# XV ENCONTRO INTERNACIONAL DO CONPEDI ALICANTE - ESPANHA

## DIREITO E SAÚDE

Copyright © 2026 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

**Diretoria – CONPEDI**
**Presidente** - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - FMU – São Paulo
**Diretor Executivo** - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC – Santa Catarina
**Vice-presidente Norte** - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa – Pará
**Vice-presidente Centro-Oeste** - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG – Goiás
**Vice-presidente Sul** - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos – Rio Grande do Sul
**Vice-presidente Sudeste** - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio – Rio de Janeiro
**Vice-presidente Nordeste** - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP - Pernambuco

**Representante Discente:** Prof. Dr. Abner da Silva Jaques - UPM/UNIGRAN - Mato Grosso do Sul

**Conselho Fiscal:**
Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - UFMA - Maranhão
Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - SKEMA/ESDHC/UFMG - Minas Gerais
Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UFERSA - Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Fernando Passos – UNIARA - São Paulo
Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP - São Paulo
**Secretarias**
**Relações Institucionais:**
Prof. Dra. Claudia Maria Barbosa - PUCPR - Paraná
Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA - Bahia
Profa. Dra. Daniela Marques de Moraes - UNB - Distrito Federal
**Comunicação:**
Prof. Dr. Robison Tramontina - UNOESC - Santa Catarina
Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali - Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS - Sergipe
**Relações Internacionais para o Continente Americano:**
Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM - Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA - Maranhão
Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto - UPM – São Paulo
**Relações Internacionais para os demais Continentes:**
Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR - Ceará
Profa. Dra. Sandra Regina Martini - UNIRITTER / UFRGS - Rio Grande do Sul
Profa. Dra. Maria Claudia da Silva Antunes de Souza - UNIVALI – Santa Catarina
**Educação Jurídica**
Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba - PR
Prof. Dr. Rubens Beçak - USP - SP
Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello – UFMS – MS
**Eventos:**
Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - FDF - São Paulo
Profa. Dra. Norma Sueli Padilha - UFSC - Santa Catarina
Prof. Dr. Juraci Mourão Lopes Filho - UNICHRISTUS - Ceará

**Comissão Especial**
Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UFRJ - RJ
Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB - PB
Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec - MG
Prof. Dr. Rogério Borba - UNIFACVEST - SC

D597

Direito e saúde[Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Janaína Machado Sturza; Saulo De Oliveira Pinto Coelho; Tais Mallmann Ramos– Florianópolis: CONPEDI, 2026.

Inclui bibliografia
ISBN: 978-65-5274-677-1
Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações
Tema: Meio ambiente e sustentabilidade: perspectivas globais e locais na agenda 2030

2. Direito. 3. Saúde. XV Encontro Internacional do CONPEDI Alicante - Espanha (1: 2026: Florianópolis, Brasil).

CDU: 34




Conselho Nacional de Pesquisa
e Pós-Graduação em Direito Florianópolis
Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br

# XV ENCONTRO INTERNACIONAL DO CONPEDI ALICANTE - ESPANHA

## DIREITO E SAÚDE

---

## Apresentação

O XV Encontro Internacional do CONPEDI, realizado em Alicante, Espanha, entre os dias 27 e 29 de maio de 2026, reuniu pesquisadores do Brasil e do exterior em torno do propósito comum de fomentar a produção científica e ampliar os horizontes do debate jurídico contemporâneo.

Organizado em formato que privilegia a circulação de ideias e o diálogo acadêmico, o evento contou com a apresentação de artigos científicos distribuídos em Grupos de Trabalho (GTs). Dentre eles, destaca-se o GT "Direito e Saúde", realizado em 28 de maio de 2026, que congregou pesquisas voltadas à compreensão crítica dos desafios que permeiam a efetivação de direitos sociais e os do campo da saúde.

As pesquisas reunidas neste GT evidenciam a complexidade das demandas sociais contemporâneas. Em um cenário global marcado por rápidas transformações sociais, científicas e demográficas, o Direito à Saúde impõe-se como um campo dinâmico, que exige respostas jurídicas sofisticadas e alinhadas à dignidade da pessoa humana. A seguir, apresentam-se sínteses das contribuições discutidas:

A análise jurisprudencial aparece com destaque no estudo "Por Dentro do Voto de Marco Aurélio: Como o Ministro Interpretou a Constituição no Caso dos Medicamentos de Alto Custo", no qual Thiago dos Santos Carvalho e Clovis Alberto Volpe Filho examinam os fundamentos adotados em decisão paradigmática.

Ainda no âmbito da judicialização da saúde, o trabalho "Quando a Vida Tem Pressa: o Dever do Estado no Fornecimento de Medicamentos de Alto Custo para Doenças Raras", de Thiago dos Santos Carvalho, Vanessa Alves Gera Cintra e José Renato Rodrigues Araujo, enfatiza a urgência e a complexidade das demandas envolvendo doenças raras.

A reflexão sobre critérios decisórios é aprofundada por Larissa Chaves Tork de Oliveira em "A Equidade do Possível: uma Análise das Tomadas de Decisão em Direito da Saúde", ao discutir os parâmetros que orientam escolhas judiciais nesse campo sensível.

A incorporação de tecnologias inovadoras ao sistema de saúde é examinada por Iriana Custodia Koch em dois estudos complementares. Em “A Tutela Jurisdicional do Direito Fundamental à Saúde: uma Análise da Judicialização da Terapia CAR-T no Brasil”, a autora analisa os desafios jurídicos relacionados ao acesso a terapias de ponta.

Já em “A Judicialização do Acesso ao Ribociclibe (Kisqali) no Brasil: Fundamentos Jurídicos da Tutela de Urgência no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar após a Lei nº 14.454/2022”, investiga os fundamentos das decisões judiciais envolvendo medicamentos de alto custo.

Encerrando o conjunto de trabalhos, “Direito à Saúde e Novas Tecnologias”, de Janaína Rigo Santin, Maira Angélica Dal Conte Tonial e Mateus Marcon Vanin, propõe uma análise dos impactos das inovações tecnológicas na efetivação do direito à saúde, destacando desafios regulatórios e éticos emergentes.

Ao término das apresentações, a coordenação e os participantes dialogaram sobre as metodologias utilizadas nas pesquisas. Constatou-se que as discussões suscitadas contribuíram para o aprofundamento crítico das temáticas abordadas com ênfase para o desenvolvimento de metodologias, ao mesmo tempo em que evidenciaram a necessidade de contínuo aprimoramento dos instrumentos jurídicos voltados à efetivação dos direitos à saúde.

A realização do Conpedi na Universidade de Alicante propiciou um rico ambiente de diálogo multicultural e comparado, aproximando pesquisadores, docentes e profissionais de diferentes origens institucionais. O intercâmbio de experiências e realidades jurídicas distintas permitiu não apenas diagnosticar as lacunas dos sistemas vigentes, mas também propor soluções doutrinárias e pragmáticas para o fortalecimento do Direito à Saúde.

