

Progresso na saúde bucal de escolares nas favelas e territórios de conflito armado do Rio de Janeiro: o programa dentescola

Progress in oral health among schoolchildren in Rio de Janeiro's favelas and armed-conflict territories: the dentescola program

Progreso en la salud bucal de escolares en las favelas y territorios de conflicto armado de Río de Janeiro: el programa dentescola

DOI: 10.54901/educa.v9-447

Paulo Vinicius de Oliveira Bastos¹
Adrielen Henrique Picoli²
Anna Gabriela da Silva Pierre³
Daiane Schimiloski Dalprá⁴
Marcos Pereira Villa-Nova⁵
Josiel Abrahão Pereira de Oliveira⁶
Danielle Santos Quindos⁷
Gissele Lima Ribeiro⁸
Kelly Barbosa Leal Castro⁹
Natália Cristina Gomes Temponi¹⁰
Caroline Weinert Marçal¹¹
Jorge André Carracena Junior¹²

RESUMO: O presente estudo examina a cárie dentária e a saúde bucal entre escolares brasileiros, com atenção especial às crianças matriculadas em escolas públicas localizadas em favelas e territórios de conflito armado do Rio de Janeiro, tomando o Programa de Saúde e Cidadania Dentescola como estudo de caso. Foram revisados os levantamentos nacionais de

¹ Especialista em Saúde da Família, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: paviolba75@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-2449-3010>

² Especialista em Gestão Sustentável e Inovação em Saúde Pública, Universidade Norte do Paraná (UNOPAR), Londrina, Paraná, Brasil. E-mail: adrielenpicoli@hotmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-5864-171X>

³ Especialista em Odontopediatria, Faculdade Sete Lagoas (FACSETE), Sete Lagoas, Minas Gerais, Brasil. E-mail: dragabiodped@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-5045-3039>

⁴ Especialista em Promoção e Prevenção em Saúde Bucal, Faculdade UniBF, Paraíso do Norte, Paraná, Brasil. E-mail: daianeschimiloski@icloud.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-0073-8205>

⁵ Bacharel em Odontologia, Universidade Estácio de Sá (UNESA), Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: drmarcosvillanova@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-6619-7285>

⁶ Doutor em Ciências Morfológicas, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: josielapoliveira@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3245-7430>

⁷ Especialista em Ortodontia, Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE), Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. E-mail: danielle.quindos@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-3159-6182>

⁸ Especialista em Saúde da Família, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: gisselelima@hotmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-1763-7140>

⁹ Especialista em Periodontia, Odontoclínica Central do Exército, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: drakellycastro.odonto@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-0333-6794>

¹⁰ Bacharel em Odontologia, Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU), Cacoal, Rondônia, Brasil. E-mail: nataliatemponi13@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-4396-1831>

¹¹ Especialista em Ortodontia, São Leopoldo Mandic, Vila Velha, Espírito Santo, Brasil. E-mail: dracarolmarcal@hotmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-8786-7613>

¹² Especialista em Ortodontia, Centro Universitário Redentor (UniRedentor), Itaperuna, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: jorgecarracena@yahoo.com.br Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-5080-9470>

saúde bucal do Brasil (SB Brasil 2003, 2010 e 2023), estudos revisados por pares (2000-2025) e o relatório de avaliação do Programa Dentescola de 2004, que abrangeu 67 cirurgiões-dentistas e 109 escolas e creches no Rio de Janeiro (2001-2025), incluindo os territórios da Rocinha, do Alemão, da Maré, do Jacarezinho e da Cidade de Deus. Os índices nacionais de cárie declinaram desde 2003, mas os escolares da rede pública, majoritariamente oriundos de favelas, apresentaram desfechos de cárie, doença periodontal e má oclusão significativamente piores do que seus pares da rede privada. O Dentescola, criado em 2001, alcançou 47,1% das escolas municipais até 2004; 86,5% dos dentistas e 73,5% das escolas avaliaram o programa como excelente ou bom, embora a continuidade das ações e o acompanhamento dos encaminhamentos permanecessem frágeis. Conclui-se que as escolas de favelas concentram a maior carga de doença bucal e o menor acesso ao cuidado, mas que programas intersetoriais ancorados na escola podem alcançá-las de forma eficaz quando sustentados ao longo do tempo. Reduzir a iniquidade em saúde bucal exige programas odontológicos escolares duradouros, voltados a favelas e comunidades afetadas por conflito armado, sustentados por financiamento municipal estável e por modelos de equipe resilientes a interrupções.

