

1. Título: CORRELAÇÃO ENTRE HÁBITOS ALIMENTARES E SINTOMAS DEPRESSIVOS NA POPULAÇÃO ADULTA DA CIDADE DE SÃO PAULO/SP.

2. Resumo:

A depressão é um problema de saúde pública, devido sua alta prevalência e a repercussão gerada na vida dos indivíduos acometidos. Possui etiologia multifatorial, e certos estudos apontam que os hábitos alimentares podem estar relacionados com sintomas depressivos, uma vez que influenciam no funcionamento dos neurotransmissores que participam da fisiopatologia da doença. O objetivo do presente artigo é analisar a possível relação entre os hábitos alimentares e os sintomas depressivos dos residentes da cidade de São Paulo. Trata-se de um estudo analítico observacional transversal, realizado após aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa, por meio de questionários, que foram respondidos por 470 moradores da cidade de São Paulo, com idade igual ou superior a 18 anos, os quais foram selecionadas de aleatoriamente. 74,5% das participantes são mulheres. Destas, 54% apresentam sintomas depressivos, em comparação com 40% dos homens. Em relação aos hábitos alimentares, notou-se o consumo inadequado de cereais e massas pelo grupo feminino, e de embutidos pelo masculino. Além disso, evidenciou-se que indivíduos sem sintomas depressivos consomem maior quantidade de verduras, enquanto os participantes com sintomas depressivos consomem mais óleos e gorduras. Em relação aos hábitos alimentares e os sintomas depressivos, notou-se que o que interfere não são os grupos alimentares ingeridos e, sim a quantidade consumida de certos alimentos. A parcela da amostra que não apresentava sintomas depressivos consome maior quantidade de vegetais, enquanto óleos e gorduras estiveram presentes em maior quantidade nos hábitos alimentares de pessoas com sintomas depressivos. Evidenciou-se que indivíduos que consomem uma dieta balanceada têm menos chances de apresentarem sintomas depressivos. Dessa forma, concluiu-se que não é o somente o grupo alimentar que tem relação com os sintomas depressivos, mas sim, a quantidade consumida de certos alimentos, dentre eles, óleos e gorduras. Portanto, uma alimentação equilibrada apresenta maior neuroproteção.

Palavras-Chave: (DeCS): Sintomas depressivos; Comportamento Alimentar; Estado Nutricional; Depressão.

3. Introdução:

A depressão é uma doença de grande importância para a saúde pública, sendo considerada um transtorno mental resultante de processos sociais, psicológicos, biológicos e genéticos, com sintomas afetivos, cognitivos, psicomotores e físicos, que impactam profundamente a qualidade de vida das pessoas, relacionando-se inclusive com suicídio^{1,2,3}. Em 2019, 10,2% dos indivíduos com mais de 18 anos foram diagnosticados com tal patologia, sendo 11,5% na região Sudeste do país e havendo predominância entre as mulheres⁴.

Sua fisiopatologia é considerada multifatorial, sendo influenciada por monoaminas, neurotrofinas, ritmo circadiano, estresse oxidativo, sistema inflamatório, alterações nos canais de cálcio e mecanismos epigenéticos⁵. Alguns trabalhos apontam que a falha de neurotransmissores pode estar associada com um hábito alimentar inadequado, uma vez que, uma parte deles são produzidos pelo nosso organismo e a outra é obtida através da alimentação saudável².

Estudos sugerem que uma boa nutrição possui papel antidepressivo. Estes estudos investigaram a ingestão de nutrientes como: folato, ácidos graxos, vitaminas B6 e B12, zinco, vitamina D, magnésio, triptofano; ômega 3 e 6 e a sua relação com menores riscos de ter sintomas depressivos^{2,6,7,8}. Uma alimentação balanceada permite a interação entre vários nutrientes, promovendo uma melhor nutrição⁶.