A íntegra dos trabalhos encontra-se reunida na presente publicação, oferecendo ao leitor um panorama qualificado das reflexões desenvolvidas no âmbito do GT.

Excelente leitura!

Janaína Machado Sturza - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI)

Tais Mallmann Ramos - Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM)

Saulo de Oliveira Pinto Coelho - Universidade de Goiás (UFG)

# DIREITO À SAÚDE E NOVAS TECNOLOGIAS

# RIGHT TO HEALTH AND NEW TECHNOLOGIES

**Janaína Rigo Santin** [1]
**Maira Angelica Dal Conte Tonial** [2]
**Mateus Marcon Vanin** [3]

**Resumo**

O presente artigo analisa, sob a perspectiva jurídica, o processo de fomento e regulamentação das atividades relacionadas ao uso das novas tecnologias nos serviços de saúde, sobretudo na medicina. Dessa forma, a partir do método dedutivo e de revisão bibliográfica, a pesquisa envolve a área da saúde e a área da informática, bem como diversas áreas da ciência jurídica, entre elas: o direito constitucional, o direito administrativo e o direito médico. O foco está nas resoluções do Conselho Federal de Medicina, na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), na Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018) e na Lei da Telessaúde (Lei nº 14.510/2022), que autoriza e conceitua a prática da telessaúde em todo o território nacional. Logo, o propósito geral deste trabalho é elucidar o leitor sobre o uso das novas tecnologias no ramo da saúde e como se dá a regulamentação jurídica destas práticas. Conclui-se que a telessaúde traz muitos benefícios nas práticas médicas, tendo em vista o contexto pós-pandêmico no Brasil, em que diversas tecnologias proliferaram na área da saúde. Além da teleconsulta, teleassistência, telemonitoramento, cirurgias robóticas e tantos outros procedimentos facilitados com as novas tecnologias, a pesquisa preocupa-se com o aumento das chances de erro médico, do direito à informação e ao consentimento livre e informado, bem como questões éticas. São inúmeros desafios, mas o que se percebe é que, no Brasil, a telessaúde já é um caminho sem volta.

**Palavras-chave:** Direito à Saúde, Inteligência Artificial, Proteção de Dados, Telemedicina, Telessaúde

**Abstract/Resumen/Résumé**

This paper analyzes, from a legal perspective, the process of promoting and regulating

---

1 Pós Doutora pela Universidade de Lisboa, Doutora pela UFPR, Mestre pela UFSC. Advogada e professora titular da UPF. Docente permanente do PPGD/UPF e do PPGH/UPF.

2 Doutora Univali. Mestre Unisinos. Especialista em Direito Processual Civil e Processo do Trabalho. Especialista em Lei Geral de Proteção de Dados. Advogada, Mediadora e Docente Atitus.

3 Aluno da Graduação em Direito da Universidade de Passo Fundo, bolsista de iniciação científica PIBIC/UPF.

activities related to the use of new technologies in healthcare services, especially in medicine. Using a deductive method and bibliographic review, the research encompasses the fields of health and informatics, as well as various areas of legal science, including constitutional law, administrative law, and medical law. The focus is on resolutions of the Federal Council of Medicine, the Organic Law of Health (Law nº 8.080/1990), the General Data Protection Law (Law nº 13.709/2018), and the Telehealth Law (Law nº 14.510/2022), which authorizes and defines the practice of telehealth throughout the national territory. Therefore, the general purpose of this work is to elucidate for the reader the use of new technologies in the healthcare field and how the legal regulation of these practices occurs. It is concluded that telehealth brings many benefits to medical practices, considering the post-pandemic context in Brazil, where various technologies have proliferated in the health field. Beyond teleconsultation, teleassistance, telemonitoring, robotic surgeries, and many other procedures facilitated by new technologies, the research is concerned with the increased chances of medical error, the right to information and free and informed consent, as well as ethical issues. There are numerous challenges, but what is clear is that, in Brazil, telehealth is already an irreversible path.

**Keywords/Palabras-claves/Mots-clés:** Artificial Intelligence, Data Protection, Telehealth, Telemedicine, Right to Health

## Introdução

Os avanços da chamada "quarta revolução industrial", a revolução tecnológica, implicam em uma minuciosa análise das mais diversas ciências da humanidade, entre elas, a ciência jurídica (Santos Júnior; Marques; Freitas, 2025, p. 5). O direito 4.0 surge no intuito de regular a tecnologia, à medida que ela se torna mais presente na sociedade como, por exemplo, a cibersegurança, a proteção aos crimes digitais, a legislação de dados, o uso da internet etc. (Santos Júnior; Marques; Freitas, 2025, p. 5-6). Do mesmo modo, existe a necessidade de se adequar e de regular as atividades profissionais que ingressam do mundo "real" para o mundo "digital", como é o caso da telemedicina e telessaúde, para evitar problemas como erros médicos, conflitos éticos, violação aos dados sensíveis das partes, dentre outros. Ou seja, qualificar e regular a atuação médica ou de outra área da saúde, no âmbito das tecnologias digitais da informação e comunicação (TDICs).

Há 20 anos, jamais se imaginaria que atividades como a do médico, a do psicólogo, a do nutricionista ou a do fisioterapeuta, dar-se-iam por meio da cibertecnologia; contudo, o avanço da "quarta revolução" industrial proporcionou a adoção desses mecanismos. Esta pesquisa tem o intuito de analisar os aspectos legais e regulatórios da telessaúde, sobretudo a telemedicina. Pelo método dedutivo, a pesquisa baseia-se em doutrina, legislação e regulamentações do Conselho Federal de Medicina (CFM) na área da saúde. Serão também, pelo método indutivo, investigados programas institucionais como a Rede Universitária de Telemedicina (RUTE) ou o Telessaúde Brasil Redes.

O artigo se estrutura em 3 tópicos. Inicialmente discorre sobre o direito constitucional da saúde e suas relações com a telemedicina, bem como descreve um breve panorama institucional da atuação da administração pública brasileira em projetos envolvendo o exercício da telemedicina no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Subsequente, expõe-se uma série de aplicações concretas da telemedicina e seus resultados. No terceiro tópico, objetiva-se estudar detalhadamente as resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), que tem poder regulatório na área, bem como da Lei nº 14.510/2022, que incluiu a regulação não apenas da telemedicina, mas também do uso das novas tecnologias e da inteligência artificial para outras áreas da saúde, como enfermagem, psicologia, fisioterapia, dentre outras.

Dessa forma, a partir do método dedutivo/indutivo e pesquisa exploratória, legislativa e bibliográfica, pretende-se estudar a regulação legislativa e administrativa da telessaúde no Brasil, bem como direcionar diversos cenários jurídicos sobre a atividade.

