

Alocação de recursos financeiros em políticas de saúde digital em países com sistemas universais de saúde - Revisão Narrativa

Financial resource allocation in digital health policies in countries with universal health systems: A narrative review

Fernando Moreira Gonçalves¹ (<https://orcid.org/0009-0004-4424-6317>)

Brunna Verna Castro Gondinho² (<https://orcid.org/0000-0002-1061-4407>)

1. Especialização em Economia e Gestão em Saúde. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP). São Paulo, SP, Brasil.
2. Universidade Estadual do Piauí – UESPI. Parnaíba, PI, Brasil.

Resumo

A Saúde Digital tem sido encarada como principal aposta para ampliação de acesso, qualificação do cuidado e aumento da resiliência dos sistemas de saúde. Contudo, a alocação de recursos financeiros em políticas de Saúde Digital pode ampliar iniquidades e consolidar dependências tecnológicas, especialmente em países do Sul Global. Este estudo, baseado em uma revisão narrativa com análise documental, teve como objetivo examinar os critérios utilizados na alocação de recursos financeiros em políticas nacionais de Saúde Digital em países com sistemas universais de saúde (Brasil, Austrália, Canadá, Espanha e Reino Unido). Foram identificados documentos estratégicos e textos governamentais, sistematizados em matriz comparativa com base em quatro eixos: caracterização geral, princípios norteadores, modelos de financiamento e estrutura federativa. Os resultados indicam diferentes arranjos institucionais, com variações na descentralização, nos mecanismos de repasse e no detalhamento dos critérios distributivos. Apenas o Brasil apresenta ferramenta técnica (Índice Nacional de Maturidade em Saúde Digital) que visa apoiar o planejamento local e contribuir para maior transparência na alocação de recursos. Observa-se que estratégias do Norte Global tendem a priorizar critérios de eficiência e interoperabilidade, sem explicitar mecanismos para reduzir desigualdades territoriais ou considerar determinantes digitais da saúde. A análise crítica, à luz do conceito de colonialismo digital, evidencia que a retórica da inovação pode reforçar dependências e práticas neocoloniais, transformando dados em ativos econômicos, majoritariamente concentrados em conglomerados privados. Conclui-se que políticas públicas de Saúde Digital devem enfrentar as desigualdades estruturais por meio de critérios redistributivos orientados por equidade, em articulação com a construção de soberania tecnológica, assegurando que os países possam conduzir suas próprias agendas digitais, alinhadas às suas necessidades e contextos.

Descritores: Saúde Digital; Alocação de Recursos para a Atenção à Saúde; Equidade em Saúde; Análise Documental.

Abstract

Digital Health is often presented as a central strategy to expand access, improve the quality of care, and strengthen the resilience of health systems. However, the allocation of financial resources in Digital Health policies may exacerbate inequities and consolidate technological dependencies, especially in countries of the Global South. This study, a narrative review with document analysis, aimed to examine the criteria used for allocating financial resources in national Digital Health policies in countries with universal health systems (Brazil, Australia, Canada, Spain, and the United Kingdom). Strategic documents and official texts were identified and systematically organized into a comparative matrix covering four analytical axes: general characterization, guiding principles, financing models, and federative structure. The results reveal distinct institutional arrangements, marked by variations in decentralization, transfer mechanisms, and the transparency of distributive criteria. Brazil is the only country presenting a technical tool (*Índice Nacional de Maturidade em Saúde Digital*) designed to support local planning and enhance transparency in resource allocation. Strategies from the Global North frequently emphasize efficiency and interoperability, while omitting explicit mechanisms for addressing territorial inequalities or the digital determinants of health. The critical analysis, grounded in the concept of digital colonialism, indicates that the rhetoric of innovation can perpetuate dependency and neocolonial practices, converting data into economic assets predominantly controlled by private conglomerates. In conclusion, public Digital Health policies should address structural inequalities through equity-oriented redistributive criteria, articulated with the construction of technological sovereignty, ensuring that countries can lead their own digital agendas aligned with their specific needs and contexts.

Keywords: Digital Health; Health Care Rationing; Health Equity; Document Analysis

INTRODUÇÃO

A Saúde Digital pode ser definida como a aplicação de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) ao campo da saúde¹⁻². Trata-se de um termo abrangente que passa a ser utilizado a partir da segunda metade dos anos 2000 em substituição ao termo e-saúde (do inglês, *e-Health*), que representava uma visão limitada do conceito, cujo foco estava no uso da internet nos processos em saúde². Contudo, diversos autores discutem que se trata de um conceito ainda em definição, tendo em vista que diversos outros termos como telessaúde, telemedicina e informática médica, são comumente utilizados em contextos semelhantes ou até enquanto sinônimos²⁻³.

Ainda que falte consenso a respeito da definição exata, o uso de Tecnologias de Informação e Comunicação no campo da saúde tem sido colocado como componente estratégico pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que reconhece seu papel na promoção e ampliação do acesso, na melhora do cuidado e da segurança de pacientes e no fortalecimento de estratégias de vigilância epidemiológica e gestão da informação¹. Nesse sentido, ao longo dos últimos 20 anos a OMS passa a emitir diversas resoluções que visam nortear as ações globais em Saúde Digital, resultando na publicação da Estratégia Global sobre Saúde Digital (2020–2025) endossada pelos Estados Membros durante a 73ª Assembleia Mundial da Saúde, em 2020.

