

EDIÇÃO: Nº 04

SÉRIE CAMINHOS DA SAÚDE

SUPLEMENTAR: PERSPECTIVAS 2035

ELABORADO EM: ABRIL DE 2025

SÉRIE
CAMINHOS DA SAÚDE
SUPLEMENTAR

20
35

IESS

INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

IESS

INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

EDIÇÃO: Nº 02

SÉRIE CAMINHOS DA SAÚDE
SUPLEMENTAR: PERSPECTIVAS 2035
ELABORADO EM: ABRIL DE 2025

Estudo Especial

Saúde Bucal Suplementar no Brasil: Caminhos para um Modelo Integrado, Inovador e Sustentável até 2035

Autora: Natalia Lara

Revisão: Bruno Minami e Felipe Delpino

Superintendente Executivo: José Cechin



Prefácio

Em um mundo em constante transformação, cuidar da saúde não pode mais se limitar à ausência de doença.

Falar em saúde integral é falar de vínculos, dignidade, acesso e bem-estar. Nesse contexto, a saúde bucal, muitas vezes negligenciada nas políticas públicas e privadas, emerge como peça-chave para a promoção de uma vida mais plena e conectada.

O sorriso, além de expressão de afeto, é porta de entrada do corpo e reflexo da alma. Reconhecer sua importância é um passo necessário rumo a um sistema de saúde verdadeiramente inclusivo e sustentável.

O presente texto integra o Projeto Caminhos da Saúde Suplementar 2035, uma iniciativa do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) que visa antecipar tendências e propor soluções para os desafios emergentes do setor. Diante de mudanças demográficas, tecnológicas, epidemiológicas e ambientais, que pressionam os sistemas de saúde por mais eficiência e equidade, o projeto oferece uma visão de futuro pautada em sustentabilidade, inovação e cuidado integral, com o objetivo de fortalecer a capacidade do sistema suplementar de responder às transformações da sociedade brasileira.

Referência

Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). Caminhos da Saúde Suplementar: Perspectivas 2035 – Preâmbulo. IESS; Abril de 2025.

SUMÁRIO EXECUTIVO

O presente artigo propõe uma reflexão prospectiva sobre o futuro da odontologia na saúde suplementar brasileira até o ano de 2035, destacando a importância da saúde bucal como parte integrante do cuidado integral à saúde. O texto parte do reconhecimento do impacto sistêmico das doenças bucais e da evolução histórica dos planos odontológicos no país para apresentar uma análise crítica dos desafios estruturais, formativos e regulatórios enfrentados pelo setor.

A negligência em saúde bucal, o foco excessivo na estética e especialização, a baixa integração com a atenção primária e a distribuição desigual dos profissionais de odontologia são apontados como entraves ao acesso e à qualidade dos serviços. Além disso, o artigo apresenta evidências de que o investimento em prevenção e integração pode gerar expressiva economia ao sistema de saúde, com ganhos sociais, clínicos e econômicos.

No campo da inovação, tecnologias como impressão 3D, biossensores, inteligência artificial e telessaúde oferecem novas possibilidades para ampliar o acesso e qualificar o atendimento. No entanto, sua incorporação exige políticas públicas inclusivas, financiamento adequado e avaliação de custo-efetividade.

Por fim, o artigo propõe quatro pilares estratégicos para um novo modelo de atenção odontológica suplementar até 2035: (1) integração com a saúde geral e redes de atenção; (2) digitalização e interoperabilidade dos prontuários; (3) modelos de remuneração baseados em valor e desempenho; e (4) fortalecimento da relação entre prestadores e operadoras. A conclusão destaca a necessidade de uma regulação mais adaptativa por parte da ANS para viabilizar essas transformações, promovendo um sistema mais eficiente, equitativo e sustentável.

1. Introdução

A interação das pessoas na sociedade se dá por meio da fala e do sorriso e, por esse motivo, falar em saúde bucal também é falar de bem-estar, autoestima, integração, acolhimento e qualidade de vida. A saúde bucal é um componente fundamental da saúde integral do indivíduo, com impactos diretos no bem-estar físico e mental, na nutrição, no desempenho educacional, na produtividade profissional e nas relações sociais. A boca é a porta de entrada do organismo e, portanto, reflete e influencia a saúde do corpo como um todo.