## 1 O Direito à Saúde no Brasil e os impactos com as novas tecnologias

Desde a década de 1980, o Brasil transita em uma série de reformas no Estado, sobre os mais transversais temas dispostos na Constituição Federal de 1988 (CF). Notadamente, têm-se as disposições do título VIII da Magna Carta, denominado "Da Ordem Social", em que se estabelecem diversos direitos que, em consequência, comprometem o Estado a efetivá-los, tais como seguridade social, saúde, educação, cultura, desporto, ciência, tecnologia, meio ambiente etc. Para proporcionar aos cidadãos o exercício destes direitos fundamentais, que exigem investimentos, o Estado valeu-se de parcerias com a iniciativa privada, com contratos de concessão. E na área da saúde há uma extensa rede de parcerias com o terceiro setor, que é o setor público não estatal. Em decorrência desta atribuição à sociedade de serviços públicos de responsabilidade estatal, adotou-se o método norte americano de regulação dos setores delegados, mediante a criação de agências reguladoras. E o Estado passou também a atuar mais forte na economia, a partir do uso de fundos governamentais, da atuação dos ministérios voltados à área social, bem como em âmbito municipal criaram-se secretarias municipais voltadas para setores específicos da ordem social, como a secretaria da saúde, presente em todos os municípios brasileiros por ser uma obrigatoriedade para receber receitas vinculadas da União e do Estado no setor. Sem falar que a Lei do SUS (Lei nº 8.080/90) privilegiou a participação popular na formulação das políticas públicas da saúde, por meio dos Conselhos Gestores Municipais.

Nesta dinâmica, destaca-se a importância do direito à saúde como um direito fundamental social, estabelecido nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988. Preceitua o primeiro dos referidos artigos: art. 196. - "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". Percebe-se que o legislador constituinte ordenou que o acesso universal e integral à saúde fosse de natureza jurídica primária (ou seja, constitucional), transparecendo os objetivos da Constituição Cidadã de 1988. Isso significa, que o direito à saúde é uma obrigação legal do poder público, conforme dita a função do Estado Democrático de Direito (Brito-Silva; Bezerra; Tanaka, 2012, p. 249-250).

A partir disso, o artigo 198 formaliza a criação de um Sistema Único de Saúde no país, com caráter descentralizado e atendimento integral, de natureza participativa. Neste artigo inferem-se os cinco princípios básicos do Direito à Saúde no Brasil, conforme identificou Alves Sobrinho (2002, p. 6), em uma mesa redonda do VII Congresso Paulista de Saúde Pública: universalização do acesso, descentralização unificada, gestão democrática, assistência integral e execução mista (regionalizada nos termos da Constituição).

Sobre o princípio da integralidade, a pesquisa de Brito-Silva, Bezerra e Tanaka (2012, p. 254) faz uma excelente análise crítica sobre sua efetivação. Entre os comentários, os autores tecem argumentos sobre a desigualdade da integralização do SUS entre as regiões do Brasil, isto pois não há o mesmo investimento dentre as gestões nos diferentes estados da federação. Dificilmente, devido a fatores políticos e econômicos, um cidadão do norte ou nordeste (de fora das capitais estaduais) terá acesso a um atendimento médico especializado. Em contrapartida, nas grandes cidades brasileiras, em especial do sul e sudeste, é notável a concentração destes profissionais, que preferem morar e atender nos grandes centros do país.

Logo, as regiões periféricas do Brasil ficam à mercê de um atendimento básico de saúde, com prestação desordenada, burocratizada e hierarquizada dos serviços. Tais óbices podem ser facilmente resolvidos pela telemedicina, dado que o serviço de teleconsulta, por exemplo, oferece atendimento virtual de um médico especialista alocado nos centros urbanos, que atua em intercâmbio com os agentes de saúde das regiões afastadas. São diversas as modalidades de telessaúde que podem beneficiar a população situada em áreas remotas no que concerne ao atendimento integral à saúde, com vistas a atingir o ideal da integralidade e da universalidade do atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no país, conforme disposto na Constituição Federal de 1988. Deveras, apresenta-se este mecanismo como uma alternativa inovadora, visto que as práticas tradicionais na área da saúde já não proporcionam a integralidade das garantias constitucionais.

Celuppi (2020, p. 5) expõe que até a intempérie da pandemia de COVID-19, a telemedicina no Brasil era uma área pouco explorada e não tinha regulamentação legal específica. Mas a partir de 2020 houve a necessidade de atendimento à saúde das pessoas doentes sem o contato direto entre o médico e o paciente, para evitar contaminação de ambas as partes. Isso proporcionou uma reorganização administrativa e normativa excepcional dos serviços de saúde, que valorizaram e divulgaram a prática, a qual passou a ser reconhecida pela Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. E com o fim da pandemia e da validade temporária da Lei, o legislador federal editou a Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022, a qual proporcionou uma regulação estável ao setor, ampliando o uso das novas tecnologias e da inteligência artificial para as demais áreas da saúde, como psicologia, nutrição, fisioterapia, enfermagem, medicina veterinária e tantas outras.

A partir daí, a Administração Pública vem promovendo programas de inserção da telemedicina nas práticas médicas desde 2006, com a criação da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE). Criada pelo Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT), em parceria com o Ministério da Saúde (MS), e coordenado pela Rede Nacional de Pesquisa (RNP), o RUTE

surge do projeto-piloto de conectar diversas instituições hospital-universitárias de redes municipais, estaduais, federais, privadas e até internacionais, formando o primeiro núcleo interinstitucional de telemedicina (Coury *et al*. 2010, p. 1-3).

Dessa forma, a comunidade formada por estes programas promoveu iniciativas pioneiras de e-Saúde nas áreas clínicas, de diagnóstico, web conferências, bem como de educação continuada. Porém, o programa tinha um alcance limitado, eis que seu objetivo estava delimitado inicialmente apenas para a troca de conhecimentos entre docentes e universitários (teleconferências, tele reuniões, teleatendimento, teleconsulta, dentre outros). Mas a partir deste programa a área evoluiu. Em 2007 o Ministério da Saúde brasileiro criou o Programa Nacional de Telessaúde, rebatizado em 2011 para Programa Telessaúde Brasil Redes, responsável por articular a adoção de instituições federais ao RUTE, além de instaurar práticas pioneiras de telemedicina nos centros universitários (Silva; De Moraes, 2012, p. 1214-1215).

