

Saúde bucal do trabalhador brasileiro no Japão

Oral health of the Brazilian worker in Japan

Urubatan Medeiros

Doutor pela USP

Professor Titular do Departamento de Odontologia Preventiva e Comunitária Uerj/UFRJ

Cristiane Maikuma

Especialista em Odontologia do Trabalho pela Faculdade São Leopoldo Mandic

RESUMO

Este estudo objetiva esclarecer o cenário das migrações laborais rumo ao Japão no qual muitos brasileiros têm se inserido nos últimos anos, e seus possíveis efeitos sobre a saúde bucal. A metodologia utilizada foi a busca não exaustiva na literatura especializada e não foram encontrados estudos específicos sobre o tema. Foram levantados estudos que contemplam o universo das migrações internacionais, sua relação com a saúde, sem menosprezar a origem brasileira desses trabalhadores, mas traçando paralelos com as pesquisas em outros países e principalmente no Japão. Concluiu-se que as condições precárias de vida e de trabalho produzem impactos sobre a saúde geral dos trabalhadores e seus dependentes, dos quais muitos fatores interferem na saúde bucal também, levantando questionamentos sobre a sua situação e seus efeitos futuros.

Palavras-chave: saúde bucal; imigração; Dekasseguis; Odontologia do Trabalho.

ABSTRACT

This study aims to clarify the scenario of labour migrations toward Japan in which many Brazilians has entered in recent years, and its possible effects on oral health. The methodology used was non-exhaustive search in specialized literature and specific studies were not found on the topic. Studies had been raised that contemplate the universe of international migration, its relation to health, without belittling the Brazilian origin of these workers, but drawing parallels with the research in other countries and especially in Japan. It was concluded that the precarious conditions of life and work produce impacts on general health of workers and their dependents, of which many factors interfere with oral health too, raising questions about their situation and their future effects.

Keywords: oral health; immigration; Dekasseguis; Dentistry at Work.

Introdução

Em sua publicação “International Migration, Health and Human Rights”, a Organização Mundial da Saúde cita a inglesa *The Economist* ao mencionar que “a crescente instabilidade política e a estagnação econômica em muitos países tem conduzido a movimentos migratórios (seja de natureza política, ambiental ou econômica) contínuos e um desafio cada vez maior em termos de Saúde Coletiva.” Ela atenta para o fato de que migrantes, sejam eles voluntários ou forçados, irregulares ou não, costumam ser ignorados e socialmente excluídos, além de não se beneficiarem dos cuidados à saúde, que é um direito básico que lhes cabe enquanto seres humanos e necessário para o equilíbrio do Sistema Público de Saúde e de coesão social em um mundo cada vez mais globalizado. Ela aponta ainda a necessidade de mais atenção e pesquisas sobre o assunto, com a elaboração de políticas de aproximação (1). Em seu Relatório Mundial de Saúde de 2008, a OMS reitera que “O envelhecimento e os efeitos de uma urbanização e globalização mal geridas, aceleram a transmissão mundial de doenças transmissíveis e aumentam o peso das doenças crônicas e não transmissíveis” (2). Em tempos de economia globalizada, em que as fronteiras entre os países se encontram cada vez mais diluídas, juntamente com os avanços tecnológicos nas áreas de comunicação e transporte (3, 4), a questão dos movimentos migratórios tem se mostrado de relevância socioeconômica e também de Saúde Pública, adquirindo caráter prioritário entre os debates da OMS. De acordo com a Organização Internacional para as Migrações (OIM), 192 milhões de pessoas vivem fora de seus países de origem, e a Organização Internacional do Trabalho estima que há de 15 a 30 milhões de imigrantes ilegais (5).

Vários pesquisadores descrevem uma maior vulnerabilidade dos imigrantes a doenças, inclusive as infecto contagiosas e as relacionadas ao tipo de atividade que eles desenvolvem nos países de destino, em que muitos se submetem a condições laborais precárias de higiene e segurança, além de menor autonomia, proteção social e de atenção à saúde. Somado a essa conjuntura temos ainda o aspecto psicológico de afastamento dos familiares e as pressões presentes no processo migratório, sobretudo problemas de adaptação cultural e de idioma, aumentando a exposição a fatores de risco e a hábitos deletérios de fumo, abuso de álcool e narcóticos (6). Esse perfil acarreta um impacto na Saúde Coletiva do país receptor, pois muitas vezes implica em tratamentos de custo elevado e de longa duração. Trabalhadores imigrantes sofrem muitas vezes com dificuldades para obter cobertura nos serviços de saúde, além de trabalhos não seguros e condições de moradia precárias. Eles também tendem a não procurar tratamento médico e odontológico por causa dos custos associados, incapacidade de faltar ao trabalho ou de encontrar alguém que cuide de seus filhos, somados a problemas de transporte, de desconhecimento do sistema de saúde local, e dificuldades linguísticas e culturais na comunicação do seu problema (1).