Ainda com relação aos alimentos: o ômega 3 e 6 fazem parte da constituição de células do sistema nervoso, e são importantes para a regulação de processo inflamatório, o qual exacerbado é capaz de afetar negativamente os neurotransmissores, ômega 3 é encontrado em peixes de água fria e o ômega 6 em óleos vegetais. O magnésio está relacionado com o metabolismo energético e está presente em alimentos como a banana e abacate. O triptofano é um aminoácido precursor da 5-HT e é encontrado em alimentos como: arroz integral, feijão e carne bovina. O zinco aumenta a sobrevivência das células no sistema nervoso central (SNC) e estão presente em carnes vermelhas, leites e derivados, feijão, castanhas e amêndoas. As vitaminas do complexo B (B6, B9, B12) participam da síntese dos neurotransmissores, encontram-se presente em carnes vermelhas, fígado, leite, vegetais verdes escuros, entre outros. Já a vitamina D está envolvida na síntese de alguns neurotransmissores tendo como precursor o calcitriol, está presente em peixes gordos e gema de ovo. Para ser ativada necessita de exposição aos raios solares^{2,9}.

Um estudo realizado no Reino Unido encontrou evidências de que o consumo de uma dieta equilibrada, caracterizada por alta ingestão de vegetais, frutas e peixes, foi associada a uma diminuição dos sintomas depressivos ao longo de 5 anos¹⁰. O mesmo resultado foi obtido em um estudo feito na região da Toscana, Itália⁷.

Outro estudo, na Austrália, feito por Rienks *et al*⁶, observou uma redução de 17% nas chances de incidência de sintomas depressivos 3 anos depois de utilizar uma alimentação mediterrânea. Agregando a isto, o estudo feito por Gopinath *et al*¹¹, no mesmo país, comparou pessoas com e sem sintomas depressivos e constatou que as que apresentavam sintomas de depressão faziam alimentações com maiores índices glicêmicos, menor ingestão de fibras, legumes e verduras. Conclui que a alta ingestão de carboidratos pode ser ligada à presença de sintomas depressivos.

Os carboidratos refinados são alimentos altamente inflamatórios para o corpo⁹, com relação a isto, Adjibade *et al*¹², observou em seu estudo que a promoção de uma dieta saudável com propriedades anti-inflamatórias pode ajudar a prevenir sintomas depressivos, particularmente entre indivíduos fisicamente inativos.

Por fim, dois estudos destacaram a necessidade de mais ensaios clínicos randomizados sobre essa relação. A manutenção da boa qualidade da dieta pode estar associada a redução das chances de desenvolver a depressão ou sintomas depressivos, portanto, mais estudos são necessários para conseguir um conjunto de evidências que permitam utilizar intervenções alimentares como formas de prevenção e tratamento^{13,14}.

Apesar dos dados apresentados, a literatura a respeito do assunto por meio de trabalhos observacionais ainda é escassa, dificultando a comprovação da relação alimentação-depressão. A partir disto, objetiva-se com este estudo identificar os hábitos alimentares de pessoas residentes da cidade de São Paulo/SP e relacioná-los com seus padrões de humor depressivo, e comparar a alimentação de pessoas com e sem sintomas, relacionando os dados obtidos com as variáveis sociodemográficas.

4. Metodologia:

Trata-se de um estudo analítico observacional transversal. A amostra foi composta por 470 pessoas residentes na cidade de São Paulo/SP com idade igual ou superior a 18 anos, as quais foram selecionadas de forma aleatória. Utilizou-se questionários para: o rastreamento de sintomas depressivos; a análise dos hábitos alimentares e a definição das características sociodemográficas. O Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e os questionários foram disponibilizados e aplicados por meio de uma plataforma online e segura (*google forms*).