Toda essa conjuntura, mesmo que inicial, propiciou uma ampla rede comunicativa de pesquisa em saúde e educação em saúde, a partir de diversas frentes no Brasil, o que resultou em um amplo intercâmbio de experiências, resultantes da prática e da análise do que foi utilizado, com a avaliação periódica das atividades. Outrossim, já em 2008 foi inaugurada a fase II do projeto da RUTE, a qual ampliou a rede de 19 instituições-membros para 38, sendo que 17 delas já estão plenamente dotadas de capacidade operacional. A fase III, principiada em 2009, incorporou ao todo 75 instituições na rede, sendo 60 universidades e 15 instituições federais em saúde (Coury *et al*., 2010, p. 3-4).

## 2 As Novas Tecnologias na Área de Saúde no Brasil: Aplicações da Telessaúde

O Programa Telessaúde Brasil Redes, fruto de uma parceria com a RNP e a RUTE, foi um arranjo institucional embrionário da inserção das novas tecnologias na saúde em âmbito nacional, com trocas de experiências e avaliação dos resultados. Ao longo dos anos, tais iniciativas promoveram a consolidação de diversas práticas inovadoras no Brasil e no mundo na área da saúde.

Em sede de prolegômenos, a telessaúde possui diversas modalidades e aplicações, desde as mais tradicionais como a teleconsulta síncrona, telelaudo, teleorientação, tele receita, até os mais inovadores, como teleinterconsulta, telemonitoramento, telecirurgia, teleterapia, tele-educação, teletriagem etc.

Um modelo mais distante das teleconsultas síncronas, das tele orientações convencionais (por exemplo, conversas de WhatsApp médico-paciente) ou da tele receita/prescrição/laudo (envio de arquivos com receita, laudo ou prescrição médica),

procedimentos já amplamente utilizados no país, é a teleinterconsulta. Ou seja, a reunião síncrona ou não entre médicos a fim de discutir o caso de um paciente. Maeyama e Calvo (2018, p. 64) trouxeram em epígrafe um programa muito interessante de telessaúde que opera em Santa Catarina, o Telessaúde SC que, por meio da teleinterconsultoria, reúne um médico assistente da Atenção Primária de Saúde (APS) com um médico da Atenção Especializada (AE), sendo este último distante do domicílio do paciente.

A população em geral, condicionada com as dificuldades de obter um atendimento especializado de saúde devido a questões de mobilidade ou oferta de profissionais de saúde especializados, acaba se "contentando" com a Atenção Básica de Saúde (ABS), a qual é meramente paliativa em muitos casos. Contudo, a teleinterconsulta no programa Telessaúde SC apresentou potencial para mitigar estes danos. O processo inicia-se quando um cidadão apresenta uma enfermidade e requer cuidados assistenciais. Este cidadão, já na condição de paciente, hipoteticamente, busca um centro/unidade básica de saúde, onde oferecem-se serviços de ABS (Maeyama; Calvo, 2018, p. 65-69).

Por óbvio, as unidades básicas de saúde (UBS) não possuem infraestrutura material e profissional para promover um tratamento contínuo e especializado. Com efeito, o programa Telessaúde SC oferece, através de infraestrutura digital, que o médico da UBS, denominado médico assistente, entre em contato com um médico especialista, alocado em outra instituição de saúde (geralmente, instituições centrais, localizadas em capitais). Ambos discutem o caso, e, por fim, estabelecem qual será o fluxo do tratamento e atendimento deste paciente, sendo diversas as possibilidades (Maeyama; Calvo, 2018, p. 66). Dessa maneira, a teleinterconsulta, além de garantir uma tutela provisória, especializada e emergente ao paciente, também promove uma série de benefícios. No caso do telessaúde SC, proporciona-se uma tutela médica provisória rápida. O que se percebeu com a instalação do programa foi uma segunda forma de atendimento médico, auxiliando na diminuição do número elevado de casos que estavam na fila de espera para atendimentos presenciais com especialistas. Ante a longa espera, o paciente preferiu migrar para a consulta virtual, em algumas vezes até mais viável. Entretanto, é preciso dizer que a fila para a teleconsulta se mostrou grande também. Porém, a fila para consultas presenciais com AE é maior. Diante disto, a adoção da telessaúde em algumas cidades de Santa Catarina simplesmente zerou a fila de espera para consultas presenciais em algumas especialidades, o que é uma experiência exitosa, pois a maioria da procura por consultas poderia ser resolvida em ABS, com a tutela telecomunicativa à distância de um especialista. (Maeyama; Calvo, 2018, p. 68).

Portanto, concretiza-se com a municipalização do SUS um dos princípios do direito à saúde no Brasil, que é a descentralização da saúde. Ademais, é preciso citar o maior alcance do atendimento aos pacientes situados nos mais diversos recôncavos do país pela adoção da telessaúde e da telemedicina. A resolutividade alcançada no próprio APS garante que os pacientes não precisem se deslocar até os centros avançados e especializados de saúde, o que muitas vezes é inviável, seja por questões de mobilidade, seja por questões financeiras ou até mesmo por fatores de disponibilidade de profissionais (Galvão, 2025, p. 14-15). Logo, a teleinterconsulta garante um atendimento adequado e eficaz, cumprindo o que preceitua a Constituição sobre direito à saúde, no seu inciso II do artigo 198: "atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais".

Nesta dinâmica do atendimento universal e descentralizado, urge apresentar uma proposta pioneira no Brasil, um caso concreto de telessaúde que se deu em região ribeirinha do Estado de Rondônia. O projeto foi coordenado em 2004 pelo Núcleo de Apoio à População Ribeirinha na Amazônia (NAPRA), em parceria com o Instituto Brasileiro de Meio Ambiente e Recursos Naturais Renováveis (IBAMA), a Secretaria Municipal de Educação de Porto Velho (SEMED), o Polo de Telemedicina da Amazônia, bem como diversos hospitais universitários e outras instituições. O projeto-piloto abordou a utilização da telemedicina como recurso de diagnóstico e de educação em saúde nas comunidades ribeirinhas localizadas na região denominada "baixo rio Madeira" ao norte do Estado de Rondônia, em uma faixa de 100 a 250 km de Porto Velho, capital do Estado de Rondônia, tudo isso operando presencialmente com dois agentes locais de saúde e dezenas de profissionais e estudantes da saúde. Um resultado foi da pesquisa foi que a adoção da telemedicina na região em epígrafe teve um efeito crucial na promoção dos direitos sociais constitucionais, qualificando a vida de seus habitantes. É preciso lembrar que o Estado de Rondônia, particularmente, possuía péssimos indicadores de saúde, saneamento básico e qualidade de vida.

