



**VI CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL:
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS
VII SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS
VI CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL**

EIXO 8- GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS

**Saúde digital e a modernização das políticas públicas de saúde
no SUS: problematizações a partir da Rede de Atenção
Psicossocial**

Líria Maria Bettiol Lanza ¹

Aristeu Matias Simon ²

Eliza de Fátima Rakus Pugsley ³

Resumo: O artigo desenvolve uma análise teórico-crítica da Saúde Digital como estratégia de modernização do SUS, examinando implicações para produção do cuidado na Política de Saúde Mental, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Trata-se de estudo baseado em revisão bibliográfica. Argumenta-se que digitalização e plataformação atuam como mediações sociotécnicas inscritas em disputas político-institucionais, incidindo sobre governança, organização do trabalho e práticas assistenciais, produzindo tensões com princípios do cuidado psicossocial, como territorialidade, vínculo, centralidade da relação profissional-usuário, singularidade e intersectorialidade. Conclui-se que esses processos tensionam universalidade, integralidade e equidade no SUS, podendo fortalecer o paradigma psiquiátrico hospitalizante e medicalizador.

Palavras-chave: Saúde Digital; RAPS; SUS; Saúde Mental; Plataformação.

Abstract: The article develops a theoretical-critical analysis of Digital Health as a strategy for modernizing the Brazilian Unified Health System (SUS), examining its implications for the production of care within Mental Health Policy, particularly within the Psychosocial Care Network. The study is based on a literature review. It argues that digitalization and platformization function as sociotechnical mediations embedded in political-institutional disputes, affecting governance, work organization, and care practices, and generating tensions with core principles of psychosocial care, such as territoriality, bonding, the centrality of the professional–user relationship, singularity, and intersectorality. The article concludes that these processes place pressure on the principles of universality, comprehensiveness, and equity in the SUS and may reinforce a hospital-centered and medicalizing psychiatric paradigm.

Keywords: Digital Health; Psychosocial Care Network; Unified Health System (SUS); Mental Health; Platformization.

¹ Docente do Departamento de Serviço Social na Universidade Estadual de Londrina, Doutora, liriabettiol@uel.br

² Doutorando em Serviço Social e Política Social na Universidade Estadual de Londrina, aristeu.simon.rp@uel.br

³ Mestranda em Serviço Social e Política Social na Universidade Estadual de Londrina, eliza.rakus.fr@gmail.com



1. INTRODUÇÃO

A incorporação de tecnologias digitais às políticas públicas tem sido, de modo recorrente, apresentada como um caminho para enfrentar desafios contemporâneos, para ampliação do acesso, organização de informações e eficiência da gestão a partir de dados. No Sistema Único de Saúde (SUS), a centralidade que a saúde digital vem assumindo ultrapassa a mera implementação de ferramentas tecnológicas e sistemas digitais. Trata-se de um movimento que expressa transformações mais profundas nas formas de governar, organizar o trabalho e produzir o cuidado em saúde.

Sob esse enquadramento, objetivamos desenvolver uma análise teórico-crítica da Saúde Digital como estratégia de modernização das políticas públicas de saúde no SUS, evidenciando suas tensões sobre a produção do cuidado na Política de Saúde Mental, por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O trabalho apresenta problematizações que emergem quando processos de digitalização e plataformização passam a incidir sobre modelos de cuidado baseados no território, vínculo profissional-usuário e singularidade, tomando como referência a Atenção Psicossocial. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, fundamentado em revisão bibliográfica, que compreende a Saúde Digital como parte constitutiva das transformações contemporâneas das políticas públicas de saúde.

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) delineou um projeto político contra-hegemônico às formas segmentadas e mercantilizadas de organização da atenção à saúde, do qual resultou a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988 e posteriormente regulamentado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Fundado na afirmação da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, o SUS tem como princípios estruturantes a universalidade, integralidade e equidade, produzindo ao longo de sua implantação avanços institucionais na construção de um arranjo federativo descentralizado, ampliação da participação social e expansão da oferta pública de serviços, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

No que se refere à assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados em saúde mental, há uma incorporação gradual e tardia no âmbito do SUS. Sobretudo a partir dos anos 2000 que se estrutura uma política para o setor, com a definição de diretrizes e estratégias nacionais voltadas à organização da atenção pública em saúde mental, processo que ganha maior densidade com promulgação em 2011 da RAPS, consolidando um arranjo organizativo fundamentado nos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Todavia, a ampliação dos serviços públicos de saúde em geral, conforme assinala Paim (2019a, p. 20), desenvolveu-se de forma concomitante ao fortalecimento do setor privado, tanto na oferta quanto no financiamento dos serviços, nos modelos de gestão e na crescente atuação de empresas de intermediação, como operadoras de planos e seguros de saúde, contribuindo para o aprofundamento da financeirização do setor.



