

IX ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITO E SAÚDE

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria - CONPEDI

Presidente - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - FMU - São Paulo

Diretor Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC - Santa Catarina

Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa - Pará

Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG - Goiás

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos - Rio Grande do Sul

Vice-presidente Sudeste - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio - Rio de Janeiro

Vice-presidente Nordeste - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP - Pernambuco

Representante Discente: Prof. Dr. Abner da Silva Jaques - UPM/UNIGRAN - Mato Grosso do Sul

Conselho Fiscal:

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - SKEMA/ESDHC/UFMG - Minas Gerais

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UFERSA - Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Fernando Passos - UNIARA - São Paulo

Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP - São Paulo

Secretarias

Relações Institucionais:

Prof. Dra. Claudia Maria Barbosa - PUCPR - Paraná

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA - Bahia

Profa. Dra. Daniela Marques de Moraes - UNB - Distrito Federal

Comunicação:

Prof. Dr. Robison Tramontina - UNOESC - Santa Catarina

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS - Sergipe

Relações Internacionais para o Continente Americano:

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM - Rio Grande do sul

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto - UPM - São Paulo

Relações Internacionais para os demais Continentes:

Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR - Ceará

Profa. Dra. Sandra Regina Martini - UNIRITTER / UFRGS - Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Maria Claudia da Silva Antunes de Souza - UNIVALI - Santa Catarina

Educação Jurídica

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba - PR

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP - SP

Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello - UFMS - MS

Eventos:

Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - FDF - São Paulo

Profa. Dra. Norma Sueli Padilha - UFSC - Santa Catarina

Prof. Dr. Juraci Mourão Lopes Filho - UNICHRISTUS - Ceará

Comissão Especial

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UFRJ - RJ

Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB - PB

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec - MG

Prof. Dr. Rogério Borba - UNIFACVEST - SC

D597

Direito e saúde I [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Cristian Kiefer Da Silva; Janaína Machado Sturza; Liton Lanes Pilau Sobrinho; Gabrielle Scola Dutra – Florianópolis: CONPEDI, 2026.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5274-607-8

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Constituição, Processo e Justiça Social: o papel da jurisdição constitucional na efetivação de direitos

2. Direito. 3. Saúde. IX Encontro Virtual do CONPEDI (2: 2026: Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



Conselho Nacional de Pesquisa
e Pós-Graduação em Direito Florianópolis
Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br

IX ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITO E SAÚDE

Apresentação

IX Encontro Virtual do CONPEDI

22 a 26 de junho de 2026

Grupo de Trabalho: DIREITO E SAÚDE

O IX Encontro Virtual do CONPEDI ocorreu de 22 a 26 de junho de 2026, em ambiente 100% on-line, reunindo a comunidade acadêmica e profissional do Direito em torno da temática “Constituição, Processo e Justiça Social: o papel da jurisdição constitucional na efetivação de direitos”. Essa modalidade virtual reafirma o propósito do CONPEDI de promover um conhecimento jurídico inclusivo, plural e democrático, expandindo as fronteiras da pesquisa e integrando o cenário nacional. O debate desta edição propôs uma imersão nos dilemas atuais da jurisdição constitucional na garantia de direitos, considerando as pressões sociais e democráticas do contexto brasileiro.

A dinâmica do evento priorizou a interlocução e a troca de saberes por meio de Grupos de Trabalho (GTs) voltados à apresentação de artigos. Destacou-se, nesse escopo, o GT “Direito e Saúde”, que reuniu investigações dedicadas à leitura crítica da efetivação das prerrogativas sociais e de saúde. As produções desse grupo evidenciaram a complexidade das transformações globais de ordem científica, social e demográfica, reforçando que o Direito à Saúde exige respostas jurídicas céleres, sofisticadas e pautadas na dignidade da pessoa humana.

qualificado, metodologicamente denso e indispensável das reflexões desenvolvidas no âmbito deste GT.

Excelente leitura!

Janaína Machado Sturza - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI

Liton Lanes Pilau Sobrinho - Universidade do Vale do Itajaí

Gabrielle Scola Dutra - Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC

Cristian Kiefer Da Silva - PUC-MG

A TELESSAÚDE NO SUS COMO INSTRUMENTO DE AMPLIAÇÃO DO ACESSO AO DIREITO À SAÚDE EM REGIÕES MENOS URBANIZADAS: UMA ANÁLISE À LUZ DA LEI N. 14.510/2022

TELEHEALTH IN THE SUS AS A TOOL FOR EXPANDING ACCESS TO THE RIGHT TO HEALTH IN LESS URBANIZED REGIONS: AN ANALYSIS IN LIGHT OF LAW N. 14.510/2022

Ana Lara Martins de Oliveira ¹

Leticia Zylmennith De Souza Sales Fenelon ²

Paula Regina Pereira Dos Santos Marques Dias ³

Resumo

Este artigo tem como objetivo analisar a telessaúde no Sistema Único de Saúde (SUS) como instrumento para ampliar o acesso ao direito à saúde em regiões de menor urbanização, à luz da Lei n. 14.510/2022. A pesquisa parte da constatação das desigualdades territoriais existentes no país, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, marcadas pela escassez de profissionais especializados, dificuldades de deslocamento, limitações estruturais e barreiras geográficas que comprometem a efetivação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS. Por meio de pesquisa bibliográfica e documental, com abordagem qualitativa, o estudo examina a evolução normativa da telessaúde, seus fundamentos constitucionais e sua relação com políticas públicas voltadas à inclusão digital e à modernização do sistema de saúde. Além disso, analisa experiências empíricas desenvolvidas em estados como Minas Gerais, Maranhão e Rio Grande do Norte, evidenciando resultados positivos relacionados à redução de filas, diminuição de encaminhamentos desnecessários, fortalecimento da Atenção Primária e ampliação do acesso a especialidades médicas. Conclui-se que a telessaúde representa importante mecanismo de efetivação do direito à saúde e de redução das desigualdades regionais, embora sua plena consolidação dependa de investimentos em infraestrutura tecnológica, proteção de dados, capacitação profissional e inclusão digital das populações mais vulneráveis.

Palavras-chave: Telessaúde, Sus, Direito à saúde, Acesso à saúde, Lei n. 14.510/2022

Abstract/Resumen/Résumé

This article aims to analyze telehealth within the Brazilian Unified Health System — Sistema Único de Saúde (SUS) — as an instrument for expanding access to the right to health in less urbanized regions, in light of Law n. 14.510/2022. The research is based on the recognition of territorial inequalities in the country, especially in the North and Northeast regions, characterized by shortages of specialized healthcare professionals, transportation difficulties, structural limitations, and geographical barriers that compromise the effectiveness of the principles of universality, comprehensiveness, and equity of the SUS. Through bibliographic and documentary research, using a qualitative approach, the study examines the normative evolution of telehealth, its constitutional foundations, and its relationship with public policies aimed at digital inclusion and modernization of the healthcare system. In addition, it analyzes empirical experiences developed in states such as Minas Gerais, Maranhão, and Rio Grande do Norte, highlighting positive results related to reduced waiting lines, fewer unnecessary referrals, strengthening of Primary Health Care, and expanded access to medical specialties. The study concludes that telehealth represents an important mechanism for ensuring the right to health and reducing regional inequalities, although its full consolidation depends on investments in technological infrastructure, data protection, professional training, and digital inclusion for vulnerable populations.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Telehealth, Sus, Right to health, Access to healthcare, Law n°. 14.510/2022

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo versa sobre a telessaúde no Sistema Único de Saúde (SUS) como instrumento para ampliar o acesso ao direito à saúde em regiões menos urbanizadas do Brasil, à luz da Lei nº. 14.510/2022. O objeto de estudo é a telessaúde no âmbito do SUS, como modalidade de prestação de serviços de saúde à distância. Embora o Brasil tenha alcançado, em 2024, a marca de 353.287 médicos especialistas, correspondendo a 59,1% do total de médicos registrados, a distribuição desses profissionais permanece profundamente desigual, concentrando-se majoritariamente nas regiões Sudeste e Sul (Brasil, 2025).

