

Diagnóstico da Saúde Digital na APS e desafios para a qualificação de competências críticas, por um modelo de tecnologia a serviço do cuidado humano e da equidade

Níli Maria de Brito Lima Prado, Alice Uchôa, Magda Almeida, Carla Straub, Alaneir de Fatima Santos

RESUMO

A coordenação do cuidado e a regulação assistencial na Atenção Primária à Saúde (APS) enfrentam desafios relacionados ao acesso, à integração dos serviços e à continuidade do cuidado. Este artigo apresenta propostas para fortalecer a APS como coordenadora das Redes de Atenção à Saúde, incluindo a ampliação da telessaúde, a integração dos sistemas de informação, a qualificação dos fluxos assistenciais e o aprimoramento da regulação do acesso. Conclui-se que redes integradas e regionalizadas são fundamentais para garantir acesso oportuno, continuidade e equidade no cuidado.

Palavras-chave: Coordenação do cuidado; Regulação assistencial; Redes integradas de atenção à saúde; Atenção à saúde regionalizada; Continuidade do cuidado.

ABSTRACT

Care coordination and healthcare regulation in Primary Health Care (PHC) face challenges related to access, service integration, and continuity of care. This article presents proposals to strengthen PHC as the coordinator of Health Care Networks, including expanding telehealth, integrating information systems, improving care pathways, and enhancing healthcare regulation. It concludes that integrated and regionalized networks are essential to ensure timely access, continuity, and equity in healthcare.

Keywords: Care coordination; Healthcare regulation; Integrated healthcare networks; Regionalised healthcare; Continuity of care.

Revista da Rede APS 2026

Publicada em: 08/10/2026

DOI: 10.14295/aps.v8i1.474

Níli Maria de Brito Lima Prado
(Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Ministério da Saúde)

Alice Uchôa
(Universidade Federal de Minas Gerais)

Magda Almeida
(Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade)

Carla Straub
(CEE Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz)

Alaneir de Fatima Santos (Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz)

Correspondência para:

Níli Maria de Brito Lima Prado
(nilia.ufba@gmail.com)

INTRODUÇÃO

Este eixo refere-se à incorporação de tecnologias digitais na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, que avançou de forma acelerada e desigual, com intensificação expressiva especialmente a partir da pandemia de COVID-19. A transformação digital na APS não se limita à adoção de ferramentas tecnológicas; ela redefine processos de trabalho, exige novas competências profissionais e impõe desafios relacionados à acessibilidade, ao letramento digital dos profissionais e da população e à garantia de equidade no acesso.

O arcabouço normativo brasileiro avançou com a instituição do Programa SUS Digital (Portaria GM/MS nº 3.232/2024) e do Decreto Federal nº 12.560/2025, que regulamenta as Plataformas SUS Digital.

A experiência internacional e nacional demonstra que a digitalização pode tanto reduzir quanto ampliar desigualdades, dependendo das escolhas políticas e do desenho institucional adotado. A saúde digital já está transformando a APS, mas essa transformação está ocorrendo sem controle democrático, sem equidade, sem preparo dos trabalhadores e com risco de substituição do cuidado humano e de privatização. Pautar a saúde digital é pautar o futuro do SUS que queremos: público, universal, equitativo, humanizado e sob controle popular.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Subeixo 1 — Infraestrutura, Conectividade e Acesso Equitativo (Evidências do Censo Nacional das UBS 2024)

- Acesso à internet: 94,5% das UBS possuem acesso, mas em 29,4% (13.231 unidades) a conexão funciona de forma inadequada.
- Desigualdade regional: acesso adequado atinge 71,5% no Sul, mas apenas 49,6% no Norte.
- Fragmentação: apenas 71,7% das UBS têm internet em todos os consultórios; salas dos ACS (34,4%) e farmácias (30,5%) são os espaços mais desassistidos.
- Dispositivos: média de 0,41 smartphones institucionais por UBS — comunicação majoritariamente com recursos pessoais dos profissionais.
- Telessaúde: retinógrafo digital (0,4%),

espirômetro digital (0,7%), eletrocardiógrafo digital (18,6%) — diagnóstico remoto é exceção.

