

AVALIAÇÃO DO PERFIL DE SAÚDE BUCAL DE IMIGRANTES E REFUGIADOS ASSISTIDOS POR UMA UNIVERSIDADE PRIVADA DO DISTRITO FEDERAL

EVALUATION OF THE ORAL HEALTH PROFILE OF IMMIGRANTS AND REFUGEES ASSISTED BY A PRIVATE UNIVERSITY IN THE FEDERAL DISTRICT

Thalita Leite Francelino¹

Letícia Alves Arcanjo²

Eric Jacomino Franco³

José Ivaldo Araújo de Lucena⁴

Yasmim Ferreira de Aquino⁵

Andreia de Aquino Marsiglio⁶

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar o perfil de saúde bucal de imigrantes e refugiados assistidos por uma universidade privada do Distrito Federal. Apesar de terem alguns direitos de cidadania garantidos, essa população enfrenta barreiras no acesso à saúde bucal. A análise evidenciou desigualdades nos cuidados odontológicos, refletidas em limitações de acesso, baixo uso de fio dental e variações na saúde oral. Os achados reforçam a necessidade de políticas públicas inclusivas e ações que promovem a equidade no atendimento.

PALAVRAS-CHAVE: Fator de impacto; Migrantes; Refugiados; Saúde bucal; Extensão Universitária.

¹ Discente do curso de Odontologia da Universidade Católica de Brasília. E-mail: thalita.lfr@gmail.com

² Discente do curso de Odontologia da Universidade Católica de Brasília. E-mail: leticiaa.arcanjo01@gmail.com

³ Coordenador do curso de Odontologia da Universidade Católica de Brasília (UCB). E-mail: eric@p.ucb.br

⁴ Docente da Universidade Católica de Brasília. E-mail: joseivaldoucb@gmail.com

⁵ Discente do curso de Odontologia da Universidade Católica de Brasília. E-mail: yasmimferreira2101@gmail.com

⁶ Docente do curso de Odontologia da Universidade Católica de Brasília (UCB). E-mail: andreiam@p.ucb.br

ABSTRACT

This study aimed to analyze the oral health profile of migrants and refugees assisted by a private university in the Distrito Federal, Brazil. Despite guaranteed rights, this population faces significant barriers to accessing oral health care. The analysis revealed inequalities in dental care, reflected in limited access, low use of dental floss, and variations in oral health conditions. The findings highlight the need for inclusive public policies and actions that promote equity in healthcare delivery.

KEYWORDS: Impact fator; Oral health; Refugees; Transients and migrants; University Extension.

INTRODUÇÃO

O fluxo migratório é um fenômeno intrínseco à história, proveniente da globalização, grandes transformações acarretam a intensificação desse fluxo, composto por um grupo multifacetado, que abrange uma ampla gama de pessoas pertencentes a diversas classes, etnias, culturas e religiões. No contexto latino-americano, o Brasil tem se destacado como um dos países que, apesar de enfrentar desafios socioeconômicos significativos, mantém uma relativa estabilidade política e social, consolidando-se como um destino atrativo para pessoas e famílias provenientes de nações vizinhas em busca de melhores oportunidades e de um futuro promissor (Ministério do Trabalho e Emprego, 2017; Admin, 2024). De acordo com dados divulgados na última edição do relatório Refúgio em Números (Junger da Silva et al., 2024), apenas em 2023, no Brasil, foram feitas 58.628 solicitações da condição de refugiado, provenientes de 150 países.

O Brasil demonstra aprimoração da acolhida de migrantes em seu território, promovendo políticas que garantam seus direitos e sua integração social. Desde o princípio de igualdade, consagrado no artigo 5º da Constituição de 1988 que afirma que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade” (Brasil, 1988, art. 5º). A nova Lei de Migração (Lei 13.445, de 2017), reforça “o acesso igualitário e livre do migrante a serviços, programas e benefícios sociais, bens públicos, educação, assistência jurídica integral pública, trabalho, moradia, serviço bancário e seguridade social” (Brasil, 2017, art. 4º).

Especificamente no que tange ao direito à saúde bucal pública, a Lei 8.080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, estabelece que todas as pessoas presentes em território nacional - cidadãos brasileiros ou não – tenham garantido o acesso à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como à prevenção de doenças e agravos, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Este sistema fundamenta-se em princípios norteadores fundamentais, como a universalidade, integralidade, preservação da autonomia e equidade, assegurando que nenhum tipo de atendimento possa ser negado a qualquer pessoa (Ministério da Saúde, 2017).

No entanto, apesar dos direitos garantidos pela legislação, tanto pessoas em condição de refúgio - que são forçados a abandonar seus países de origem devido a adversidades como

guerras, perseguições políticas, religiosas ou étnicas, e crises econômicas — quanto os em condição de migração — que planejam e escolhem migrarem em busca de novos projetos de vida — enfrentam diversas barreiras. Muitas dessas dificuldades advêm do desconhecimento sobre os procedimentos de acesso aos serviços de saúde. Além disso, mesmo quando devidamente informados, o receio de exposição, discriminação e violência são impactantes. Esses desafios são exacerbados pela fragilidade no domínio da língua local, o que dificulta uma comunicação eficaz e limita o entendimento das questões culturais e sociais relacionadas à saúde (Giuliano Soares; Bezerra de Souza, 2018; Murillo, 2008).