O contexto sócio-histórico da elaboração deste documento é marcado por transformações tecnológicas aceleradas e demandas crescentes por aumento da eficiência e resiliência dos sistemas de saúde, potencializada pela experiência da pandemia de COVID-19⁴⁻⁵. Trata-se ademais, a partir de uma análise crítica, de um momento político de fortalecimento da mercantilização e financeirização da saúde⁶⁻⁷, em que o desenvolvimento da saúde digital se subordina à lógica de mercado e aos interesses do capital, fenômeno que pode promover, a título de exemplo, a concentração e o controle de dados em saúde em grandes conglomerados internacionais, sobretudo do norte global, acentuando a dependência tecnológica de países da periferia do capitalismo, em um movimento chamado colonialismo digital⁸⁻⁹. Para além do poder relacionado aos dados em saúde, o colonialismo digital também se correlaciona com aspectos de infraestrutura, com a concentração de empresas multinacionais fornecedoras de hardware e software em países do centro do poder econômico global⁹.

Nessa perspectiva crítica, as intervenções em saúde digital não seriam simplesmente tecnologias neutras que visam combater problemas de acesso e qualidade no campo da saúde. Ao contrário, estariam inseridas em cadeias globais de valor, frequentemente controladas por

grandes empresas de tecnologia e conglomerados do setor de saúde, que aproveitam essas inovações para ampliar mercados, coletar dados em larga escala e consolidar seu poder econômico e político, ou seja, tais agentes econômicos transformam problemas estruturais da saúde (como a falta de acesso e a descoordenação do cuidado) em nichos para exploração de lucro⁹⁻¹⁰.

O Brasil, sendo o país com a sétima maior população do mundo e detentor de um sistema de saúde público e universal que atende mais de 190 milhões de pessoas todos os anos, torna-se um importante agente das iniciativas em saúde digital, tendo em vista o desafio histórico de ampliação do acesso e aumento da efetividade das intervenções em um cenário de contínuos ataques ao financiamento da saúde¹¹⁻¹². A relevância institucional da saúde digital no Sistema Único de Saúde (SUS) se concretiza na formulação da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 (ESD28) pelo Ministério da Saúde (MS) em 2020, resultado de diversos movimentos anteriores, como a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) de 2015 e a Estratégia e-Saúde para o Brasil de 2017^{8,13}.

Em suma, a ESD28 apresenta diretrizes voltadas à transformação digital dos sistemas e serviços de saúde no Brasil, com especial destaque à interoperabilidade dos sistemas de informação, governança e regulação de soluções digitais e ampliação do acesso à ofertar assistenciais em telessaúde, contudo, segundo alguns autores, falha ao desconsiderar - ou abordar de forma pouco propositiva - as desigualdades socioeconômicas e demográficas que obstaculizam o acesso às intervenções, como conectividade limitada de áreas remotas e baixa literacia digital de profissionais e usuários, além de estimular a presença da iniciativa privada nas ações e, por sequência, seus interesses comerciais^{11,13-14}.

A recente criação da Secretaria de Informação e Saúde Digital (SEIDIGI) no Ministério da Saúde, em 2023, sacramenta a centralidade da pauta da saúde digital na agenda do atual governo, estabelecendo a instituição maior de governança das intervenções nesse campo em território nacional. O Programa SUS Digital, instituído pela SEIDIGI/MS pela Portaria GM/MS nº 3.232/2024, nasce com o objetivo de promover a transformação digital no âmbito do SUS, com ações voltadas à promoção do acesso à saúde por meios digitais, interoperabilidade dos sistemas de informação e vigilância em saúde, formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde, entre outras ações¹⁵. Além da elaboração de diretrizes norteadoras no campo da gestão, o Programa SUS Digital também estabelece critérios para distribuição de recursos financeiros para implementação das ações a nível de estados e municípios, por meio do Índice de Critérios de Saúde Digital (ICSD)¹⁶.

Outros países com sistemas universais de saúde também discutem as estratégias de governança de suas ações em saúde digital^{14,17}. A *Australian Digital Health Agency (ADHA)*, criada em 2015, foi responsável pela elaboração da *National Digital Health Strategy*¹⁸. No Canadá, a *Canada Health Infoway*, uma empresa pública sem fins lucrativos, formulou o *Federal Health IT Strategic Plan 2020-2025* para o sistema de saúde canadense. Já no Reino Unido, um organismo público chamado *National Health System Digital (NHS Digital)*, apoia o sistema de saúde inglês (*National Health System - NHS*) na implementação de serviços e sistemas no campo da Saúde Digital.

Ainda que os países, em consonância com a proposição da Organização Mundial da Saúde, criem estruturas internas de governança para as ações e intervenções em saúde digital, é necessário que os critérios de financiamento e alocação de recursos utilizados, sobretudo em países com sistemas de saúde universais, sejam claros e atuem de modo a não perpetuar as iniquidades de acesso aos cuidados em saúde.