Evidências da literatura: Pesquisa survey em Natal (2025) confirma limitações na infraestrutura digital, ausência de capacitação e falta de protocolos (Figueirêdo et al., 2025). O projeto UBS+Digital (2025) alcançou 85% de resolatividade, mas 15% dos casos necessitaram de atendimento presencial (Lamas et al., 2025).

Subeixo 2 — Uso de Ferramentas Digitais: do Informal ao Estruturado (Evidências do Censo Nacional das UBS 2024)

- Prontuário eletrônico: 87,3% das UBS utilizam, mas compartilhamento limitado: com outras UBS (49,9%), com CAPS (20,6%), com CEO (17,2%).
- Comunicação: dominada pelo WhatsApp entre profissionais (66,2%) e com usuários (78,5%) — uso informal, sem protocolos.
- Agendamento: presencial (93,8%); Meu SUS Digital (0,7%).
- Teleconsulta: apenas 12,8% das UBS realizam.

Evidências da literatura: Estudo sobre eMulti no Recife revela incompatibilidade do e-SUS com o fluxo de trabalho multiprofissional (França et al., 2026). Comparação Brasil-Portugal (2025) evidencia fragmentação e sobrecarga dos trabalhadores brasileiros (Rodrigue et al., 2025). A comunicação digital na APS, além de ferramentas como WhatsApp e aplicativos de agendamento, deve ser orientada por protocolos de comunicação segura, ética e acessível, garantindo que a troca de informações entre equipes, gestão e usuários ocorra de forma oportuna, compreensível e respeitosa das diversidades linguísticas, culturais e de deficiências.

Subeixo 3 — Competências Digitais, Formação e Valorização dos Trabalhadores (Evidências do Censo Nacional das UBS 2024)

- Apenas 40% dos gestores participaram de cursos de gestão em APS.
 - Uso massivamente informal do WhatsApp evidencia despreparo profissional.
- Evidências da literatura:
- Revisão de escopo (Rodgers, 2024)

demonstra que não basta disponibilizar tecnologia é necessário desenvolver competências críticas: avaliação de informações, integração ética, letramento digital como direito, gestão local da transformação digital, habilidades de teleconsulta.

- Análise documental das normativas (Programa Telessaúde Brasil Redes, e-SUS APS/SISAB, PNIIS, Estratégia de Saúde Digital 2020-2028) identifica lacuna crítica: a maioria não prevê explicitamente a capacitação/formação dos profissionais (Rodrigue et al., 2025).

- Estudo sobre competências de enfermagem em informática identifica lacunas em políticas de privacidade, análise de acesso à informação e questões orçamentárias (Rodrigue et al., 2025).

Subeixo 4 — Interoperabilidade, Governança de Dados e Soberania Digital (Evidências do Censo Nacional das UBS 2024)

- Apenas 49,9% das UBS compartilham prontuário com outras UBS.
- Compartilhamento com CAPS (20,6%) e CEO (17,2%) é muito baixo.

Evidências da literatura:

- Embora o Decreto nº 12.560/2025 e o Programa SUS Digital avancem com a RNDS, a ausência de padrões únicos e obrigatórios permite a fragmentação. PLs 3719/2025 e 5385/2025 carecem de mecanismos de sanção.
- Experiência de Recife: primeira federação de dados do Brasil (Saúde Conectada/Ebserh), conectando atenção primária, secundária e terciária, abrangendo 202 serviços de APS e cerca de 25 milhões de pacientes (Interoperability in universal healthcare systems, 2025).

Subeixo 5 — Equidade, Controle Social e Modelo de Cuidado Não Substitutivo (Evidências do Censo Nacional das UBS 2024)

- Serviços de referência especializada são escassos no Norte e Nordeste (ex: AVE — 50,4% e 53,8%; síndrome coronariana aguda — 44,1% e 48,9%).
- Apenas 36,3% das UBS têm conselho local de saúde ativo.