Isso evidencia a situação de vulnerabilidade enfrentada por diversos municípios das regiões Norte e Nordeste, onde a escassez de especialistas no SUS compromete o acesso da população a atendimentos essenciais, diagnósticos precoces e tratamentos adequados em áreas estratégicas da saúde pública. Apesar de existirem pesquisas científicas sobre a temática, existem lacunas sobre questões relacionadas aos entraves geográficos, desafios de ordem tecnológica e de infraestrutura para atendimento, resistência profissional, entre outras.

O artigo analisa a telessaúde como ferramenta para superar obstáculos geográficos, atender a uma maior demanda por profissionais e, consequentemente, ampliar o acesso ao direito à saúde em zonas rurais/menos urbanizadas. Adota-se como recorte normativo a Lei nº 14.510/2022, que autoriza e disciplina a prática da telessaúde no território nacional, observada em sua conexão com a realidade de cidades menos urbanizadas, que enfrentam maiores desafios quanto ao acesso e à qualidade do atendimento. Para fins de delimitação teórica, aplicaram-se como categorias centrais os conceitos de telessaúde, direito à saúde, acesso universal e desigualdade territorial, que orientam a análise desenvolvida ao longo do artigo.

A relevância do estudo evidencia-se sob três perspectivas. No plano jurídico, decorre da ausência de análise sistemática sobre a efetividade da Lei nº 14.510/2022 em regiões menos urbanizadas, especialmente quanto à sua capacidade de superar barreiras estruturais, tecnológicas e de exclusão digital que comprometem o acesso ao direito à saúde nessas localidades. No plano acadêmico, o estudo contribui para o debate entre direito à saúde, políticas públicas e tecnologias digitais em saúde, ao apresentar leitura atualizada da legislação e de suas implicações para a efetivação de direitos fundamentais. No plano social, oferece análise relevante para compreender como a telessaúde afeta populações em situação de vulnerabilidade socioeconômica e geográfica, que dependem de longas filas para obter atendimento, muitas vezes prestado por profissionais de outras cidades e estados.

Diante desse cenário, o problema de pesquisa consiste em responder ao seguinte questionamento: em que medida a telessaúde, nos termos da Lei nº 14.510/2022, pode ampliar o acesso ao direito à saúde em regiões menos urbanizadas?

O presente artigo tem como objetivo principal analisar se a telessaúde no SUS pode ampliar o acesso ao direito à saúde em regiões menos urbanizadas, considerando os avanços trazidos pela Lei nº 14.510/2022 e os desafios existentes. Como objetivos específicos, buscam-se: a) examinar o marco normativo da telessaúde no Brasil; b) identificar os principais desafios estruturais do SUS em regiões menos urbanizadas; e c) avaliar as potencialidades e limitações da telessaúde como instrumento para a redução das desigualdades no acesso à saúde.

A metodologia utilizada consiste em pesquisa bibliográfica e documental, de abordagem qualitativa, com análise da legislação, da doutrina e, quando pertinente, da jurisprudência, a fim de compreender a relação entre a regulamentação da telessaúde e a ampliação do acesso ao direito à saúde¹.

Por isso, dividiu-se este artigo em três seções. A primeira seção trata do direito fundamental à saúde e das disparidades regionais no Brasil, estabelecendo a base teórica e constitucional da pesquisa. A segunda seção examina a regulamentação da telessaúde no SUS, com foco na Lei n.º 14.510/2022. Por fim, a terceira seção analisa a telessaúde como ferramenta para ampliar o acesso à saúde em áreas menos urbanizadas, considerando os desafios identificados.

2 O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E AS DESIGUALDADES REGIONAIS NO BRASIL

O acesso ao direito à saúde no Brasil é marcado por profundas assimetrias territoriais que comprometem a efetividade dos princípios constitucionais e infraconstitucionais que regem o Sistema Único de Saúde. A extensão do território nacional, a desigualdade na distribuição de profissionais e serviços de saúde e a insuficiência de infraestrutura em regiões

¹ Este trabalho contou com o apoio de duas ferramentas de inteligência artificial generativas (Chat GPT e Perplexity, ambos com agentes específicos configurados pelas autoras) para fins de aprimoramento textual, na concepção da pesquisa foram utilizados para refinamento do problema de pesquisa, delimitação dos objetivos e adequação dos títulos e da estrutura do artigo, ao final foi utilizado na revisão da escrita e identificação de lacunas no texto. Ressalta-se, contudo, que todas as decisões conceituais, argumentativas e conclusivas permanecem de inteira responsabilidade das autoras, que não utilizaram as ferramentas para elaborar a pesquisa ou criar os textos, bem como realizaram a revisão final e definitiva do texto e do conteúdo final da pesquisa, em conformidade com os princípios éticos de integridade científica e honestidade intelectual, nos termos da Portaria CNPq nº 2.664/2026.

menos urbanizadas configuram um cenário no qual a garantia formal do direito à saúde frequentemente não se traduz em acesso real para parcelas significativas da população. Compreender esse cenário é condição necessária para avaliar o potencial da telessaúde como instrumento de superação dessas barreiras, objeto das seções seguintes.

Para tanto, esta seção examina três eixos inter-relacionados. O primeiro trata do direito à saúde como direito fundamental social, estabelecendo a base constitucional e doutrinária da pesquisa. O segundo analisa os princípios norteadores do SUS e a exigência de equidade territorial que deles decorre. O terceiro contextualiza empiricamente as desigualdades regionais no acesso à saúde, com ênfase nas regiões Norte e Nordeste, onde as disparidades são mais acentuadas.

2.1 Direito à saúde como direito fundamental social

O direito à saúde no Brasil instituiu-se como direito fundamental social, previsto no art. 196 da Constituição Federal, que diz: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

Entretanto, o direito à saúde, como previsto na Constituição, não se limita a um mero dever jurídico, mas também se configura como basilar para a efetivação de políticas públicas no que se refere ao Estado de Bem-Social (Welfare State²) brasileiro. De acordo com Copetti e Lyra (2026), a concretização de políticas públicas de saúde no Estado de Bem-Estar Social possibilita ao país reduzir desigualdades sociais e regionais, bem como reafirmar o dever do Estado de proteger e prover à sua população os meios necessários à garantia do acesso à saúde, como meio para o desenvolvimento do cidadão.

Nesse viés, Reis et al. (2026) afirmam que o direito à saúde não é apenas um direito de natureza social, mas também uma cláusula pétrea implícita. Essa visão decorre do vínculo inerente entre o direito à saúde, o mínimo existencial, isto é, o conjunto de direitos fundamentais, e a dignidade da pessoa humana. Em outras palavras, o direito à saúde é indispensável à garantia dos direitos à vida e à integridade física do cidadão.