O reconhecimento da importância da saúde bucal tem crescido nas últimas décadas, especialmente diante das evidências científicas que demonstram sua conexão com diversas condições sistêmicas. A literatura aponta, por exemplo, que a periodontite está associada a doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, doenças respiratórias crônicas e complicações gestacionais. Estudos recentes demonstram, por meio de ferramentas de inteligência artificial, que características orais podem indicar riscos aumentados para várias doenças crônicas, sendo úteis para triagem e diagnóstico precoce [1].

As consequências da má saúde bucal são amplas e afetam diferentes faixas etárias. Em crianças, doenças como cáries não tratadas e infecções gengivais estão associadas a aumento no número de faltas escolares, baixo rendimento acadêmico e impactos na autoestima [2]. Entre adultos, a ausência de cuidados interfere na alimentação, na comunicação e na vida profissional, enquanto em idosos, a perda dentária e as infecções bucais crônicas estão relacionadas à desnutrição, sarcopenia, comprometimento imunológico e maior risco de mortalidade por pneumonia aspirativa.[2]

Nesse contexto, promover a saúde bucal desde a infância é uma estratégia essencial para garantir qualidade de vida ao longo de todo o ciclo de vida. A integração da odontologia à atenção primária, a oferta de programas preventivos nas escolas, o acesso universal aos serviços odontológicos e a educação em saúde bucal são pilares fundamentais para reduzir desigualdades e assegurar um cuidado de saúde verdadeiramente integral.

A história dos planos odontológicos no Brasil remonta ao século XX, quando o acesso aos serviços era majoritariamente emergencial e restrito a populações urbanas e de maior poder aquisitivo. Entre as décadas de 1950 e 1960, as iniquidades no acesso aos cuidados bucais eram evidentes, com concentração dos serviços em grandes centros. No entanto, ao final do século XX, a crescente valorização da saúde bucal como parte da saúde geral impulsionou a criação dos primeiros planos odontológicos, que buscavam ampliar o acesso a cuidados preventivos e tratamentos especializados.

Nas décadas seguintes, os planos evoluíram, ampliando suas coberturas e tornando-se mais acessíveis à população. Esse movimento foi impulsionado pela percepção de que a prevenção gera redução de custos no longo prazo. A aprovação da Lei nº 9.656/98 foi um marco importante para a regulação dos planos de saúde — incluindo os odontológicos —, estabelecendo parâmetros de qualidade e transparência na prestação de serviços.

O setor odontológico brasileiro é expressivo. Segundo o Conselho Federal de Odontologia (CFO), o país contabiliza, até abril de 2025, um total de 792.686 profissionais, dos quais 437.758 são cirurgiões-dentistas, ou 20% do total global de profissionais. Os demais profissionais incluem Técnicos e Auxiliares em Saúde Bucal (TSB e ASB), Técnicos e Auxiliares em Prótese Dentária (TPD e APD), entidades prestadoras de assistência odontológica (EPAO), laboratórios de prótese dentária (LB) e empresas comerciais do setor (ECIPO) [3].

Diante desse cenário, discutir o futuro da odontologia na saúde suplementar até 2035 é fundamental. A partir do crescimento da base de beneficiários, dos avanços tecnológicos e das novas demandas assistenciais, este artigo busca prospectar caminhos possíveis para a integração da saúde bucal como eixo estruturante do cuidado integral, com foco em sustentabilidade, inovação e equidade.

2. Desafios estruturais e formativos na odontologia: formação, acesso e integração ao sistema de saúde

A negligência em saúde bucal continua sendo um dos grandes desafios para os sistemas de saúde em todo o mundo. Suas consequências extrapolam o campo odontológico, impactando diretamente a saúde física, emocional, social e econômica dos indivíduos. A ausência de cuidados adequados e contínuos em saúde bucal compromete a qualidade de vida, a inserção social e a produtividade das pessoas, ao mesmo tempo em que aumenta os custos com tratamentos curativos e hospitalares, especialmente em populações mais vulneráveis.

No cenário da formação profissional, o foco excessivo na especialização e em procedimentos estéticos pode agravar esse quadro. De acordo com Brondani et al. [4], a tendência crescente à especialização na odontologia tem colocado a prática generalista em risco, criando um desequilíbrio entre as demandas da população e a oferta de cuidados amplos e acessíveis.

