

Autoria

Francis Henrique do Nascimento Tsurumaki¹

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-0043-786X>

Ernani Pereira da Cunha¹

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-3006-5507>

Samuel Nilo Vieira¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4020-3438>

Fernanda Cardoso Fernandes¹

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-4306-3189>

Adrianne Stein¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9117-5687>

Instituição

¹Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM), São Paulo, Brasil.

Autor Correspondente

Francis Henrique do Nascimento Tsurumaki

e-mail: francis.tsurumaki@cejam.org.br

Como citar este artigo

Tsurumaki FHN, Cunha EP, Vieira SN, Fernandes FC, Stein A. Teleconsultoria por aplicativo entre níveis de atenção em saúde bucal no SUS: uma avaliação de implementação. Rev. Tec. Cient. CEJAM. 2025;4:e202540040. DOI:

<https://doi.org/10.59229/2764-9806.RTCC.e202540040>.

Submissão

01/09/2025

Aprovação

02/10/2025

Relato de Inovação Tecnológica

Teleconsultoria por aplicativo entre níveis de atenção em saúde bucal no SUS: uma avaliação de implementação

App-based teleconsultation across care levels in oral health within Brazil's SUS: an implementation evaluation

Resumo

Objetivo: Avaliar a implementação de um programa de teleconsultoria via aplicativo de mensagens entre equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) e especialistas em saúde bucal, quanto à resolatividade na APS, priorização clínica e integração com a regulação em rede municipal. **Método:** Estudo observacional, retrospectivo, de avaliação de implementação. Foram incluídos todos os casos discutidos entre agosto/2021 e julho/2025 (n=226). **Resultados:** A demanda concentrou-se em Estomatologia (46,0%) e Pacientes com Necessidades Especiais (22,1%). A resolatividade na APS foi de 31,0% (n=70), evitando encaminhamentos desnecessários às especialidades. Entre os encaminhados (n=156), 60,9% (n=95) receberam priorização de urgência, indicando que o canal capturou situações não triviais do cotidiano da APS e contribuiu para acelerar o acesso dos casos graves; 28,2% (n=44) seguiram via regulação, demonstrando integração do apoio imediato ao fluxo formal. Não houve eventos adversos relacionados às orientações e todos os registros permaneceram anonimizados. **Conclusão:** O programa é viável, seguro e útil para qualificar decisões clínicas na APS, evitar encaminhamentos indevidos, priorizar casos graves e ordenar o acesso à atenção especializada. Os achados sustentam sua manutenção/expansão e futuras avaliações prospectivas com desfechos clínicos e econômicos.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Teleodontologia; Aplicativos Móveis; Auditoria em Saúde; Saúde Bucal.

Abstract

Objective: To evaluate the implementation of a messaging app-based teleconsultation program between Primary Health Care (PHC) teams and oral-health specialists, focusing on PHC resolvability, clinical prioritization, and integration with the municipal referral regulation system. **Methods:** Observational, retrospective implementation-evaluation study. All cases discussed between August 2021 and July 2025 were included (n=226). **Results:** Demand concentrated in Oral Medicine (46.0%) and Patients with Special Needs (22.1%). PHC resolvability was 31.0% (n=70), preventing unnecessary referrals to specialties. Among referred cases (n=156), 60.9% (n=95) received urgent prioritization, indicating the channel captured situations that are not routine in PHC and helped expedite access for severe cases; 28.2% (n=44) proceeded via the regulation system, demonstrating integration of immediate support with the formal referral flow. No adverse events related to the guidance were identified, and all records remained anonymized. **Conclusion:** The program is feasible, safe, and useful to qualify clinical decision-making in PHC, avoid inappropriate referrals, prioritize severe cases, and organize access to specialized care. The findings support its maintenance/expansion and future prospective evaluations including clinical and economic outcomes.

Descriptors: Primary Health Care; Teledentistry; Mobile Applications; Health Audit; Oral Health.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando a longitudinalidade do acompanhamento dos usuários⁽¹⁻³⁾. No âmbito das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a linha de cuidado é o arranjo organizativo que explicita, de forma sequencial e integrada, as ações e serviços necessários para atender um determinado problema de saúde ao longo do tempo — da promoção e prevenção ao diagnóstico, tratamento, reabilitação e contrarreferência. Ela define fluxos, critérios de acesso e responsabilidades entre os pontos de atenção, garantindo continuidade e integralidade do cuidado.