Há um consenso de que a falta de dados precisos, a heterogeneidade das populações migrantes e a dificuldade na obtenção destes dados (a própria situação de ilegalidade nos países de destino contribui para isso) são obstáculos para estudos mais profundos sobre os movimentos migratórios e sua relação com a saúde. O próprio Censo de 2010 do IBGE aponta cerca de 500 mil brasileiros no exterior, enquanto o Ministério das Relações Exteriores estima

em 2,5 milhões. A maioria desta população está em idade economicamente ativa e a maior motivação de emigração é a busca por trabalho, tendo os Estados Unidos como o país mais procurado e o Japão o terceiro. Segundo o Ministério da Justiça japonês, em 2011 havia cerca de 215 mil brasileiros no Japão, enquanto o IBGE aponta apenas 36 mil, indicando uma subestimação da situação real (7).

A situação de saúde e, principalmente, a situação de saúde bucal de trabalhadores brasileiros, descendentes de japoneses, que emigraram para o Japão é motivo de preocupação.

O objetivo deste estudo é chamar a atenção da comunidade científica para a necessidade de acompanhar mais de perto a realidade, as necessidades e as dificuldades deste e dos demais grupos de emigrantes brasileiros, fato este cobrado pela própria OMS e demais entidades ligadas aos Direitos Humanos, haja vista estes serem agrupamentos considerados vulneráveis em termos de susceptibilidade a doenças e frequentemente deixados de lado tanto pelos seus países de origem quanto os de trânsito e de destino.

A ausência de estudos específicos sobre a saúde bucal desta parcela da população embora torne a pesquisa difícil, é também o maior indício sobre a sua necessidade. Foram levantados aqueles que tenham ligação com o tema, cruzados com pesquisas japonesas que possam elucidar o ambiente em que esses trabalhadores estão inseridos, sem menosprezar as suas origens brasileiras, para apontar possíveis problemas enfrentados por eles no que se refere a sua saúde bucal. Ao final procura-se incorrer em soluções na promoção de saúde deste grupo populacional baseadas em suas peculiaridades.

Material e Métodos

Este estudo caracteriza-se como revisional e não exaustivo por rever apenas parte da literatura disponível nos principais periódicos nacionais e internacionais no período compreendido entre 2006 e 2015, inserindo-se três trabalhos clássicos anteriores a esse período. A busca foi realizada por profissional especializado, nas principais bases de dados nacionais e internacionais, destacando-se a Biblioteca Virtual em Saúde-BVS. Foram visualizados 58 trabalhos relativos ao tema e selecionados os 25 mais relevantes que foram submetidos a tratamento descritivo e analítico.

Referencial Teórico

A imigração de japoneses para o Brasil foi incentivada pelo governo japonês desde o período de pré até pós Segunda Guerra Mundial, tendo a grande maioria se estabelecido em São Paulo (cerca de 80% do total), seguidos pelo Paraná, Mato Grosso do Sul, Pará e Amazonas. Destacaram-se, sobretudo, nas produções agrícolas e criaram várias entidades associativas (culturais, esportivas, recreativas, agrícolas...). Em meados da década de 80, iniciou-se uma modesta emigração daqueles da primeira e segunda gerações rumo ao Japão, a maioria homens com nacionalidade japonesa ou dupla-nacionalidade, casados, fluentes no idioma japonês e

com pretensão de permanência temporária. Com o passar do tempo eles se estabelecem no Japão e há uma mudança no perfil do fluxo migratório. Começam a surgir estabelecimentos comerciais de brasileiros para brasileiros. Eles passam também a ocupar funções além da indústria manufatureira, como na prestação de serviços. De acordo com vários pesquisadores, questões como habitação, educação dos filhos desses imigrantes e saúde, tem sido alvo de atenção (8).

A forma de contratação de brasileiros no Japão – temporária – tem como consequência uma vida financeira e social instável: desigualdade de gênero no trabalho (as mulheres ganham menos que os homens mesmo executando as mesmas tarefas); constante troca de turno de trabalho (diurno e noturno); falta de acesso às folgas e férias remuneradas; mudanças repentinas do local de trabalho devido a fechamentos de linhas inteiras de montagem; falta de acesso ao sistema de seguridade social japonês, falta de assistência à saúde geral e bucal. Toda essa situação, por sua vez, repercute na esfera doméstica e familiar causando a ausência dos pais na participação na vida cotidiana, principalmente na idade escolar dos filhos, muitas vezes provocando desmembramento familiar, com pais e filhos vivendo em locais distantes (8).

