

**A TELEMEDICINA COMO INSTRUMENTO DE
UNIVERSALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE EM REGIÕES
DE DIFÍCIL ACESSO: UMA POLÍTICA PÚBLICA NO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Universidade Presbiteriana Mackenzie

Coordenadoria de Fomento à Pesquisa - Pró-Reitoria de Pesquisa e
Pós-Graduação

Anna Carolina De Nicola Amâncio Taveira Santos Netto ¹

Apoio: PIBIC Mackenzie

Lourenço De Miranda Freire Neto ²

Universidade Presbiteriana Mackenzie – Campus Alphaville (UPM) ¹

Faculdade de Direito da Universidade Presbiteriana Mackenzie – Campus Alphaville ²

<10403349@mackenzista.com.br>

<lourenco.freire@mackenzie.br>

RESUMO

A regulamentação da telemedicina no Brasil, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), suscita debates sobre sua efetividade na concretização do direito fundamental à saúde em regiões de difícil acesso. O artigo, de natureza qualitativa e abordagem dedutiva, recorreu à revisão bibliográfica, análise documental e exame normativo para investigar a evolução legislativa e institucional da telemedicina, com destaque para a Resolução CFM nº 2.314/2022 e a Lei nº 14.510/2022, além dos impactos da pandemia de COVID-19 na consolidação da telessaúde. A pesquisa confronta o modelo tradicional de consultas presenciais, considerado “padrão ouro”, com a proposta de reconhecimento da telemedicina como “padrão prata” em localidades onde a presença física de médicos é inviável. Os resultados demonstram que a manutenção exclusiva do atendimento presencial amplia desigualdades regionais e compromete a universalidade e a equidade asseguradas pelo art. 196 da Constituição Federal. Defende-se a criação de marco regulatório que atribua equivalência técnica e jurídica à teleconsulta, aliado a investimentos em infraestrutura, conectividade e capacitação, consolidando a telemedicina como política pública estruturante de justiça sanitária.

Palavras-chave: Telemedicina; Sistema Único de Saúde; Política Pública; Equidade.

ABSTRACT

The regulation of telemedicine in Brazil, particularly within the Unified Health System (SUS), raises debates about its effectiveness in ensuring the fundamental right to health in remote and underserved regions. This qualitative study, with a deductive approach, relied on bibliographic review, documentary analysis, and normative examination to investigate the legislative and institutional evolution of telemedicine, highlighting Federal Medical Council Resolution No. 2.314/2022 and Law No. 14.510/2022, as well as the impacts of the COVID-19 pandemic on the consolidation of telehealth. The research contrasts the traditional in-person consultation model, regarded as the “gold standard,” with the proposal of recognizing telemedicine as a “silver standard” in areas where the physical presence of physicians is unfeasible. Findings show that maintaining face-to-face care as the exclusive reference accentuates regional inequalities and undermines the universality and equity guaranteed by Article 196 of the Federal Constitution. The study advocates for a regulatory framework granting technical and legal equivalence to teleconsultations, combined with investments in infrastructure, connectivity, and professional training, consolidating telemedicine as a structural public policy for health justice.

Keywords: Telemedicine; Unified Health System; Public Policy; Equity.

1. INTRODUÇÃO

A Resolução nº 2.314/22, em seu artigo 6º, estabelece a consulta presencial como “padrão ouro” de referência para o exercício da medicina, atribuindo à telemedicina caráter suplementar. Tanto pacientes quanto profissionais detêm a prerrogativa de interromper o atendimento virtual e migrar para a modalidade presencial, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, desde que observados os limites regulamentares, aplicáveis a situações de risco efetivo ou presumido que exijam intervenção imediata.

No Sistema Único de Saúde (SUS), essa regulamentação adquire relevância particular. O modelo, concebido para assegurar universalidade, integralidade e equidade, enfrenta desafios históricos na oferta de atendimento médico, sobretudo em regiões remotas ou com baixa infraestrutura. A pandemia, amparada por autorização emergencial do Ministério da Saúde, evidenciou tais fragilidades e tornou a assistência à distância instrumento indispensável para preservar a continuidade do atendimento em múltiplas localidades, aliviando a pressão sobre hospitais e serviços de urgência. Quando medida por tecnologia segura e orientada pelos princípios da beneficência e não da maleficência, deve priorizar o melhor resultado possível ao paciente, cabendo ao profissional avaliar sua adequação. A norma vigente, contudo, restringe a teleconsulta em casos classificados como não urgentes pelo Protocolo Manchester.

Impulsionada pela crise sanitária, a telemedicina consolidou-se como realidade para parte expressiva da população. Ressalte-se, todavia, que a telessaúde, no âmbito federal e vinculada ao SUS, já possui trajetória de mais de quinze anos, com efeitos notáveis na ampliação do alcance e na superação de barreiras geográficas, permitindo que regiões remotas ou desprovidas de infraestrutura passassem a contar com atendimento especializado, promovendo maior equidade na distribuição de recursos. Nesse cenário, impõe-se a reflexão: poderia a exigência da consulta presencial, definida como ‘padrão ouro’, transformar-se, em regiões de difícil acesso, em verdadeiro entrave à concretização do direito à saúde?

Iniciativas como a Infovia 01, integrante do programa Norte Conectado, viabilizam a expansão de serviços especializados para municípios isolados, reduzindo distâncias e fortalecendo a integralidade da atenção. Todavia, a prestação remota ainda enfrenta entraves, como deficiências de conectividade, desigualdade digital e necessidade de adaptação por parte de profissionais e gestores. Esses desafios vêm sendo gradualmente atenuados por políticas governamentais, muitas delas em parceria com o próprio SUS.

Políticas públicas efetivas devem resultar de escolhas orientadas ao interesse coletivo. Diante desse quadro, surge a indagação central: seria a telemedicina capaz de suprir a demanda por atendimento em regiões carentes, assegurando efetividade no âmbito do SUS? É precisamente sob essa ótica que a presente pesquisa se fundamenta, com o propósito de a priori, examinar o processo de regulamentação da telemedicina no Brasil, destacando suas principais diretrizes; em seguida, analisar criticamente como o país enfrentou os desafios e aproveitou as oportunidades, sobretudo no contexto do SUS, à luz das transformações jurídicas, institucionais e estruturais advindas da pandemia.