Na prática do percurso assistencial, o caminho do paciente na rede inicia-se no domicílio e tem como porta de entrada a Unidade Básica de Saúde (UBS), onde ocorre o acolhimento, a avaliação clínico-epidemiológica e a estratificação de risco. A APS é resolutiva na maior parte das demandas e mantém o seguimento longitudinal. Quando há necessidade de maior complexidade diagnóstica ou terapêutica, a equipe aciona a regulação para agendamento na atenção especializada, como os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) ou ambulatórios de outras especialidades. Nos casos que requerem procedimentos de alta complexidade ou urgência/emergência, o cuidado é direcionado ao nível hospitalar. Após a intervenção, a contra referência documentada devolve o usuário à APS, que retoma o plano terapêutico e o acompanhamento, fechando o ciclo da linha de cuidado.

Contudo, na prática cotidiana, profissionais da APS enfrentam casos clínicos complexos que demandam apoio especializado para tomada de decisão segura e para definir, com critério, a necessidade real de encaminhamento para atenção secundária ou terciária⁽⁴⁻⁶⁾. A comunicação formal entre os níveis, muitas vezes morosa, contribui para atrasos no cuidado, encaminhamentos desnecessários, sobrecarga dos serviços especializados e insatisfação dos usuários⁽⁶⁻¹⁰⁾.

Diante desse cenário, estratégias que promovam integração ágil, eficiente e segura entre os níveis de atenção tornam-se essenciais. O uso de aplicativos de mensagens instantâneas, como o WhatsApp, configura uma solução de baixo custo e fácil implementação capaz de qualificar a linha de cuidado ao oferecer suporte clínico em tempo real, aprimorar a decisão na origem, qualificar e priorizar encaminhamentos e fortalecer a resolutividade da APS, desde que amparado por regras claras e aderente à legislação de proteção de dados⁽¹¹⁾.

Com base nessa premissa, foi estruturada uma estratégia de apoio diagnóstico e terapêutico que organiza grupos por especialidades odontológicas e define fluxos de discussão de casos, garantindo ambiente seguro para a exposição de dúvidas e compartilhamento de informações clínicas objetivas, sempre em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD)⁽¹¹⁾. Espera-se, com isso, reduzir encaminhamentos desnecessários, priorizar adequadamente casos que exigem atenção especializada, encurtar o tempo de resposta entre os níveis e assegurar a contrarreferência oportuna para continuidade do cuidado na APS.

A iniciativa apresenta potencial adicional para educação permanente na Rede de Atenção à Saúde, fortalecendo o trabalho colaborativo, e mostra-se replicável em outros contextos por utilizar tecnologia amplamente disponível. Tais características a tornam um exemplo prático de integração e inovação organizacional no cuidado em saúde bucal no SUS.

O objetivo desse estudo é avaliar a implementação de um programa de teleconsultoria via aplicativo de mensagens entre equipes da APS e especialistas em saúde bucal, quanto à resolutividade na APS, priorização clínica e integração com a regulação em rede municipal.

MÉTODO

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo observacional retrospectivo com análise de dados secundários de uma intervenção em saúde bucal, no contexto de avaliação de implementação.

Cenário, Período e Amostra

O cenário é a rede municipal sob gestão da Organização Social de Saúde CEJAM (São Paulo), com profissionais da APS e especialistas da atenção secundária organizados em grupos por especialidade odontológica (ex.: Pacientes com Necessidades Especiais, Prótese, Ortodontia/Ortopedia, Periodontia, Endodontia, Cirurgia Oral Menor, Estomatologia, Dor Orofacial, Implantodontia).

Foram analisados todos os casos discutidos entre agosto de 2021 e julho de 2025 (n=226), sem amostragem. Elegibilidade: incluímos postagens da APS com resumo clínico mínimo (anamnese sintética e hipótese diagnóstica) e, quando existente, imagens com consentimento; excluímos duplicatas e casos sem dados mínimos.

Protocolo de Pesquisa

A intervenção consistiu no uso estruturado de aplicativo de mensagens instantâneas para teleconsultoria entre níveis de atenção, com fluxo padronizado: o profissional da APS descrevia o caso (sem identificadores pessoais), anexava documentos/imagens autorizadas quando pertinentes e formulava a dúvida; o especialista respondia com orientação clínica imediata, hipóteses diagnósticas diferenciais, condutas recomendadas e critérios de necessidade/prioridade de encaminhamento, alinhados à regulamentação da teleodontologia⁽¹²⁾.

Importante salientar que os especialistas participantes dos grupos atuaram de forma voluntária e não remunerada, sem vínculo financeiro com o projeto, foram previamente orientados sobre limites de atuação e registro das recomendações, além de terem assinado termo de ciência para participação voluntária na estratégia.