Estudos realizados por Dias et al. (2010), destacam que os obstáculos enfrentados por imigrantes e refugiados no acesso aos serviços de saúde são respaldados por evidências empíricas. Diversos participantes da pesquisa relataram episódios de recusa de atendimento a imigrantes indocumentados, mesmo que a legislação vigente assegure o direito universal de acesso aos serviços de saúde. A investigação sublinha que o conhecimento limitado tanto por parte dos imigrantes quanto dos profissionais de saúde sobre as leis em vigor foi identificado, de forma consensual, como um fator que compromete a aplicação eficaz desses direitos. Ademais, a baixa utilização dos serviços de saúde por imigrantes em situação irregular é frequentemente vinculada ao receio de serem denunciados às autoridades, perpetuando um ambiente de insegurança e exclusão social que afeta diretamente essa população.

Diante dessas dificuldades, torna-se pertinente mencionar os impactos diretos sobre a saúde bucal desse grupo, conforme demonstrado em outros estudos. Por exemplo, Jay et al. (2017) mostrou que crianças refugiadas obtiveram pontuações significativamente mais elevadas de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D), com uma pontuação média de $5,80 \pm 4,24$, em comparação às crianças imigrantes, que obtiveram uma pontuação média de $3,52 \pm 3,78$ ($p < 0,001$). Esses dados reforçam as consequências adversas de um acesso limitado e precário aos cuidados de saúde bucal, especialmente entre grupos vulneráveis, como refugiados e imigrantes (Hoover; Vatanparast; Uswak, 2016).

Diante desse contexto, a realização desta pesquisa foi pautada e mostrou-se de grande relevância do ponto de vista pessoal, acadêmico e social. Ao investigar o perfil de saúde bucal de imigrantes e refugiados, o estudo contribui para um maior entendimento sobre as dificuldades enfrentadas por essas populações no acesso a serviços de saúde bucal no Brasil, considerando o histórico de atendimento odontológico e de saúde tanto no país de origem quanto no Brasil, e analisando a disponibilidade e a qualidade dos serviços acessados. Além disso, possibilita agregar conhecimentos ao processo de formação de estudantes na área de odontologia, amplia a compreensão das questões emergentes da mobilidade humana e reforça a importância de garantir dignidade e integralidade no atendimento, conforme previsto na legislação brasileira. A pesquisa também visa analisar e comparar a avaliação clínica bucal desses indivíduos, levando em consideração o índice CPO-D, em diferentes contextos de fluxo migratório, regiões e níveis socioeconômicos. Ainda, busca investigar fatores sociais, exclusivos e culturais que influenciam a saúde bucal de imigrantes e refugiados, como o nível de renda, idioma, status migratório e tempo de residência no país, buscando compreender a interação desses elementos no perfil de saúde bucal dessa população.

REVISÃO DA LITERATURA

Para compreender o fluxo migratório, é essencial delimitar os conceitos que caracterizam essas populações, segundo o Decreto nº 9.199, de 20 de novembro de 2017. O termo migrante refere-se, de forma ampla, a qualquer indivíduo que se desloca de um local para outro, seja dentro de um mesmo país (migração interna) ou entre diferentes nações (migração internacional). Já o imigrante é a pessoa de outro país que se estabelece temporária ou permanentemente em outro país para fins de trabalho, estudo ou reagrupamento familiar. O refugiado, por sua vez, é aquele que, devido a fundados temores de perseguição por motivos de raça, religião, nacionalidade, pertencimento a determinado grupo social ou opinião política, se encontra fora de seu país de origem e não pode ou não deseja retornar, em virtude da ausência de garantias de proteção. Por fim, o apátrida é a pessoa que não possui sua nacionalidade reconhecida por nenhum país, estando, portanto, em uma condição de extrema vulnerabilidade jurídica e social.

Apesar das particularidades que os distinguem, ambos os casos envolvem o deslocamento de pessoas que deixam sua residência habitual em busca de melhores condições de vida ou proteção. Durante esse processo, muitos enfrentam situações adversas e desafios significativos ao longo do percurso, além da necessidade de adaptação a um novo território, cultura e relações sociais. Para além das definições conceituais, essas migrações são experiências diversas e complexas, marcadas por dinâmicas específicas que variam conforme os contextos individuais, familiares e coletivos.

No Brasil, do período de 2010 a agosto de 2024, dados contidos no Boletim das Migrações, divulgado pelo Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP), registrou a entrada de 1.700.686 migrantes, entre residentes permanentes, temporários e fronteiriços. Além disso, o País reconheceu 146.109 pessoas como refugiadas e recebeu 450.752 solicitações de reconhecimento da condição de refugiado. Nesse período, o maior fluxo migratório é de imigrantes vindos da Venezuela (500.636), do Haiti (183.102) e da Bolívia (110.795). Os refugiados reconhecidos são, em sua maioria, da Venezuela (134.089), da Síria (4.100) e da República Democrática do Congo (1.158). Os solicitantes de refúgio têm como principais nacionalidades venezuelana (257.186), cubana (41.800) e haitiana (40.483).

No Distrito Federal, os dados refletem um cenário semelhante ao nacional, evidenciando a relevância da região como destino para esses indivíduos em busca de novas oportunidades. O total de migrantes registrados é de 31.403, enquanto 1.576 foram oficialmente reconhecidos como refugiados e 1.960 solicitaram reconhecimento da condição de refúgio, totalizando 34.939 indivíduos que chegam ao DF em busca de melhores condições de vida. Esse fluxo migratório é impulsionado por diversos fatores, incluindo a estabilidade econômica e política da capital do país, a presença de instituições governamentais e internacionais, e da oferta de serviços essenciais, como saúde e educação.