METODOLOGIA

Este trabalho é uma revisão narrativa de literatura, com o objetivo de analisar, de forma crítica, os critérios utilizados por países com sistemas universais de saúde na alocação de recursos financeiros em políticas voltadas ao campo da Saúde Digital. A revisão narrativa foi a abordagem metodológica de escolha pois permite a articulação de diferentes referenciais teóricos em questões mais amplas quando comparadas às revisões sistematizadas, incluindo fontes de dados documentais - foco da presente revisão - e permitindo sínteses qualitativas¹⁹. Optou-se por incorporar, como método analítico complementar, a metodologia de Análise Documental, com o objetivo de aprofundar a análise e a compreensão dos critérios apontados em documentos oficiais relativos ao financiamento ou à alocação de recursos financeiros para políticas em Saúde Digital²⁰.

A Análise Documental, enquanto percurso metodológico qualitativo, consiste na seleção, leitura crítica e interpretação de documentos, considerados a fonte e o objeto central de análise desta metodologia^{20,21}. Há uma variabilidade de definições acerca do termo documento, mas de acordo com Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009), documentos são entendidos como materiais que, embora diversos em natureza e formato, compartilham a característica de não terem sido previamente submetidos a tratamento analítico, sendo, portanto, considerados fontes primárias de informação sobre os fenômenos investigados²². Desta forma, a definição apresentada permite a inclusão desde leis, portarias, relatórios técnicos e registros administrativos, até mídias como fotografias, vídeos, materiais em mídias sociais e demais elementos que atuam como testemunhas de determinada realidade. Cellard (2008) reforça esse entendimento ao afirmar que o documento representa um registro, até mesmo uma prova, que confere credibilidade e permanência a acontecimentos e decisões, sendo insubstituível na reconstrução de contextos históricos e na compreensão de processos sociais²³.

Assim, a Análise Documental se mostra especialmente válida para o presente estudo, uma vez que os documentos analisados (portarias, relatórios e normativas institucionais) expressam decisões políticas, critérios técnicos e racionalidades implícitas que orientam a alocação de recursos financeiros em políticas de Saúde Digital. Essa abordagem é fundamental para compreender o contexto em que tais diretrizes são construídas, operacionalizadas e justificadas no interior de sistemas universais de saúde, permitindo uma leitura que ultrapasse o conteúdo normativo e alcance os sentidos políticos e as influências das correntes econômicas vigentes.

Contexto - os sistemas universais de saúde

Optou-se por incluir na análise apenas países com sistemas universais de saúde - especificamente Brasil, Austrália, Canadá, Espanha e Reino Unido - tendo em vista o compromisso constitucional e político dessas nações com a garantia do direito à saúde, traduzido na oferta de cuidados em saúde que sejam acessíveis a toda a população. A escolha por esse contexto também se justifica pelos desafios compartilhados por esses países em relação à sustentabilidade financeira de seus sistemas de saúde, que convivem com importantes desafios do que diz respeito às regras de financiamento público, sobretudo sob influência neoliberal e suas políticas econômicas de austeridade²⁴, aumento da demanda por serviços e necessidade de incorporação de novas tecnologias para melhoria do acesso, promovendo centralidade à pauta da Saúde Digital.

Além disso, tais países apresentam níveis distintos de maturidade digital e têm produzido, nos últimos anos, estratégias nacionais, planos de ação e instrumentos de governança específicos para o campo da Saúde Digital. Tais documentos, disponíveis publicamente, possibilitam a aplicação de uma análise documental orientada por categorias como equidade, transparência, priorização e fonte de financiamento, aspectos essenciais quando se busca compreender os impactos dessas políticas em sistemas que têm, ao menos de forma conceitual, a saúde como um direito.

Percurso metodológico - acesso e seleção de documentos

A partir das conceituações previamente discutidas, iniciou-se a seleção dos documentos que compõem esta revisão. O primeiro passo do percurso metodológico consistiu no mapeamento das estruturas de governança em saúde nos países selecionados, com o objetivo de identificar a autoridade nacional em saúde e as respectivas entidades, autarquias ou instâncias colegiadas responsáveis pela condução da agenda de Saúde Digital em cada território. A Tabela 1 consolida a estrutura básica de governança nos cinco países utilizados para análise desta revisão.

Tabela 1 – Estrutura de governança em Saúde Digital nos países selecionados para a análise

País	Órgão máximo de saúde	Órgão/entidade responsável por saúde digital
Brasil	Ministério da Saúde	Secretaria de Informação e Saúde Digital (SEIDIGI)
Austrália	<i>Department of Health and Aged Care</i>	<i>Australian Digital Health Agency (ADHA)</i>
Canadá	<i>Health Canada</i>	<i>Canada Health Infoway</i>
Espanha	<i>Ministerio de Sanidad</i>	<i>Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación en el SNS</i>
Reino Unido	<i>Department of Health and Social Care (DHSC)</i>	<i>NHS England* – Transformation Directorate (inclui NHS Digital)</i> * Aplicou-se um recorte específico ao sistema de saúde da Inglaterra.

Concluída a etapa de identificação dos órgãos ou entidades responsáveis pela formulação de políticas em Saúde Digital nos países selecionados, procedeu-se à busca dos principais programas ou estratégias por eles desenvolvidos, com base nas informações disponíveis em seus portais institucionais oficiais (hospedados e/ou vinculados ao órgão máximo de saúde de cada país).