A estratégia foi desenhada para qualificar a decisão clínica na APS e evitar encaminhamentos desnecessários quando o manejo local fosse seguro — alinhada à evidência de que teleconsultorias em saúde bucal aumentam a resolutividade e reduzem a necessidade de referência presencial⁽¹³⁾.

O desfecho primário foi a taxa de resolutividade na APS. Os desfechos secundários incluíram a taxa de priorização na atenção secundária e a proporção de pacientes encaminhados via regulação. Adicionalmente, será descrito o tempo de resposta do especialista como indicador de processo e será coletado feedback dos profissionais sobre o apoio e a resolutividade dos casos.

Não foram avaliados desfechos clínicos diretos do paciente, nem dados de custo-efetividade ou tempo até o atendimento especializado — que permanecem como agenda futura de investigação.

Aspectos Éticos e de Integridade

Para governança de dados, adotaram-se salvaguardas institucionais: minimização (apenas dados estritamente necessários), anonimização/desidentificação nas conversas, controle de acesso aos grupos e registro em prontuário das orientações clinicamente relevantes. Todo o fluxo observou a LGPD⁽¹¹⁾.

A coleta foi operacionalizada por formulário padronizado e os registros foram consolidados em banco eletrônico (instância institucional), com trilhas de auditoria e perfis de acesso. Não foi necessária submissão ao CEP/Plataforma Brasil, uma vez que a base analisada continha apenas dados totalmente anonimizados, sem qualquer possibilidade de identificação dos participantes⁽¹¹⁾.

RESULTADOS

Foram analisados 226 casos discutidos entre agosto de 2021 e julho de 2025, provenientes das equipes da APS e encaminhados para discussão nos grupos especializados de saúde bucal (Pacientes com Necessidades Especiais (PNE), Prótese, Ortodontia/Ortopedia, Periodontia, Endodontia, Cirurgia Oral Menor (COM), Estomatologia, Dor Orofacial (DOF) e Implantodontia). Destes, 44,69% (n=101) dos casos tiveram origem na região de M'Boi Mirim e 55,30% (n=125) na região de Campo Limpo, conforme ilustrado na Figura 1.

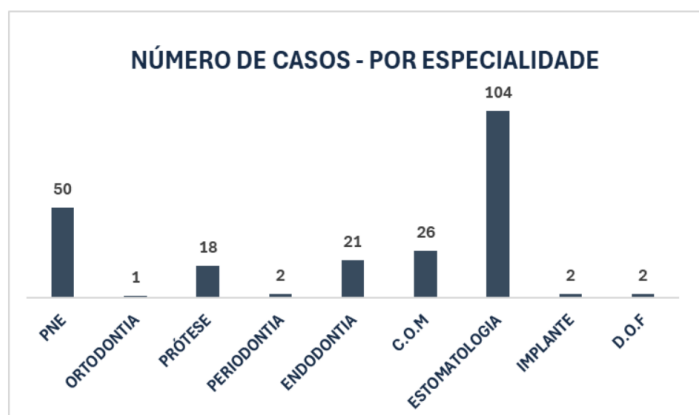


Figura 1 - Número de casos por especialidade (n=226), São Paulo, Brasil, 2025.

Pacientes com Necessidades Especiais (PNE), Cirurgia Oral Menor (C.O.M.), Dor Orofacial (D.O.F.).

Fonte: base de dados própria, 2025.

A distribuição foi heterogênea, com predomínio de Estomatologia (n=104 casos; 46,0%) e Pacientes com Necessidades Especiais - PNE (n=50; 22,1%), que juntas concentraram 68,1% das discussões (figura 1). Volumes intermediários apareceram em Cirurgia Oral Menor (COM) (n=26; 11,5%), Endodontia (n=21; 9,3%) e Prótese (n=18; 8,0%).

Houve baixa demanda registrada em Periodontia, Implantodontia e Dor Orofacial (2 casos cada; 0,9%), e em Ortodontia (n=1; 0,4%). Esse padrão sugere maior uso do canal para questões diagnósticas e condutas frente a lesões orais (Estomatologia) e para casos de maior complexidade/vulnerabilidade (PNE), enquanto áreas tipicamente eletivas (p.ex., Ortodontia e Implantes) tendem a acionar o suporte com menor frequência (Figura 2).

