

A MERCANTILIZAÇÃO DA ODONTOLOGIA E SEUS IMPACTOS NA EQUIDADE EM SAÚDE: DESAFIOS PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Maximiano Guilherme Tenório¹
Gilson Tenório da Silva Filho²
Marcella Adrianny Vieira Lima³
Larissa Rafaella Ferreira Laet Cavalcanti⁴
Rayane Lins de Lima Melo⁵
Mirela Kelly Severina da Silva⁶

RESUMO: A mercantilização da Odontologia constitui um fenômeno relevante para compreender as desigualdades em saúde bucal no Brasil, especialmente diante da coexistência entre o setor privado e o direito universal à saúde garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Este ensaio tem como objetivo analisar criticamente a relação entre a mercantilização da atenção odontológica, as desigualdades socioeconômicas e a equidade em saúde bucal, discutindo o papel do SUS nesse cenário. A discussão foi fundamentada na literatura científica sobre a Política Nacional de Saúde Bucal, acesso aos serviços odontológicos, gastos privados, medicalização e organização da atenção à saúde bucal. Observa-se que a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal e do Programa Brasil Sorridente contribuiu para ampliar o acesso aos serviços odontológicos e reduzir desigualdades absolutas. Entretanto, diferenças socioeconômicas permanecem relacionadas à utilização dos serviços, à capacidade de pagamento e à continuidade do cuidado. Paralelamente, a expansão de procedimentos estéticos e das redes sociais aproxima determinadas práticas odontológicas de uma lógica de consumo, levantando questionamentos sobre os limites entre cuidado, necessidade e mercado. Nesse contexto, o SUS desempenha papel fundamental na redução das desigualdades ao oferecer atenção odontológica independentemente da capacidade direta de pagamento. Conclui-se que o enfrentamento das desigualdades em saúde bucal exige o fortalecimento de uma atenção pública integral, acessível e orientada pela equidade.

Palavras-chave: Mercantilização da Saúde. Saúde Bucal. Desigualdades em Saúde. Sistema Único de Saúde.

¹ Bacharelado em Odontologia - Centro Universitário Estácio do Recife.

² Bacharelado em Odontologia - Centro Universitário Estácio do Recife.

³ Bacharelado em Odontologia - Centro Universitário Estácio do Recife.

⁴ Bacharelado em Odontologia - Centro Universitário Estácio do Recife.

⁵ Bacharelado em Odontologia - Centro Universitário Estácio do Recife.

⁶ Bacharelado em Odontologia - Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

ABSTRACT: The commodification of dentistry is a relevant phenomenon for understanding oral health inequalities in Brazil, particularly in a context where the private sector coexists with the universal right to health guaranteed by the Brazilian Unified Health System (SUS). This essay aims to critically analyze the relationship between the commodification of dental care, socioeconomic inequalities, and oral health equity, while discussing the role of SUS in this context. The discussion was based on scientific literature addressing the National Oral Health Policy, access to dental services, private expenditures, medicalization, and the organization of oral health care. The implementation of the National Oral Health Policy and the Smiling Brazil Program contributed to expanding access to dental services and reducing absolute inequalities. However, socioeconomic differences remain associated with service utilization, ability to pay, and continuity of care. At the same time, the expansion of aesthetic procedures and social media has brought some dental practices closer to a consumer-oriented logic, raising questions about the boundaries between care, health needs, and the market. In this context, SUS plays a fundamental role in reducing inequalities by providing dental care regardless of users' direct ability to pay. It is concluded that addressing oral health inequalities requires strengthening comprehensive, accessible, and equity-oriented public dental care.

Keywords: Health Commodification. Oral Health. Health Inequalities. Unified Health System.

I. INTRODUÇÃO

A saúde bucal é parte fundamental da saúde geral, do bem-estar e da qualidade de vida, sendo influenciada não apenas por fatores biológicos, mas também pelas condições sociais e econômicas e pela forma como os serviços de saúde são organizados. No Brasil, porém, o acesso à atenção odontológica foi historicamente marcado por desigualdades e por um modelo assistencial voltado principalmente para a doença, para a demanda espontânea e para procedimentos curativos e mutiladores. A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, e a criação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), em 2004, representaram uma mudança importante nesse cenário. Com o Programa Brasil Sorridente, a saúde bucal passou a ter maior espaço dentro das políticas públicas de saúde, com a ampliação das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde e a expansão da atenção especializada, incluindo a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (Pucca Jr. et al., 2009; Scherer; Scherer, 2015).

