

Responsabilidade social da saúde digital: ensaio sobre iniquidades

Social responsibility in digital health: An essay on inequities

Responsabilidad social en la salud digital: un ensayo sobre las inequidades

Gabriel Ricardo Fernandes¹, Maria Eulália Vinadé Chagas²

DOI: 10.1590/2358-2898202615111288P

RESUMO Este ensaio discute a importância da responsabilidade social na saúde digital, analisando como as tecnologias digitais de informação e comunicação podem atuar como lupa social, revelando desigualdades históricas, especialmente no Sul Global. Embora projetos de saúde digital ampliem a cobertura e acelerem diagnósticos, muitas iniciativas priorizam desfechos clínicos em detrimento da análise das iniquidades, reforçando desigualdades existentes. A ausência de reconhecimento dos saberes locais, a predominância de perspectivas tecnocráticas e o avanço de narrativas populistas e extremistas nas mídias digitais agravam essas distorções. Nesse contexto, a formação profissional, a integração entre saúde, educação e pesquisa, o fortalecimento dos sistemas de saúde e da universalidade, e a valorização do pensamento microterritorial emergem como fatores essenciais para orientar políticas inclusivas. A promoção da literacia em saúde, a ampliação da conectividade digital, do controle social e dos mecanismos de regulação, bem como a valorização das epistemologias do Sul Global, são estratégias centrais para a promoção da equidade. A saúde digital não constitui uma solução neutra para as desigualdades em saúde; seu potencial para promover equidade e justiça social depende dos contextos de sua implementação, podendo tanto contribuir para a redução quanto para a reprodução de iniquidades.

PALAVRAS-CHAVE Saúde digital. Equidade. Responsabilidade social. Saúde pública digital.

ABSTRACT This essay discusses the importance of social responsibility in digital health and analyzes how digital information and communication technologies can act as a social magnifying glass, revealing historical inequalities, particularly in the Global South. Although digital health projects expand coverage and accelerate diagnoses, many initiatives prioritize clinical outcomes at the expense of analyzing inequities, thereby reinforcing existing disparities. The absence of recognition of local knowledge, the predominance of technocratic perspectives, and the rise of populist and extremist narratives in digital media further aggravate these distortions. In this context, professional training, the integration between health, education, and research, the strengthening of health systems and universality, and the appreciation of micro-territorial thinking emerge as essential factors for guiding inclusive policies. The promotion of health literacy, the expansion of digital connectivity, social participation and oversight, regulatory mechanisms, and the valorization of Global South epistemologies are central strategies for advancing equity. Digital health is not a neutral solution to health inequalities; its potential to promote equity and social justice depends on the contexts in which it is implemented and may contribute either to the reduction or the reproduction of inequities.

KEYWORDS Digital health. Equity. Social responsibility. Digital public health.

RESUMEN Este ensayo aborda la responsabilidad social en la salud digital, analizando cómo las tecnologías digitales de información y comunicación actúan como lupa social, revelando desigualdades históricas, especialmente en el Sur Global. Aunque los proyectos de salud digital amplían la cobertura y agilizan diagnósticos, muchas iniciativas priorizan desenlaces clínicos en detrimento del análisis de las inequidades, reforzando desigualdades existentes. La falta de reconocimiento de los saberes locales, el predominio de perspectivas tecnocráticas y el avance de narrativas populistas y extremistas en los medios digitales agravan estas distorsiones. En este contexto, la formación profesional, la integración entre salud, educación e investigación, el fortalecimiento de los sistemas de salud y de la universalidad, y la valoración del pensamiento microterritorial emergen como factores esenciales para orientar políticas inclusivas. La promoción de la alfabetización en salud, la ampliación de la conectividad digital, del control social y de los mecanismos de regulación, junto con la valoración de las epistemologías del Sur Global, son estrategias centrales para promover la equidad. La salud digital no es una solución neutra para las desigualdades en salud; su potencial para promover equidad y justicia social depende de los contextos de su implementación, pudiendo contribuir tanto a reducir como a reproducir inequidades.

PALABRAS CLAVE Salud digital. Equidad. Responsabilidad social. Salud pública digital.

¹Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública (FSP) – São Paulo (SP), Brasil.
gabrielcfernandes@gmail.com

²Hospital Moinhos de Vento, Responsabilidade Social – Porto Alegre (RS), Brasil.