Essa dinâmica expressa contradições estruturais, atravessadas por conflitos entre distintos projetos de Estado e de política social. A persistência de restrições ao financiamento público, a manutenção de incentivos ao setor privado e a incorporação de racionalidades gerenciais associadas à agenda de reforma do Estado impuseram limites à consolidação da Seguridade Social e intensificaram as tensões no interior do sistema (Machado; Pereira; Freitas, 2022). É nesse contexto que, a partir dos anos 2000, e com maior intensidade nas duas últimas décadas, agendas de modernização administrativa e tecnológica passam a ocupar lugar central nas políticas de saúde, frequentemente apresentadas como respostas técnicas aos desafios de gestão, eficiência e sustentabilidade do sistema.

Assim, a Saúde Digital emerge como um dos eixos estratégicos dessa agenda de modernização, articulando propostas de integração de sistemas, padronização informacional, monitoramento de indicadores e ampliação de modalidades remotas de cuidado. Longe de constituir um conjunto neutro de inovações, a incorporação dessas tecnologias se insere em racionalidades de governança orientadas por métricas, desempenho e controle, com potencial de reconfigurar processos decisórios, práticas assistenciais e formas de organização do trabalho em saúde (Rachid *et al.*, 2023; Almeida-Filho, 2018).

Frente a essas discussões, o trabalho se organiza para além da introdução, em dois eixos, seguidos pelas considerações finais. No tópico 2, contextualizamos a emergência da Saúde Digital, problematizando a digitalização e a plataformização enquanto estratégias inscritas em racionalidades gerenciais, financeirizadas e orientadas por desempenho. No tópico 3, a construção da Política Nacional de Saúde Mental e os desafios à consolidação da RAPS, situando criticamente a incorporação das tecnologias digitais no campo do cuidado em saúde mental.

2. SAÚDE DIGITAL E MODERNIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO SUS

De acordo com Paim (2018), o SUS não se configura apenas como um arranjo técnico-administrativo de prestação de serviços, mas como uma política pública de caráter universal, construída em meio a disputas sociais, institucionais e econômicas que atravessam o Estado brasileiro. Nesse sentido, Souza *et al.* (2019) destacam que ao longo de sua trajetória, o sistema tem passado por constantes pressões frente a diferentes ideias de sociedade e ações do Estado, expressos em reformas que frequentemente, sob o argumento da racionalização, da eficiência ou do ajuste fiscal, reconfiguram suas bases organizativas e normativas. Embora tenham ocorrido avanços importantes, persistem problemas antigos e outros novos emergem, de modo que o objetivo maior de assegurar o direito universal à saúde ainda não foi alcançado.

Frente à essas questões, vale destacar as restrições ao financiamento das políticas sociais a partir do chamado Novo Regime Fiscal, instituído pela Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC/95), limitando o crescimento do orçamento público à variação inflacionária por



vinte anos, comprometendo a capacidade do Estado de sustentar e expandir políticas públicas universais, mesmo diante de eventual aumento da arrecadação (Brasil, 2016).

Segundo Paim (2019, p. 20-21), com o governo pós impeachment de 2016 há o fortalecimento e radicalização da oposição ao SUS, buscando a sua substituição por um “sistema de saúde segmentado, fragmentado e americanizado”. Com a EC/95, constitucionaliza-se o seu subfinanciamento, sendo a mais radical das intervenções voltadas à saúde, aprofundando a contrarreforma da RSB e comprometendo a universalização e expansão de serviços públicos.

Behring (2023) interpreta a dinâmica brasileira no pós-golpe de 2016 como expressão de um ultraneoliberalismo, materializado em um conjunto de medidas, além do Novo Regime Fiscal, a contrarreforma trabalhista de 2017, a entrega do pré-sal e a contrarreforma da previdência, com impactos diretos e profundos sobre as políticas sociais.

Assim, há o favorecimento do avanço de lógicas privatizantes no campo da saúde, intensificando processos de terceirização, transferência da gestão de serviços para instituições privadas e fortalecimento do complexo médico-industrial, especialmente da indústria farmacêutica. Tais dinâmicas aprofundam a mercantilização do cuidado e fragilizam os princípios que orientam o SUS, a Reforma Psiquiátrica Brasileira e o cuidado em saúde mental sob a lógica psicossocial.

À medida que o SUS se desenvolve em um contexto de ampliação de direitos, mas que é cercado de restrições e mercantilização, suas transformações precisam ser compreendidas como disputas em torno do direito à saúde. As iniciativas de modernização do SUS não podem ser compreendidas apenas como respostas técnicas neutras, mas como parte dessas disputas com direcionamentos. Nessas mudanças voltadas à modernização, à Saúde Digital emerge como parte deste processo, alinhada a um movimento mais amplo do Governo Federal que, com o Ministério da Saúde (MS), passou a desenvolver ações centradas no uso de tecnologias digitais para a centralização e divulgação de dados por meio de sistemas e painéis de monitoramento (Rachid *et al.*, 2023, p. 2146).