Instrumentos:

- Questionário sobre dados sociodemográficos: Trata-se de um questionário autorrespondido composto por 7 perguntas acerca de dados sociodemográficos.
- Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) – Versão Brasileira: O Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) é a versão dos 20 itens sobre sintomas psicossomáticos para rastreamento de transtornos não-psicóticos do SRQ-30 proposto por Harding et al¹⁵, sendo uma ferramenta para rastreamento e não para diagnóstico. É um questionário autorrespondido, no qual as respostas são do tipo sim ou não. Cada resposta afirmativa valerá 1 ponto, a somatória de todos os pontos obtidos ao responder os questionários resultará no escore final. Os escores obtidos estão relacionados com a probabilidade de presença de transtorno não-psicótico, variando de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade). O SRQ é recomendado pela OMS para estudos comunitários e em atenção primária de saúde, sendo de fácil uso e custo reduzido¹⁶. Com relação à sensibilidade e especificidade, fazendo-se uma média dos trabalhos analisados, ficaram em torno de 83% e 81%, respectivamente^{16,17,18}. Foi escolhido essa ferramenta devido a facilidade em se responder, o baixo custo, o fato de já ter sido traduzido, testado e validado no Brasil.
- Questionário de Frequência de Consumo Alimentar (QFCA): O questionário de frequência de consumo alimentar é um método rápido e de baixo custo, que possibilita a classificação dos hábitos alimentares conforme níveis de consumo habitual. Este instrumento foi construído a partir do questionário validado por Sichieri & Everhart¹⁹ e os aspectos primordiais dele são: o tipo de alimento, a frequência e o intervalo de tempo de consumo. Os alimentos foram ordenados em grupos alimentares e as categorias de frequência de consumo incluem a quantidade de vezes por semana.

Os alimentos analisados estão em dez (10) grupos citados abaixo:

1. Cereais e Massas
2. Hortaliças
3. Óleos
4. Frutas
5. Legumes
6. Leguminosas
7. Carnes

8. Leite e derivados

9. Doces

10. Embutidos

Ainda para avaliação do consumo alimentar, foram considerados o consumo de açúcar e óleo per capita e comparado com a Recomendação da OMS para consumo destes alimentos^{20,21}.

Amostra: A amostra é composta 74,5% por mulheres. Em relação a raça: 79,8% consideram-se brancos. Mais da metade era solteira, seguido de casados. Quanto a escolaridade, 62,3% possuem ensino superior completo. As áreas de atuação mais presentes na pesquisa foram: estudantes; administração, negócios e serviços, e profissionais da saúde, respectivamente. Zona sul foi a área mais representada, com 52,6%. 63,8% realizam algum tipo de atividade física, e desses, 26,3% na frequência de 3 vezes por semana. 25,1% fazem algum tipo de psicoterapia e 19,2% utilizam algum psicofármaco para ansiedade ou depressão.

5. Aspectos éticos e legais garantidos aos participantes da pesquisa:

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assim como os pesquisadores envolvidos assinaram o Termo de Confidencialidade. Logo, a identidade de todos os participantes foi preservada. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer 33498520.3.0000.0081.

6. Resultados:

Analisando-se os dados, segundo o sexo, notou-se, de acordo com as características sociodemográficas que, quanto ao estado marital, a maioria do gênero feminino encontrava-se no grupo “solteiro/viúvo”, enquanto o masculino no “casado”. A escolaridade foi outro tema de destaque, no qual a maioria das pessoas do gênero masculino possui ensino superior completo, diferentemente do feminino. O uso de medicações para ansiedade ou depressão e a realização de psicoterapias foi relevante no grupo feminino.

Quanto aos resultados obtidos nesta pesquisa, em relação aos sintomas depressivos, calculado por meio da versão brasileira do SRQ-20, o gênero feminino desta amostra apresenta mais sintomas, com 54% ficando acima da média para a escala utilizada, em comparação com o masculino, com 40% acima da média.

Os hábitos alimentares, apresentados na **Tabela 1**, foram analisados por meio do QFCA. Pode-se destacar neste tema os seguintes dados de significância estatística: o consumo inadequado de cereais e massas pelo grupo feminino, e de embutidos pelo masculino.

Tabela 1 – Características alimentares dos entrevistados, segundo sexo.