A implementação da PNSB trouxe avanços importantes para o acesso aos serviços odontológicos. Diferentes inquéritos populacionais realizados no país mostraram uma redução na proporção de pessoas que nunca haviam consultado um cirurgião-dentista, acompanhada também por uma redução das desigualdades absolutas no acesso após a implementação da política. Isso, entretanto, não significa que as desigualdades tenham deixado de existir. Ao

analisarem dados de 1998, 2003, 2008 e 2013, Galvão e Roncalli (2021) observaram que, embora as desigualdades absolutas no acesso à consulta odontológica tenham diminuído, as diferenças relativas entre os grupos socioeconômicos continuaram elevadas. A expansão do acesso promovida pela PNSB foi, portanto, significativa, mas não suficiente para eliminar as diferenças relacionadas à condição socioeconômica dos indivíduos (Galvão; Roncalli, 2021).

Ao mesmo tempo em que o SUS ampliou a oferta pública de serviços odontológicos, a Odontologia brasileira continuou inserida em um cenário no qual o cuidado em saúde também é tratado como um serviço de mercado. Essa relação entre saúde e mercado pode ser observada, entre outros aspectos, na crescente valorização da estética, na expansão de procedimentos eletivos e na associação entre o cuidado odontológico e padrões de aparência. Nesse sentido, o conceito de medicalização social ajuda a compreender como determinadas características ou situações da vida podem passar a ser vistas como problemas que precisam de intervenção profissional. Na Odontologia, esse processo pode contribuir para ampliar o número de situações apresentadas como passíveis de tratamento, aproximando cada vez mais o cuidado da lógica de consumo. Tesser, Pezzato e Silva (2015) discutem essa relação e destacam a presença da medicalização e da mercantilização tanto no mercado privado quanto nas práticas relacionadas ao SUS.

3

A mercantilização do cuidado odontológico, porém, vai além da transformação de procedimentos em serviços que podem ser comercializados. A questão também envolve a influência que a condição econômica pode exercer sobre a possibilidade de uma pessoa acessar e manter determinado tratamento. Em uma sociedade marcada por desigualdades de renda, depender de recursos próprios para obter assistência significa que indivíduos de diferentes condições econômicas não terão necessariamente as mesmas oportunidades de cuidado. No Brasil, essa diferença aparece de forma clara nos gastos privados com assistência odontológica. Ao analisarem 55.970 domicílios participantes da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2008-2009, Cascaes et al. (2018) observaram que, entre os domicílios que tiveram gastos privados com assistência odontológica, 54,14% daqueles pertencentes ao quintil mais pobre comprometiam pelo menos 20% da renda familiar per capita com essas despesas. Entre os domicílios do quintil mais rico, essa proporção era de apenas 5,98% (Cascaes et al., 2018).

Esse cenário mostra que as desigualdades econômicas também interferem na forma como as pessoas utilizam os serviços odontológicos. Estudos brasileiros apontam associações entre renda, escolaridade, posição socioeconômica e utilização da assistência odontológica.

Assim, embora a expansão da oferta pública tenha ampliado o acesso, as condições sociais e econômicas continuam influenciando quem consegue utilizar os serviços, com que frequência e em quais condições (Galvão; Roncalli, 2021). Essa questão se torna ainda mais importante quando se considera que o setor público e o setor privado convivem na assistência odontológica brasileira. Enquanto alguns indivíduos conseguem recorrer ao mercado para obter determinados tratamentos, outros dependem quase exclusivamente da oferta pública ou simplesmente deixam de realizar o tratamento por não conseguirem arcar com seus custos.

Nesse cenário, o SUS desempenha um papel fundamental na redução dessas diferenças. Ao oferecer serviços de saúde sem exigir pagamento direto no momento do atendimento, o sistema público cria uma possibilidade de acesso que não depende exclusivamente da capacidade financeira do usuário. A PNSB ampliou a presença da saúde bucal na rede pública e promoveu avanços na Atenção Primária, na atenção especializada e no financiamento das ações odontológicas (Pucca Jr. et al., 2009; Pucca Jr.; Lucena; Cawahisa, 2010). Apesar desses avanços, ainda existem dificuldades para garantir um cuidado realmente integral, especialmente na articulação entre os diferentes níveis de atenção. Problemas relacionados aos fluxos entre atenção primária e especializada, à organização dos serviços e à continuidade do cuidado continuam sendo apontados pela literatura (Chaves et al., 2010; Aquilante; Aciole, 2015).