O processo de incorporação de soluções tecnológicas no campo da saúde pública ficou mais evidente a partir do contexto da pandemia de COVID-19. Esse período marcou uma aceleração significativa da oferta e do uso de ferramentas digitais, orientadas à plataformização de práticas, serviços e processos no âmbito do SUS. Nesse cenário, o MS sinaliza uma direção institucional voltada à ampliação e consolidação das estratégias de digitalização, tendência formalmente expressa na Estratégia de Saúde Digital para o Brasil (2020-2028) (ESD) (Rachid *et al.*, 2023). No documento são apresentadas diretrizes centrais para a modernização da saúde pública por meio da adoção de recursos tecnológicos, buscando articulá-los aos princípios estruturantes do SUS.

A Estratégia de Saúde Digital contempla, entre outras diretrizes, ampliação de serviços como a telessaúde, incorporação de recursos de inteligência artificial, padronização dos Prontuários Eletrônicos do Cidadão (PEC), adoção de aplicativos móveis e integração de



sistemas de informação nos níveis local, estadual e federal. Estas iniciativas têm como objetivo a constituição de um ecossistema digital integrado, orientado à continuidade do cuidado, aprimoramento dos processos de gestão e ampliação da eficiência na alocação de recursos, particularmente em contextos marcados por desigualdades territoriais e menor cobertura assistencial.

Em decorrência disso, a noção de Saúde Digital consolida-se como uma categoria analítica que extrapola o escopo tradicional da e-Saúde, não se limitando ao uso de sistemas informatizados no cuidado em saúde ou iniciativas de telessaúde voltadas exclusivamente ao apoio à prestação de serviços, mas abrangendo transformações mais amplas nas formas de organização, gestão e produção do cuidado.

Embora frequentemente apresentada como uma inovação recente, à Saúde Digital adquire centralidade institucional no âmbito das políticas públicas como desdobramento de transformações históricas nas formas de organização tecnológica e administrativa da saúde (Lima *et al.*, 2009, p. 110). É no interior do processo mais amplo de digitalização da saúde que precisamos analisar e reconhecer a consolidação de dinâmicas específicas de plataformização.

Inseridas em processos mais amplos de reforma do Estado e de reorientação das políticas públicas, as iniciativas de modernização no campo da saúde tendem a ser apresentadas como respostas técnicas e necessárias aos desafios de gestão, eficiência e sustentabilidade dos sistemas. Paim (2018), reforça que tais processos de modernização não são neutros, uma vez que expressam projetos políticos específicos que incidem sobre a organização do cuidado, a conformação institucional do sistema e os princípios que o estruturam.

A saúde digital quando assume a forma de plataformas, com fluxos de informação, protocolos e processos decisórios, não podem ser apreendidas apenas como inovação tecnológica, mas como estratégia de reconfiguração institucional capaz de reforçar racionalidades gerenciais, ampliar mecanismos de controle e direcionar formas padronizadas de organização do trabalho, da gestão e do acesso aos serviços. Esse contexto aponta a necessidade de problematização dos processos de plataformização da saúde não apenas a partir dos benefícios supostamente intrínsecos, mas a partir de seus efeitos potenciais sobre a universalidade, a integralidade e a equidade. Este movimento de inserção tecnológica tende a impactar sobretudo nos campos em que o cuidado se estrutura e intervir a partir de relações, territorialidade e vínculos.

Para Rígoli (2025) a saúde digital e tecnologias que envolvem inteligência artificial como parte dos sistemas são dinâmicas do capitalismo de plataformas e da financeirização do setor saúde, indicando que a expansão da plataformização tende a subordinar processos assistenciais e decisórios a racionalidades orientadas pela maximização de valor econômico. O autor reforça que existem riscos de degradação algorítmica, termo utilizado por Rígoli (2025) para indicar quando decisões automatizadas em sistema passam a privilegiar interesses comerciais em detrimento das necessidades sanitárias e do cuidado centrado nos sujeitos.



Já para Bezerra (2025, p. 17), que discute a plataformização do trabalho como um processo onde a mediação por plataformas digitais se associa a dinâmicas de precarização, esse movimento envolve tanto o aprofundamento da exploração econômica, quanto a intensificação de processos de expropriação política, sentidos na fragilização de direitos trabalhistas, previdenciários e sociais dos envolvidos. No campo da Saúde Digital, essas dinâmicas ganham ênfase ao incidir sobre o trabalho em saúde, e na relação com os usuários dos serviços. A mediação tecnológica e a gestão por plataformas podem modificar vínculos de trabalho e de cuidado, abrindo espaço para ampliações de desigualdades de acesso a serviços e colocando em questão garantias historicamente associadas às políticas públicas de saúde.

Em linha convergente, Santos e Graça (2025) situam o avanço da inteligência artificial e das tecnologias digitais no campo da saúde, no interior de transformações estruturais que vêm reconfigurando os sistemas de saúde com repercussões sobre as práticas assistenciais, os processos decisórios e as formas de organização institucional.