Além disso, a presença de instituições governamentais e internacionais, como a Agência da ONU para Refugiados (ACNUR) e a Organização Internacional para as Migrações (OIM), fortalece o suporte a essa população, promovendo programas de acolhimento, regularização documental e assistência jurídica. O Distrito Federal também abriga diversas ONGs e entidades de assistência social voltadas para a proteção de migrantes, proporcionando apoio

em questões como aprendizado da língua portuguesa, inserção no mercado de trabalho e acesso a direitos básicos.

Ao ingressar no Brasil, os estrangeiros podem buscar diferentes formas de permanência, dependendo da sua situação específica. Aqueles que chegam ao país devido a crises humanitárias ou contextos de vulnerabilidade podem solicitar um visto temporário sob a modalidade de acolhida humanitária, enquanto indivíduos que enfrentam perseguições por motivos de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opiniões políticas têm a possibilidade de requerer o reconhecimento da condição de refugiado. Além disso, existe a opção do asilo político, concedido a pessoas que sofrem perseguição governamental em seus países de origem.

Os Estados que recebem refugiados têm a responsabilidade de assegurar sua inserção na sociedade em condições de igualdade, fundamentando-se em instrumentos internacionais de proteção, como o Direito dos Refugiados, o Direito Internacional dos Direitos Humanos e o Direito Internacional Humanitário. A legislação brasileira garante a esses grupos o acesso a programas sociais e ao sistema público de saúde.

O Sistema Único de Saúde, estabelecido pela Lei nº 8.080 de 1990, é definido, conforme o artigo 4º, como um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas em âmbito federal, estadual e municipal, abrangendo a administração direta, indireta e fundações mantidas pelo poder público. Seus princípios fundamentais incluem a universalidade do acesso, a integralidade da assistência e a equidade, garantindo que nenhum atendimento seja negado a qualquer pessoa, especialmente no que se refere à Atenção Básica.

Ademais, a Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017 (Lei de Migração), estabelece que os migrantes têm direito ao acesso aos serviços públicos de saúde e assistência em condições de igualdade com os nacionais, sem discriminação em razão da nacionalidade ou condição migratória, vedando a exigência de documentação impossível ou inadequada que possa dificultar ou impedir o exercício desses direitos.

As dificuldades enfrentadas por imigrantes, refugiados e apátridas no acesso aos serviços de saúde decorrem, em grande parte, da falta de informação sobre os procedimentos necessários para sua utilização. Mesmo quando esses indivíduos possuem conhecimento sobre os serviços disponíveis, o medo de exposição, discriminação e possíveis situações de violência atua como um fator inibidor na busca por atendimento. Além disso, a barreira linguística representa um obstáculo significativo, dificultando a comunicação entre pacientes e profissionais de saúde, o que compromete a compreensão adequada das queixas e das orientações médicas. A ausência de familiaridade com aspectos culturais e sociais específicos da assistência em saúde também limita a efetividade do atendimento.

Na 2ª Conferência Nacional de Migrações, Refúgio e Apátrida (COMIGRAR), promovida pelo Governo Federal, representantes de diferentes setores sociais, políticos e institucionais se reuniram para discutir e propor iniciativas voltadas à construção de políticas públicas para esse público. Durante o evento, o ministro da Justiça e Segurança Pública, Ricardo Lewandowski, reconheceu a relevância do SUS no cenário global da saúde. No entanto, pontuou que ainda há desafios a serem superados para garantir o acesso pleno aos serviços,

como a necessidade de capacitação dos profissionais para lidar com barreiras culturais e linguísticas, além da importância de uma integração mais eficaz entre médicos e usuários estrangeiros.

Cada nacionalidade possui estruturas e abordagens distintas no que tange à saúde bucal, refletindo as condições e as prioridades de seus sistemas de saúde. Nesse contexto, observam-se tanto similaridades quanto discrepâncias nas práticas de atendimento. Um exemplo claro pode ser encontrado nos países membros do Mercosul, que, embora compartilhem alguns aspectos em seus sistemas de saúde, apresentam variações significativas em suas políticas de saúde bucal. Essas diferenças podem incluir desde a oferta de programas preventivos, como a fluoretação da água e campanhas educativas, até a disponibilidade e o acesso a tratamentos restauradores e especializados.

A atuação desses países, especialmente no que se refere à promoção e prevenção da saúde oral, é moldada pelas características de seus sistemas de saúde, que podem ser mais desenvolvidos ou menos desenvolvidos, dependendo de fatores econômicos, culturais e históricos. É destacado que as políticas públicas de saúde bucal nesses países frequentemente refletem a realidade social e econômica, o que resulta em abordagens distintas para o tratamento e a prevenção de doenças bucais (Silvestre; Teixeira; Aguiar, 2022). Assim, ao considerar as necessidades de imigrantes e refugiados, é essencial compreender essas diferenças nas políticas de saúde bucal para garantir a adaptação e a efetividade das intervenções nos serviços públicos de saúde do país receptor.