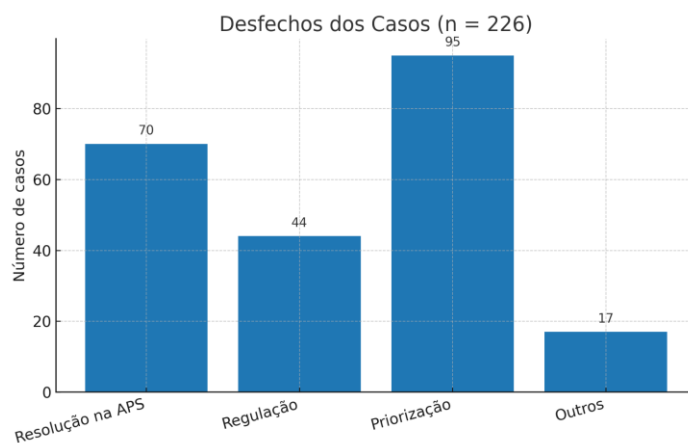


Figura 2 - Visualização do desfecho dos casos (n=226), São Paulo, Brasil, 2025.

Fonte: base de dados própria, 2025.

A "Resolução na APS" refere-se aos casos cuja condução pode ocorrer integralmente na UBS, sem necessidade de encaminhamento, com a teleconsultoria orientando diagnóstico, terapêutica, ajustes de manejo e seguimento no território.

A "Regulação" abrange situações em que, após a discussão, indica-se referência formal para níveis de maior complexidade (secundária, terciária ou quaternária), por demandarem recursos não disponíveis na APS.

A "Priorização" diz respeito aos casos que, além da necessidade de referência, apresentam gravidade ou risco de agravamento que justificam atendimento urgente em serviços especializados (como o CEO), com definição do grau de prioridade e orientações para agilizar o acesso.

Já "Outros", contempla condições em que a melhor conduta não é odontológica, exigindo avaliação ou intervenção de outra área (por exemplo, clínica médica, dermatologia, otorrinolaringologia ou saúde mental), com orientação clara à equipe da APS sobre o percurso assistencial adequado.

Segundo demonstrado na Figura 2, todos os casos apresentados tiveram devolutiva e assim os devidos desfechos (n=226). Notou-se que 31,0% (n=70) dos casos podiam ser resolvidos integralmente na própria UBS.

A maioria (69,0%; n=156) demandou encaminhamento para outros pontos da rede: entre esses, 60,9% (n=95) receberam priorização para atendimento urgente em serviços especializados (Centro de Especialidades Odontológicas - CEO), 28,2% (n=44) indicaram que precisavam ser encaminhadas via regulação para especialidades/níveis de maior complexidade, seja na rede de especialidades ou hospitalar, e 10,9% (n=17) foram direcionados para outras áreas não odontológicas.

Não foram registrados eventos adversos clínicos relacionados às orientações fornecidas, e todos os registros analisados permaneceram anonimizados, sem identificação de incidentes de privacidade. Esses achados corroboram a viabilidade da estratégia como apoio rápido e seguro para qualificar a decisão clínica na APS, reduzir encaminhamentos desnecessários e melhorar a priorização dos casos que requerem atenção especializada.

DISCUSSÃO

Dos 226 casos discutidos nos grupos de discussão clínica das especialidades odontológicas, observa-se que 44,69% (n=101) casos tiveram origem na região de M'Boi Mirim e 55,30% (n=125) na região de Campo Limpo. Essa distribuição, embora aparentemente próxima em termos absolutos, deve ser analisada com cautela, considerando alguns fatores que podem influenciar a demanda e a frequência de participação das equipes.

Em primeiro lugar, é importante reconhecer que cada região apresenta um número distinto de Unidades de Saúde, o que naturalmente impacta o volume de casos encaminhados ou discutidos. Regiões com maior número de unidades tendem, por consequência, a gerar mais situações clínicas que necessitam de apoio especializado.

Um aspecto relevante refere-se à qualificação e ao perfil dos profissionais inseridos em cada território. Diferentes trajetórias de formação, experiências prévias e graus de segurança clínica podem levar a maior ou menor necessidade de suporte por meio da discussão em grupo.

Assim, a concentração de casos em determinada região não deve ser interpretada isoladamente como maior demanda clínica, mas também como reflexo da forma como os profissionais utilizam esse canal de apoio. Além disso, deve-se considerar o caráter aleatório dos casos clínicos que surgem no cotidiano das equipes. Situações específicas de maior complexidade podem, em determinados períodos, se concentrar em uma região por fatores circunstanciais e não necessariamente estruturais.

A análise dos resultados evidencia que a maior demanda por teleconsultoria concentrou-se nas especialidades de Estomatologia (46,0%) e no atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais – PNE (22,1%). Esse predomínio pode ser atribuído à elevada complexidade clínica que caracteriza ambas as áreas, as quais exigem do cirurgião-dentista competências técnicas especializadas e sólida capacidade de tomada de decisão.

