



**UNIVERSIDADE
FERNANDO
PESSOA**

Estado nutricional e saúde oral em migrantes

Nutritional status and oral health in migrants

Dissertação de Mestrado

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Iris Simah Mimi Lugassy

Orientadoras:

Professora Doutora Maria Raquel Silva

Doutora Helena Neves

Maio 2024

Estado nutricional e saúde oral em migrantes

[Nutritional status and oral health in migrants]

Dissertação de Mestrado

[Mestrado Integrado em Medicina Dentária]

Iris Simah Mimi Lugassy

Orientadoras:

Prof^ª Doutora Maria Raquel Silva

Dr^ª Helena Neves

Maio 2024

AGRADECIMENTOS

É difícil acreditar que este momento finalmente chegou. O fim deste percurso académico marca o início de uma nova fase da minha vida, e gostaria de expressar minha profunda gratidão a todas as pessoas que me acompanharam ao longo desta jornada. O caminho foi longo e, graças ao apoio inestimável de muitos indivíduos, consegui alcançar este objetivo.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à Universidade Fernando Pessoa por me ter oferecido a oportunidade de prosseguir os meus estudos e de realizar esta tese. Sou grata a cada membro do corpo docente pela sua experiência, pelos seus conselhos sábios e pelo seu acompanhamento ao longo destes anos. O seu compromisso com a excelência académica foi uma fonte de inspiração durante todo este processo.

Um agradecimento especial à minha orientadora de tese e ao coordenador do curso, Raquel Silva e Helena Neves, pelo seu acompanhamento e pelos seus conselhos esclarecidos que foram essenciais para concluir este trabalho de pesquisa. Estou-lhes profundamente grata pela confiança nas minhas capacidades.

Gostaria também de expressar a minha gratidão à minha mãe Carole, que nunca deixou de me apoiar ao longo deste caminho. Ela teve uma confiança em mim que me permitiu sempre elevar-me e avançar com serenidade. O seu empenho e sacrifícios deram-me uma força e uma motivação inesgotáveis. Gostaria também de agradecer por me tornar na mulher que sou hoje. Por fim, espero torná-la orgulhosa através deste trabalho de pesquisa que marca o fim do meu percurso académico e o início de uma nova vida: uma vida adulta e profissional.

Também gostaria de agradecer ao meu pai Joël, que sempre soube encorajar-me nos projetos que empreendi e apoiar-me e fazer-me sorrir nos momentos de dificuldade. Obrigado por sempre teres acreditado em mim e teres-me dado a confiança de que precisava. Ele desempenhou um papel decisivo na decisão de fazer os meus estudos em Portugal e estar-lhe-ei eternamente grata. Espero também poder deixá-lo orgulhoso hoje.

Aos meus irmãos Lewis e Inaïs, obrigado por esta solidariedade e bondade que reinam entre nós, os vossos incentivos e todos os nossos momentos de alegria e amor foram uma fonte de conforto ao longo desta aventura.

Ao meu padrasto e aos meus meios-irmãos e meia-irmã, Boli, Eythan, Ariel e Raphaëlle, obrigado pelo vosso apoio e por terem conseguido difundir uma onda de alegria todas as

semanas através das vossas pequenas mensagens, apesar da distância que nos separava durante estes anos de estudo.

Aos meus avós Papino e Omama, vocês são um exemplo para mim e sou grata por vos ter e por tudo o que fazem por nós no dia-a-dia.

À minha família, pela sua bondade e solidariedade de que sou tão grato.

Gostaria também de expressar a minha gratidão aos meus amigos Tamara, Eden, Léa, Elinoa, Anne Sarah, Naomie, Eden e Carla, que estiveram ao meu lado ao longo desta viagem. O seu apoio moral, incentivos e distrações bem-vindas tornaram esta experiência muito mais enriquecedora. Obrigado por terem partilhado comigo os altos e baixos desta aventura académica. Sem vocês, esta experiência não teria sido a mesma, crescemos juntos durante estes 5 belos anos e considero-nos hoje como uma família. Vocês estarão gravados no meu coração para sempre.

Por fim, gostaria de agradecer a esta experiência que trouxe para o meu caminho o Axel, que foi primeiro o meu melhor amigo e hoje o meu namorado. Obrigado por teres estado ao meu lado e por me teres feito crescer e amadurecer. Foste um ombro indispensável e desejo que ambos sejamos bem-sucedidos como dentistas.

Por fim, gostaria de reservar um momento para refletir sobre a experiência como um todo. Este percurso académico foi muito mais do que uma simples busca académica; foi uma verdadeira aventura que me permitiu crescer como aluna e como pessoa. Os desafios encontrados ao longo do caminho ensinaram-me a importância da perseverança, da resiliência e da colaboração. Sou grata por cada obstáculo superado, pois ajudaram-me a tornar-me na pessoa que sou hoje.

Em conclusão, gostaria de agradecer sinceramente a todas as pessoas que contribuíram, de perto ou de longe, para a realização desta tese. O vosso apoio foi inestimável e estar-vos-ei eternamente grata. Que continuemos a partilhar muitos sucessos no futuro.

Obrigada do fundo do coração.

Iris Lugassy

RESUMO

Sabe-se que um estado nutricional inadequado acompanhado de uma má saúde oral afetam negativamente a saúde geral e o bem-estar dos indivíduos. No caso de indivíduos vulneráveis, como os migrantes, que estão sujeitos a níveis elevados de stress torna-se importante avaliar a interação destas duas variáveis. Além disso, de acordo com o contexto geopolítico atual, este tema pretende ser um contributo para a discussão científica nas áreas indicadas. Para tal, realizou-se um estudo de revisão narrativa, tendo por base 45 artigos publicados em inglês e português, no período de 2013 a 2023, através das bases de dados: *PubMed*, *b-On* e *Scielo Portugal*. Dos vários estudos selecionados, verifica-se que independentemente da faixa etária dos migrantes (crianças, adultos e idosos), estes apresentam uma pior saúde oral que os nativos do país onde se encontram, e que estes resultados devem-se muitas vezes à sua própria perceção da necessidade de cuidados de saúde oral, e que o nível de aculturação dos migrantes influencia o seu estado nutricional.

Palavras-chave: alimentação; saúde oral; cárie dentária; estado nutricional; aculturação; migrantes.

ABSTRACT

It is known that an inadequate nutritional status accompanied by poor oral health negatively affects the overall health and well-being of individuals. In the case of vulnerable individuals, such as migrants, who are subject to high levels of stress, it is important to assess the interaction of these two variables. In addition, according to the current geopolitical context, this theme aims to be a contribution to the scientific discussion in the indicated areas. To this end, a narrative review study was carried out, based on 45 articles published in English and Portuguese, in the period from 2013 to 2023, through the databases: PubMed, b-On and Scielo Portugal. From the various studies selected, it is verified that regardless of the age group of the migrants (children, adults and the elderly), they have worse oral health than the natives of the country where they are, and that these results are often due to their own perception of the need for oral health care, and that the level of acculturation of migrants influences their nutritional status.

Keywords: food; oral health; dental caries; nutritional status; acculturation; migrants.

ÍNDICE GERAL

RESUMO.....	vii
ABSTRACT.....	ix
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xiii
ÍNDICE DE TABELAS.....	xv
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	xvii
1. INTRODUÇÃO	1
1.1 Metodologia	2
2. DESENVOLVIMENTO	5
2.1. Perfil nutricional e saúde oral de migrantes.....	5
2.1.1. O fenómeno de migração e aculturação alimentar.....	5
2.1.2. Alimentação dos migrantes.....	8
2.1.3. Migração e Malnutrição	9
2.1.4. Estado Nutricional e Saúde Oral.....	12
2.1.5. Saúde Oral dos Migrantes	14
2.1.6. Saúde Oral e a sua influência no Estado Nutricional.....	21
3. DISCUSSÃO	23
4. CONCLUSÃO	29
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma do estudo (n=45).	3
--	---

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Estudos selecionados referentes a crianças migrantes.	17
Tabela 2: Estudos selecionados referentes a mulheres migrantes.	18
Tabela 3: Estudo selecionado referentes a idosos migrantes.	21

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CPOD	Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
CPOS	Superfícies Cariadas, Perdidas e Obturadas
EUA	Estados Unidos da América
FDI	Federação Dentária Internacional
IAN	Insegurança Alimentar e Nutricional
IMC	Índice de Massa Corporal
INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
IPA	Índice de Placa Aproximada
IPC	Índice de Sangramento Papilar
Kg	Quilograma
kg/m²	Quilograma por Metro Quadrado
m	Metro
MEFC	Migrantes que Seguem os Filhos (do inglês <i>Migrant Elderly Following Children</i>)
OHRQoL	Qualidade de Vida Associada à Saúde Oral (do inglês: <i>Oral Health-Related Quality of Life</i>)
OIM	Organização Internacional das Migrações
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
pH	Potencial de Hidrogénio
SEF	Serviço de Estrangeiros e Fronteiras
UNT	Necessidades de Tratamento Restaurador não Atendidas (do inglês: <i>Unmet Restorative Treatment Needs</i>)

1. INTRODUÇÃO

As migrações internacionais são consideradas como umas das principais características do século XXI e são um fenómeno global (Ferrazzano et al., 2019).

Portugal, há cerca de 40 anos, era um país de emigração, com poucos muito poucos imigrantes, sendo atualmente um país com grande peso migratório, verificando-se a existência de uma demografia bastante complexa, diversificada e com grandes movimentos migratórios (Góis & Marques, 2018).

A globalização, a multiculturalidade e os fluxos migratórios verificados nos dias de hoje vieram provocar profundas transformações sociais e culturais. Em 2021, 2,3 milhões de imigrantes entraram na União Europeia vindos de outros países, um aumento de quase 18% em comparação com 2020 (Eurostat, 2021).

A alimentação e estado nutricional de um indivíduo e a sua saúde oral são sinérgicas pois tanto as infeções na cavidade oral podem influenciar a mastigação e por isso a alimentação e o estado nutricional do indivíduo. Além disso, a alimentação também pode afetar a cavidade oral, podendo levar ao surgimento de patologias orais (Rad et al., 2023).

As patologias orais estão relacionadas com as doenças crónicas não transmissíveis. Podem resultar em desnutrição devido a alterações na dieta e problemas de fala, principalmente na faixa etária mais velha. Há também maior insatisfação corporal e simples atos de sorrir, comunicar-se e comer podem ser afetados negativamente. Assim, a saúde oral não afeta apenas a saúde geral, mas também tem impacto na saúde mental (Bhusari et al., 2020; Peres et al., 2019; Rad et al., 2023).