Ainda que muitos sistemas digitais sejam utilizados internamente pelas instituições de saúde, estruturas de armazenamento massivo de dados, como os sistemas de *big data*, tornam-se necessárias para viabilizar a interoperabilidade e alcançar os benefícios associados à saúde digital. Entretanto, a adoção dessas tecnologias envolve riscos, como ocorre em qualquer infraestrutura tecnológica complexa. Embora a Saúde Digital seja frequentemente apresentada como base do eixo central de inovação, é fundamental interrogar constantemente seu funcionamento, quanto aos seus efeitos sobre o cuidado, o trabalho em saúde e a produção de conhecimento (Almeida-Filho, 2018). No âmbito da Saúde Digital, a inovação tecnológica é frequentemente apresentada como elemento central e associada majoritariamente a efeitos positivos. Sem adotar uma postura tecnofóbica, é necessário, reconhecer e analisar os efeitos sociais que emergem de forma simultânea aos processos de digitalização.

Em um país de proporções continentais, a intensificação expressiva da circulação on-line de dados, incluindo informações pessoais sensíveis relacionadas à saúde, ampliou a exposição do campo da Saúde Digital a riscos cibernéticos. Essa vulnerabilidade pode comprometer a segurança dos sistemas, mas principalmente a saúde e a própria vida dos usuários. Dados em saúde, por serem interoperáveis, possuem elevado potencial lesivo e caráter discriminatório, assumindo alto valor econômico tanto em circuitos ilícitos, como a *dark web*, quanto em mercados voltados à publicidade e ao consumo (Haddad; Lima, 2024, p. 2).

Essas tecnologias quando implementadas no contexto da saúde pública, envolvem implicações éticas, jurídicas e sociais relevantes. Destacam-se desafios relacionados à compatibilidade entre os princípios da universalidade, equidade e integralidade e a adoção de soluções tecnológicas caracterizadas por elevados custos, opacidade dos processos algorítmicos e potencial de aprofundamento das desigualdades no acesso ao cuidado (Santos; Graça, 2025). Almeida-Filho (2018) argumenta que o uso de tecnologias em saúde, quando desvinculado de uma compreensão crítica de suas lógicas, e implicações sociais, pode produzir



práticas tecnicamente eficientes, porém pouco efetivas socialmente, reforçando o individualismo profissional e limitando o alcance social das intervenções, em desacordo com princípios de qualidade, equidade e responsabilidade pública.

3. A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA RAPS E TENSÕES NO CONTEXTO DA SAÚDE DIGITAL

A construção de um modelo de cuidado em saúde mental desvinculado do histórico paradigma asilar e hospitalocêntrico constituiu um desafio permanente, sendo os avanços nessa direção resultantes das lutas sociais, políticas e institucionais empreendidas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Destaca-se a Lei nº 10.216/2001 como principal amparo legal nesse processo, a qual redireciona o modelo assistencial, afirmando os direitos das pessoas com transtornos mentais, estabelecendo que o cuidado em saúde mental deve organizar-se com caráter universal, territorial, comunitário e preferencialmente extra-hospitalar, reafirmando a responsabilidade do Estado pela política e reconhecendo a participação de usuários, familiares e sociedade no processo terapêutico, tendo como finalidade permanente a reinserção social das pessoas em sofrimento psíquico (Brasil, 2001).

Em 2010, por meio da Portaria nº 4.279, o MS instituiu diretrizes para a conformação das Redes de Atenção à Saúde, objetivando aprofundar o processo de regionalização, superar a fragmentação das ações, serviços e promover maior integração entre os diferentes níveis de atenção (Brasil, 2010). Em continuidade, o Decreto nº 7.508/2011, regulamentou a Lei nº 8.080/1990 e consolidou a noção de Regiões de Saúde como espaços fundamentais para a organização das ações e serviços, com o propósito de aprimorar os mecanismos de articulação interfederativa. Há a inclusão da Atenção Psicossocial no conjunto das redes indispensáveis à organização das Regiões de Saúde, conferindo maior centralidade à saúde mental na estruturação do cuidado no SUS (Brasil, 2011a).

Nesse contexto, por meio da Portaria nº 3.088/2011, é instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), inaugurando uma nova dimensão para as ações em saúde mental no SUS, fundamentada no modelo psicossocial, articulação em rede e ampliação do acesso ao cuidado para pessoas com transtornos mentais e aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas; bem como suas famílias. Essa organização se baseia na integração dos pontos de atenção no território, assegurando acolhimento, acompanhamento contínuo e respostas às situações de urgência e emergência (Brasil, 2011b; Amarante; Nunes, 2018).

