se um campo de disputa sobre quem acessa os dados, sob quais finalidades, com quais garantias e com que poder de transformar a informação em recurso econômico.

A infraestrutura pública de interoperabilidade, portanto, é também um campo de tensão com as relações público-privadas que estruturam o sistema brasileiro de saúde. Ela implica escolhas sobre padrões, confidencialidade, segurança, uso secundário de dados e informações sanitárias entre estabelecimentos públicos e privados. Nesse sentido, a ESD28 prevê a construção de um ambiente de interconectividade e saúde e menciona serviços públicos e privados de telemedicina e telessaúde oferecidos pela RNDS, integração de múltiplas organizações para agendamento de consultas e exames, bem como a extração de conhecimento para melhoria de diagnóstico e avaliação de terapias (Brasil, 2020a). Esse quadro demonstra que a RNDS não é apenas uma base técnica do SUS, mas um projeto de infraestrutura pública para organizar a circulação da informação em saúde em escala nacional.

Essa interrelação entre os dados públicos e o acesso de empresas privadas a eles precisa ser lida em um contexto de expansão do poder econômico e territorial dos grupos privados de saúde no país. Rodrigues (2025)

argumenta, assim, que a saúde privada brasileira passou a ser dominada por grandes holdings, em um movimento de oligopolização e concentração acionária. Brito (2025), por sua vez, chama a atenção para o fato de que o Estado, também contribui para a expansão do setor privado, seja por meio de subsídios, isenções, mas principalmente, pelas escolhas institucionais de não expansão da rede própria, abrindo espaços que são ocupados pela rede privada, seja quanto a complexidade das ações, ou mesmo no uso cotidiano dos serviços de saúde. Esse conjunto de elementos evidenciam que a interoperabilidade pública se desenvolve em um sistema de saúde atravessado por relações público-privadas.

Isso não significa, por sua vez, que o SUS Digital e operadores privados, como a NAV/Dasa, Hapvida ou Aché são equivalentes. Ao contrário, no SUS a digitalização se apresenta como esforço de continuidade assistencial, governança federativa e universalização do direito à saúde, enquanto a plataforma privada, como veremos mais adiante, tende a operar como mediação proprietária da jornada do paciente, articulando rede física, canais digitais, dado clínicos e captura de valor econômico. A proximidade dos dois campos reside na relação estrutural, em que ambos participam do mesmo ambiente de saúde digital, atravessado por normas, bases de dados, infraestruturas, regulação estatal e disputas entre o interesse público e a acumulação privada.

Ao buscar integrar dados em escala nacional, a RNDS amplia as capacidades de coordenação, monitoramento e produção de conhecimento sobre o sistema. O relatório de monitoramento da ESD28 menciona, por exemplo, a perspectiva de implantação de um *data lake* voltado para o armazenamento de grandes conjuntos de dados brutos, modelagens preditivas e ferramentas analíticas avançadas para a produção de conhecimento a partir dos dados da RNDS (Brasil, 2021, p. 30). Tal perspectiva reforça o caráter estratégico da infraestrutura pública de dados em saúde, mas também expõe novas camadas de disputa sobre acesso, anonimização e soberania informacional.

No processo de plataformização, portanto, redefine-se a espacialidade do SUS. A integração digital não suprime distâncias nem dissolve a materialidade da rede; ela cria mediações entre lugares, níveis de atenção e escalas de gestão. A informação circula com maior velocidade, mas continua dependente de fixos, normas e capacidades majoritariamente concentradas na Região Concentrada (Santos; Silveira, 2001). A promessa da continuidade do cuidado depende tanto de plataformas quanto da existência

de estabelecimentos conectados, prontuários preenchidos, profissionais habilitados e infraestrutura segura.

Em consequência a digitalização do SUS deve ser entendida como construção pública de uma camada infraestrutural sobreposta ao território usado. Seu mérito está em reconhecer a interoperabilidade como uma questão pública, estratégica e nacional; seu limite permanece sendo a desigualdade territorial sobre a qual essa ambição precisa se realizar. É nesse espaço contraditório que se constituem as condições para a entrada de plataformas, empresas e grupos privados no ecossistema da saúde digital brasileira.