A cárie dentária é o principal problema de saúde oral, com elevada prevalência, afetando uma grande população na maioria dos países, incluindo a Europa (Bhusari et al., 2020; Ferrazzano et al., 2019).

Um dos problemas entre os migrantes é a insegurança alimentar devido a uma mudança repentina na dieta em comparação com os hábitos alimentares anteriores, que estão ligados a tradições culturais (Dondi et al., 2020). Este fator, combinado com um baixo nível socioeconómico e os alimentos ricos em açúcar simples que consomem no país de acolhimento, pode aumentar uma série de desfechos adversos à saúde, principalmente relacionados a crianças. A falta de nutrientes específicos e de uma alimentação saudável, componentes essenciais para o desenvolvimento saudável, pode causar privação de

micronutrientes e induzir doenças, como cárie dentária, anemia e raquitismo. De facto, fatores económicos e culturais também podem piorar a dieta com o consumo excessivo de produtos e bebidas chamadas “*junk foods*”, que são de baixo custo e pobres em nutrientes, e que estão diretamente relacionados à cárie precoce na infância (Ferrazzano et al., 2019; Gondivkar et al., 2019).

Assim sendo, o objetivo deste trabalho é realizar um estudo de revisão narrativa da literatura sobre a caracterização do estado nutricional e saúde oral de indivíduos migrantes. O objetivo específico é analisar a saúde oral e a sua ligação com o estado nutricional em crianças, adultos e idosos.

1.1 Metodologia

Em termos metodológicos e tendo por base os objetivos delineados, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, através da pesquisa e análise de artigos científicos publicados nos últimos 10 anos (2013-2023) nas bases de dados *PubMed*, *b-on*, e *Scielo Portugal*, utilizando as seguintes palavras-chave: “*food*”, “*oral health*”, “*adults*”, “*child*”, “*migrants*”, “*nutritional status*” e “*elderly*” combinadas entre si com os operadores booleanos “AND” e “OR”.

Desta forma, foram também aplicados os seguintes critérios de inclusão: todas as publicações nos últimos 10 anos (2013-2023), escritas em inglês e português, englobando estudos prospetivos, retrospectivos, revisões sistemáticas e meta-análises.

Foram também aplicados os seguintes critérios de exclusão: estudos que não foram efetuados em seres humanos e artigos cujo rigor científico não teria relevância ou interesse para a concretização do trabalho.

Foram ainda adicionadas publicações resultantes de pesquisa manual (n= 21).

Do cruzamento das respetivas palavras-chaves resultaram 904 artigos, dos quais 45 foram selecionados (Figura 1) e entre estes artigos, 9 foram destacados em tabela, devido à grande relação aos objetivos deste trabalho em relação às palavras-chave e ao conteúdo relevante para os resultados finais desta pesquisa, sendo também os mais recentes a nível temporal. Estes encontram-se agrupados consoante os grupos mais vulneráveis: crianças, mulheres e idosos.

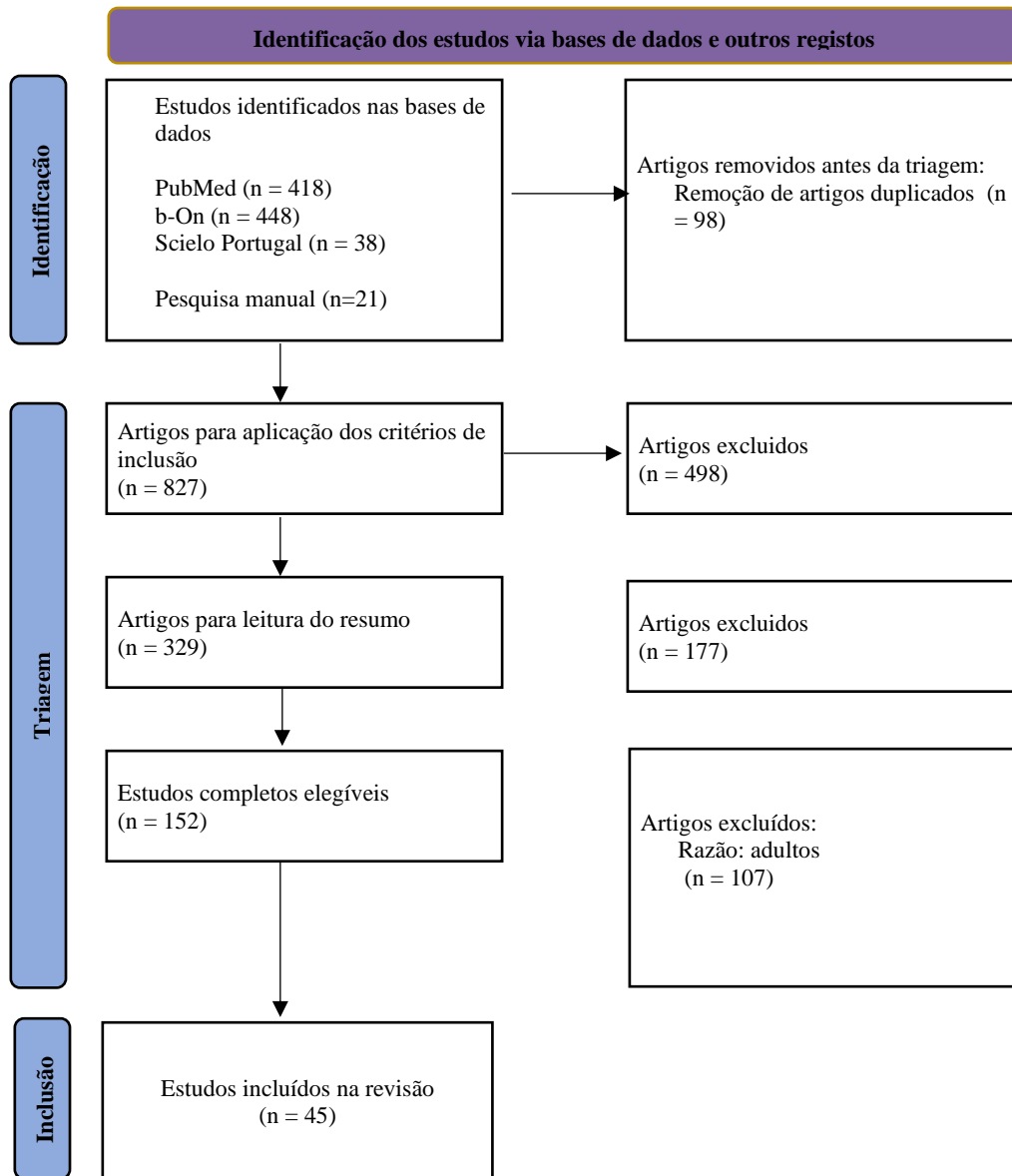


Figura 1: Fluxograma do estudo (n=45).

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. Perfil nutricional e saúde oral de migrantes

2.1.1. O fenómeno de migração e aculturação alimentar

A mobilidade humana, de forma voluntária ou forçada, e as relações interculturais tem aumentado bastante nas últimas décadas contribuindo para o aumento verificado no número de migrantes e refugiados existentes (Pichemin et al., 2022). A mobilidade, as migrações e a diversidade de culturas encontradas são consideradas símbolos da globalização.

A migração é um acontecimento que tem bastante significado na vida das pessoas pois pode representar um processo positivo como uma oportunidade de favorecer o bem-estar, a saúde e o desenvolvimento dos indivíduos, respetivas famílias ou comunidades. No entanto pode também ser uma experiência bastante dolorosa, principalmente nas situações de migração forçada, onde pode dar origem a vários problemas de adaptação e traumas relacionados com as mudanças culturais, linguísticas, sociais, políticas que são alvo bem como a discriminação e racismo (Ferrazzano et al., 2019).

Segundo a Organização Internacional para as Migrações (OIM), em 2020 existiam 272 milhões de pessoas a viver fora do seu país de origem (3,5% da população mundial), representando um aumento de cerca de 49% desde o ano 2000. A maior parte dos migrantes estão na Ásia (80 milhões) ou na Europa (78 milhões) (OIM, 2019; Portal da Migração, 2020).

Também a Organização das Nações Unidas (ONU) faz referência ao facto de existirem atualmente, muito mais pessoas a viver num país diferente daquele em que nasceram. Em 2017, o número de migrantes internacionais em todo o mundo alcançou os 258 milhões sendo que as mulheres migrantes representavam 48% dos migrantes. Estima-se que cerca de 36,1 milhões sejam crianças, 4,4 milhões sejam estudantes internacionais e 150,3 milhões sejam trabalhadores migrantes (ONU, 2019).

Existe população que migra voluntariamente, mas outros migram por necessidade. Estima-se que cerca de 68 milhões de pessoas foram forçadas a se deslocar para fora do seu país, incluindo mais 25 milhões de refugiados, 3 milhões requerentes de asilo e mais de 40 milhões de pessoas deslocadas internamente, dentro do seu próprio país (ONU, 2019).

Portugal não é exceção na questão da mobilidade. Nos últimos anos, especialmente a partir dos anos 90, houve um crescimento significativo do fluxo migratório sendo que para isso contribuíram alguns fenómenos importantes, nomeadamente a descolonização pós 25 de Abril, tendo ocorrido o regresso de um grande número de portugueses, provenientes das ex-colónias. Posteriormente, com entrada em vigor do Acordo de *Shengen*, assinado inicialmente pela Alemanha, França, Bélgica, Holanda e Luxemburgo em 1985, tendo Portugal aderido em 1991, estabeleceu-se a liberdade de circulação de pessoas na Comunidade Europeia (Góis & Marques, 2018).

A mudança do fluxo migratório revelou uma diminuição de estrangeiros provenientes da Europa Ocidental e dos Estados Unidos da América, bem como dos países africanos de Língua oficial portuguesa, tendo-se verificado um crescimento de imigrantes de nacionalidade brasileira e dos nacionais da Europa do Leste. No que se refere às nacionalidades de estrangeiros a residir em Portugal, a comunidade brasileira mantém-se como a que apresenta um maior número de residentes e a Índia ocupa, atualmente o 5º lugar, ultrapassando a França, China, Ucrânia e Roménia (Góis & Marques, 2018; SEF, 2021b).

Os principais motivos para conceder título de residência em Portugal são o reagrupamento familiar, a atividade profissional e os estudos (SEF, 2021a).

Durante a migração para um novo país podem ocorrer mudanças de atitudes e comportamentos, fenómeno denominado de aculturação. A aculturação é o processo pelo qual um grupo étnico adota os padrões culturais (crenças, religião, idioma) do novo país de residência. As ideias adotadas e as mudanças nas normas e práticas culturais de uma comunidade imigrante podem influenciar os comportamentos de procura e prevenção de cuidados de saúde, o que, em última análise, pode afetar seus resultados de saúde (Tiwari et al., 2021).