Segundo a Agência Europeia de Saúde e Segurança no Trabalho em uma revisão da literatura sobre a saúde dos imigrantes, estudos apontam várias causas para a situação precária de trabalhadores migrantes no mercado laboral: queda nas vagas locais/nacionais de emprego em certas áreas; migrantes não ocidentais e em situação irregular ocupam mais empregos de baixa qualificação; baixa competência linguística; baixos níveis educacionais; baixo conhecimento sobre o mercado de trabalho; estratégias menos eficientes que as dos trabalhadores nativos em encontrar emprego e dificuldades para validar suas qualificações originais (diplomas universitários, por exemplo) (9).

Não é raro que os processos migratórios se confundam com a questão do tráfico de pessoas, que não apenas faz parte da Política Nacional de Saúde brasileira, como também está inserida nas demais políticas setoriais (incluída a da Saúde do Trabalhador) em que se instituiu a Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas (2008), em resposta ao Protocolo de Palermo elaborado pela Organização das Nações Unidas. O tema tem tamanha relevância que foi abordado pelo Ministério da Saúde em uma publicação que trata particularmente deste tema em conjunto com a saúde, a migração e a violência contra a mulher nesta publicação de 2013 visando o âmbito do SUS. Ela cita dados da OIT ao apontar maiores taxas de desemprego entre as mulheres entre outras condições adversas de vida, tornando-as vulneráveis ao mercado negro do tráfico humano (que perde apenas para o tráfico de armas e drogas) e às migrações, expondo-as aos riscos de abuso, violência e prostituição forçada.

Um estudo sobre a saúde dos migrantes brasileiros no Japão apontou que a maioria dos entrevistados não estavam amparados pelo seguro acidente. Vinte e três pessoas relataram problemas de saúde durante a permanência no Japão, e

o dado que mais nos chamou a atenção foi que a cárie dentária foi o terceiro problema mais apontado, ficando atrás apenas da gripe e da gastrite. Neste aspecto em particular foi unânime entre os entrevistados a queixa quanto aos serviços odontológicos prestados no Japão. De acordo com a opinião deles, questionavam as diferenças na formação dos profissionais japoneses em relação aos brasileiros, com muitos procedimentos cirúrgicos e sem a preocupação com o aspecto estético dos tratamentos. Alguns ressaltavam “o belo trabalho dos brasileiros na área de Odontologia” (10).

A associação entre coesão familiar e fatores socioeconômicos, comportamentais e de saúde bucal, sinaliza a importância do papel dos pais na influência positiva para adoção de comportamentos saudáveis por parte dos adolescentes, ainda maior do que a proveniente de amigos. A coesão familiar é apontada em associação a doenças como asma, diabetes, doença renal crônica, internalização e de problemas de atenção em crianças, padrão de alimentação, tabagismo, depressão em adolescentes, uso de drogas e violência contra a mulher. Em termos de saúde bucal, existe uma relação da cárie aos fatores biológicos (saliva, bactérias patogênicas, defeitos na estrutura dental), os fatores socioeconômicos (renda familiar, a escolaridade dos pais e as condições de vida) e os fatores comportamentais (padrão alimentar, a frequência de consultas anuais ao dentista e de escovação diária e o uso de fluoretos). Já para a doença periodontal, foram apontados comportamentos como o ineficiente controle do biofilme, a frequência e o consumo de certos alimentos e o tabagismo. Os resultados encontrados confirmaram que aqueles de menor coesão familiar também se encontravam em piores condições socioeconômicas, comportamentos prejudiciais à saúde e maior índice de cavitações, apontando a necessidade de mais estudos que incluam a questão da coesão familiar nos levantamentos epidemiológicos e em programas sociais (11).

Apesar das doenças bucais não terem caráter fatal, elas levam a complicações mórbidas de ordem física, social e psicológica que acabam por afetar a qualidade de vida das pessoas. Os indicadores sociodontais têm sido largamente empregados para mensurar quais desordens dento-bucais influenciam a atividade social normal e provocam alterações comportamentais, como incapacitação laboral ou de desempenhar ações rotineiras e o absenteísmo escolar. Tanto a morbidade quanto a mortalidade são fortemente influenciadas por fatores sociais (idade, sexo, condição socioeconômica), e não seria diferente com as doenças bucais. O envelhecimento está ligado a mais problemas bucais (perda de elementos dentários, doença periodontal, cáries radiculares). Condições patológicas como a xerostomia e o câncer bucal são relacionados a variáveis como o sexo, e a cárie tem como fator crucial a situação socioeconômica. Importante notar que nesta revisão sistemática da literatura, entre os fatores mencionados quanto aos resultados de percepção de impacto negativos da saúde bucal na qualidade de vida está

a condição de imigrante ou de pessoas de grupos étnicos minoritários (12).