Palavras-chave: saúde bucal; cárie dentária; saúde escolar; favela; conflito armado; equidade em saúde.

1 INTRODUÇÃO

A saúde bucal molda a capacidade da criança de se alimentar, falar, dormir, concentrar-se em sala de aula e sorrir sem constrangimento. A cárie dentária e a doença periodontal permanecem entre as condições crônicas mais prevalentes na infância em todo o mundo e, como sua distribuição acompanha os contornos da pobreza, constituem também marcadores sensíveis de iniquidades em saúde mais amplas (Bramantoro *et al.*, 2021; Hobdell *et al.*, 2003).

Esse padrão é particularmente acentuado no Rio de Janeiro, cidade cuja rede pública de ensino atende, de forma desproporcional, crianças provenientes de favelas — comunidades densas e historicamente carentes que, em diversos bairros, também funcionam há décadas como territórios de conflito armado entre facções do tráfico de drogas, milícias e forças policiais (Cano; Duarte, 2012). O Complexo do Alemão e o Complexo da Maré foram ocupados pelo Exército Brasileiro entre 2010 e 2012, numa tentativa de desarticular as facções armadas ali entrincheiradas; o Jacarezinho foi palco, em 2021, da operação policial mais letal da história do Rio de Janeiro. A Rocinha, uma das maiores favelas da América Latina, e a Cidade de Deus, mundialmente conhecida por meio do filme homônimo, também vivenciaram períodos sustentados de confronto armado que paralisaram escolas, unidades de saúde e a rotina cotidiana por dias seguidos. As crianças que crescem sob essas condições não deixam de precisar de cuidado odontológico; ao contrário, o estresse crônico, a rotina interrompida e o acesso restrito aos serviços que acompanham o conflito armado agravam os determinantes já conhecidos de

má saúde bucal, como a insegurança alimentar e o acesso limitado dos pais ao emprego formal (Peres; Bastos; Latorre, 2000; Baldani; Vasconcelos; Antunes, 2004).

Foi nesse contexto que, em 2001, a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro criou, por meio do Decreto-Lei Municipal nº 20.311, o Programa de Saúde e Cidadania Dentescola (Giongo *et al.*, 2004; Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 2001). O Dentescola organizou a promoção da saúde bucal em creches municipais e escolas públicas em torno de um modelo interdisciplinar e intersetorial, formalizando uma iniciativa anterior de Escolas Promotoras de Saúde em articulação com as Secretarias Municipais de Educação e de Desenvolvimento Social (Giongo *et al.*, 2004). Em 2004, o programa já alcançava 47,1% das escolas municipais da cidade (Giongo *et al.*, 2004), anos antes da criação do próprio Programa Saúde na Escola (PSE) do governo federal, instituído somente em 2007 (Ministério da Saúde, 2021; Lopes; Nogueira; Rocha, 2018).

Os levantamentos nacionais de saúde bucal do Brasil não desagregam seus achados por residência em favela, de modo que a própria rede pública de ensino se torna a lente mais clara disponível sobre essa população: as escolas públicas matriculam, de forma desproporcional, crianças expostas à insegurança alimentar, à instabilidade habitacional e, em distritos específicos, à disrupção direta do conflito armado — todos determinantes já estabelecidos de má saúde bucal (Peres; Bastos; Latorre, 2000; Baldani; Vasconcelos; Antunes, 2004).