Grupos Alimentares	Sexo				Total	Valor de p
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%		
Cereais e Massas						
Adequado	52	14.8	31	25.8	83	$X^2_{cal} = 7.403$ $p = 0.0065^*$
Não adequado	298	85.2	89	74.2	387	
Total	350	74.5	120	25.5	470	
Verduras						
Adequado	71	20.3	15	12.5	86	$X^2_{cal} = 3.6234$ $p = 0.056$
Não adequado	279	79.7	105	87.5	384	
Total	350	74.5	120	25.5	470	
Frutas						
Adequado	70	20.0	15	12.5	85	$X^2_{cal} = 3.393$ $p = 0.065$
Não adequado	280	80.0	105	87.5	385	
Total	350	74.5	120	25.5	470	
Leguminosas						
Adequado	140	40.0	60	50.0	200	$X^2_{cal} = 3.655$ $p = 0.0558$
Não adequado	210	60.0	60	50.0	270	
Total	350	74.5	120	25.5	470	
Carnes						
Adequado	203	58.0	61	50.8	264	$X^2_{cal} = 1.864$ $p = 0.1721$
Não adequado	147	42.0	59	49.2	206	
Total	350	74.5	120	25.5	470	
Embutidos						
Adequado	282	80.6	61	50.8	343	$X^2_{cal} = 40.07$ $p < 0.00001^*$
Não adequado	68	19.4	59	49.2	127	
Total	350	74.5	120	25.5	470	
Doces						

Adequado	217	62.0	63	52.5	280	$X^2_{cal} = 3.348$
Não adequado	133	38.0	57	47.2	190	$p = 0.067$
Total	350	74.5	120	25.5	470	
Óleos e Gorduras						
Adequado	339	96.8	108	90.0	447	$X^2_{cal} = 9.028$
Não adequado	11	3.2	12	10.0	23	$p = 0.0026^*$
Total	350	74.5	120	25.5	470	
Leite e Derivados						
Adequado	54	15.4	17	14.1	71	$X^2_{cal} = 0.111$
Não adequado	296	84.6	103	85.9	399	$p = 0.739$
Total	350	74.5	120	25.5	470	
Álcool						
Adequado	346	98.8	114	95.0	460	$X^2_{cal} = 6.3844$
Não adequado	4	1.2	6	5.0	10	$p = 0.115$
Total	350	74.5	120	25.5	470	
Suplementação						
Sim	119	34.0	30	25.0	149	$X^2_{cal} = 3.343$
Não	231	66.0	90	75.0	321	$p = 0.067$
Total	350	74.5	120	25.5	470	

Fonte: Dados da pesquisa. 2021

Quando comparado os grupos alimentares com apresentar ou não sintomas depressivos, não se encontrou relevância estatística nos dados. Entretanto, quando analisada a quantidade consumida dos grupos alimentares (**Tabela 2**), foi observado que os participantes sem sintomas depressivos consomem maior quantidade de verduras, enquanto os participantes com sintomas depressivos consomem mais quantidades de frutas, óleos e gorduras.

Tabela 2 – Porções de alimentos presentes em cada grupo alimentar segundo presença ou ausência de sintomas depressivos

Grupos Alimentares	Sintomas Depressivos		Valor de p
	Sim	Não	
Cereais e Massas	Média = 15 ± 8.7	Média = 15.1 ± 8.3	$p = 0.8105$

	Mediana = 15.0 N = 237	Mediana = 15.0 N = 233	
Verduras	Média = 7.7 ± 5.1 Mediana = 6.0 N = 237	Média = 11.4 ± 5.0 Mediana = 11.0 N = 233	p < 0.0001*
Frutas	Média = 12.3 ± 6.7 Mediana = 10 N = 237	Média = 5.7 ± 3.4 Mediana = 5.0 N = 233	p < 0.0001*
Leguminosas	Média = 7.7 ± 5.2 Mediana = 6.0 N = 237	Média = 8.3 ± 5.2 Mediana = 8.0 N = 233	p = 0.2413
Carnes	Média = 12.3 ± 6.7 Mediana = 10 N = 237	Média = 13.1 ± 5.6 Mediana = 13.0 N = 233	p = 0.1636
Embutidos	Média = 18.3 ± 2.0 Mediana = 10 N = 237	Média = 18.8 ± 2.1 Mediana = 10 N = 233	p = 0.7789
Doces	Média = 14.8 ± 8.6 Mediana = 13.0 N = 237	Média = 13.5 ± 8.0 Mediana = 12 N = 233	p = 0.094
Óleos e Gorduras	Média = 12.5 ± 6.1 Mediana = 12 N = 237	Média = 11.4 ± 5.3 Mediana = 12 N = 233	p < 0.05*
Leites e Derivados	Média = 7.3 ± 4.1 Mediana = 7.0 N = 237	Média = 7.5 ± 4.4 Mediana = 7.0 N = 233	p = 0.6569
Álcool	Média = 1.7 ± 2.1 Mediana = 1.0 N = 237	Média = 1.5 ± 1.9 Mediana = 1.0 N = 233	p = 0.5895