A aculturação pode ser dividida em quatro estratégias gerais: assimilação, separação, integração e marginalização. A assimilação é quando os indivíduos preferem adquirir a identidade cultural do país de acolhimento em vez de manter sua identidade original. Quando os indivíduos resistem a adotar a identidade cultural do novo país, preferindo preservar as suas características culturais originais chama-se separação. A estratégia de integração dos migrantes, situa-se entre a assimilação e a separação, pois os indivíduos esforçam-se para manter algumas das suas características culturais, além do que adquirem

da identidade cultural do país de acolhimento (Dahlan et al., 2019).

Desta forma surgem os conceitos de transição nutricional e aculturação alimentar para explicar as alterações nos hábitos alimentares após a migração (Ando, 2020).

O conceito de transição nutricional engloba as alterações que ocorrem na produção, processamento, disponibilidade e consumo de alimentos. Este fenómeno ocorre mais rapidamente em populações de migrantes e é acentuada em migrantes com baixos rendimentos que se deslocam para países com rendimentos mais elevados (Delavari et al., 2013).

Normalmente na transição nutricional há um aumento do consumo de carne, gorduras e alimentos processados em detrimento de alimentos ricos em fibras e micronutrientes (Bojorquez et al., 2014).

Já a aculturação alimentar refere-se ao processo que ocorre quando os membros de um grupo adotam os padrões/escolhas alimentares do país anfitrião. Esta aculturação pode ter um impacto positivo ou negativo sobre os hábitos alimentares (Lee et al., 2021).

Um dos impactos mais significativos da aculturação alimentar é o desafio de tentar manter uma dieta tradicional, já que os migrantes trazem consigo as suas próprias crenças e práticas tradicionais relacionadas à alimentação e nutrição e sendo que as preferências alimentares também estão intimamente ligadas à sua identidade cultural. Posto isto, o processo de aculturação alimentar pode ser influenciado pelo sexo, idade, país de origem, religião, nível de educação, emprego e composição familiar (Thomson & McFeeter, 2019).

Por exemplo, migrantes de países de baixos rendimentos que se mudam para países de altos rendimentos podem muitas vezes passar por uma transição abrupta e radical em termos de dieta (Popovic-Lipovac & Strasser, 2015). A aculturação alimentar não assume, assim, uma trajetória linear a partir dos hábitos puramente tradicionais para os hábitos alimentares do país de acolhimento. Trata-se de uma situação em que os migrantes encontram novas formas de compor os pratos e refeições tradicionais através da hibridação e fusão de ingredientes locais e influências (Thomson & McFeeter, 2019).

A aculturação alimentar nos países ocidentais pode incluir o aumento da ingestão de alimentos ultraprocessados ricos em açúcar, gorduras saturadas e sódio, o que pode contribuir para um aumento do risco de doenças crónicas (Lee et al., 2022).

Quanto mais longo o tempo de residência no país de acolhimento assim como maior o rendimento pessoal e fluência na língua maior será o nível de aculturação, devido à maior exposição à cultura dominante (Lee et al., 2021).

Lee e os seus colaboradores (Lee et al., 2022) conduziram um estudo onde o objetivo foi explorar a experiência de aculturação alimentar de pessoas de origem chinesa residentes na Austrália e que tinham migrado há menos de dez anos. Os participantes deste estudo descreveram comportamentos alimentares pós-migração que refletiram mudanças principalmente na estrutura social das refeições e na preparação de alimentos, bem como mudanças dietéticas não reconhecidas através da modificação da receita. As mudanças alimentares ocorreram devido à falta de apoio familiar e à reduzida acessibilidade aos ingredientes alimentares tradicionais chineses, bem como à curiosidade em relação aos novos alimentos disponíveis no novo país onde se instalaram (Lee et al., 2022).

De uma forma geral, os resultados deste estudo qualitativo sugerem que a aculturação alimentar é impactada por múltiplos níveis de influência, incluindo fatores pessoais (preferência e crenças gustativas), interpessoais (apoio da família e dos pares) e ambientais (disponibilidade de alimentos, mudanças no estilo de vida), que são diferentes dos fatores que afetam as escolhas alimentares no seu país de origem (Lee et al., 2022).

2.1.2. Alimentação dos migrantes

A alimentação e a nutrição são requisitos básicos para a saúde sendo que os hábitos alimentares podem ser afetados por diversos fatores como fatores económicos e culturais, estado de saúde e a própria saúde oral (Gondivkar et al., 2019).

A imigração impõe várias adaptações na vida destas pessoas, sendo uma delas a alteração dos hábitos alimentares. Num primeiro momento, as pessoas procuram os alimentos com os quais estão familiarizados e que permitam reproduzir o seu padrão alimentar. Contudo, a falta de acesso a produtos alimentares conhecidos ou o seu custo podem levar à alteração das práticas alimentares (Aljaroudi, 2018; Ando, 2020).

Um estudo que foi realizado com 81 famílias japonesas a viver nos Estados Unidos revelou que 44% das famílias fizeram substituições de alimentos que eram bastante importantes para eles quer por falta de acesso quer por indisponibilidade no local onde moravam. Com a troca alimentar passaram a consumir mais alimentos presentes na dieta americana, aumentando o consumo de carne e alimentos processados, bebidas e lanches

açucarados e diminuíram o consumo de frutas e vegetais, alterando a sua alimentação para uma com menor valor nutricional (Ando, 2020).

Para avaliar o estado nutricional de um indivíduo são utilizados diversos instrumentos tais como dados antropométricos, dados bioquímicos e avaliação clínica. O peso corporal, altura, dobras da pele e circunferência da cintura são dados antropométricos que permitem inferir sobre o estado nutricional de um indivíduo e são fáceis de obter (INSA, 2024).

A medida antropométrica mais utilizada é o Índice de Massa Corporal (IMC) que se baseia no peso e altura de um indivíduo [$IMC = \text{peso (Kg)} / \text{estatura(m)}^2$] existindo valores tabelados pela Organização Mundial de Saúde (OMS): valores inferiores a $18,5 \text{ kg/m}^2$ correspondem a baixo peso, valores compreendidos entre $18,5 \text{ kg/m}^2$ e 25 kg/m^2 correspondem a um peso normal, valores superiores a 25 kg/m^2 correspondem a sobrepeso e valores superiores a 30 kg/m^2 são correspondentes à obesidade. No entanto o IMC não faz distinção entre a massa muscular e a massa gorda (INSA, 2024).

2.1.3. Migração e Malnutrição

Nas últimas décadas, a globalização, alterações demográficas, do rendimento e da urbanização influenciaram bastante o panorama nutricional e resultaram numa mudança global da qualidade das dietas humanas (Ankomah et al., 2022; OMS, 2017; Popkin et al., 2020).

Esta mudança no panorama nutricional global deu início à dupla desnutrição que corresponde à coexistência de várias formas de desnutrição (subnutrição, sobrepeso e obesidade, deficiência de micronutrientes ou doenças relacionadas com a dieta) em indivíduos, famílias e comunidades ao longo da vida (Popkin et al., 2020). Este fenómeno está a crescer bastante sendo uma grande preocupação, especialmente entre as populações de migrantes e refugiados nos países desenvolvidos.

Os migrantes e refugiados passam pelo complexo e dinâmico processo de aculturação sendo que na maioria dos casos, está associada a uma mudança na predominância de uma forma de desnutrição no país de origem para outra no país de acolhimento (Thomson & McFeeter, 2019).

A dupla desnutrição entre migrantes e refugiados nos países desenvolvidos pode ser causada por múltiplos fatores relacionados com rendimentos limitados, desemprego,

acesso deficiente a serviços de saúde, bem como disponibilidade limitada de alimentos (Ankomah et al., 2022).

De acordo com a OMS, a subnutrição apresenta subformas (OMS, 2023a):

- Atraso no crescimento (baixa estatura para a idade);
- Emagrecimento (baixo peso para a altura), que mede a massa corporal em relação à altura e descreve o estado nutricional atual;
- Baixo peso (baixo peso para a idade), que é um índice composto de estatura para a idade e peso para a estatura.

A sobrenutrição desenvolve-se a partir de uma ingestão abundante de nutrientes, levando ao peso excessivo e à obesidade (peso elevado para a estatura) (OMS, 2023b).

A deficiência de micronutrientes ocorre como resultado de deficiência de minerais e vitaminas essenciais que são necessários ao organismo em pequenas quantidades (OMS, 2023a).

As doenças relacionadas com a dieta incluem doenças cardiovasculares, tais como enfartes do miocárdio, muitas vezes relacionados com a hipertensão ou aterosclerose e diabetes (OMS, 2023a).

Recentemente, Ankomah e seus colaboradores (Ankomah et al., 2022) realizaram uma revisão sistemática onde examinaram a dupla desnutrição entre migrantes e refugiados originários de países com baixos rendimentos que vivem em países de elevados rendimentos. Incluíram estudos publicados entre 2006 e 2021, sem limite de idade da população em estudo. Os resultados dos cinco estudos incluídos sugerem que tanto a desnutrição quanto a sobrenutrição podem ser observadas em populações migrantes e refugiadas em países de elevados rendimentos.

A prevalência de sobrenutrição (sobrepeso e obesidade) nas populações estudadas variou de 11,1% a 42%, enquanto a desnutrição (baixa estatura, emagrecimento e baixo peso) variou de 0,3% a 17%. Um dos estudos, ao explorar as necessidades de saúde, as tendências de utilização dos cuidados de saúde e as barreiras ao cuidado de uma população diversificada de crianças refugiadas reassentadas na Carolina do Norte, encontrou uma alta prevalência de problemas nutricionais, incluindo baixa estatura de crescimento (17%), sobrepeso (21%), deficiência de vitamina D (79%) e anemia (13%). Já um dos outros estudos analisados que avaliou o estado antropométrico de crianças

migrantes e refugiadas da África subsaariana na Austrália relatou sobrepeso (18,4%), obesidade (8,6%), emagrecimento (4,3%), baixo peso (1,2%) e baixa estatura (0,3%) (Ankomah et al., 2022).

Também Amstutz e a sua equipa investigou a prevalência de desnutrição e obesidade entre refugiados em Genebra e relatou uma prevalência de baixo peso em 5,7% e sobrepeso em 42% (Amstutz et al., 2020).