Apesar do absenteísmo por causas odontológicas não ser tão notificado quanto as médicas, aponta a sua influência nos absenteísmos de corpo-presente, o que seria ainda mais preocupante dada a evidente queda de produtividade e a disseminação aos demais trabalhadores de estados emocionais alterados. O absenteísmo laboral é um reflexo da saúde do trabalhador, em que pese não apenas as questões socioeconômicas, mas também de seguridade social, nos benefícios concedidos por doença ou acidente de trabalho. Além da saúde, existem diversas causas para o absenteísmo: cultura organizacional, falta de estratégias de valorização do empregado, stress, ambiente psicossocial desfavorável, insatisfação do trabalhador bem como sua situação socioeconômica, descontrole no trabalho, ausência de suporte social no emprego (13).

Voltando à questão da migração em particular e a saúde, populações migrantes tendem a sofrer de padrões distintos de mortalidade, em função da mudança de hábitos e costumes na adaptação ao novo meio ambiente, tornando-se uma população com elevado risco para doenças crônicas. Na comunidade nipo-brasileira, observa-se que as doenças cardíacas isquêmicas e a diabetes mellitus são as principais causas de mortalidade. Em um estudo que durou oito anos, acompanhando indivíduos isseis e nisseis, foram estabelecidas a relação de mortalidade desta população com a idade, atividade física, fumo, diabetes mellitus ou hipertensão, ingestão de carboidratos e colesterol. Nela foi significativa a relação entre o sedentarismo e maiores índices de mortalidade, assim como oscilações de peso comparadas aos indivíduos que mantiveram seus pesos estáveis. É provável que a incorporação de hábitos alimentares ocidentais, em um claro processo de aculturação, tenham contribuído negativamente nos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas e maior índice de mortalidade (14). Para este estudo, interessa-nos saber também as particularidades sobre a saúde bucal desta parcela específica da população: os nipo-brasileiros. Em um estudo com 1.315 indivíduos de 30 a 92 anos (entre isseis e nisseis, ou descendentes de primeira e segunda geração respectivamente), foi estabelecida a relação entre o diabetes e a condição periodontal. Observam que a população nikkey brasileira apresenta uma taxa de prevalência de diabetes de três a quatro vezes daquelas encontradas no Japão, lembrando que o tipo 2 da doença sofre forte influência genética e ambiental na sua etiopatogenia. Eles concluíram que “os portadores de diabetes apresentaram percentuais mais elevados de bolsas profundas e perdas severas de inserção periodontal do que os indivíduos normoglicêmicos.” Ainda que não tenham encontrado significância estatística, houve uma relação positiva quanto a uma glicemia aumentada e um padrão progressivo da doença periodontal. Assim, eles levantam duas possíveis formas de interação entre o diabetes e a doença periodontal. A primeira seria a periodontite provocada pela placa bacteriana e exacerbada pela

condição sistêmica. A segunda seria a doença periodontal interferindo no controle metabólico da glicemia por parte dos indivíduos diabéticos, tornando-a um fator de risco. Desta forma, fica clara a importância do conhecimento de ambas as condições e sua relação para a adoção de medidas preventivas e de controle (15).

Estudos atestam a queda nos níveis de cárie em crianças japonesas até 12 anos, mas verificam que a gengivite persiste em adolescentes. Eles apontam a importância de um acompanhamento sistemático nas diferentes etapas evolutivas da criança quanto ao seu conhecimento sobre saúde bucal, atitudes e comportamento. Foi encontrado um maior nível de ansiedade de causas dentais em meninas, independente da série analisada e que aumenta conforme a idade do adolescente em ambos os sexos (o que poderia ser um reflexo de uma maior habilidade cognitiva do adolescente em relação à criança, e o desenvolvimento de um maior discernimento das próprias experiências e dos seus sentimentos), assim como a quantidade de experiências dentárias desagradáveis. Tal fato estaria de acordo com a crescente tendência em se adiar as visitas ao dentista com o avanço da idade. Uma das possíveis razões apontadas seria o caráter essencialmente público de assistência odontológica, em que exames anuais são realizados nas escolas, o que poderia coibir o desenvolvimento de um senso de responsabilidade para com a própria saúde. O estudo concluiu que os adolescentes envolvidos pouco faziam pela própria saúde bucal, sugerindo que estudos sobre a influência psicossocial na saúde bucal com índices de avaliação dos autocuidados orais poderiam auxiliar na formulação de estratégias de intervenção em busca de mudanças comportamentais. Bem como a comparação com atitudes e comportamentos dos pais, e verificar o seu grau de influência sobre os filhos (16).