Este artigo examina a prevalência de cárie e o estado de saúde bucal entre escolares brasileiros, com atenção explícita às crianças matriculadas em escolas públicas de favelas e territórios de conflito armado, e apresenta o Programa Dentescola como estudo de caso aprofundado de promoção de saúde bucal intersetorial ancorada na escola.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O índice CPO-D médio aos 12 anos registrado pelo levantamento SB Brasil 2003 foi de 2,78 no plano nacional, atingindo a meta da Organização Mundial da Saúde de CPO-D ≤ 3 , ainda que com ampla variação regional (Ministério da Saúde, 2004). O SB Brasil 2010 documentou declínio adicional, para 2,07, atribuído sobretudo à fluoretação da água e ao uso de dentifrícios fluoretados (Ministério da Saúde, 2012). Contudo, o SB Brasil 2023 mostra que a cárie não tratada permanece comum: 41,2% das crianças de 5 anos e 36,9% das crianças de 12 anos apresentam, no plano nacional, ao menos um dente com cárie não tratada (Ministério da Saúde, 2025). Narvai *et al.* (2006) descrevem um padrão de polarização em que cerca de

20% dos escolares brasileiros concentram 60% da carga total de cárie do país, concentração que acompanha de perto a residência em favelas e comunidades periféricas.

Um estudo com 1.947 crianças de doze anos em Goiânia ilustra o gradiente público-privado que, nas cidades brasileiras, funciona como proxy para a divisão entre favelas ou comunidades periféricas de baixa renda e bairros mais ricos e formalmente planejados. As crianças da rede pública apresentaram, em média, 1,21 dentes cariados, mais de cinco vezes os 0,22 encontrados entre as crianças da rede privada ($p < 0,001$), com disparidades semelhantes em doença periodontal e má oclusão; a fluorose, por sua vez, foi mais comum entre as crianças da rede privada, com maior acesso a produtos fluoretados (Freire *et al.*, 2010). Uma análise multinível dos dados do SB Brasil 2003 constatou que a desigualdade de renda no plano municipal predizia, de forma independente, escores mais elevados de CPO-D mesmo após ajuste para fatores individuais, evidenciando que a desigualdade estrutural — e não apenas as circunstâncias domiciliares — molda a carga de doença bucal das crianças (Antunes *et al.*, 2006). Uma análise mais recente de crianças de 5 anos, com dados do SB Brasil 2023, encontrou igualmente iniquidades sociais na cárie da primeira infância, associando a gravidade da cárie a indicadores socioeconômicos familiares (Moura *et al.*, 2025). Em revisão narrativa mais abrangente sobre a saúde bucal de escolares brasileiros, Bastos *et al.* (2026) sintetizam os três levantamentos SB Brasil, o gradiente entre escolas públicas e privadas e as estratégias de intervenção no ambiente escolar, reforçando que as desigualdades socioeconômicas em saúde bucal permanecem persistentes e socialmente determinadas apesar do declínio histórico da cárie no país, e destacando o potencial de programas escolares intersetoriais e sustentados como via para reduzir essas disparidades.

A geografia social própria do Rio de Janeiro agrava esses padrões. Diversas das dez Áreas Programáticas da cidade — unidades administrativas usadas para o planejamento de saúde e educação — contêm alguns de seus maiores e mais conflagrados complexos de favelas: a Área 2.1 inclui a Rocinha; a Área 3.1 inclui os complexos do Alemão e da Maré; a Área 3.2 inclui o Jacarezinho; e a Área 4.0 inclui a Cidade de Deus (Cano; Duarte, 2012). Pesquisas epidemiológicas independentes indicam que cerca de metade da população residente na Área 3.3 vive em assentamentos do tipo favela (Cangussu; Passos-Soares; Cabral, 2016).