Para a identificação dos principais programas ou estratégias nacionais em Saúde Digital, foi realizada uma busca sistematizada nos portais institucionais dos órgãos previamente mapeados. A navegação nos sites oficiais considerou, prioritariamente, seções relacionadas a “políticas”, “programas”, “relatórios” e “notas técnicas”, utilizando-se os termos correspondentes nos idiomas oficiais de cada país – “policies”, “programs”, “reports”, “technical notes” (para países de língua inglesa) e “políticas”, “programas”, “informes”, “notas técnicas” (para países de língua espanhola). A busca foi realizada manualmente, com o auxílio de ferramentas de navegação interna (menus e áreas temáticas) e, quando disponíveis, mecanismos de busca integrados aos próprios sites. A Tabela 2 consolida os programas ou estratégias nacionais de Saúde Digital identificados nos portais oficiais dos países selecionados. Em alguns casos, trata-se de documentos estratégicos com prazo definido e objetivos estabelecidos de maneira mais clara, como ocorre com as estratégias nacionais da Austrália e da Espanha. Em outros, observa-se a presença de programas mais amplos e contínuos, que funcionam como estruturas guarda-chuva, agregando diferentes iniciativas e frentes de ação sob uma mesma diretriz institucional.

Tabela 2 – Programas ou estratégias em Saúde Digital encontradas nos portais oficiais de cada órgão ou entidade.

País	Órgão/entidade responsável por saúde digital	Programa/Estratégia
Brasil	Secretaria de Informação e Saúde Digital (SEIDIGI)	Programa SUS Digital. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/sus-digital
Austrália	<i>Australian Digital Health Agency (ADHA)</i>	National Digital Health Strategy 2023–2028. Disponível em: https://www.digitalhealth.gov.au/national-digital-health-strategy
Canadá	<i>Canada Health Infoway</i>	Connected Care (em substituição ao Driving Access to Care) . Disponível em: https://www.infoway-inforoute.ca/en/what-we-do/connected-care
Espanha	<i>Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación en el SNS</i>	Estrategia de Salud Digital del SNS 2021–2026. Disponível em: https://www.sanidad.gob.es/va/areas/saludDigital/home.htm
Reino Unido	<i>NHS England – Transformation Directorate (inclui NHS Digital)</i>	Digitise, Connect, Transform. Disponível em: https://transform.england.nhs.uk/digitise-connect-transform/

Com base nos achados decorrentes da metodologia de busca descrita, foram selecionados os documentos considerados centrais na formulação e condução das estratégias ou programas nacionais de Saúde Digital nos países analisados. A Tabela 3 apresenta os respectivos documentos, acompanhados dos links oficiais para acesso.

Cabe destacar que, nos casos do Brasil, Austrália e Espanha, o documento final selecionado para análise consiste em um arquivo único em formato PDF, que reúne de maneira estruturada os princípios, metas e ações das respectivas estratégias. Por outro lado, para o Canadá e o Reino Unido, não foram identificados documentos únicos consolidados, sendo assim, a análise será conduzida a partir do conteúdo disponibilizado diretamente nos portais oficiais das iniciativas *Connected Care* e *A Plan for Digital Health and Social Care*, respectivamente.

Tabela 3 – Documentos selecionados para análise a partir dos programas ou estratégias em Saúde Digital

País	Programa/Estratégia	Documento selecionado
Brasil	Programa SUS Digital	Manual Instrutivo do Programa SUS Digital. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/manual-instrutivo-do-programa-sus-digital
Austrália	<i>National Digital Health Strategy 2023–2028</i>	<i>National Digital Health Strategy 2023–2028.</i> Disponível em: https://www.digitalhealth.gov.au/sites/default/files/documents/national-digital-health-strategy-2023-2028.pdf
Canadá	<i>Connected Care</i>	<i>Connected Care</i> [página institucional]. Disponível em: https://www.infoway-inforoute.ca/en/what-we-do/connected-care
Espanha	<i>Estrategia de Salud Digital del SNS 2021–2026</i>	<i>Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud.</i> Disponível em: https://www.sanidad.gob.es/areas/saludDigital/doc/Estrategia de Salud Digital del SNS.pdf
Reino Unido	<i>Digitise, Connect, Transform</i>	<i>A plan for digital health and social care.</i> Disponível em: https://www.gov.uk/government/publications/a-plan-for-digital-health-and-social-care/a-plan-for-digital-health-and-social-care

Estrutura de análise

Após a seleção dos documentos, deu-se início a fase de análise, que consiste na leitura sistematizada com a finalidade de identificar os elementos recorrentes e as principais diferenças entre tais documentos, com ênfase nos aspectos relacionados a financiamento e alocação de recursos, mas também com foco no contexto geral, prioridades e elementos estratégicos estabelecidos por cada país. Cada documento foi examinado individualmente, sendo as informações sistematizadas em uma matriz analítica comparativa, construída a partir de quatro eixos temáticos definidos, consolidados na Tabela 4.

