

Consumo alimentar de idosos atendidos em um programa de reabilitação da saúde bucal de unidades de saúde da família na cidade de Pelotas-RS

Food intake of the elderly of oral health rehabilitation program attended at family health units in the city of Pelotas, RS

Caren Novack Valle Coelho¹; Bruna Celestino Schneider²; Andréia Morales Cascaes³; Alexandre Emidio Ribeiro Silva⁴; Silvana Paiva Orlandi⁵

^{1,2,5}Faculdade de Nutrição. UFPel.

^{3,4}Faculdade de Odontologia. UFPel

Endereço para correspondência: brucelsch@yahoo.com.br

Palavras-chave

Idoso
Saúde Bucal
Consumo de Alimentos

Objetivo: descrever os marcadores de consumo alimentar propostos pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), conforme a recomendação do Guia Alimentar do Ministério da Saúde em idosos atendidos em um programa de reabilitação da saúde bucal, conforme características sociodemográficas e estado nutricional. **Método:** estudo transversal realizado entre os meses de abril e dezembro de 2015. A população -alvo foram indivíduos com sessenta anos ou mais de idade cadastrados nas onze unidades básicas de saúde de Pelotas-RS que faziam parte da Estratégia Saúde da Família. **Resultados:** foram avaliados 139 idosos, sendo a maioria do sexo feminino (74,1%) e com excesso de peso (55,1%). Dos marcadores de consumo alimentar saudável, a maior prevalência de adesão à recomendação foi observada para o consumo de feijão (67,7%) e a menor para o consumo de legumes cozidos (35,3%). Os idosos pertencentes ao 2º tercil de renda foram os que mais aderiram à recomendação para o consumo de frutas (57,0%). Quanto aos marcadores de consumo alimentar não saudável, a maior prevalência de adesão foi para o consumo de batata frita (93,5%) e a menor para o consumo de bolacha salgada (47,5%). Os idosos com excesso de peso foram os que mais aderiram à recomendação para o consumo de bolacha salgada (64,9%) e de bolacha doce (55,4%). **Conclusão:** através deste estudo verificou-se que os idosos aderiam à recomendação do Guia Alimentar para a maioria dos marcadores de consumo alimentar saudável e não saudável do SISVAN.

Keywords

Aged, Elderly
Oral health
Food consumption

Objective: To describe the markers of food intake proposed by the Food and Nutrition Surveillance System (SISVAN) as recommended by Dietary Guidelines for the Brazilian population of Ministry of Health of Brazil in elderly patients in a dental health rehabilitation program as sociodemographic characteristics and nutritional status. *Method:* Cross-sectional study conducted from April to December 2015. The target population was individuals aged 60 or over age registered in the eleven primary healthcare units in Pelotas that were part of Family Health Strategy. *Results:* we evaluated 139 elderly, mostly female (74.1%) and overweight (55.1%). To the healthy food consumption markers, the higher prevalence of adherence to recommendation was observed for beans consumption (67.7%) and lower for cooked vegetables consumption (35.3%). Elderly people belonging to the 2nd tertile were more joined the recommendation for consumption of fruits (57.0%). As for markers of unhealthy food consumption, the higher prevalence of adherence was for fries (93.5%) and the lowest for crackers (47.5%). The overweight elderly were the most adhered to the recommendation for crackers consumption (64.9%) and sweet biscuit consumption (55.4%). *Conclusion:* this study found that the elderly adhered to the Dietary Guidelines' recommendation for majority food consumption healthy and not healthy markers of the SISVAN.

INTRODUÇÃO

A população brasileira encontra-se envelhecendo de forma rápida. Estima-se que em 2020 no Brasil o número

de pessoas com 60 anos ou mais chegue a 25 milhões; e, no mundo em 2050 um quinto da população será de idosos¹. Esse processo de envelhecimento populacional vem ocorrendo ao longo dos anos e se dá devido à

diminuição na taxa de fecundidade e aumento da expectativa de vida².

O envelhecimento é um processo natural ao qual submete o organismo a diversas alterações anatômicas e funcionais, com repercussões nas condições de saúde e no estado nutricional do idoso³. Tais repercussões podem ter como causa razões fisiológicas, medicamentosa, diminuição da percepção sensorial, alterações mentais, além de outras doenças que possam reduzir o apetite^{3,4}.