Paralelamente, a estética tem ganhado protagonismo nos currículos e na prática clínica. O trabalho de Trushkowsky et al. [5] mostra que a integração entre ortodontia, periodontia e odontologia restauradora tem sido amplamente promovida com foco em resultados estéticos e funcionais. Da mesma forma, Spear e Kokich [6] destacam que a abordagem multidisciplinar na odontologia estética tem se tornado padrão de excelência clínica.

Essa valorização da estética, embora relevante, pode reforçar desigualdades de acesso, especialmente quando se torna prioridade na formação profissional. A análise de Gordan et al. [7] sobre o ensino da odontologia estética nas escolas norte-americanas revela uma grande variabilidade entre as instituições quanto ao modo de inserção desse conteúdo nos currículos. Das 64 escolas pesquisadas, apenas 48% ofereciam um curso exclusivo de odontologia estética, enquanto 52% integravam o tema em múltiplas disciplinas, sem um componente curricular específico. Além disso, apenas uma parte das escolas combinava teoria e prática nos níveis pré-clínico e clínico, o que evidencia a falta de padronização na formação. Os conteúdos abordavam desde técnicas de clareamento até substituição de restaurações metálicas por materiais estéticos, mas havia discrepância significativa quanto ao uso de tecnologias, à disponibilidade de laboratórios próprios e à profundidade dos procedimentos ensinados. Essa falta de uniformidade pode comprometer a formação ampla e equitativa dos profissionais, refletindo diretamente na qualidade e no acesso da população aos serviços odontológicos com foco estético.

No entanto, há movimentos positivos no sentido de reintegrar a prática odontológica a uma abordagem centrada no paciente. A proposta de Shabayek et al. [8] enfatiza a gestão da cárie com foco no indivíduo como um todo.

Além das implicações clínicas e sociais, os efeitos econômicos da negligência em saúde bucal são igualmente significativos. Um estudo estimou que o impacto econômico global das doenças dentárias totalizou US\$ 442 bilhões em 2010, valor composto por aproximadamente US\$ 298 bilhões em custos diretos, relacionados ao tratamento odontológico, e cerca de US\$ 144 bilhões em custos indiretos, como perda de produtividade devido ao absenteísmo e à incapacidade gerada pelas condições bucais. Essa estimativa, baseada em dados globais de 2010, reforça que as doenças dentárias estão entre as condições com maior impacto econômico mundial, apesar de frequentemente subestimadas nas políticas de saúde pública [9].

Intervenções preventivas podem gerar reduções substanciais de custos. Um estudo conduzido em seis países demonstrou que estratégias preventivas são eficazes para reduzir significativamente os custos diretos com tratamento odontológico [10].

Além da economia direta, a literatura também evidencia benefícios clínicos e sistêmicos associados ao acesso à cobertura odontológica. Por exemplo, ela está relacionada à redução da mortalidade por todas as causas entre pessoas com periodontite [28], à diminuição de custos e do tempo de tratamento em casos de câncer bucal [29], e ao aumento da utilização de serviços odontológicos em países como Austrália e Canadá [30–32].

A integração de profissionais da odontologia em funções mais amplas do sistema de saúde também tem se mostrado promissora. Triagens para doenças crônicas em consultórios odontológicos poderiam gerar economias de até US\$ 102,6 milhões por ano, valor que corresponde a US\$ 32,72 por pessoa rastreada. Essa estimativa foi apresentada por Nasseh et al. (2014) em um estudo conduzido nos Estados Unidos, com base em dados do sistema de saúde norte-americano. A economia potencial depende da taxa de conclusão da referência do consultório odontológico para o consultório médico, o que reforça a importância da articulação efetiva entre os níveis de cuidado e a integração de serviços de saúde bucal e geral no contexto da atenção primária [11].

Exemplos práticos reforçam a efetividade econômica dessas estratégias. O programa nacional de escovação dental na Escócia gerou economia mais de duas vezes e meia superior ao valor investido [12].