NAV/DASA E A SELETIVIDADE TERRITORIAL DA SAÚDE PLATAFORMIZADA NO RIO DE JANEIRO

Se, no caso do SUS, a digitalização se apresenta como tentativa de construir uma infraestrutura pública de interoperabilidade em escala nacional, no circuito privado a plataformização da saúde opera segundo outra racionalidade distinta. Nesse quadro, a plataforma não se organiza prioritariamente como instrumento de universalização do acesso, mas como meio de integração corporativa da jornada médica e de fidelização do usuário, de gestão de rede própria e de conversão dedos, acessos e deslocamentos em recursos estratégicos de comando e acumulação

Nessa conjuntura que a NAV/Dasa se torna um caso expressivo. A Dasa, originalmente Diagnóstico da América S.A., consolidou-se como um dos maiores grupos privados de saúde do país, com atuação em “medicina diagnóstica, atendimento ambulatorial até a alta complexidade, a medicina genômica e a pesquisa clínica” (Dasa, 2021a, p. 6). Em trajetória recente, a companhia ampliou seu campo de atuação para a coordenação do cuidado, incorporou a GSC Integradora de Saúde e a Rede Ímpar de hospitais em 2019, criou o centro de Diagnóstico em Genômica integrado pela GeneOne, dobrou sua rede hospitalar em 2020 e incorporou a Gesto consultoria de soluções empresarial em saúde (Dasa, 2021a). A empresa articula dezenas de marcas laboratoriais e médicas em diferentes regiões do Brasil, entre elas Alta Diagnósticos, Sergio Franco, CDPI e Lâmina no Rio de Janeiro (Dasa, 2021a). A NAV, por sua vez, aparece nos relatórios corporativos da empresa como sua plataforma digital integrada, voltada à navegação do paciente dentro do ecossistema Dasa, reunindo funcionalidades como agendamento online, telemedicina, Web check-in e direcionamento do usuário para ativos físicos e digitais da companhia.

Essa distinção é central para a análise proposta neste artigo. A NAV/Dasa não será comparada ao SUS, como se fossem fenômenos equivalentes. Trata-se, antes, de compreender dois regimes distintos de digitalização da saúde. De um lado, uma infraestrutura pública de interoperabilidade orientada, ao menos normativamente, à coordenação federativa, à integração assistencial e à universalização do acesso. De outro, uma plataforma corporativa vinculada à integração vertical, à concentração econômica e à organização privada tornam-se recursos estratégicos; contudo, sua finalidade e sua inscrição territorial são distintas.

Dasa, NAV e concentração corporativa da saúde privada

A expansão da Dasa deve ser compreendida no contexto mais amplo de concentração da saúde privada no Brasil. A chamada saúde suplementar passou por um intenso processo de financeirização, oligopolização e controle acionário em rede entre *holdings* que articulam planos de saúde, corretoras de seguro, laboratórios e outros empreendimentos associados ao setor (Rodrigues, 2025). Nesse movimento, os grandes grupos privados deixam de atuar apenas como prestadores isolados de serviços e passam a organizar ecossistemas corporativos, nos quais o valor não deriva somente do atendimento médico, mas também da capacidade de controlar fluxos de pacientes e informações, marcas, unidades físicas e canais digitais.

A metodologia proposta por Rodrigues (2025), baseada na análise de redes sociais e indicadores como centralidade de intermediação, grau de saída e grau de saída ponderada, permite situar a Dasa nesse campo mais amplo de concentração corporativa. Essa análise desloca o olhar do porte isolado da empresa para sua posição dentro de uma rede de controle. A Dasa vai além de seus usuários, unidades e receita, de modo que devemos considerar, também, as conexões acionárias, alianças, aquisições e relações com outros grupos privados de saúde.

Os relatórios da companhia evidenciam esse movimento de integração. Em 2021, a Dasa já se apresentava como a maior rede integrada de saúde do Brasil, atendendo mais de “20 milhões de brasileiros por ano – aproximadamente 10% da população brasileira”, além de um “relacionamento ativo e frequente com 250 mil médicos [...], que representam metade do total desses profissionais no país” (Dasa, 2021a, p. 6). Tais elementos estruturaram mais de 5 bilhões de dados em um dos maiores *data lakes* de saúde do mundo (Dasa, 2021a, p. 6). Esses formulação revela que a tecnologia, os dados e a plataformização são fundamentos da estratégia empresarial.

A NAV surge nesse contexto como infraestrutura digital de navegação da jornada do paciente. No primeiro trimestre de 2021, a plataforma foi apresentada com 242,8 mil usuários únicos, contra 2,5 mil no mesmo período em 2020, além de 749,7 mil agendamentos digitais de exames e crescimento expressivo do web check-in – 506% frente ao quarto trimestre de 2020 (Dasa, 2021a, p. 3). Ao final de 2021, a NAV alcançava 1,81 milhão de usuários únicos, crescimento de cinco vezes em relação a 2020, acompanhada pelo aumento das consultas de telemedicina e pela indicação de que médicos engajados na NAVPro (Plataforma profissional da empresa) geravam receita superior ao grupo de médicos não engajados (Dasa, 2022a). A plataforma, portanto, não apenas facilita o acesso aos serviços, mas busca ampliar a recorrência, a conversão e o engajamento dentro do próprio ecossistema corporativo.