Além dessas, a saúde bucal é uma parte inerente e inseparável da saúde em geral, o uso de próteses ou a falta de dentes pode tornar a ingestão alimentar inadequada, levando ao consumo insatisfatório de diversos alimentos. Os idosos necessitam de cuidados especiais, e para suprir essas necessidades é necessária uma equipe multiprofissional capaz de contextualizar as carências em que eles se inserem⁵.

O consumo de frutas e hortaliças está presente na rotina da população brasileira. Nas últimas décadas houve um aumento no número de pessoas que buscam uma alimentação saudável, com menos gordura, porém, a ingestão de sal é alta no Brasil, e estudos mostram que a população tem substituído refeições por lanches⁶. Segundo a última Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) 2008-09, a ingestão diária de sódio acima do limite tolerável de 2.300mg chegou a 80,4% dos homens e 62,2% das mulheres, e a frequência de consumo de alimentos como iogurtes, embutidos, sorvetes, refrigerantes, sucos/refrescos/sucos em pó reconstituídos, bebidas lácteas, biscoitos, embutidos, sanduíches, salgados e salgadinhos industrializados diminuiu com a idade. Na pesquisa, ainda ressaltam que no grupo etário de 60 anos ou mais, a prevalência de inadequação do consumo de vitaminas como E e D é de quase 100% em ambos os sexos. O cálcio também é um nutriente que mais de 80% dos idosos não atingem a recomendação de consumo⁷.

Evidências sugerem que pessoas mais velhas com falta de dentição total ou parcial modificam sua dieta, evitam alimentos que são de difícil mastigação, como frutas e legumes, sendo que o consumo desses alimentos está associado à prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como diabetes tipo 2, hipertensão, dislipidemias entre outros^{8,9,10}.

A nutrição encontra-se entre os principais fatores capazes de condicionar a qualidade de vida e a longevidade. As várias mudanças decorrentes do processo de envelhecimento podem ser atenuadas com uma alimentação adequada e balanceada^{8,10}.

Condições de saúde bucal, estado nutricional e de saúde geral são desfechos interligados. Portanto, a saúde bucal e

conforto na cavidade oral são necessários para uma boa mastigação, a ingestão de alimentos adequada e bem-estar nutricional^{11,12}. A quantidade, a qualidade da consistência dos alimentos consumidos pode impactar na saúde geral. Muitas condições bucais, tais como dor nas mucosas, xerostomia, dor e desconforto associado com a doença periodontal e cárie podem dificultar a mastigação¹³.

Com intuito de promover alimentação adequada e saudável para população brasileira, o Ministério da Saúde elaborou o Guia Alimentar³. Assim, o Guia Alimentar para a População Brasileira se constitui como instrumento para apoiar e incentivar práticas alimentares saudáveis no âmbito individual e coletivo, bem como para subsidiar políticas, programas e ações que visem a incentivar, apoiar, proteger e promover a saúde e a segurança alimentar e nutricional da população³.

O consumo alimentar e saudável é um dos determinantes do estado nutricional e relaciona-se à saúde em todas as fases da vida. Assim, monitorar as práticas de consumo alimentar, como parte da Vigilância Alimentar e Nutricional, colabora com o diagnóstico da situação alimentar e nutricional, além de fornecer subsídios para o planejamento de serviços de Atenção Básica. Desde 2008, a Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição disponibiliza um formulário padronizado de alimentos considerados marcadores de consumo alimentar saudável e não saudável no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN WEB)¹⁴. Mediante este formulário é possível a avaliação do consumo alimentar da população brasileira, tendo como objetivo identificar as práticas saudáveis e não saudáveis, e se estas estão de acordo com o que preconiza o Guia Alimentar³.

Assim, o presente estudo tem por objetivo descrever os marcadores de consumo alimentar propostos pelo SISVAN em idosos cadastrados em onze unidades de saúde da família de Pelotas-RS, conforme as características sociodemográficas e estado nutricional.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, cuja coleta de dados ocorreu entre os meses de abril a dezembro de 2015. A população alvo deste estudo foi indivíduos com 60 anos ou mais de idade cadastrados nas onze unidades básicas de saúde (Arco-íris, Barro duro, Bom Jesus, Dunas, Getúlio Vargas, Navegantes, Sanga Funda, Simões Lopes, Sítio Floresta, Vila Municipal e Vila Princesa) do município de Pelotas-RS que fazem parte da Estratégia Saúde da Família-RS.

O presente trabalho foi conduzido com idosos participantes de um estudo de saúde bucal realizado em 2009/2010. Para este segundo estudo foram convidados a

participar todos os 438 idosos integrantes do primeiro estudo.