Evidências da literatura:

- Cuidado domiciliar digital para complementar a atenção aos (e outros usuários com necessidades específicas) idosos exige supervisão e integração, sob risco de isolamento tecnológico e fragilização do vínculo (BMC Geriatrics, 2024).
- Digitalização pode tanto reduzir quanto ampliar desigualdades, dependendo das escolhas políticas (PLOS One, 2025).
- Agentes comunitárias de saúde enfrentam desconexão entre sistemas digitais e realidade dos territórios, com sobrecarga e falta de dispositivos (França et al., 2026; RECIIS, 2026).
- Fortalecer saúde digital nos territórios da APS, e maior autonomia das equipes e da população; o app e-SUS Território, que é utilizado como ferramenta no trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF), a aplicação já teve mais de 800 mil downloads. Atualmente, cerca de 87% das visitas domiciliares realizadas no Brasil são informadas para os usuários no app e registradas pelos agentes comunitários de saúde (ACS). Por mês são contabilizadas 58 milhões de visitas

CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA

O conjunto de evidências — Censo das UBS 2024, estudos científicos nacionais e internacionais — é cristalino: sem investimento em infraestrutura, qualificação profissional obrigatória, regulação adequada, interoperabilidade efetiva e fortalecimento do controle social, a saúde digital aprofundará desigualdades, fragilizará o vínculo, sobrecarregará os trabalhadores e criará um modelo excludente e tecnicista, exatamente o oposto do fortalecimento da APS democrática e universal.

CONTRIBUIÇÕES PARA A NOVA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB)

Com base na apresentação do grupo de Saúde Digital e nas contribuições dos demais participantes durante a reunião, as sugestões de incorporação para o item de "Saúde Digital" na nova PNAB são:

Proposições Estruturantes (Eixos Principais)

- Política Nacional de Saúde Digital com Equidade: Garantir infraestrutura e conectividade como direito universal, com foco especial em territórios vulneráveis e populações de maior risco de exclusão digital.
- Currículo Nacional de Competências Digitais: Instituir formação obrigatória e continuada para todos os profissionais de saúde (graduação, residência, educação permanente), focada em uso ético de dados, privacidade, proteção de informação e capacidade crítica para selecionar tecnologias adequadas ao SUS.
- Interoperabilidade e Governança de Dados: Priorizar a integração de sistemas de informação (padrões abertos) como requisito de gestão. Sistemas contratados (por OS ou outras formas) devem ser obrigatoriamente integrados e compatíveis com os sistemas do Ministério da Saúde.
- Saúde Digital Complementar: Estabelecer a proibição expressa de modelos que utilizem tecnologia para substituir totalmente o cuidado presencial. O modelo deve ser híbrido, integrado e centrado na pessoa.
- Observatórios e Controle Social: Implementar monitoramento permanente com participação popular, garantindo transparência nas decisões sobre plataformas, dados e contratos tecnológicos.

Sugestões Adicionais e Ajustes (Contribuições dos Participantes)

- Universalização do e-SUS: Defesa da adoção universal do prontuário eletrônico e-SUS como software público, evitando a dependência de sistemas privados que dificultam a exportação de dados e a interoperabilidade.
- Mapeamento de Sistemas: Incluir dados sobre quantos sistemas utilizam o e-SUS diretamente versus quantos utilizam sistemas privados (que fazem proxy do e-SUS), para evidenciar as dificuldades de integração e o impacto no financiamento.
- Foco na Jornada do Usuário: Reforçar que a integração não é apenas tecnológica, mas focada na jornada do usuário e na transição do cuidado. Ferramentas simples (como planilhas ou telefone) podem ser usadas para transição de cuidado enquanto sistemas complexos não estão disponíveis, mas a prioridade política deve ser a integração.
- Defesa dos Atributos da APS: A saúde

digital deve ser um suporte para ampliar a capacidade de resposta da APS, sem comprometer atributos como a fonte regular de cuidado e a continuidade do atendimento.