Serão avaliados os parâmetros técnicos e éticos, a necessidade de harmonização normativa e de equidade no acesso, bem como políticas de regulação e fortalecimento da prática remota, considerando lacunas legislativas, desafios de coordenação e medidas de integração tecnológica. Igualmente, será examinada a pertinência de um marco regulatório abrangente, apto a compatibilizar inovação tecnológica, proteção de dados pessoais e efetividade dos direitos fundamentais.

Para tanto, apresentar-se-á em primeiro tópico, a justificativa desta pesquisa, em sequência, serão abordados os objetivos gerais e específicos, e, por fim, será exposto o referencial teórico, seguido da descrição pormenorizada dos procedimentos metodológicos.

Posto isto, conforme dispõe o Conselho Federal de Medicina, a consulta presencial é paradigma de atendimento. Entretanto, o Brasil abriga comunidades vulneráveis e isoladas, onde tal exigência inviabiliza a prestação de serviços, acentuando desigualdades. A política pública proposta aponta para a revisão da Resolução nº 2.314/2022, de modo a assegurar atendimento digno e alinhado aos direitos humanos, utilizando a telemedicina como instrumento de superação da omissão estatal.

O tratamento da modalidade remota apenas como ato complementar compromete a concretização de direitos fundamentais. A inexistência de atendimento presencial impossibilita o uso de ferramenta tão estratégica. A busca pela efetivação do direito à saúde deve ser contínua, garantindo a dignidade humana. A política delineada compreende a telemedicina como “padrão prata”, dotada de centros especializados capazes de suprir lacunas do “padrão ouro”, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste, mais severamente impactadas pela ausência de médicos.

O Programa Mais Médicos representou tentativa de amenizar essa carência, mas não solucionou entraves estruturais, como a escassez de hospitais e medicamentos. Como alternativa, a Sugestão Legislativa nº 19/2020 propõe que egressos de instituições públicas

cumpram dois anos de serviço no SUS, medida que, associada à telemedicina, pode beneficiar populações vulneráveis e ampliar o alcance da política de saúde.

Dessarte, tem-se por objeto estudar, analisar, validar e propor uma política pública que apresente a telemedicina como instrumento de ampliação do acesso à saúde, não se limitando a ato complementar. A finalidade é confrontar a exigência das consultas presenciais, estabelecidas como “padrão ouro”, com a necessidade de extensão do atendimento a regiões de difícil alcance, como zonas ribeirinhas do Amazonas e do Pará, e avaliar a hipótese de adoção da SUG nº 19/2020 como resposta aos desafios estruturais decorrentes da carência de médicos em determinadas localidades.

Com relação aos objetivos gerais, pretende-se elaborar proposta de política pública que assegure o acesso à saúde por meio da telemedicina no âmbito do SUS, especialmente em zonas de difícil acesso, atribuindo-lhe papel central e não meramente complementar, como atualmente previsto pelo Conselho Federal de Medicina. Para que essa ferramenta alcance sua plena efetividade, é imprescindível a atuação de profissionais médicos, ressaltando-se, nesse contexto, a relevância da Sugestão Legislativa nº 19/2020 como medida para mitigar a carência de médicos e ampliar a concretização do direito constitucional à saúde.

O objetivo geral, para ser atingido, desdobra-se nos seguintes objetivos específicos: estudar e analisar os projetos legislativos e normativos anteriormente apresentados, a fim de evidenciar o potencial da telemedicina como instrumento de ampliação do acesso à saúde pública, no âmbito do SUS, em regiões remotas; compreender as problemáticas relacionadas à escassez de médicos no SUS, aprofundando a análise da Sugestão Legislativa nº 19/2020; examinar pesquisas, debates, palestras e artigos científicos que abordam a telemedicina não apenas como ato complementar da medicina (padrão ouro), mas como ferramenta central de efetivação do acesso à saúde; avaliar as implicações jurídicas, éticas e estruturais da adoção da telemedicina como modalidade primária em contextos de inviabilidade logística; e propor a implementação de uma política pública que consolide a telemedicina como estratégia estruturante para assegurar a efetividade do artigo 196 da Constituição Federal.

Ao que tange à metodologia, como método de abordagem, será utilizado o dedutivo, partindo de premissas constitucionais, legais e regulamentares, especialmente aquelas relacionadas ao direito à saúde e à prática da telemedicina. O objetivo é comparar o modelo atualmente vigente, no qual a consulta presencial é estabelecida como padrão ouro e a telemedicina tratada como ato meramente complementar, à proposta defendida nesta pesquisa, que a considera modalidade primária em contextos de difícil acesso geográfico. Desse modo, a

análise permitirá a construção de uma síntese voltada à formulação de proposta de política pública decorrente de investigações e pesquisas que examinam as semelhanças e diferenças entre os modelos, garantindo uma compreensão aprofundada e fundamentada sobre o tema.

No que atine ao método procedimental, será utilizado o monográfico, aliado à revisão bibliográfica e documental, com consulta a literatura especializada, dados oficiais e documentos institucionais, bem como materiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde, pelo SUS e pelo Conselho Federal de Medicina. Por conseguinte, será possível analisar o uso da telemedicina no SUS para garantir o acesso à saúde pública em distintas regiões do país, identificando problemáticas, mapeando necessidades e reafirmando o dever do Estado de assegurar, de forma efetiva, que os serviços de saúde estejam disponíveis e acessíveis a todos os cidadãos, independentemente de sua situação econômica ou social.

2. REGULAMENTAÇÃO DA TELEMEDICINA NO BRASIL: ENTRE A CONSOLIDAÇÃO NORMATIVA E OS DEDAFIOS JURÍDICOS FRENTE À CARÊNCIA NA SAÚDE PÚBLICA

A regulamentação da telemedicina no Brasil desenvolveu-se de forma gradual, impulsionada tanto pelo avanço das tecnologias da informação no setor da saúde quanto pela premente necessidade de ampliar o acesso à assistência médica, sobretudo em áreas remotas e desprovidas de recursos. Na década de 1990, surgiram as primeiras iniciativas institucionais. Em 1997, a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) criou o Hospital Virtual Brasileiro e a Universidade de São Paulo (USP) ofertou a primeira disciplina de telemedicina no país. De forma complementar, a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) inaugurou seu laboratório de telemedicina, enquanto o Hospital Sírio-Libanês implementou uma sala de teleconferência, sinalizando a estruturação inicial para o atendimento à distância (GARCIA et al., 2020).