Diversos estudos relacionam a condição socioeconômica com a condição de saúde bucal e geral e procuram averiguar se a afirmativa também se aplicaria à população japonesa, realizando uma pesquisa com 1.201 pessoas entre 55 e 75 anos. Mesmo após o controle de outras variáveis demográficas e de comportamentos de saúde, o nível educacional persistiu como fator positivo de influência sobre a saúde bucal, a despeito dos seguintes fatores: higiene bucal (acúmulo de placa bacteriana e doenças bucais), padrão de visitas ao dentista (sobre as doenças periodontais), fumo (ausência de dentes e doenças periodontais), a não ser pelos hábitos alimentares (consumo de doces e bebidas açucaradas relacionado a cáries, apesar do uso de fluoretos, no qual homens com maior grau de instrução tenderam a uma menor ingestão). O estudo também confirmou uma maior tendência ao edentulismo com menor nível educacional, embora com menor significância que estudos anteriores após o ajuste de fatores confundidores. A campanha nacional japonesa de saúde bucal tem por meta que até os 80 anos os indivíduos mantenham pelo menos 20 dentes naturais em concordância com a OMS e a Federação Dentária Internacional (FDI). Ainda assim foi significativa a relação de maior grau de

instrução com maior número de dentes presentes e obturados, o que poderia ser explicado pelos hábitos e atitudes em relação à saúde bucal desses indivíduos. Em termos de dentes cariados não houve diferença significativa, o que os autores esclarecem que houve baixos índices de cáries entre os pesquisados. Não houve também diferença em termos de número total de dentes funcionais presentes, em que o autor lembra que no Japão o tratamento protético (seja por pontes fixas ou implantes) pode ser realizado pela maioria daqueles sob a cobertura do seguro nacional de saúde por não se tornar tão oneroso (o paciente arca com apenas 30% dos custos), o que seria importante na redução de dificuldades mastigatórias e aqueles menos instruídos tendem a perder os dentes posteriores com maior frequência. Eles citam ainda outra pesquisa em que o uso de próteses removíveis (presente em maior número entre os menos instruídos) não parece ser suficiente para devolver uma função mastigatória significativamente melhor. Para os autores, é imprescindível que estratégias de prevenção em saúde bucal foquem não apenas nos hábitos e comportamentos individuais, mas também no aspecto socioeconômico que permeia o ambiente social e laboral, onde esses hábitos se formam. Eles enfatizam ainda a necessidade de oferecer instrução sobre saúde bucal desde o ensino fundamental, de modo a reduzir as discrepâncias em saúde bucal decorrentes das diferenças educacionais (17).

Existe uma elevada prevalência de cárie e doenças periodontais entre os adultos japoneses, e o problema é a ausência de sintomas perceptíveis nos estágios iniciais e o fato de algumas vezes ser tarde demais quando o próprio indivíduo percebe a severidade das mesmas. Nessa situação os exames odontológicos são um eficiente método de detecção precoce de doenças bucais. Além disso, poucos são aqueles japoneses adultos que procuram por esses exames (32,7%) e a grande maioria o fez em consultórios odontológicos e não em atendimentos comunitários locais ou nos ambientes de trabalho. Por lei, os empregadores são obrigados a proceder exames anuais de saúde. Em termos de saúde bucal, a lei exige apenas exames bucais em trabalhadores específicos que lidam com ácidos em sua atividade laboral. Assim sendo, a maioria dos empregadores dispensam a realização de exames bucais nos locais de trabalho por ser um ato voluntário. A manutenção de uma boa saúde bucal dos empregados contribui para a manutenção da saúde como um todo (18).

A população idosa no Brasil tem aumentado rapidamente e deve se tornar a sexta maior do mundo até 2025. Para tanto, é imprescindível que a saúde e a boa qualidade de vida desta população contemple uma saúde bucal íntegra, funcional (do ponto de vista mastigatório, estético, de conforto, paladar e de fala), sem dor e que ainda possibilite uma auto percepção positiva do idoso. Especificamente em se tratando da população nikkey brasileira (a maior fora do Japão) a relevância da questão migratória assume elevada importância (19).

O Japão lançou em 2010 o Movimento Nacional de Promoção de Saúde no Século 21 (*Healthy Japan 21*), identifi-

cando doenças relacionadas ao estilo de vida como alvos e determinando metas, incluindo a saúde bucal entre elas. Foi desenvolvido um estudo com 5.383 pessoas entre 70 e 100 anos, que relacionou a habilidade subjetiva mastigatória com um estilo de vida favorável, tais como um ritmo de vida, de sono, e de atividade física regulares em contraste ao fato de ter mais de 20 dentes presentes na boca. Os dados obtidos sugeriram que a meta deveria ser “manter boa a mastigação de todos os alimentos” somada a “manter mais de 20 dentes na boca”. Além disso, houve relação direta entre a habilidade mastigatória subjetiva com uma boa auto percepção bucal (mastigar mais de trinta vezes antes de engolir, não engasgar, não estar com a boca seca). Houve também uma significativa relação com a não alteração de hábitos alimentares. Especula-se que a capacidade de mastigar bem todo tipo de alimento conduz à ingestão de uma alimentação mais balanceada, e a estimulação de secreção salivar a uma deglutição segura. Além disso, haveria também uma melhor capacidade e atividade físicas, prevenção de stress ao se alimentar e por fim, um aumento na qualidade de vida. A alta associação negativa do fumo com o número de dentes presentes, torna imprescindível campanhas anti fumo voltado para os mais jovens, a fim de prevenir a perda de dentes e quaisquer problemas para se alimentar em idades mais avançadas (20).