Fonte: Dados da pesquisa. 2021

7. Discussão:

As doenças psiquiátricas representam um grave problema de saúde pública, devido à sua alta prevalência, impacto social e repercussões na saúde geral²². Dentre elas, a depressão é a mais frequente²². De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), 5% da população mundial sofre com depressão, o que representa mais de 350 milhões de pessoas²².

54% das mulheres que participaram deste estudo possuem sintomas depressivos. Tal achado é compatível o estudo de Rienks *et al*⁶, realizado com 1362 residentes da Itália, no qual 75% dos participantes que apresentaram sintomas depressivos eram mulheres; além do trabalho de Gopinath *et al*¹¹, feito na Austrália com 1918 pessoas, no qual as mulheres representaram 63% dos indivíduos com tais queixas.

Estes resultados são condizentes com a literatura atual, que certifica que as mulheres possuem duas vezes mais chances de desenvolver depressão quando comparadas aos homens^{23,24}. Tal discrepância ocorre por conta de fatores biológicos, que advêm de alterações genéticas e hormonais^{23,24}.

As flutuações hormonais, principalmente durante o período pré-menstrual, parto, puerpério e menopausa, influenciam na ação dos neurotransmissores envolvidos na fisiopatologia da doença^{23,24}. Ademais, o papel da mulher na sociedade moderna, com duplas jornadas de trabalho, exposição à violência de gênero e vulnerabilidade social, são fatores ambientais que contribuem para a maior propensão do desencadeamento de tal patologia^{23,24}.

A alimentação e nutrição são fatores reconhecidos pela legislação brasileira, como determinantes no processo saúde-doença, dessa forma, devem ser desempenhadas em conjunto às ações de saúde dentro do Sistema Único de Saúde²⁵. Destacado no Relatório de Determinantes Sociais de Saúde²⁶, o acesso e a qualidade dos alimentos disponíveis são influenciados por múltiplos fatores, dentre eles: socioeconômicos e culturais^{26,27}.

Analisando os dados obtidos das características alimentares, os consumos de frutas, leguminosas e verduras encontra-se não adequado entre os dois sexos, não apresentando disparidades significativas, informação também obtida através do Vigitel²⁸. Em ambos, o consumo regular de frutas é maior entre as mulheres. Em relação ao consumo de embutidos, 80,6% das mulheres realizam consumo adequado, contra 50,8% da população masculina, apresentando uma diferença estatística de quase 30% ($p < 0.00001$). Os dados apresentados pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)²⁹ e por Schneider *et al*³⁰, embora apresentem metodologias distintas,

corroboram com os dados aqui encontrados, em que consumo de embutidos é maior por parte do sexo masculino.

O consumo de massas e cereais pela população feminina é mais inadequado quando comparado ao dos homens (85,2% da população feminina, contra 74,2% na masculina). Desde o surgimento das grandes mídias de massas podemos perceber a influência no padrão de dieta a ser seguido e a “vilãização” de alguns alimentos, como o carboidrato^{31,32}. Passos *et al*³³, ao analisarem os ciclos de atenção as dietas da moda e tendências pelo Google-Trends, algoritmo que detalha em ordem crescente os itens buscados, destacam que no período de 2012 a 2017, as oito dietas mais procuradas possuíam restrição ou retirada total dos carboidratos da alimentação, afetando diretamente mais as mulheres³⁴.