A crescente taxa de sobrenutrição observada entre refugiados e migrantes pode, portanto, ser fortemente influenciada pelo aumento da compra de refeições ultraprocessadas que estão mais acessíveis e são altamente calóricas, e que substituíram as refeições caseiras nessas comunidades. Um fator para o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados entre migrantes e refugiados em países desenvolvidos pode ser a falta de capacidade de usar produtos sazonais locais que existiam no seu país de origem (Amstutz et al., 2020; Ankomah et al., 2022).

O estudo de Amstutz e colaboradores constatou que, embora frutas e legumes fossem frequentemente acessíveis no país de acolhimento, estas eram diferentes dos tipos de frutas e vegetais disponíveis no seu país de origem, e a falta de capacidade ou confiança para cozinhar com esses alimentos disponíveis apresentava-se como uma barreira para uma alimentação saudável. Além disso, os alimentos ultraprocessados podem ser uma alternativa barata e confiável para famílias que passam por grandes pressões financeiras (Amstutz et al., 2020).

Uma revisão de 2015 sobre as mudanças na dieta em mulheres de diversas origens e que migraram recentemente descreveu barreiras para manter hábitos de alimentação saudáveis (Popovic-Lipovac & Strasser, 2015):

- Preços elevados dos alimentos, levando à compra de produtos baratos e pouco saudáveis;
- Indisponibilidade de alimentos e ingredientes tradicionais (certos tipos de vegetais ou especiarias);
- Incerteza e desconhecimento de novos alimentos e novas técnicas de preparação;
- Horário de trabalho e estilo de vida mais ocupado de todos os membros da família;
- Stress, solidão, sentimento de exclusão resultando num maior consumo de alimentos saborosos, mas não muito saudáveis;

- Conveniência e acessibilidade de fast food e alimentos embalados pré-cozinhados.

2.1.4. Estado Nutricional e Saúde Oral

A nutrição e a dieta têm impacto na saúde oral de várias formas. A dieta é considerada um fator etiológico da cárie dentária e erosão do esmalte e o estado nutricional tem impacto no desenvolvimento dos dentes e na resistência a várias patologias orais como a doença periodontal e o cancro oral (Gondivkar et al., 2019).

A composição dos alimentos que integram a alimentação diária influencia o aparecimento de cáries uma vez que estes irão condicionar o pH da cavidade oral e consequentemente a atividade microbiana. Os açúcares fermentáveis são metabolizados pelas bactérias presentes na cavidade oral e acabam por conduzir à desmineralização do dente.

Desta forma, os alimentos podem ser classificados em cariogénicos, cariostáticos e anticariogénicos (Mahan & Food, 2016):

Cariogénicos – têm um maior teor em açúcares fermentáveis. Inclui sumos de frutas, refrigerantes e bebidas açucaradas, sobremesas, bolos, bolachas, mel e xaropes.

Cariostáticos – não são metabolizados pelas bactérias da cavidade oral logo não alteram o seu pH. Inclui ovos, carne, peixe, hortícolas e gorduras.

Anticariogénicos – Protegem os dentes da ação dos açúcares fermentáveis. Inclui laticínios tais como queijo, leite e iogurtes.

A periodontite é uma doença inflamatória dos tecidos de suporte do dente causada por micro-organismos específicos, resultando na destruição progressiva do ligamento periodontal e do osso alveolar. Afeta de 10% a 15% da população mundial, sendo uma das principais causas de perda dentária em adultos (Santonocito et al., 2021).

Uma variedade de nutrientes tem um grande impacto na saúde periodontal. Os nutrientes são de dois tipos: micronutrientes e macronutrientes. Os Micronutrientes são aqueles componentes dos alimentos que são necessários em pequenas quantidades sendo que a dieta humana contém uma série de antioxidantes na forma de micronutrientes. Os micronutrientes antioxidantes incluem vitamina A (carotenoides e β -caroteno), vitamina C (ácido ascórbico), vitamina E (α -tocoferol), glutatona e melatonina. Os antioxidantes podem superar a inflamação mediada por espécies reativas de oxigénio dos tecidos periodontais (Martinon et al., 2021; Najeeb et al., 2016).

Em 2019, Gondivkar e a sua equipa descreveram a associação de doenças periodontais com deficiências de vitaminas A, C, E, ácido fólico e cálcio. Além disso, os efeitos antioxidantes das vitaminas podem ter um impacto positivo na prevenção e tratamento da doença periodontal (Gondivkar et al., 2019).

Os Macronutrientes são nutrientes necessários em grandes quantidades, por exemplo, minerais, proteínas, hidratos de carbono e gorduras (Martinon et al., 2021; Najeeb et al., 2016).

Os minerais, como cálcio, fósforo e flúor, desempenham um papel crucial na saúde dos dentes e ossos. O cálcio é um componente essencial do esmalte dentário, e a sua deficiência pode levar a problemas de desenvolvimento dentário e aumento do risco de cáries. O fósforo também é importante para a mineralização do esmalte, enquanto o flúor fortalece o esmalte e ajuda a prevenir a cárie dentária. Portanto, uma dieta rica em alimentos fontes de cálcio, fósforo e flúor, como laticínios, peixes, legumes e verduras de folhas verdes escuras, pode promover a saúde oral (Najeeb et al., 2016).

Além disso, as proteínas desempenham um papel fundamental na reparação e manutenção dos tecidos bucais, incluindo gengivas, ligamento periodontal e mucosa oral. A falta de proteínas na dieta pode retardar a cicatrização de feridas na boca e aumentar o risco de infeções periodontais. Fontes de proteínas incluem carnes magras, aves, peixes, ovos, laticínios e leguminosas (Martinon et al., 2021).

Os hidratos de carbono são uma fonte importante de energia, mas o consumo excessivo de açúcares simples, especialmente entre as refeições, pode aumentar o risco de cáries. A frequência e a quantidade de ingestão de açúcares são mais importantes do que o tipo de açúcar consumido. Hidratos de carbono complexos, como grãos integrais, legumes e vegetais, são preferíveis em comparação com açúcares refinados, pois são menos propensos a causar cáries (Mahan & Food, 2016).

As gorduras também desempenham um papel na saúde bucal, especialmente no transporte de vitaminas lipossolúveis, como as vitaminas A, D, E e K, que são essenciais para a saúde dos dentes e gengivas. No entanto, o consumo excessivo de gorduras saturadas e trans está associado a um maior risco de doenças cardiovasculares e inflamação sistêmica, o que pode afetar a saúde oral a longo prazo. Portanto, é importante escolher fontes saudáveis de gorduras, como ácidos gordos insaturados encontrados em peixes gordurosos, nozes, sementes e abacate, em vez de gorduras saturadas encontradas em

produtos de origem animal e alimentos processados (Martinon et al., 2021).

Além disso, é essencial destacar a importância de hábitos alimentares saudáveis e higiene oral adequada na prevenção de doenças orais. Incentivar a ingestão de uma variedade de alimentos nutritivos, limitar o consumo de açúcares simples, realizar uma boa escovação e uso do fio dentário diariamente, e visitar regularmente o dentista para exames e limpezas são medidas importantes para manter a saúde oral ao longo da vida (Gondivkar et al., 2019).

2.1.5. Saúde Oral dos Migrantes

Quando se fala em saúde oral, esta é definida pela OMS como: “estado livre de dores crônicas na boca e no rosto, de cancro oral e de garganta, de infecções e feridas orais, de doença periodontal de cárie dentária, de perda dentária e outras doenças e distúrbios que limitam a capacidade de um indivíduo morder, mastigar, sorrir, falar e bem-estar psicossocial”. Isto quer dizer que um indivíduo pode sofrer de certas patologias ao longo da vida, como a cárie dentária, mas se os médicos dentistas usarem procedimentos para a tratar esta pode ser controlada e proporciona bem-estar e saúde ao indivíduo (OMS, 2023c).

Também a Federação Dentária Internacional (FDI, 2016) apresentou uma definição de saúde oral, mais atual e que a coloca como parte essencial da saúde geral e do bem-estar de um indivíduo. Esta definição tem sido adotada por diversas associações nacionais dentárias incluindo a Ordem dos Médicos Dentistas de Portugal.

Esta definição sugere que a saúde oral apresenta diversas características que são muito importantes (FDI, 2016):

- a) É multifacetada, incluindo a capacidade de falar, sorrir, cheirar, provar, tocar, mastigar, engolir, assim como transmitir todos os sentimentos mediante expressões faciais, com autoconfiança e sem dores ou doenças crânio faciais;
- b) É uma componente essencial da saúde e do bem-estar físico e mental, sofrendo frequente influência dos valores e ações de pessoas e comunidades;
- c) Espelha as indispensáveis características fisiológicas, sociais e psicológicas, que compõem a Qualidade de Vida;
- d) Sofre influência das experiências vividas, dos tipos de perceções, das expectativas e da

resiliência e adaptação às situações vividas.

Com o avançar da idade e a limitação da mobilidade pessoal, os hábitos orais das pessoas mais idosas vão sendo cada vez mais ignorados, podendo agravar o seu estado de saúde oral. Também a função mastigatória é alterada

As associações entre aculturação e saúde oral têm sido encontradas em vários estudos com populações migrantes. Em 2019, Dahlan e a sua equipa relataram um efeito positivo da aculturação sobre o estado e os comportamentos de saúde oral. Imigrantes bastante aculturados e minorias étnicas com maior tempo de residência no país de acolhimento, proficiência no idioma local e idade mais jovem na migração tiveram melhor estado e comportamentos de saúde oral do que os seus homólogos. Desta forma, os médicos dentistas devem ser sensíveis às diferenças culturais ao prestar serviços a imigrantes e grupos étnicos minoritários (Dahlan et al., 2019).

A migração por si só não é um fator de início ou desenvolvimento de doenças orais mas a acumulação de fatores de risco ocorre com maior frequência nos grupos de migrantes que apresentam desvantagem socioeconómica em relação à população nativa (Aarabi et al., 2018).

Em comparação com os seus homólogos nativos, os imigrantes nascidos no exterior têm maior exposição a desvantagens socioeconómicas, culturais e políticas (Sano & Abada, 2019). Uma grande parte da literatura existente sugere que tanto a saúde geral quanto a saúde oral são afetadas por fatores socioeconómicos, que englobam educação, ocupação e rendimento. Por exemplo, em comparação com os nativos americanos mais velhos, os imigrantes mais velhos geralmente têm níveis mais baixos de educação, permanecendo economicamente vulneráveis. Essa vulnerabilidade económica pode levar a resiliência, e resultar num acesso limitado a cuidados de saúde oral. Além disso, muitos imigrantes mais velhos enfrentam barreiras legais para participar de programas de seguro público, e, portanto, acabam por se ver confrontados com custos mais elevados e do seu próprio bolso em comparação com os nativos mais velhos dos EUA (Wu et al., 2020).