A própria documentação do Programa Dentescola situa seu trabalho cotidiano explicitamente nessa paisagem, descrevendo sua missão em termos da "exclusão social" enfrentada pelas crianças nas escolas públicas do Rio de Janeiro e enquadrando seu objetivo como a construção de uma prática compartilhada de cidadania centrada na boca, na fala e no direito de sorrir (Giongo *et al.*, 2004).

3 METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão narrativa dos levantamentos nacionais de saúde bucal do Brasil (SB Brasil 2003, 2010 e 2023), de estudos revisados por pares indexados no PubMed/MEDLINE, LILACS e SciELO (2000-2025), e do relatório de avaliação interna do Programa Dentescola de 2004, elaborado pela Coordenação de Programas de Saúde Bucal da Superintendência de Saúde Coletiva do Rio de Janeiro (Giongo *et al.*, 2004). Por se tratar de registro institucional primário que documenta um programa explicitamente direcionado a escolas em territórios de favela e de conflito armado, esse relatório foi tratado como fonte central de dados, e não como referência secundária.

Os termos de busca incluíram "saúde bucal", "cárie dentária", "saúde escolar", "iniquidades em saúde", "favela", "assentamento informal" e "nível socioeconômico", combinados por meio de operadores booleanos, priorizando estudos populacionais brasileiros e avaliações de programas escolares de saúde bucal em municípios de baixa renda.

Para o estudo de caso do Dentescola, descreve-se a metodologia própria do programa: um questionário semiestruturado de 25 itens, avaliado em escala de quatro pontos (excelente, bom, regular, ruim), aplicado separadamente a 67 cirurgiões-dentistas supervisores e a 109 unidades educacionais (11 creches, 36 escolas com menos de 500 alunos e 62 escolas de maior porte) em seis Áreas Programáticas da cidade, incluindo territórios que se sobrepõem à Rocinha, ao Alemão, à Maré, ao Jacarezinho e à Cidade de Deus (Giongo *et al.*, 2004). Os respondentes no nível escolar nunca preencheram questionários referentes à própria instituição, preservando a independência das respostas (Giongo *et al.*, 2004). Nenhuma inteligência artificial generativa foi utilizada para analisar dados ou gerar as interpretações originais deste artigo; ferramentas assistidas por IA foram empregadas apenas para apoiar a revisão de tradução e a formatação final.

4 DISCUSSÃO E RESULTADOS

O Dentescola, coordenado conjuntamente pelas Secretarias Municipais de Saúde, Educação e Desenvolvimento Social, havia alcançado, até 2004, 47,1% das escolas municipais da cidade (Giongo *et al.*, 2004). Sua avaliação interna ouviu 67 cirurgiões-dentistas supervisores e 109 escolas e creches distribuídas por Áreas Programáticas que incluem a Rocinha, o Alemão, a Maré, o Jacarezinho e a Cidade de Deus (Tabela 1). No total, 86,5% dos dentistas e 73,5% das escolas avaliaram o programa como excelente ou bom; 89,5% e 85,3%,

respectivamente, avaliaram positivamente o engajamento dos supervisores; e de 64,2% a 80,0% dos respondentes atribuíram ao programa mudanças nos hábitos de higiene e alimentação (Giongo *et al.*, 2004).

As deficiências mais citadas (Tabela 2) foram o acompanhamento dos encaminhamentos, a disponibilidade de materiais pedagógicos e a continuidade das atividades — exatamente os elementos mais vulneráveis à interrupção em escolas onde o conflito armado periodicamente suspende a frequência escolar e o próprio funcionamento das equipes (Giongo *et al.*, 2004).

O modelo do Dentescola foi deliberadamente além da odontologia clínica: seus objetivos declarados incluíam formar "agentes multiplicadores" entre os alunos, desmontar a hierarquia baseada no medo que historicamente separava os profissionais de saúde bucal das comunidades atendidas, e ancorar o cuidado no projeto pedagógico de cada escola (Giongo *et al.*, 2004).