Discussão

A importância da coesão familiar em hábitos saudáveis e de higiene bucal ficou clara tanto em estudos brasileiros (11) quanto japoneses (21). Também a abordagem do papel das redes sociais (inclusive no meio laboral) e o suporte que proporcionam para elevação dos níveis de qualidade de vida relacionada com a saúde bucal. São aspectos sociais, familiares e psicológicos que podem ser extremamente afetados pelo processo migratório (22). No Japão especificamente, a lei exige que exames odontológicos anuais sejam realizados nas escolas e a responsabilidade de encaminhar os estudantes para tratamento caso seja detectada a sua necessidade recai sobre os professores, ressaltando o seu papel na saúde bucal de crianças e adolescentes, mas tal sistema possa ter efeito negativo ao fazer com que esses jovens se isentem da responsabilidade sobre sua própria saúde (16). Outra consideração a ser feita são as mudanças, em especial comportamental, que ocorrem com o crescimento e amadurecimento desses indivíduos e podem vir a determinar suas trajetórias de saúde ao longo da vida adulta. As crianças brasileiras cujos pais optem por mandá-las para as escolas brasileiras no Japão não recebem esses exames odontológicos no ambiente escolar e sua única fonte de flúor são aqueles providos pelos dentifrícios, embora pesquisas não tenham encontrado diferenças significativas nos índices de cárie entre as crianças brasileiras e os das japonesas e o acesso a atendimento profissional seja restrito dados os obstáculos descritos na situação de imigração (23). Lembramos que a saúde bucal de crianças e adolescentes é frequentemente associada com a escolaridade dos pais, particularmente da mãe que costuma ser a principal responsável pelos cuidados aos filhos. Se-

ria pertinente observar que os estudos sobre a comunidade de kassegui apontam um nível de escolaridade acima da média brasileira entre esses imigrantes, o que poderia justificar os bons resultados alcançados por HASHIZUME *et al.* (23) em contraponto aos da pesquisa canadense de LAWRENCE *et al.* (24), evidenciando que não se pode generalizar resultados das diferentes comunidades brasileiras dadas as diferenças marcantes no perfil desses emigrantes, desde o nível de instrução, situação socioeconômica prévia à emigração, regularidade nos visto de permanência no país hospedeiro entre outros, ressaltando a necessidade de estudos específicos para cada grupo migrante.

Quando discutimos as doenças bucais, entre elas as mais prevalentes como a cárie e a doença periodontal, um dos maiores problemas se encontra na sua evolução silenciosa até que em estágios mais avançados culminam na dor e a perda dos elementos dentários, causando problemas de absenteísmo laboral e escolar, queda na produtividade, maior risco de acidentes, impactos em atividades de rotina e na qualidade de vida dos indivíduos. Com a inserção da Odontologia do Trabalho tem aumentado a discussão sobre a relevância dos exames odontológicos com finalidade trabalhista na detecção precoce dessas doenças e de seus agravos, colaborando com as empresas para melhora da sua posição no mercado ao minorar os impactos negativos provocados por essas condições de origem bucal, e com os trabalhadores ao conscientizá-los sobre sua situação e as intervenções necessárias. No caso dos de kassegui, essa ferramenta disponibilizada pela especialização preenche uma das recomendações para a realização de exames de saúde minuciosos antes da ida ao Japão, tendo em vista o grande risco de agravos de condições pré-existentes ao submeter-se ao processo de migração (10). No Japão os exames odontológicos periódicos só são obrigatórios por lei aos trabalhadores que especificamente lidam com ácidos em suas funções, de modo que a maioria dos empregadores não os realizam nas empresas. Mesmo assim, existe a constatação de que a despeito da realização desses exames, isto não seria suficiente para incitar a procura por tratamento, enfatizando a necessidade de se encaminhar o trabalhador para o atendimento profissional e de se conscientizar o mesmo quanto à importância da saúde bucal e dos autocuidados em uma mudança comportamental e de mentalidade. Lembramos que os resultados do SB-Brasil apesar de mostrarem tendência de queda da incidência da cárie também entre adultos, ainda são números elevados e refletem a falta de políticas sólidas de saúde bucal voltadas para a classe trabalhadora, indicando a possibilidade de que esses brasileiros já estejam embarcando rumo ao Japão com necessidades de tratamento acumuladas (18).