A pesquisa realizada busca compreender as particularidades odontológicas e individuais dos imigrantes e refugiados considerando aspectos socioeconômicos e culturais que influenciam sua saúde bucal. Uma universidade privada do Distrito Federal, por meio de programa de apoio, utiliza o português como língua de acolhimento, o qual proporciona a melhoria das condições de vida desse grupo. Além de proporcionar o certificado de proficiência em Língua Portuguesa que é uma das exigências da Polícia Federal para que os esses indivíduos possam dar entrada em seu processo de naturalização. O domínio da língua facilita a comunicação no cotidiano, promove maior autonomia, possibilita a inserção no mercado de trabalho e amplia o acesso a serviços essenciais, incluindo assistência em saúde.

A metodologia empregada combina o Índice CPO-D, um método tradicional de avaliação de saúde bucal, com um questionário sobre dados pessoais, como características sociais e demográficas, tempo de permanência no Brasil e acesso a serviços de saúde. Essa combinação tem como objetivo entender não apenas a condição de saúde bucal, mas também fornece uma visão mais ampla de seu perfil socioeconômico e cultural. Essa abordagem integrada permite a análise do estado odontológico dos participantes e proporciona uma compreensão mais ampla de seu perfil e das barreiras enfrentadas no acesso aos cuidados de saúde. Conforme discutido na 2ª Conferência Nacional de Migrações, Refúgio e Apátridas (COMIGRAR), esses aspectos são fundamentais para desenvolver ao tratar dessa população.

Adicionalmente, a pesquisa de Farias (2022), intitulada *Frequência de cárie em crianças imigrantes no estado de Roraima*, destaca a importância dos levantamentos epidemiológicos na identificação da prevalência das doenças bucais e na estimativa das necessidades de

tratamento. Esse tipo de análise orienta estratégias de intervenção que visam à promoção da saúde bucal e à redução das desigualdades no acesso ao atendimento odontológico entre imigrantes e refugiados.

O Índice de Cárie, Perda e Obturação de Dentes (CPO-D), desenvolvido por Klein e Palmer em 1937, é um dos principais indicadores adotados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para avaliar a saúde bucal em diferentes populações. A sigla CPO refere-se aos dentes "cariados" (C), "perdidos" (P) e "obturados" (O), enquanto o "D" indica que a unidade de análise é o dente, possibilitando uma mensuração objetiva da experiência de cárie ao longo da vida do indivíduo.

O índice CPO-D desempenha um papel relevante na odontologia, pois permite identificar padrões de acometimento da cárie, avaliar a efetividade das políticas públicas de saúde bucal e orientar a formulação de estratégias preventivas e terapêuticas. O componente "cariados" corresponde aos dentes que apresentam lesões cariosas ativas, enquanto "perdidos" se refere àqueles extraídos em decorrência da cárie ou de complicações associadas. Já o elemento "obturados" indica os dentes que foram restaurados, demonstrando o acesso prévio a tratamento odontológico.

A aplicação do CPO-D no presente estudo possibilita a avaliação das condições de saúde bucal dos imigrantes e refugiados atendidos pela universidade privada do Distrito Federal, permitindo compreender a prevalência da cárie e suas implicações nesse grupo populacional. Além disso, a associação desse índice com dados socioeconômicos e de acesso aos serviços de saúde auxilia na identificação de desafios específicos enfrentados por essa população, contribuindo para um olhar mais abrangente sobre as desigualdades no cuidado odontológico.

A amostra de conveniência selecionada para essa pesquisa permite, portanto, um aprofundamento nas particularidades desse público, revelando as dificuldades que eles enfrentam no acesso aos serviços de saúde, ao mesmo tempo em que contribui para a formação dos estudantes de odontologia, que terão a oportunidade de estar imerso em um contexto mais inclusivo e multidisciplinar. Para os estudantes do curso de odontologia, a inclusão de imigrantes e refugiados em sua formação permite a ampliação de sua visão sobre as necessidades de diferentes grupos sociais, destacando a relevância de uma abordagem culturalmente sensível na prática clínica.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo transversal com dados de pacientes imigrantes e refugiados assistidos em uma Universidade Privada do Distrito Federal. O recrutamento dos participantes ocorreu durante as reuniões de direcionamento promovidas pelo centro de acolhimento de língua portuguesa para migrantes. Durante esses encontros, os pesquisadores forneceram uma breve explicação sobre o funcionamento da pesquisa, seus objetivos e implicações, garantindo que todas as perguntas iniciais fossem esclarecidas. Os indivíduos interessados foram convidados a participar de forma voluntária, sendo direcionados para uma data e local previamente agendados. A pesquisa foi conduzida em um ambiente universitário protegido, garantindo conforto e segurança a todos os participantes.

A pesquisa foi realizada no espaço da clínica-escola odontológica da universidade, com uma média de 40 minutos para cada participante durante uma primeira interação. Nesse momento, o pesquisador apresentou o estudo de forma clara e objetiva, explicando o objetivo, a importância, os procedimentos realizados, os possíveis riscos envolvidos e os benefícios da participação.

Essa explicação foi conduzida de maneira acessível, utilizando materiais previamente traduzidos para os idiomas necessários, os conhecimentos linguísticos do pesquisador e, quando necessário, plataformas de tradução confiáveis. O projeto foi submetido e aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CAAE 84165324.8.0000.0029), e todos os procedimentos clínicos e a aplicação dos questionários validados serão realizados somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O pesquisador realizou a leitura e discussão do termo com o indivíduo, garantindo que ele compreendesse completamente os aspectos do estudo e pudesse decidir livremente sobre sua participação.