Com o auxílio dos agentes de saúde foram confeccionados convites impressos para que os idosos comparecessem a sua Unidade de saúde em dia e hora marcados para que fosse realizado um questionário com informações sociodemográficas, das condições de saúde e avaliação de saúde bucal e nutricional. Aqueles idosos que não compareceram à Unidade foram avaliados no seu domicílio.

Na avaliação nutricional foram obtidos dados referentes à frequência de consumo alimentar. Para a descrição do consumo alimentar foi utilizado o formulário de Marcadores de Consumo do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional disponível no SISVAN WEB, o mesmo é composto por 10 alimentos, onde é possível verificar a frequência do consumo de cada alimento durante um período de sete dias.

O consumo alimentar dos idosos foi comparado ao preconizado pelo Guia Alimentar para a População Brasileira³. Os 10 alimentos que compõem o formulário do SISVAN foram divididos em dois grupos, os saudáveis e os não saudáveis. Considerou-se como alimentos saudáveis: salada crua, legumes cozidos, frutas, feijão e leite; e alimentos não saudáveis: batata frita, hambúrguer, bolacha salgada, bolacha doce e refrigerante. Para os alimentos saudáveis, o idoso que aderiu a recomendação deveria relatar o consumo destes alimentos pelo menos uma vez ao dia durante os últimos sete dias corridos. E para atingir a recomendação para o consumo de alimentos considerados não saudáveis, o idoso deveria relatar um consumo inferior a três vezes nos últimos sete dias.

Os dados foram digitados no programa Excel e posteriormente exportados para o programa estatístico STATA versão 12.0. Para a descrição do consumo alimentar segundo as características sociodemográficas e nutricionais foram realizados Testes Qui-Quadrado de Pearson e Exato de Fisher. Os valores de significância foram de $p \leq 0,05$.

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da UFPel sob o número 38487014.3.0000.5317, todos os idosos receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Foi avaliado o hábito alimentar de 139 idosos. A Tabela 1 descreve as características sociodemográficas, comportamentais e de saúde da população idosa estudada. Observou-se que a maioria dos idosos era do sexo feminino (74,1%), de cor da pele branca (66,9%), estudou até quatro anos (72,6%), não possuía companheiro (58,2%) e segundo o

critério de avaliação do estado nutricional proposto por Lipschitz (1994), mais da metade (55,1%) apresentava excesso de peso.

Tabela 1. Características sociodemográficas, comportamentais e de saúde dos idosos estudados. Pelotas, RS, 2016.

Variável	N	(%)
Sexo		
Feminino	103	74,1
Masculino	36	25,9
Cor da pele		
Branca	91	66,9
Não branca	45	33,1
Estado civil		
Sem companheiro	81	58,2
Com companheiro	58	41,8
Escolaridade (anos)		
0-4	101	72,6
5-8	29	21,0
9-11	7	5,0
12 ou mais	2	1,4
Renda (tercis)		
1º (mais alto)	48	34,8
2º	64	46,4
3º (mais baixo)	26	18,8
IMC – Lipschitz, 1994		
Magreza	10	8,7
Eutrofia	42	36,2
Excesso de peso	64	55,1

A Tabela 2 apresenta as prevalências de adesão a recomendação para o consumo de alimentos saudáveis. A maior prevalência observada foi para o consumo de feijão (67,7%), seguida pelo leite (61,6%). Já a menor prevalência de adesão a recomendação foi para o consumo de legumes cozidos (35,3%). A renda em tercis foi a única variável significativamente associada com a recomendação saudável para consumo de frutas, ou seja, aproximadamente 60% dos idosos com renda média relataram um consumo de acordo com a recomendação.

Com relação ao consumo de alimentos considerados não saudáveis, a Tabela 3 mostra que a maior prevalência de relato de consumo inferior a três vezes nos últimos sete dias foi para o consumo de batata frita (93,5%) seguida pelo hambúrguer (81,2%). A menor prevalência de adesão a recomendação foi para o consumo de bolacha salgada (47,5%). Ainda na Tabela 3, observou-se que os idosos com excesso de peso foram os que mais aderiram a recomendação para o consumo de bolacha salgada (64,9%) e para o consumo de bolacha doce (55,4%).

Tabela 2. Consumo alimentar conforme a recomendação do Guia Alimentar para a População Brasileira de alimentos marcadores de um consumo alimentar saudável (MS, 2008), na amostra total e segundo características sociodemográficas e estado nutricional. Pelotas, RS, 2016.