Sobre este tema fica claro o papel da Odontologia do Trabalho na interceptação de agravos relacionados com o estresse laboral, bastante presente no atual mercado de trabalho nas mais diferentes funções. Aspecto importante quando lidamos com o trabalhador de kassegui, uma vez que o estresse é potencializado a níveis extremos pelo processo migratório, cujo sofrimento psíquico pelo qual estes trabalhadores passam poderia ser considerado acidente de

trabalho ao estar profundamente relacionado com as condições precárias de trabalho a que se submetem (18). O estresse ocupacional pode ser importante fator potencializador de hábitos deletérios para a saúde bucal e, no contexto da migração ganha papel de destaque dentro desta realidade diante do que já foi exposto. Em cidades com presença marcante desses migrantes brasileiros, não é difícil nos deparar com pacientes em nossos consultórios que já tenham vivenciado esta experiência. É comum que eles relatem “pressa” na conclusão do tratamento, por estarem de passagem pelo Brasil (seja em visita a familiares ou para resolver pendências das mais diversas ordens) e logo planejam retornar ao Japão, alegando preferir o atendimento por profissional brasileiro (em função do idioma, da relação de maior confiança com um conterrâneo ou da preocupação com o apelo estético superior nos tratamentos brasileiros referidos por eles). No entanto, sabemos que a abordagem meramente cirúrgico-restauradora não é a ideal, ensejando um planejamento holístico que leve em conta a multifatorialidade das doenças bucais em busca da promoção da saúde bucal e do sucesso propriamente dito de nossos tratamentos. Como proceder então diante deste tipo de paciente para minorar ao máximo os efeitos negativos do processo migratório? Gostaríamos de ressaltar a necessidade cada vez mais urgente de se estabelecer uma política sólida sobre a saúde bucal dos migrantes internacionais, considerando um cenário potencialmente deletério enfrentado por esses trabalhadores, desde a adoção de medidas protetoras específicas (como a realização de exames odontológicos prévios ao embarque e a tradução na língua do país a que se destinam para futuro acompanhamento e maior conscientização do trabalhador sobre a importância da procura por tratamento caso a necessidade tenha sido detectada e os riscos de se adiar ou negligenciar tal busca), maior distribuição de material informativo na língua portuguesa sobre como obter assistência no exterior nas agências de viagem e de recrutamento de mão-de-obra, bem como maior rigor com estas empresas acerca da pres-

tação de informações essenciais para adaptação desses brasileiros e seus dependentes no exterior, o aprofundamento dos acordos bilaterais nas áreas da saúde, judiciária, previdenciária, educação entre outros. Além de uma atuação efetiva dos Consulados Brasileiros sediados no exterior e demais órgãos oficiais representativos do Ministério das Relações Exteriores, em uma política Inter setorial com os demais ministérios pertinentes nas ações de promoção e vigilância em saúde e no auxílio ao desenvolvimento de pesquisas envolvendo as populações migrantes internacionais (25).

Conclusão

A partir de nossa proposta inicial é lícito concluir que:

1. há uma necessidade de mais estudos sobre a realidade dos brasileiros que se inserem nos fluxos migratórios laborais rumo ao exterior. É preciso ainda que os estudos contemplem as particularidades de cada subgrupo dentro da população imigrante, a fim de desenvolver políticas de abordagem eficazes e capazes de atender às necessidades de cada um deles;
2. sem suporte adequado e uma política sólida de proteção deste grupo populacional, independentemente da sua permanência em definitivo ou não no país hospedeiro, cria-se uma situação propícia à violação de direitos humanos e abusos, tendo reflexos coletivos graves em termos de saúde pública, previdência, entre outros;
3. as condições precárias de vida e de trabalho produzem impactos sobre a saúde geral dos trabalhadores e seus dependentes, dos quais muitos fatores já amplamente documentados pela literatura científica interferem na saúde bucal também, levantando questionamentos sobre a sua situação e seus efeitos futuros;
4. a Odontologia do Trabalho tem enormes contribuições a fazer tanto para o trabalhador local como o que emigra, visto estar sob sua responsabilidade a abordagem das necessidades próprias deste grupo populacional. 

Referências ::