Em 2022, esse processo se intensifica. No segundo trimestre, a NAV atingiu 4,6 milhões de usuários, com crescimento do *web check-in* e das teleconsultas (Dasa, 2022b). Já no terceiro trimestre, a empresa informou um salto para 5,5 milhões desses mesmos pacientes, bem como mais 35 mil médicos cadastrados e o lançamento do agendamento multimarcas, que unifica agendas de diferentes marcas (Dasa, 2022c). Nessa toada, a companhia fecha o ano de 2022 com mais de 6 milhões de usuários pacientes [únicos] na plataforma e afirmou que o progresso da NAV visava aumentar a conversão e a receita navegada, além de melhorar a experiência dos pacientes (Dasa, 2023a).

Em 2023, observa-se uma mudança representacional da NAV, agora como mecanismo de rentabilização da rede. No primeiro trimestre, a plataforma contabilizou 7,2 milhões de usuários cadastrados e 41,1 mil médicos, destacando que o foco não era apenas manter elevadas taxas de crescimento, mas converter a navegação desses usuários em utilização dos ativos e marcas do ecossistema da empresa (Dasa, 2023b, p. 4). No trimestre seguinte, a plataforma continuou aumentando seus números, ao mesmo tempo que a companhia reforça a prioridade de projetos capazes de ampliar a receita navegada e seu ecossistema (Dasa, 2023c).

Seguindo três indicadores divulgados nos releases, ou relatórios, de resultados: receita bruta consolidada, EBITDA (Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization)³ ajustado, indicador financeiro usado para medir a eficiência operacional de uma empresa, e usuários/pacientes da NAV, fica evidente que a plataforma cresceu em velocidade muito superior

3 Sigla para Lucros Antes de Juros, Impostos, Depreciação e Amortização.

aos indicadores econômico-operacionais selecionados. O que mostra uma apropriação social dela, ou mesmo um convencimento de uso da empresa.

Enquanto a receita bruta e o EBITDA ajustado oscilaram conforme os ciclos operacionais da empresa, os usuários/pacientes da plataforma apresentaram expansão acelerada. Esse descompasso revela que a NAV funciona como ativo estratégico de integração da jornada do paciente, além de ampliar a capacidade da empresa de concentrar acessos, estimular recorrência e converter a circulação dos usuários em dados operacionais e possibilidade de receita navegada.

Esses dados indicam que a NAV não pode ser compreendida como aplicativo de saúde, mas como uma arquitetura corporativa de intermediação. Trata-se de um dispositivo que articula canais, profissionais, exames e fluxos informacionais. A plataforma organiza a entrada do paciente na rede a partir da captura e processamento informacional, distribui demandas e identifica preferências. Assim, a saúde digital privada transforma interoperabilidade, acesso e experiência do usuário em elementos de coordenação empresarial e acumulação.

A partir de 2024 e 2025, os relatórios empresariais indicam uma inflexão estratégica importante. A companhia passa a enfatizar eficiência operacional, descontinuidade de unidades com menor desempenho, otimização da estrutura corporativa e maior foco nos negócios centrais de diagnósticos, hospitais e oncologia. Em 2024, a Dasa anunciou o acordo de associação com a Amil para criação de um dos maiores grupos hospitalares do Brasil, operação que resultaria na Rede Américas, com participação compartilhada entre Dasa e Amil (2024b). Em 2025, após a conclusão da operação, a Dasa passou a afirmar que continuaria na otimização da operação de diagnósticos e hospitais e a melhoria em protocolos clínico-operacionais, visto que esses esforços resultaram no “melhor resultado líquido em um primeiro trimestre desde 2022”, com um EBITDA de R\$708 milhões (Dasa, 2025a).

Essa trajetória reforça a hipótese de que a plataforma opera como parte de um processo mais amplo de reorganização corporativa da saúde. A NAV não substitui a rede física, mas ela a torna mais legível, integrável e rentável. Sua função estratégica está justamente em conectar a diversidade de marcas, unidades, médicos e serviços sob uma mesma racionalidade informacional, permitindo que a empresa coordene a jornada do paciente e amplie a capacidade de extrair valor da integração entre dados, atendimento e território.