Introdução

A continuidade da vida humana exige a redução das desigualdades sociais, condição fundamental para a sustentabilidade das sociedades contemporâneas. Essa afirmação, ainda que pareça evidente, é um impulso para todos os indivíduos que, munidos de informação crítica, buscam intervir nas estruturas historicamente marcadas pela hegemonia eurocêntrica e por modelos de organização social excludentes¹. Entretanto, a efetivação de uma responsabilidade comunitária não se apresenta como tarefa simples, uma vez que o poder decisório sobre a vida pública permanece concentrado em uma parcela restrita da população^{1,2}. Cada contexto político, ao produzir novas narrativas, nem sempre legitima a versão mais consistente ou verídica dos fatos, mas aquela capaz de mobilizar maior apoio social e produzir efeitos de hegemonia^{2,3}. Esse apoio, contudo, não é sensitivamente numérico, mas está intrinsecamente relacionado à distribuição desigual de capital econômico e cultural entre as classes. É necessário observar que, mesmo aquilo que é reconhecido como evidência não decorre exclusivamente de critérios técnicos neutros, mas de disputas políticas e epistemológicas que estabelecem linhas abissais entre conhecimentos considerados válidos e aqueles produzidos fora da racionalidade científica hegemônica (colonizadora), os quais são silenciados^{3,4}. É nesse cenário histórico de disputas de sentido que os grupos privilegiados tendem a concentrar poder, reproduzindo assimetrias e ampliando as distâncias entre diferentes segmentos da sociedade¹⁻³.

O maior risco de um modelo desregulado de sociedade manifesta-se no campo da saúde, com repercussões que se estendem da esfera individual à *one health*⁵ e se correlacionam com o acesso à água e alimentação, o saneamento básico, as mudanças climáticas e as ondas migratórias, atingindo principalmente o Sul Global^{1,6} – que não possui uma definição exclusivamente relacionada à localização geográfica, aspecto que não deve ser retirado da

análise das disposições dos serviços de saúde. Todavia, o conceito compreende os territórios onde os processos de produção do conhecimento, da sociedade e da saúde são atravessados por heranças coloniais e desigualdades estruturais, com grande presença de territórios situados abaixo da Linha do Equador^{4,7}. Ao naturalizar as desigualdades como inerentes à ordem social, esse paradigma compromete o direito fundamental à vida e fragiliza os modos de organização do cuidado.

Nos países do Sul Global, ainda que os sistemas de saúde compartilhem dos históricos de colonização e da dependência econômica forçada, suas trajetórias são heterogêneas, atravessadas por diferentes arranjos e disputas políticas, criando graus de aproximação ou distanciamento de racionalidades neoliberais e necropolíticas contemporâneas^{1,4,7}. Nesse contexto, alguns debates internacionais também se manifestam de maneira desigual, por exemplo, a discussão acerca da cobertura universal, preconizada nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, e a formulação de sistemas com princípios de acesso universal de saúde⁸. Embora os grandes sistemas de saúde adotem a universalidade como princípio, a efetivação da integralidade e da equidade varia significativamente conforme a configuração política e institucional de cada país².

O Chile ilustra essa tensão. Mesmo que o país tenha ampliado mecanismos de proteção social e buscado reduzir desigualdades após o fim do regime militar, o sistema de saúde, que conta com componentes públicos e privados, prevê uma cobertura universal assentada no pressuposto de proteção econômica. Nesse arranjo, o indivíduo é, em grande medida, representado por sua capacidade de pagamento⁹⁻¹¹. Esse desenho se distancia dos efeitos de solidariedade presentes em modelos de sistemas universais de saúde, como o brasileiro, que, em sua construção, também carrega marcas de um regime ditatorial militar. Tais sistemas são financiados por fundos públicos provenientes de impostos gerais e contribuições sociais, com potencial redistributivo e

progressividade tributária, afirmando o acesso universal como expressão concreta de cidadania e compreendendo a cobertura como a garantia de atenção em todos os níveis de complexidade, conforme as necessidades da população e sem restrição de serviços⁹. Ainda assim, iniciativas de ampliação do acesso e fortalecimento da proteção social representam movimentos fundamentais de aproximação aos princípios da universalidade.

Nesse contexto, a responsabilidade social constitui elemento central para articular as ações entre os diversos agentes do ecossistema de saúde, orientando burocracias, processos e políticas públicas que visam garantir as condições mínimas necessárias à efetivação do direito à saúde. As epistemologias do sul compreendem saúde, doença e cuidado a partir das lutas contra o capitalismo, o colonialismo e o patriarcado, defendendo que a justiça cognitiva, a justiça social e ecológica dependem da descolonização dos saberes hegemônicos, inclusive da biomedicina^{4,12}.

A evolução tecnológica – o computador, a internet e, atualmente, a inteligência artificial – e o processo de globalização evidenciaram desvios sociais históricos a uma velocidade jamais vista. Ao mesmo tempo que os avanços da medicina permitiram as melhores condições de saúde de toda a história dos *Homo sapiens*, elas, entretanto, podem desaparecer rapidamente caso a questão ambiental e o acesso equitativo à saúde não sejam preconizados¹³.