A RAPS estrutura-se em cada Região de Saúde a partir de diferentes componentes, que incluem Atenção Primária, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção às Urgências e Emergências, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar em hospitais



gerais, Estratégias de Desinstitucionalização e Ações de Reabilitação Psicossocial (Brasil, 2011b).

Para tanto, conforme destaca Amarante (2007), a efetivação da Atenção Psicossocial exige estruturas flexíveis, não burocratizadas ou repetitivas, capazes de favorecer relações profissionais e vínculos entre trabalhadores e usuários. Construída a partir do território, compreendido para além de sua dimensão geográfica, mediante a articulação com recursos comunitários e constituição de alianças sociais que ampliem possibilidades de cuidado e a fortaleçam. Demanda-se a intersectorialidade para construção de estratégias que perpassem vários setores sociais, no campo da saúde mental e saúde em geral, quanto das políticas públicas e da sociedade.

Entretanto, a incorporação do modelo psicossocial nas práticas cotidianas dos serviços de saúde ainda enfrenta importantes obstáculos, sobretudo em razão da permanência do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico e Medicalizador (PPHM), centrado na lógica doença-cura, na hierarquização dos serviços e na remissão de sintomas (Yasui; Costa-Rosa, 2008). Em contraposição, o Paradigma Psicossocial (PPS) propõe ruptura com práticas tutelares e alienantes, reconhecendo os sujeitos como ativos e compreendendo o sofrimento psíquico em continuidade com a realidade social e sociocultural, exigindo integração entre serviços e setores, relações horizontais, trabalho em equipe, cogestão e articulação em rede. Nessa perspectiva, o cuidado é orientado por práticas não protocolares, fundamentadas na escuta, diálogo e fortalecimento de vínculos no território e vida cotidiana, integrando rede familiar, territorial, social e afetiva (Shimoguiri, 2019; Amarante; Nunes, 2018).

Frente a essas questões, ao compreender que o cuidado em saúde mental no âmbito do SUS se configura como um campo de disputa entre distintos paradigmas, e reconhecendo que a incorporação da Saúde Digital e dos processos de plataformação não se realiza de maneira neutra, conforme já destacado ao longo do trabalho, compreendemos que estes processos podem tanto contribuir para a qualificação da atenção, quanto fortalecer o PPHM, ao reforçar lógicas gerencialistas, padronizadoras e medicalizantes.

Observa-se que os documentos governamentais relacionados à Saúde Digital e às tecnologias no SUS não apresentam menção direta à organização do cuidado em saúde mental, porém, são apontados, entre os outras questões já apresentadas, o potencial destes na qualificação da gestão das Redes de Atenção à Saúde e da regulação assistencial, como também para o contexto da APS, como estratégia para auxiliar no enfrentamento de seus desafios assistenciais e organizacionais (Brasil, 2020).

Vale destacar aqui que entre os desafios que se põem à efetivação da RAPS, conforme evidenciado por Chaves *et al.* (2022) por meio de ampla revisão sistemática, referem-se à fragilidades na articulação entre serviços, organização dos fluxos de referência e contrarreferência e efetivação do apoio matricial à APS, condição essencial para qualificar a Estratégia Saúde da Família e fortalecer o cuidado territorial em saúde mental, para além da centralidade do CAPS. A concentração das ações no CAPS frente a dificuldades internas na



articulação com o território enfraquecem a lógica territorial-comunitária, restringem práticas extramuros e dificultam a aproximação com a realidade e as necessidades dos usuários.

Soma-se a insuficiência e qualificação dos recursos humanos e materiais, fragilidades na gestão, expressas em dificuldades organizacionais, baixa priorização política e limitações nos investimentos financeiros e formação continuada de profissionais e gestores. Persistem também práticas de caráter manicomial, marcadas pela centralidade da medicalização, uso de contenções e estratégias segregadoras, além de entraves na organização territorial do cuidado de base comunitária, em um contexto recente de estagnação na implantação desses serviços, sinalizando retrocessos na assistência psiquiátrica brasileira (Chaves *et al.*, 2022).

Em estudo realizado por Soibelman, Fornazin e Albuquerque (2025), com o objetivo de mapear experiências municipais de saúde digital em interface com a APS no SUS, entre 2018 e 2022, são evidenciadas concentrações desiguais de experiências, indicando que sua expansão permanece condicionada à disponibilidade de infraestrutura tecnológica, concentração de recursos financeiros, presença de profissionais qualificados e capacidade de inserção nos circuitos superiores da informação.

Embora se observe o crescimento das experiências de telessaúde, sua efetiva incorporação ainda enfrenta obstáculos relacionados a lacunas de equipamentos, conectividade e suporte técnico, uma vez que grande parte das Unidades Básicas de Saúde não dispõe de condições para sustentar, de forma contínua e qualificada, o uso de tecnologias digitais nos processos assistenciais. Nesse sentido, é destacada a necessidade de que tais iniciativas considerem especificidades locais, capacidades institucionais e determinantes sociais que condicionam o acesso (Soibelman; Fornazin; Albuquerque, 2025).