No plano internacional, o tema já recebia atenção consolidada. A Declaração de Tel Aviv, aprovada em 1999, durante a 51ª Assembleia Geral da Associação Médica Mundial, definiu a telemedicina como “o exercício da medicina à distância, cujas intervenções, diagnósticos, decisões de tratamentos e recomendações estão baseados em dados, documentos e outra informação transmitida através de sistemas de telecomunicação” (WORLD ASSOCIATION MÉDICA, 1999; GARCIA et al., 2020). Nota-se, assim, que o reconhecimento internacional da prática precedeu, em certa medida, a normatização brasileira.

O marco inicial da regulamentação no Brasil ocorreu com a Resolução CFM nº 1.643/2002, “define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina”, compreendida como “o exercício da Medicina através da utilização de metodologias interativas de comunicação audiovisual e de dados, com o objetivo de assistência, educação e pesquisa em Saúde” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002). Embora tenha conferido legitimidade à prática, a norma não detalhou condutas obrigatórias nem requisitos técnicos, deixando lacunas quanto à uniformidade e segurança dos serviços, fragilidade que, anos depois, se mostraria central para a efetividade da política (CALADO; LAMY; GARCIA, 2020).

Em 2018, o Conselho Federal de Medicina buscou atualizar o marco regulatório com a Resolução nº 2.227/2018, que trouxe definições para modalidades específicas, como a teleconsulta, caracterizada como “a consulta médica remota, mediada por tecnologias, com médico e paciente localizados em diferentes espaços geográficos” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018). Contudo, a norma foi revogada antes de entrar em vigor, restabelecendo-se a Resolução nº 1.643/2002, o que evidenciou resistência institucional a mudanças mais amplas e sinalizou a necessidade de debate mais consistente sobre as implicações jurídicas da prática.

Somente com a eclosão da pandemia de COVID-19 o cenário normativo sofreu inflexão significativa. A necessidade urgente de assegurar o atendimento médico remoto levou à edição da Portaria MS nº 467/2020, que autorizou, em caráter excepcional, a prática da telemedicina no SUS. Essa medida garantiu a continuidade dos serviços de saúde diante das restrições de mobilidade e foi posteriormente ratificada pela Lei nº 13.989/2020, conferindo respaldo legal provisório à prática durante o estado de emergência em saúde pública. A experiência acumulada nesse período demonstrou, de forma concreta, a viabilidade da telemedicina no atendimento de pacientes com comorbidades e em regiões com escassez de profissionais (LEITE et al., 2021).

O aprendizado obtido culminou na edição da Resolução CFM nº 2.314/2022, que revogou expressamente a norma anterior e consolidou o reconhecimento da telemedicina como modalidade legítima de prestação de serviços médicos. Foram definidos parâmetros éticos e técnicos para teleconsulta, teleinterconsulta, telediagnóstico e telecirurgia, incluindo a exigência de consentimento do paciente, a preservação da confidencialidade e responsabilização profissional, em consonância com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – Lei nº 13.709/2018 (GARCIA; GARCIA, 2020).

Apesar dos avanços, subsistem desafios relevantes. A manutenção da consulta presencial como “padrão ouro”, suscita debates importantes, sobretudo quando confrontado

com os entraves estruturais das regiões mais vulneráveis do país. Ao fixar esse modelo como referência universal, a regulamentação ignora que, em diversas regiões, especialmente no Norte e Nordeste, o atendimento presencial é inviável devido à escassez de médicos, precariedade das vias de acesso e da ausência de transporte sanitário. Nessas circunstâncias, tal exigência deixa de ser salvaguarda técnica e converte-se em fator de exclusão prática, inviabilizando o direito à saúde.

Outro desafio relevante reside na ausência de investimentos consistentes em infraestrutura digital. Diversas Unidades Básicas de Saúde carecem de conectividade adequada, equipamentos compatíveis e capacitação profissional. Sem políticas públicas que assegurem um mínimo de acesso tecnológico, a regulamentação tende a esgotar-se em si mesma, perpetuando desigualdades no cuidado à saúde.

No campo normativo, destaca-se ainda um conjunto de dispositivos que fortalece o arcabouço regulatório da telemedicina. A LGPD impõe critérios rigorosos para a coleta e uso de dados sensíveis; a Portaria MS nº 2.546/2011 instituiu o Programa Telessaúde Brasil Redes, fomentando a integração das tecnologias digitais à Atenção Básica; e tanto a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) quanto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) vêm colaborando na definição de requisitos sanitários e operacionais que garantam segurança na prestação remota dos serviços.

Embora a jurisprudência ainda esteja em consolidação, já existem decisões judiciais, em âmbito estadual e federal, que validam a telemedicina, enfatizando a necessidade de consentimento informado, registro formal das consultas e observância dos protocolos de segurança da informação. Tais manifestações judiciais contribuem para o fortalecimento jurídico da prática, consolidando-a como instrumento legítimo e amparado pelo ordenamento.

No panorama internacional, observa-se que a regulamentação brasileira mantém diálogo com modelos consolidados. Nos Estados Unidos, a prática é coberta por planos de saúde e regulada de forma descentralizada, seguindo diretrizes como a legislação HIPAA. Na União Europeia, o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (GDPR) constitui referência normativa, e há esforços contínuos para a padronização do serviço entre os Estados-membros. Em ambos os casos, a consulta presencial não é imposta como requisito obrigatório, prevalecendo a ética médica e a autonomia profissional.