A saúde digital, dessa maneira, torna-se uma das peças centrais dessas transformações, caracterizando-se como o campo de articulação entre o desenvolvimento tecnológico informacional, a saúde humana e os avanços biomédicos. Compreende mais do que a assistência à saúde prestada por dispositivos de comunicação, ultrapassando também a dimensão instrumental dos dados, algoritmos e indicadores. Trata-se de um campo de política em saúde, área econômica, científica e socio-técnica, que envolve a organização de sistemas de informação que suportam os sistemas de saúde, a mediação tecnológica do cuidado, a

circulação global de dados, a incorporação de tecnologias e a redefinição das relações entre profissionais, usuários, instituições, meio ambiente e todo o escopo de regulação^{13,14}.

Justamente por sua amplitude e potência transformadora, sua implementação ocorre de maneira profundamente desigual entre os países, ressaltando iniquidades do Sul Global. Ao mesmo tempo, abre espaço para a construção de alternativas críticas e contextualizadas, reivindicando perspectivas decoloniais para seu desenvolvimento¹⁴. Diante da inexistência de soluções únicas ou imediatas para a superação das desigualdades, torna-se indispensável o investimento contínuo em políticas, programas e projetos sociais sustentados pela responsabilidade social, além de pautar as tecnologias digitais de informação e comunicação na saúde para a diminuição das iniquidades e a promoção da saúde global.

Do progresso à exclusão

Os grandes saltos das tecnologias da humanidade vieram inevitavelmente de cenários conflituosos e de guerra, como na modificação do cenário social da burguesia na Revolução Industrial, na criação do computador durante a Segunda Guerra Mundial ou atualmente no uso de inteligência artificial nos discursos populistas e nos conflitos diplomáticos¹⁵. Apesar desse histórico de apropriações voltadas ao poder e ao conflito, persiste a possibilidade de orientar tais ferramentas para fins de justiça social e promoção do bem-estar coletivo; em especial, os avanços nas tecnologias de comunicação, que têm impactado profundamente a medicina e os sistemas de saúde.

A internet consolidou-se como um dos principais motores do desenvolvimento contemporâneo. O acúmulo de dados e informações em ambientes digitais possibilita a circulação e a recombinação de hipóteses, análises e evidências que favorecem a pesquisa científica, a inovação educacional e a prestação de serviços em diferentes áreas^{13,16,17}. No campo da

saúde, esse fluxo é especialmente dinâmico, visto que as informações apresentam caráter volátil e estão inseridas em um contexto de rápida obsolescência, em razão da velocidade com que os dados são criados, substituídos ou perdidos, exigindo constante atualização e senso crítico para lidar com o excesso de conteúdo¹⁶. Contudo, tais informações não são neutras nem instáveis por natureza, mas constituídas simbolicamente em meio a disputas de sentido, mecanismos de legitimação e relações de poder, desde as relações entre profissionais de saúde e usuários até as relações governamentais entre órgãos reguladores e estabelecimentos de saúde, o que torna fundamental o reconhecimento dos limites dos próprios saberes e a valorização dos conhecimentos e das experiências dos outros atores dessa rede informacional de saúde¹⁸. A produção, validação e circulação de dados, informações e conhecimentos ocorrem de forma desigual, refletindo assimetrias de poder que favorecem a difusão e a legitimação de determinados discursos, enquanto outros permanecem invisibilizados ou silenciados^{16,18}.

Paralelamente, por causa desse cenário, a digitalização de prontuários de saúde viabilizou a preservação segura da trajetória clínica dos pacientes, reduzindo perdas associadas a registros em papel e favorecendo uma visão longitudinal do cuidado; porém, é na possibilidade do vazamento de informações confidenciais que se ressalta a importância da criação de leis de proteção de dados pessoais¹⁹. Como os dados de prontuários contemplam informações extremamente sensíveis, que vão desde características genéticas em exames de DNA até experiências subjetivas e percepções compartilhadas em atendimentos psicológicos, esses instrumentos regulatórios desempenham papel fundamental na garantia de direitos, prevenindo usos indevidos, práticas exploratórias e formas de silenciamento informacional que podem afetar a parte mais vulnerável dessa cadeia: os usuários dos sistemas de saúde^{13,16}.

Desde a década de 1970, a telemedicina propõe-se a ampliar o acesso a cuidados em

contextos de alta demanda e escassez de recursos, ao permitir atendimentos sem a necessidade de presença física²⁰. Nos últimos anos, a incorporação da inteligência artificial vem se destacando com os modelos de suporte à decisão clínica, que têm acelerado diagnósticos e aperfeiçoado protocolos terapêuticos; entretanto, a centralidade conferida aos algoritmos pode reduzir a saúde a um processo técnico, desconsiderando sua dimensão biopsicossocial e alimentando crises bioéticas^{19,21}.