Como em grande parte dos estados do norte, nordeste e centro-oeste, em Rondônia a maioria da população vive na capital. Logo, os maiores esforços para mitigar os baixos indicadores de atendimento à saúde concentravam-se na capital, o que deixava de fora regiões periféricas, como as comunidades ribeirinhas. O estudo pontuou que antes da adesão da telemedicina, as comunidades ribeirinhas contavam com unidades básicas de saúde, que recebiam visitas semanais (variavelmente) de alguns profissionais de saúde (nenhum especialista), com baixa disponibilidade para atender os pacientes da comunidade. Por conseguinte, diversas doenças desenvolviam-se nas comunidades, e só recebiam a devida atenção quando o caso se tornasse grave o suficiente para ser levado à capital (o que é outro

desafio, devido às dificuldades pluviais de se alcançar Porto Velho) (Machado *et al*., 2010, p. 251).

A pesquisa concluiu que a adesão ao programa de telemedicina proporcionado pelo NAPRA contribuiu para prevenir o desenvolvimento de enfermidades e promover o tratamento básico de doenças, o que evitou tanto o sofrimento da população quanto viagens cansativas à capital. Assim, o objetivo principal do uso da telemedicina na região ribeirinha foi garantir a igualdade na promoção da saúde, independentemente da localização geográfica do indivíduo. Garantiu também o acesso aos especialistas a um preço acessível, estendendo os serviços de saúde a um maior número de indivíduos, com menores deslocamentos para o usuário. Da mesma forma, contribuiu para o intercâmbio de conhecimento entre profissionais de saúde, seus pares e estudantes universitários (Machado *et al*., 2010, p. 251-252).

## 3 A Legislação de Telessaúde no Brasil

Mesmo sendo um ramo promissor, a utilização da telemedicina e da telessaúde foi comedida ao longo do século XIX; ou seja, desde o princípio de sua utilização nos países desenvolvidos. O atraso brasileiro no uso destas práticas na área da saúde, positivo ou negativo, deu-se em especial pela inércia do legislador em regulamentar este campo. E isso ocorreu também por uma recorrente resistência do CFM em aderir, normativamente, às novas tecnologias.

Em termos normativos, a primeira orientação sobre telemedicina em âmbito mundial ocorreu em 1999, durante a 51.ª Assembleia Geral da Associação Médica Mundial, em Tel Aviv, Israel. Esta convenção ficou conhecida como o Tratado de Tel Aviv, e versou sobre princípios básicos e primordiais para a adoção da telemedicina no âmbito dos países envolvidos. Dentre o disposto estão as noções básicas de responsabilidade do médico durante o uso das novas tecnologias em saúde como, por exemplo, a responsabilidade solidária por qualquer laudo obtido a partir desta via, bem como a exigência de uma segunda opinião formativa e um segundo diagnóstico etc. Isso deveria ocorrer mesmo havendo outro médico em atendimento presencial ao paciente (D'Avila, 2003, p. 2-6).

A primeira manifestação jurídica interna sobre Telemedicina e Telessaúde no Brasil ocorreu três anos mais tarde, em 2002, por meio da Resolução n.º 1.643 do CFM. É mister esclarecer que referida norma reconhece "o exercício da Medicina através da utilização de metodologias interativas de comunicação audiovisual e de dados, com o objetivo da assistência, educação e pesquisa em Saúde". Porém, as atividades típicas que poderiam ser desenvolvidas por meio da telemedicina, de acordo com esta resolução, deveriam basear-se apenas na

assistência, educação para saúde e pesquisa, havendo a possibilidade atípica (emergencial) de emissão de laudos à distância (Resolução CFM n.º 1.643, 2002, art. 1.º).

*Prima facie*, o exercício das novas tecnologias na medicina parecia pouco regulado, o que não incentivava os profissionais no seu uso. Todavia, sete anos mais tarde, com a expansão destes serviços nas práticas médicas brasileiras, mesmo sem regulação, foi necessária nova atuação do CFM, agora coibindo seu uso. Isso foi feito por meio da edição do Novo Código de Ética Médica, aprovado na Resolução n.º 1.931 de 2009. A referida legislação, em seu 37.º artigo, estabelece regras que "endurecem" esta prática no Brasil. Destarte, a partir da edição do Código de Ética Médica toda e qualquer prática de adoção da telemedicina, que antes era já repreendida, passou a ser mais restritiva ainda, limitando-se aos casos de urgência, emergência, ou quando fosse impossível realizar o atendimento presencial. Dois anos mais tarde, o CFM, por meio da resolução n.º 1.974/2011, a qual definia critérios norteadores da propaganda em Medicina, abordou-se, de forma transversal, o tema da telemedicina, dando a ele um caráter ainda mais restritivo e conservador. Na parte que trata das proibições aos médicos em sua relação com a imprensa, bem como na participação em eventos e em matéria jornalística nas redes sociais, em sua letra "n" proíbe aos médicos também a atividade de "consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa ou a distância". Mais tarde, o CFM esclareceu que o objetivo deste artigo seria evitar a consulta de pacientes e de familiares em substituição à consulta presencial, podendo o médico realizar orientações a pacientes que já realizaram consulta ou exame presencial (Ministério da Saúde, 2019, p. 12).

Outrossim, em 2014, a gestão do CFM demonstrou-se mais receptiva à telemedicina. Por meio da Resolução n.º 2.107/2014 autorizou-se a prática da telerradiologia, ou seja, proporcionou que nesta área o exercício da medicina pudesse ser feito de forma remota em casos de longas distâncias, com o envio de imagens e laudos radiológicos online, os quais seriam utilizados como suporte de atividades de atuação local (Ministério da Saúde, 2019, p. 13). Malgrado a novel regulação, a modalidade não teve atuação plena à época devido a estar restrita apenas às atividades radiológicas ofuscadas pela distância, sem possibilitar que a prática radiológica pudesse ser totalmente desenvolvida pelas tecnologias de informação e comunicação.

Porém, diante da crescente demanda social pela modernização e o aumento da adoção informal e sem regulação de novas tecnologias na medicina, o CFM, em 2018, publicou uma espécie de "código da telemedicina" no Brasil, por meio da Resolução n.º 2.227/2018. Diferentemente da resolução de 2002, que delimitava a telemedicina às atividades de assistência, pesquisa e educação, a resolução de 2018 revogou em seu artigo 22 a resolução de

2002, acrescentando a possibilidade de uso da telemedicina tanto às atividades acima enumeradas quanto na prevenção de doenças e lesões. Tratou de afirmar que a telemedicina poderia ser utilizada de forma preventiva, sendo uma outra ferramenta, além do atendimento presencial, para a promoção da saúde. Normatizou-se assim o seu exercício em todo território nacional, nas modalidades síncronas e assíncronas. Previu também a teleconsulta, telediagnóstico, telecirurgia, teleconferência de ato cirúrgico, teletriagem, telemonitoramento e teleconsultoria (Galvão, 2025, p. 17-18). Foi realmente uma resolução avançada à época, especialmente porque havia uma grande resistência de seu uso por parte da própria categoria, muito conservadora.