Essa natureza do direito à saúde, segundo Cardoso e Cunha (2016), impõe ao Estado o dever de fornecer os meios necessários para garantir o “mínimo existencial”, condição para

² Welfare State (Estado de bem-estar social) descreve o modelo de Estado atuante para assegurar direitos sociais e proteção à população (Esping-Andersen, 1990).

uma vida digna ao cidadão. No âmbito da saúde, o Estado deve atuar, por meio de políticas públicas, no Sistema Único de Saúde (SUS), como o Programa Saúde da Família (PSF). Esse programa serve como uma ferramenta crucial para estabelecer uma base essencial de direitos, garantindo que a assistência integral, que abrange desde intervenções preventivas na atenção primária até serviços mais complexos, constitua o mínimo existencial necessário à dignidade humana e à liberdade individual do cidadão (Cardoso e Cunha, 2016).

Ademais, ao se tratar de mínimo existencial, há debates acerca da “cláusula de reserva do possível”, na qual, conforme Germano Schwartz (2012), apenas pode ser exigido do Estado aquilo que for possível financeiramente, em razão da escassez de recursos. Sobre isso, o Supremo Tribunal Federal (STF), na ADPF 45/2004, dispõe que a reserva do possível não pode ser empregada para afetar o mínimo existencial. Em termos mais claros, mesmo em situações de limitações financeiras, o Estado é obrigado a assegurar os direitos fundamentais que fazem parte do núcleo do mínimo existencial, abarcando saúde, educação e alimentação (Brasil, 2004).

A jurisprudência do (STF) firma mais entendimentos acerca da saúde como direito fundamental social, no Agravo de Instrumento AI 550.530-AgR, julgado em 26 de junho de 2012, no qual o Ministro Joaquim Barbosa declarou que: "Se uma pessoa necessita, para garantir o seu direito à saúde, de tratamento médico adequado, é dever solidário da União, do Estado e do Município providenciá-lo." Em outras palavras, mesmo sendo o art.196 da Constituição de 1988 norma de caráter programático, a jurisprudência firma entendimento de que a administração pública como um todo é responsável por proporcionar os meios necessários para o cuidado da saúde de todos os cidadãos (Brasil, 2012).

Ainda sobre isso, Silva (2023), afirma que para assegurar a responsabilização solidária na prestação do direito à saúde, faz-se necessária a adoção de critérios de justiça distributiva na oferta de serviços de saúde, especialmente quanto à distribuição equitativa de recursos e da assistência farmacêutica destinada a grupos socioeconomicamente vulneráveis. Tais medidas serão analisadas ao longo deste artigo.

2.2 Princípios do SUS e a Exigência de Equidade Territorial

No contexto do sistema jurídico brasileiro, a efetivação do direito à saúde é guiada por princípios do sistema de saúde que vão além da mera organização administrativa e servem como orientações ético-políticas. Esses princípios estão explícitos na Lei Orgânica da Saúde (LOS, 8.080/1990), em seu artigo 7º, no qual três deles serão detalhados a seguir.

Inicialmente, o princípio da universalidade, previsto no inciso I do referido artigo e reafirmado por Santos e Conserva (2023), estabelece a saúde como um direito associado à cidadania. Em outras palavras, na Constituição de 1988, a saúde passa a ser direito inerente à condição de ser “cidadão”, e não algo elitizado, em que apenas quem possuía condições financeiras, planos de saúde ou emprego poderia cuidar de sua saúde. Esse rompimento com o modelo de meritocracia anterior consolidou um sistema baseado na universalidade, na gratuidade e na necessidade, independentemente de gênero, raça, classe e localização.

No entanto, segundo Oliveira et al. (2019), o princípio da universalidade enfrenta o problema da "tirania da distância", pois o acesso efetivo do cidadão é afetado pela localização geográfica dos serviços, o que implica que a universalidade depende da eliminação de barreiras físicas em regiões de difícil acesso. Em outras palavras, em áreas com poucos postos de saúde e/ou equipe médica disponível, onde são necessários grandes deslocamentos até os hospitais, a universalidade é um princípio que existe apenas no papel e não se traduz em acesso real, o que torna necessária a adoção de soluções para sua efetivação.

Em segundo lugar, o inciso II, do art. 7º da LOS conceitua integralidade “como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Brasil, 1990). Canoé C. et al. (2023) detalham essa diretriz essencial do SUS. Para eles, esse princípio exige que o Estado atue junto ao indivíduo em todas as camadas e níveis necessários, desde a prevenção até o tratamento e a reabilitação. Além disso, no que se refere ao Tratamento Fora de Domicílio, os autores afirmam que, em caso de falta de recursos tecnológicos locais, o atendimento não deverá ser interrompido, e sim remanejado com urgência para as redes de cuidado mais próximas. Haddad et al. (2025) afirmam, também, que, em caso de ausência de profissionais locais, o uso de teleconsultoria e telemonitoramento garante a continuidade e o acesso à saúde.

Nesse contexto, a Súmula Vinculante nº 60 do Supremo Tribunal Federal buscou fortalecer esse princípio ao ampliar a responsabilidade administrativa pelo custeio de medicamentos de alto custo nos municípios. A Súmula estabelece que, quando o município não possuir capacidade financeira para arcar com medicamentos não incluídos no SUS, a responsabilidade recai prioritariamente sobre a União. Contudo, essa responsabilidade solidária ainda não se concretiza plenamente, pois, segundo André e Hermany (2026), persiste um “federalismo invertido”, em que cerca de 74% das ações judiciais permanecem sob responsabilidade direta dos municípios (CNM, 2022).

Logo, o princípio da descentralização, estabelecido no artigo 198 da Constituição e detalhado no inciso IX da LOS, divide poderes e responsabilidades entre a União, os estados e os municípios. No entanto, a pesquisa de Rehem et al. (2024) revela que o princípio da descentralização, sem a adequação da equidade territorial, pode agravar as desigualdades, pois os municípios menores e periféricos apresentam menos capacidade técnica e financeira.

Dessa maneira, faz-se necessária a equidade territorial, como ajuste essencial ao pacto federativo, o que demanda que o Estado implemente mecanismos compensatórios, conforme os previstos na Lei Orgânica da Saúde, para assegurar que a situação geográfica do cidadão, a menor capacidade financeira e a tecnologia do município em que vive não se tornem um impedimento ou uma causa de impacto negativo no acesso à saúde.

2.3 Desigualdades Regionais no Acesso à Saúde: contextualização empírica

A avaliação das desigualdades regionais no acesso à saúde no Brasil revela um panorama de intensa fragmentação socioespacial, como se evidencia na distribuição desigual do desempenho das Regiões de Saúde. De acordo com Miranda et al. (2023), a criação de um índice de priorização voltado ao atendimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 revela uma concentração alarmante de vulnerabilidades na Região Norte do país. Enquanto as regiões Sudeste e Centro-Oeste, em sua maioria, apresentam indicadores de desempenho mais positivos, a Região Norte é caracterizada por elevada concentração de áreas com desempenho considerado médio ou abaixo do ideal, situando-se nas faixas inferiores de acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essas desigualdades observadas não são isoladas, mas estão diretamente ligadas ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) e a outras variáveis sociais. Conforme pesquisa realizada por Miranda et al. (2023), a dificuldade de acesso aos serviços de saúde nessas áreas fronteiriças intensifica o ciclo de subdesenvolvimento regional, uma vez que a distribuição de recursos e a infraestrutura de saúde não atendem às necessidades específicas das populações vulneráveis. Assim, a análise dessas disparidades enfatiza que a abrangência do sistema é prejudicada por um "vazio assistencial", que afeta de forma desproporcional as regiões menos urbanizadas e periféricas do país.