Assim, diante de lacunas já identificadas na incorporação de tecnologias digitais em serviços de saúde e, considerando desafios que se põem ao cuidado em saúde mental pelos serviços do SUS, exige-se reflexão acerca do potencial dessas ferramentas quando incorporadas de forma desarticulada desses desafios.

No estudo de Silva *et al.* (2025), são identificadas na literatura intervenções digitais aplicadas no contexto da APS, sendo analisadas experiências voltadas a populações em situação de vulnerabilidade relacionadas à raça, gênero, escolaridade e condição socioeconômica. Os autores destacam as potencialidades das tecnologias quando integradas ao cuidado interprofissional, especialmente para a promoção de práticas de cuidado contínuo e ampliação do acesso. Entretanto, evidenciam lacunas na consideração integrada de múltiplas dimensões da vulnerabilidade social e da exclusão digital, como o baixo letramento em saúde e digital, limitações de conectividade, fatores que restringem o alcance e a efetividade dessas intervenções.

Embora o artigo analise exclusivamente estudos realizados no contexto norte-americano, limitando sua generalização, oferece elementos para reflexão. No contexto brasileiro, marcado por múltiplas dimensões de desproteção social, tais questões tendem a se manifestar de forma ainda mais intensa, especialmente quando se considera a realidade dos



usuários da RAPS, que vivenciam, de forma recorrente, precariedade no acesso a bens materiais, fragilização de vínculos sociais e experiências sistemáticas de estigmatização e preconceito, incidindo diretamente sobre as possibilidades de acesso, uso e apropriação das tecnologias nos processos de cuidado.

É necessário apontar também que em muitos casos, frente a agudização do sofrimento psíquico, o cuidado se torna majoritariamente mediado por responsáveis e familiares, sendo os momentos de interação usuário-profissional fundamentais para restituir ao usuário, em alguma medida, a centralidade em seu processo de cuidado. Dessa forma, a introdução de tecnologias em saúde de forma indiscriminada pode ampliar essa distância.

Destaca-se que a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) passou, a partir de 2016, por sucessivas alterações normativas, por meio de portarias, resoluções e editais orientados pelo discurso de sua “reorientação”, evidenciando a disputa entre projetos antagônicos. A aprovação em 2017 das novas diretrizes da PNSM, por meio da Portaria nº 3.588, denominada “nova política de saúde mental”, promoveu mudanças significativas em direção ao desmonte da RAPS em sua perspectiva antimanicomial. Entre as principais alterações, sobressaem a reinserção dos hospitais psiquiátricos, o aumento do financiamento das diárias dessas instituições e o direcionamento de parcela expressiva dos recursos públicos para as Comunidades Terapêuticas (CT) (Brasil, 2017; Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020; Brasil; Lacchini, 2021; Lira; Oliveira, 2023).

Nessa direção, tais alterações contribuem para reafirmação da histórica configuração da saúde mental como campo lucrativo de mercado, não só pela indústria farmacêutica, como por instituições geridas por entidades privadas como as CT. Sua defesa e financiamento, implicam o direcionamento de recursos públicos ao terceiro setor, em detrimento do fortalecimento dos dispositivos do SUS.

Essa tendência é intensificada durante a gestão do governo Jair Bolsonaro, tendo como marco a publicação da Nota Técnica nº 11/2019, na qual o MS afirmou não considerar mais determinados serviços como substitutivos de outros, abandonando o incentivo ao fechamento de instituições de caráter manicomial, consolidando um redirecionamento da PNSM que até então priorizava a superação progressiva do modelo asilar (Brasil, 2019; Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020; Brasil; Lacchini, 2021; Lira; Oliveira, 2023).

Somente em 2023, com a publicação da Portaria GM/MS nº 757, ocorreu a revogação da Portaria nº 3.588/2017 e das normativas que sustentavam as alterações anteriores, sinalizando uma retomada da PNSM em alinhamento aos princípios da RPB, com centralidade nos serviços substitutivos de base territorial-comunitária e no cuidado em liberdade, no entanto, com a contraditória permanência e financiamento das CT no âmbito da RAPS (Brasil, 2023; Lira; Oliveira, 2023). No começo de 2018, há o repasse de R\$40 milhões de verbas públicas às CT, já entre 2020 e 2021, a pasta recebeu R\$193,2 milhões (Rodrigues, 2021).



Compreende-se esses movimentos inseridos no contexto em que Costa-Rosa (2013) aponta, no qual o PPHM busca de forma progressiva e estratégica, recuperar espaços perdidos nos âmbitos político, jurídico, ideológico, cultural e principalmente econômico. Ainda,

Aproveita-se de todas as armas disponíveis, da publicidade “escandalosa”, nos meios de comunicação de massa, à utilização da angústia dos familiares, que é inerente às situações difíceis com as quais têm de lidar, algumas, até mesmo insolúveis. Para os mais desesperados, acenam ainda com a promessa “libertadora” da internação hospitalocêntrica manicomial, sempre apelando ao jargão da “desassistência” – a priori suposta como efeito das ações de Atenção Psicossocial e da Luta Antimanicomial – e tirando proveito das dificuldades impostas pelo próprio PPHM às ações psicossociais (Costa-Rosa, 2013, p. 97).