Projetos de saúde digital, ainda que fundamentados na superação de grandes barreiras como cobertura às regiões geográficas remotas, frequentemente não analisam as iniquidades presentes em seus territórios²². A maioria das iniciativas e pesquisas de saúde digital concentra-se acima da Linha do Equador²³, e os resultados, mesmo quando realizados em populações específicas, privilegiam desfechos clínicos em detrimento da análise das desigualdades sociais²², o que, por sua vez, potencializa que os grupos mais favorecidos acabem acessando de forma mais eficaz os benefícios dessas tecnologias. As causas desse desequilíbrio estão associadas, em grande medida, à predominância de perspectivas tecnocráticas e biomédicas no planejamento em saúde, bem como à ausência de reconhecimento da pluralidade epistemológica, da valorização dos saberes locais e territoriais como elementos legítimos de construção de soluções em saúde^{4-6,12,14}.

A inovação tecnológica não constitui um fenômeno neutro, devendo ser compreendida como parte de uma complexa rede de relações de poder característica da era informacional. Essa dinâmica é fortemente influenciada por, ao menos, dois vetores centrais: a concentração geográfica da produção tecnológica em grandes centros econômicos e industrializados; e a predominância de modelos de inovação baseados na lógica do experimento contínuo, em que determinadas formas de conhecimento e aprendizado são legitimadas em detrimento de outras epistemologias e experiências locais¹⁵.

Nesse contexto, os territórios do Sul Global tendem a ocupar posições periféricas nas cadeias globais da tecnologia, frequentemente associados à extração de matérias-primas estratégicas, à oferta de mão de obra de baixo custo e à disponibilização de dados populacionais utilizados no treinamento de algoritmos e sistemas de inteligência artificial. Em contrapartida, os principais mercados consumidores, centros decisórios e estruturas de acumulação econômica permanecem concentrados nos países do Norte Global, reencenando uma colonização 2.0¹⁴.

A própria infraestrutura material dessa saúde digital evidencia tais assimetrias sócio-históricas, expressas na instalação de *data-centers* com elevado impacto ambiental, na exploração de minerais raros e na expansão de plataformas digitais e serviços de tele-saúde, frequentemente implementados em contextos regulatórios frágeis do Sul Global. Sob o discurso da ampliação do acesso e da democratização tecnológica, grandes empresas de tecnologia passam a apresentar seus produtos e serviços como instrumentos únicos de progresso e inclusão, silenciando outros formatos de pensar e produzir a saúde digital nos territórios^{14,24}.

Além desses fatores (e por causa deles), outros gargalos amplamente reconhecidos também devem ser considerados na análise dos resultados assimétricos da implementação da saúde digital, como a falta de interoperabilidade entre sistemas, as dificuldades de acesso à internet e a distribuição desigual de profissionais de saúde nos territórios^{13,25}. Países de grandes dimensões territoriais apresentam importantes desigualdades na distribuição da infraestrutura tecnológica e na capacidade de acesso às tecnologias digitais em saúde. No continente africano, por exemplo, além das particularidades geográficas, políticas e socioeconômicas de cada país, coexistem distintos perfis epidemiológicos. Enquanto alguns contextos apresentam maior carga de doenças crônicas não transmissíveis, outros permanecem fortemente impactados por zoonoses

e infecções sexualmente transmissíveis. Na Etiópia, por exemplo, a saúde digital tem sido utilizada como estratégia custo-efetiva de apoio ao cuidado de pessoas vivendo com HIV, favorecendo a adesão ao tratamento por meio do envio de lembretes diários para a tomada de medicamentos via mensagens de texto e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida²⁶. Na África do Sul e na Tanzânia, diversas iniciativas também utilizam esse meio de comunicação para promover a adesão ao tratamento do HIV e a vinculação dos usuários aos serviços de saúde após autotestes, especialmente entre adolescentes e mulheres^{27,28}.

Esses exemplos reforçam que o cuidado em saúde envolve mais do que a identificação de doenças ou a busca pela cura: requer prevenção, promoção, orientação e acompanhamento contínuo, o que demanda abordagens interdisciplinares. Um dos grandes valores da saúde digital não reside apenas nos indicadores produzidos ou nos desfechos clínicos não inferiores ao cuidado tradicional, mas em sua potência de atuar como uma lente de aumento, expondo contradições sociais que por muito tempo permaneceram naturalizadas ou foram intencionalmente não solucionadas. Dessa forma, quando pesquisadores, profissionais e gestores se distanciam da observação atenta das realidades locais, isto é, do reconhecimento das iniquidades, interseccionalidades e singularidades que caracterizam cada território, bem como do conhecimento aprofundado das populações atendidas e de suas necessidades mais urgentes, as intervenções resultam em práticas desiguais que aprofundam a exclusão de grupos minoritários. Afinal, quem vivencia a dor é quem melhor pode nomeá-la, descrevê-la e apontar caminhos para seu enfrentamento²².