A crise de recrutamento e retenção de profissionais da odontologia é uma realidade em diversos países [14]. Evans et al. [13] apontam que, no Reino Unido, a crescente insatisfação entre dentistas do NHS (National Health Service) levou à saída expressiva de profissionais do setor público, impactando diretamente o acesso da população aos serviços de saúde bucal. Esse fenômeno não é isolado, segundo Ram e Morse [35], países de baixa e média renda como Fiji, Filipinas, Índia e diversos da África Subsaariana enfrentam um cenário crítico de migração de profissionais de saúde bucal para nações de alta renda como Austrália, Canadá, Reino Unido e Estados Unidos. Essa migração representa um deslocamento de profissionais da atenção primária e saúde pública para áreas mais lucrativas, como odontologia estética, ortodontia e implantodontia, geralmente no setor privado. Esse movimento compromete a cobertura de serviços essenciais em suas regiões de origem, ampliando desigualdades no acesso à saúde bucal.

Esse fenômeno impacta diretamente o acesso da população aos serviços de saúde bucal. No Brasil, observam-se duas frentes críticas: de um lado, a dificuldade de atrair e fixar cirurgiões-dentistas em regiões mais afastadas do país¹; de outro, a crescente migração desses profissionais para áreas mais lucrativas, como a odontologia estética. Segundo a Sociedade Brasileira de Odontologia e Estética (SBOE), essa especialidade registrou um crescimento de 300% desde 2017, refletindo o aumento da demanda por parte dos pacientes e o interesse crescente dos profissionais². Para enfrentar esse desafio, torna-se fundamental investir em melhores condições de trabalho, remuneração adequada e políticas públicas de incentivo que favoreçam a distribuição equitativa desses profissionais.

¹ <https://website.cfo.org.br/cerca-de-55-dos-dentistas-estao-na-regiao-sudeste-diz-oms/>

² <https://pe.unit.br/blog/noticias/odontologia-estetica-cresceu-300-nos-ultimos-anos-aponta-pesquisa/>

No contexto brasileiro, houve avanços com a institucionalização das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. No entanto, segundo Amorim et al. [15], ainda persistem limitações estruturais e organizacionais que comprometem a resolubilidade dos serviços e a efetividade do cuidado prestado, sobretudo nas regiões mais vulneráveis. A concentração de profissionais nas grandes cidades aprofunda as desigualdades regionais, restringindo o acesso à saúde bucal em áreas rurais, periféricas e de difícil provimento — realidade que afeta tanto a saúde pública quanto a suplementar.

Soma-se a isso o financiamento público historicamente insuficiente destinado à atenção odontológica e a ausência de políticas regulatórias robustas no setor suplementar que contemplem, por exemplo, critérios de cobertura regional e valorização da atenção preventiva. Nesse contexto, iniciativas como a incorporação de indicadores de desempenho, o fortalecimento de práticas baseadas em evidências e a criação de políticas públicas específicas para a saúde bucal suplementar tornam-se essenciais. É preciso incentivar a atuação de profissionais nesse setor com mecanismos que valorizem a qualidade do cuidado, estimulem a fixação em regiões de maior vulnerabilidade e promovam, de fato, a equidade no acesso aos serviços odontológicos.

3. Tecnologia e Equidade na Odontologia: Inovações a Serviço da Inclusão e da Eficiência no Cuidado

Avanços em tecnologias diagnósticas e digitais têm revolucionado a prática odontológica, transformando a forma como os profissionais diagnosticam, planejam e executam os tratamentos. O uso da tomografia computadorizada de feixe cônico (CBCT) tem permitido a visualização tridimensional precisa das estruturas dentárias, ósseas e nervosas, facilitando intervenções mais seguras e personalizadas.

Além disso, a tecnologia de impressão 3D tem sido aplicada na produção de modelos anatômicos, guias cirúrgicos, próteses e dispositivos ortodônticos com alta precisão e menor tempo de fabricação, otimizando os processos clínicos.

Outra inovação significativa é a aplicação de sensores biomoleculares e biossensores na detecção precoce de doenças periodontais, cáries e até mesmo de marcadores sistêmicos por meio da saliva, tornando o diagnóstico mais rápido, menos invasivo e com maior capacidade de monitoramento contínuo.

Esses dispositivos são especialmente promissores no rastreamento de condições crônicas em populações vulneráveis, podendo ser integrados a programas de atenção primária à saúde bucal.

Os algoritmos de Inteligência Artificial (IA) têm ganhado destaque no suporte ao diagnóstico, prognóstico e tomada de decisão clínica. Estudos recentes demonstram que modelos de aprendizado de máquina podem identificar padrões em exames radiográficos, prever a evolução de doenças bucais e até estimar riscos sistêmicos com base em dados clínicos e de imagem [17]. A IA também tem potencial para apoiar a gestão dos serviços de saúde bucal, com previsão de demanda, gestão de recursos e personalização do cuidado.