Além disso, Soares Filho et al. (2022) destacam que a desigualdade na disponibilidade de serviços de saúde entre as capitais e os municípios do interior é uma característica evidente nas regiões Norte e Nordeste. De acordo com o autor, enquanto os centros urbanos contam com equipes de Saúde da Família em fase de consolidação, as áreas

rurais e remotas enfrentam falta crônica de profissionais, o que prejudica a eficácia do sistema. Essa carência nas regiões periféricas não apenas sobrecarrega o Tratamento Fora de Domicílio (TFD), mas também prejudica o vínculo contínuo e a efetividade da atenção primária, acentuando a dependência dos municípios menores em relação à infraestrutura tecnológica e de saúde das grandes cidades.

O conjunto das evidências examinadas nesta seção revela que o direito à saúde, embora constitucionalmente assegurado e operacionalizado por princípios como universalidade, integralidade e descentralização, encontra na desigualdade territorial seu principal obstáculo de efetivação. A concentração de profissionais e serviços nas regiões mais urbanizadas, o vazio assistencial nas regiões Norte e Nordeste e as limitações logísticas do Tratamento Fora de Domicílio evidenciam que a garantia formal do direito à saúde não se traduz, por si só, em acesso real para parcelas significativas da população brasileira.

É precisamente diante desse cenário de assimetrias estruturais que a regulamentação da telessaúde, examinada na seção seguinte, emerge como instrumento normativo relevante para a superação das barreiras geográficas e o fortalecimento da atenção à saúde em regiões menos urbanizadas.

3 A REGULAMENTAÇÃO DA TELESSAÚDE NO SUS À LUZ DA LEI Nº 14.510/2022

As assimetrias territoriais no acesso à saúde, evidenciadas na seção anterior, revelam a insuficiência das estruturas tradicionais de atenção para alcançar populações em regiões menos urbanizadas. É nesse contexto que a regulamentação da telessaúde no Brasil emerge como resposta normativa relevante, ao criar o marco jurídico necessário para que tecnologias digitais possam ser incorporadas ao SUS como instrumentos de superação dessas barreiras.

Para compreender o alcance e os limites dessa resposta, esta seção examina dois eixos complementares: o primeiro percorre a trajetória histórica e normativa da telessaúde no Brasil, desde suas origens até a consolidação da Lei nº 14.510/2022; o segundo analisa as disposições materiais dessa lei em articulação com os demais instrumentos normativos de governança digital que condicionam sua aplicação.

3.1 Fundamentos Constitucionais e Evolução Histórica da Telessaúde no SUS

A telessaúde, compreendida como o conjunto de serviços e ações de saúde prestados por meio de tecnologias de informação e comunicação à distância, constitui conceito mais

amplo do que o de telemedicina, que se restringe à atuação médica remota. Essa distinção, consagrada pela Lei nº 14.510/2022, é relevante para compreender a trajetória normativa do instituto no Brasil, marcada pela passagem progressiva de experiências isoladas de telemedicina para uma política estruturada de telessaúde integrada ao SUS.

Embora a telemedicina tenha adquirido maior notoriedade no Brasil após a pandemia de Covid-19, suas origens conceituais remontam a um contexto internacional da década de 1960. De acordo com Lisboa et al. (2023), os primeiros voos espaciais tripulados tiveram papel relevante nesse processo, uma vez que exigiram o uso de tecnologias de transmissão à distância, especialmente da telemetria por rádio, para o acompanhamento dos sinais vitais de astronautas em órbita ou em missões destinadas à Lua.

No Brasil, o avanço da telemedicina e da telessaúde esteve ligado ao desenvolvimento de uma infraestrutura tecnológica que integrou instituições de ensino, pesquisa e saúde. A criação da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP), em 1989, pelo então Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação, representou um marco importante, pois possibilitou a estruturação de uma rede nacional de internet voltada ao ambiente acadêmico e científico (Maldonado et al., 2016), criando as condições técnicas necessárias para que a troca de informações entre serviços e profissionais de saúde ocorresse de forma mais estruturada e eficiente.

A regulamentação da telemedicina só veio décadas depois, tendo como marco inicial a publicação da Resolução nº 1.643, de 7 de agosto de 2002, que estabeleceu parâmetros conceituais e normativos para a prestação de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação (Brasil, 2002). Esse ato normativo reconheceu oficialmente a telemedicina como parte do exercício médico, definindo diretrizes relativas à segurança e ao sigilo das informações dos pacientes e às responsabilidades dos profissionais envolvidos, ao mesmo tempo em que reconheceu os desafios éticos e as limitações clínicas inerentes à prática.

Em 2005, a criação da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE/RNP), no âmbito da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa, contribuiu para a consolidação da infraestrutura da telemedicina no Brasil, ao promover a interconexão entre hospitais universitários e instituições de ensino em saúde em diferentes regiões do país (Silva; Amorim, 2009). Essa iniciativa favoreceu a cooperação interinstitucional e o acesso a serviços especializados, especialmente em contextos de menor disponibilidade de recursos assistenciais, antecipando o potencial da conectividade para reduzir desigualdades no acesso à saúde.

No ano de 2007, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Telessaúde, coordenado em nove estados em articulação com a RUTE/RNP (Silva; Moraes, 2012). Essa

iniciativa representou um passo decisivo ao incorporar a telessaúde ao SUS como política pública, deixando de ser algo restrito ao meio acadêmico e passando a apoiar diretamente a assistência e a integração dos serviços, com especial relevância para regiões com menor densidade de profissionais de saúde.

Em 2011, a Portaria nº 2.546/2011 promoveu a consolidação do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Silva; Moraes, 2012), organizando serviços como teleconsultoria, telediagnóstico e teleeducação, além de integrar profissionais e gestores em uma rede articulada. O programa foi estruturado para qualificar cerca de 2.700 equipes da Estratégia Saúde da Família, com implantação de nove núcleos de telessaúde e aproximadamente 900 pontos em unidades básicas de saúde (Maldonado et al., 2016). Em 2016, a iniciativa já alcançava 23 estados, com 8.097 pontos ativos em 3.417 municípios (Dramos, 2019), evidenciando sua expansão e seu potencial para fortalecer a atenção primária em municípios de menor porte.

Apesar desses avanços, a telessaúde ainda não era realidade cotidiana no contexto brasileiro quando a pandemia de Covid-19 acelerou sua utilização, evidenciando sua importância para a manutenção do cuidado em contextos de distanciamento social. A Lei nº 13.989/2020 autorizou o uso da telemedicina durante a pandemia, permitindo atendimentos à distância e validando prescrições digitais (Brasil, 2020), e acelerou a consolidação da prática no país.

A Lei nº 14.510/2022 alterou a Lei nº 8.080/1990 para regulamentar permanentemente a telessaúde no Brasil, revogando a legislação emergencial e consolidando-a como política estrutural do SUS (Brasil, 2022). A norma definiu princípios como autonomia profissional, consentimento do paciente e segurança de dados, conferindo estabilidade jurídica à prática e ampliando o acesso aos serviços de saúde. Em regiões menos urbanizadas, essa regulamentação é especialmente relevante por permitir a incorporação planejada e contínua da telessaúde às redes locais de atenção à saúde.