4

Dessa maneira, a existência de uma política pública universal não é suficiente, por si só, para eliminar as desigualdades em saúde bucal. A experiência brasileira mostra justamente esse contraste: a PNSB contribuiu para ampliar o acesso e reduzir desigualdades absolutas, mas diferenças importantes entre os grupos socioeconômicos continuam presentes (Galvão; Roncalli, 2021). Por isso, discutir equidade não significa apenas perguntar quantas pessoas conseguem chegar ao serviço odontológico. É preciso considerar também quem consegue acessar o cuidado, quais tratamentos estão disponíveis, se o tratamento pode ser mantido e quanto as condições econômicas interferem nesse processo.

É nesse ponto que a discussão sobre a mercantilização da Odontologia ganha importância. O objetivo não é estabelecer uma oposição simples entre setor público e setor privado, nem afirmar que a prestação privada de serviços odontológicos seja necessariamente negativa. A questão é compreender as tensões existentes quando a Odontologia ocupa, ao mesmo tempo, três lugares: uma área de cuidado em saúde, um direito social e um mercado de bens e serviços. A partir dessa perspectiva, torna-se necessário discutir até que ponto a lógica

de mercado pode reforçar desigualdades relacionadas à renda e à capacidade de consumo e, ao mesmo tempo, qual é o papel das políticas públicas na redução dessas diferenças.

Diante desse cenário, este ensaio tem como objetivo analisar criticamente a relação entre a mercantilização da Odontologia e a produção ou manutenção de desigualdades em saúde bucal, discutindo suas implicações para a equidade e o papel do Sistema Único de Saúde na garantia do acesso universal e integral à atenção odontológica no Brasil.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um ensaio teórico, de abordagem qualitativa e caráter exploratório, desenvolvido a partir de levantamento bibliográfico sobre a mercantilização da Odontologia, as desigualdades em saúde bucal, a equidade e a organização da atenção odontológica no Sistema Único de Saúde (SUS). A escolha desse delineamento justifica-se pela proposta de realizar uma análise crítica e articulada de diferentes dimensões do tema, buscando compreender as relações entre a lógica mercantil da assistência odontológica, as condições socioeconômicas da população e a atuação das políticas públicas de saúde.

O levantamento das fontes foi realizado nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), complementado pela consulta ao Google Scholar para localização de publicações pertinentes ao objeto de estudo. Foram utilizados, de forma combinada, os descritores e termos “mercantilização da saúde”, “mercantilização da Saúde”, “Saúde Bucal”, “Desigualdades em Saúde”, “Sistema Único de Saúde”, bem como seus correspondentes em inglês e espanhol.

Foram priorizados artigos científicos publicados em português, inglês ou espanhol que apresentassem relação direta com os objetivos do ensaio, especialmente estudos sobre acesso e utilização dos serviços odontológicos, desigualdades socioeconômicas, financiamento da atenção odontológica, organização da saúde bucal no SUS, Política Nacional de Saúde Bucal e processos de medicalização e mercantilização na Odontologia. Também foram considerados trabalhos de referência para a compreensão histórica e conceitual da saúde bucal no SUS, ainda que publicados em períodos anteriores.

A seleção do material ocorreu mediante leitura dos títulos, resumos e, quando pertinente, do texto completo, considerando-se como critérios de inclusão a pertinência temática, a contribuição para a compreensão do problema proposto e a consistência científica das

publicações. Foram excluídos materiais duplicados, textos sem relação direta com o objeto do estudo e publicações cujo conteúdo não contribuísse para a discussão proposta.

A análise do material selecionado foi realizada de forma interpretativa e crítica, organizando-se a discussão em quatro eixos principais: mercantilização da Odontologia; relação entre mercado e desigualdades em saúde bucal; papel do SUS diante das transformações da assistência odontológica; e desafios para a construção da equidade em saúde bucal. Diferentemente de uma revisão sistemática, o presente ensaio não pretendeu esgotar a literatura disponível ou estabelecer uma síntese quantitativa dos estudos, mas reunir e articular diferentes evidências científicas capazes de sustentar uma reflexão crítica sobre o tema.