Rede física e a seletividade territorial da NAV/Dasa no Rio de Janeiro

A plataforma privada da saúde não ocorre em um vazio espacial. A interface digital depende de uma base material composta por infraestrutura técnica, urbana, informacional e médica, além de renda e capacidade de pagamento. Por isso, a NAV/Dasa deve ser analisada não apenas como plataforma digital, mas como expressão de uma rede corporativa territorialmente seletiva.

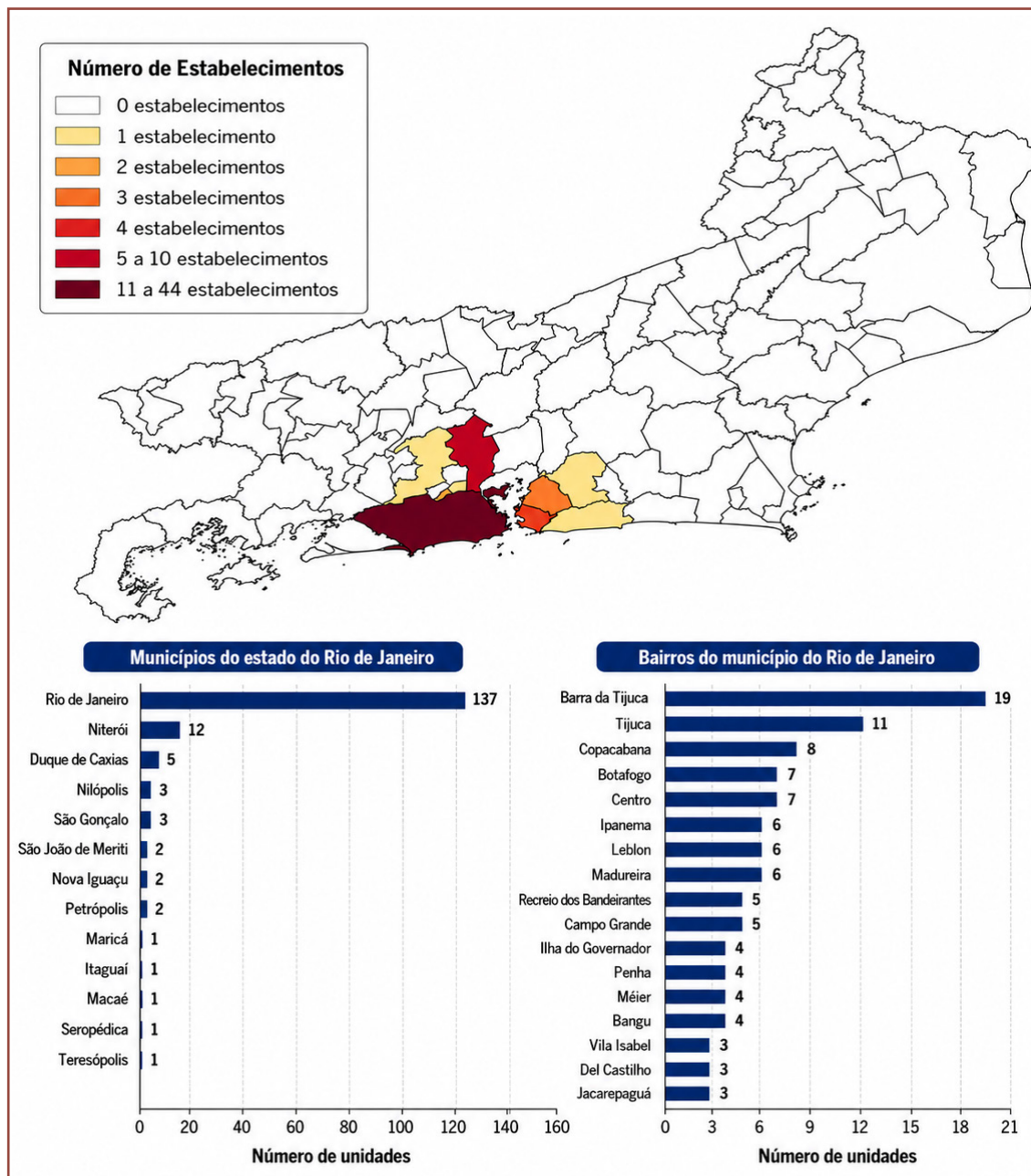
No estado do Rio de Janeiro, essa seletividade aparece na distribuição das unidades laboratoriais vinculadas à Dasa. O levantamento realizado a partir das unidades disponíveis no site da companhia indica uma forte presença na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, sobretudo na capital fluminense. A rede não se distribui de forma homogênea pelo território estadual; ao contrário, concentra-se nos municípios e bairros em que há maior densidade populacional, fixos, fluxos e centralidade metropolitana.