Desse modo, o Programa SUS Digital, instituído em 2024, ampliou a digitalização dos registros em saúde na Atenção Primária, articulando prontuários eletrônicos, bases de dados e mecanismos de regulação para promover atenção mais coordenada e integral (Haddad; Lima, 2025). Esse movimento consolida a telessaúde não apenas como modalidade de atendimento remoto, mas como componente estrutural de um sistema de saúde digital que tem potencial de alcançar populações historicamente desassistidas nas regiões de menor urbanização.

3.2 Disposições Materiais das Leis nº 14.510/2022, 13.709/2018 e 12.965/2014

A consolidação normativa da telessaúde no SUS não se esgota na Lei nº 14.510/2022. Sua aplicação efetiva pressupõe a observância de um arcabouço jurídico mais amplo, composto por instrumentos de governança digital que condicionam o modo como os serviços de saúde à distância podem ser prestados, especialmente no que diz respeito à proteção dos dados dos usuários. Essa dimensão normativa é particularmente relevante para regiões menos urbanizadas, onde a fragilidade da infraestrutura tecnológica torna os usuários mais vulneráveis a falhas de segurança e à violação de direitos digitais.

A Lei nº 14.510/2022 incorpora o princípio da responsabilidade digital, relacionando a utilização de tecnologias da informação e da comunicação à proteção de dados, à confidencialidade e ao respeito à privacidade e à intimidade dos usuários (Brasil, 2022). A norma está inserida em um espaço já definido por outros instrumentos fundamentais de governança digital, especialmente pela Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD) e pela Lei nº 12.965/2014 (Marco Civil da Internet), que estabelecem, respectivamente, as bases para a proteção de dados pessoais e para a garantia dos direitos dos usuários no ambiente digital.

A LGPD incide diretamente sobre a telessaúde porque os dados de saúde são classificados como informações sensíveis, sujeitas a regime jurídico mais rigoroso de consentimento e segurança. Essa incidência está expressa no art. 26-A, inciso VI, da Lei nº 14.510/2022, que trata da confidencialidade dos dados do usuário, e no art. 26-G, inciso II, do mesmo diploma, que determina que a prática da telessaúde deve observar as disposições da LGPD, reafirmando a necessidade de políticas de consentimento e de controle sobre o tratamento dessas informações (Brasil, 2022).

O Marco Civil da Internet, por sua vez, assegura a proteção da privacidade e da intimidade do cidadão nas redes, bem como a preservação de seus registros on-line, impactando diretamente a utilização das tecnologias da informação e da comunicação na saúde (Barreto Junior; Sampaio; Gallinaro, 2018). Em regiões com menor letramento digital, a observância desses direitos depende não apenas da existência da norma, mas da capacidade efetiva dos usuários de compreender e exercer o consentimento informado sobre o uso de seus dados, o que representa um desafio adicional à implementação da telessaúde em contextos de baixa urbanização.

A interação entre esses instrumentos normativos demonstra que a telessaúde no SUS depende do cumprimento simultâneo de obrigações sanitárias, de proteção de dados e de

governança digital, impondo ao poder público e aos prestadores deveres que vão além da simples disponibilização de plataformas remotas. Em regiões menos urbanizadas, marcadas por infraestrutura tecnológica precária e dificuldades de acesso e domínio das ferramentas digitais, esse arcabouço representa одновременно garantia e desafio, pois sua efetivação ainda depende de condições não universalmente asseguradas no território nacional.

Identificado o marco normativo que estrutura a telessaúde no Brasil, tanto em sua dimensão histórica quanto em suas disposições materiais, a seção seguinte examina de que modo esse conjunto normativo se traduz em resultados concretos para o acesso à saúde em regiões menos urbanizadas, avaliando as potencialidades identificadas pela literatura empírica e os limites que persistem para sua plena efetivação.

4 A TELESSAÚDE COMO INSTRUMENTO DE AMPLIAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE EM REGIÕES MENOS URBANIZADAS

O marco normativo examinado na seção anterior estabelece as condições jurídicas para que a telessaúde opere como política estrutural do SUS. A questão que se coloca a partir daí é de ordem prática: em que medida esse fundamento legal se traduz em ampliação efetiva do acesso à saúde nas regiões menos urbanizadas do Brasil, onde as barreiras geográficas, a escassez de profissionais e a precariedade da infraestrutura são mais acentuadas?

Esta seção examina essa questão a partir de três eixos complementares: as potencialidades da telessaúde na superação de barreiras geográficas e estruturais; as evidências empíricas produzidas por experiências concretas em municípios de baixa urbanização; e os desafios e limites que condicionam sua efetivação como instrumento de redução das desigualdades no acesso à saúde.

4.1 Potencialidades da Telessaúde na Superação de Barreiras Geográficas e Estruturais

A distribuição desigual de profissionais de saúde no Brasil afeta de forma mais expressiva os municípios afastados dos grandes centros, nos quais a população depende de serviços muitas vezes limitados e de difícil acesso. Casos como o reportado por Santos et al. (2023), em que moradores do distrito de União Queimada, localizado na cidade de Itajuípe-BA, enfrentam condições desfavoráveis no acesso a consultas e exames quando comparados aos residentes em áreas urbanas, ilustram como fatores como longas distâncias,

maior tempo de deslocamento e limitações no acesso à informação e à orientação adequada comprometem o direito à saúde nessas localidades.

Em razão desse cenário, buscaram-se alternativas para suprir essas carências. Foi nesse contexto que foi instituído o Programa Mais Médicos, com o objetivo de ampliar a presença de profissionais em regiões vulneráveis e reduzir os vazios assistenciais historicamente existentes no país (Brasil, 2013). Contudo, embora essa política pública tenha obtido resultados relevantes, a distribuição de médicos ainda é insuficiente em muitas dessas localidades.

A dificuldade de fixação dos profissionais compromete a longitudinalidade do cuidado, isto é, a continuidade do acompanhamento do paciente a longo prazo. Às condições estruturais precárias das unidades básicas de saúde, à sobrecarga profissional e à fragilidade da rede de referência somam-se, portanto, desafios de ordem pessoal e institucional que dificultam a continuidade e a qualidade do atendimento, evidenciando a necessidade de estratégias complementares.

Nesse contexto, a telessaúde desempenha papel relevante na aproximação entre usuários, profissionais e serviços de saúde. Ao permitir atendimentos, orientações e acompanhamentos à distância, essa ferramenta contribui para ampliar o acesso à saúde, especialmente em localidades onde a distância física ainda dificulta a assistência. No atendimento em si, a telemedicina e a telessaúde surgem como alternativas relevantes para oferecer suporte técnico ao médico de família, qualificar a prática clínica, melhorar o cuidado prestado à população e fortalecer a educação permanente dos profissionais de saúde (Feitosa et al., 2026).

Segundo Carvalho e Castro (2024), a telessaúde contribui para reduzir custos e tempo de espera, além de proporcionar maior conforto, flexibilidade e acompanhamento remoto aos pacientes. Além das consultas virtuais, engloba recursos como telediagnóstico, teleconsultoria e teleducação, voltados ao apoio especializado, à discussão de casos clínicos e à capacitação profissional por meio de cursos e atualizações clínicas (Cezário et al., 2024).