O consumo de óleos e gorduras apresenta um perfil adequado em uma parte expressiva da população, mas estatisticamente representa uma diferença significativa quando avaliado o consumo por sexo, mulheres 96,8%, e homens 90,0%. Além disso, quando comparado ao Vigitel²⁸, o consumo inadequado de álcool da amostra do estudo se mostra menor em ambos os gêneros, porém, ainda reafirmando a prevalência desse hábito no sexo masculino.

Os padrões de consumo encontrados podem ser explicados pela relação direta entre os cuidados alimentares e gênero, como descrito por Assumpção *et al*³⁵ e outros citados por ele, em que a dieta alimentar das mulheres era de melhor qualidade nutricional. Um dos fatores que podem atribuir à essa diferença é o histórico-social, em que as atividades de escolha e preparo dos alimentos foi atribuída às mulheres, somadas as atividades de cuidados com família, aproximando-as de práticas de saúde. Além disso, a classe masculina tende a se alimentar com menor qualidade como consequência da rotina³⁶. Deve-se destacar que essa população possui maior dificuldade em acessar os serviços de saúde por dificuldade em reconhecer seus aspectos de saúde que precisam de cuidados. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem³⁷ destaca a maior vulnerabilidade desse grupo às doenças crônicas e a menor adesão aos programas nos serviços de saúde.

Quanto à relação entre os hábitos alimentares e os sintomas depressivos, este trabalho mostrou que o que interfere não são os grupos alimentares ingeridos e, sim a quantidade ingerida de certos alimentos. Dessa forma, evidencia que indivíduos que consomem uma dieta balanceada tem menos chances de apresentarem sintomas depressivos³⁸.

A parcela da amostra que não apresentava sintomas depressivos consome maior quantidade de vegetais, os quais são fontes de: vitaminas, como A, E e K; minerais, como magnésio, potássio, ferro e selênio; e fibras³⁸. Gopinath *et al*¹¹ constatou em seu estudo que a ingestão de fibras e aumento do consumo de frutas e vegetais foram inversamente associados ao desenvolvimento de sintomas depressivos. Já os alimentos com alto índice glicêmico, por provocarem aumento da inflamação do organismo, estavam presentes em maior quantidade na dieta de pessoas com sintomas depressivos. Esse estado inflamatório, gerado pela liberação de citocinas, interfere no metabolismo dos neurotransmissores e na atuação do fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF)³⁹.

Quanto aos óleos e gorduras, estes estiveram presentes em maior quantidade nos hábitos alimentares de pessoas com sintomas depressivos. Sánchez-Villegas *et al*³⁹ destaca que, a gordura trans está relacionada com o aumento do risco de depressão, sendo prejudicial à saúde mental. Entretanto, ácidos graxos monoinsaturados, ácidos graxos poli-insaturados e azeite não apresentaram o mesmo resultado. As gorduras insaturadas, são usadas pelo organismo para promover uma melhor função endotelial e conseqüentemente, melhorar a neuroproteção mediada pelo BDNF, além de influenciarem na neurotransmissão serotoninérgica³⁹.

Apontam-se como limitações desse estudo: o valor da amostra, o tamanho do estudo, a falta de uma análise mais ampliada e detalhada da dieta dos indivíduos e um apoio psicossocial na análise dos sintomas depressivos. Ainda assim, os resultados desta pesquisa trazem discussões importantes sobre a relação entre os hábitos alimentares e os sintomas depressivos, uma vez que ainda há uma escassez de estudos sobre esse tema, especialmente no Brasil.

8. Conclusão:

O presente artigo permitiu observar que não é o somente o grupo alimentar que tem relação com os sintomas depressivos, mas sim, a quantidade de certos alimentos, dentre eles: óleos e gorduras. Dessa forma, uma alimentação equilibrada apresenta maior neuroproteção. Além disso, evidencia-se a importância da abordagem multiprofissional na prevenção e tratamento de doenças, uma vez que a alimentação é uma das variáveis que possuem impacto no desfecho clínico.

