v7.n12.2026

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

ALIMENTAÇÃO E DEPRESSÃO EM ADULTOS: EVIDÊNCIAS SOBRE PADRÕES ALIMENTARES, NUTRIENTES E INTERVENÇÕES NUTRICIONAIS — UMA REVISÃO INTEGRATIVA

DIET AND DEPRESSION IN ADULTS: EVIDENCE ON DIETARY PATTERNS, NUTRIENTS AND NUTRITIONAL INTERVENTIONS — AN INTEGRATIVE REVIEW

ALIMENTACIÓN Y DEPRESIÓN EN ADULTOS: EVIDENCIAS SOBRE PATRONES ALIMENTARIOS, NUTRIENTES E INTERVENCIONES NUTRICIONALES — UNA REVISIÓN INTEGRATIVA

Gleiciane Freitas de Souza Correia[1], Juliane Brito Brasil da Silva[1], Rosyflan de Lima Santos[2]

https://doi.org/10.47820/recima21.v7i12.9868

PUBLICADO: 12/2026

RESUMO

A depressão é um transtorno mental de origem multifatorial, associado a fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais, incluindo a alimentação. Objetivou-se analisar as evidências sobre padrões alimentares, alimentos específicos, nutrientes e intervenções nutricionais relacionados à depressão em adultos. Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, com buscas nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), complementadas por consulta a listas de referências e busca direcionada a estudos brasileiros, de 2016 a 2026. A seleção foi relatada conforme o PRISMA 2020, e os estudos foram classificados por nível de evidência. Foram incluídos 23 estudos, sete deles com a população brasileira. Os estudos observacionais apontaram associações entre padrões alimentares de melhor qualidade, consumo de feijão e de alimentos *in natura* ou minimamente processados e desfechos depressivos mais favoráveis; o maior consumo de ultraprocessados, doces e bebidas açucaradas e a substituição de refeições por lanches associaram-se a desfechos menos favoráveis em adultos brasileiros. Ensaios clínicos com dietas de padrão mediterrâneo, realizados em países de alta renda e com amostras pequenas, relataram redução de sintomas depressivos, enquanto os resultados da suplementação de ômega-3, vitamina D, magnésio e vitaminas do complexo B variaram em consistência e certeza conforme o nutriente, a população e o delineamento. A alimentação pode integrar o cuidado multidisciplinar da depressão como estratégia complementar, sem substituir o tratamento médico e psicológico. A predominância de estudos observacionais, a heterogeneidade dos estudos e a ausência de avaliação formal do risco de viés limitam a força dessas conclusões.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão. Nutrição. Saúde mental. Alimentos ultraprocessados. Dieta mediterrânea.

ABSTRACT

Depression is a multifactorial mental disorder associated with biological, psychological, social, and environmental factors, among which diet has been investigated. This study aimed to analyze the evidence on dietary patterns, specific foods, nutrients, and nutritional interventions related to depression in adults. An integrative literature review was conducted in PubMed/MEDLINE, SciELO, and the Virtual Health Library (VHL), supplemented by reference-list screening and a targeted search for Brazilian studies, considering publications from 2016 to 2026.

[1] Graduanda em Nutrição pelo Centro Universitário Aparício Carvalho (FIMCA), Porto Velho – RO.
[2] Especialista em Nutrição Clínica Hospitalar pelo Centro Universitário Aparício Carvalho (FIMCA) e graduada em Nutrição pelo Centro Universitário São Lucas, Porto Velho – RO. Docente do curso de Nutrição da FIMCA e orientadora deste trabalho.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Study selection was reported according to PRISMA 2020, and studies were classified by level of evidence. Twenty-three studies were included, seven of them with the Brazilian population. Observational studies reported associations between higher-quality dietary patterns, consumption of beans and of unprocessed or minimally processed foods, and more favorable depression-related outcomes; higher consumption of ultra-processed foods, sweets, and sugar-sweetened beverages and the replacement of meals with snacks were associated with less favorable outcomes in Brazilian adults. Clinical trials of Mediterranean-style diets, conducted in high-income countries with small samples, reported reductions in depressive symptoms, whereas the results of omega-3, vitamin D, magnesium, and B-vitamin supplementation varied in consistency and certainty according to nutrient, population, and study design. Diet may be part of multidisciplinary depression care as a complementary strategy, without replacing medical and psychological treatment. The predominance of observational studies, study heterogeneity, and the absence of a formal risk-of-bias assessment limit the strength of these conclusions.