As informações foram coletadas utilizando um formulário semiestruturado, contendo dados relativos à nacionalidade, sexo, idade e motivos de consulta por meio dos códigos CID (Código Internacional de Doenças). Foram incluídos todos os pacientes imigrantes e refugiados cadastrados ou vinculados ao programa de assistência linguística para migrantes oferecido pela universidade privada do Distrito Federal, que concordaram em participar voluntariamente da pesquisa após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Como critério de exclusão imigrantes e refugiados que apresentem dificuldades evidentes de compreensão que impeçam a leitura ou entendimento do TCLE, mesmo de forma traduzida, ou que comprometam sua participação plena na pesquisa. Participantes que não estejam cadastrados ou vinculados ao programa de assistência linguística para migrantes oferecido pela universidade privada do Distrito Federal, bem como menores de 18 anos.

Posteriormente, cada participante foi avaliado clinicamente para a determinação de sua condição bucal, tendo como referência os critérios do Levantamento de Saúde Bucal 2023, para avaliar a prevalência de cárie (componentes cariados, perdidos e obturados – CPOD), bem como para medir o uso e a necessidade de próteses dentárias.

Ao final da pesquisa, os participantes que apresentavam necessidade de encaminhamento para serviços de saúde odontológica, esses foram realizados com base no banco de serviços da universidade. Esse inclui clínica-escola, projetos de extensão e programas específicos voltados à assistência odontológica. Os participantes receberam direcionamento para tratamentos compatíveis com suas necessidades, abrangendo desde procedimentos preventivos, como profilaxia e orientação de higiene bucal, até intervenções de maior complexidade. Todos os encaminhamentos foram conduzidos de maneira ética, assegurando a confidencialidade das informações e respeitando a autonomia dos indivíduos na decisão sobre a continuidade do tratamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados foram coletados por meio de fichas individualizadas, as quais foram organizadas em categorias e analisadas de maneira descritiva. Para a apresentação dos resultados, utilizaram-se números absolutos e porcentagens. A amostra do estudo foi composta por 21 indivíduos, dos quais 13 pertenciam ao sexo feminino (61,9%) e 8 ao sexo masculino (38,1%), conforme ilustrado na Tabela 1.

A predominância feminina pode ser atribuída a fatores socioculturais, como uma maior preocupação com a saúde e maior adesão aos serviços assistenciais. A literatura científica aponta que, de modo geral, as mulheres tendem a buscar atendimento em saúde com maior frequência do que os homens, o que pode justificar sua maior representatividade nesta pesquisa.

De acordo com Brandão e Alzuguir (2022), esse comportamento está relacionado à maior conscientização sobre o bem-estar pessoal e à construção social que atribui às mulheres a responsabilidade primária pelos cuidados com a saúde da família. Adicionalmente, mulheres imigrantes e refugiadas frequentemente assumem o papel de cuidadoras principais, o que as leva a procurar suporte médico e odontológico não apenas para si, mas também para seus dependentes.

Tabela 1 – Números de indivíduos	
Sexo	Quantidade de indivíduos
Feminino	13
Masculino	8
Total	21

Fonte: Elaborada pela autora, 2025.

Em relação à nacionalidade dos participantes (Tabela 2), a maioria provinha da Venezuela, com 10 participantes, correspondendo a 47,6% da amostra. Em seguida, destacam-se os migrantes de Cuba, com 6 participantes (28,6%), e da Colômbia, com 3 participantes (14,3%). Além disso, houve a participação de indivíduos oriundos da Índia e do Paquistão, representando cada um 4,8% da amostra. Esse perfil de nacionalidade reflete os fluxos migratórios observados no Brasil, particularmente provenientes de países latino-americanos que enfrentam instabilidade política e econômica. A expressiva presença de venezuelanos na amostra está diretamente relacionada à crise humanitária enfrentada pelo país, que tem levado muitos cidadãos a buscarem refúgio no Brasil devido ao colapso das condições socioeconômicas e à deterioração das condições de vida. De acordo com o relatório Refúgio em Números 2024, (Junger da Silva et al., 2024), as principais nacionalidades solicitantes da condição de refugiado no Brasil em 2023 foram a venezuelana, a cubana e a angolana.

Tabela 2 – Números de indivíduos	
Nacionalidade	Quantidade de indivíduos
Venezuela	10
Cuba	6
Colômbia	3
Índia	1
Paquistão	1

Fonte: Elaborada pela autora, 2025.

No que diz respeito ao status migratório dos participantes, (Tabela 3), verificou-se que 12 indivíduos (57,1%) possuem o status de refugiado, enquanto 9 (42,9%) são migrantes. Essa distinção é de relevância considerável, uma vez que os refugiados são reconhecidos oficialmente como indivíduos que deixaram seus países de origem devido a perseguições, violação de direitos humanos ou risco iminente à vida. Em contrapartida, imigrantes podem ter se deslocado por diversas razões, como oportunidades de trabalho, estudo ou reunificação familiar. Segundo o relatório *Refúgio em Números 2024* (Junger da Silva et al., 2024), essa diferenciação jurídica é essencial para a formulação de políticas públicas, embora, na prática, ambos os grupos compartilhem desafios comuns relacionados à integração social, como barreiras linguísticas, dificuldades na regularização documental e acesso limitado aos serviços públicos.

Tabela 3 – Status migratório	
Status migratório	Quantidade de indivíduos
Imigrante	9
Refugiado	12

Fonte: Elaborada pela autora, 2025.