9. Referências Bibliográficas:

1. Ministério da Saúde (Br). Depressão: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção. Acessado em abril de 2020. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/depressao#:~:text=A%20depress%C3%A3o%20%C3%A9%20um%20problema,torno%20de%2015%2C5%25>.
2. Araújo ASF, Vieira INU, Da Silva JNF, Faria SP, Nunes GL, Khouri AG, Souza ALS, De Moraes MC, Da Silveira AA. Avaliação do consumo alimentar em pacientes com diagnóstico de depressão e/ou ansiedade. RRS-FESGO. 2020; acesso maio de 2020;03(1);18-26.
3. Daré PK, Caponi SN. Cuidado ao indivíduo com depressão na atenção primária em saúde. ECOS. 2016; acesso em maio de 2020; 7 (1);12-24.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Rio de Janeiro/RJ. 2020.
5. Forlenza OV; Miguel EC. Clínica Psiquiátrica de bolso. 2ª Edição. Barueri/SP: Manole; 2018.
6. Rienks J, Dobson AJ, Mishra GD. Mediterranean dietary pattern and prevalence and incidence of depressive symptoms in mid-aged women: results from a large community-based prospective study. European Journal of Clinical Nutrition. 2013; 67;75–82.
7. Vermeulen E *et al.*
The association between dietary patterns derived by reduced rank regression and depressive symptoms over time: the Invecchiare in Chianti (InCHIANTI) study. British Journal of Nutrition. 2016; acesso em abril de 2020; 115; 2145–2153.
8. Grases G, Colom MA, Sanchis P, Grases F. Possible relation between consumption of different food groups and depression BMC Psychology. 2019; acesso abril de 2020; 7(14); 1-6.
9. Costa NMB, Rosa COB. Alimentos Funcionais: Componentes Bioativos e Efeitos Fisiológicos. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Rubio; 2016.
10. Sánchez-Villegas A, Verberne L, De Irala J, Ruíz-Canela M, Toledo E, Serra-Majem L, Martínez-González MA. Dietary Fat Intake and the Risk of Depression: The SUN Project. PLoS One. 2011; acesso maio de 2020; 6(1).
11. Gopinath B, Flood VM, Burlutsky G, Louie JCY, Mitchell P. Association between carbohydrate nutrition and prevalence of depressive symptoms in older adults. British Journal of Nutrition. 2017; acesso abril de 2020; 116; 2109–2114.

12. Adjibade M *et al.*
The Inflammatory Potential of the Diet Is Associated with Depressive Symptoms in Different Subgroups of the General Population. *J Nutr.* 2017; acesso em abril de 2020; 147:879–87.
13. Lai JS, Hure AJ, Oldmeadow C, McEvoy M, Byles J, Attia J. Prospective study on the association between diet quality and depression in mid-aged women over 9 years. *Eur J Nutr.* 2015; acesso em abril de 2020; 56; 273–281.
14. Opie RS, Itsiopoulos C, Parletta N, Sanchez-Villegas A, Akbaraly TN, Ruusunen A, Jacka FN. Dietary recommendations for the prevention of depression. *Nutritional Neuroscience.* 2017; acesso em abril de 2020; 20(3); 161-171.
15. Harding TW *et al.* Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med* 1980; 10:231-41.
16. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad. Saúde Pública.* 2008; acesso maio de 2020; 24(2).
17. Mari JJ, Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using relative operating characteristic (ROC) analysis. *Psychol Med* 1985; 15:651-9.
18. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1986; 148:23-6.
19. Sichieri R, Everhart JE. Validity of a Brazilian food frequency questionnaire against dietary recalls and estimated energy intake. *The American Journal of Clinical Nutrition.* 2000; acesso em maio de 2020; 18(10); 1649-1659.
20. Organização Mundial da Saúde (OMS). Diretriz: Ingestão de açúcares por adultos e crianças. 2015; acesso em maio de 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/images/stories/GCC/ingestao%20de%20acucares%20por%20adultos%20e%20criancas_portugues.pdf>.