Diante disso, entende-se que a trajetória da regulamentação da telemedicina no Brasil revela avanços graduais, intensificado pela pandemia e pautado por tentativas de normatização

técnica e jurídica. Contudo, os limites estruturais e territoriais da prestação de serviços de saúde permanecem sem solução integral. Enquanto a regulamentação mantiver parâmetros universais desconsiderando as assimetrias regionais, a telemedicina permanecerá como instrumento de exceção, e não de transformação. Torna-se imperativo, portanto, construir um modelo regulatório que, além da legalidade, promova justiça social no acesso à saúde, reconhecendo a telemedicina como estratégia estruturante para a efetivação do direito fundamental previsto no artigo 196 da Constituição Federal.

3. TELEMEDICINA E INTERIORIZAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE: AVANÇOS LEGISLATIVOS E OS DESAFIOS E OS DESCOMPASSOS DA REGULAMENTAÇÃO

A pandemia de COVID-19 foi um divisor de águas para os sistemas de saúde no mundo, exigindo mudanças urgentes nos modelos tradicionais de cuidado no Brasil. A aceleração da telemedicina durante esse período evidenciou, simultaneamente, seu potencial de ampliar o direito à saúde em territórios remotos e o descompasso entre o avanço normativo e a efetividade no SUS. Nesse contexto, a Lei nº 13.989/2020, ainda que emergencial, rompeu o paradigma exclusivamente presencial e abriu caminho para a consolidação definitiva da telessaúde pela Lei nº 14.510/2022, que alterou a Lei Orgânica da Saúde e reconheceu a prática em todo o território nacional. Trata-se de um avanço legislativo inequívoco, visto que a telemedicina deixou de ser exceção tolerada e tornou-se modalidade legítima de atenção, com respaldo legal para uso tanto no setor público quanto no privado.

Todavia, esse avanço encontra limites quando confrontado com a regulação infralegal e a capacidade estatal de implementação. O CFM exemplifica as oscilações normativas. Da Resolução nº 1.643/2002, que reconhecia a prática em moldes restritos, passou-se à Resolução nº 2.227/2018, que ampliava substancialmente os atos médicos a distância, seguida de revogação pela Resolução nº 2.228/2019 antes mesmo da entrada em vigor. Em 2020, no auge da crise sanitária, o Ofício nº 1756 restringiu a prática a teleorientação, telemonitoramento e teleinterconsulta; apenas em 2022 a Resolução nº 2.314 atualizou parâmetros, entretanto manteve a consulta presencial como “padrão ouro”, relegando a teleconsulta a caráter complementar. Essa diretriz, embora juridicamente válida, colide com a realidade de territórios onde a presença médica contínua é materialmente inviável, convertendo-se em obstáculo à universalidade e à equidade.

A incompatibilidade entre norma e território é empiricamente verificável. Entre 2009 e 2024, a taxa média de retenção de médicos no país foi de 51%; no Norte, 44,2%, e no Nordeste,

40,8%, com extremos como o Maranhão (36,5%) em contraste com o Distrito Federal (80,4%) (GUEDES; SILVA, 2023). O problema não está apenas na escassez absoluta, mas na incapacidade estrutural de fixação em áreas vulneráveis. Vínculos precários, falta de supervisão técnica, moradia inadequada e infraestrutura deficiente desestimulam a permanência. Em Unidades Básicas de Saúde de municípios remotos, são recorrentes a ausência de energia elétrica contínua, a falta de conectividade estável, a inexistência de prontuário eletrônico e a carência de insumos elementares. Em regiões ribeirinhas, deslocamentos de até 12 horas por via fluvial para acessar uma UBS são comuns, sem garantia de atendimento ao final da jornada (SOARES FILHO et al., 2022). Nessas condições, condicionar o cuidado à presença física equivale, na prática, a restringir o direito à saúde ao acaso logístico.

A fragmentação regulatória agrava o quadro. De um lado, a Lei nº 14.510/2022 fornece base legal robusta. De outro, a ausência de diretrizes federais integradoras permitiu a proliferação de arranjos locais díspares, inclusive o uso improvisado de aplicativos não certificados durante a pandemia, sem garantias de proteção de dados ou rastreabilidade clínica. Soma-se a esse cenário o conflito de competências. As tentativas de atribuir ao CFM a regulação integral esbarraram na reserva legal e no princípio da separação dos poderes. Ao mesmo tempo, orientações corporativas com alcance nacional coexistem com normas estaduais e municipais, gerando sobreposições e lacunas que desestimulam gestores a institucionalizar fluxos de teleatendimento.

Esse descompasso evidencia um paradoxo. A lei autoriza, mas a regulação setorial relativiza; o território demanda, mas a infraestrutura não acompanha; a tecnologia existe, mas a governança não a consolida como estratégia de interiorização. Em UBS sem salas reservadas, conectividade estável ou prontuário eletrônico integrado, a teleconsulta segue vista como “experiência piloto” e não como rotina assistencial, reforçando a percepção de serviço secundário. Esse enquadramento é equivocado, pois em localidades de difícil acesso a telemedicina não precariza o cuidado, mas o viabiliza, sobretudo quando articulada a equipes de enfermagem e agentes comunitários aptos a aferir sinais vitais, coletar dados e operar equipamentos básicos durante a interação remota.

Do ponto de vista jurídico-institucional, superar essas tensões exige harmonização vertical e horizontal da regulação. No eixo vertical, é necessário alinhar lei, portarias ministeriais, resoluções da CIT/SUS e normativas dos conselhos, criando um núcleo mínimo nacional de requisitos que contemple interoperabilidade obrigatória com o Prontuário Eletrônico do Cidadão, padrões de segurança da informação (registro de logs, criptografia ponta

a ponta, assinatura digital qualificada), protocolos clínicos por linha de cuidado e critérios de habilitação de estabelecimentos (conectividade, ambiente reservado, equipamentos e capacitação). No eixo horizontal, é imprescindível coordenar União, estados e municípios para financiar conectividade crítica em áreas remotas, criar redes regionais de centros públicos de telessaúde e ofertar educação permanente para equipes locais.