Por ser uma legislação progressista, o CFM instituiu uma série de medidas a serem seguidas pelos operadores da telemedicina. Exemplo disto é o disposto no artigo 3.º da resolução, que traz a obrigatoriedade de inclusão do atendimento no registro eletrônico unificado do paciente (prontuário eletrônico, modelo ICP-Brasil, a partir do formato incluso na Lei n.º 13.787/2018, tendo em vista a preservação de todos os dados eletrônicos trocados pelo médico e paciente (imagens, audiovisual, arquivos etc.). Ressalta-se aqui que o disposto no artigo 3.º da Resolução n.º 2.227/2018 do CFM está diretamente relacionado com a Lei Geral de Proteção de Dados n.º 13.709/2018 (LGPD), publicada no mesmo ano, quando se tornou imprescindível a inclusão dos dados do paciente e do médico no prontuário eletrônico, assim como responsabilizou o profissional da saúde pela gestão destes dados. Outro ponto pertinente da resolução foi a liberdade dada ao profissional de usufruir da telemedicina quando julgar pertinente, observado, obviamente, o desejo do paciente. Além destes, a referida resolução passou a conceituar as demais aplicações e conceitos da telemedicina (Resolução CFM nº 2.227/2018).

Deste modo, em 2018, a telemedicina consolidou-se administrativamente, ou seja, no âmbito do CFM. Contudo, a carência de uma legislação federal específica para a área incidia na falta de segurança jurídica para médicos, hospitais, clínicas e pacientes, afora o fato de que permanecia uma resistência muito grande do setor mais conservador da saúde em aplicá-la. Este setor conservador conseguiu revogar a Resolução de 2018, pela Resolução CFM n. 2.228/2019, a qual visava disciplinar o exercício profissional médico e zelar pela "boa prática médica" no país. Porém, esta Resolução de 2019 logo foi revogada, repristinando-se a Resolução CFM nº 2.227, de 2018.

O retorno da Resolução de 2018 ocorreu não pelo ânimo progressista do CFM, mas para atender a uma emergência sanitária excepcional causada pela intempérie da pandemia de COVID-19, a qual surgiu no final de 2019 na China e, posteriormente, alastrou-se por todo o

mundo. Naquele período, mostrou-se fundamental garantir a possibilidade de atendimento remoto dos pacientes doentes, evitando assim a contaminação tanto do profissional da medicina quanto dos demais envolvidos no atendimento à saúde.[1]

Porém, para dar mais segurança aos médicos e aos pacientes naquele momento drástico, de mortes e de falta de um tratamento efetivo ao problema da Covid, houve a necessidade da elaboração de uma Lei com validade nacional. Assim, no dia 15 de abril de 2020 foi promulgada a Lei n.º 13.989, uma legislação temporária que foi editada para atender à emergência sanitária, a qual dispunha sobre o uso excepcional da telemedicina durante o surto de SARS-CoV-2. Assegurou-se pela lei, neste período, o exercício regular da telemedicina de forma temporária e em caráter emergencial, não mais uma autorização apenas administrativa. Para tanto, deveriam ser observados e seguidos "padrões normativos e éticos" comumente utilizados nos atendimentos presenciais (artigo 5º).

No mesmo sentido, o Ministério da Saúde foi mais fundo na regulamentação do uso excepcional da telemedicina. Com a edição da Portaria n.º 467/2020 normatizou-se, no âmbito do executivo federal, como se daria o atendimento pré-clínico, assistencial e de consulta, bem como as atividades de monitoramento e diagnóstico por meio das tecnologias de informação e comunicação. O documento também estabeleceu que estas atividades deveriam se estender do SUS à saúde suplementar, normatizando o uso de receitas e atestados em meio eletrônico (Portaria MS n.º 467/2020, art. 1.º-7.º).

Destarte, é importante trazer aqui também a nota técnica n.º 7/2020 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), também editada à época, a qual determinou que a oferta de telemedicina viria a ser obrigatória nos planos e seguros de saúde (Galvão, 2025, p. 21). Incluiu-se nesta liberação o uso das novas tecnologias nas atividades médicas de todas as especialidades reconhecidas pelo CFM, bem como no atendimento realizado por outros profissionais de saúde indicados pelo médico (psicólogo, nutricionista etc.) (ANS, 2020, online).

Assim, apesar do "terror vivido na época", é possível concluir que no Brasil a pandemia foi um fato consolidador da telemedicina. Durante esta, o uso das tecnologias digitais no atendimento à saúde foi se estabelecendo por necessidade e, a partir daí, foi tornando-se receptiva aos setores médicos mais conservadores.

Passada a calamidade pública de 2020, em 2022 o CFM volta a atuar, desta vez em prol da telemedicina. A Resolução n.º 2.311/2022 foi responsável pela regulamentação

[1] Para maior aprofundamento da temática ver: (Santin; Leidens; Zambrano, 2021); (Santin, 2022); (Santin; Nascimento, 2023); (Souza; Santin, 2023); (Santin; Tonial, 2024).

administrativa da cirurgia robótica, definida como a modalidade de tratamento cirúrgico a ser empregada com técnicas minimamente invasivas, tendo em vista a comprovação anterior de sua eficácia. O CFM disciplinou que todo procedimento do gênero deveria ser realizado por profissional devidamente especializado (na expertise médica da cirurgia) e capacitado (treinamento de capacitação robótica). Ainda, dispôs sobre as obrigações do hospital ou da unidade médica neste tipo de atendimento, os quais seriam totalmente responsáveis pela implementação de centros de cirurgia robótica. Por sua vez, estes centros deveriam instalar dispositivos de segurança sobre possíveis ataques cibernéticos capazes de interferir no ato cirúrgico ou vazar dados pessoais, *verbi gratia* (Resolução CFM n.º 2.311, 2022, art. 6.º).

Assim, diante da onda progressista e receptiva à telemedicina no pós pandemia, a Resolução n.º 2.314/2022 redefiniu os limites da telemedicina, em consonância com o formato estabelecido excepcionalmente durante a pandemia. Em seu artigo 1.º, dispôs que a telemedicina é "O exercício da medicina mediado por Tecnologias Digitais, de Informação e de Comunicação (TDICs), para fins de assistência, educação, pesquisa, prevenção de doenças e lesões, gestão e promoção de saúde" (Resolução CFM n.º 2.314, 2022).

A partir daí houve uma ampliação aos limites do uso das TDICs no ato médico. Dessarte, a resolução atribuiu total responsabilidade do profissional de saúde pela qualidade do atendimento, devendo proporcionar toda a assistência necessária ao paciente, bem como observar os preceitos éticos e legais, em especial o disposto sobre as leis de tratamento de dados e uso da internet no Brasil.