Esse enquadramento dialoga com a pedagogia da autonomia de Paulo Freire e com o conceito de "escola cidadã", ambos tratando a aprendizagem em saúde como uma conquista coletiva, e não como um serviço prestado a receptores passivos (Freire, 1998; Gadotti, 2000). Essa filosofia importou justamente nas escolas em que a confiança em qualquer instituição governamental era mais tênue — escolas dentro de favelas que, em diferentes momentos, vivenciaram incursões policiais, toques de recolher e a presença temporária do Exército Brasileiro.

A comparação com o programa Odontomóvel de Camaçari, na Bahia, é instrutiva. Essa iniciativa, voltada a 12 escolas públicas selecionadas por sua cobertura odontológica limitada, alcançou 4.516 alunos, com triagem de 64,5% e atendimento clínico móvel a 75,0% deles entre 2015 e 2019 (Teles; Cangussu, 2024; Teles; Cangussu, 2025). Assim como o Dentescola, tratou a triagem epidemiológica como ponto de partida estratégico para o cuidado; diferentemente do Dentescola, dependeu de uma parceria com o setor privado que se encerrou, interrompendo o programa durante a pandemia de covid-19 e depois dela (Teles; Cangussu, 2025). Essa fragilidade não é exclusiva do Odontomóvel. A própria avaliação de 2004 do Dentescola apontou a continuidade e o acompanhamento dos encaminhamentos como seus pontos mais frágeis mesmo no auge de seu alcance institucional (Giongo *et al.*, 2004), e, nas escolas que atendidas dentro de favelas em conflito, essas mesmas fragilidades são, com frequência, agravadas por dias perdidos por causa da violência que nenhuma escala de supervisão conseguia prever.

É aqui que a experiência de campo acrescenta algo que os dados de levantamento, isoladamente, não conseguem oferecer: a diferença entre uma escola com equipe estável e uma em que o dentista pode não retornar por semanas depois que um tiroteio fechou a área não é um detalhe operacional menor — é, com frequência, a diferença entre um curso de cuidado preventivo concluído e uma criança que passa despercebida pelo sistema. Programas que atendem territórios de favela e conflito armado precisam não apenas de financiamento, mas de modelos de financiamento e de equipe construídos para resistir a interrupções, em vez de presumir os padrões de frequência estável de bairros formalmente planejados.

A experiência do Rio de Janeiro também dialoga com uma questão de política pública que hoje se coloca para o PSE federal: se um programa desenhado a partir dos pressupostos de um bairro estável e formalmente planejado pode simplesmente ser estendido, sem modificações, a territórios de favela e conflito armado. A experiência sugere que não. Visitas de supervisão programadas em calendários mensais fixos, fluxos de encaminhamento que presumem que uma família pode se deslocar com segurança até uma unidade distante, e materiais pedagógicos enviados uma vez por ano pressupõem um nível de previsibilidade que a vida cotidiana dentro de uma favela em conflito raramente oferece. Quando um tiroteio fecha uma escola por uma semana, ou uma família evita um encaminhamento porque chegar à unidade de saúde significa atravessar a fronteira entre territórios de facções rivais, a lacuna não é de descumprimento individual, mas de um desenho de programa que falha em antecipar o ambiente em que opera.

As limitações desta revisão incluem seu desenho narrativo, e não sistemático, e sua dependência de uma avaliação de 2004 que mediu a percepção dos participantes, não desfechos clínicos. Pesquisas futuras deveriam acompanhar as trajetórias longitudinais de saúde bucal de crianças em escolas de favelas e territórios de conflito especificamente, e avaliar se modelos de programa construídos explicitamente em torno da resiliência à disrupção — horários flexíveis, envolvimento de agentes comunitários de saúde, unidades móveis — superam o cuidado escolar convencional nesses contextos.