Essa concentração é coerente com a lógica das plataformas corporativas. A interface digital pode alcançar usuários em diferentes lugares, mas a realização efetiva do serviço depende de elementos territoriais próximos, como unidades físicas, disponibilidade de agenda, equipamentos diagnósticos e capacidade logística. No caso da saúde privada, a promessa de conveniência, agilidade e integração se ancora em uma malha material seletiva, localizada em porções do território dotadas de maior fluidez e porosidade territorial. Para Arroyo (2001), a fluidez relaciona-se à base material, enquanto a porosidade remete às condições normativas e institucionais que ampliam a abertura e a conexão dos lugares. Na escala metropolitana, essa formulação permite afirmar que a Dasa se posiciona em áreas onde a infraestrutura urbana, conectividades e outros elementos, tornam o território mais permeável à operação da plataforma. A NAV, portanto, se apoia nos lugares mais porosos aos circuitos privados da saúde.

A distribuição das unidades laboratoriais vinculadas à Dasa no estado do Rio de Janeiro e, de modo mais detalhado, nos bairros da capital fluminense permite identificar a seletividade territorial da rede privada (Figura 1). A figura combina dois recursos complementares: no painel superior, o mapa coroplético espacializa a presença das unidades por município; no painel inferior, os gráficos de barras quantificam essa distribuição, primeiro na escala estadual, e depois na escala intraurbana, por bairros do município do Rio de Janeiro. Em conjunto, mapa e gráficos evidenciam que a plataforma

não cria uma cobertura universal do território; ao contrário, ela se apoia em uma rede física previamente selecionada por critérios de mercado, urbanos e densidade técnica.

Figura 1 – Distribuição territorial das unidades laboratoriais vinculadas à Dasa no estado do Rio de Janeiro e nos bairros da capital, 2025



Fonte: Dasa (s. d.). Elaboração própria.

A leitura da figura 1 evidencia a primazia da capital fluminense na rede laboratorial vinculada à Dasa. No mapa, essa concentração aparece espacializada pela intensidade da classe atribuída ao município do Rio de Janeiro; nos gráficos, ela se expressa de modo quantitativo: a capital reúne 137 unidades,

número muito superior ao dos demais municípios. Em seguida aparece Niterói, com 12 unidades, Duque de Caxias, com 5, Nilópolis e São Gonçalo, com 3 e assim por diante. A presença em municípios como Maricá, Itaguaí, Macaé, Seropédica e Teresópolis indica uma capilaridade estadual, mas sem alterar o padrão dominante de concentração metropolitana.

O detalhamento por bairros permite observar a seletividade intraurbana dessa rede. No Rio de Janeiro, a Barra da Tijuca aparece como principal concentração, com 19 unidades, seguida por Tijuca, Copacabana, Botafogo, Centro, Ipanema, Leblon e Madureira. Essa distribuição combina áreas de alta renda, centralidades tradicionais, eixos de expansão urbana, subcentros metropolitanos e bairros de forte circulação cotidiana. Assim, a localização não expressa apenas presença, mas uma estratégia de posicionamento em lugares mais porosos aos circuitos privados da saúde.

A leitura conjunta da figura reforça que a NAV/Dasa tem capacidade de organizar a jornada do paciente, mas depende de base territorial seletivamente construída, composta por laboratórios, marcas, profissionais e canais de integração integrados. A promessa de conveniência, agilidade e integração se realiza, portanto, em uma malha material concentrada, na qual a plataforma acopla eficiência informacional à robustez prévia da rede urbana e metropolitana.

Essa seletividade difere daquela observada no sistema público. No Sistema Único de Saúde, a distribuição desigual de infraestrutura, conectividade e capacidade técnica resulta de uma formação histórica desigual do território brasileiro, tensionando o princípio da universalização. No caso da Dasa, a seletividade é corporativamente produzida. Ela decorre de decisões estratégicas de localização, integração de marcas, priorização de áreas rentáveis e concentração de mercados. Enquanto a seletividade do SUS revela os limites materiais de uma política pública universal em um território desigual, a seletividade da Dasa expressa a racionalidade espacial do mercado privado de saúde.