Variáveis	Salada crua		Legumes cozidos		Frutas		Feijão		Leite		
	N	%	Valor p	%	Valor p	%	Valor p	%	Valor p	%	Valor p
Total	139	38,9		35,3		57,6		67,7		61,6	
Sexo			1,0		0,06		0,07		0,06		0,4
Feminino	103	74,1		83,7		80,0		69,1		76,5	
Masculino	36	25,9		16,3		20,0		30,9		23,5	
Cor da pele			0,8		0,5		0,7		1,0		1,0
Branca	91	65,4		70,2		68,9		66,3		66,3	
Não branca	45	34,6		29,8		31,1		33,7		33,7	
Estado civil			0,1		0,5		0,3		0,5		1,0
Sem companheiro	81	50,0		55,1		55,0		56,4		58,8	
Com companheiro	58	50,0		44,9		45,0		43,6		41,2	
Escolaridade (anos)			0,4		0,5		0,8		0,4		0,4
0-4	101	74,0		71,5		75,0		73,4		68,3	
5-8	29	24,0		24,5		18,8		18,1		24,7	
9-11	7	2,0		2,0		5,0		6,4		4,7	
12 ou mais	2	0,0		2,0		1,2		2,1		2,3	
Renda (reais) em tercís			0,5		0,7		0,002		0,9		0,3
1º (mais alto)	48	29,6		32,7		22,8		35,1		31,8	
2º	64	51,9		44,9		57,0		46,8		45,9	
3º (mais baixo)	26	18,5		22,4		20,2		18,1		22,3	
IMC (kg/m²) - Lipschitz, 1994			0,1		0,5		0,08		0,1		0,8
Magreza	10	6,8		5,3		3,1		5,0		9,6	
Eutrofia	42	47,7		42,1		39,0		38,0		34,3	
Excesso de peso	64	45,5		52,6		57,9		57,0		56,1	

Tabela 3. Consumo alimentar conforme a recomendação do Guia Alimentar para a População Brasileira de alimentos marcadores de um consumo alimentar não saudável (MS, 2008), na amostra total e segundo características sociodemográficas e estado nutricional. Pelotas, RS, 2016.

Variáveis	Batata frita		Hambúrguer		Bolacha salgada		Bolacha doce		Refrigerante		
	N	%	Valor p	%	Valor p	%	Valor p	%	Valor p	%	Valor p
Total	139	93,5		81,2		47,5		68,4		78,4	
Sexo			0,2		0,3		0,8		0,6		0,6
Feminino	103	76,0		76,8		72,7		72,6		75,2	
Masculino	36	24,0		23,2		27,3		27,4		24,8	
Cor da pele			1,0		0,6		1,0		1,0		0,07
Branca	91	66,9		67,6		67,7		66,7		71,0	
Não branca	45	33,1		32,4		32,3		33,3		29,0	
Estado civil			0,1		0,8		0,6		0,2		0,8
Sem companheiro	81	60,0		58,0		60,6		54,7		58,7	
Com companheiro	58	40,0		42,0		39,4		45,3		41,3	
Escolaridade (anos)			0,1		0,1		0,1		0,1		0,6
0-4	101	73,8		74,1		80,3		74,7		73,4	
5-8	29	20,8		21,4		16,7		19,0		20,1	
9-11	7	3,8		3,5		3,0		6,3		5,5	
12 ou mais	2	1,6		1,0		0,00		0,0		1,0	
Renda em tercís			0,1		0,3		0,9		0,7		0,5
1º (mais alto)	48	35,7		37,5		36,4		36,9		37,0	
2º	64	47,3		44,6		45,4		45,2		45,4	
3º (mais baixo)	26	17,0		17,9		18,2		17,9		17,6	
IMC (kg/m²) - Lipschitz, 1994			0,2		0,09		0,05		0,05		0,1
Magreza	10	8,2		7,4		3,5		4,8		6,6	
Eutrofia	42	34,9		32,6		31,6		39,8		34,0	
Excesso de peso	64	56,9		60,0		64,9		55,4		59,4	

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo mostram através dos marcadores de frequência alimentar saudável e não saudável do SISVAN que, a maioria dos idosos do programa de reabilitação da saúde bucal consome alimentos de acordo com o que preconiza o Guia Alimentar para a População Brasileira³. Porém, mais da metade deles apresentaram excesso de peso. No Brasil, dados do VIGITEL¹⁵ mostram que a frequência de excesso de peso em adultos com 18 anos ou mais foi de 53,8%, e que essa condição tende a aumentar com a idade até os 64 anos¹⁵.