Em relação ao uso da internet, é necessário elucidar o regramento de seu manejo no Brasil, realizado a partir da Lei do Marco Civil da Internet (Lei n.º 12.965/2014). A referida norma estabeleceu como princípio do uso da internet no Brasil a observância da proteção da privacidade e a proteção dos dados pessoais, na forma da lei (mais tarde adotada pela LGDP). Junto destes, o legislador dotou de responsabilidade o usuário por todas as atividades que exercer em seu meio virtual (artigo 2.º da Lei n.º 12.965/2014.). Por conseguinte, a resolução do CFM em 2022 seguiu as disposições do Marco Civil da Internet.

Já sobre a proteção de dados, houve menção expressa deste assunto na Resolução CFM n.º 2.314/2022 (art. 3.º § 7º): "Os dados pessoais e clínicos do teleatendimento médico devem seguir as definições da Lei Geral de Proteção de Dados e outros dispositivos legais, quanto às finalidades primárias dos dados". Em síntese, esta resolução de 2022 segue a mesma lógica da resolução de 2018, ou seja, assegurar de forma expressa a proteção de dados pessoais sensíveis, que são prioritariamente aqueles utilizados no atendimento de saúde.

A legislação dedicou-se também a conceituar e normatizar as modalidades de telemedicina. Segundo o artigo 6.º, a teleconsulta é um ato médico complementar ao da consulta presencial tradicional (padrão ouro), não podendo, *verbi gratia*, no tratamento de doenças crônicas, exceder 180 dias sem a consulta presencial. Atenta-se também, ao livre arbítrio do médico em oferecer a teleconsulta, bem como a do paciente em aceitar (Resolução CFM n.º 2.314, 2022).

No artigo subsequente normatizou-se a teleinterconsulta, que é a troca de informações, opiniões etc. entre profissionais da saúde com auxílio das novas tecnologias de informação e comunicação na saúde, para fins terapêuticos, cirúrgicos ou clínicos. Semelhante à teleinterconsulta é a teleconsultoria médica (artigo 12), que é um ato de consultoria mediado pelas novas tecnologias de informação e comunicação "entre médicos, gestores e outros profissionais, com a finalidade de prestar esclarecimentos sobre procedimentos administrativos e ações de saúde". Já a telecirurgia é abordada no artigo 9.º, tida como o procedimento robótico realizado à distância por equipamentos interativos e seguros. Quanto ao telediagnóstico, o CFM dispôs no artigo 8.º que é o envio de imagens, dados e gráficos entre médicos, para futura emissão de laudo à distância exarado por um especialista. Por sua vez, o telemonitoramento ou televigilância (artigo 10) é a utilização de dispositivos vestíveis para monitoramento ou vigilância à distância de parâmetros de saúde e/ou doença, utilizado especialmente para doenças crônicas. Por fim, outra modalidade em destaque nesta resolução, no seu artigo 11, é a teletriagem, constante no ato médico realizado à distância, a fim de verificar os sintomas do paciente e a gravidade do quadro para, diante dos resultados, eleger um manejo adequado para este. (Resolução CFM n.º 2.314/2022).

Diante de todas as políticas públicas e práticas privadas de telemedicina adotadas desde o início do século, reguladas administrativamente pelo CFM e de maneira legal pela lei temporária n.º 13.989/2020, ao fim da pandemia, o legislador nacional decidiu regular de forma nacional, perene e legal tais práticas, editando a Lei n.º 14.510/2022, ampliando o uso das novas tecnologias para outras áreas da saúde além da medicina, como a psicologia, nutrição, fisioterapia, enfermagem, dentre outras. Essa lei de 2022 revogou expressamente a Lei n.º 13.989/2020 e inseriu a telessaúde na legislação regulamentar dos serviços de saúde no Brasil, por meio de alterações e inserções na Lei n.º 8.080/1990, conhecida como "lei orgânica da saúde". A legislação em pauta normatiza as diretrizes do SUS, do financiamento do setor, bem como dos serviços privados de assistência em saúde que, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 14.510/2022, passou a vigorar acrescido de um título dedicado apenas à telessaúde (Lei n.º 8.080/2022).

Esta lei conceitua a telessaúde como a prestação remota de serviços de profissionais de saúde cujas profissões são regulamentadas pelos órgãos competentes do Poder Executivo Federal. Entre os princípios elencados pelo legislador na lei do SUS no artigo n.º 26-A, estão em consonância com o já estabelecido pelo CFM e pela LGPD, como o direito de recusa do paciente, a autonomia do profissional, o atendimento de qualidade e universal, e a responsabilidade digital e de confidencialidade de dados. Por sua vez, delegou a responsabilidade de regulação suplementar aos conselhos profissionais da área da saúde, vide artigo n.º 26-D da Lei nº 8.080/1990. Exigiu também a observância das normas gerais que estão ligadas ao exercício da telessaúde, como o Marco Civil da Internet (nos fundamentos do uso da internet), a LGPD (na gestão e proteção de dados), a Lei do Prontuário Eletrônico, o Código de Defesa do Consumidor e a Lei do Ato Médico.

Portanto, na medida em que a telemedicina e a telessaúde apresentam inúmeras benesses para efetivação dos preceitos constitucionais, trata-se de uma regulação recente, formada por normas jurídicas editadas pelas diversas fontes de poder. Embora a legislação apresente-se promissora em sua evolução recente, este campo carece de interpretações e definições jurídicas em áreas conexas como a proteção do consumidor e a responsabilidade civil. [2]

## Referências


BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 21 mar. 2026.

BRITO-SILVA, Keila; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Interface - Educação, Saúde e Comunicação**. São Paulo, v.16, n.40, p. 249-59, jan./mar. 2012.

CELUPPI, Iana Cristina *et al*. Uma análise sobre o desenvolvimento de tecnologias digitais em saúde para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil e no mundo. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Florianópolis, v. 37, n. 3, p. 1-12, ago./nov. 2020.

ALVES SOBRINHO, Eduardo Jorge. Políticas Contemporâneas: Fim do Direito à Saúde?. In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 7, 2001, São Paulo. **Mesa Redonda** [..] São Paulo, 2001, p. 5-14.

COURY, Wilson Biancardi *et al*. Implementing RUTE´s Usability - the Brazilian Telemedicine University Network. **Online Brazilian Journal of Nursing**. Niterói (RJ), v. 9, n. 3, 2010. Disponível em: https://objnursing.uff.br/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.3176. Acesso em: 16 fev. 2026.

SILVA, Angélica Baptista; DE MORAES, Ilara Hammerli Sozzi. O caso da Rede Universitária de Telemedicina: análise da entrada da telessaúde na agenda política brasileira. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1211-1235, abr./set. 2012.