Diante da necessidade de serviços especializados em localidades nas quais o atendimento presencial nem sempre é viável, a telessaúde representa estratégia relevante de aproximação entre especialistas e pacientes de cidades pequenas ou distantes. Por meio dela, profissionais localizados em centros urbanos mais estruturados podem prestar suporte a populações que, sem essa alternativa, teriam maiores dificuldades para acessar determinados cuidados de saúde (Esteves et al., 2025). As evidências produzidas por experiências concretas

em municípios de baixa urbanização, examinadas na subseção seguinte, permitem avaliar em que medida esse potencial se traduz em resultados efetivos.

4.2 Evidências Empíricas e Estudos de Caso em Municípios de Baixa Urbanização

As evidências produzidas por experiências concretas de telessaúde em municípios de menor porte demonstram resultados consistentes em localidades mais distantes dos centros especializados e com estrutura de saúde mais limitada. Nesses locais, a telessaúde funciona como apoio à Atenção Primária, permitindo que os profissionais recebam orientações de especialistas, discutam casos clínicos e contem com suporte diagnóstico, sem que o paciente precise se deslocar imediatamente para outro município. Os três estudos examinados a seguir ilustram esse potencial em diferentes contextos regionais do Brasil.

A análise da Rede de Teleassistência de Minas Gerais demonstrou resultados relevantes no apoio à Atenção Primária em municípios distantes. Entre 2007 e 2012, foram registradas 47.689 teleconsultorias, envolvendo localidades com baixa densidade populacional e menor índice de desenvolvimento humano. O serviço contribuiu para evitar encaminhamentos presenciais em grande parte dos casos e registrou elevado índice de satisfação entre os profissionais que o utilizaram. Esses dados evidenciam que a telessaúde pode ampliar a resolutividade dos serviços locais, reduzir deslocamentos desnecessários e fortalecer a educação permanente em saúde (Marcolino et al., 2014).

Segundo Bernardes, Coimbra e Serra (2018), o Programa Telessaúde no Maranhão apresentou resultados positivos como ferramenta de apoio à Educação Permanente em Saúde. Entre 2015 e 2016, foram realizadas 13.976 teleconsultorias provenientes de 47 municípios, em sua maioria de pequeno porte, com até 40 mil habitantes e baixos índices de desenvolvimento humano municipal. Mais de 80% dos profissionais que avaliaram o serviço relataram ter suas dúvidas esclarecidas, evidenciando o potencial da telessaúde para apoiar as equipes da Atenção Básica em localidades com menor infraestrutura técnico-assistencial. Além disso, os indicadores de utilização do Núcleo de Telessaúde do Maranhão mostraram-se mais positivos do que os de outros serviços semelhantes no Brasil e em outros países, o que demonstra a sustentabilidade do programa e sua relevância como estratégia de apoio à Atenção Básica e à Educação Permanente em Saúde.

Chagas et al. (2025) demonstraram resultados positivos da telemedicina na Atenção Primária à Saúde no Rio Grande do Norte entre 2022 e 2023. O estudo envolveu 572 pacientes e 847 consultas, com média de espera de 7 dias, sendo grande parte das demandas

resolvida sem encaminhamento presencial. A iniciativa ampliou o acesso a especialidades como cardiologia, neurologia, psiquiatria e endocrinologia, evidenciando o potencial da telessaúde para reduzir filas, fortalecer a resolutividade da rede local e tornar o atendimento mais ágil em municípios distantes dos grandes centros.

O conjunto dessas experiências evidencia que a telessaúde, quando implementada com estrutura adequada, produz resultados concretos na redução de encaminhamentos desnecessários, no apoio aos profissionais da Atenção Primária, na diminuição do tempo de espera dos pacientes e no fortalecimento da educação permanente das equipes locais. Ao permitir a troca de informações entre profissionais e o contato remoto com especialistas, essa ferramenta contribui para que problemas de saúde sejam resolvidos no próprio município, reduzindo a dependência de centros urbanos de maior porte.

Tais resultados confirmam o potencial da telessaúde como instrumento de redução das desigualdades no acesso à saúde em regiões menos urbanizadas, ao mesmo tempo em que apontam para os limites e desafios que condicionam sua efetivação, objeto da subseção seguinte.

4.3 Desafios e Limites: Inclusão Digital, Ética e Infraestrutura

Embora as evidências examinadas na subseção anterior demonstrem o potencial da telessaúde para ampliar o acesso à saúde em regiões menos urbanizadas, é necessário reconhecer que a previsão legal e os resultados positivos identificados não significam, por si só, que todos os usuários conseguirão acessar esse serviço de forma igualitária. A Lei nº 14.510/2022 cria o fundamento jurídico para a expansão da telessaúde no SUS, mas sua efetivação depende de condições estruturais, tecnológicas e sociais que ainda não estão universalmente asseguradas no território nacional, especialmente nas regiões de menor urbanização.

O primeiro desafio diz respeito à exclusão digital. Para que o usuário possa ter acesso à consulta ou orientação à distância, é necessário dispor de aparelho celular ou computador com conexão à internet estável, o que não corresponde à realidade de parcelas significativas da população brasileira, principalmente em municípios pequenos, áreas rurais ou regiões mais afastadas dos grandes centros. Além disso, é necessário familiarizar-se com plataformas digitais e equipamentos, o que também não é uma realidade plenamente estabelecida para pessoas idosas, com baixa escolaridade ou sem acesso a essas tecnologias (Polonski et al., 2025).

Esse conjunto de barreiras compromete diretamente a efetividade do direito à saúde, que não se limita à existência formal do serviço, mas pressupõe acesso real e impactos concretos na vida dos usuários. Nesse contexto, embora a telessaúde possua potencial para superar barreiras físicas e ampliar o acesso aos serviços de saúde, sua implementação ainda enfrenta limitações relacionadas às desigualdades socioeconômicas e às diferenças no acesso e no domínio das tecnologias digitais, o que pode impedir parte da população de se beneficiar plenamente desse recurso (Figueirêdo et al., 2023). Além disso, Santos et al. (2023) destacam que o sistema ainda opera sob uma lógica em que o usuário precisa se adaptar às exigências institucionais, comprometendo os princípios de equidade e universalidade e evidenciando a necessidade de reorganização das práticas de saúde a partir das realidades territoriais.

Outro desafio relevante diz respeito à infraestrutura necessária para que a telessaúde funcione adequadamente no SUS. São necessários equipamentos adequados, internet estável, segurança nas plataformas e profissionais capacitados. A proteção dos dados sensíveis dos usuários exige atenção particular, pois o sigilo, a privacidade e a segurança das informações de pacientes são condições indispensáveis para a legitimidade do atendimento remoto. Ataques cibernéticos podem interromper os serviços de atendimento, seja por inviabilizar o uso das plataformas, seja por impedir o acesso das equipes aos prontuários, comprometendo a continuidade do cuidado (Candeira Braga e Furtado, 2025).

Por fim, à luz da Lei nº 14.510/2022, é fundamental compreender que a telessaúde não substitui o atendimento presencial. Em circunstâncias específicas, o exame físico, a realização de procedimentos e o acompanhamento direto são indispensáveis e não podem ser supridos pela modalidade remota. A telessaúde é, portanto, uma estratégia complementar de suporte à rede de atenção à saúde, não uma solução para a totalidade dos desafios assistenciais do SUS.