Além disso, a telessaúde bucal (teledentistry) tem se mostrado uma ferramenta essencial para ampliar o acesso aos serviços, especialmente em regiões remotas ou com escassez de profissionais. Por meio da teleorientação, telemonitoramento e teleconsulta, é possível realizar triagens, acompanhar tratamentos e promover educação em saúde, contribuindo para a equidade no acesso e a continuidade do cuidado.

A adoção de inovações tecnológicas nos sistemas de saúde bucal representa uma oportunidade significativa de transformação, mas deve ser acompanhada por uma análise criteriosa sobre seus custos, sustentabilidade e impacto sobre as desigualdades sociais.

A incorporação de tecnologias não pode seguir uma lógica excludente, que beneficie apenas grupos com maior poder aquisitivo ou regiões com maior infraestrutura. Ao contrário, as políticas públicas devem garantir que a inovação tecnológica esteja a serviço da equidade e do acesso universal à saúde.

A experiência africana, conforme demonstrado por Folayan et al. [18], oferece importantes lições nesse sentido. Diante das limitações estruturais de muitos países africanos, estratégias como a produção local de materiais odontológicos, o fortalecimento da cadeia de suprimentos regionais e o investimento na formação e retenção de profissionais de saúde bucal têm se mostrado eficazes na construção de sistemas mais autônomos, sustentáveis e acessíveis.

No Brasil, o potencial das tecnologias digitais e da telessaúde bucal ainda está longe de ser plenamente explorado. Apesar de iniciativas isoladas e pilotos promissores, ainda há lacunas quanto à padronização dos serviços, capacitação profissional, infraestrutura tecnológica e financiamento.

Além da telessaúde, a aplicação de modelos baseados em risco pode contribuir para a racionalização de recursos e a priorização de grupos com maior vulnerabilidade.

Outro aspecto essencial na incorporação tecnológica é a avaliação contínua de custo-efetividade. Tecnologias como escaneamento intraoral, impressão 3D e sistemas CAD/CAM têm alto potencial de melhoria na qualidade do atendimento e na experiência do paciente.

A governança da inovação tecnológica também é um ponto central. A existência de diretrizes nacionais, protocolos clínicos e mecanismos de regulação e monitoramento é fundamental para garantir que a adoção de novas tecnologias seja feita com responsabilidade, transparência e foco no interesse coletivo.

Portanto, a incorporação dessas tecnologias representa um avanço significativo na promoção da equidade, eficiência e qualidade dos serviços odontológicos. Contudo, para que essas inovações sejam efetivas, é necessário que estejam inseridas em políticas públicas de saúde, com financiamento adequado, formação profissional contínua e infraestrutura compatível com a realidade dos serviços de saúde pública e privada.

4. Rumo a um Sistema de Saúde Bucal Suplementar Integrado, Inovador e Sustentável em 2035

A construção de um sistema de saúde bucal suplementar mais eficiente, equitativo e sustentável para os próximos dez anos exige uma transformação profunda em seus pilares de organização, financiamento e integração com a saúde geral. O modelo atual, ainda fragmentado e centrado em procedimentos, precisa evoluir para um sistema coordenado, centrado na pessoa e orientado por resultados em saúde.

4.1 Integração com a Saúde Geral e as Redes de Atenção

A integração da odontologia aos demais níveis de atenção é essencial para garantir o cuidado integral à saúde, especialmente para populações em envelhecimento acelerado e com múltiplas comorbidades, como é o caso da população brasileira. Evidências demonstram que a inclusão da saúde bucal em estratégias de cuidado contínuo pode reduzir hospitalizações, otimizar o controle de doenças crônicas e contribuir para o envelhecimento saudável [17, 18].

4.2 Digitalização e Interoperabilidade dos Dados

A transformação digital é um eixo estratégico fundamental. Embora haja avanços na adoção dos Prontuários Odontológicos Eletrônicos (POEs), conforme Abramovicz-Finkelsztain et al., a utilização de sistemas digitais ainda é incipiente no Brasil [19]. Para 2035, é importante que a digitalização ampla e a interoperabilidade dos dados odontológicos, estejam integrandos aos sistemas de saúde geral.