3. A MERCANTILIZAÇÃO DA ODONTOLOGIA: ENTRE O CUIDADO E O MERCADO

A Odontologia passou por transformações que aproximaram a prática clínica de uma lógica de mercado. O avanço tecnológico e a expansão de clínicas privadas ampliaram o acesso, mas também transformaram procedimentos odontológicos em serviços de consumo. Com isso, a busca por atendimento nem sempre nasce de uma necessidade clínica, mas de desejos incentivados pela publicidade e pelas redes sociais.

6

Essa relação entre cuidado e mercado cria desafios éticos quando os interesses comerciais começam a interferir no diagnóstico e nas indicações de tratamento (Tesser; Pezzato; Silva, 2015). A valorização da aparência do sorriso reforçou a associação entre Odontologia, beleza e consumo, alterando a dinâmica tradicional da relação profissional-paciente.

A medicalização social na Odontologia ocorre quando características bucais normais passam a ser tratadas como problemas que exigem correção profissional (Tesser; Pezzato; Silva, 2015). A busca por clareamentos, facetas e alinhadores reflete a padronização estética, transformando modelos de sorriso idealizados em necessidades generalizadas de consumo.

A publicidade e a exposição de resultados em redes sociais intensificam esse cenário ao associar procedimentos a status e autoestima (Melo, 2012; Finkler, 2020). O problema ético surge quando o marketing explora inseguranças para criar demandas artificiais, inserindo a Odontologia no âmbito dos determinantes comerciais da saúde (Chilgod et al., 2026).

A assimetria de informação entre o cirurgião-dentista e o paciente exige uma relação baseada em confiança. No entanto, a pressão por rentabilidade no setor privado pode gerar

conflitos de interesse, especialmente em procedimentos estéticos e eletivos, nos quais os limites entre necessidade clínica e desejo do paciente são mais flexíveis.

A medicalização amplia as oportunidades de intervenções dispensáveis, tornando fundamental a preservação do julgamento clínico e do consentimento informado (Tesser; Pezzato; Silva, 2015). O desafio ético central consiste em manter a viabilidade econômica do serviço sem subordinar a indicação profissional e a autonomia do paciente ao lucro.

A mercantilização acentua as disparidades sociais, pois a capacidade econômica passa a definir o acesso e a continuidade do tratamento odontológico. Dados da literatura mostram que indivíduos de menor renda enfrentam barreiras que afetam desde a frequência de consultas até a escolha das alternativas terapêuticas disponíveis (Bastos et al., 2019; Fagundes et al., 2021).

O impacto dos gastos privados compromete significativamente a renda das famílias mais vulneráveis (Cascaes et al., 2018). Embora políticas públicas como a PNSB tenham reduzido desigualdades absolutas (Pucca Jr. et al., 2009; Galvão; Roncalli, 2021), a renda continua sendo um determinante central na trajetória de cuidado do paciente.

4. MERCANTILIZAÇÃO E PRODUÇÃO DE DESIGUALDADES EM SAÚDE BUCAL

7

Apesar do fortalecimento da rede pública, a renda e a escolaridade continuam influenciando a utilização dos serviços de saúde bucal no Brasil. Populações de maior poder aquisitivo recorrem com frequência ao setor privado, enquanto grupos vulneráveis enfrentam limitações de oferta que levam ao adiamento ou ao abandono do tratamento (Bastos et al., 2019; Fagundes et al., 2021).

Esse atraso no atendimento agrava as condições bucais, tornando os tratamentos mais complexos e dispendiosos no futuro. Assim, a desigualdade de acesso não se restringe ao número de consultas, mas impacta diretamente a continuidade da atenção e as escolhas terapêuticas possíveis.

O desembolso direto para pagamento de serviços privados representa uma barreira relevante para grande parte da população. O comprometimento financeiro é desproporcionalmente maior entre as famílias mais pobres, tornando o custo um fator de exclusão ao acesso e às tecnologias mais avançadas (Cascaes et al., 2018).

A acessibilidade financeira, portanto, diferencia-se da mera presença física do serviço. Pacientes com menor capacidade de pagamento ficam restritos às opções de menor custo ou à capacidade de absorção da rede pública, comprometendo a equidade no cuidado.

A continuidade do tratamento odontológico é frequentemente afetada pelas condições socioeconômicas do paciente. Como o cuidado exige acompanhamento e retornos periódicos, a restrição financeira faz com que indivíduos de menor renda interrompam o acompanhamento, retornando apenas em estágios mais avançados de doença.