Na Estomatologia, destacam-se a necessidade de avaliação minuciosa de lesões orais, definição de condutas frente a condições potencialmente malignas e manejo de processos inflamatórios ou infecciosos com repercussões sistêmicas. Já no atendimento a PNE, somam-se os desafios relacionados às múltiplas comorbidades, ao risco de interações medicamentosas e à adaptação de protocolos frente a limitações físicas, cognitivas ou comportamentais. Em ambos os contextos, a teleconsultoria oferece suporte qualificado, contribuindo para a segurança do paciente e para a resolutividade dos casos na Atenção Primária à Saúde⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Embora 31,0% dos casos terem sido resolvidos integralmente na unidade de origem, esse contingente ainda representa encaminhamentos que poderiam se evitados e que, em condições usuais, ocupariam vagas de consultas especializadas de forma indevida e prolongando filas. Evidências nacionais mostram que a teleconsultoria em saúde bucal reduz encaminhamentos em >45% e muda a conduta inicial em ~64% dos casos, reforçando esse efeito de ordenação do acesso⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Entre os casos que necessitam referência (69,0%), a priorização de urgência atribuída à maioria (60,9% dos encaminhados) mostra que o canal capturou situações não triviais para o cotidiano da APS e agilizou o acesso dos pacientes com maior gravidade a serviços como o CEO.

Além disso, a integração com a regulação (28,2% dos encaminhados seguiram via fluxo formal) demonstra que o programa não cria um fluxo paralelo, mas qualifica o percurso

assistencial, conectando orientação imediata com o mecanismo oficial de referência. O subgrupo "Outros" (10,9%) evidencia outro valor do arranjo: evitar iatrogenias organizacionais ao reconhecer condições cujo destino assistencial não é odontológico, preservando recursos e orientando a equipe da APS para o ponto de cuidado adequado.

Esse arranjo é particularmente relevante porque parte das queixas que mimetizam dor dentária tem origem não odontogênica — por exemplo, alterações cardíacas, esofágicas, tireoidianas ou pulmonares — e requer encaminhamento médico oportuno, sob risco de intervenções odontológicas desnecessárias⁽¹⁷⁾.

Do ponto de vista assistencial, a estratégia aumentou a assertividade do direcionamento e reduziu a variabilidade das condutas iniciais. O relato padronizado do caso, o uso de imagens autorizadas quando pertinentes e a devolutiva registrável no prontuário favoreceram um efeito educativo contínuo sobre as equipes, com ganhos em raciocínio diagnóstico e manejo inicial⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Para além disso, revisões sistemáticas indicam que a comunicação assíncrona e o uso de fotografias (inclusive por smartphones) são factíveis e úteis para triagem, diagnóstico e planejamento terapêutico, quando obedecidos padrões adequados⁽¹⁵⁾.

Do ponto de vista gerencial, os achados sugerem que a teleconsultoria é um dispositivo de baixo custo e alta capilaridade para ordenar o acesso, ao mesmo tempo em que produz dados operacionais (resolutividade, prioridades, tempos de resposta) úteis para gestão de filas e planejamento de oferta especializada — alinhado a experiências de Telessaúde no SUS que articulam teleconsultoria à regulação e à gestão do cuidado no estado da Bahia, Brasil⁽²⁰⁾.

Alguns pontos críticos emergem como oportunidades de aprimoramento: primeiro, a predominância de dúvidas em Estomatologia e PNE recomenda protocolos rápidos e checklists de dados mínimos para esses temas (lesões orais, dor, triagem de risco em pacientes vulneráveis), o que tende a elevar a resolutividade local sem comprometer a segurança; segundo, a padronização de critérios de prioridade no próprio ato da teleconsultoria pode estreitar ainda mais o acoplamento com a regulação, reduzindo retrabalho; e terceiro, consolidar boas práticas de imagem (qualidade, enquadramento, consentimento) diminui idas e vindas, encurta o tempo até a orientação útil e melhora a documentação clínica.

A segurança do arranjo foi evidenciada pela ausência de eventos adversos relacionados às orientações e pelo manejo anonimizado dos registros, o que reforça a viabilidade do uso cotidiano na rede. Ainda assim, é essencial manter salvaguardas institucionais: minimização de dados nas conversas, proibição de identificadores pessoais, registro das condutas clinicamente relevantes no prontuário e capacitação periódica sobre limites da teleconsultoria (apoio à decisão, não substituição de consulta presencial quando necessária).