Também Geltman e a sua equipa pretenderam avaliar o impacto da literacia em saúde e da aculturação no estado de saúde dos refugiados somalis em Massachusetts. Os participantes tinham, em média, 1,4 dentes cariados, 2,8 dentes ausentes e 1,3 com restaurações. Entre os que estavam nos Estados Unidos há menos de 4 anos, a menor pontuação de literacia em saúde foi correlacionada com menor CPOD. Entre os

participantes que estavam no país de 5 a 10 anos, as pontuações de literacia em saúde mais baixas relacionaram-se com maior CPOD. Os resultados encontrados indicaram que o agravamento da saúde bucal dos refugiados somalis ao longo do tempo pode estar relacionado ao menor acesso a cuidados preventivos e à menor utilização de práticas de higiene oral (Geltman et al., 2013).

Ghiabi e os seus colaboradores realizaram um estudo em 2014, onde avaliaram a saúde oral em grupo de imigrantes e refugiados recentes no Canadá. Os participantes do estudo tinham idades compreendidas entre os 18 e os 67 anos e mais de metade (53%) dos imigrantes e 85% dos refugiados tinham cáries não tratadas. A maioria (89% dos imigrantes e 98% dos refugiados) tinha gengivite moderada a grave e a maioria (73% dos imigrantes e 85% dos refugiados) apresentava periodontite moderada a grave. Apesar disso, 64% dos imigrantes e 49% dos refugiados classificaram a sua saúde oral como boa, muito boa ou excelente, e a maioria acreditava que não precisavam de restaurações ou tratamento periodontal (Ghiabi et al., 2014).

Já em 2016, Hoover e colaboradores pretenderam identificar os determinantes de risco da cárie e registar o estado de higiene oral em crianças recém-imigrantes e refugiadas com idades compreendidas entre os 3 e os 15 anos. No seu estudo também incluíram 86 adultos. Verificaram que as crianças refugiadas tiveram mais dentes cariados, ausentes e restaurados (CPOD médio de 5,8) do que crianças imigrantes (CPOD médio de 3,52), mas ambos os grupos com valores consideravelmente mais elevados do que em crianças nascidas no Canadá (0,49). Verificaram também que os adultos imigrantes apresentaram maior proficiência em língua inglesa e conhecimento sobre comportamentos preventivos como flúor e fio dentário em comparação com os adultos refugiados (Hoover et al., 2017).

Também recentemente podem-se encontrar alguns estudos relativos à saúde oral das crianças migrantes, cujos principais resultados se encontram resumidos na Tabela 1.

Tabela 1: Estudos selecionados referentes a crianças migrantes.

Autor(es), data	Tipo de estudo	Objetivo	Metodologia	Principais resultados
(Ferrazzano et al., 2019)	Estudo transversal	Avaliar o índice CPOD, a prevalência de cárie e o índice <i>Unmet Restorative Treatment Needs</i> (UNT) em crianças migrantes e não migrantes de baixos rendimentos, na região da Campania (Itália)	553 Crianças (faixa etária: 12-14 anos) foram recrutadas numa fundação de caridade em Nápoles (Itália) e foram categorizadas em 2 subgrupos, de acordo com seu status de "migrante" ou "não migrante". Os pais responderam a um questionário para investigar o comportamento demográfico e de saúde oral. Valores de CPOD e prevalência de cárie foram calculados	As médias do CPO-D e do índice UTN foram $3,92 \pm 2,92$ e $86,3\%$ para migrantes, e $3,29 \pm 3,21$ e $68,4\%$ para não migrantes, respetivamente. A prevalência de cárie foi de $77,5\%$ e $55,9\%$ no grupo de migrantes e no grupo de não migrantes, respetivamente
(Zhang et al., 2020)	Estudo randomizado	Investigar a disparidade na cárie dentária entre crianças nativas e migrantes em Xangai, China	Entre 2013 e 2015, uma amostra aleatória de crianças nativas e migrantes de 5, 9, 12 e 15 anos foi recolhida em cada distrito de Xangai. O exame oral foi realizado seguindo o método da Organização Mundial da Saúde (OMS)	33,6% das crianças eram migrantes. As crianças migrantes apresentaram maior prevalência de cárie decídua do que as nativas (faixa etária de 5 anos, $67,8\%$ vs $63,0\%$, $P = 0,024$; faixa etária de 9 anos, $75,9\%$ vs $66,1\%$, $P < 0,001$), e maiores valores de cpo-d foram encontrados nas crianças migrantes. Já com relação aos dentes permanentes, não foram encontradas diferenças estatísticas entre os dois grupos na prevalência de cárie ou CPO-D
(Ferrazzano et al., 2022)	Estudo transversal	Avaliar a associação entre famílias migrantes e a prevalência de cárie em crianças com idades entre os 3 e 5 anos na Itália.	266 crianças migrantes e 301 crianças não migrantes foram examinadas em três centros odontológicos de caridade italianos. Todas as crianças tinham famílias com baixo nível socioeconómico. O cpo-d foi determinado por exame intraoral.	A prevalência de cárie (71%) e o cpo-d médio ($3,68 \pm 1,52$) das crianças migrantes foi estatisticamente superior do que a percentagem (52%) e a média do cpo-d do grupo não migrante ($3,10 \pm 1,65$) sem diferenças entre os sexos. Para as crianças migrantes, a média ($0,49 \pm 0,32$) das restaurações (dentes obturados) foi estatisticamente menor do que a das crianças não migrantes ($1,20 \pm 0,48$).
(Xu et al., 2023)	Estudo transversal	Explorar o efeito da migração de crianças na sua saúde oral em jardins de infância de Jiangnan	470 crianças com 5 anos de idade no distrito de Jiangnan. Foi utilizado um questionário para recolher informações sobre a sua origem demográfica e socioeconómica, experiência migratória, hábitos alimentares, comportamentos de higiene oral e utilização de serviços odontológicos. A cárie dentária dos dentes decíduos foi examinada por meio do índice de dentes cariados, perdidos e obturados (cpo-d) recomendado pela OMS	$52,3\%$ eram crianças migrantes. A prevalência de cárie entre as crianças foi de $78,3\%$, e o número médio de cpo-d foi de $5,73 \pm 5,00$. A prevalência de cárie foi de $81,7\%$ para as crianças migrantes e $74,6\%$ para as residentes ($p = 0,060$). Não houve diferença significativa no número médio de CPO-D entre crianças migrantes e residentes ($5,96 \pm 4,81$ vs. $5,47 \pm 5,20$, $p = 0,139$).

Quanto a um outro grupo que pode ser considerado desfavorecido, como é o caso das mulheres migrantes, o número de estudos é recentes é reduzido. Este facto deve-se a muito possivelmente estas serem normalmente analisadas conjuntamente com os homens migrantes da sua faixa etária. Os principais resultados destes estudos encontram-se na tabela 2.

Tabela 2: Estudos seleccionados referentes a mulheres migrantes.

Autor(es), data	Tipo de estudo	Objetivo	Metodologia	Principais resultados
(Sanders et al., 2020)	Estudo transversal	Avaliar a relação mais ampla entre qualidade da dieta e cárie dentária numa população adulta latina diversa	14.517 homens e mulheres dentados na Comunidade Hispânica Questionário de Propensão Alimentar A experiência de cárie dentária foi quantificada pelo índice de superfícies cariadas, perdidas e obturadas (CPOS)	cada aumento de 10 unidades na pontuação de qualidade da dieta foi associado a 2,5 menos (intervalo de confiança de 95%: -3,4, -1,6) CPOS Maior consumo de bebidas açucaradas e sumo de frutas associou-se positivamente com cárie dentária
(Traisuwan, 2021)	Estudo transversal	Avaliar o estado de saúde oral e os comportamentos de saúde oral de trabalhadoras migrantes grávidas em comparação com os gestantes locais.	Incluídas trabalhadoras migrantes grávidas e mulheres grávidas locais. O estado de saúde oral foi avaliado de acordo com o protocolo da OMS.	Incluídas 208 trabalhadoras migrantes grávidas e 210 grávidas locais. As trabalhadoras migrantes tiveram significativamente mais doenças orais do que as grávidas locais (média CPOD=5,8± 4,4 vs 4,8± 4,0, p=0,014) com mais cáries (5,5± 3,6 vs 3,8± 2,9, p<0,01). As trabalhadoras migrantes grávidas sofreram maior doença periodontal (74,5% vs 22,4%) e 11,1 % sofreram de doença grave com bolsas profundas.

Tabela 2: Estudos selecionados referentes a mulheres migrantes (continuação).

Autor(es), data	Tipo de estudo	Objetivo	Metodologia	Principais resultados
(Pichemin et al., 2022)	Estudo transversal	Explorar as necessidades de cuidados orais de populações migrantes desfavorecidas e identificar os obstáculos que podem encontrar no acesso aos cuidados dentários.	Os dados foram obtidos por exame clínico oral e analisados de acordo com vários critérios: motivo da consulta, diagnóstico, plano de tratamento, prescrição de medicamentos e encaminhamentos a outros profissionais.	Elevada prevalência de cárie entre os participantes (72,3%). A falta de proficiência no idioma do país anfitrião foi associada a uma grande necessidade de cuidados orais
(Q. Li et al., 2023)	Estudo transversal	Examinar as visitas ao dentista, autopercepção do estado de saúde oral e problemas dentários entre mulheres imigrantes asiáticas em idade fértil, em contraste com mulheres canadenses em idade fértil e mulheres imigrantes não asiáticas em idade fértil.	5737 mulheres com idade entre 20 e 39 anos. Modelos de regressão logística multivariável avaliaram o estado de imigrante e outros fatores em relação aos indicadores de saúde oral (i.e., consulta odontológica, autopercepção de saúde oral, problema de dentes e dentes removidos por cárie)	Entre as mulheres imigrantes asiáticas em idade fértil, houve uma frequência significativamente menor de visitas ao dentista em comparação com as não imigrantes (OR = 0,53; 95% IC: 0,37-0,76).

Estes resultados demonstram que, em geral, tanto os imigrantes como os refugiados têm outras prioridades e preocupações para lidar, como o stresse que está associado à adaptação a uma nova cultura, a aprendizagem de uma segunda língua, problemas com transporte, finanças e encontrar escolas para as crianças, antes de poderem considerar as necessidades de saúde oral dos seus filhos. E mesmo que, por vezes, desejem procurar atendimento odontológico, a maioria acha o custo de uma consulta ou tratamento num consultório de Medicina Dentária privado bastante elevado e por isso sem possibilidade para pagar, especialmente porque a maioria dos recém-chegados não tem seguro dentário ou os meios financeiros para cobrir o custo (Hoover et al., 2017).