Além disso, o setor privado concentra maior variedade de especialidades e tecnologias. Essa distribuição desigual de recursos transforma disparidades econômicas em desigualdades diretas nas possibilidades de tratamento (Bastos et al., 2019; Fagundes et al., 2021).

A saúde bucal reflete o gradiente social, sendo diretamente impactada por habitação, escolaridade e renda. A mercantilização reforça esse cenário ao permitir que grupos de maior poder aquisitivo convertam renda em tratamentos preventivos e especializados, enquanto os mais vulneráveis dependem exclusivamente da oferta pública.

Apesar dos avanços promovidos pela PNSB na ampliação do acesso, as desigualdades relativas permanecem (Galvão; Roncalli, 2021). Garantir a equidade exige reconhecer que diferentes grupos sociais demandam níveis variados de suporte para alcançar os mesmos resultados em saúde.

8

A substituição da necessidade clínica pelo poder de compra como critério de acesso cria um cenário contraditório. Embora a Odontologia disponha de tecnologias avançadas de prevenção e reabilitação, o acesso a esses recursos permanece distribuído de forma desigual na sociedade.

A questão central reside no fato de que o acesso à saúde não deve ser determinado pela renda do indivíduo. A mercantilização exige, portanto, um sistema público robusto capaz de proteger os cidadãos e garantir o direito ao cuidado essencial.

5. O SUS DIANTE DA MERCANTILIZAÇÃO DA ATENÇÃO ODONTOLÓGICA

A criação do SUS e a instituição da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) em 2004 consolidaram a saúde bucal como direito universal no Brasil (Pucca Jr. et al., 2009; Pucca Jr.; Lucena; Cawahisa, 2010). Esse modelo contrapõe-se à lógica mercantil ao priorizar a necessidade de saúde, e não a capacidade de pagamento, como critério de acesso.

Para grande parte da população, a rede pública representa a principal via de acesso à assistência odontológica. A expansão da Atenção Primária e dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) buscou garantir a integralidade do cuidado em diferentes níveis de complexidade.

A implementação do Brasil Sorridente resultou na redução das desigualdades absolutas de acesso e na ampliação da oferta de procedimentos especializados na rede pública (Galvão; Roncalli, 2021; Pucca Jr. et al., 2009). A integração com a Estratégia Saúde da Família fortaleceu a prevenção e o acompanhamento territorial.

Essas mudanças alteraram o papel da Odontologia nas políticas públicas do país. Contudo, embora o programa tenha promovido avanços estruturais expressivos, ainda persistem desafios para a consolidação de uma rede plenamente equitativa.

Apesar dos avanços do Brasil Sorridente, o SUS enfrenta gargalos na integração entre a Atenção Primária e os serviços especializados (Chaves et al., 2010). A dificuldade de encaminhamento e de acompanhamento contínuo compromete a integralidade do cuidado prestado aos usuários (Aquilante; Aciole, 2015).

Além disso, o aumento da demanda por reabilitação e procedimentos complexos pressiona a capacidade de resposta da rede pública. O desafio reside em equilibrar recursos limitados com as crescentes e diversificadas necessidades de saúde da população.

O sistema de saúde brasileiro é marcado pela convivência entre a oferta pública e a atuação do setor privado. Essa relação torna-se problemática quando o mercado privado passa a ser a única alternativa para determinados procedimentos, penalizando quem não pode pagar.

A atuação privada pode atuar de forma complementar, mas exige regulação pública para evitar a transferência de responsabilidades do Estado para o mercado. O acesso aos cuidados essenciais de saúde não pode ser condicionado exclusivamente à renda do usuário.

A busca pela equidade no SUS exige superação de barreiras geográficas, econômicas e organizacionais que dificultam a permanência do usuário no sistema. A PNSB atua como estratégia de combate às desigualdades, embora dados confirmem a persistência de disparidades relativas (Galvão; Roncalli, 2021). O fortalecimento do sistema público não visa eliminar a atuação privada, mas assegurar que o direito à saúde bucal seja efetivado de forma universal e independente do poder de compra dos indivíduos.

Em última análise, o desafio está em fazer com que o direito à saúde bucal não dependa da posição que cada indivíduo ocupa no mercado. O SUS tem justamente essa função: oferecer

uma base universal de proteção para que a necessidade de cuidado seja reconhecida independentemente da capacidade de pagamento.