A análise do acesso odontológico dos participantes revela que, apesar de 19 indivíduos (90,5%) relataram acesso a serviços odontológicos em seu país de origem, a qualidade desse atendimento variou consideravelmente. De acordo com a Tabela 5, 10 participantes (47,6%) avaliaram o atendimento como “bom”, enquanto os demais classificaram como 3 (14,3%) “regular”, 5 (23,8%) como “ruim” e 3 (14,3%) como “péssimo”. Nenhum indivíduo indicou ter recebido um atendimento “excelente”. Esses dados indicam que, embora o acesso tenha sido possível para a maioria, as avaliações sobre os serviços recebidos foram diversas, sugerindo variações estruturais e assistenciais entre os contextos de origem (Silvestre; Teixeira; Aguiar, 2022). Aspectos como a organização dos sistemas de saúde e a disponibilidade de profissionais qualificados podem ter influenciado a percepção dos participantes.

Tabela 4 – Acesso odontológico no seu país de origem

Acesso	Quantidade de indivíduos
Sim	19
Não	2

Fonte: Elaborada pela autora, 2025.

Tabela 5 – Classificação do atendimento odontológico em seu país de origem

Acesso	Quantidade de indivíduos
Péssimo	3
Ruim	5
Regular	3
Bom	10
Excelente	0

Fonte: Elaborada pela autora, 2025.

A comparação do acesso odontológico antes e após a migração revela uma redução significativa na assistência recebida. Enquanto apenas 5 participantes (23,8%) iniciaram o acesso aos serviços odontológicos no Brasil, a maioria (16 participantes, 76,2%) relatou não conseguir atendimento. Esses dados sugerem que a migração impõe barreiras adicionais ao cuidado odontológico, possivelmente relacionadas a fatores como dificuldades no idioma, burocracia para regularização documental, falta de informação sobre os serviços disponíveis e desafios no acesso ao sistema público de saúde, aspectos também apontados por Borges, Unfer e Faustino-Silva (2019) como determinantes da vulnerabilidade de migrantes no campo da saúde bucal.

A perda desse acesso pode contribuir para o agravamento de problemas bucais pré-existentes e para o desenvolvimento de novas condições odontológicas não tratadas, impactando diretamente a qualidade de vida dessa população. Esse contexto evidencia a necessidade de políticas públicas voltadas para a inclusão de imigrantes e refugiados nos serviços odontológicos, com medidas que reduzem barreiras institucionais e estruturais, além de ampliar o acesso a uma assistência contínua e de qualidade.

Além disso, conforme ressaltam Borges, Unfer e Faustino-Silva (2019), o fenômeno do “imigrante saudável” demonstra que, ao chegar ao país de destino, os migrantes muitas vezes apresentam melhores condições de saúde. Contudo, com o passar do tempo, essa condição tende a se deteriorar, em um processo influenciado pela aculturação e pelas dificuldades de integração nos serviços de saúde.

Tabela 6 – Acesso odontológico no Brasil	
Acesso	Quantidade de indivíduos
Sim	5
Não	16

Fonte: Elaborada pela autora, 2025.

Ao analisar os hábitos de higiene bucal dos participantes, observou-se que o padrão de higienização bucal variou consideravelmente. Apenas 1 indivíduo (4,8%) relatou escovar os dentes uma vez ao dia, enquanto 5 (23,8%) realizaram a higienização duas vezes ao dia. A maioria dos participantes, 9 (42,9%), afirmaram escovar os dentes três vezes ao dia, e outros 6 (28,5%) afirmaram uma frequência superior a três vezes ao dia. Esses dados demonstram que, apesar dos desafios enfrentados pela população imigrante e refugiada sem acesso aos serviços odontológicos, a adesão a hábitos de higiene bucal ainda é expressiva.

No entanto, quando se trata da utilização do fio dental, os resultados indicam uma baixa adesão a essa prática. A maioria dos participantes, 15 (71,4%), declararam não utilizar fio dental, enquanto apenas 5 (23,8%) afirmaram usá-lo somente uma vez ao dia. A negligência no uso do fio dental pode estar associada a diversos fatores, como falta de informação sobre sua importância, dificuldades financeiras para adquiri-lo regularmente e até mesmo barreiras culturais que influenciam os hábitos de higiene bucal.

A ausência do uso do fio dental está diretamente relacionada ao aumento da incidência de lesões cáries interproximais e de doenças periodontais, podendo culminar na perda dentária. Esse comportamento frequentemente decorre da crença equivocada de que a escovação isolada, é suficiente para garantir uma boa higiene bucal. Tal percepção evidencia lacunas na educação em saúde bucal e reforça a necessidade de estratégias educativas que promovam o uso regular do fio dental como parte integrante da rotina de cuidados (Riggs et al., 2016). Em especial, grupos em situação de vulnerabilidade social, como imigrantes e refugiados, tendem a apresentar menor acesso a informações sobre higiene oral e menor domínio de técnicas adequadas, incluindo a escovação correta e o uso do fio dental, como demonstrado por Geltman et al. (2013).

Tabela 7 – Frequência higienização bucal	
Frequência higienização bucal	Quantidade de indivíduos
1 vez ao dia	1
2 vezes ao dia	6
3 vezes ao dia	8
Mais de 3 vezes ao dia	6

Fonte: Elaborada pela autora, 2025.