Tabela 4 – Eixos temáticos para análise dos documentos

Eixo Temático	Descrição
Caracterização geral do documento	Tipo de documento, órgão responsável, ano de publicação, abrangência temporal
Princípios orientadores, objetivos estratégicos e áreas prioritárias	Menção à princípios como equidade e universalidade, presença de diretrizes éticas, áreas temáticas priorizadas, metas e objetivos declarados, presença/ausência de foco populacional específico
Modelos e critérios de financiamento	Fontes de recursos, distribuição orçamentária e critérios de alocação, mecanismos de repasse
Estrutura federativa e descentralização	Relação entre níveis de governo (federal, estadual ou provincial, regional) e a descentralização das ações

RESULTADOS

Como resultado do processo de análise documental orientado pelos eixos temáticos descritos na metodologia, foi elaborada uma matriz comparativa (Tabela 5), na qual se consolidam os principais achados relativos aos documentos de cada país analisado.

A definição dos eixos analíticos seguiu os princípios da Análise Documental, que considera a categorização uma estratégia metodológica válida para organizar e extrair sentido dos materiais examinados. Cellard (2008) ressalta que é preciso aceitar um documento tal como se apresenta, com suas lacunas e omissões, sendo a ausência de determinadas informações um dado relevante para análise.

Os eixos utilizados foram inicialmente definidos a partir da experiência brasileira, tendo como referência o Manual Instrutivo do Programa SUS Digital, de autoria da SEIDIGI/MS, que descreve dimensões estratégicas para a implementação da política nacional. Com base nesse documento, estruturaram-se categorias comparativas aplicáveis aos demais países analisados, respeitando suas especificidades e permitindo a identificação de padrões recorrentes. Essa abordagem possibilitou detectar tendências, lacunas e racionalidades compartilhadas na formulação das políticas de Saúde Digital em sistemas universais de saúde.

Tabela 5 - Matriz comparativa dos documentos de estratégias nacionais em Saúde Digital nos países com sistemas universais de saúde.

	Brasil	Austrália	Canadá	Espanha	Reino Unido
Caracterização geral do documento	Manual Instrutivo do Programa SUS Digital (2022), elaborado pelo Ministério da Saúde/SEIDIGI. Documento único, escopo nacional, sem periodicidade definida	<i>National Digital Health Strategy 2023–2028</i> , publicado pela Australian Digital Health Agency (ADHA). Documento único, periodicidade definida (cinco anos).	<i>Connected Care</i> (hotsite institucional), programa contínuo, ausência de material consolidado (hospedagem em <i>hotsite</i>) e periodicidade indefinida.	<i>Estrategia de Salud Digital del SNS 2021–2026</i> , publicada pelo Ministerio de Sanidad. Documento único, periodicidade definida (cinco anos)	<i>A Plan for Digital Health and Social Care</i> (2022), publicado pelo <i>Department of Health and Social Care (DHSC)</i> . Ausência de material consolidado (hospedado em <i>hotsite</i>) e periodicidade indefinida.
Princípios orientadores, objetivos estratégicos e áreas prioritárias	Equidade no acesso; fortalecimento do SUS; foco em interoperabilidade, prontuário eletrônico e núcleos regionais de telessaúde. Prioridade: ampliação de acesso	Cuidado centrado na pessoa; inovação tecnológica segura; interoperabilidade e proteção de dados. Prioridade: interoperabilidade	Coordenação de cuidados por meio da interoperabilidade; engajamento dos usuários via <i>app</i> ; Prioridade: interoperabilidade	Equidade territorial; fortalecimento da coordenação do SNS; transformação digital como instrumento de integração assistencial, por meio da <i>Tarjeta Sanitaria Virtual</i> . Prioridade: redução das desigualdades regionais	Digitalização de todo o NHS; inclusão digital de pacientes; acesso seguro a dados; melhoria da eficiência dos serviços. Prioridade: segurança e interoperabilidade
Modelos e critérios de financiamento	Adesão voluntária ao programa para acesso a recursos. Critérios definidos por edital com base no Índice de Critérios de Saúde Digital (ICSD).	Cofinanciamento federal-estadual; apoio a projetos específicos via subsídios; forte papel do governo federal na atenção primária digital.	Financiamento via <i>Contribution Agreements</i> entre o governo federal (via <i>Infoway</i>) e as províncias/territórios. Critérios definidos bilateralmente com metas e entregas pactuadas.	Cofinanciamento entre o governo central e comunidades autônomas. Documento apresenta estimativas orçamentárias por eixo estratégico.	Financiamento via <i>NHS England</i> , com linhas específicas de incentivo. Critérios de elegibilidade e monitoramento baseados em metas nacionais e adesão a padrões técnicos.

	Brasil	Austrália	Canadá	Espanha	Reino Unido
Estrutura federativa e descentralização	Sistema federativo com forte descentralização. Repasse de recursos via FNS diretamente a estados e municípios, com monitoramento federal	Modelo federativo cooperativo. ADHA articula as ações em conjunto com estados/territórios, responsáveis por implementação.	Sistema altamente descentralizado. Governos provinciais têm autonomia sobre a implementação; <i>Infoway</i> tem papel de facilitadora técnica e financeira.	Descentralizado: Comunidades Autônomas implementam; coordenação via Ministerio e conselhos intersetoriais.	Sistema com estrutura centralizada na Inglaterra. <i>NHS England</i> atua como principal executor; há coordenação com autoridades regionais, mas com forte centralização.