Estudos demonstram que sistemas de registro eficientes podem melhorar a qualidade da atenção, evitar redundâncias, fortalecer a coordenação do cuidado e reduzir custos [20–22]. A consolidação de uma base de dados robusta também permitirá gerar evidências para a tomada de decisão e o aprimoramento da gestão em saúde bucal suplementar.

4.3 Reformas nos Modelos de Pagamento

O modelo de remuneração vigente tem profundo impacto sobre o acesso, a sustentabilidade e os desfechos em saúde bucal. Atualmente, predomina o modelo de pagamento por serviço (fee-for-service – FFS), que estimula o volume de procedimentos, podendo elevar custos e favorecer práticas excessivas [23].

Modelos alternativos, como a capitação, promovem maior eficiência, mas podem gerar riscos de subtratamento e seleção adversa de pacientes [24, 25]. Os sistemas mistos, que combinam diferentes formas de remuneração, surgem como alternativas viáveis para equilibrar produtividade e qualidade [23].

Modelos baseados em desempenho (pay-for-performance – P4P) e pagamento por valor (value-based payment – VBP), embora ainda incipientes na odontologia, apresentam grande potencial para alinhar os incentivos com a prevenção e os resultados clínicos [26, 27]. Avançar rumo a esses modelos será essencial para garantir sustentabilidade com qualidade e equidade na saúde suplementar odontológica.

4.4 Fortalecimento das Relações entre Operadoras e Prestadores

Outro eixo estratégico é o fortalecimento da relação entre cirurgiões-dentistas e operadoras de planos odontológicos. Evidências internacionais demonstram que a presença da cobertura odontológica tem efeitos diretos sobre o acesso, a continuidade e a qualidade do cuidado. Estudos indicam que a cobertura odontológica está associada à redução da mortalidade por todas as causas em pessoas com periodontite [28], à diminuição de custos e tempo de tratamento em casos de câncer bucal [29], bem como ao aumento do uso de serviços odontológicos em países como Austrália e Canadá [30–32].

No contexto brasileiro, o estudo de Silveira et al. [36] revela que as relações entre operadoras e prestadores de serviços odontológicos ainda são permeadas por tensões e percepções conflitantes. De um lado, os prestadores apontam que as operadoras orientam suas decisões com foco predominante na eficiência financeira, o que se traduz em resistência à ampliação das coberturas assistenciais, baixa integração com o SUS e forte concentração de mercado. De outro, as operadoras percebem que parte dos prestadores atua buscando maximizar ganhos individuais, muitas vezes por meio de condutas com baixo custo-benefício ou, em casos extremos, por práticas fraudulentas. Essa falta de alinhamento entre os atores dificulta a construção de vínculos colaborativos e representa um entrave à consolidação de modelos de atenção mais resolutivos, sustentáveis e orientados pela qualidade do cuidado.

Esses achados reforçam a importância de se criar um ambiente regulatório que estimule a colaboração entre operadoras e prestadores, com contratos baseados em metas de saúde, suporte à inovação clínica e uso de ferramentas tecnológicas. Além disso, é necessário discutir o papel do estado como indutor de um modelo de atenção à saúde bucal suplementar mais qualificado, equitativo e integrado às políticas públicas de saúde.

4.5 Formação e Valorização Profissional

O sucesso dessa transformação dependerá também da formação e valorização dos profissionais da odontologia. Será necessário investir na capacitação de cirurgiões-dentistas para atuarem em equipes interdisciplinares, com foco em prevenção, comunicação e resolutividade clínica. A odontologia do futuro exige profissionais preparados para integrar-se plenamente aos sistemas de saúde e oferecer um cuidado humanizado e baseado em evidências.

Em resumo, o sistema de saúde bucal suplementar brasileiro de 2035 deve se apoiar nos seguintes pilares estratégicos:

- Integração com a saúde geral e redes de atenção à saúde;
- Digitalização ampla e interoperabilidade de POEs;
- Reformas nos modelos de pagamento com foco em valor e desempenho;
- Fortalecimento das relações entre operadoras e prestadores.