Recalculando a rota

Simultaneamente aos desafios impostos por esse cenário, constroem-se oportunidades de atuação a partir da insurgência de perspectivas decoloniais que ampliam a compreensão da

saúde digital, não apenas como ferramenta de expansão do acesso por meio de tecnologias duras, mas também como estratégia promotora de saúde em contextos marcados por complexas iniquidades socio-históricas^{14,29}. À mercê das contradições produzidas pela disputa de narrativas observada no cenário analisado, torna-se imprescindível repensar a formação profissional e na articulação entre saúde, educação e pesquisa. O avanço da produção científica, das formações em profissões de saúde, da pós-graduação e das residências médicas e multiprofissionais, mesmo sendo fundamental e característico dos Estados de bem-estar social, mostra-se insuficiente quando não se traduz em benefícios concretos para as populações em maior situação de vulnerabilidade.

Na pesquisa em saúde digital, no período pós-pandêmico, observa-se uma expressiva concentração de estudos na área da saúde mental. Esse movimento evidencia a transição das demandas sanitárias urgentes, características da fase aguda da pandemia, para sequelas e condições crônicas de longa duração. Tais impactos tendem a afetar de forma mais intensa os indivíduos que acumulam múltiplas vulnerabilidades sociais, econômicas e sanitárias, evidenciando como as interseccionalidades das iniquidades em saúde influenciam negativamente o bem-estar psicológico e a saúde mental dessas populações³⁰. Paradoxalmente, as pesquisas voltadas à Atenção Primária à Saúde (APS), principal porta de entrada dos sistemas de saúde e nível de cuidado com maior potencial de acesso para populações minoritárias, permanecem restritas a poucos países, inclusive no Sul Global²³. Esse descompasso contraria as metas da Estratégia Global de Saúde Digital, que preconiza a ampliação equitativa do acesso e da inovação em saúde¹³.

Apesar do aumento expressivo no número de jovens universitários, o acesso ao ensino superior ainda representa uma barreira significativa, sobretudo nos países em desenvolvimento, onde os problemas de educação fundamental não foram superados. Em contraponto, nações

com elevados Índices de Desenvolvimento Humano tendem a investir em sistemas públicos de educação mais robustos, frequentemente financiados por políticas de tributação progressiva². A ausência de uma esfera pública representativa aprofunda as divisões sociais e compromete a efetividade das políticas de educação e saúde. Embora cerca de 85% dos países possuam estratégias voltadas à melhoria da conectividade de escolas ou alunos, apenas 40% das instituições de ensino fundamental estão conectadas à internet em nível global³¹. Nesse contexto, a insuficiência de literacia digital e em saúde emerge como um fator de risco relevante¹³. A pouca literacia digital e em saúde pode conduzir a uma incapacidade de avaliar criticamente as informações disseminadas em ambientes digitais, o que, por sua vez, favorece a circulação de desinformação e a ocorrência de infodemias, principalmente com temas pertinentes à área da saúde. Esse cenário reforça a urgência de integrar políticas de educação e saúde, de modo a garantir que o uso das tecnologias ocorra de forma responsável, inclusiva e socialmente orientada^{6,15,16,31}.

Pensar em uma construção de justiça digital torna-se condição fundamental para a universalização equitativa do cuidado em saúde^{13,15}. Ampliar o acesso às tecnologias e reconhecer diferentes formas de pensamento comunitário são ações primordiais para que a expansão da saúde digital não reproduza as desigualdades históricas. Todavia, em contextos marcados pelo avanço do populismo e pelas ascensões de diferentes vertentes do conservadorismo político, que encontraram nas mídias digitais importantes canais de circulação e amplificação de discursos, torna-se necessário repensar os caminhos da militância em saúde pública^{2,4,15,29}. As tecnologias digitais, longe de produzirem efeitos unívocos, constituem arenas de disputa social e política, nas quais distintos atores buscam legitimar narrativas e projetos societários¹⁵. Nesse contexto, discursos extremistas penetram o espaço social, modificam opiniões, ampliam a desinformação e promovem ataques a instituições

consolidadas, como aqueles direcionados à própria Organização Mundial da Saúde^{14,32}. Esse cenário evidencia disputas de sentido historicamente produzidas, bem como fragilidades nos processos de comunicação e na capacidade de enfrentamento de narrativas hegemônicas, inclusive no campo da saúde digital, cuja consolidação pressupõe inovação, pensamento crítico e uso responsável das informações e mídias digitais^{1,3,7,14}.