Limitações do Estudo

Apesar dos achados consistentes, o estudo apresenta limitações metodológicas que exigem cautela na generalização dos resultados. O delineamento observacional e retrospectivo, sem grupo controle ou aplicação de métodos estatísticos inferenciais, limita a possibilidade de estabelecer relações causais diretas entre a intervenção e os desfechos observados.

O reconhecimento crítico desses vieses não apenas fortalece a integridade metodológica do estudo, mas também contribui para

uma compreensão mais ampla e reflexiva sobre as limitações inerentes à produção de conhecimento em contextos reais de cuidado⁽²¹⁾.

Existe potencial viés de seleção, dado que apenas os casos voluntariamente apresentados pelas equipes da APS foram analisados — o que pode refletir maior engajamento, acesso tecnológico ou qualificação clínica em determinados territórios. Para mitigar esse risco, o estudo incluiu sistematicamente todos os casos discutidos durante o período analisado, desde que cumprissem critérios mínimos padronizados, evitando seleção subjetiva dos registros.

No que se refere ao viés de informação, decorrente do uso de registros operacionais e auto-relatos, o estudo adotou padronização rigorosa dos relatos clínicos, registro estruturado em banco eletrônico com trilha de auditoria e registro das orientações relevantes em prontuário eletrônico, conferindo rastreabilidade e integridade aos dados.

Em relação ao viés de desempenho, destaca-se a possibilidade de efeito Hawthorne — em que os profissionais, ao saberem que participam de uma intervenção estruturada, podem alterar seu comportamento clínico. Embora esse risco não possa ser eliminado em estudos do tipo, ele foi minimizado pela inserção da teleconsultoria como ferramenta de rotina, com fluxo natural e contínuo de uso durante um período extenso de quatro anos, reduzindo o caráter artificial da intervenção⁽²²⁾.

Adicionalmente, cabe destacar que os desfechos avaliados estão centrados em processos assistenciais — como resolatividade na APS, priorização e fluxo de encaminhamento —, sem mensuração direta de desfechos clínicos objetivos (ex.: melhora de sintomas, tempo até o atendimento efetivo, evolução dos casos) ou indicadores de experiência do paciente.

Essa limitação restringe a compreensão do impacto final da intervenção na qualidade do cuidado. Ainda assim, o estudo contribui de forma relevante ao demonstrar a viabilidade, segurança e aplicabilidade de uma estratégia de teleconsultoria baseada em aplicativo de mensagens, com potencial de replicação em outros contextos do SUS⁽²³⁾.

Contribuições para a Ciência

A adesão à LGPD, a anonimização rigorosa dos dados, o uso de critérios operacionais claros e o envolvimento voluntário de especialistas sem conflito de interesses, agrega solidez ética e metodológica ao trabalho.

Reconhecendo os limites do delineamento, o grupo de autores planeja dar continuidade à pesquisa por meio de estudos prospectivos, análises do tipo pré/pós-intervenção e uso de métodos estatísticos inferenciais, incorporando também desfechos clínicos, econômicos e de experiência do usuário. Tais avanços serão fundamentais para consolidar a teleconsultoria como ferramenta estratégica de coordenação do cuidado em saúde bucal no SUS, colaborando para o fortalecimento da RAS.

Em síntese, os dados demonstram que o programa qualifica decisões na APS, evita encaminhamentos desnecessários, prioriza com base clínica os casos que exigem atenção especializada e integra-se ao fluxo regulado, contribuindo para uma rede mais resolutiva e rápida. Com ajustes operacionais pontuais e expansão de protocolos temáticos, a estratégia tem potencial para ampliar ainda mais a segurança e a eficiência do cuidado em saúde bucal.

CONCLUSÃO

O programa de teleconsultoria via aplicativo de mensagens mostrou-se viável, seguro e clinicamente útil para apoiar a tomada de decisão na APS e ordenar o acesso à atenção especializada em saúde bucal.

Ao permitir discussões rápidas e estruturadas entre equipes da APS e especialistas, a estratégia aumentou a assertividade do direcionamento, evitou encaminhamentos desnecessários e viabilizou a priorização de casos graves, contribuindo para percursos assistenciais mais ágeis.

A ausência de eventos adversos relacionados às orientações e o manejo anonimizado dos registros reforçam sua adequação ao uso cotidiano, com aderência às salvaguardas de proteção de dados.

Do ponto de vista assistencial e gerencial, os achados indicam que a teleconsultoria funciona como um método clínico de triagem de baixo custo e alta capilaridade, reduzindo incertezas da APS, padronizando condutas iniciais e gerando informações operacionais úteis (resolutividade, prioridade, integração com a regulação) para a gestão de filas e o planejamento da oferta especializada.