Conclusão

Diante de todos os pontos apresentados, fica evidente que a construção de um sistema de saúde bucal suplementar mais eficiente, equitativo e sustentável até 2035 exige, além de integração, inovação e novos modelos de financiamento, uma regulação adaptativa por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Para que as operadoras tenham flexibilidade para incorporar práticas inovadoras, modelos de pagamento baseados em valor e tecnologias digitais, é necessário que a ANS tenha capacidade regulatória ampliada, com mecanismos que favoreçam a experimentação controlada, o monitoramento de resultados e a indução de boas práticas. A flexibilização responsável da regulação é condição indispensável para que a saúde suplementar odontológica evolua, com foco em qualidade, equidade e sustentabilidade no cuidado prestado à população brasileira.

Referências

1. Zhao, D., et al. (2022). A Multimodal Deep Learning Approach to Predicting Systemic Diseases from Oral Conditions. *Diagnostics*, 12(3192). <https://doi.org/10.3390/diagnostics12123192>
2. Wehby, G. L. (2022). Oral Health and Academic Achievement of Children in Low-Income Families. *Journal of Dental Research*, 101(11), 1314-1320. <https://doi.org/10.1177/00220345221089602>
3. Conselho Federal de Odontologia. Quantidade geral de entidades e profissionais ativos. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/estatisticas/quantidade-geral-de-entidades-e-profissionais-ativos/>
4. Brondani M, Braga M, Broadbent J, Slack-Smith L, Ardenghi D. General Dentistry on Life Support: The Overspecialization of the Profession. *Journal of Dental Education*. 2025; e13878. doi:10.1002/jdd.13878.
5. Trushkowsky RD, Alsadah Z, Brea LM, Oquendo A. The Interplay of Orthodontics, Periodontics, and Restorative Dentistry to Achieve Aesthetic and Functional Success. *Dental Clinics of North America*. 2015;59(3):689–702. doi:10.1016/j.cden.2015.03.008.
6. Spear FM, Kokich VG. A Multidisciplinary Approach to Esthetic Dentistry. *Dental Clinics of North America*. 2007;51(2):487–505. doi:10.1016/j.cden.2006.12.007.
7. Gordan VV, Abu-Hanna A, Mjör IA. Esthetic Dentistry in North American Dental Schools. *Journal (Canadian Dental Association)*. 2004;70(4):230.
8. Shabayek M, Warren J, Tinanoff N, Kolker J, Johnsen D. Integrating Patient-Centered Caries Management in Dental Education—a Practical Approach. *Journal of Dental Education*. 2023;87(10):1397–1400. doi:10.1002/jdd.13301.
9. Listl S, Galloway J, Mossey PA, Marcenes W. Global Economic Impact of Dental Diseases. *Journal of Dental Research*. 2015;94(10):1355–61. doi:10.1177/0022034515602879.
10. Dunleavy G, Verma N, Raghupathy R, et al. Inequalities in Oral Health: Estimating the Longitudinal Economic Burden of Dental Caries by Deprivation Status in Six Countries. *BMC Public Health*. 2024;24(1):3239. doi:10.1186/s12889-024-20652-0.
11. Nasseh K, Greenberg B, Vujicic M, Glick M. The Effect of Chairside Chronic Disease Screenings by Oral Health Professionals on Health Care Costs. *American Journal of Public Health*. 2014;104(4):744–50. doi:10.2105/AJPH.2013.301644.