- Comunicação Popular: Incorporar propostas de comunicação popular que dialoguem com a regionalidade, diversidade e equidade, indo além do letramento digital técnico e enfrentando a desinformação.
- Processos de Trabalho: Reforçar que a tecnologia não resolve problemas de processos de trabalho desorganizados. A digitalização deve ser precedida pelo desenho e mapeamento de processos eficazes.

Questões para Debate e Deliberação (Infraestrutura, Conectividade e Acesso Equitativo)

- Como garantir conectividade estável e de qualidade em 100% das UBS, superando a desigualdade digital entre regiões?
- Quais estratégias são necessárias para dotar todas as UBS de dispositivos institucionais suficientes para a força de trabalho, especialmente ACS, evitando o uso de recursos pessoais?
- Como assegurar infraestrutura para telediagnóstico nas regiões com difícil acesso a especialistas, sem ampliar desigualdades?
- De que forma a acessibilidade digital para grupos vulneráveis pode ser garantida como direito, e não como requisito excludente?

Questões para Debate e Deliberação (Competências Digitais, Formação e Valorização dos Trabalhadores)

- Como garantir que a capacitação em competências digitais seja obrigatória, continuada e com tempo protegido, e não uma atividade acessória sobrecarregando os trabalhadores?
- Quais princípios pedagógicos devem orientar a formação em saúde digital, superando o treinamento técnico e incorporando dimensões éticas, relacionais e de equidade?
- De que forma os protocolos para uso estruturado de ferramentas digitais podem ser construídos de maneira participativa com as equipes da APS?
- Como a educação permanente em saúde digital pode contribuir para o

enfrentamento da precarização do trabalho e da sobrecarga das equipes?

- Como garantir que a digitalização seja precedida pelo desenho e mapeamento de processos de trabalho eficazes, e não utilizada como solução mágica para problemas organizacionais preexistentes?

Questões para Debate e Deliberação (Interoperabilidade, Governança de Dados e Soberania Digital)

- Quais mecanismos são necessários para garantir a interoperabilidade obrigatória entre sistemas, públicos e privados, evitando a fragmentação da informação clínica?
- De que forma a soberania do Estado sobre os dados de saúde pode ser garantida diante da pressão privatizadora e mercantilizadora?
- Como assegurar que os padrões de interoperabilidade sejam abertos e auditáveis pelo controle social?
- Como realizar o mapeamento nacional dos sistemas de prontuário eletrônico em uso na APS, distinguindo os que utilizam e-SUS diretamente daqueles que fazem uso de sistemas privados (proxy), para evidenciar as dificuldades de integração e o impacto no financiamento?
- De que forma a universalização do e-SUS como software público pode contribuir para a soberania digital e para a redução da fragmentação dos sistemas?

Questões para Debate e Deliberação (Equidade, Controle Social e Modelo de Cuidado)

- Como fortalecer o controle social e a participação popular na governança da saúde digital, assegurando que as decisões sobre tecnologia não sejam tomadas à revelia da sociedade?
- Como assegurar que a saúde digital fortaleça o vínculo e o cuidado humanizado, e não crie um modelo excludente de "duas velocidades"?
- Qual o papel dos conselhos de saúde e das conferências na fiscalização das políticas de saúde digital, especialmente em relação à equidade e à proteção de dados?
- Como a saúde digital pode ser um suporte para ampliar a capacidade de resposta da APS, sem comprometer atributos como a fonte regular de cuidado e a continuidade do atendimento?
- De que forma a integração tecnológica pode

ser planejada com foco na jornada do usuário e na transição do cuidado, e não apenas como um fim em si mesma?

- Como incorporar propostas de comunicação popular que dialoguem com a regionalidade, diversidade e equidade, indo além do letramento digital técnico e enfrentando a desinformação?

Questões para Debate e Deliberação (Seis Proposições para Debate e Deliberação)

Proposição 1 — Instituir a Política Nacional de Saúde Digital com Equidade e Metas Vinculadas

Estabelecer programa de financiamento específico para eliminar o déficit de infraestrutura digital na APS até 2030, priorizando regiões Norte e Nordeste e áreas rurais/remotas. Garantir conectividade de qualidade, fornecimento estatal de dispositivos (tablets para todos os ACS, smartphones institucionais, computadores em quantidade suficiente) e metas anuais de redução das desigualdades regionais, com monitoramento vinculante pelos Conselhos de Saúde.