Também Solyman e Westhausen pretenderam determinar o estado da saúde oral de adultos refugiados recém-chegados na Alemanha e explorar os seus conhecimentos e práticas sobre higiene oral. Verificaram que 87,5% dos participantes tinham cárie que não era tratada. A média do CPOD foi de 6,38 com cariados, perdidos e obturados apresentando pontuações médias de 4,00, 1,46 e 0,92 respetivamente. 79% dos participantes apresentavam placa bacteriana em todos os seis sextantes, 60% tinham placa em pelo menos três sextantes e 6% apresentavam várias magnitudes de defeitos no esmalte. O CPOD estava significativamente associado com a idade e com escolaridade e as mulheres tinham muito menos dentes perdidos em comparação com os homens. Constataram também que os participantes tinham, em geral, grandes níveis de conhecimento e atitude em relação à higiene oral. No entanto, os resultados obtidos mostraram uma lacuna entre o conhecimento e a prática (Solyman & Schmidt-Westhausen, 2018).

Também os idosos migrantes são um grupo vulnerável e por isso é necessário ter uma atenção especial a este grupo também. Recentemente, apenas um estudo foi encontrado sobre a saúde oral dos idosos migrantes e os seus resultados encontram-se resumidos na tabela 3.

Tabela 3: Estudo selecionado referentes a idosos migrantes.

Autor(es), data	Tipo de estudo	Objetivo	Metodologia	Principais resultados
(Aarabi et al., 2018)	Estudo transversal	Comparar saúde oral, barreiras de acesso ao atendimento dentário, comportamento de saúde oral e comportamento de higiene oral de idosos alemães residentes com e sem antecedentes migratórios.	uma amostra de conveniência (N = 112, idade \geq 60 anos, 54% imigrantes) foi recrutada em quatro consultórios dentários em Hamburgo, Alemanha. A saúde oral foi avaliada com dentes cariados/perdidos/obturados (CPO-D), índice de sangramento papilar (IPC) e índice de placa aproximada (IPA).	Enquanto a experiência de cárie foi semelhante em migrantes e não migrantes (média CPOD: 24,8 vs. 23,4), significativamente mais dentes foram cariados (5,3 vs. 2,1, $p < 0,001$), e o API (55,3% vs. 33,0%, $p = 0,002$) e o IPC (46,3% vs. 30,5%, $p = 0,016$) foram significativamente maiores nos migrantes.

2.1.6. Saúde Oral e a sua influência no Estado Nutricional

Uma saúde oral enfraquecida pode refletir-se num pior estado nutricional ao condicionar o processo de ingestão dos alimentos, quer pela falta de dentes quer pela redução da produção de saliva ou alteração do paladar (Gondivkar et al., 2019).

A cárie dentária e a doença periodontal são classificadas entre as doenças não transmissíveis mais comuns no mundo e, além disso, são as doenças mais prevalentes da cavidade oral. Essas doenças resultam numa redução das funções mastigatórias, de deglutição e de fala, bem como de dor e infeções orais, levando a um aumento do risco de doenças sistémicas (por exemplo, enfarte, acidente vascular cerebral) e distúrbios psicológicos e relacionais. Assim como todas as doenças sistémicas não transmissíveis espera-se que a cárie e a doença periodontal sejam mais prevalentes e graves entre indivíduos socioeconomicamente desfavorecidos (Peres et al., 2019).

A eficiência mastigatória ao estar comprometida irá influenciar o estado nutricional. Por exemplo, as pessoas podem não ser capazes de comer certos tipos de alimentos porque são difíceis de mastigar ou engolir (carne bovina), duros ou crocantes (cenoura, pão crocante) ou abrasivos (batatas fritas) (Najeeb et al., 2016).

3. DISCUSSÃO

Os migrantes, onde se inclui também os refugiados, além de enfrentarem o abandono da família, ficam expostos a contextos desconhecidos e têm de enfrentar mudanças e adaptações a uma nova cultura e língua, estilo de vida e, por vezes, novas regras políticas e jurídicas. Também podem sofrer discriminação por parte da população. Estas situações influenciam tanto a qualidade de vida dos indivíduos como a sua saúde mental, saúde em geral e saúde oral.

Em 2022, Li e Kong (H. Li & Kong, 2022) realizaram um estudo que explorou a relação entre depressão, ansiedade, stress, morbilidade e qualidade de vida relacionada com a saúde oral (OHRQoL) em idosos migrantes que deixam o ambiente rural ou urbano familiar e seguem os seus filhos para viver nas grandes cidades para cuidar dos seus familiares ou sustentar os idosos (MEFC) na China. Este estudo constatou que a depressão e a ansiedade estiveram fortemente associadas à OHRQoL. Os MEFCs deprimidos e ansiosos foram menos propensos a relatar boa saúde oral, o que é consistente com um outro estudo anterior. Para os imigrantes idosos, a sua capacidade de adaptação a novos ambientes é muitas vezes pior que para os jovens. No caso dos MEFCs, o foco das suas vidas muitas vezes está em cuidar dos netos, o que pode levá-los a negligenciar os seus problemas de saúde física e mental. Além disso, devido ao novo ambiente de vida e novos vizinhos, eles são mais propensos a ter problemas psicológicos, o que também pode ter um impacto negativo na sua saúde oral.

Por vezes os migrantes são denominados como “imigrantes saudáveis”, isto porque ao chegar ao novo país a sua situação de saúde, tanto oral como em geral, muitas vezes é melhor do que a dos nativos do país. No entanto, a partir de um certo período de permanência, passa a evoluir para uma situação que é bastante semelhante aos habitantes nativos. Este é o resultado do processo de aculturação, no qual atitudes e comportamentos do novo país passam a ser incorporados pela população migrante.

Esmaili e a sua equipa pretenderam explorar as necessidades de saúde e barreiras ao tratamento encontradas numa população de crianças refugiadas da Carolina do Norte e verificaram que apesar de uma baixa prevalência de doenças infecciosas existia uma grande prevalência de problemas nutricionais tais como paragem de crescimento (17%), excesso de peso (21%), insuficiência de vitamina D (79%) e anemia (13%) (Esmaili et al., 2021).

O impacto da imigração nos hábitos alimentares dos migrantes pode ser exacerbado por fatores como o acesso limitado a alimentos culturalmente significativos, a disponibilidade de recursos financeiros e as diferenças no ambiente alimentar entre seu país de origem e seu novo local de residência. Por exemplo, os migrantes podem ter dificuldade em encontrar ingredientes específicos necessários para a preparação de pratos tradicionais, o que os obriga a se adaptar a uma alimentação local muitas vezes diferente daquela a que estão acostumados. Além disso, as barreiras linguísticas e culturais podem dificultar a navegação nos mercados e supermercados locais, limitando ainda mais a sua capacidade de comprar alimentos familiares (Amstutz et al., 2020; Ankomah et al., 2022; Popovic-Lipovac & Strasser, 2015).

Além dos desafios relacionados ao acesso a alimentos tradicionais, os migrantes também podem enfrentar preocupações financeiras que limitam sua capacidade de comprar alimentos nutritivos. Os altos custos dos produtos alimentícios de qualidade, combinados com potencialmente menores rendimentos em seu novo país, podem resultar em compromissos com a qualidade nutricional dos alimentos comprados. Em alguns casos, os migrantes podem recorrer a alimentos baratos, mas pouco nutritivos, para atender às suas necessidades alimentares, o que pode ter consequências prejudiciais para a sua saúde oral (Amstutz et al., 2020; Ankomah et al., 2022).

Além disso, as mudanças no ambiente alimentar podem levar a uma diminuição no consumo de alimentos ricos em nutrientes essenciais para a saúde bucal, como frutas e vegetais. Esses alimentos são frequentemente substituídos por alimentos processados e ricos em açúcar, aumentando o risco de cáries dentárias e doenças periodontais. Além disso, os hábitos alimentares dos migrantes também podem ser influenciados por fatores socioculturais, como normas alimentares locais e tradições culinárias, que podem diferir das do seu país de origem (Aarabi et al., 2018).

O processo de aculturação pode ser verificado de diversas formas sendo que uma delas é a experiência de cárie dentária em algumas populações de refugiados e migrantes. Mesmo que a população tenha tido pouco ou nenhum acesso a serviços médico-dentários nos seus países, muitos não apresentam história prévia da doença. Mas ao contactarem com uma nova cultura e hábitos dietéticos com forte incorporação de hidratos de carbono fermentáveis, os problemas orais começam a surgir e os indicadores de doenças passam a ser semelhantes aos dos nativos (Riatto et al., 2018; Riggs et al., 2017).

Em 2018, a equipa constituída por Luo, Hybels e Wu realizou um estudo onde pretendia descrever a situação de saúde oral de imigrantes nos EUA, a associação entre aculturação e saúde oral responsável pelos efeitos da depressão e explorar os efeitos interativos entre aculturação e depressão na saúde oral de imigrantes. Constataram que os imigrantes nos EUA tinham problemas consideráveis de saúde oral, mais de um terço relatou ter saúde oral precária e mais de metade tinha periodontite. A aculturação foi associada à saúde oral, independentemente dos efeitos da depressão. Um maior nível de aculturação, ou seja, uma estadia mais longa nos EUA, além de falar principalmente inglês em casa, reduziu as hipóteses de desenvolver periodontite sendo que não foram encontrados efeitos de interação entre depressão e fatores de aculturação (Luo et al., 2018).

Ge et al. (2018) no seu estudo, que foi o primeiro a analisar as associações entre tercis de aculturação e sintomas de saúde oral numa população imigrante nos Estados Unidos, observaram que o tercil superior na aculturação comportamental foi mais propenso a apresentar sintomas dentários/gengivais do que o tercil inferior da aculturação. Verificaram também que o tercil médio da aculturação comportamental foi o grupo que mais apresentou algum sintoma dentário (Ge et al., 2018).

Já a saúde oral das crianças também pode ser influenciada pelo nível de aculturação dos pais. Tiwari et al (2021) demonstraram que a aculturação está associada às atitudes, crenças e comportamentos de saúde oral dos pais. Pais menos aculturados apresentaram baixo conhecimento sobre saúde oral, apresentaram mais barreiras de acesso ao dentista para cuidados odontológicos preventivos e achavam que os seus filhos eram menos suscetíveis à cárie dentária. Por outro lado, destacam que pais com menor aculturação apresentaram maiores níveis de apoio social (Tiwari et al., 2021).