Essa perspectiva permite avançar para uma questão central: **se o SUS conseguiu ampliar o acesso, mas as desigualdades socioeconômicas continuam presentes, o que ainda precisa ser feito para que acesso e equidade caminhem de fato juntos?** É essa questão que orienta a discussão seguinte sobre os limites e as possibilidades da equidade em saúde bucal.

6. EQUIDADE EM SAÚDE BUCAL: LIMITES E POSSIBILIDADES

Ampliar o acesso aos serviços odontológicos é fundamental para reduzir desigualdades, mas não garante, por si só, a equidade. É necessário considerar se os usuários conseguem iniciar, concluir e manter o tratamento de acordo com suas necessidades.

A experiência brasileira demonstra que a expansão da oferta de serviços contribuiu para reduzir desigualdades absolutas, embora diferenças relacionadas à renda e às condições socioeconômicas permaneçam (Galvão; Roncalli, 2021). Assim, equidade significa reconhecer que grupos em situações distintas podem necessitar de diferentes níveis de suporte para alcançar resultados semelhantes em saúde.

Apesar dos avanços nas políticas públicas de saúde bucal, renda e escolaridade continuam influenciando a utilização dos serviços odontológicos e alguns indicadores de saúde bucal (Galvão et al., 2022). Essas desigualdades também se relacionam a outros fatores sociais, como território, condições de vida e raça/cor.

Uma revisão sistemática publicada em 2024 identificou associação entre desigualdades raciais e piores condições de saúde bucal, incluindo maior ocorrência de perda dentária, cárie e periodontite entre populações negras em diferentes contextos (Reis et al., 2024).

Além disso, as desigualdades podem ocorrer em diferentes etapas do cuidado. Um indivíduo pode conseguir uma consulta inicial, mas não ter acesso ao especialista ou não conseguir manter o tratamento. Dessa forma, avaliar apenas o número de atendimentos não permite compreender integralmente a equidade do cuidado.

Nesse contexto, o fortalecimento do SUS é fundamental para reduzir a influência da capacidade de pagamento sobre o acesso à saúde bucal. Isso não significa eliminar a atuação privada, mas garantir que o cuidado necessário não seja condicionado exclusivamente à possibilidade de compra do serviço.

Para isso, são necessários financiamento adequado, distribuição territorial dos serviços, profissionais suficientes e articulação entre os diferentes níveis de atenção. A incorporação da Política Nacional de Saúde Bucal ao SUS pela Lei nº 14.572, de 2023, reforçou institucionalmente esse compromisso.

Enfrentar a mercantilização, portanto, não significa acabar com o mercado odontológico, mas impedir que a capacidade de consumo seja o principal fator responsável por definir as possibilidades de cuidado.

Nesse sentido, enfrentar a mercantilização não significa acabar com o mercado odontológico. Significa **impedir que o mercado seja o principal responsável por definir quem pode ter acesso às melhores possibilidades de cuidado.**

Construir uma Odontologia mais equânime exige combinar políticas públicas, organização adequada dos serviços e atuação profissional responsável. O fortalecimento da Atenção Primária deve permanecer como prioridade, com ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce e acompanhamento.

Também é necessário ampliar a integração entre os diferentes níveis de atenção e considerar as desigualdades territoriais na distribuição dos serviços especializados. Grupos que enfrentam maiores barreiras econômicas e sociais devem ser considerados no planejamento das políticas de saúde.

11

A valorização da estética e o crescimento das redes sociais fazem parte da realidade contemporânea da Odontologia, mas não devem substituir a indicação clínica e o respeito à autonomia do paciente. Nesse cenário, cabe ao cirurgião-dentista equilibrar sustentabilidade profissional, evidências científicas, ética e necessidades reais do indivíduo.

A experiência do Brasil Sorridente demonstra que políticas públicas podem ampliar o acesso e reduzir desigualdades, mas também evidencia que esse processo precisa ser contínuo. A equidade depende não apenas da ampliação da oferta, mas da identificação das barreiras que permanecem.

Nesse sentido, o futuro da saúde bucal no Brasil passa pelo fortalecimento de um SUS capaz de oferecer cuidado integral, acessível e de qualidade, sem ignorar a existência do setor privado. A questão central não é escolher entre Odontologia pública ou privada, mas garantir que a condição econômica de uma pessoa não determine quanto ela pode cuidar da própria saúde bucal.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mercantilização da Odontologia deve ser compreendida dentro da realidade social brasileira. A expansão do setor privado, o crescimento dos procedimentos estéticos e a transformação dos tratamentos em serviços de consumo estão relacionados às desigualdades econômicas que caracterizam o país. O problema não está na existência do mercado odontológico, mas no risco de que a capacidade de pagamento determine o acesso e as possibilidades de tratamento.