[2] Artigo científico desenvolvido com apoio da FAPERGS, Edital 09/2023- Programa Pesquisador Gaúcho - PqG, projeto nº 24/25510001512-4, intitulado "Telemedicina, Saúde e Meio Ambiente: cooperação Brasil/Suíça na regulação do uso da AI (inteligência artificial) nos cuidados à saúde", e FAPERGS, Edital 10/2024 Auxílio Recém-Doutor, projeto n. 25/2551-0000901-4, intitulado “Dados Sensíveis e Telemedicina: desafios na proteção de direitos fundamentais.

MAEYAMA, Marcos Aurélio; CALVO, Maria Cristina Marino. A Integração do Telessaúde nas Centrais de Regulação: a Teleconsultoria como Mediadora entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Florianópolis, v. 47, n. 2, p. 62-72, 2018.

GALVÃO, Silas Camargo. **Revisão sistemática sobre aplicação e legislação de telemedicina e gastroenterologia no Brasil**. Orientador: Dr. Luiz Augusto Carneiro D'Albuquerque. 2025. 91 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Ciências em Gastroenterologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2025.

MACHADO, Felipe Salles Neves *et al*. Utilização da telemedicina como estratégia de promoção de saúde em comunidades ribeirinhas da Amazônia: experiência de trabalho interdisciplinar, integrando as diretrizes do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, n. 1, p. 247-254, 2010.

D'AVILA, Roberto Luiz. **Responsabilidades e Normas Éticas na Utilização da Telemedicina**. Conselho Federal de Medicina. 17 nov. 2003. Artigo on-line. Disponível em: https://brasiltelemedicina.com.br/wp-content/uploads/2014/08/Responsabilidades-e-Normas-%C3%89ticas-na-Utiliza%C3%A7%C3%A3o-da-Telemedicina.pdf. Acesso em: 21 mar. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.643/2002**. Define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina. Brasília, DF. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1643. Acesso: 21 mar. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.931/2009.** Aprova o Código de Ética Médica. Brasília, DF. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2009/1931. Acesso em: 21 mar. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.974/2011.** Estabelece os critérios norteadores da propaganda em Medicina, conceituando os anúncios, a divulgação de assuntos médicos, o sensacionalismo, a autopromoção e as proibições referentes à matéria. Brasília, DF. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2011/1974_2011.pdf. Acesso em: 21 mar. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM n.º 2.227/2018.** Define e disciplina a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias. Brasília, DF. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao222718.pdf. Acesso: 21 mar. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM n.º 2.311/2022.** Regulamenta a cirurgia robótica no Brasil. Brasília, DF. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2022/2311_2022.pdf. Acesso em: 21 mar. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.314/2022.** Define e regulamenta a telemedicina como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação. Brasília, DF. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2022/2314_2022.pdf. Acesso em: 21 mar. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.107/2014**. Define e normatiza a prática da Telerradiologia no Brasil. Brasília, DF. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2014/2107_2014.pdf. Acesso em: 21 mar. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.228/2019.** Revoga a Resolução CFM nº 2.227/2019, a qual define e disciplina a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias, e restabelece expressamente a vigência da Resolução CFM nº 1.643/2002. Brasília, DF. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2019/2228_2019.pdf. Acesso em: 21 mar. 2026.

BRASIL. **Lei n.º 13.989, de 15 de abril de 2020.** Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília, DF. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Lei/L13989.htm. Acesso em: 21 mar. 2026.

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018.** Lei Geral de Proteção de Dados. Brasília, DF. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em: 21 mar. 2026.

BRASIL. **Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014.** Estabelece princípios, garantias, direitos e deveres para o uso da Internet no Brasil. Brasília, DF. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l12965.htm. Acesso em: 21 mar. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 21 mar. 2026.

BRASIL. **Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional, e a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015; e revoga a Lei nº 13.989/2020. Brasília, DF. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14510.htm. Acesso em: 21 mar. 2026.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia Metodológico para Programas e Serviços em Telessaúde**. 1. ed. Brasília: Editora MS, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n.º 467, de 20 de março de 2020.** Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. Brasília, DF. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt/portaria%20n%C2%BA%20467-20-ms.htm. Acesso em: 21 mar. 2026.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **ANS: solicitações médicas emitidas eletronicamente são válidas durante a pandemia**. 4 mai. 2020. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/covid-19/ans-solicitacoes-medicas-emitidas-eletronicamente-sao-validas-durante-a-pandemia. Acesso em: 21 mar. 2026.

INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO. **ICP-BRASIL.** Gov.Br. Artigo. Disponível em: https://www.gov.br/iti/pt-br/assuntos/icp-brasil. Acesso em: 05 mar. 2026.

SANTOS JÚNIOR, Jair Lopes dos; MARQUES, Frederico Borges; FREITAS, Wanderson de Moura de Castro. **Justiça 4.0 e a Revolução Industrial 4.0: uma análise sobre direito digital e a inteligência artificial**. Revista de Direito, Inovação, Propriedade Intelectual e Concorrência. Brasília, v. 10, n. 2, p. 1-20, jan./jul. 2025.

SANTIN, J. R.; LEIDENS, L. V.; ZAMBRANO, V. The global/local relationship in the Covid-19 pandemic: the role of multilateralism in Human Rights violations. **Sequência (Florianópolis),** v. 42, n. 88, p. e83068, 2021. DOI: https://doi.org/10.5007/2177-7055.2021.e83068.

SANTIN, Janaína Rigo; TONIAL, Maira Dal Conte. Telessaúde e Meio Ambiente Digital no Brasil. **Direito.UnB - Revista de Direito da Universidade de Brasília**, *[S. l.]*, v. 8, n. 1, p. 215–237, 2024. DOI: 10.26512/2357-80092024e48064. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/revistadedireitounb/article/view/48064. Acesso em: 21 mar. 2026.

SOUZA, Gabriela Bolzan; SANTIN, Janaína Rigo. A pandemia e a ampliação do uso da telemedicina no Brasil: Um olhar sob a visão da bioética. **Sete Editora**, *[S. l.]*, pág. 1139–1151, 2023. Disponível em: https://sevenpubl.com.br/editora/article/view/1513 . Acesso em: 21 mar. 2026.

SANTIN, Janaína Rigo; NASCIMENTO, Anna Gabert. Acesso Equitativo e Universal à Vacina Contra a Covid-19 e Licenciamento Compulsório: Aspectos globais e locais. **Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça**, *[S. l.]*, v. 17, n. 47, 2023. DOI: 10.30899/dfj.v17i47.1229. Disponível em: https://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/1229. Acesso em: 21 mar. 2026.

SANTIN, Janaína Rigo. Telemedicina, Saúde e Meio Ambiente Digital: desafios e oportunidades. **VII Congresso Internacional de Direitos Humanos de Coimbra**, Coimbra, Portugal, v. 7, n. 1, 2022. Disponível em: https://trabalhoscidhcoimbra.com/ojs/index.php/anaiscidhcoimbra/article/view/1328. Acesso em: 21 mar. 2026.