Além disso, este estudo também forneceu dados relativos às características de conhecimento, comportamento e crença em saúde oral de pais mais aculturados. Como previsto, pais mais aculturados relataram melhor saúde oral e saúde geral, maiores rendimentos e escolaridade e plano odontológico, comparados aos pais menos aculturados (Tiwari et al., 2021).

Vários estudos relatam o estado de saúde oral das crianças migrantes. Em vários estudos recentes a prevalência de cárie variou entre 70% a 80% nas crianças migrantes, sendo que as não migrantes apresentavam valores mais baixos, mas alarmantes de qualquer forma (Ferrazzano et al., 2019, 2022; Xu et al., 2023; Zhang et al., 2020).

Alguns estudos também têm destacado que as mulheres imigrantes são mais propensas a relatar problemas dentários e a usar serviços de assistência odontológica ao longo do tempo (Q. Li et al., 2023; Traisuwan, 2021).

No ano passado, Li e a sua equipa relataram que as mulheres imigrantes asiáticas possuíam autopercepção de saúde equivalentemente boa e uma prevalência significativamente menor de sintomas dentários. Este estudo também demonstrou que aparentes necessidades não atendidas de cuidados médico-dentários ainda existiam em mulheres imigrantes asiáticas em comparação com o resto da população canadense (Q. Li et al., 2023). Isso é consistente com uns estudos anteriores que descobriu que as mulheres imigrantes eram mais propensas a ter visitado o dentista (Adeniyi et al., 2020).

Também os migrantes, forçados ou não, podem experienciar o fenómeno de insegurança alimentar e nutricional (IAN). As situações de fome, obesidade ou doenças associadas a uma má alimentação são diversas faces da IAN.

São vários os estudos que relatam a IAN no caso das migrações, especialmente refugiados. No estudo de Wang et al (2016) a IAN familiar foi manifestada por uma redução significativa no consumo de frutas, carne, peixes, bebidas e doces. Os fatores que podem ser associados à IAN são: falta de emprego, recebimento de salários mais baixos, aquisição e utilização de equipamentos de cozinha desconhecidos, barreiras na deslocação entre o local onde vivem até ao local de venda de produtos, acesso limitado aos alimentos e necessidade de enviar dinheiro para os familiares que não conseguiram migrar (Khakpour et al., 2019; McElrone et al., 2019; Wang et al., 2016).

Nos campos de refugiados na maioria dos países de acolhimento na Europa, o acesso aos serviços de saúde oral é limitado devido, principalmente, à escassez de profissionais médico-dentários, resultando muitas vezes na limitação dos serviços de saúde oral apenas à extração dentária (Solyman & Schmidt-Westhausen, 2018).

Dois artigos focaram-se na compreensão da experiência de crianças refugiadas em idade pré-escolar em termos de saúde oral precoce e experiências de acesso a serviços odontológicos (Fennell-Wells & Yusuf, 2020; Riatto et al., 2018). Estes dois artigos foram publicados nos últimos 5 anos. Os principais fatores que se mostraram significativos foram a influência da experiência prévia dos pais, as suas crenças e a falta de conhecimento sobre a importância do atendimento odontológico precoce e da saúde oral. A prevalência de hábitos alimentares não saudáveis, como consumir muito açúcar,

bebidas gaseificadas e lanches, pode ser um risco para a cárie dentária e pode contribuir para a doença periodontal e, por isso, uma má saúde oral. Além disso, a pobreza também contribui para uma saúde oral precária. Os desafios resultantes da mudança priorizam outras coisas e podem resultar no esquecimento da saúde oral (Riatto et al., 2018; Solyman & Schmidt-Westhausen, 2018).

É importante reconhecer que os problemas de saúde oral entre os migrantes não estão apenas relacionados à alimentação, mas também podem ser exacerbados por outros fatores, como acesso limitado aos cuidados dentários e obstáculos na comunicação com profissionais de saúde. Portanto, uma abordagem holística da saúde oral dos migrantes deve levar em consideração esses fatores e propor intervenções adequadas para atender às suas necessidades específicas.

Em conclusão, as mudanças nos hábitos alimentares dos migrantes podem ter um impacto significativo na sua saúde oral, aumentando o risco de cáries dentárias, doenças periodontais e outros problemas dentários. Para enfrentar esses desafios, é essencial desenvolver intervenções integradas que abordem tanto os determinantes sociais da saúde quanto as necessidades específicas de alimentação e saúde oral dos migrantes. Isso pode incluir programas de conscientização sobre a importância de uma alimentação saudável, iniciativas para melhorar o acesso a alimentos nutritivos e acessíveis, bem como serviços de cuidados dentários culturalmente sensíveis e acessíveis. Ao tomar essas medidas, podemos contribuir para melhorar a saúde e o bem-estar dos migrantes, reduzindo as disparidades na saúde oral nas populações migrantes.

Com tudo o que foi citado, verifica-se de extrema importância fazer um acompanhamento dos migrantes a nível de saúde oral e estado nutricional desde o momento da sua chegada para que estes não sofram situações de má nutrição e diminuição da sua saúde oral, que irá afetar todo o seu psicológico também. Também os campos de refugiados deverão possuir um serviço de saúde oral permanente.

4. CONCLUSÃO

Através desta revisão narrativa pode-se verificar que tanto a migração como a aculturação têm uma influência significativa no consumo alimentar dos migrantes. A aculturação, ao afetar a nutrição dos migrantes, irá afetar a sua saúde oral já que as alterações dos padrões alimentares poderão levar a um consumo mais elevado de alimentos não saudáveis pela sua facilidade de aquisição o que irá provocar o aparecimento de doenças orais como a cárie e a doença periodontal.

Desta forma, é importante que os planos existentes para a promoção da saúde oral sejam aplicados aquando da chegada dos migrantes ao novo país para tentar reverter a situação atual de uma deterioração da saúde oral nestes grupos mais vulneráveis. É importante a existência de médicos dentistas que possam avaliar a condição oral e fazer posterior seguimento médico.

Conclui-se, portanto, que tanto os médicos-dentistas, quanto os nutricionistas desempenham papéis bastante importantes na receção e acompanhamento de migrantes para que a saúde oral e geral global.

Verifica-se também que são poucos os estudos recentes que fazem uma distinção entre as várias faixas etárias, sendo que são encontrados mais estudos que falam dos migrantes no geral e este facto poderá ser uma limitação desta revisão narrativa.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aarabi, G., Reissmann, D. R., Seedorf, U., Becher, H., Heydecke, G., & Kofahl, C. (2018). Oral health and access to dental care—a comparison of elderly migrants and non-migrants in Germany. *Ethnicity and Health, 23*(7), 703–717. <https://doi.org/10.1080/13557858.2017.1294658>
- Adeniyi, A. A., Laronde, D. M., Brondani, M., & Donnelly, L. (2020). Perspectives of socially disadvantaged women on oral healthcare during pregnancy. *Community Dental Health, 37*(1), 39–44. https://doi.org/10.1922/CDH_4591Adeniyi06
- Aljaroudi, R. (2018). *Exploring the food choices of Muslim Arab immigrants in Canada*. University of Waterloo.
- Amstutz, D., Gonçalves, D., Hudelson, P., Stringhini, S., Durieux-Paillard, S., & Rolet, S. (2020). Nutritional Status and Obstacles to Healthy Eating Among Refugees in Geneva. *Journal of Immigrant and Minority Health, 22*(6), 1126–1134. <https://doi.org/10.1007/s10903-020-01085-4>
- Ando, S. (2020). Dietary adaptation of immigrant families. *Journal of Ethnic and Cultural Diversity in Social Work, 29*(1–3), 238–243. <https://doi.org/10.1080/15313204.2019.1697406>
- Ankomah, A., Byaruhanga, J., Woolley, E., Boamah, S., & Akombi-Inyang, B. (2022). Double burden of malnutrition among migrants and refugees in developed countries: A mixed-methods systematic review. *PLoS ONE, 17*(8 August), e0273382. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273382>
- Bhusari, S., Ilechukwu, C., Elwishahy, A., Horstick, O., Winkler, V., & Antia, K. (2020). Dental caries among refugees in europe: A systematic literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(24), 1–12. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249510>
- Bojorquez, I., Rentería, D., & Unikel, C. (2014). Trajectories of dietary change and the social context of migration: A qualitative study. *Appetite, 81*, 93–101. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.06.005>
- Dahlan, R., Ghazal, E., Saltaji, H., Salami, B., & Amin, M. (2019). Impact of social support on oral health among immigrants and ethnic minorities: A systematic review. *PLoS ONE, 14*(6), e0212891. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218678>
- Delavari, M., Sønderlund, A. L., Swinburn, B., Mellor, D., & Renzaho, A. (2013). Acculturation and obesity among migrant populations in high income countries - A systematic review. *BMC Public Health, 13*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-458>
- Dondi, A., Piccinno, V., Morigi, F., Sureshkumar, S., Gori, D., & Lanari, M. (2020). Food insecurity and major diet-related morbidities in migrating children: A systematic review. *Nutrients, 12*(2), 379. <https://doi.org/10.3390/nu12020379>
- Esmaili, E., Winters, I., Kaakati, R., Lee, A., Augustine, A., & Thielman, N. (2021). Pediatric refugee health and patterns of health care utilization in durham, north carolina. *North Carolina Medical Journal, 82*(3), 157–163. <https://doi.org/10.18043/ncm.82.3.157>
- Eurostat. (2021). *Statistics Explained Migration and Migrant Population Statistics*. Eurostat. <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php>