DISCUSSÃO

A discussão foi organizada segundo os quatro eixos analíticos definidos na metodologia e utilizados na matriz exposta nos resultados. Essa estrutura favorece a compreensão das relações entre o conteúdo dos documentos, o contexto em que foram elaborados e as escolhas institucionais que orientam sua implementação. Ao abordar cada eixo, a análise incorpora elementos históricos, políticos e econômicos que ajudam a interpretar tanto as convergências quanto as diferenças observadas, evidenciando como determinados arranjos e prioridades podem influenciar a equidade e a efetividade das estratégias de Saúde Digital.

Eixo 1: Caracterização Geral dos Documentos

Os documentos analisados apresentam diferentes formatos e níveis de consolidação. Brasil, Austrália e Espanha disponibilizam documentos únicos, estruturados em diretrizes e metas, com horizonte temporal definido (com exceção do Brasil, cujo Programa SUS Digital não estabelece prazo de vigência). Já Canadá e Reino Unido organizam suas estratégias em plataformas digitais, com conteúdo fracionado, dificultando uma leitura sistêmica do planejamento. A ausência de documentos consolidados pode comprometer a transparência das diretrizes de ação, dificultando a análise pública das prioridades, das intenções institucionais e da aplicação dos recursos.

A produção de cada um dos documentos também reflete o contexto político-econômico em que foram elaborados. O Programa SUS Digital, publicado em 2024, insere-se no contexto de recomposição da agenda digital após um período de descontinuidade institucional no governo federal brasileiro, com retomada de políticas de fortalecimento do SUS. A Estratégia Australiana (2023–2028) é publicada como parte da resposta digital à pandemia, em um contexto de transição política marcado pela chegada de um governo trabalhista de orientação mais progressista, que buscava reposicionar o papel do Estado em setores estratégicos, como saúde e inovação. A Estratégia Espanhola (2021–2026) emerge como resposta às fragilidades evidenciadas pela pressão inédita causada pela pandemia de COVID-19 sobre o Sistema Nacional de Saúde (SNS), em um contexto político de fortalecimento do Estado de bem-estar, sob a liderança do Partido Socialista Operário Espanhol (PSOE), à frente de uma coalizão de centro-esquerda. Na mesma linha, as iniciativas do Canadá (*Connected Care*) e do Reino Unido (*A Plan for Digital Health and Social Care*) também são desenvolvidas em contextos de reestruturação institucional pós-pandêmica, mas com forte presença de racionalidades

gerenciais e tecnicistas. No caso canadense, sob a liderança do Partido Liberal, havia uma retórica de inovação e equidade, mas ancorada em compromissos de responsabilidade fiscal rigorosa. Já no Reino Unido, o plano é publicado em 2022, durante um governo conservador em crise, marcado por instabilidade política e continuidade de uma agenda de austeridade, na qual a digitalização é apresentada como potencial instrumento de aumento da eficiência e contenção de custos.

Eixo 2: Princípios Orientadores, Objetivos Estratégicos e Áreas Prioritárias

Apesar de todos os documentos reconhecerem a Saúde Digital como ferramenta para ampliação do acesso, qualificação do cuidado e integração dos serviços, observam-se diferenças importantes quanto aos princípios norteadores e objetivos declarados. Brasil e Espanha colocam em destaque os compromissos com a equidade, a integralidade e o estímulo à universalidade, ainda que com limites em sua operacionalização concreta. Já Austrália, Canadá e Reino Unido enfatizam a interoperabilidade, a proteção de dados e a eficiência organizacional como eixos centrais das estratégias, revelando uma racionalidade técnico-gerencial que subordina a tecnologia à lógica da produtividade. Entre os países analisados, Brasil, Canadá e Austrália fazem menções às populações minorizadas — como povos indígenas, *First Nations* e comunidades ribeirinhas —, embora com diferentes níveis de especificidade e proposições de ações concretas. Nos demais documentos, essa dimensão está ausente ou não explícita, o que evidencia uma lacuna na abordagem estruturada das desigualdades digitais em saúde. Tal cenário reforça a hipótese de que parte das estratégias de digitalização tem operado de maneira descolada dos determinantes sociais e territoriais que condicionam o acesso às inovações.

Eixo 3: Modelos e Critérios de Financiamento

O modelo brasileiro se destaca por apresentar mecanismos formais e estruturados de alocação, com adesão voluntária dos entes federativos e uso do Índice de Critérios de Saúde Digital (ICSD) para distribuição de recursos financeiros e o Índice Nacional de Maturidade em Saúde Digital (INMSD) como subsídio técnico para a formulação dos Planos de Ação de Transformação Digital. O índice, autoaplicável por gestores, permite diagnosticar o estágio de maturidade digital de estados e municípios e orientar o desenho das estratégias locais. Embora não seja, por si só, condicionante direto para o repasse de recursos, o INMSD funciona como subsídio técnico para a elaboração dos Planos de Ação de Transformação Digital, cuja apresentação é um dos requisitos exigidos para a transferência de recursos no âmbito do

Programa SUS Digital. Assim, a obrigatoriedade da sua elaboração, por parte dos gestores, visa estimular maior engajamento institucional das esferas municipais e promover maior transparência na lógica distributiva de recursos do programa.