É preciso estratégias eficazes de enfrentamento que não estejam restritas ao plano instrumental da comunicação, mas que sejam um componente de um projeto político mais amplo de justiça em saúde, educação popular em saúde e comunicação acessível à população do território, além de articular com transformações estruturais que vão desde a democratização do acesso até o fortalecimento dos sistemas públicos com enfoque na universalidade. Como já denunciou Caetano Veloso em ‘Podres Poderes’³³, a ‘incompetência da América católica’ parece condenada a depender de ‘ridículos tiranos’ enquanto ‘os homens exercem seus podres poderes’ sobre grupos historicamente marginalizados – essa ferida se estende para além da América Latina, sendo compartilhada por todo o Sul Global. O planejamento da comunicação em saúde, principalmente em canais digitais, precisa trabalhar contra essa lógica ou as mudanças produzidas correm o risco de apenas combater os efeitos sem enfrentar as causas, aprofundando as injustiças em saúde.

A responsabilidade social pelos usuários deve exigir a promoção da literacia em saúde e a ampliação da conectividade digital, de modo a favorecer a compreensão do funcionamento do ecossistema da saúde e estimular a participação consciente nos processos de cuidado e governança^{1,4,5,13,18,31}. O maior controle social, entendido pela participação da população no planejamento das políticas públicas, fiscalizando as ações dos governos e verificando o cumprimento das leis, em conjunto com a criação de uma identidade nacional pautada nos princípios da equidade

constituem elementos centrais para assegurar estabilidade e inaugurar uma nova visão de mundo mais justo^{1,2,4,5,13}. Uma população preparada para exercer seu direito primordial de escolha e reivindicação por melhorias deve demandar dos Estados a implementação de medidas efetivas.

O fortalecimento dos sistemas de saúde ocorre quando há colaboração entre todos os setores que os compõem. Todavia, o pilar social da participação da comunidade, especialmente nos processos decisórios mais próximos dos territórios, é essencial para o enfrentamento das iniquidades mais agudas. Nessa perspectiva, algumas experiências, embora ainda embrionárias, merecem atenção. No Brasil, por exemplo, a regulação das apostas *online*, que afetam de forma desproporcional populações em situação de vulnerabilidade, tem mobilizado ações intersetoriais envolvendo os setores da educação, assistência social, fazenda e saúde. Essas iniciativas buscam regular a expansão acelerada das apostas digitais e reconhecer o vício em jogos como um problema relevante de saúde pública, utilizando a saúde digital como uma das principais ferramentas de cuidado³⁴.

Na região Nordeste, que enfrenta a baixa distribuição de médicos nos territórios, destacam-se iniciativas de tele saúde, principalmente com a realização de teleconsultorias e teleinterconsultas entre profissionais da APS e médicos especialistas. Além de ampliar a resolutividade da APS por meio do cuidado compartilhado, essas estratégias favorecem processos de educação permanente, permitindo que os conhecimentos adquiridos nas discussões clínicas sejam incorporados à prática cotidiana dos profissionais³⁵. Dessa forma, seus efeitos repercutem para além do teleatendimento, contribuindo para o fortalecimento da capacidade assistencial dos serviços locais.

Nos representantes políticos e institucionais, a responsabilidade social deve manifestar-se na capacidade de assegurar a representação de todas as parcelas da sociedade, incluindo as interseccionalidades de gênero, raça e nível

socioeconômico, garantindo a efetivação dos direitos sociais^{1,2,5,12,13}. Nos gestores, a responsabilidade social exige o aprimoramento da capacidade de análise e planejamento em nível local, articulada a uma visão global, o que inclui a ampliação das pesquisas em saúde digital no Sul Global, bem como o incremento de pesquisas translacionais^{1,5,7,12,22,23}. O pensamento microterritorial, quando devidamente valorizado, oferece subsídios para a construção de estratégias capazes de gerar mudanças em escala macrorregional⁷. Com relação aos profissionais de saúde, independentemente de grau e área de formação ou relação direta ou indireta à assistência à saúde, demanda-se a responsabilidade social no fortalecimento da dimensão humana e da consciência de que saúde não se restringe à ausência de doenças, mas constitui um estado de bem-estar biopsicossocial, incorporando também a cyberética às suas práticas, visando proteger pacientes não apenas de riscos clínicos, mas também dos potenciais malefícios decorrentes dos algoritmos^{5,12,16,19}.