No caso da Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RMRJ), essa seletividade se realiza sobre uma estrutura metropolitana macrocefálica, com primazia no núcleo urbano carioca. O documento do Projeto Governança Metropolitana do Brasil, elaborado no âmbito da Plataforma IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) de Pesquisa em Rede, destaca que a RMRJ não dispunha, durante os anos de 2010, de um ente de gestão metropolitano capaz de orientar o planejamento e as ações territoriais a partir de uma visão integrada, indicando uma delimitação fragmentada do espaço (IPEA, 2012). O mesmo documento aponta que a capital, naquele momento, concentrava 50% do PIB estadual,

69% PIB da RMRJ e 53% da população metropolitana (IPEA, 2012). Em sentido convergente, o projeto Modelar a Metrópole/PDUI-RMRJ (Plano de Desenvolvimento Urbano Integrado da Região Metropolitana do Rio de Janeiro) assinala que a dinâmica local configurou um desenvolvimento baseado em núcleo e periferia, além de registrar um hiato de 25 anos no exercício de planejamento integrado após a extinção da FUNDREM (Fundação para o Desenvolvimento da Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro) (Modelar a Metrópole, s. d). Essa estrutura metropolitana, marcada por centralidade econômica, concentração populacional e coordenação institucional fragmentada, favorece a localização seletiva de serviços privados de saúde em áreas de maior fluidez, porosidade territorial e poder de consumo.

Desse modo, a NAV/Dasa pode ser interpretada como uma forma corporativa de regência do território. A plataforma conecta unidades, organiza agendas, direciona pacientes, integra marcas e transforma o percurso do usuário em informação operacional. Ao mesmo tempo, sua eficácia depende da localização seletiva da rede física. O digital amplia a capacidade de comando sobre fluxos, mas essa capacidade permanece ancorada em fixos, centralidades e desigualdades espaciais concretas.

Nesse sentido, a análise da NAV/Dasa permite compreender como dados, interoperabilidade e plataformas se convertem em recursos estratégicos de coordenação, comando e acumulação. A plataforma organiza a experiência do paciente, mas também reorganiza o modo como a empresa usa sua rede física, seus médicos, suas marcas e suas informações. A saúde digital privada aparece, assim, como expressão da articulação entre técnica, mercado, norma empresarial e território, revelando uma forma de plataformização que combina inovação digital, concentração econômica e seletividade espacial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise desenvolvida ao longo deste artigo permite sustentar que a plataformização da saúde não constitui fenômeno meramente técnico, nem simples prolongamento da informatização dos serviços. Trata-se de uma forma contemporânea de reorganização territorial do cuidado, na qual dados, interoperabilidade, interfaces e infraestruturas informacionais passam a operar como meios de coordenação, regulação e comando. Nesse processo, o digital não elimina a dimensão espacial da saúde; ao contrário, intensifica sua centralidade, redefinindo fluxos, percursos, hierarquias de acesso e formas de uso do território.

A saúde plataformizada emerge, assim, como fenômeno territorial e socio-técnico, produzido pela coexistência de regimes distintos de digitalização. De um lado, a digitalização do SUS apresenta-se como esforço de construção de uma infraestrutura pública de interoperabilidade, orientada à coordenação federativa, à continuidade assistencial e à integração de informações em um sistema universal. De outro, a NAV/Dasa expressa uma plataforma corporativa vinculada à integração privada da jornada do paciente, à organização de uma rede física seletiva e à conversão de dados, acessos e interações em recursos de gestão e acumulação. Portanto, não se trata em equiparar SUS e Dasa, ou Meu SUS Digital e a NAV, mas de compreender como ambos participam, sob racionalidades distintas, da reorganização informacional da saúde.

No SUS, a interoperabilidade aparece como tentativa de construir uma infraestrutura pública de coordenação sobre uma base regionalizada, desigual e historicamente pactuada (Brasil, 2017; 2020a). Na saúde privada plataformizada, a integração digital da jornada inscreve-se em um contexto de oligopolização, financeirização, no qual grandes grupos articulam unidades físicas, marcas, serviços e bases de dados em ecossistemas empresariais cada vez mais integrados (Brito, 2025; Rodrigues, 2025). O contraste entre ambos é, portanto, simultaneamente técnico, territorial e político-econômico: enquanto a seletividade do SUS resulta das desigualdades históricas do território e tensiona a universalização do direito à saúde, a seletividade da NAV/Dasa é corporativamente produzida, orientada por critérios de mercado, centralidade urbana, fluidez e capacidade de consumo.