Diante deste discurso de “desassistência”, a própria negligência em relação à saúde mental pode ser equivocadamente interpretada como passível de solução por mecanismos digitais, reforçando seu isolamento do contexto da saúde mais amplo.

Compreendemos que a incorporação da Saúde Digital e dos processos de plataformização não podem ser apreendidos como movimentos meramente técnicos ou instrumentais, tampouco dissociados de disputas. No contexto da PNSM e da concretização da RAPS, evidenciam-se desafios que se colocam em uma realidade marcada por retrocessos normativos, persistente subfinanciamento e embates entre distintas lógicas de cuidado. Assim, faz-se necessária uma problematização crítica, capaz de situar as tecnologias como mediações políticas e sociais, subordinadas aos princípios do SUS, da RSB e da RPB, e não como vetores autônomos de modernização dissociados de alterações significativas na produção do cuidado em saúde.

4. CONCLUSÃO

A análise desenvolvida permitiu compreender a Saúde Digital não como um conjunto neutro de inovações, mas como parte de transformações mais amplas na gestão, no trabalho e na produção do cuidado no SUS. Inserida em disputas político-institucionais e atravessada por processos de mercantilização e financeirização, sua inserção evidencia tensões que incidem sobre os princípios do SUS e, portanto, na construção de um cuidado em saúde mental sob a lógica psicossocial, por meio da RAPS.

A Saúde Digital pode ser compreendida como uma das principais frentes atuais de reconfiguração e modernização das políticas públicas de saúde no SUS. A predominância de discursos de eficiência, racionalização administrativa e integração informacional indica a reorganização dos modos de governar, planejar e executar as políticas de saúde, ampliando a mediação tecnológica nos processos decisórios e assistenciais.

A digitalização pode favorecer a integração informacional, a ampliação do acesso e a qualificação da gestão; contudo, quando orientada por racionalidades gerenciais e lógicas de mercado, tende a induzir padronização, intensificação de controle e reorganização do trabalho em saúde. No campo da saúde mental, esses processos tensionam um modelo construído em oposição ao paradigma hospitalocêntrico, baseado na territorialidade, no vínculo e na singularidade dos sujeitos, podendo contribuir para a fragmentação do cuidado e impor



obstáculos à consolidação da RAPS. A plataformização pode reforçar práticas protocolares e medicalizantes, subordinar decisões a lógicas algorítmicas opacas, aprofundar desigualdades associadas à exclusão digital e ampliar formas de controle e precarização do trabalho. Soma-se a centralidade econômica dos dados em saúde, com implicações éticas e políticas para a privacidade, a autonomia e a proteção social.

Sustenta-se que a Saúde Digital é relevante para a melhoria de processos por meio da inovação, devendo operar como mediação subordinada aos princípios do SUS e às diretrizes da Atenção Psicossocial. É necessário fortalecer a governança pública, assegurar regulação com transparência e proteção de dados, respeitando especificidades setoriais, enfrentar desigualdades digitais e orientar a incorporação tecnológica às necessidades da RAPS, de modo a qualificar processos sem descaracterizar o cuidado territorial, relacional e centrado nos sujeitos. Coloca-se como agenda analítica o constante aprofundamento de estudos empíricos e teóricos voltados à compreensão dos efeitos da digitalização e da plataformização na produção do cuidado, nas relações de trabalho e na organização das redes, com ênfase em contextos de vulnerabilidade. O sentido da Saúde Digital dependerá menos da tecnologia em si que dos projetos societários que a orientam, sendo decisivo reafirmar o cuidado como prática territorial, relacional e orientada por direitos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, Naomar de. **Competência tecnológica crítica em saúde**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 22, n. 66, p. 667–671, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0257>.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067–2074, 2018. Disponível em: <https://l1nq.com/9y00R> Acesso em: 22 jan. 2026.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Ofensiva ultraneoliberal no capitalismo em crise no Brasil e no mundo**. Libertas, Juiz de Fora, v. 23, n. 1, p. 10–22, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/41383/25969>. Acesso em: 24 jan. 2025.

BEZERRA, Arthur Coelho. **O regime de informação do capitalismo industrial de plataforma: novas tecnologias, velhas relações sociais**. Tendências da Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação, v. 18, n. 1, p. 1–23, jan./jun. 2025.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: Presidência da República, 2011a.

BRASIL. **Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias**. Brasília, DF, 15 dez. 2016. Disponível em: <https://acesse.one/1ZWWJ> Acesso em: 26 jan. 2026.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais**. Brasília: Presidência da República, 2001.