Também se mostra necessário enfrentar a economia política da fixação médica sem desviar do foco regulatório. A legislação já reconhece a telemedicina, mas falta convertê-la, nos territórios onde o atendimento presencial contínuo é inexecutável, em modalidade preferencial e não apenas subsidiária. Para tanto, a norma infralegal deve explicitar critérios territoriais para a preferência da teleconsulta, autorizar modelos híbridos com presença local de profissionais de enfermagem e agentes comunitários, disciplinar linhas de encaminhamento com rastreabilidade e fixar metas de acesso, como tempos máximos para a primeira avaliação remota em condições sensíveis à APS. Sem esses elementos, a promessa legal permanece retórica e a desigualdade se reproduz pela própria regulação.

A experiência recente demonstra ainda o risco de retrocesso pós-pandemia. Findo o caráter emergencial, parte dos entes federados reduziu investimentos em conectividade, equipamentos e suporte técnico, enquanto a regulação corporativa voltou a enfatizar a presencialidade como padrão absoluto. O resultado é a manutenção de vazios assistenciais justamente onde a telemedicina teria maior impacto em desfechos, como a redução de remoções evitáveis, a maior adesão terapêutica em condições crônicas, o suporte ao pré-natal em áreas rurais e o acompanhamento de idosos pluripatológicos sem deslocamentos exaustivos.

O Brasil avançou ao reconhecer a telemedicina em lei, mas ainda não traduziu esse avanço em uma regulação coerente com o território e com a missão constitucional do SUS. Enquanto prevalecer a exigência de um padrão presencial universal, descolado de evidências sobre retenção médica, precariedade de infraestrutura e custos logísticos extremos, o acesso seguirá intermitente como regra e a integralidade como exceção. A correção de rota exige consolidar a telemedicina como instrumento estruturante de interiorização, com base regulatória clara, financiamento estável, capacidade técnica instalada e segurança jurídica, única forma de transformar o que hoje é um avanço normativo em acesso efetivo nos lugares onde o SUS mais precisa existir.

4. CONCENTRAÇÃO URBANA DA FORMAÇÃO MÉDICA E A PRODUÇÃO DE DESIGUALDADES NO ACESSO À SAÚDE EM TERRITÓRIOS VULNERABILIZADOS

A concentração urbana da formação médica e a dificuldade de fixação de profissionais em áreas vulneráveis evidenciam um dos maiores paradoxos do sistema de saúde brasileiro. Há médicos em número absoluto, mas sua distribuição é profundamente desigual. Para enfrentar esse cenário, o Programa Mais Médicos foi concebido como uma política estruturante de provimento emergencial e reorganização da força de trabalho. No ápice de sua implementação, até 2016, conseguiu alocar 18.088 médicos em 4.058 municípios e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, alcançando 73% das cidades brasileiras (OLIVEIRA et al., 2024). Esse redesenho ampliou a cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS), sobretudo em territórios de baixa densidade populacional e altos índices de vulnerabilidade social. A incorporação de médicos formados no exterior, especialmente cubanos, possibilitou resposta imediata à recusa de profissionais brasileiros em atuar em áreas de difícil acesso, introduzindo um modelo de cuidado centrado na humanização, na escuta qualificada e no vínculo com a comunidade.

O impacto do programa foi expressivo em comunidades ribeirinhas, indígenas e em municípios remotos, nas quais representou, em muitos casos, o primeiro contato regular com a atenção básica. Pesquisas revelam aumento da satisfação da população atendida, maior cobertura de visitas domiciliares, ampliação de grupos de acompanhamento da saúde da mulher, da criança e do idoso, bem como melhorias no manejo de doenças crônicas (PAGOTTO et al., 2025). A permanência prolongada dos profissionais estrangeiros favoreceu a continuidade do cuidado e demonstrou capacidade de adaptação às condições adversas.

No entanto, a presença física do médico, por si só, não superou os entraves históricos do sistema. A precariedade da infraestrutura das UBS, especialmente no Norte, no Nordeste e em zonas ribeirinhas, comprometeu a efetividade das ações. Muitos profissionais encontraram unidades improvisadas, sem equipamentos básicos ou suporte técnico. A ausência de insumos, de equipes multiprofissionais e de logística reduziu o potencial de transformação estrutural do programa (SOARES FILHO et al., 2022). Ainda que houvesse previsão de investimentos em infraestrutura, tal eixo foi executado de forma desigual e insuficiente diante das necessidades locais.

O Programa Mais Médicos demonstrou, por conseguinte, que em territórios de difícil acesso o cuidado demanda arranjos organizativos distintos dos adotados em centros urbanos. Nas comunidades ribeirinhas, por exemplo, a agenda médica depende dos ciclos de cheia e seca

dos rios, impondo deslocamentos específicos e flexibilidade de atendimento. O vínculo com a comunidade somente se fortalece quando há permanência, confiança e respeito às especificidades culturais e ambientais.

Com efeito, a saída abrupta de aproximadamente 8.500 médicos cubanos em 2018 expôs a fragilidade do modelo e a dependência do componente internacional. Centenas de municípios, sobretudo na Amazônia Legal e no interior do Nordeste, voltaram à desassistência imediata (OLIVEIRA et al., 2024). Essa ruptura interrompeu tratamentos, comprometeu vínculos estabelecidos e demonstrou os limites de uma política de provimento desarticulada da formação, da infraestrutura e da gestão local.

Apesar dessas limitações, os dados revelam efeitos significativos. Entre 2013 e 2015, cerca de 23 mil internações por condições sensíveis à APS foram evitadas, gerando economia estimada em R\$ 30 milhões ao SUS (OLIVEIRA et al., 2024). Houve aumento de consultas em áreas de baixo IDH, fortalecimento da saúde mental na atenção básica e maior resolutividade clínica. O programa também induziu mudanças na formação médica nacional, com ampliação de vagas de residência, inserção precoce dos estudantes em realidades vulneráveis e ajustes curriculares alinhados às necessidades do SUS.

A desigualdade na distribuição de médicos, entretanto, permanece como problema estrutural. Estados com baixíssima razão médico-habitante, como Pará, Maranhão e Amazonas, enfrentam dificuldades de retenção. Entre os fatores, destacam-se vínculos precários, ausência de plano de carreira, contratos temporários, insegurança jurídica, moradias inadequadas e isolamento social. Em localidades remotas, médicos relatam viver em casas sem água encanada ou energia elétrica, o que torna impraticável a permanência profissional (SOARES FILHO et al., 2022).