- FDI. (2016). *FDI Definition of oral health*. Federação Dentária Internacional. <https://www.fdiworlddental.org/fdis-definition-oral-health>
- Fennell-Wells, A. V. L., & Yusuf, H. (2020). Child refugees and asylum seekers: oral health and its place in the UK system. *British Dental Journal*, 228(1), 44–49. <https://doi.org/10.1038/s41415-019-1099-4>
- Ferrazzano, G. F., Cantile, T., Sangianantoni, G., Ingenito, A., Rengo, S., Alcidi, B., & Spagnuolo, G. (2019). Oral health status and Unmet Restorative Treatment Needs (UTN) in disadvantaged migrant and not migrant children in Italy. *European Journal of Paediatric Dentistry*, 20(1), 10–14. <https://doi.org/10.23804/ejpd.2019.20.01.02>
- Ferrazzano, G. F., Di Benedetto, G., Caruso, S., Di Fabio, G., Caruso, S., De Felice, M. E., & Gatto, R. (2022). Experience and Prevalence of Dental Caries in Migrant and Nonmigrant Low-SES Families' Children Aged 3 to 5 Years in Italy. *Children*, 9(9), 1384. <https://doi.org/10.3390/children9091384>
- Ge, S., Wu, B., & Dong, X. (2018). Associations Between Acculturation and Oral Health Among Older Chinese Immigrants in the United States. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 4, 233372141877819. <https://doi.org/10.1177/2333721418778197>
- Geltman, P. L., Adams, J. H., Cochran, J., Doros, G., Rybin, D., Henshaw, M., Barnes, L. L., & Paasche-Orlow, M. (2013). The impact of functional health literacy and acculturation on the oral health status of somali refugees living in Massachusetts. *American Journal of Public Health*, 103(8), 1516–1523. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300885>
- Ghiabi, E., Matthews, D. C., & Brilliant, M. S. (2014). The oral health status of recent immigrants and refugees in nova Scotia, Canada. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(1), 95–101. <https://doi.org/10.1007/s10903-013-9785-9>
- Góis, P., & Marques, J. C. (2018). Retrato de um Portugal migrante: a evolução da emigração, da imigração e do seu estudo nos últimos 40 anos. *E-Cadernos CES*, 29, 1–10. <https://doi.org/10.4000/eces.3307>
- Gondivkar, S. M., Gadbail, A. R., Gondivkar, R. S., Sarode, S. C., Sarode, G. S., Patil, S., & Awan, K. H. (2019). Nutrition and oral health. *Disease-a-Month*, 65(6), 147–154. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2018.09.009>
- Hoover, J., Vatanparast, H., & Uswak, G. (2017). 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*, 19(6), 1315–1321. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0452-9>
- INSA. (2024). *Guia de Avaliação do Estado Nutricional infantil e juvenil*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. <https://www.insa.min-saude.pt>
- Khakpour, M., Iqbal, R., GhulamHussain, N., Engler-Stringer, R., Koc, M., Garcea, J., Farag, M., Henry, C., & Vatanparast, H. (2019). Facilitators and Barriers toward Food Security of Afghan Refugees Residing in Karachi, Pakistan. *Ecology of Food and Nutrition*, 58(4), 317–334. <https://doi.org/10.1080/03670244.2019.1598982>
- Lee, S. D., Kellow, N. J., Choi, T. S. T., & Huggins, C. E. (2021). Assessment of dietary acculturation in east asian populations: A scoping review. *Advances in Nutrition*, 12(3), 865–886. <https://doi.org/10.1093/advances/nmaa127>

- Lee, S. D., Kellow, N. J., Huggins, C. E., & Choi, T. S. T. (2022). How and Why Diets Change Post-Migration: A Qualitative Exploration of Dietary Acculturation among Recent Chinese Immigrants in Australia. *Nutrients*, *14*(17), 3573. <https://doi.org/10.3390/nu14173573>
- Li, H., & Kong, F. (2022). Effect of Morbidities, Depression, Anxiety, and Stress on Oral Health-Related Quality of Life among Migrant Elderly Following Children in Weifang, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(8), 4677. <https://doi.org/10.3390/ijerph19084677>
- Li, Q., Du, M., Knight, J. C., Yi, Y., Wang, Q., Wang, P. P., & Zhu, Y. (2023). Dental Insurance Coverage, Dentist Visiting, and Oral Health Status among Asian Immigrant Women of Childbearing Age in Canada: A Comparative Study. *Healthcare (Switzerland)*, *11*(19), 2666. <https://doi.org/10.3390/healthcare11192666>
- Luo, H., Hybels, C. F., & Wu, B. (2018). Acculturation, depression and oral health of immigrants in the USA. *International Dental Journal*, *68*(4), 245–252. <https://doi.org/10.1111/idj.12364>
- Mahan, L. K., & Food, R. J. K. (2016). *The nutrition care process*. Saunders.
- Martinon, P., Fraticelli, L., Giboreau, A., Dussart, C., Bourgeois, D., & Carrouel, F. (2021). Nutrition as a key modifiable factor for periodontitis and main chronic diseases. *Journal of Clinical Medicine*, *10*(2), 1–26. <https://doi.org/10.3390/jcm10020197>
- McElrone, M., Colby, S. E., Moret, L., Kavanagh, K., Spence, M., Fouts, H. N., Ellington, A., & Payne, M. (2019). Barriers and Facilitators to Food Security among Adult Burundian and Congolese Refugee Females Resettled in the US. *Ecology of Food and Nutrition*, *58*(3), 247–264. <https://doi.org/10.1080/03670244.2019.1598981>
- Najeeb, S., Zafar, M. S., Khurshid, Z., Zohaib, S., & Almas, K. (2016). The role of nutrition in periodontal health: An update. *Nutrients*, *8*(9), 530. <https://doi.org/10.3390/nu8090530>
- OIM. (2019). *Who is a migrant?* International Organization for Migration. <https://www.iom.int/who-is-a-migrant>
- OMS. (2017). *The double burden of malnutrition: policy brief*. Organização Mundial Da Saúde. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-17.3>
- OMS. (2023a). *Malnutrition*. Organização Mundial Da Saúde. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
- OMS. (2023b). *Obesity and overweight*. Organização Mundial Da Saúde. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- OMS. (2023c). *Oral health*. Organização Mundial Da Saúde. https://www.who.int/health-topics/oral-health#tab=tab_1
- ONU. (2019). *Migrações*. Centro Regional de Informação Para a Europa Ocidental. Organização Das Nações Unidas. <https://unric.org/pt/darfur-cessacao-das-hostilidades-e-uma-prioridade-muitourgentelembra-secretario-geral-3>
- Peres, M. A., Macpherson, L. M. D., Weyant, R. J., Daly, B., Venturelli, R., Mathur, M. R., Listl, S., Celeste, R. K., Guarnizo-Herreño, C. C., & Kearns, C. (2019). Oral diseases: a global public health challenge. *The Lancet*, *394*(10194), 249–260.

- Pichemin, C., Boyer, E., Jarno, P., Bertaud, V., Meuric, V., & Couatarmanach, A. (2022). Oral Care Needs Amongst Disadvantaged Migrants in France. *International Dental Journal*, 72(4), 559–564. <https://doi.org/10.1016/j.identj.2021.12.002>
- Popkin, B. M., Corvalan, C., & Grummer-Strawn, L. M. (2020). Dynamics of the double burden of malnutrition and the changing nutrition reality. *The Lancet*, 395(10217), 65–74. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32497-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32497-3)
- Popovic-Lipovac, A., & Strasser, B. (2015). A Review on Changes in Food Habits Among Immigrant Women and Implications for Health. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(2), 582–590. <https://doi.org/10.1007/s10903-013-9877-6>
- Portal da Migração. (2020). *International migration data*. Migration Data Portal. https://www.migrationdataportal.org/internationaldata?i=stock_abs_&t=2020&m=1&rm49=150
- Rad, S. A. B., Oliveira, M. E., Maklennan, A., Castiglia, P., & Campus, G. (2023). Higher prevalence of dental caries and periodontal problems among refugees: A scoping review. *Journal of Global Health*, 13, 1–12. <https://doi.org/10.7189/JOGH.13.04111>
- Riatto, S. G., Montero, J., Pérez, D. R., Castaño-Séiquer, A., & Dib, A. (2018). Oral Health Status of Syrian Children in the Refugee Center of Melilla, Spain. *International Journal of Dentistry*, 2018. <https://doi.org/10.1155/2018/2637508>
- Riggs, E., Rajan, S., Casey, S., & Kilpatrick, N. (2017). Refugee child oral health. *Oral Diseases*, 23(3), 292–299. <https://doi.org/10.1111/odi.12530>
- Sanders, A., Cardel, M., Laniado, N., Kaste, L., Finlayson, T., Perreira, K., & Sotres-Alvarez, D. (2020). Diet quality and dental caries in the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos. *Journal of Public Health Dentistry*, 80(2), 140–149. <https://doi.org/10.1111/jphd.12358>
- Sano, Y., & Abada, T. (2019). Immigration as a Social Determinant of Oral Health: Does the ‘Healthy Immigrant Effect’ Extend to Self-rated Oral Health in Ontario, Canada? *Canadian Ethnic Studies*, 51(1), 135–156. <https://doi.org/10.1353/ces.2019.0005>
- Santonocito, S., Polizzi, A., Palazzo, G., Indelicato, F., & Isola, G. (2021). Dietary factors affecting the prevalence and impact of periodontal disease. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*, 13, 283–292. <https://doi.org/10.2147/CCIDE.S288137>
- SEF. (2021a). *População Estrangeira Residente em Portugal*. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. <https://sefstat.sef.pt/forms/distritos.aspx>
- SEF. (2021b). *Relatório de Imigração, fronteiras e Asilo*. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. <https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa2021.pdf>
- Solyman, M., & Schmidt-Westhausen, A. M. (2018). Oral health status among newly arrived refugees in Germany: A cross-sectional study. *BMC Oral Health*, 18(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12903-018-0600-9>
- Thomson, L., & McFeeter, J. (2019). What’s for Dinner? An Exploration of Changes in Eating Habits and Dietary Acculturation among Migrants New to Australia. AMES Australia; Melbourne, Australia. *AMES Australia*, 2019, 1–32.
- Tiwari, T., Poravanthattil, A., Rai, N., & Wilson, A. (2021). Association of acculturation and latino parents’ oral health beliefs and knowledge. *Children*, 8(3), 243. <https://doi.org/10.3390/children8030243>

- Traisuwan, W. (2021). Oral health status and behaviors of pregnant migrant workers in Bangkok, Thailand: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*, *21*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01732-8>
- Wang, Y., Min, J., Harris, K., Khuri, J., & Anderson, L. M. (2016). A systematic examination of food intake and adaptation to the food environment by refugees settled in the United States. *Advances in Nutrition*, *7*(6), 1066–1079. <https://doi.org/10.3945/an.115.011452>
- Wu, B., Pei, Y., Zhang, W., & Northridge, M. (2020). Immigrant Status, Resilience, and Perceived Oral Health Among Chinese Americans in Hawaii. *Research on Aging*, *42*(5–6), 186–195. <https://doi.org/10.1177/0164027520912493>
- Xu, N., Deng, S., Liang, Y., Chen, A., Zou, D., Li, L., & Qiu, R. (2023). Impact of migration on oral health outcomes of children in multi-beneficial kindergartens in Nanning, Southern China: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*, *23*(1), 507. <https://doi.org/10.1186/s12903-023-03212-7>
- Zhang, H., Zeng, X., Jiang, Y., Xu, W., Wang, X., Li, C., Zhang, Y., Liu, Y., & Wang, Y. (2020). The disparity in caries and sealants between migrant and native children in Shanghai: A cross-sectional study. *International Journal of Dental Hygiene*, *18*(1), 84–91. <https://doi.org/10.1111/idh.12411>