12. Anopa Y, McMahon AD, Conway DI, et al. Improving Child Oral Health: Cost Analysis of a National Nursery Toothbrushing Programme. PLoS One. 2015;10(8):e0136211. doi:10.1371/journal.pone.0136211.
13. Evans D, et al. (2023). Dentists Leaving NHS Dentistry: Workforce Pressures and Satisfaction. British Dental Journal.
14. Christian B, et al. (2023). Strategies to integrate oral health into primary care: a systematic review. BMJ Open, 13:e070622. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-070622>.
15. Amorim LP, et al. (2020). Public oral health services performance in Brazil: Influence of the work process and service structure. PLOS ONE, 15(5):e0233604. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233604>.
16. de Magalhães, A. A., & Santos, A. T. (2025). Advancements in Diagnostic Methods and Imaging Technologies in Dentistry. J. Clin. Med., 14(1277). <https://doi.org/10.3390/jcm14041277>
17. Zhao, D., et al. (2022). A Multimodal Deep Learning Approach to Predicting Systemic Diseases from Oral Conditions. Diagnostics, 12(3192). <https://doi.org/10.3390/diagnostics12123192>
18. Folayan, M. O., et al. (2025). Strengthening health systems to tackle oral diseases in Africa. Frontiers in Public Health, 13:1539805. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1539805>
19. Chan, A. K. Y., et al. (2023). Integration of Oral Health into General Health Services for Older Adults. Geriatrics, 8(1):20. <https://doi.org/10.3390/geriatrics8010020>
20. Tonetti, M. S., et al. (2017). Dental caries and periodontal diseases in the ageing population: call to action. J Clin Periodontol, 44(Suppl. 18): S135–S144. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12681>
21. Abramovicz-Finkelsztain R, Barsottini CG, Marin HF. (2015). Electronic Dental Records System Adoption. Studies in Health Technology and Informatics, 216:17-20.
22. Listl S, Chalkley M. (2014). Provider Payment Bares Teeth: Dentist Reimbursement and the Use of Check-Up Examinations. Social Science & Medicine, 111:110-6. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.04.020>
23. Nasseh K, Vujicic M. (2014). Dental Care Utilization Rate Continues to Increase among Children, Holds Steady among Working-Age Adults and the Elderly. Health Policy Institute, American Dental Association.

24. Anopa Y, McMahon AD, Conway DI, Ball GE, Ternent L. (2015). Improving oral health: cost-effectiveness of a dental nurse-led practice-based preventive intervention. *BMJ Open*.
25. Grytten J. (2017). Payment Systems and Incentives in Dentistry. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 45(1):1-11. doi:10.1111/cdoe.12267
26. Hill H, Howarth E, Walsh T, et al. (2020). The Impact of Changing Provider Remuneration on Clinical Activity and Quality of Care: Evaluation of a Pilot NHS Contract in Northern Ireland. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 48(5):395-401. doi:10.1111/cdoe.12544
27. Rubin MS, Edelstein BL. (2016). Perspectives on Evolving Dental Care Payment and Delivery Models. *JADA*. 147(1):50-6. doi:10.1016/j.adaj.2015.08.010
28. Riley W, Doherty M, Love K. (2019). A Framework for Oral Health Care Value-Based Payment Approaches. *JADA*. 150(3):178-185. doi:10.1016/j.adaj.2018.10.021
29. Vernazza CR, Birch S, Pitts NB. (2021). Reorienting Oral Health Services to Prevention: Economic Perspectives. *Journal of Dental Research*. 100(6):576-582. doi:10.1177/0022034520986794
30. Sadiq N, Probst JC, Merchant AT, et al. (2020). The Role of Dental Insurance in Mitigating Mortality Among Working-Age U.S. Adults With Periodontitis. *Journal of Clinical Periodontology*. 47(11):1294-1303. doi:10.1111/jcpe.13366
31. Choi SE, Choudhary A, Sonis S, Villa A. (2021). Benefits of the Involvement of Dentists in Managing Oral Complications Among Patients With Oral Cavity and Oropharyngeal Cancer: An Analysis of Claims Data. *JCO Oncology Practice*. 17(11):e1668-e1677. doi:10.1200/OP.20.00892
32. Gnanamanickam ES, Teusner DN, Arrow PG, Brennan DS. (2018). Dental Insurance, Service Use and Health Outcomes in Australia: A Systematic Review. *Australian Dental Journal*. 63(1):4-13. doi:10.1111/adj.12534
33. Moharrami M, Sano Y, Murphy K, et al. (2024). Assessing the Role of Dental Insurance in Oral Health Care Disparities in Canadian Adults. *Health Reports*. 35(4):3-14. doi:10.25318/82-003-x202400400001-eng
34. Srivastava P, Chen G, Harris A. (2017). Oral Health, Dental Insurance and Dental Service Use in Australia. *Health Economics*. 26(1):35-53. doi:10.1002/hec.3272
35. Ram, A., & Morse, Z. (2023). Migration of oral health professionals: a scoping review protocol. *BMJ Open*, 13(4), e069954.

36. Silveira, J., Mendes, A., & Ferreira, L. (2017). Relações e conflitos no âmbito da saúde suplementar: análise a partir das operadoras de planos odontológicos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27(3). Texto do seu parágrafo



IESS

***INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR***

(11) 3709.4980
contato@iess.org.br
www.iess.org.br