KEYWORDS: *Depression. Nutrition. Mental health. Ultra-processed foods. Mediterranean diet.*

RESUMEN

La depresión es un trastorno mental de origen multifactorial, asociado con factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales, incluida la alimentación. Se buscó analizar la evidencia sobre patrones alimentarios, alimentos específicos, nutrientes e intervenciones nutricionales relacionados con la depresión en adultos. Se realizó una revisión integrativa de la literatura en las bases PubMed/MEDLINE, SciELO y Biblioteca Virtual en Salud (BVS), complementada con la consulta de listas de referencias y una búsqueda dirigida a estudios brasileños, de 2016 a 2026. La selección se informó según PRISMA 2020 y los estudios se clasificaron por nivel de evidencia. Se incluyeron 23 estudios, siete de ellos con población brasileña. Los estudios observacionales señalaron asociaciones entre patrones alimentarios de mejor calidad, consumo de frijoles y de alimentos in natura o mínimamente procesados y resultados depresivos más favorables; el mayor consumo de ultraprocesados, dulces y bebidas azucaradas y la sustitución de comidas por refrigerios se asociaron con resultados menos favorables en adultos brasileños. Los ensayos clínicos con dietas de tipo mediterráneo, realizados en países de altos ingresos y con muestras pequeñas, informaron reducción de los síntomas depresivos, mientras que los resultados de la suplementación con omega-3, vitamina D, magnesio y vitaminas del complejo B variaron en consistencia y certeza según el nutriente, la población y el diseño. La alimentación puede integrar la atención multidisciplinaria de la depresión como estrategia complementaria, sin sustituir el tratamiento médico y psicológico. El predominio de estudios observacionales, su heterogeneidad y la ausencia de evaluación formal del riesgo de sesgo limitan la solidez de estas conclusiones.

PALABRAS CLAVE: *Depresión. Nutrición. Salud mental. Alimentos ultraprocesados. Dieta mediterránea.*

1. INTRODUÇÃO

A depressão é um transtorno mental caracterizado por humor deprimido persistente e perda de interesse ou prazer, frequentemente acompanhados de alterações do sono e do apetite, fadiga, sentimentos de culpa, baixa autoestima e, em casos graves, ideação suicida (Baklizi; Bruce; Santos, 2021). A Organização Mundial da Saúde estimou que aproximadamente 332

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

milhões de pessoas viviam com depressão em todo o mundo, correspondendo a 5,7% dos adultos (World Health Organization, 2025).

No Brasil, dados da Pesquisa Nacional de Saúde indicam que a prevalência de depressão autorreferida entre adultos aumentou de 7,6% em 2013 para 10,2% em 2019 (Brito *et al.*, 2022). Esses dados ressaltam a importância da depressão como questão de saúde pública.

O cuidado convencional da depressão pode incluir medicamentos e psicoterapia. Também cresceu o interesse pela relação entre padrões alimentares e saúde mental. Os nutrientes participam do funcionamento cerebral e de processos bioquímicos relacionados à neurotransmissão, mas esses mecanismos não significam que um alimento ou nutriente isolado possa tratar a depressão por si só (Baklizi; Bruce; Santos, 2021). Assim, o cuidado nutricional pode ser considerado em uma abordagem multidisciplinar, com recomendações adaptadas às necessidades clínicas e nutricionais de cada pessoa (Barbosa, 2020).

Estudos brasileiros relataram associações entre maior consumo de alimentos ultraprocessados e desfechos relacionados à depressão (Werneck *et al.*, 2024; Ferreira *et al.*, 2025), enquanto o consumo regular de feijão foi associado a menor probabilidade de depressão em um levantamento nacional (Sousa *et al.*, 2020). Ensaios clínicos internacionais também investigaram se a melhoria da qualidade da alimentação pode reduzir sintomas depressivos (Jacka *et al.*, 2017; Firth *et al.*, 2019).

Embora as evidências tenham se ampliado, permanecem lacunas que justificam uma nova síntese. As revisões sistemáticas e metanálises disponíveis abordaram, em geral, recortes isolados — a qualidade global da dieta (Molendijk *et al.*, 2018), os índices alimentares saudáveis e o potencial inflamatório da dieta (Lassale *et al.*, 2019), as intervenções de melhora alimentar (Firth *et al.*, 2019) ou nutrientes específicos (Appleton *et al.*, 2021) — e reuniram predominantemente dados de países de alta renda. Essas sínteses raramente consideram, de forma conjunta, padrões alimentares, alimentos, nutrientes e intervenções, e pouco incorporam evidências de países de renda média, como o Brasil, onde a alimentação tradicional baseada em arroz e feijão coexiste com a expansão do consumo de alimentos ultraprocessados. Estudos brasileiros recentes de base populacional, oriundos da Pesquisa Nacional de Saúde e das coortes CUME, NutriNet Brasil e ELSA-Brasil, ainda foram pouco integrados às evidências de intervenção. Além disso, na literatura nacional predominam revisões narrativas ou bibliográficas que nem sempre distinguem associações observacionais de efeitos demonstrados em ensaios clínicos (Barbosa, 2020; Andrade; Carvalho; Assis, 2021), o que pode favorecer interpretações que superestimam o potencial terapêutico de alimentos ou suplementos.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Assim, a contribuição específica desta revisão consiste em reunir, em uma única síntese, evidências internacionais e brasileiras sobre padrões alimentares, alimentos, nutrientes e intervenções nutricionais, explicitando o delineamento, o nível de evidência e as principais limitações de cada estudo, a fim de esclarecer o papel potencial e os limites do cuidado nutricional na depressão no contexto brasileiro.