Na Espanha, embora haja estimativas orçamentárias, os critérios de repasse entre o governo central e as comunidades autônomas não estão plenamente detalhados na estratégia publicada. Austrália e Canadá utilizam modelos cooperativos com financiamento compartilhado. No caso canadense, os repasses federais são operacionalizados por meio de *contribution agreements*, firmados individualmente entre a *Canada Health Infoway* e cada província ou território, com definição conjunta de metas, escopo de projetos e prazos de execução, o que pode conferir ao país um modelo contratualizado e adaptável aos diferentes contextos regionais. O Reino Unido, por sua vez, opera com indução centralizada via *NHS England*, com repasses baseados na adesão a padrões e metas nacionais. Em geral, os documentos carecem de detalhamento quanto às metodologias de definição orçamentária e à capacidade real das estratégias adotadas de promover uma distribuição mais equitativa dos recursos entre territórios com diferentes níveis de infraestrutura digital, sendo o instrumento brasileiro uma exceção positiva, ao sinalizar maior responsabilidade nesse aspecto. Essa opacidade pode comprometer a transparência e, conseqüentemente, enfraquecer os mecanismos de controle.

Eixo 4: Estrutura Federativa e Descentralização

Os cinco países apresentam algum grau de descentralização na implementação das políticas em Saúde Digital, mas com arranjos institucionais distintos. Brasil e Espanha delegam a operacionalização a estados/municípios ou comunidades autônomas, enquanto mantêm coordenação em nível federal. Austrália e Canadá operam por meio de modelos cooperativos, com articulação entre as esferas de poder e maior autonomia decisória das províncias no caso canadense. O Reino Unido, embora centralizado na Inglaterra, estabelece diretrizes nacionais com certa margem de execução local. A diversidade desses modelos evidencia que os diferentes modelos de governança permitem ampliar ou restringir o papel dos entes subnacionais na execução das políticas em Saúde Digital, o que pode, por um lado, comprometer a coesão da política em territórios mais amplos e desiguais, mas, por outro, permite a customização de intervenções a partir de demandas locais, centrada nas necessidades territoriais e respeitando as especificidades culturais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos documentos estratégicos sobre políticas em Saúde Digital em países com sistemas universais de saúde revela a presença de arranjos institucionais distintos, com variações importantes nos critérios de alocação de recursos, na descentralização das ações e na incorporação de princípios como equidade e universalidade. Ainda que todos os países analisados declarem, em graus variados, a intenção de ampliar o acesso e qualificar o cuidado por meio de soluções digitais, existem falhas importantes no detalhamento de estratégias de redistribuição de recursos e de enfrentamento das desigualdades estruturais que atravessam os territórios e os grupos populacionais.

Esse cenário reforça a necessidade de leitura atenta das estratégias em Saúde Digital à luz do conceito de colonialismo digital, que denuncia a lógica de captura, controle e exploração da vida cotidiana por setores alinhados a interesses econômicos e geopolíticos do norte global. Sekala e Chatikobo (2024) propõem que a colonialidade digital refere-se à violência estrutural exercida por meio de plataformas e sistemas de dados que operam a partir da concepção de que a vida humana é insumo quantificável, sujeita à mercantilização e extração de valor⁹. No campo da saúde, essa lógica se manifesta na capacidade de coletar, processar e utilizar dados em escala, convertendo-os em ativos sob o controle de grandes conglomerados privados, majoritariamente sediados no eixo Europa e América do Norte. Tais práticas, longe de promover autonomia ou equidade, acabam por reproduzir hierarquias históricas e reforçar o lugar de subalternidade dos países do sul global, aprofundadas por meio de políticas de exclusão, exemplificadas pelo permanente controle de fronteiras e a assimetria na circulação de saberes. Enquanto os dados fluem com grande facilidade entre territórios, os corpos que os produzem seguem sujeitos a profundas barreiras.

Sob essa perspectiva, o discurso da inovação em escala mundial tem o potencial de operar como um mecanismo colonizador, ao reforçar a noção de que países da periferia do capitalismo são carentes, atrasados e dependentes de um modelo hegemônico de progresso a ser importado, desconsiderando as potencialidades e a capacidade de produção intelectual própria dessas nações.

A análise crítica das políticas de saúde digital também exige atenção aos chamados Determinantes Digitais da Saúde (DDS), conceito que tem se consolidado como ferramenta relevante para compreender como as tecnologias digitais podem reproduzir, e amplificar, as desigualdades em saúde. Segundo Davis (2025), essa noção tem encontrado ampla aceitação na literatura acadêmica em saúde global, sendo mobilizada por estudiosos para discutir, por

exemplo, como vieses racializados e outras formas de discriminação influenciam a formulação e a aplicação das tecnologias digitais, ou ainda para analisar desigualdades no acesso e no uso efetivo dessas ferramentas²⁵.

Os DDS englobam fatores sociais, econômicos, territoriais, de infraestrutura e de governança que moldam a forma como indivíduos e grupos acessam, apropriam-se e são afetados pelas tecnologias digitais em saúde. Ignorar tais determinantes, acreditando na plena democratização de acesso advinda da inovação digital, contribui para a ampliação das iniquidades já existentes e até para a consolidação de novas formas de exclusão.