A responsabilidade social compõe a agenda decolonial da saúde digital: é necessário descentralizar as plataformas de produção e circulação do conhecimento em saúde, valorizando as epistemologias do Sul Global, os saberes dos povos originários e seus entendimentos sobre saúde, doença, cura, corpo e uso dos recursos naturais, além de ampliar o acesso à educação para todos e em todos os níveis. Também é preciso ampliar os mecanismos de transparência, prestação de contas e responsabilização pública, impedindo que racionalidades neoliberais capturem políticas orientadas pelo interesse coletivo e assegurando que a

população exerça, seu papel no direcionamento das ações do Estado^{1,2,4,7,14}.

Da mesma forma, torna-se fundamental construir mecanismos de resistência diante de processos de hegemonização do pensamento, especialmente aqueles sustentados por discursos conservadores que restringem direitos, silenciam divergências e limitam a pluralidade de perspectivas. Existe também a urgência de fortalecer a cooperação solidária entre os países do Sul Global. O compartilhamento de conhecimentos, tecnologias e experiências deve ser compreendido como um compromisso coletivo, pois o enfrentamento das desigualdades globais exige que o desenvolvimento seja construído de forma conjunta, e não à custa do progresso de outros povos (afinal de contas, essa é a especialidade do Norte Global)^{1,2,7,14,15}.

Por fim, é essencial que todos reflitam sobre o modelo de organização social, especialmente os mecanismos de tributação e distribuição de capital, ampliando o investimento em políticas públicas que, apoiadas pelas inovações tecnológicas, aproximem as classes sociais e promovam valores coletivistas. É essa reorganização social estratégica que possibilitará a permanência da vida humana em sociedade de forma equitativa e sustentável.

Contribuições de autoria

Fernandes GR (0009-0007-1172-3289)* e Chagas MEV (0000-0002-3291-3571)* contribuíram igualmente para elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Mignolo WD, Walsh CE. On decoloniality: concepts, analytics, praxis. Durham London: Duke University Press; 2018. (On decoloniality). DOI: <https://doi.org/10.1515/9780822371779>
2. Piketty T, Sandel MJ. Igualdade: Significado e importância. Rio de Janeiro, RJ: Editora Civilização Brasileira; 2025. 144 p.
3. Gramsci A. Cadernos do Cárcere: Caderno 1 (XVI) - 1929 - 1930 Primeiro Caderno. Rio de Janeiro, RJ: Igs/Brasil; 2024.
4. Santos BS. Epistemologies of the South: justice against epistemicide. London New York: Routledge; 2016. 284 p. DOI: <https://doi.org/10.4324/9781315634876>
5. Food and Agriculture Organization of the United Nations; United Nations Environment Programme; World Health Organization; World Organisation for Animal Health. One Health Joint Plan of Action (2022–2026): Working together for the health of humans, animals, plants and the environment. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2022. 86 p. DOI: <https://doi.org/10.4060/cc2289en>
6. Correa-Salazar C, Marín-Carvajal I, García MA, et al. Earth Rights for the Advancement of a Planetary Health Agenda. Health Educ Behav. 2024;51(6):787-95. DOI: <https://doi.org/10.1177/10901981241232642>
7. Santos M. Por uma outra globalização: do pensamento [sic] único à consciência universal. Rio de Janeiro: Editora Record; 2000. 174 p.
8. Nações Unidas no Brasil [Internet]. [local desconhecido]: Nações Unidas no Brasil; © 2026. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável; 2024 [acesso em 2024 abr 14]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>
9. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ADCA, et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. Ciênc saúde coletiva. 2018;23(6):1763-76. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>
10. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. Lancet Glob Health. 2018;6(11):e1196-252. DOI: [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(18)30386-3)
11. Cerda AA, García LY, Rivera-Arroyo J, et al. Comparison of the healthcare system of Chile and Brazil: strengths, inefficiencies, and expenditures. Cost Eff Resour Alloc. 2022;20(1):71. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12962-022-00405-9>
12. Nunes JA, Louvison M. Epistemologias do Sul e descolonização da saúde: por uma ecologia de cuidados na saúde coletiva. Saúde Soc. 2020;29(3):e200563. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020200563>
13. World Health Organization. Global Strategy on Digital Health 2020-2027. 1st ed. Geneva: WHO; 2025. 44 p.
14. Sekalala S, Chatikobo T. Colonialism in the new digital health agenda. BMJ Glob Health. 2024;9(2):e014131. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-014131>
15. Castells M. A Sociedade em rede. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1999.
16. Choi BCK, Barengo NC, Diaz PA. Public health surveillance and the data, information, knowledge, intelligence and wisdom paradigm. Rev Panam Salud Pública. 2024;48:1. DOI: <https://doi.org/10.26633/rpsp.2024.9>
17. Silva JB, Lima NT, Garcia-Saisó S, et al. Towards 2030: ministerial agreements on information systems and digital transformation for resilient health systems. Rev Panam Salud Pública. 2024;48:e137. DOI: <https://doi.org/10.26633/rpsp.2024.137>
18. Okuhara T, Okada H, Yokota R, et al. Beyond health literacy: Addressing epistemic injustice in pa-