Justificativa: O Programa SUS Digital (2024) e o Decreto 12.560/2025 preveem a "redução da desigualdade", mas carecem de metas objetivas e orçamento vinculado para essa finalidade. O Censo das UBS 2024 evidencia que 29,4% das unidades têm internet inadequada e a média de smartphones institucionais é de apenas 0,41 por UBS.

Proposição 2 — Implementar o Currículo Nacional de Competências Críticas em Saúde Digital para Trabalhadores da APS, com ênfase em Processos de Trabalho

Instituir formação obrigatória e continuada para todos os trabalhadores da APS (gestores, ACS, enfermeiros, médicos, odontólogos, eMulti), com carga horária mínima anual. O currículo nacional deve abordar: uso ético e seguro de dados e prontuário eletrônico; protocolos estruturados de teleconsulta (ex: Calgary-Cambridge, adotado no projeto UBS+Digital); comunicação profissional em mídias sociais; avaliação crítica de soluções tecnológicas; prevenção e combate à desinformação; e integração não substitutiva

entre cuidado digital e presencial. A formação deve incluir módulo específico sobre desenho e mapeamento de processos de trabalho, reforçando que a digitalização deve ser precedida pela organização eficaz dos fluxos assistenciais, e não utilizada como solução mágica para problemas estruturais preexistentes. Prever articulação com universidades, Escolas de Saúde Pública e UNASUS, com incentivo financeiro para liberação de carga horária dos profissionais.

Justificativa: Pesquisas mostram que a falta de treinamento adequado é uma das principais barreiras para a efetiva incorporação da saúde digital na APS. A análise documental das normativas brasileiras identifica que a maioria não prevê explicitamente a capacitação dos profissionais, tratando a competência digital como pressuposto e não como direito formativo. Estudos demonstram que a tecnologia, quando implementada sem o redesenho dos processos de trabalho, tende a reproduzir e até ampliar ineficiências, gerando sobrecarga e frustração nas equipes.

Proposição 3 — Avançar na Interoperabilidade Obrigatória com Padrões Abertos, Infraestrutura Pública, Universalização do e-SUS e Controle Social

Fomentar a integração entre sistemas de prontuário eletrônico adotando padrões internacionais abertos (HL7-FHIR e OpenEHR) como exigência contratual obrigatória para todas as aquisições de software no SUS. Promover a universalização do prontuário eletrônico e-SUS como software público, evitando a dependência de sistemas privados que dificultam a exportação de dados e a interoperabilidade, e garantindo que todos os dados do SUS sejam armazenados em infraestrutura pública nacional, vedando expressamente a monetização de dados de saúde, em consonância com o debate do PL 5875/2013. Estabelecer cronograma nacional para que sistemas legados se adequem, sob pena de desabilitação do repasse de recursos do Programa SUS Digital. Garantir que os novos contratos incluam cláusulas de interoperabilidade plena e acesso irrestrito aos dados brutos pelos gestores públicos e conselhos de saúde, com auditoria bienal do controle social sobre a efetiva troca de dados.

Justificativa: Os documentos tratam da interoperabilidade, mas há risco de que a regulação atenda mais aos interesses do mercado de software do que à necessidade do SUS. O Censo revela que apenas 49,9% das UBS compartilham prontuário com outras UBS, e o compartilhamento com CAPS (20,6%) e CEO (17,2%) é muito baixo. Atualmente, os dados do SUS estão armazenados em servidores da Amazon (AWS), o que compromete a soberania nacional e a segurança dos dados. A construção de uma infraestrutura pública de dados é condição indispensável para a efetiva cidadania digital no SUS.