O conjunto das evidências e análises desenvolvidas nesta seção permite responder, de forma articulada, à pergunta de pesquisa que orienta este trabalho. A telessaúde, nos termos da Lei nº 14.510/2022, demonstra potencial concreto para ampliar o acesso ao direito à saúde em regiões menos urbanizadas, conforme atestam as experiências de Minas Gerais, Maranhão e Rio Grande do Norte. Contudo, sua efetivação como instrumento de redução das desigualdades territoriais depende da superação de barreiras de exclusão digital, de investimento em infraestrutura tecnológica e de uma reorientação do sistema em direção às realidades específicas das populações mais vulneráveis. Esses achados constituem a base sobre a qual a conclusão deste artigo formulará suas contribuições e apontará os limites do estudo.

5 CONCLUSÃO

O presente artigo analisou a telessaúde no SUS como instrumento para ampliar o acesso ao direito à saúde em regiões menos urbanizadas do Brasil, à luz da Lei nº 14.510/2022. A pergunta que orientou a pesquisa foi: em que medida a telessaúde, nos termos dessa lei, pode ampliar o acesso ao direito à saúde em regiões menos urbanizadas? Os resultados permitem respondê-la de forma articulada: a telessaúde demonstra potencial concreto para reduzir desigualdades territoriais no acesso à saúde, mas sua efetivação depende de condições estruturais, tecnológicas e sociais que ainda não estão universalmente asseguradas.

A análise do marco normativo evidenciou que a Lei nº 14.510/2022 consolidou a telessaúde como política permanente do SUS, definindo princípios como autonomia profissional, consentimento do paciente e segurança de dados, e conferindo estabilidade jurídica a uma prática que até então dependia de autorizações provisórias. As evidências empíricas examinadas, produzidas pelas experiências de Minas Gerais, Maranhão e Rio Grande do Norte, confirmaram que a telessaúde reduz encaminhamentos desnecessários, diminui o tempo de espera, apoia os profissionais da Atenção Primária e fortalece a educação permanente das equipes locais.

Este estudo identifica a telessaúde como prática complementar, não substitutiva, capaz de aproximar especialistas e pacientes em localidades onde o atendimento presencial é inviável ou insuficiente. Ao mesmo tempo, a pesquisa evidencia que a exclusão digital, a precariedade da infraestrutura tecnológica e a lógica de um sistema que ainda exige que o usuário se adapte às suas condições constituem entraves à efetivação dessa política, especialmente para populações em situação de maior vulnerabilidade.

Do ponto de vista das contribuições, o estudo avança em três planos. No plano jurídico, examina sistematicamente a efetividade da Lei nº 14.510/2022 em contextos de baixa urbanização, lacuna ainda pouco explorada pela literatura. No plano acadêmico, articula direito à saúde, políticas públicas e tecnologias digitais a partir de evidências empíricas concretas. No plano social, demonstra que a telessaúde tem potencial redistributivo real, mas condicionada à superação de barreiras que afetam desproporcionalmente os grupos mais vulneráveis.

A pesquisa aponta para direções concretas de investigação futura: estudos quantitativos sobre o impacto da telessaúde em municípios de baixa urbanização após a vigência da lei, pesquisas comparadas com sistemas de saúde de outros países com desafios

territoriais semelhantes e análises sobre os efeitos da exclusão digital na efetividade do direito à saúde.

A telessaúde não resolverá sozinha as desigualdades históricas do sistema de saúde brasileiro. Mas, quando integrada a políticas de inclusão digital, investimento em infraestrutura e reorientação do sistema para as realidades territoriais, representa um instrumento com potencial real de aproximar o direito à saúde daqueles que mais precisam e menos conseguem acessá-lo.

REFERÊNCIAS

ANDRÉ, Gabriela da Silva; HERMANY, Ricardo. Federalismo cooperativo e a sustentabilidade municipal: a Súmula Vinculante nº 60 e os desafios da judicialização da saúde no Brasil. In: **XX Seminário Internacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea; XVII Mostra Internacional de Trabalhos Científicos**, 2025, Santa Cruz do Sul. Anais [...] Santa Cruz do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul, 2025. Acesso em: 14 abr. 2026.

ANDREZA, Marli Nascimento dos Santos; DINIZ, Cícera Lais Ferreira; FEITOSA, Raimunda Aureniza; PRATA JÚNIOR, José Rômulo Cavalcante; SANTOS, Vagner Sales dos; LIMA, Vanessa Vasconcelos; SANTANA, Willma José de; GONÇALVES, Roberta Lins. Implantação da telessaúde indígena no Brasil. **Contribuciones a Las Ciencias Sociales**, São José dos Pinhais, v. 17, n. 4, p. 1-21, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.4-127>. Acesso em: 14 abr. 2026.

BARRETO JUNIOR, Irineu Francisco; SAMPAIO, Vinícius Garcia Ribeiro; GALLINARO, Fábio. Marco civil da internet e o direito à privacidade na sociedade da informação. **Direito, Estado e Sociedade**, Rio de Janeiro, n. 52, [2018]. Disponível em: <https://direitoestadosociedade.jur.puc-rio.br/media/art%205%20direito%2052.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2026.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 14 abr. 2026.

BRASIL. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 out. 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm. Acesso em: 1 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Demografia Médica 2025 aponta maior concentração de especialistas na rede privada**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 30 abr. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/abril/usuarios-de-plano-de-saude-tem-mais-acesso-a-cirurgias-do-que-pacientes-do-sus-aponta-demografia-medica-2025>. Acesso em: 16 maio 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Agravo regimental no agravo de instrumento n. 550530** AgR. Relator: Min. Joaquim Barbosa. 2. Turma, julgado em 26 jun. 2012. Diário da Justiça Eletrônico, Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de descumprimento de preceito fundamental n. 45/DF**. Relator: Min. Celso de Mello. Brasília, DF, julgado em 29 abr. 2004. Diário da Justiça, Brasília, DF, 4 maio de 2004.

CANDEIRA BRAGA, Jairo Victor; FURTADO, Gabriel Rocha. Telemedicina, proteção de dados e segurança da informação: Elementos para a preservação da confidencialidade dos registros eletrônicos em saúde. **Opin. jurid.**, Medellín, v. 24, n. 51, a4449, June 2025. <https://doi.org/10.22395/ojum.v24n51a4449> Acesso em: 30 abr. 2026.

CANOÉ, Débora Cristina dos Santos Batista; SOUSA, Janaina Dias de; CARVALHO, Ingrid Araujo; PAULA, Tereza Raquel Santos de; CAVALCANTE, Rafael Leituga de Carvalho; SILVA, Gislaine Aneanes da; CARVALHO, Camila Nunes; SANTOS, Valquiria Kopke dos. Telemedicina como estratégia permanente do SUS para ampliar o acesso equânime. **Revista Lumen et Virtus**, São José dos Pinhais, v. XVII, n. LVI, p. 1-12, 2026. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/LEV/article/download/11986/13259/42011>. Acesso em: 21 abr. 2026.

CARDOSO, Carlos Alberto Cardoso Cerqueira Júnior; CUNHA, Vanessa Ribeiro Simon. O mínimo existencial do direito à saúde no SUS: o caso do Programa Saúde da Família. **Cadernos PRODISA**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, 2016, pp. [1-17]. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/250>. Acesso em: 21 abr. 2026.