O padrão de uso concentrado em Estomatologia e em PNE é coerente com a complexidade dessas demandas e sugere que protocolos rápidos, checklists de dados mínimos e boas práticas de imagem podem ampliar ainda mais a resolatividade local sem comprometer a segurança.

Apesar das limitações inerentes ao delineamento observacional e ao contexto único de implementação, os resultados sustentam a manutenção e a expansão do programa, com integração cada vez mais estreita aos fluxos regulatórios e ações de educação permanente para as equipes.

Recomenda-se, para etapas futuras, incorporar o acompanhamento de desfechos clínicos e de experiência do paciente, medir tempo até o atendimento especializado e avaliar custo-efetividade, de modo a qualificar a tomada de decisão em políticas públicas e consolidar a estratégia como componente estável da coordenação do cuidado em saúde bucal.

CONTRIBUIÇÃO DO AUTORES

Transparência na contribuição segundo a Taxonomia [CRediT](#):

Funções de autoria	Contribuição
Conceitualização	Francis Henrique do Nascimento Tsurumaki; Ernani Pereira da Cunha
Curadoria de dados	Francis Henrique do Nascimento Tsurumaki; Ernani Pereira da Cunha; Samuel Nilo Vieira; Fernanda Cardoso Fernandes; Adrienne Stein
Análise formal	Francis Henrique do Nascimento Tsurumaki
Aquisição de financiamento	Não aplicável
Investigação	Francis Henrique do Nascimento Tsurumaki; Ernani Pereira da Cunha; Samuel Nilo Vieira; Fernanda Cardoso Fernandes; Adrienne Stein
Metodologia	Francis Henrique do Nascimento Tsurumaki; Ernani Pereira da Cunha
Administração do projeto	Francis Henrique do Nascimento Tsurumaki; Ernani Pereira da Cunha
Recursos	Não aplicável
Software	Não aplicável
Supervisão	Francis Henrique do Nascimento Tsurumaki
Validação	Francis Henrique do Nascimento Tsurumaki; Ernani Pereira da Cunha; Samuel Nilo Vieira; Fernanda Cardoso Fernandes; Adrienne Stein
Visualização	Francis Henrique do Nascimento Tsurumaki
Escrita - esboço original	Francis Henrique do Nascimento Tsurumaki; Samuel Nilo Vieira; Fernanda Cardoso Fernandes; Adrienne Stein
Escrita - revisão e edição	Francis Henrique do Nascimento Tsurumaki; Ernani Pereira da Cunha

DECLARAÇÕES

Funções de autoria	Contribuição
Conflitos de interesse	Não aplicável
Financiamento	Não aplicável
Aprovação ética	Não aplicável
Agradecimentos	Com sincera estima, os autores agradecem à equipe de apoio técnico odontológico — Dra. Luciana Barbosa de Aquino, Dr. Matheus Racy Mariusso, Dra. Nathalia Tuany Duarte, Dra. Isis Raquel Ghelardi, Dr. André Luis Seferian Obice, Dr. Carlos Rangel de Moura Oliveira, Dr. José Renato Ribeiro Pinto, Dra. Fernanda Talib Guimarães, Dr. Theron Zamboni, Dra. Simone da Silva Rodrigues, Dr. Marcelo Augusto Fonseca, Dr. Eduardo Mecys Paleckis, Dra. Regina Celia Furukava Shin, Dra. Melissa Camacho Martins Rogenski, Dr. Djalma Saturno Barboza junior, Dra. Aline Cristine Munhoz Lopes, Dra. Lilian Caldas Quirino, Dr. Victor Hironori Kinoshita, Dra. Beatriz Venancio Queiroz, Dr. Marcos Fernandes Galvez Fusteros, Dr. Leandro Toyoji Kawata, Dra. Ligia Gonzaga Fernandes, Dr. Frederico Buhatem Medeiros, Dra. Thais Rime Romagna Ventre e Dra. Amanda Garcia Higa — pela dedicação, disponibilidade e valiosas contribuições técnicas que qualificaram cada etapa deste projeto. Estendemos nosso reconhecimento à equipe de apoio técnico-administrativo, em especial a Danilo Cardozo Borges e Jefferson Vinicius de Souza Almeida, pelo suporte eficiente na organização dos processos e pela colaboração constante
Preprint	Não aplicável
Uso Inteligência Artificial	Não aplicável