1. World Health Organization. International Migration, Health & Human Rights. Health & Human Rights. Issue No.4. Geneva: WHO; 2003.
2. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial de Saúde 2008, Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca. Traduzido por Pereira MCM, Hipólito F, Ferrinho P. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde; 2008. Disponível em: http://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf?ua=1
3. Oliveira, JC. I Conferência sobre as Comunidades Brasileiras no Exterior: Brasileiros no Mundo. 2008:17-8.
4. Regis, A. I Conferência sobre as Comunidades Brasileiras no Exterior: Brasileiros no Mundo. 2008:17-8.
5. World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization. 2008;86(8):577-656. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/8/08-020808/en/>
6. Dias S, Gonçalves, A. Migração e Saúde. Rev Migrações - Número Temático Imigração e Saúde. 2007;1:15-26.
7. Ministério das Relações Exteriores. Censo IBGE estima brasileiros no exterior em cerca de 500 mil. 2014. Disponível em: <http://www.brasileirosno-mundo.itamaraty.gov>.
8. Sasaki, EM. Um Olhar sobre o 'Movimento Dekassegui' de Brasileiros ao Japão no Balanço do Centenário da Imigração Japonesa ao Brasil. Simpósio de Avaliação do Centenário da Imigração Japonesa no Brasil. 2009:26-7.
9. European Agency for Safety and Health at Work. European Risk Observatory. Literature Study on Migrant Workers. 2007 [58 p.]. Disponível em: http://osha.europa.eu/en/publications/literature_reviews/migrant_workers/view
10. Yoshino, NL. Trabalho e saúde de migrantes brasileiros (Dekasseguis) no Japão, 1988-1995 [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.
11. Ferreira LL, et al. Coesão familiar associada à saúde bucal, fatores socioeconômicos e comportamentos em saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2013;18(8):2461-73.
12. Cohen-Carneiro F, Santos RS, Rebelo MAB. Qualidade de vida relacionada à saúde bucal: contribuição dos fatores sociais. Ciência & Saúde Coletiva. 2011;16(1):1007-15.
13. Santos EJ, Queluz DP. Factors involved in dentistry absenteeism since the foundation of the Labor Court from 1986 to 2008. Braz J Oral Sci. 2012;11(4):492-504.
14. Massimino FC, Gimeno SGA, Ferreira SRG. Japanese-Brazilian Diabetes Study Group. All-cause mortality among Japanese-Brazilians according to nutritional characteristics. Cad Saúde Pública. 2007;23(9):2145-56.
15. Tomita NE, Chinellato LEM, Pernambuco RA, Lauris JRP, Franco LJ. Grupo de Estudo de Diabetes em Nipo-Brasileiros. Condições periodontais e diabetes mellitus na população nipo-brasileira. Rev Saúde Pública. 2002;36(5):607-13.
16. Kawamura M, Takase N, Sasahara H, Okada M. Teenagers' oral health attitudes and behavior in Japan: comparison by sex and age group. J Oral Science. 2008;50(2):167-74.
17. Ueno M, Ohara S, Inoue M, Tsugane S, Kawaguchi Y. Association between education level and dentition status in Japanese adults: Japan public health center-based oral health study. Community Dent Oral Epidemiol. 2012;40:481-7.
18. Oshikohji T, et al. Relationship between receiving a workplace oral health examination including oral health instruction and oral health status in the Japanese adult population. J Occup Health. 2011;53:222-9.
19. Hiramatsu DA, Franco LJ, Tomita NE. Influência da aculturação na autopercepção dos idosos quanto à saúde bucal em uma população de origem japonesa. Cad Saúde Pública. 2006;22(11):2441-8.
20. Yoshioka M, Hinode D, Yokoyama M, Fujiwara A, Sakaida Y, Toyoshima K. Relationship between Subjective Oral Health Status and Lifestyle in Elderly People: A Cross-Sectional Study in Japan. [serial on the internet]. ISRN Dentistry. 2013; 2013: Article ID 687139 [6 p.]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1155/2013/687139>
21. Furuta M, Ekuni D, Takao S, Suzuki E, Morita M, Kawachi I. Social capital and self-rated oral health among young people. Community Dent Oral Epidemiol. 2012;40:97-104
22. Lamarca GA, Leal MC, Leao ATT, Shelham A, Vettore MV. Oral health related quality of life in pregnant and post-partum women in two social network domains; predominantly home-based and workbased networks. Health and Quality of Life Outcomes. 2012, 10:5 [12 p.]. Disponível em <http://www.hqlo.com/content/10/1/5>
23. Hashizume LN, Shinada K, Kawaguchi Y. Factors associated with prevalence of dental caries in Brazilian schoolchildren residing in Japan. J Oral Sci. 2011;53(3):307-12.
24. Lawrence HP, Werneck RI, Kulkarni GV, Locker D. Early Childhood Caries and Access to Dental Care among Children of Portuguese-Speaking Immigrants in the City of Toronto. J Canadian Dental Association. 2008;74(9):805-805g. Disponível em: <http://www.cda-adc.ca/jcda/vol-74/issue-9/805.html>
25. Scalco GPC, Abegg C, Celeste RK, Hokerberg YHM, Faerstein E. Estresse no trabalho e autopercepção de saúde oral entre adultos brasileiros: Estudo Pró-Saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2013;18(7):2069-74.

Recebido em: 14/09/2015 / Aprovado em: 21/10/2015

Urubatan Medeiros

Rua Barão de Torre, 205/502, Ipanema

Rio de Janeiro/RJ, Brasil – CEP: 22411-001

E-mail: umedeiros@globocom