CARVALHO, Raysson Caproni de; CASTRO, Renata Cristina Oliveira Souza. A telemedicina no processo de democratização da saúde no Brasil: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 2, p. 1737-1751, 2024

CEZÁRIO, Laís Renata Almeida; FERREIRA, Bianca Freitas; MANOEL, Ariane Vanessa; OLIVEIRA, Julicristie Machado de; MENDES, Karine Laura Cortellazzi; PECORARI, Vanessa Arias. Telessaúde no Brasil: uma revisão de escopo. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 48, n. 2, p. 209-224, abr./jun. 2024. DOI: 10.22278/2318-2660.2024.v48.n2.a4010. Acesso em: 23 abr. 2026.

COPETTI, Maria Eduarda Granel; LYRA, José Francisco Dias da Costa. Os desafios do Estado de Bem-Estar Social na promoção do direito à saúde. **Revista Ilustração**, Santo Ângelo, v. 7, n. 3, p. 509-526, 2026. Disponível em: <https://doi.org/10.46550/ilustracao.v7i3.582>. Acesso em: 21 abr. 2026.

DRAMOS, Liliana. **Analisando o uso e a qualidade dos serviços de Telessaúde na Atenção Primária**: o caso de Minas Gerais. 2019. 143 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. The three worlds of welfare capitalism. **Cambridge: Polity Press**, 1990. p. 9-54. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/243774920_The_Three_Worlds_Of_Welfare_Capitalism. Acesso em: 16 maio 2026.

ESTEVES, Ana Laura Bacelar; ARMANI, Hian Schaffeler; GARCIA, Maria Cecília; CRUZ, Sara Moreira; SOUZA, Thais Estefany Gomes de; POLAKIEWICZ, Rafael Rodrigues.

Telemedicina e telessaúde: desafios e oportunidades na implantação da saúde digital. **Archives of Health**, Curitiba, v. 6, n. 3, p. 01-07, 2025. DOI: 10.46919/archv6n3-001. ISSN 2675-4711. Acesso em: 24 abr. 2026.

FEITOSA, Amanda Luiza Marinho; SANTOS, Wallace Enrico Boaventura; PEREIRA, Lucélia Luiz; LINS, Tiago Salessi; PASSOS, Taciana Silveira; BARRETO, Ivana Cristina Holanda Cunha; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. Preferência declarada: adesão e permanência na percepção de profissionais do Programa Mais Médicos – 2025. **SciELO Preprints**, 2026. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.15219. Acesso em: 1 maio 2026.

HADDAD, Ana Estela; GARRIDO, Deise; SHIBATA, Leonardo; SANTOS, Alaneir de Fatima dos; D'AGOSTINO, Marcelo. Do Programa Nacional de Telessaúde ao SUS Digital: análise da evolução da telessaúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário – USP**, São Paulo, v. 25, n. 1, 2025. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rdisan/article/view/238280>. Acesso em: 21 abr. 2026.

MIRANDA, Wanessa Debôrtoli de; SILVA, Gabriela Drummond Marques da; FERNANDES, Luísa da Matta Machado; SILVEIRA, Fabrício; SOUSA, Rômulo Paes de. Desigualdades de saúde no Brasil: proposta de priorização para aceleração do cumprimento das metas nacionais de saúde da Agenda 2030. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, e00119022, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ZhvTDQQn6nxxDyKjFWDWQ8g/>. Acesso em: 28 abr. 2026.

OLIVEIRA, Ricardo Antunes Dantas de; DUARTE, Cristina Maria Rabelais; PAVÃO, Ana Luiza Braz; VIACAVA, Francisco. Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ysfcvHtsLzQ7vbnQs5FJbsv/?lang=pt>. Acesso em: 30 abr. 2026.

POLONSKI, Tiana Costa; ZANIN, Luciane; OLIVEIRA, Arlete Maria Gomes; DUTRA, Emiliane Rodrigues; SILVA FILHO, David Antonio da; FLÓRIO, Flávia Martão. **Influência da inclusão digital na alfabetização em saúde de idosos**. ETD – Educação Temática Digital, Campinas, SP, v. 24, n. 3, p. 584–597, jul./set. 2022. Acesso em: 30 abr. 2026.

REHEM, Renilson; TASCA, Renato; PADILHA, Frederica; ALMEIDA, Beatriz; ELEONE, Agatha; AGUILLAR, Arthur; CARRERA, Mariana. Os desafios da regionalização do SUS de acordo com a visão de atores estratégicos. **Estudo Institucional**, n. 11. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), 2023. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2023/09/Estudo_Institucional_IEPS_11.pdf. Acesso em: 23 abr. 2026.

REIS, Roberta Silva dos; VALE, Karla Cristiane Pereira; BARBOSA, Gabriella Sousa da Silva; CAMARÃO, Felipe Costa; SILVA, Sergio Felipe de Melo. Direito fundamental à saúde dos povos indígenas no Maranhão: políticas públicas, desafios e efetivação constitucional. **Revista DCS**, [S. l.], v. 23, n. 88, p. 01–18, 2026. DOI: 10.54899/dcs.v23i88.5037. Disponível em: <https://ojs.revistadcs.com/index.php/revista/article/view/5037>. Acesso em: 21 abr. 2026.

SANTOS, Edmilson Alves dos; SANTOS, Márcia Verônica Oliveira de Jesus; OLIVEIRA, Larayne Gallo Farias; FREITAS, Lázaro Silva; SILVA, Luciana dos Anjos de Aquino da. E o acesso à saúde primária pela população rural? **Revista Enfermagem Atual In Derme**, São Paulo, v. 97, n. 4, e02323, 2023. DOI: 10.31011/reaid-2023-v.97-n.4-art.1909.

SANTOS, Janice Lemos de Araujo Silva; CONSERVA, Marinalva de Sousa. Desigualdade regional e acesso à saúde no Brasil: reflexões a partir de principais desafios territoriais. In: **Desigualdade regional e saúde: algumas considerações**. JOINPP, 2023. Disponível em: https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2023/upload/anais/trabalho_submissaoId_2903_2903649897ec23294.pdf?035205. Acesso em: 21 abr. 2026.

SCHWARTZ, Germano; GUILHERME, Rafaela Lemos. O Superior Tribunal de Justiça e a reserva do possível no direito à saúde. **Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça**, Porto Alegre, v. 6, n. 21, p. 197-208, out./dez. 2012. DOI: 10.30899/dfj.v6i21.284. Disponível em: Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça. Acesso em: 15 maio 2026.

SILVA, Delmo Mattos da. Justiça distributiva e desafios éticos na alocação de recursos públicos da saúde no enfrentamento da pandemia Covid-19. **Revista Jurídica Unicuritiba**. Curitiba, 2025. Disponível em: <https://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/7578/pdf>. Acesso em: 16 maio 2026.

SOARES FILHO, Adauto Martins; VASCONCELOS, Cíntia Honório; DIAS, Alexsandro Cosme; SOUZA, Ana Célia Caetano de; MERCHAN-HAMANN, Edgar; SILVA, Maria Rocineide Ferreira da. Atenção Primária à Saúde no Norte e Nordeste do Brasil: mapeando disparidades na distribuição de equipes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 377-388, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.39342020>. Acesso em: 21 abr. 2026.

SILVA, Ozana Rebouças; FONSECA, Antonio Angelo Martins da. Equidade territorial no Tratamento Fora dos Domicílios (TFD): uma revisão integrativa. **Anais do Encontro Nacional de Pós-Graduação em Geografia (ENANPEGE)**, 2023. Disponível em: https://editorarealize.com.br/editora/anais/enanpege/2023/TRABALHO_COMPLETO_EV187_MD6_ID1007_TB350_31102023145856.pdf. Acesso em: 25 abr. 2026.