Este trabalho mostrou que o marcador de consumo não saudável com menor prevalência de adesão pelos idosos foi a bolacha salgada e o marcador de consumo saudável com menor prevalência de adesão foi a salada crua. Essa informação pode estar indicando um consumo maior de carboidratos, principalmente os do tipo simples, e também de alimentos industrializados, cuja densidade energética é elevada; concomitantemente ao consumo reduzido de alimentos *in natura*, como as saladas cruas, ricas em fibras que aumentariam a saciedade e auxiliariam na redução do tamanho das porções consumidas. Sabe-se que o principal fator associado ao excesso de peso é o balanço energético positivo, ou seja, um consumo energético acima da necessidade associado à prática de atividade física insuficiente⁸. Porém, é importante considerar que problemas de saúde bucal também podem induzir a escolha dos idosos por alimentos de mais fácil mastigação independentemente da qualidade do alimento, e além disso, por serem de fácil mastigação podem acabar consumidos grandes quantidades. Ainda no presente estudo, ao contrário do que se observou na amostra geral, os idosos com excesso de peso foram os que mais aderiram a recomendação para o consumo de bolachas doces e de bolachas salgadas. A explicação para isso é que este grupo de idosos estava restringindo o consumo destes alimentos com o objetivo de perder peso. Como o delineamento deste trabalho é transversal, não foi possível esclarecer essa informação.

A baixa adesão a recomendação para o consumo de salada crua e frutas observada neste estudo corrobora com outros trabalhos. No estudo realizado por Marchi⁹ no sul do Brasil foi visto que quase metade dos idosos consumia menos frutas e vegetais do que preconiza o Guia Alimentar para a população Brasileira (<400g/dia)³. Para Marchi⁹ o baixo consumo desses alimentos poderia estar associado à falta de dentição, por considerar esses alimentos de difícil mastigação. Segundo dados da POF 2008-09 a prevalência de ingestão de gordura saturada acima do recomendado é maior que 80% entre os idosos brasileiros. E que no Brasil

como um todo, a contribuição dos lipídios na dieta é a maior em relação aos outros macronutrientes⁷.

No mesmo sentido, Andrade e colaboradores¹⁶ em seu estudo observou que idosos com maior quantidade de dentes em contato oclusal tem melhor ingestão de vitamina C, cálcio, riboflavina e zinco. Por outro lado, Liedberg¹⁷, constatou não haver diferença significativa entre o número de dentes, contatos oclusais ou próteses removíveis entre aqueles com nutrição adequada ou inadequada. No mesmo sentido, Marcenes¹⁸ ressalta que o número de dentes pode não ser o mais adequado para a medição da função mastigatória. Marcenes¹⁸ salienta que o aumento no desempenho mastigatório não está relacionado com alterações significativas na qualidade da dieta quando não acompanhados de aconselhamento dietético

Para Lima e colaboradores¹⁹, em estudo realizado sobre a autopercepção de saúde bucal e seleção de alimentos por idosos usuários de próteses totais, é evidenciado problemas de ordem funcional, estética e psicossocial decorrente da perda de dentes em pacientes idosos, principalmente se os mesmos possuem próteses por um período superior a cinco anos, supondo assim, que estas não restauram a capacidade mastigatória satisfatoriamente, e possivelmente contribuíam para escolha dos alimentos. Alimentos como carnes, saladas e vegetais crus, apresentavam maior dificuldade de mastigação por parte dos idosos, sugerindo que a deficiência na mastigação tem correlação com uma má condição das próteses devido ao longo tempo de uso. O autor encontrou que 62,8% dos idosos estudados, não escolhiam os alimentos pela situação da sua saúde bucal. Embora Andrade¹⁵, tenha concluído em seu estudo que um número maior de dentes possa levar a uma melhor ingestão de alguns nutrientes, o desempenho mastigatório e a escolha de alimentos não estão relacionados com a qualidade destas escolhas e salienta que é preciso incentivo e conscientização por parte dos profissionais da área da saúde em orientar essa população de que a escolha por alimentos saudáveis é imprescindível para uma boa saúde em geral e que a falta destes pode comprometer a mesma.