Ademais, a lógica urbanocêntrica da formação médica intensifica tal realidade. Cerca de 70% das residências estão nas regiões Sul e Sudeste, e aproximadamente 69,2% dos médicos residentes permanecem em capitais (SILVA; GOMES, 2025). Mesmo nos cursos do Nordeste, a retenção dos egressos em regiões interioranas é baixa. Tal constatação demonstra que a interiorização da graduação, por si só, não resolve o problema: é necessário articular formação descentralizada com valorização profissional, plano de carreira, apoio institucional e estratégias de fixação em territórios remotos.

Cumprе destacar que experiências formativas em populações tradicionais, quando planejadas com intencionalidade pedagógica, aumentam significativamente a probabilidade de

atuação futura. Estudantes oriundos de contextos vulneráveis também tendem a retornar aos seus territórios após a formação. Todavia, sem estrutura adequada e sem perspectiva de carreira, esses potenciais permanecem subaproveitados.

Nesses territórios, a exigência exclusiva do modelo presencial de consulta revela-se um mecanismo de exclusão. A ausência de estradas, o isolamento prolongado, a sazonalidade dos rios e a falta de transporte inviabilizam a aplicação homogênea do padrão urbano de atenção. É nesse contexto que a telemedicina se apresenta como alternativa ética, jurídica e tecnicamente viável.

A Resolução CFM nº 2.314/2022 reconhece a legitimidade da prática, e a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018) estabelece parâmetros de proteção às informações clínicas. Contudo, a ausência de políticas públicas específicas para sua implementação expõe o descompasso entre a norma e a realidade. A pandemia de COVID-19 acelerou seu uso, mas sem marco normativo permanente e financiamento continuado, há risco de retrocesso.

Consolidar a telemedicina como estratégia do SUS requer investimento em conectividade, capacitação de profissionais, protocolos éticos, retaguarda técnica e integração com os demais níveis de atenção. No caso do Amazonas, onde 90% das localidades não têm acesso terrestre e o deslocamento pode ultrapassar 12 horas, a consulta presencial como único critério de cuidado converte-se em obstáculo intransponível.

A equidade exige reconhecer desigualdades concretas e oferecer respostas diferenciadas. Desse modo, a telemedicina não precariza o cuidado, constitui ferramenta de justiça territorial. Pode ampliar o acompanhamento de doenças crônicas, oferecer suporte a profissionais isolados e garantir presença institucional do SUS em locais historicamente negligenciados.

Desta feita, o desafio da equidade em saúde no país não será superado por respostas homogêneas, tampouco pela insistência em modelos tradicionais que desconsideram a complexidade do território nacional (FREIRE NETO; LIMA, 2019). O Sistema Único de Saúde precisa reconhecer e acolher as diferenças, adaptando-se aos múltiplos “Brasis” que compõem a nação. Somente assim a saúde poderá, de fato, constituir-se como direito de todos e dever do Estado, inclusive para aqueles que vivem nas margens, nas florestas, nos rios e nas fronteiras esquecidas, onde o cuidado não pode mais tardar.

5. REGULAMENTAÇÃO DA TELEMEDICINA PARA A INTERIZAÇÃO E EFETIVAÇÃO DA UNIVERSALIDADE DO DIREITO À SAÚDE

A superação das barreiras históricas que inviabilizam o acesso pleno à saúde nas regiões remotas do Brasil demanda a reconfiguração do modelo assistencial, com o reconhecimento da telemedicina como modalidade primária de cuidado nos casos em que a consulta presencial é materialmente inviável. Esta pesquisa sustenta que a imposição do atendimento exclusivamente presencial como “padrão ouro” universal, ainda que juridicamente válida, mostra-se incompatível com o mandamento constitucional da equidade, uma vez que aplicar regras uniformes em contextos profundamente desiguais significa, na prática, reproduzir injustiça. Onde não há médicos disponíveis, exigir presencialidade não é salvaguarda, mas exclusão.

Nesse sentido, defende-se que a adoção da telemedicina como “padrão prata” em territórios de inacessibilidade não traduz flexibilização da qualidade assistencial, mas a única forma de assegurar igualdade material no exercício do direito à saúde. Exigir igualdade de forma em cenários desiguais constitui afronta ao princípio constitucional da equidade, ao passo que garantir respostas diferenciadas para desigualdades concretas é o que realiza o valor maior da justiça sanitária.

Com efeito, a presente proposta decorre da análise empírica conduzida nesta investigação, que evidenciou situações-limite como deslocamentos superiores a 12 horas por via fluvial para acesso a uma Unidade Básica de Saúde, taxas de retenção médica inferiores a 45% nas regiões Norte e Nordeste, unidades de saúde sem energia elétrica contínua, equipamentos essenciais ou conectividade mínima, bem como comunidades indígenas e rurais que permanecem meses sem a presença física de um médico. Nesses cenários, a manutenção da consulta presencial como único critério de cuidado converte-se em verdadeira negação do direito constitucional à saúde, pois inviabiliza qualquer forma de assistência.

Para superar tal distorção, propõe-se a criação de um novo marco regulatório que institua o “padrão prata”, conferindo à teleconsulta o mesmo valor técnico e jurídico da consulta presencial nos territórios em que a presença física do médico não possa ser assegurada de forma contínua. Essa alteração normativa pode ser implementada mediante revisão da Resolução CFM nº 2.314/2022, em articulação com portarias ministeriais e deliberações da Comissão Intergestores Tripartite (CIT/SUS), respeitando a competência concorrente em matéria de saúde e o princípio da separação dos poderes. Não se trata de fragilizar a prática médica, mas de reposicioná-la em bases concretas, à semelhança de países como Austrália e Canadá, onde a

telemedicina é juridicamente reconhecida como equivalente à consulta presencial em áreas remotas, respaldada por protocolos clínicos uniformes e mecanismos de supervisão técnica.