Tabela 8 – Frequência utilização fio dental	
Frequência utilização fio dental	Quantidade de indivíduos
Nenhuma	15
1 vez ao dia	5
3 vezes ao dia	1

Fonte: Elaborada pela autora, 2025.

A avaliação da condição de saúde bucal por meio do índice CPO-D revelou uma ampla variação entre os participantes, com valores que oscilaram entre 0 e 27. Esse índice é um indicador importante da experiência prévia de doença cárie e da qualidade do atendimento odontológico recebido ao longo da vida. Valores elevados podem indicar um histórico de saúde bucal precário, refletindo dificuldades no acesso a serviços odontológicos preventivos e restauradores, além de hábitos inadequados de higiene bucal.

A distribuição do índice CPO-D entre os participantes revelou que a maioria (8 indivíduos) apresentava valores entre 0 e 5, indicando uma condição bucal mais preservada. Outros 5 indivíduos tinham índices entre 6 e 10, enquanto 4 apresentavam valores entre 11 e 15. Apenas 1 participante alcançou um índice entre 16 e 20, e 3 apresentaram índices elevados, variando de 21 a 27, sugerindo comprometimento mais acentuado da saúde bucal.

Fatores socioeconômicos e culturais também desempenham um papel significativo na variação do CPO-D. Indivíduos que tiveram menos acesso ao acompanhamento odontológico regular podem apresentar maior número de dentes perdidos ou restaurados devido à progressão não tratada das cáries. Dessa forma, é relevante ressaltar que um CPO-D elevado pode impactar diretamente a qualidade de vida dos indivíduos, comprometendo a função mastigatória, a estética e a saúde geral. Estudos como o de Borges, Unfer e Faustino-Silva (2019) corroboram esses achados ao associarem diretamente altos índices de CPO-D às condições socioeconômicas desfavoráveis e às dificuldades de acesso aos serviços de saúde bucal, especialmente em populações em situação de vulnerabilidade social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa permitiram traçar um panorama, ainda que limitado, sobre o acesso e a qualidade dos serviços odontológicos destinados à população migrante e refugiada, evidenciando desafios importantes e áreas que exigem maior atenção. Tais desafios se relacionam diretamente à complexidade das dinâmicas migratórias contemporâneas na América Latina, caracterizadas por múltiplos fatores estruturais e conjunturais que impactam a trajetória dos indivíduos em deslocamento (Antonio e Ojima, 2022; Prado e Araújo, 2019). Os dados obtidos reforçam a necessidade de políticas públicas mais inclusivas, bem como estratégias de atenção odontológica que considerem as especificidades dessa população (Moreira et al., 2020).

Observa-se que a maioria dos participantes enfrentou barreiras no acesso aos serviços odontológicos no Brasil, indicando que a migração pode representar um fator limitante para a obtenção de cuidados odontológicos adequados. Questões econômicas, burocráticas e culturais podem influenciar diretamente essa realidade, destacando a necessidade de intervenções direcionadas para mitigar essas dificuldades (Palmeira; Carvalho; Baltazar, 2019).

No que tange aos hábitos de higiene bucal, constatou-se que, embora a escovação seja amplamente exigida, o uso do fio dental permanece subutilizado pela maioria dos participantes. A baixa adesão a essa prática essencial ressalta a necessidade de iniciativas educativas externas à conscientização sobre a importância da higiene interdental na prevenção de cáries e doenças periodontais.

A avaliação da condição de saúde bucal, mensurada pelo índice CPO-D, revelou uma ampla variação entre os participantes, evidenciando tanto a presença de cuidados odontológicos prévios quanto a ausência de assistência adequada. Indivíduos com pontuações elevadas no índice CPO-D demonstram um histórico de saúde bucal comprometido, possivelmente relacionado à falta de acesso contínuo a medidas preventivas e restaurativas.

Apesar da relevância dos achados, algumas limitações metodológicas devem ser consideradas. O tamanho da amostra pode não refletir integralmente a realidade da população migrante e refugiada na região científica, restringindo a generalização dos resultados. Além disso, uma coleta de dados baseada em autorrelatos pode estar sujeita a visões de memória ou subjetividade.

Dessa forma, esta pesquisa contribuiu para a compreensão das dificuldades enfrentadas por imigrantes e refugiados no acesso aos serviços odontológicos, evidenciando a importância de políticas públicas e ações de saúde que promovam a equidade no atendimento. A implementação de estratégias que reduzam as barreiras identificadas é fundamental para garantir um cuidado odontológico acessível e de qualidade, minimizando as desigualdades e promovendo melhores condições de saúde bucal para essa população. Nesse contexto, destaca-se ainda a relevância das ações extensionistas voltadas à saúde, que, além de promoverem o cuidado integral, contribuem para a formação crítica e humanizada dos futuros profissionais da área (Musselin e Olinto, 2019).