Proposição 4 — Privilegiar os Modelos de Atenção Primária Digital assegurarem a Complementaridade do Cuidado presencial, com Foco na Jornada do Usuário e nos Atributos da APS

Assegurar, por meio de lei complementar ou emenda ao PL 3719/2025, que nenhum serviço ou programa de saúde digital na APS funcione como porta de entrada exclusiva ou substituta do atendimento presencial. Toda consulta, telemonitoramento ou plataforma digital deve ser complementar, com regulação explícita garantindo encaminhamento ao cuidado presencial quando necessário (sinalizado por protocolos clínicos ou por solicitação do usuário). A integração tecnológica deve ser planejada com foco na jornada do usuário e na transição do cuidado, e não apenas como um fim em si mesma. Ferramentas simples (como planilhas ou telefone) podem ser usadas para transição de cuidado enquanto sistemas complexos não estão disponíveis, mas a prioridade política deve ser a integração plena. Vedação expressa à criação de "UBS 100% digitais" e à terceirização privada da gestão digital da APS sem controle público e participação popular. A saúde digital deve ser um suporte para ampliar a capacidade de resposta da APS, sem comprometer atributos como a fonte regular de cuidado, a longitudinalidade e a continuidade do atendimento.

Justificativa: Projetos pilotos (ex: UBS+Digital) alcançaram 85% de resolutividade, mas 15% dos casos necessitaram de atendimento presencial. O Censo revela que em muitas condições graves (AVE, infarto) a referência

especializada é precária (ex: 50% no Norte), evidenciando o risco de um "modelo de duas velocidades" que fragiliza o vínculo. A literatura internacional e nacional demonstra que a digitalização, quando desenhada sem considerar a jornada integral do usuário e os atributos essenciais da APS, tende a fragmentar o cuidado e a ampliar iniquidades.

Proposição 5 — Instituir Observatórios Locais de Saúde Digital com Participação Popular e Selo de Qualidade da APS Digital Democrática, incorporando a Comunicação Popular

Criar, em cada macrorregião de saúde, um observatório coordenado por universidades, Conselhos de Saúde e movimentos populares, com a finalidade de monitorar equidade, infraestrutura, competências, qualidade da APS digital e riscos de substituição do cuidado, usando o Censo como linha de base e produzindo relatórios bienais para as Conferências de Saúde. Adicionalmente, instituir o Selo de Qualidade da APS Digital Democrática — certificação voluntária para municípios e equipes que comprovarem uso de tecnologias digitais integradas e não substitutivas, com indicadores de vínculo (ex: longitudinalidade), satisfação do usuário (QualiAPS Digital-Brasil), redução de iniquidades (monitorada pelo Censo), interoperabilidade efetiva, adequação tecnológica às diferentes modalidades de equipes (eSF, eMulti, eSB) e participação social na governança digital local. O selo deve ser vinculado a incentivo financeiro adicional no modelo de cofinanciamento da APS. Os observatórios devem incorporar, em sua atuação, a comunicação popular como estratégia transversal, promovendo ações que dialoguem com a regionalidade, diversidade e equidade, indo além do letramento digital técnico para enfrentar a desinformação e fortalecer a participação cidadã na governança digital da saúde.

Justificativa: O Censo revela que apenas 36,3% das UBS têm conselho local de saúde ativo. A validação do instrumento QualiAPS Digital-Brasil (2024) oferece ferramenta concreta para monitoramento da qualidade. O selo proposto pela Rede APS deve focar especificamente nos atributos da Atenção Primária (vínculo, longitudinalidade, equidade) e na democracia digital. A comunicação popular é um instrumento fundamental para garantir que a

população compreenda, participe e fiscalize as políticas de saúde digital, especialmente em contextos de vulnerabilidade social e baixo letramento digital.