A análise demonstra que o Brasil avançou na ampliação do acesso à saúde bucal. A criação da Política Nacional de Saúde Bucal e a expansão do Brasil Sorridente contribuíram para inserir a Odontologia de forma mais estruturada no SUS e reduzir desigualdades absolutas. Entretanto, diferenças relacionadas à renda e à posição socioeconômica ainda permanecem, demonstrando que ampliar a oferta não é suficiente para garantir equidade (Galvão; Roncalli, 2021).

Nesse cenário, o SUS permanece como instrumento essencial de proteção social, ao oferecer cuidado que não depende diretamente da capacidade de consumo do usuário. Para que esse papel seja efetivamente cumprido, é necessário manter investimentos na Atenção Primária, ampliar a atenção especializada, melhorar a articulação entre os serviços e enfrentar as barreiras que dificultam a continuidade do cuidado.

12

Ao mesmo tempo, a mercantilização não deve resultar em uma oposição simplista entre Odontologia pública e privada. O setor privado possui papel importante na assistência odontológica brasileira, e a atividade profissional precisa ser economicamente sustentável. O desafio consiste em estabelecer limites para que interesses comerciais não se sobreponham à necessidade clínica, à autonomia do paciente e ao direito à saúde.

Portanto, uma Odontologia mais equânime depende da capacidade de articular atuação profissional ética, políticas públicas efetivas e fortalecimento do SUS. O objetivo não é eliminar as diferenças existentes entre os setores, mas garantir que o acesso aos cuidados necessários não seja determinado exclusivamente pela renda.

REFERÊNCIAS

AQUILANTE AG, ACIOLE GG. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”: um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015; 20(1): 239-248.

BASTOS TF, MEDINA LBP, SOUSA NFS, et al. Income inequalities in oral health and access to dental services in the Brazilian population: National Health Survey, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2019; 22(Supl. 2): e190015.

CASCAES AM, MENEGAZ AM, SPOHR AR, et al. Desigualdades no comprometimento da renda domiciliar dos brasileiros com gastos privados em assistência odontológica. *Cadernos de Saúde Pública*, 2018; 34(7): e00104017.

CHAVES SCL, BARROS SG, CRUZ DN, et al. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. *Revista de Saúde Pública*, 2010; 44(6): 1005-1013.

FAGUNDES MLB, BASTOS LF, AMARAL JÚNIOR OL, et al. Socioeconomic inequalities in the use of dental services in Brazil: an analysis of the 2019 National Health Survey. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2021; 24(Supl. 2): e210004.

GALVÃO MHR, RONCALLI AG. Does the implementation of a national oral health policy reduce inequalities in oral health services utilization? The Brazilian experience. *BMC Public Health*, 2021; 21(1): 541.

GUIMARÃES MPC, MARTORELL LB, PRADO MM, et al. Imagens temporizadas em redes sociais: por uma ética do efêmero. *Revista Brasileira de Bioética*, 2020; 16: e14.

PERES KG, PERES MA, BOING AF, et al. Reduction of social inequalities in utilization of dental care in Brazil from 1998 to 2008. *Revista de Saúde Pública*, 2012; 46(2): 250-258.

PUCCA JUNIOR GA, COSTA JFR, CHAGAS LD, et al. Oral health policies in Brazil. *Brazilian Oral Research*, 2009; 23(Supl. 1): 9-16.

PUCCA JUNIOR GA, LUCENA EHG, CAWAHISA PT. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. *Brazilian Oral Research*, 2010; 24(Supl. 1): 26-32.

PUCCA JUNIOR GA, GABRIEL M, CARRER FCA, et al. Acesso e cobertura populacional à saúde bucal após a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal “Brasil Sorridente”. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, 2020; 14(1): 29-43.

SCHERER CI, SCHERER MDA. Advances and challenges in oral health after a decade of the “Smiling Brazil” Program. *Revista de Saúde Pública*, 2015; 49: 98.

TESSER CD, PEZZATO LM, SILVA EN. Medicalização social e odontologia: possíveis aproximações. *Saúde e Sociedade*, 2015; 24(4): 1349-1361.