BRASIL. **Ministério da Saúde. Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020–2028** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Informática do SUS, 2020. Disponível em: <https://acesse.one/PFZe9> Acesso em: 10 maio 2025.

BRASIL. **Norma Técnica nº 11/2019 – CGMAD/DAPES/SAS/MS**, de 4 de fevereiro de 2019. Referente às mudanças na Política Nacional de Saúde Mental. Brasília: Presidência da República, 2019.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial**. Brasília: Presidência da República, 2011b.

BRASIL. Presidência da República. **Portaria nº 3.588, de 20 de dezembro de 2017**. Diário Oficial da União, Brasília, 22 jan. 2018. Disponível em: <https://l1nk.dev/ZykV4> . Acesso em: 21 jan. 2026.

BRASIL, Dayane Degner Ribeiro; LACCHINI, Annie Jeanninne Bisso. **Reforma Psiquiátrica Brasileira: dos seus antecedentes aos dias atuais**. Pluralidades em Saúde Mental, v. 10, n. 1, 2021. Disponível em: <https://sl1nk.com/joADT> . Acesso em: 27 jan. 2026.

CHAVES, Arlane Silva Carvalho *et al.* **Recorte temporal dos desafios para implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil: revisão sistemática**. Mental, Barbacena, v. 14, n. 26, p. 1–19, dez. 2022. Disponível em: <https://l1nq.com/yowAN> Acesso em: 27 jan. 2026.

COSTA-ROSA, Abílio da. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva** [online]. São Paulo: Editora UNESP, 2013, 334 p. ISBN: 978-85-393-0481-3.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019**. Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, n. 3, e00285117, 2020. Disponível em: <https://sl1nk.com/C8a7P> . Acesso em: 25 jan. 2026.

HADDAD, Ana Estela; LIMA, Nísia Trindade. **Saúde digital no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 28, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.230597>. Acesso em: 20 nov. 2025.

LIMA, Claudia Rizzo de Araújo *et al.* **A construção do SUS: avanços, impasses e desafios**. In: GIOVANELLA, Ligia *et al.* (org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Brasília: OPAS, 2009. v. 1, p. 109–129. Disponível em: <https://acesse.one/wppUP> Acesso em: 20 nov. 2025.

LIRA, Gabriela Fernandes Chaves; OLIVEIRA, Andreia. **Desafios na sustentação dos princípios da luta antimanicomial**. Argumentum, v. 15, n. 3, p. 111–125, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/40031>. Acesso em: 25 jan. 2026.

PAIM, Jairnilson Silva. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723–1728, jun. 2018. Disponível em: <https://sl1nk.com/RXa4W>. Acesso em: 20 jan. 2026.

PAIM, Jairnilson Silva. **Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 5, p. 15–28, dez. 2019. Disponível em: <https://sl1nk.com/FbtTf> . Acesso em: 24 jan. 2026.

RACHID, Raquel *et al.* **Saúde digital e a plataformização do Estado brasileiro**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 28, n. 7, p. 2143–2153, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023287.14302022>. Acesso em: 20 nov. 2025.

RODRIGUES, Alex. **Ministério vai contratar 6,3 mil vagas em comunidades terapêuticas**. Agência Brasil, 2021. Disponível em: <https://sl1nk.com/4hmtS> . Acesso em: 8 fev. 2026.



SANTOS, Lenir; GRAÇA, Guilherme Mello. **Admirável mundo novo: o Sistema Único de Saúde e os desafios da inteligência artificial.** Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 25, n. 1, 2025. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.rdisan.2025.232154.

SHIMOGUIRI, Ana Flávia Dias Tanaka. **O paradigma psicossocial: parâmetros mínimos para as práticas substitutivas ao paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico medicalizador.** Revista Psicologia UNESP, Assis, v. 18, n. esp., p. 198–216, 2019. Disponível em: <https://revista.psc.unesp.br/>. Acesso em: 22 jan. 2026.

SILVA, Gabriela de Oliveira Laguna *et al.* **Saúde digital e seus impactos no acesso à atenção primária por grupos minoritários: revisão sistemática.** Revista Panamericana de Salud Pública, Washington, v. 49, e96, 2025. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2025.v49/e96/>. Acesso em: 3 fev. 2025.

SOIBELMAN, Gustavo; FORNAZIN, Marcelo; ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi. **Saúde digital na Atenção Primária à Saúde no Brasil.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 49, n. especial 1, ago. 2025. Disponível em: <https://sl1nk.com/aTGbj> . Acesso em: 2 fev. 2026.

SOUZA, Luís Eugenio Portela Fernandes de *et al.* **Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2893–2906, 2019. Disponível em: <https://sl1nk.com/YrKjx> . Acesso em: 20 jan. 2026.

YASUI, Silvio; COSTA-ROSA, Abílio. **A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 27–37, jan./dez. 2008.