Por fim, observa-se que, entre os países analisados, apenas o Brasil propõe, ainda que de forma incipiente, uma ferramenta técnica (o INMSD) voltada à aferição da maturidade digital e ao planejamento local das ações, o que representa um avanço no sentido da transparência na alocação de recursos. Em contraste, os demais países selecionados, pertencentes ao norte global, operam sob uma lógica de tecnicidade e eficiência de suas políticas, desprezando aspectos territoriais, e que tendem a ser perigosamente exportadas como modelos universais a nações fora do eixo hegemônico.

Assim, mais do que ampliar e otimizar o acesso a cuidados em saúde, as políticas públicas em Saúde Digital devem ser capazes de enfrentar criticamente os efeitos estruturantes da colonialidade nos sistemas de saúde, promovendo uma agenda de inovação que seja socialmente situada, equitativa e politicamente comprometida com a justiça e o bem-estar social.

REFERÊNCIAS

- 1) World Health Organization. Global strategy on digital health 2020–2025. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2024 Dec 8]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337716>
- 2) Fatehi F, Samadbeik M, Kazemi A. What is digital health? Review of definitions. *Stud Health Technol Inform*. 2020 Nov 23;275:67-71. doi:10.3233/SHTI200696.
- 3) Iyawa GE, Herselman M, Botha A. Digital health innovation ecosystems: from systematic literature review to conceptual framework. 2016;100:244-52.
- 4) Filip R, Gheorghita Puscaselu R, Anchidin-Norocel L, Dimian M, Savage WK. Global challenges to public health care systems during the COVID-19 pandemic: a review of pandemic measures and problems. *J Pers Med*. 2022 Aug 7;12(8):1295. doi:10.3390/jpm12081295.
- 5) Al Dahdah M, Mishra RK. Digital health for all: the turn to digitized healthcare in India. *Soc Sci Med*. 2023;319:114968. doi:10.1016/j.socscimed.2022.114968.
- 6) Sestelo JAF, Cardoso AM, Braga IF, Mattos LV, Andrietta LS. A financeirização das políticas sociais e da saúde no Brasil do século XXI: elementos para uma aproximação inicial. *Econ Soc*. 2017;26(spe):1097-126.
- 7) Pessoa LS. O SUS e a crescente mercantilização dos serviços de saúde no Brasil nos anos 2010. *Rev Econ Contemp*. 2023;27:e232709. doi:10.1590/198055272709.
- 8) Rachid R, Fornazin M, Castro L, Gonçalves LH, Penteadó BE. Saúde digital e a plataformização do Estado brasileiro. *Cienc Saude Colet*. 2023;28(7):2143-53. doi:10.1590/1413-81232023287.00252023.
- 9) Sekalala S, Chatikobo T. Colonialism in the new digital health agenda. *BMJ Glob Health*. 2024;9:e014131. doi:10.1136/bmjgh-2023-014131.
- 10) Shaw J, Glover W. The political economy of digital health equity: structural analysis. *J Med Internet Res*. 2024 Mar 26;26:e46971. doi:10.2196/46971.
- 11) Fornazin M, Rachid RR, Coelho Neto GC. A saúde digital nos últimos quatro anos e os desafios para o novo governo. *Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*. 2022 Dec 23 [cited 2024 Dec 8];16(4):753-8. Available from: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/3515>

- 12) Mendes A, Carnut L. Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. *Ser Social*. 2020 Jan 27 [cited 2024 Dec 8];22(46):9-32. Available from: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25260
- 13) Brasil. Ministério da Saúde. *Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028*. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
- 14) Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, Instituto Veredas. *Desafios da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028*. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde; 2023.
- 15) Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.232, de 1º de março de 2024. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.
- 16) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Informação e Saúde Digital. Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégicas em Saúde. Nota Técnica nº 9/2023. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.
- 17) Ribeiro-Rotta RF, Zara AL de SA, et al. Governança em saúde digital no mundo e no Brasil. Goiânia: Cegraf UFG; 2021 [cited 2024 Dec 8]. Available from: <https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/46661>
- 18) Australian Digital Health Agency. *National Digital Health Strategy 2023-2028*. Sydney: Australian Digital Health Agency; 2023 [cited 2024 Dec 8]. Available from: <https://www.digitalhealth.gov.au/national-digital-health-strategy>
- 19) Rother ET. Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(2):v-vi. doi:10.1590/S0103-21002007000200001.
- 20) Júnior EBL, Oliveira GS, Santos ACO, Schnekenberg GF. Análise documental como percurso metodológico na pesquisa qualitativa. *Cad Fucamp*. 2021;20(44):36-51.
- 21) Alves LH, Saramago G, Valente LF, Sousa AS. Análise documental e sua contribuição no desenvolvimento da pesquisa científica. *Cad Fucamp*. 2021;20(43):51-63.
- 22) Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Rev Bras Hist Cienc Sociais*. 2009 Jul;1(1).
- 23) Cellard A. A análise documental. In: Poupard J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires AP, editors. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes; 2008. p. 295-316.
- 24) Paim JS. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). *Saude Debate*. 2019;43(spe5):15-28. doi:10.1590/0103-11042019S502.

25) Davis B. Digital determinants of health equity. PLOS Digit Health. 2025;4(3):e0000346. doi:10.1371/journal.pdig.0000346.