Neste trabalho, os idosos com renda média apresentaram maior adesão ao consumo de frutas. O VIGITEL¹⁵ mostrou que a frequência de consumo recomendado de frutas e hortaliças no Brasil é de 24,4% e tende a aumentar com a idade e a com a escolaridade. Outro estudo com idosos brasileiros mostrou que 44% dos idosos avaliados apresentavam um consumo diário de frutas e que a maioria pertencia ao nível alto e médio de renda¹⁹. Uma possível explicação para tal achado é o fato dos idosos com melhores condições socioeconômicas tem mais acesso as frutas e possivelmente são mais esclarecidos sobre os benefícios do seu consumo.

É importante considerar, que este estudo apresenta limitações. O consumo alimentar foi avaliado apenas nos sete dias anteriores à entrevista, podendo não estar refletindo o hábito alimentar do grupo estudado. Além disso, não foram avaliadas as quantidades consumidas, podendo os idosos apresentarem altas prevalências de adesão a recomendação do Guia Alimentar para a população brasileira em termos de frequência mas não de quantidade.

CONCLUSÃO

Através deste estudo verificou-se que a maioria dos idosos avaliados aderiram à frequência de consumo alimentar recomendada pelo Guia Alimentar para a População Brasileira do Ministério da Saúde apesar da condição de saúde bucal que se encontram. Porém deve-se lembrar que a terceira idade é o grupo etário mais atingido pelas DCNT e que o grupo estudado apresenta alta prevalência de excesso de peso. O excesso de peso, assim como outros fatores de risco para DCNT apresentam forte relação com o consumo alimentar, dessa maneira, medidas de educação nutricional e estilo de vida saudável devem ser orientados pelos profissionais de saúde e estarem presentes na vida dos idosos como forma de prevenção para o desenvolvimento destas doenças, promoção de saúde e manutenção da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE; 2002. Disponível em: <http://www.ibge.gov/>.
2. Lloyd-Sherlock PL, MCKee M, Ebrahim S, Gorman M, Greengross S, Prince M, et al. Population ageing and health. *Lancet* 2012;379:1295-6.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
4. Minayo MCS. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. *Cad Saúde Pública* 2012;28:208-9.
5. Rezende TO, Montenegro FLB. A saúde bucal como fator fundamental à saúde geral do idoso [texto na Internet] [citado 2010 Jun 14]. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2014 Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
7. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Análise de consumo alimentar da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009. 2010.
8. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases release independent expert report on diet and chronic disease. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation (Report 916). Geneva, Switzerland, 2003.
9. Marchi RJ, Hugo FN, Padilha DMP, Hilgert JB, Machado DB, Durgante PC, Antunes M. Edentulism, use of dentures and consumption of fruit and vegetables in south Brazilian community-dwelling elderly. *Journal of Oral Rehabilitation* 2011 38; 533–540.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
11. Bailey RL, Ledikwe JH, Smiciklas Wright H, Mitchell DC, Jensen GL. Problemas de saúde oral persistente associada com comorbidade e qualidade da dieta prejudicada em adultos mais velhos. *J Am Diet Assoc.* 2004; 104 (8): 1273-6. doi: 10.1016 / j.jada.2004.05.210.
12. Touger-Decker R. A avaliação clínica e laboratorial do estado nutricional na prática odontológica. *Dent Clin N Am.* 2003; 47 (2): 259-78.
13. Jorgensen EB. Nutrição e saúde oral. *Melhor Pract Res Clin Gastroenterol.* 2001; 15: 885-96.
14. Ministério da Saúde. Brasília – DF. SISVAN WEB. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br>. Acesso em 25 de março de 2016.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2016 Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
16. Andrade F. The relationship between nutrient intake, dental status and family cohesion among older Brazilians. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 113-122, jan. 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000100012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 29 maio 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000100012>.
17. Liedberg B, Stoltze K, Norlén P, Owall B. Inadequate dietary habits and mastication in elderly men. *Gerodontology* 2007; 24:41-6.
18. Marcenes W, Steele JG, Sheiham A, Walls AWG. The relationship between dental status, food selection, nutrient intake, nutritional status, and body mass index in older people. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:809-16.
19. Lima LHMA, Soares MSM, Passos IA, Rocha APV, Feitosa SC, Lima MG. Oral self-perception and food selection by elderly complete denture wearers. *Rev Odontol UNESP.* 2007; 36(2): 131-36.

20. Silveira EA, Martins BB, Abreu LRS, Cardoso CKS. Baixo consumo de frutas, verduras e legumes: fatores associados em idosos em capital no Centro-Oeste do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2015, vol.20, n.12, pp.3689-3699. ISSN 1678-4561. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152012.07352015>.
-

Submissão: 08/12/16

Aprovado para publicação: 14/08/17