No tocante à viabilização, o modelo requer planejamento orçamentário e fontes de financiamento claras. O custeio poderá advir da realocação de verbas subutilizadas da atenção primária, da vinculação de parte do orçamento federal destinado à saúde digital, da captação de fundos internacionais voltados à inovação tecnológica em saúde e do estabelecimento de parcerias estratégicas com universidades públicas, centros de pesquisa e empresas de tecnologia. Programas de infraestrutura como o Norte Conectado poderão ser incorporados para otimizar recursos e acelerar a implantação. Trata-se de investimento de retorno social garantido, uma vez que a telemedicina reduz custos com remoções sanitárias, internações evitáveis e absenteísmo profissional, gerando eficiência no longo prazo.

Além disso, a execução prática da proposta exige a criação de uma Rede Nacional de Centros Públicos de Telessaúde, vinculada ao SUS e estrategicamente distribuída em polos regionais, equipada com dispositivos de diagnóstico remoto, câmeras de alta resolução, sistemas criptografados de comunicação e integração plena ao Prontuário Eletrônico do Cidadão. A conectividade deve ser considerada insumo essencial, cabendo ao Estado assegurar internet estável e redundante em todas as Unidades Básicas de Saúde e pontos comunitários, mediante fibra óptica, satélite ou rádio, conforme a viabilidade geográfica, além de fontes de energia autossustentáveis como sistemas fotovoltaicos.

Cada ponto de atendimento contará com um profissional de saúde local, enfermeiro, técnico de enfermagem ou agente comunitário, treinado para atuar como mediador da teleconsulta. Esse profissional será responsável pela acolhida do paciente, coleta de sinais vitais, manuseio dos equipamentos, garantia da privacidade e execução de procedimentos simples sob orientação remota. Nesse arranjo, a presença física do médico deixa de ser compreendida como requisito universal e passa a ser tratada em termos de essencialidade clínica. Há situações em que apenas o médico pode intervir diretamente, o que exige protocolos claros de encaminhamento e, quando necessário, deslocamentos sanitários organizados. Entretanto, em inúmeros contextos da atenção primária, a escuta, a anamnese, a orientação terapêutica e mesmo a avaliação clínica podem ser conduzidas de forma segura à distância, desde que apoiadas por profissionais locais capacitados. Assim, o cuidado se reinventa na mediação tecnológica, no vínculo estabelecido pelos profissionais da comunidade e na responsabilidade clínica que atravessa a tela, garantindo continuidade e dignidade no atendimento.

No que atine à qualidade assistencial, esta será garantida por um Programa Nacional de Capacitação em Telessaúde, abrangendo médicos, enfermeiros, técnicos e agentes comunitários, com módulos voltados a protocolos clínicos, uso seguro das plataformas, integração ao prontuário eletrônico, segurança da informação e adaptação às diversidades culturais brasileiras. A formação será contínua, com certificação e atualização periódica, complementada por auditorias regulares e monitoramento de indicadores de resolutividade clínica. O modelo prevê ainda a incorporação progressiva de tecnologias de apoio à decisão clínica baseadas em inteligência artificial e dispositivos de monitoramento remoto para acompanhamento de pacientes crônicos.

Em conclusão, esta pesquisa defende que a institucionalização da telemedicina como “padrão prata” nos territórios em que o “padrão ouro” presencial é materialmente inviável não apenas é juridicamente legítima e tecnicamente exequível, mas também socialmente imprescindível. Onde a presença física do médico não é possível, o cuidado não pode ser negado, mas reinventado. O corpo pode não estar ali, mas a escuta, a orientação e a responsabilidade clínica podem atravessar a tela, o rádio, a chamada telefônica ou o prontuário eletrônico, concretizando a presença institucional do SUS. Reconhecer a telemedicina como política pública estruturante significa reposicionar o sistema de saúde como instrumento de justiça territorial, corrigindo distorções históricas e inscrevendo em cada margem ribeirinha, em cada sertão e em cada floresta não apenas um serviço, mas a efetividade de um direito fundamental e o cumprimento de um ideal civilizatório.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, este artigo partiu da indagação sobre se a exigência da consulta presencial como “padrão ouro”, embora juridicamente válida, inviabiliza a concretização do direito fundamental à saúde em regiões de difícil acesso e se a telemedicina poderia suprir essa lacuna no âmbito do SUS. Definiu-se como objetivo central propor uma política pública capaz de reposicionar a telemedicina de instrumento suplementar a modalidade primária de cuidado em territórios vulnerabilizados, desdobrando-se em metas voltadas à análise da evolução normativa, à compreensão da escassez de médicos como obstáculo estrutural, à avaliação das implicações jurídicas e éticas da prática remota e à proposição de um marco regulatório inclusivo. Adotou-se o método dedutivo, aliado ao procedimento monográfico e à revisão bibliográfica e documental, permitindo confrontar o modelo centrado no atendimento exclusivamente presencial com a proposta de um padrão alternativo em contextos de inacessibilidade.

Diante disso, o estudo demonstrou que a telemedicina, quando devidamente regulamentada e estruturada, oferece fundamentos normativos e políticos para seu reconhecimento como política pública de justiça sanitária. Como limitação, ressalta-se o caráter teórico-normativo da pesquisa, sem inclusão de análises empíricas, recomendando-se a realização de estudos futuros que avaliem sua viabilidade orçamentária, os impactos na redução das desigualdades regionais, a aceitação por pacientes e profissionais e comparações internacionais que subsidiem ajustes regulatórios.

Defende-se que a telemedicina não se limita a ferramenta suplementar, mas se afirma como instrumento indispensável à efetivação do direito fundamental à saúde em regiões de difícil acesso. Restou demonstrado que a imposição exclusiva da consulta presencial como “padrão ouro”, ainda que juridicamente válida, desconsidera a realidade concreta de comunidades vulnerabilizadas, perpetuando desigualdades históricas e inviabilizando, na prática, a promessa constitucional inscrita no artigo 196 da Constituição Federal.

Nessa perspectiva, longe de precarizar o cuidado, a telemedicina deve ser compreendida como resposta jurídica, ética e sanitária legítima, apta a materializar os princípios da universalidade, integralidade e equidade que orientam o Sistema Único de Saúde. Exigir igualdade de forma em contextos profundamente desiguais gera injustiça, ao passo que a equidade impõe respostas distintas diante de desigualdades concretas, impondo a reinvenção do cuidado onde a presença física do profissional é inviável.