Este texto buscou, assim, estruturar uma leitura geográfica da saúde digital a partir do território usado, do meio técnico-científico-informacional e dos regimes de informação, evitando tanto o fetichismo tecnológico quanto da abstração desespacializada do digital. As plataformas não pairam sobre o território: dependem de fixos, redes, investimentos, normas e geometrias desiguais de poder. Por isso, a saúde digital é lida como expressão da articulação técnica, norma, Estado e mercado, na qual dados, interoperabilidade e plataformas se convertem em recursos estratégicos de coordenação, comando e acumulação. ●

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde. Saúde no município: o que podemos fazer juntos? Um guia básico para a atuação integrada na gestão do SUS em Alagoas: guia para novos gestores, 1ª Região de Saúde. Maceió: SESAU, 2017. Disponível em: https://cidadao.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2017/01/1_Guia-para-novos-gestores-1%C2%AA-REGI%C3%83O-DE-SA%C3%9ADE_Final.pdf. Acesso em: 11 mar. 2026.

ARROYO, María Mónica. **Território nacional e mercado externo: uma leitura do Brasil na virada do século XX**. 2001. Tese (Doutorado em Geografia Humana) — Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

BEZERRA, Arthur Coelho. O regime de informação do capitalismo industrial de Pataforma: novas tecnologias, velhas relações sociais. **Tendências da Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação**, [S. l.], v. 18, n. 1, 2025. Disponível em: <https://revistas.ancib.org/tpbci/article/view/761>. Acesso em: 30 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf. Acesso em 29 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia e-Saúde para o Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Estrategia-e-saude-para-o-Brasil.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final do Projeto Piloto Conecte SUS: análise dos avanços obtidos entre outubro/2019 e junho/2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_projeto_piloto_conectesus_outubro.pdf. Acesso em 30 out. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Primeiro Relatório de Monitoramento e Avaliação da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil (2020–2028). Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRITO, Gabriel. Como o Estado ajuda a expandir a saúde privada. Outras Palavras, [S. l.], 3 dez. 2025. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasaude/como-o-estado-ajuda-a-expandir-a-saude-privada/>. Acesso em: 11 mar. 2026.

CICCOLELLA, Pablo. **Capitalismo digital, modo de desenvolvimento informacional y territorio en América Latina**. **Geo UERJ**, Rio de Janeiro, v. 46, 2024. DOI: 10.12957/geouerj.2024.87488. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/geouerj/article/view/87488>. Acesso em: 10 mar. 2026.

DASA. Release de resultados 1T21. São Paulo: Dasa, 13 maio 2021. Disponível em: <https://www.dasa3.com.br/>. Acesso em: 4 jun. 2026.

DASA. Release de resultados 4T21. São Paulo: Dasa, 28 mar. 2022a. Disponível em: <https://www.dasa3.com.br/>. Acesso em: 4 jun. 2026.

DASA. Divulgação de resultados 2T22. São Paulo: Dasa, 12 ago. 2022b. Disponível em: <https://www.dasa3.com.br/>. Acesso em: 4 jun. 2026.

DASA. Divulgação de resultados 3T22. São Paulo: Dasa, 14 nov. 2022c. Disponível em: <https://www.dasa3.com.br/>. Acesso em: 4 jun. 2026.

DASA. Divulgação de resultados 4T22. São Paulo: Dasa, 28 mar. 2023a. Disponível em: <https://www.dasa3.com.br/>. Acesso em: 4 jun. 2026.

DASA. Divulgação de resultados 1T23. São Paulo: Dasa, 11 maio 2023b. Disponível em: <https://www.dasa3.com.br/>. Acesso em: 4 jun. 2026.

DASA. Divulgação de resultados 2T23. São Paulo: Dasa, 10 ago. 2023c. Disponível em: <https://www.dasa3.com.br/>. Acesso em: 4 jun. 2026.

DASA. Divulgação de resultados 3T23. São Paulo: Dasa, 9 nov. 2023d. Disponível em: <https://www.dasa3.com.br/>. Acesso em: 4 jun. 2026.

DASA. Divulgação de resultados 4T23. São Paulo: Dasa, 27 mar. 2024a. Disponível em: <https://www.dasa3.com.br/>. Acesso em: 4 jun. 2026.

DASA. Divulgação de resultados 2T24. São Paulo: Dasa, 14 ago. 2024b. Disponível em: <https://www.dasa3.com.br/>. Acesso em: 4 jun. 2026.

DASA. Divulgação de resultados 1T25. São Paulo: Dasa, 14 maio 2025a. Disponível em: <https://www.dasa3.com.br/>. Acesso em: 4 jun. 2026.

GONZÁLEZ DE GÓMEZ, Maria Nélide. O caráter seletivo das ações de informação. *Informare*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 7-31, 1999. Disponível em: <https://ridi.ibict.br/handle/123456789/126>. Acesso em: 05 jan. 2025.