Cumprе destacar, ainda, que a saúde bucal deve ser compreendida como parte integrante da saúde geral e da qualidade de vida. Aspectos como o bem-estar físico, emocional e as relações interpessoais influenciam diretamente no processo saúde-doença, reforçando a importância de um olhar ampliado e acolhedor por parte dos serviços de saúde. Nesse contexto, é imprescindível que o cuidado oferecido às populações migrantes seja pautado na integralidade, visando não apenas o tratamento de doenças, mas também a promoção da dignidade e da inclusão social (Calvetti, Muller e Nunes, 2007).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADMIN. **O fenômeno migratório no Brasil – Instituto Migrações e Direitos Humanos.** Disponível em: <https://www.migrante.org.br/ofenomenomigratorio-no-brasil/>
Acesso em: 17 out. 2024.
- ANTONIO, M.; OJIMA, R. Crises, dinâmicas e complexidades na migração latino-americana contemporânea: uma análise de **Vidas en movimiento: migración en América Latina. Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 39, p. 1–5, 2022.
- BORGES, P. Z.; FAUSTINO-SILVA, D. D. Perfil dos imigrantes e refugiados adstritos a uma unidade de saúde de atenção primária do grupo hospitalar Conceição. **Revista Ciências e Odontologia**, v. 6, n. 1, p. 96–108, 2022.
- BORGES, P. Z.; UNFER, B.; FAUSTINO-SILVA, D. D. Saúde bucal de refugiados no século XXI: revisão integrativa. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 13, n. 3, p. 123–137, 2019.
- BRANDÃO, E. R.; ALZUGUIR, F. C. V. G. **Gênero e saúde: uma articulação necessária.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2022. DOI: 10.7476/9786557081655.
- BRASIL. **Constituição (1988).** Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
Acesso em: 10 out. 2024.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm
Acesso em: 10 out. 2024.
- BRASIL. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 maio 2017. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm.
Acesso em: 10 out. 2024.
- BRASIL. **Ministério da Saúde.** Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
Acesso em: 17 out. 2024.
- CALVETTI, P. Ü.; MULLER, M. C.; NUNES, M. L. T. Psicologia da saúde e psicologia positiva: perspectivas e desafios. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 27, n. 4, p. 706–717, dez. 2007.
- COMIGRAR. Migrantes clamam por direitos. **Radis**, Rio de Janeiro, n. 261, jul. 2024. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/reportagem/comigrar/migrantes-clamam-por-direitos/>
Acesso em: 8 fev. 2025.
- DIAS, S.; RODRIGUES, R.; SILVA, A.; HORTA, R.; CARGALEIRO, H. Procura de cuidados e acesso aos serviços de saúde em comunidades imigrantes: um estudo com imigrantes e profissionais de saúde. **Arquivos de Medicina**, v. 24, p. 253–259, 2010.
- GELTMAN, P. L. et al. The impact of functional health literacy and acculturation on the oral health status of Somali refugees living in Massachusetts. **American Journal of Public Health**, v. 103, n. 8, p. 1516–1523, 2013.

GIULIANO SOARES, K.; BEZERRA DE SOUZA, F. O refúgio e o acesso às políticas públicas de saúde no Brasil. **Trayectorias Humanas Trascontinentales**, n. 4, 2018.

HOOVER, J.; VATANPARAST, H.; USWAK, G. Risk determinants of dental caries and oral hygiene status in 3–15 year-old recent immigrant and refugee children in Saskatchewan, Canada: a pilot study. **Journal of Immigrant and Minority Health**, v. 19, n. 6, p. 1315–1321, 2016.

JUNGER DA SILVA, G. et al. **Observatório das Migrações Internacionais**. Brasília, DF: Ministério da Justiça e Segurança Pública/Departamento das Migrações, OBMigra, 2024.

KLEIN, H.; PALMER, C. E. Dental caries in American Indian children. **Public Health Bulletin**, v. 23, n. 9, p. 1–53, 1937.

KLEIN, H.; PALMER, C. E.; KNUTSON, J. W. Studies on dental caries: I. Dental status and dental needs of elementary school children. **Public Health Reports**, v. 53, n. 1, p. 751–776, 1938.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. Política de acolhimento do Brasil é referência internacional. **Jusbrasil**, 17 ago. 2017. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/noticias/politica-de-acolhimento-do-brasil-ereferenciainternacional/471222388>
Acesso em: 21 out. 2024.

MOREIRA, L. V. et al. Atenção primária em saúde bucal para refugiados. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, p. e63491110426, 2020.

MURILLO, J. C. A proteção internacional dos refugiados na América Latina e o tratamento dos fluxos migratórios mistos. In: **Cadernos de Debates Refúgio, Migrações e Cidadania**, v. 3, n. 3, p. 25–31. Brasília, DF: Instituto de Migrações e Direitos Humanos, 2008.

MUSSELIN, S. R.; OLINTO, A. C. C. Ações extensionistas em saúde: uma vivência na formação em odontologia. **Revista Diálogos**, v. 18, n. 3, p. 28–41, 2019. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rdl/article/view/12940>
Acesso em: 8 abr. 2025.

PALMEIRA, S.; CARVALHO, M. de; BALTAZAR, B. Perfil de estrangeiros e brasileiros atendidos pela odontologia na atenção básica em município de fronteira. **Ciência, Cuidado e Saúde**, p. e45946, 2019.

PRADO, M. A. M.; ARAÚJO, S. A. Políticas de atendimento a migrantes e refugiados no Brasil e aproximações da psicologia. **Revista Psicologia Política**, v. 19, n. 46, p. 570–583, 2019. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72722015000100002
Acesso em: 3 fev. 2025.

RIGGS, E. et al. Improving health literacy in refugee populations. **The Medical Journal of Australia**, v. 204, n. 1, p. 9–10, 2016.

SILVESTRE, J. A. C.; TEIXEIRA, E. H.; AGUIAR, A. S. W. de. Políticas públicas de saúde bucal no Mercosul: similaridades e discrepâncias em tempos de globalização. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 6, p. 48288–48302, 2022.