4.1 Tabelas

Tabela 1 – Resultados da avaliação interna do Programa Dentescola: Rio de Janeiro, Brasil, 2004

Dimensão avaliada	Grupo de respondentes	Excelente + Bom, %	Regular + Ruim, %	Sem resposta, %
Avaliação geral do programa	Dentistas supervisores	86,5	6,0	7,5
Avaliação geral do programa	Escolas	73,5	26,5	0,0
Comprometimento e engajamento do supervisor	Dentistas supervisores	89,5	1,5	8,9
Comprometimento e engajamento do supervisor	Escolas	85,3	14,7	0,0
Estímulo à mudança de hábitos de higiene/alimentação	Dentistas supervisores	64,2	34,3	0,0
Estímulo à mudança de hábitos de higiene/alimentação	Escolas	80,0	19,6	0,0
Mobilização da escola em torno de temas de saúde	Dentistas supervisores	74,6	25,4	0,0
Mobilização da escola em torno de temas de saúde	Escolas	77,1	22,8	0,0

Fonte: Dados extraídos do relatório de avaliação do Programa Dentescola, 2004 (Giongo *et al.*, 2004).

Tabela 2 – Pontos fortes e aspectos a melhorar, avaliação do Programa Dentescola, 2004

Pontos fortes	Aspectos a melhorar
Abordagem inicial e desenvolvimento geral do programa	Resolução dos problemas de saúde bucal identificados e encaminhamento às unidades de saúde
Comprometimento e qualidade interativa dos dentistas supervisores com as escolas	Disponibilidade de materiais e recursos pedagógicos
Avaliação fortemente favorável do programa pelas escolas	Continuidade e frequência das atividades em cada unidade educacional
Capacidade demonstrada do programa de mobilizar as escolas em torno da saúde	Profundidade da interação da equipe com as escolas e participação escolar no desenvolvimento do programa

Fonte: Dados extraídos do relatório de avaliação do Programa Dentescola, 2004 (Giongo *et al.*, 2004).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As escolas de favelas concentram a maior carga de doença bucal e o menor acesso ao cuidado odontológico, mas programas intersetoriais ancorados na escola podem alcançá-las de forma eficaz quando sustentados ao longo do tempo. O Programa Dentescola demonstra que é possível levar cuidado odontológico contínuo a territórios marcados pela pobreza e pelo conflito armado, desde que o desenho do programa reconheça, desde o início, as condições específicas desses territórios.

Reduzir a iniquidade em saúde bucal exige programas odontológicos escolares duradouros, voltados a favelas e comunidades afetadas por conflito armado, sustentados por financiamento municipal estável e por modelos de equipe resilientes a interrupções — e não por parcerias externas vulneráveis ao rompimento. Programas escolares de saúde bucal que atendem favelas e territórios de conflito armado deveriam ser concebidos, desde o início, para a disrupção: horários flexíveis, envolvimento de agentes comunitários de saúde e redundância na equipe podem preservar a continuidade quando a violência interrompe o funcionamento normal das escolas.

Municípios brasileiros, e outros países de renda média que enfrentam informalidade urbana e conflito armado semelhantes, deveriam direcionar explicitamente serviços odontológicos escolares a distritos de favela e afetados por conflito, sustentados por financiamento estável e vinculado, e não por parcerias externas vulneráveis ao encerramento.

São necessários estudos longitudinais que acompanhem desfechos de saúde bucal especificamente entre crianças em escolas de favelas e territórios de conflito armado, e que

REFERÊNCIAS

ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A.; MELLO, T. R. C.; WALDMAN, E. A. Multilevel assessment of determinants of dental caries experience in Brazil. **Community dental and Oral Epidemiology**, v. 34, n. 2, p. 146-152, 2006.