MODELAR A METRÓPOLE. Modelar a Metrópole: Plano Estratégico de Desenvolvimento Urbano Integrado da Região Metropolitana do Rio de Janeiro (PDUI/RMRJ). Disponível em: <https://www.modelarametropole.com.br/>. Acesso em: 04 jan. 2026.

PIRES, Hindenburgo Francisco. Geografia das indústrias globais de vigilância em massa. *Ar@cne. Revista electrónica de recursos en Internet sobre Geografía y*

Ciencias Sociales, Barcelona, n. 183, 1 abr. 2014. Disponível em: <http://www.ub.es/geocrit/aracne/aracne-183.htm>. Acesso em: 2 jul. 2026.

RODRIGUES, Eduardo Magalhães. As Sete Irmãs e o controle acionário em rede da saúde privada no Brasil. **Pesquisa & Debate Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados em Economia Política**, [S. l.], v. 37, n. 2 (68), p. 126–135, 2025. DOI: 10.23925/1806-9029.37in.2(68)74194. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/rpe/article/view/74194>. Acesso em: 4 jun. 2026.

RODRIGUES, Eduardo M.; DOWBOR, Ladislau. Saúde privada: poder, captura e redea solta. **Outras Palavras** (Outra Saúde), 11 jul. 2024. Atualizado em: 6 fev. 2026. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasaude/saude-privada-poder-captura-e-redea-solta/>. Acesso em: 10 jan. 2026

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 4. ed. São Paulo: Edusp, 2012 [1996].

SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SILVEIRA, Sérgio Amadeu da. **Capitalismo digital**. Revista Ciências do Trabalho, n. 20, out. 2021. Disponível em: <https://rct.dieese.org.br/index.php/rct/article/view/286>. Acesso em: 23 abr. 2025.

SOUZA, Nágila da Silva Ferreira; SILVA, Silvana. Território e digitalização: a ação do iFood em Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil. **Geografares**, Vitória, Brasil, v. 4, n. 38, p. 300-328, 2024. DOI: <https://doi.org/10.47456/geo.v4i38.43085>. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/geografares/article/view/43085>. Acesso em: 10 mar. 2026.

SRNICEK, Nick. **Platform capitalism**. Cambridge: Polity Press, 2017.

STEDA, Melissa Maria Veloso. **Território e informação: produção e consumo de aplicativos na era da computação em nuvem**. 2021. 277 f. Tese (Doutorado em Geografia Humana) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

TOZI, Fábio; DUARTE, Leandro Ribeiro; CASTANHEIRA, Gabriel Rocha. Trabalho precário, espaço precário: as plataformas digitais de transporte e os circuitos da economia urbana no Brasil. **Ar@cne. Revista Electrónica de Recursos en Internet sobre Geografía y Ciencias Sociales**, Barcelona, jan. 2021. Disponível em: <https://revistes.ub.edu/index.php/aracne/article/view/33968>. Acesso em: 15 dez. 2022.

VAN DIJCK, Jose. Datafication, dataism and dataveillance: Big Data between scientific paradigm and ideology. *Surveillance & Society*, v. 12, n. 2, p. 197-208, 2014. DOI: <https://doi.org/10.24908/ss.v12i2.4776>. Disponível em: <https://ojs.library.queensu.ca/index.php/surveillance-and-society/article/view/datafication>. Acesso em: 10 mar. 2026.

VENCESLAU, Igor. Psicosfera e técnica digital. *Boletim Campineiro de Geografia*, [S. l.], v. 13, n. 2, p. 197-214, 2024. DOI: 10.54446/bcg.v13i2.3241. Disponível em: <https://publicacoes.agb.org.br/boletim-campineiro/article/view/3241>. Acesso em: 10 mar. 2026.

ZUSMAN, Perla. As geometrias do poder do ciberespaço. *Boletim Campineiro de Geografia*, [S. l.], v. 9, n. 2, p. 335-349, 2019. DOI: 10.54446/bcg.v9i2.468. Disponível em: <https://publicacoes.agb.org.br/boletim-campineiro/article/view/2773>. Acesso em: 10 jan. 2026.

EDITORES DO ARTIGO

Roberto Moraes Pessanha

Instituto Federal Fluminense

Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil

robertomoraespessanha@gmail.com

Fábio Tozi

Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

fabio.tozi@gmail.com

Beatriz Rufino

Universidade de São Paulo

São Paulo, São Paulo, Brasil

beatrizrufino@usp.br

Artigo recebido em: 29/04/2026

Artigo aprovado em: 24/06/2026

Artigo publicado em: 23/07/2025