REFERÊNCIAS

- Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovannella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. 2018;42(spe1):244–260.
- Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family Health Strategy—Delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med*. 2015;372(23):2177–2181. doi:10.1056/NEJMp1501140.
- Ramalho A, Castro P, Gonçalves-Pinho M, Teixeira J, Santos JV, Viana J, et al. Primary health care quality indicators: An umbrella review. *PLoS One*. 2019;14(8):e0220888. doi:10.1371/journal.pone.0220888. PMID: 31419235; PMCID: PMC6697344.
- Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(2):399–407.
- Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e4. doi:10.26633/RPSP.2020.4.
- Bernardino Junior SV, Medeiros CRG, Souza CF, Kich J, Alves AM, Castro LC. Processos de encaminhamento a serviços especializados em cardiologia e endocrinologia pela Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate*. 2020;44(126):694–707.
- Silva RS, Schmitz CAA, Harzheim E, et al. O papel da Telessaúde na pandemia Covid-19: uma experiência brasileira. *Ciênc Saúde Colet*. 2021;26(6):2149–2157.
- Giordano V, Koch H, Godoy-Santos A, Belangero WD, Pires RES, Labronici PJ. WhatsApp Messenger as an adjunctive tool for telemedicine: an overview. *Interact J Med Res*. 2017;6(2):e11.
- Nascimento IJBD, Oliveira JAQ, Wolff IS, et al. Use of smartphone-based instant messaging services in medical practice: a cross-sectional study. *Sao Paulo Med J*. 2020;138(1):86–92.
- Owen MD, Ismail HM, Goodman D, et al. Use of WhatsApp messaging technology to strengthen obstetric referrals in the Greater Accra Region, Ghana: findings from a feasibility study. *PLoS One*. 2022;17(4):e0266932.
- Brasil. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília (DF): Presidência da República; 2018.
- Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO-226/2020: dispõe sobre a teleodontologia. Brasília (DF): CFO; 2020.
- Paixão LC, Costa VA, Ferreira EF, Ribeiro Sobrinho AP, Martins RC. Factors associated with avoiding referrals by dental teleconsulting sessions in Brazil. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(6):5104.
- Flores APDC, Lazaro SA, Molina-Bastos CG, Guattini VLO, Umpierre RN, Gonçalves MR, Carrard VC. Teledentistry in the diagnosis of oral lesions: a systematic review of the literature. *J Am Med Inform Assoc*. 2020;27(7):1166–1172. doi:10.1093/jamia/ocaa069.
- Gurgel-Juarez N, Torres-Pereira C, Haddad AE, Sheehy L, Finestone H, Mallet K, et al. Accuracy and effectiveness of teledentistry: a systematic review of systematic reviews. *Evid Based Dent*. 2022;23:—. doi:10.1038/s41432-022-0257-8.
- Paixão LC, Abreu MHNG, Ribeiro-Sobrinho AP, Martins RC. Factors associated with avoiding referrals by dental teleconsulting sessions in Brazil. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(6):5104. doi:10.3390/ijerph20065104.
- Myers DE. Review of visceral throat and chest disorders causing nonodontogenic orofacial pain. *J Am Dent Assoc*. 2022;153(8):769–775. doi:10.1016/j.adaj.2022.01.007.
- Bavaresco CS, Hauser L, Haddad AE, Harzheim E. Impact of teleconsultations on the conduct of oral health teams in the Telehealth Brazil Networks Programme. *Braz Oral Res*. 2020;34:e011. doi:10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0011.
- Roxo-Gonçalves M, Strey JR, Bavaresco CS, Martins MAT, Romanini J, Pilz C, et al. Teledentistry: a tool to promote continuing education actions on oral medicine for primary healthcare professionals. *Telemed J E Health*. 2017;23(4):327–333. doi:10.1089/tmj.2016.0101.
- da Rocha MB. Teleodontologia: ferramenta potencializadora do cuidado. Telessaúde Bahia [Internet]. 2023 Mar 2 [cited 2025 Aug 16]. Available from: <https://telessaude.saude.ba.gov.br/teleodontologia-ferramenta-potencializadora-do-cuidado/>
- Puddifoot K. Understanding bias through diverse lenses. *Philosophical Psychology*. 2024;37(6):1287–1296. doi:10.1080/09515089.2024.2356947
- Berkhout C, Schröder-Bäck P, Sibbald B. Defining and evaluating the Hawthorne effect in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Front Med (Lausanne)*. 2022;9:1033486. doi:10.3389/fmed.2022.1033486.
- Scheerman JFM, Qari AH, Varenne B, Bijwaard H, Swinckels L, Giraudeau N, et al. A systematic umbrella review of the effects of teledentistry on costs and oral-health outcomes. *Int J Environ Res Public Health*. 2024;21(4):407. doi:10.3390/ijerph21040407.