BALDANI, M. H.; VASCONCELOS, A. G. G.; ANTUNES, J. L. F. Associação entre índice CPOD e indicadores socioeconômicos e oferta de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 143-152, 2004.

BASTOS, P. V. O.; RIBEIRO, G. L.; DALLA, E. F.; DOMINGUES S. JR., D.; LAUXEN, K. R. M.; CALAZANS, A. Saúde bucal em escolares brasileiros: prevalência de cárie, desigualdades socioeconômicas e estratégias de intervenção no ambiente escolar. **Revista DCS**, v. 23, n. 92, p. 1-18, 2026.

BRAMANTORO, T.; SANTOSO, C. M. A.; HARIYANI, N. *et al.* Effectiveness of the school-based oral health promotion programmes from preschool to high school: a systematic review. **PLoS One**, v. 16, n. 8, e0256007, 2021.

CANGUSSU, M. C. T.; PASSOS-SOARES, J.; CABRAL, M. B. Necessidades e problemas de saúde bucal no Brasil e tendências para as políticas de saúde. In: CHAVES, S. C. L. (org.). **Política de Saúde Bucal no Brasil: Teoria e Prática**. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 47-76.

CANO, I.; DUARTE, L. F. V. **No Sopé da Encosta: Territórios de Ação Militar e Convivência na Maré**. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Böll, 2012.

FREIRE, M. C. M.; REIS, S. C. G. B.; GONÇALVES, M. M.; BALBO, P. L.; LELES, C. R. Oral health status of 12-year-old schoolchildren in public and private schools in Goiânia, Brazil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 28, n. 2, p. 86-91, 2010.

FREIRE, P. **Pedagogy of Freedom: Ethics, Democracy, and Civic Courage**. Lanham: Rowman & Littlefield, 1998.

GADOTTI, M. **Escola Cidadã**. São Paulo: Cortez, 2000.

GIONGO, M.; TORRES, M.; CASOTTI, E.; AGUIAR, C.; PRADO, R.; FIGUEIREDO, G. **Impacto do Programa de Saúde e Cidadania "Dentescola" na Construção de Ações Coletivas de Promoção da Saúde**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro, 2004.

HOBDELL, M. H.; OLIVEIRA, E. R.; BAUTISTA, R. *et al.* Oral disease and socio-economic status (SES). **British Dental Journal**, v. 194, n. 2, p. 91-96, 2003.

LOPES, I. E.; NOGUEIRA, J. A. D.; ROCHA, D. G. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 118, p. 940-954, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Saúde na Escola (PSE)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pse>. Acesso em: 30 jun. 2026.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SB Brasil 2023: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.

MOURA, R. N. V.; PAIVA, S. M.; RAMOS-JORGE, J. *et al.* Social inequities and dental caries in 5-year-old children: results from SB Brazil 2023. **Brazilian Oral Research**, v. 39, supl. 1, e046, 2025.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P.; RONCALLI, A. G.; ANTUNES, J. L. F. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 19, n. 6, p. 385-393, 2006.

PERES, K. G. A.; BASTOS, J. R. M.; LATORRE, M. R. D. O. Severidade de cárie em crianças e sua relação com aspectos sociais e comportamentais. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, p. 402-408, 2000.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. **Decreto-Lei Municipal nº 20.311/2001**. Institui o Programa de Saúde e Cidadania Dentescola. Rio de Janeiro: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 2001.

TELES, M. P.; CANGUSSU, M. C. T. Prevalence of tooth decay in students from twelve municipal public schools in Camaçari, Bahia, from 2015 to 2019. **International Journal of Health Sciences**, v. 4, n. 45, p. 1-6, 2024.

TELES, M. P.; CANGUSSU, M. C. T. Avaliação de um programa de saúde bucal em doze escolas públicas municipais de Camaçari, Bahia, no período de 2015 a 2019. **Revista Caderno Pedagógico**, v. 22, n. 10, p. 1-18, 2025.