Proposição 6 — Instituir o Mapeamento Nacional de Sistemas de Prontuário Eletrônico na APS e a Política de Comunicação Popular em Saúde Digital

Realizar, no prazo máximo de 12 meses, um mapeamento nacional detalhado dos sistemas de prontuário eletrônico em uso na APS, distinguindo: (a) municípios e equipes que utilizam diretamente o e-SUS; (b) aqueles que utilizam sistemas privados que fazem proxy do e-SUS; e (c) aqueles que utilizam sistemas totalmente privados sem integração com o e-SUS. O mapeamento deve evidenciar as dificuldades de integração, o impacto no financiamento da APS e as barreiras à interoperabilidade, servindo como linha de base para a universalização do e-SUS e para a definição de políticas de incentivo à adoção de software público. Paralelamente, instituir a Política Nacional de Comunicação Popular em Saúde Digital, com diretrizes para: (a) produção de materiais educativos em linguagem acessível e regionalizada; (b) formação de lideranças comunitárias como multiplicadoras de informação sobre saúde digital; (c) enfrentamento da desinformação e das fake news em saúde; (d) canais permanentes de diálogo entre gestores, equipes e população sobre as transformações digitais na APS; e (e) garantia de que a comunicação em saúde digital considere as diversidades étnico-raciais, geracionais, de gênero, de deficiência e territoriais. A Política Nacional de Comunicação Popular em Saúde Digital deverá incluir metodologias participativas de produção de conteúdo, tais como oficinas de rádio, vídeo e texto comunitários; formação de multiplicadores locais (incluindo ACS e lideranças); e sistemática de monitoramento da efetividade comunicacional, com indicadores de alcance, compreensão e mudança de comportamento em saúde.

Justificativa: necessidade de conhecer a fundo a realidade dos sistemas em uso na APS, uma vez que muitos sistemas privados dificultam a exportação de dados e a interoperabilidade, além de desviarem

recursos do SUS. O mapeamento permitirá diagnósticos precisos e políticas baseadas em evidências. A comunicação popular, por sua vez, é uma demanda recorrente nos movimentos sociais e nas conferências de saúde, sendo essencial para garantir que a população não seja excluída do processo de transformação digital, mas protagonista na construção de um modelo de saúde digital democrático e equitativo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde (UBS) 2024. Ministério da Saúde, SAPS.
2. Brasil. Decreto Federal nº 12.560/2025. Regulamenta as Plataformas SUS Digital.
3. Brasil. Portaria GM/MS nº 3.232/2024. Institui o Programa SUS Digital.
4. Conceito de Saúde Digital na APS (2020–2022): método evolucionário de Rodgers. Boletim de Conjuntura (BOCA). 2024;17(49).
5. Cuidado domiciliar digital e qualidade da APS para idosos: scoping review. BMC Geriatrics. 2024;24(1).
6. Figueirêdo RC, Silva IS, Xavier PB, et al. Digital Health and Primary Health Care Quality: A Survey Case Study. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2025;22(7):1015.
7. França CJ, Santos RC, Vilasboas ALQ, Aquino R, Santos L, Prado NMBL. A saúde digital no processo de trabalho das agentes comunitárias de saúde na pandemia de covid-19. RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde. 2026;20:1-16.
8. Impacto da saúde digital na qualidade da APS para pessoas com DCNTs: scoping review protocol. PLoS One. 2025;20(2):e0316278.
9. Interoperability in universal healthcare systems: insights from Brazil's experience integrating primary and hospital health care data. Frontiers in Digital Health. 2025;7:1622302.
10. Lamas CA, Santana Alves PG, Nader de Araújo L, et al. Telehealth Initiative to Enhance Primary Care Access in Brazil (UBS+Digital Project): Multicenter Prospective Study. Journal of Medical Internet Research. 2025;27:e68434.
11. Rodrigue PLF, Lemos JR, Scherer MDA, Menezes ELC, Soares DA, Porto JAB, Prado NMBL. Saúde digital na Atenção Primária: uma revisão de escopo sobre competências profissionais. RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde. 2025;19:1-16.
12. Rodrigue PLF, Menezes ELC, Scherer MDA, Bispo Junior J, Prado NMBL. Organização do trabalho em saúde e as transformações digitais: uma perspectiva comparada entre o Brasil e Portugal. Trabalho, Educação e Saúde (Online). 2025;23:1-23.
13. Validação do instrumento QualiAPS Digital-Brasil para avaliação da saúde digital na APS. Frontiers in Public Health. 2024;12:1429090.