Cumprir destacar que a efetividade da telemedicina demanda investimentos contínuos em conectividade, capacitação profissional, integração ao Prontuário Eletrônico do Cidadão e a criação de centros públicos de telessaúde, com respaldo tecnológico e supervisão ética. Nesse contexto, a presença médica deixa de ser requisito universal e passa a ser orientada por critérios de essencialidade clínica, preservando-se protocolos de encaminhamento e deslocamentos sanitários organizados quando a intervenção presencial for indispensável.

Por conseguinte, a institucionalização da telemedicina como modalidade primária em territórios de inaccessibilidade constitui exigência constitucional, administrativa e ética. Ainda que o corpo médico não esteja fisicamente presente, o cuidado, a escuta e a orientação clínica atravessam a mediação tecnológica, concretizando a presença institucional do SUS e inscrevendo, nos mais distantes rincões do país, a materialização de um ideal civilizatório em que dignidade e cuidado não sejam privilégios de poucos, mas patrimônio de todos.

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei n.º 2.464, de 2024 (Dep. Marcos Tavares). Cria a Lei de Telemedicina e Telessaúde, definindo parâmetros para uso de tecnologias de informação e comunicação na saúde.** Diário da Câmara dos Deputados, Brasília, 2024. Disponível em:

https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2456661. Acesso em: 16 ago. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM nº 2.314, de 20 de abril de 2022. Define e regulamenta a telemedicina como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação.** Diário Oficial da União, Brasília, 5 maio 2022. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2022/2314_2022.pdf. Acesso em: 16 ago. 2025.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL (CRM-DF). **Manual de Orientação sobre Telemedicina.** Brasília, 2020. Disponível em: https://crmdf.org.br/wp-content/uploads/2021/05/cartilha_telemedicina_crm-df_covid_19.pdf. Acesso em: 16 ago. 2025.

FREIRE NETO, Lourenço de Miranda; LIMA, Priscila Luciene Santos de. **Acesso à saúde no Brasil: o Programa Mais Médicos e os problemas para efetivação da garantia constitucional.** Percurso - Anais do IV Congresso Luso-Brasileiro de Direito Empresarial e Cidadania, Curitiba, v. 3, n. 30, p. 57-79, 2019. DOI:

<https://doi.org/10.6084/m9.figshare.11336966>. Disponível em:

<https://doi.org/10.6084/m9.figshare.11336966>. Acesso em: 16 ago. 2025.

GUEDES, T. de A.; SILVA, F. S. da. **Gestão de saúde pública no Brasil à luz da teoria da burocracia: escassez de médicos especialistas e desigualdade regional de acesso.** Boletim de Conjuntura (BOCA), Boa Vista, v. 13, n. 37, p. 111–129, 2023. DOI:

<https://doi.org/10.52832/jormed.v2.456>. Disponível em:

<https://doi.org/10.52832/jormed.v2.456>. Acesso em: 16 ago. 2025.

LOPES, Lara Suellen Bezerra; RIBEIRO, Glaucia Maria de Araújo; SALINO, Alessandra Valle. **Evolução da pandemia da Covid-19 no Amazonas: reflexões sobre política e gestão em saúde na Amazônia.** Revista DCS, v. 21, n. 78, 2024. DOI:

<https://doi.org/10.54899/dcs.v21i78.58>. Disponível em:

<https://doi.org/10.54899/dcs.v21i78.58>. Acesso em: 16 ago. 2025.

MORAES, Kamila Elem Freitas de; OLIVEIRA, Nicole Leite de; CRUZ, Carlos Gabriel Galani. **Teleconsulta e a garantia do direito à saúde**. Revista Foco, v. 16, n. 11, 2023. DOI: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n11-021>. Disponível em:

<https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n11-021>. Acesso em: 16 ago. 2025.

OLIVEIRA, João Paulo Alves; et al. **Efeitos do Programa Mais Médicos na Atenção Primária e seus impactos na saúde: uma revisão sistemática**. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 22, 2024, e02635249. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs263>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs263>. Acesso em: 16 ago. 2025.

PAGOTTO, Daniel do Prado; MARQUES, Wanderson; GUIMARÃES, Rafael Alves; AQUINO, Erika Carvalho de; BORGES JÚNIOR, Cândido Vieira; SILVA FILHO, Antônio Isidro da. **Avaliação da retenção de profissionais médicos nas regiões de saúde no Brasil**. SciELO Preprints, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.11588>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.11588>. Acesso em: 16 ago. 2025.

PEREIRA, Daniel Galdino de Araújo; et al. **Integração da telemedicina na Estratégia Saúde da Família: oportunidades e desafios**. Revista Foco, v. 16, n. 9, 2023. DOI: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n9-160>. Disponível em: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n9-160>. Acesso em: 16 ago. 2025.

REZENDE, Adriana Arruda Barbosa. **A Covid-19 na Amazônia Legal: análise da distribuição de recursos de saúde e vulnerabilidade social**. 2024. 79 f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Regional) Universidade Federal do Tocantins, Palmas, 2024. Disponível em: <https://umbu.uft.edu.br/handle/11612/7537>. Acesso em: 16 ago. 2025.

SILVA, Rachel Alves da. **Análise espacial do programa Mais Médicos nos municípios brasileiros (2013-2023)**. 2025. 128 f. Dissertação (Mestrado em Economia Regional e Desenvolvimento) — Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, 2025. Disponível em: <https://rima.ufrj.br/jspui/handle/20.500.14407/20972>. Acesso em: 16 ago. 2025.

SOARES FILHO, Adauto Martins; VASCONCELOS, Cíntia Honório; DIAS, Alexsandro Cosme; SOUZA, Ana Célia Caetano de; MERCHAN-HAMANN, Edgar; SILVA, Maria Rocineide Ferreira da. **Atenção Primária à Saúde no Norte e Nordeste do Brasil: mapeando disparidades na distribuição de equipes**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 27, n. 1, p. 377–386, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.39342020>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.39342020>. Acesso em: 16 ago. 2025