- tient-provider communication. *Patient Educ Couns*. 2026;149:109643. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2026.109643>
19. Panadés R, Yuguero O. Cyber-bioethics: the new ethical discipline for digital health. *Front Digit Health*. 2025;6:1523180. DOI: <https://doi.org/10.3389/fdgth.2024.1523180>
20. Bashshur RL. Chapter 1: Telemedicine and Health Care. *Telemed J E Health*. 2002;8(1):5-12. DOI: <https://doi.org/10.1089/15305620252933365>
21. Ciecierski-Holmes T, Singh R, Axt M, et al. Artificial intelligence for strengthening healthcare systems in low- and middle-income countries: a systematic scoping review. *Npj Digit Med*. 2022;5(1):162. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41746-022-00700-y>
22. Silva GDOL, Fernandes GR, Rocha JCD, et al. Saúde digital e seus impactos no acesso à atenção primária por grupos minoritários: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Pública*. 2025;49:1. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2025.96>
23. Vinadé Chagas ME, Silva GOL, Fernandes GR, et al. The evolution of digital health: a global, Latin American, and Brazilian bibliometric analysis. *Front Digit Health*. 2025;7:1582719. DOI: <https://doi.org/10.3389/fdgth.2025.1582719>
24. Shaffer J, Alenichev A, Faure MC. The Gates Foundation's new AI initiative: attempting to leapfrog global health inequalities? *BMJ Glob Health*. 2023;8(11):e013874. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-013874>
25. Combi C, Pozzani G, Pozzi G. Telemedicine for Developing Countries: A Survey and Some Design Issues. *Appl Clin Inform*. 2016;07(04):1025-50. DOI: <https://doi.org/10.4338/ACI-2016-06-R-0089>
26. Tunje A, Lundqvist P, Persson MC, et al. Economic evaluation of digital health interventions to improve quality-adjusted life years in adolescents living with HIV in Ethiopia. *Front Public Health*. 2026;14:1718940. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2026.1718940>
27. Crowley T, Tokwe L, Weyers L, et al. Digital health interventions for adolescents with long-term health conditions in South Africa: A scoping review. *Int J Environ Res Public Health*. 2024;22(1):2. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph22010002>
28. Mhando F, Mushy SE, Nyankomo M, et al. Clients' and providers' perspectives in informing a digital health intervention to improve linkage to care after Index HIV self-testing in Hai and Moshi Districts, Tanzania. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(1):1084. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11466-2>
29. Hussain M, Sadigh M, Sadigh M, et al. Colonization and decolonization of global health: which way forward? *Glob Health Action*. 2023;16(1):2186575. DOI: <https://doi.org/10.1080/16549716.2023.2186575>
30. Das HK, Amudhan S, Bhaskarapillai B, et al. Prevalence of common mental health problems among transgender and non-binary individuals during the COVID-19 Pandemic: A systematic review & meta-analysis. *Int J Soc Psychiatry*. 2026;00207640261453025. DOI: <https://doi.org/10.1177/00207640261453025>
31. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Global Education Monitoring Report 2023: Technology in education - A tool on whose terms? [local desconhecido]: United Nations; 2023. (Global Education Monitoring Report). DOI: <https://doi.org/10.18356/9789210028660c001>
32. Nações Unidas. Agências pedem a EUA que reconsidere saída da OMS e do Acordo de Paris. *ONU News* [Internet]. 2025 jan 21 [acesso em 2026 maio 31]; Assuntos da ONU. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2025/01/1843866>
33. Veloso C. Podres poderes [Canção]. Brasil: Universal Music Group; 1984. (Velô).
34. Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde mental: Brasil lança observatório de apostas eletrônicas

para ações integradas de prevenção à dependência. Opas [Internet]. 2025 dez 4 [acesso em 2026 maio 31]; Notícias. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/4-12-2025-saude-mental-brasil-lanca-obse-rvatorio-apostas-eletronicas-para-acoes-integradas>

35. Vinadé Chagas ME, Linhares TS, Silva GOL, et al. Evaluation of behavioral change intentions among primary healthcare physicians with the use of telemedicine. *Fam Pract*. 2025;42(4):cmf039. DOI: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmf039>

Recebido em 09/11/2025

Aprovado em 19/06/2026

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Ingrid D'avilla Freire Pereira, Fundação

Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5474471781659941>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2042-2871>, e-mail: ingriddavilla@gmail.com

com