21. World Health Organization (WHO). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva, Switzerland: 2013.
22. World Health Organization (WHO). The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas, 2018. Washington, DC. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275120286_eng.pdf?sequence=10&isAllowed=y
23. Coutinho MEM, Giovanini M, Pavini LS, Ventura MT, Elias RM, Silva LM. ASPECTOS BIOLÓGICOS E PSICOSSOCIAIS DA DEPRESSÃO RELACIONADO AO GÊNERO FEMININO. Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria. 2015 Jan/Abr;19(1):49-57. Acesso maio de 2021 Disponível em: <https://revneuropsiq.com.br/rbnp/article/viewFile/131/62>
24. Sassarini J. Depression in midlife women. MATURITAS; 2016. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.09.004>
25. Brasil. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 de setembro de 1990; p.1.
26. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde. As Causas da Iniquidades em Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, 2008.
27. Brasil. Ministério da Saúde., Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília. Ministério da Saúde, 2013. 1 edição, 1 reimpressão.
28. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil, 2019: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Relatórios de acesso público. Brasília, 2020.
30. Schneider BC, Duro SMS, Assunção MCF. Consumo de carnes por adultos do sul do Brasil: um estudo de base populacional. Ciênc. saúde coletiva. Agosto de 2014. Rio de Janeiro. v. 19, n. 8, p. 3583-3592. Doi: [10.1590/1413-81232014198.11702013](https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.11702013).
31. Amancio LCF, Franco JR, Alves HCC, Carmo JFV. DIETAS HIPERPROTEICAS: a busca por um corpo esbelto e/ou hipertrofiado. Revista Científica da Faculdade

Atenas.2015. V. 06, p. 01. Acesso em maio 2021. Disponível em:
<http://www.atenas.edu.br/uniatenas/assets/files/magazines/11_ARTIGO_CIENTIFICO_DIETAS_HIPERPROTEICAS.pdf>

32. Santos SMB. O discurso sobre o corpo feminino como fetiche de consumo na atualidade. [Tese de Doutorado]. Universidade Federal de Alagoas, 2019.

33. Passos JA, Vasconcellos-Silva PR, Santos LAS. Ciclos de atenção a dietas da moda e tendências de busca na internet pelo Google trends. Ciênc. Saúde Coletiva. Julho de 2020. Rio de Janeiro. V. 25, n. 7, p 2615-2631. Doi:10.1590/1413-81232020257.23892018.

34. Santos ARM, Silva EAPC, Moura PV, Dabbicco P, Silva PPC, Freitas CMSM. A busca pela beleza corporal na feminilidade e masculinidade. R. bras. Ci. e Mov 2013;21(2): 135-142. Acesso em Maio de 2021. Disponível em <<http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/3575/2603>>

35. Assumpção D, Domene SMA, Fisberg RM, Canesqui AM, Barros MBA. Diferenças entre homens e mulheres na qualidade da dieta: estudo de base populacional em Campinas, São Paulo. Ciênc. saúde coletiva. Fevereiro de 2017. Rio de Janeiro. v. 22, n. 2, p. 347-358. Doi: 10.1590/1413-81232017222.16962015

36. Bernardes AFM, Da Silva CG, Frutuoso MFP. ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, CUIDADO E GÊNERO: PERCEPÇÕES DE HOMENS E MULHERES DA ZONA NOROESTE DE SANTOS-SP. DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde Agosto de 2016. v. 11, n. 3, p. 559-573. Doi: 10.12957/demetra.2016.22334

37. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. 2008. Brasília.

38. França TB, Silva PFOA, Santos NF, Matos RJB. Effects of probiotics on the microbiota-intestine-brain axis and the anxiety and depression disorder. Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.7, n.2, p. 16212-16225, feb. 2021

39. Sánchez-Villegas A, Verberne L, De Irala J, Ruíz-Canela M, Toledo E, Serra-Majem L, Martínez-González MA. Dietary Fat Intake and the Risk of Depression: The SUN Project. PLoS ONE 6(1): e16268. doi:10.1371/journal.pone.0016268