Diante desse contexto, formulou-se a seguinte pergunta de pesquisa: quais evidências estão disponíveis sobre a relação entre padrões alimentares, alimentos específicos, nutrientes e intervenções nutricionais e os desfechos relacionados à depressão em adultos? Esta revisão integrativa teve como objetivo sintetizar estudos publicados entre 2016 e 2026, com atenção à produção brasileira, distinguindo evidências relacionadas ao risco ou à incidência daquelas referentes à mudança de sintomas e ao tratamento.

1.1. Objetivo geral

Sintetizar, por meio de uma revisão integrativa, as evidências sobre padrões alimentares, alimentos específicos, nutrientes e intervenções nutricionais em relação aos desfechos relacionados à depressão em adultos.

1.2. Objetivos específicos

a) Identificar alimentos e padrões alimentares associados ao risco de depressão, à gravidade dos sintomas ou às mudanças sintomáticas.

b) Descrever as evidências sobre as relações entre alimentação, potencial inflamatório da dieta e desfechos relacionados à depressão.

c) Examinar os achados sobre nutrientes específicos, incluindo ácidos graxos ômega-3, vitaminas do complexo B, vitamina D e magnésio.

d) Discutir as evidências e limitações das intervenções nutricionais e da suplementação como abordagens complementares no cuidado da depressão.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Depressão: conceito e neurobiologia

Historicamente, a depressão foi explicada, em parte, por hipóteses que envolvem serotonina, noradrenalina e dopamina, neurotransmissores relacionados ao humor, ao apetite, ao sono e à atividade psicomotora. Os efeitos de alguns antidepressivos sobre a

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

neurotransmissão contribuíram para o desenvolvimento dessas hipóteses (Aguiar; Santa Catarina; Almeida, 2022).

Entretanto, uma redução isolada da serotonina não explica adequadamente a depressão. Discussões contemporâneas enfatizam o caráter multifatorial do transtorno e a necessidade de evitar a redução de sua fisiopatologia a um único mecanismo relacionado a neurotransmissores (Moncrieff *et al.*, 2023).

2.2. Inflamação e depressão

Evidências de metanálises identificaram níveis médios mais elevados de alguns marcadores inflamatórios, incluindo proteína C-reativa e interleucina-6, em grupos com depressão em comparação com grupos-controle (Osimo *et al.*, 2020). A inflamação tem sido investigada como uma das possíveis vias que relacionam saúde, padrões alimentares e depressão, embora uma associação não estabeleça, por si só, um mecanismo causal único (Aguiar; Santa Catarina; Almeida, 2022).

Padrões alimentares com maior potencial inflamatório foram associados a desfechos relacionados à depressão (Tolkien; Bradburn; Murgatroyd, 2019). A relação pode ser bidirecional: os sintomas depressivos também podem alterar o apetite, a regularidade das refeições e as escolhas alimentares. Em algumas pessoas, essas mudanças podem contribuir para alterações involuntárias do peso ou ingestão alimentar inadequada (Aguiar; Santa Catarina; Almeida, 2022).

2.3. Alimentação e saúde mental

Como já assinalado, a relação entre alimentação e humor tende a ser bidirecional: a qualidade da dieta pode se relacionar a aspectos da saúde relevantes para o funcionamento cerebral, enquanto o estado emocional pode afetar o comportamento alimentar. Resultados observacionais sobre ômega-3, vitaminas do complexo B, minerais e aminoácidos devem ser interpretados com cautela, pois a associação entre o estado nutricional de um nutriente e a depressão não demonstra, por si só, que sua suplementação melhore os sintomas (Aguiar; Santa Catarina; Almeida, 2022).

Uma revisão narrativa identificou frutas, hortaliças, cereais integrais, peixes e oleaginosas entre os alimentos associados à prevenção ou redução de sintomas depressivos na literatura examinada (Andrade; Carvalho; Assis, 2021). Em estudos brasileiros, o maior consumo de alimentos ultraprocessados foi associado a maior ocorrência de desfechos relacionados à depressão (Leal *et al.*, 2023; Werneck *et al.*, 2024). A força dessas evidências depende do delineamento dos estudos e da possibilidade de fatores de confusão.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

2.4. Triptofano, serotonina e eixo intestino-cérebro

O triptofano é um aminoácido essencial, precursor da serotonina e da melatonina, que deve ser obtido por meio da alimentação. Sua disponibilidade no sistema nervoso central depende do transporte pela barreira hematoencefálica, no qual compete com outros aminoácidos neutros de cadeia longa (Jenkins *et al.*, 2016).

O eixo intestino-cérebro também tem sido investigado como via de comunicação entre a microbiota intestinal e o sistema nervoso central, com possível influência sobre o metabolismo do triptofano e, consequentemente, sobre o humor e a cognição (Jenkins *et al.*, 2016). Vitaminas e minerais, por sua vez, atuam como cofatores em vias bioquímicas envolvidas na síntese de neurotransmissores (Baklizi; Bruce; Santos, 2021). Isso reforça a importância de uma alimentação adequada e variada, mas não justifica a suplementação indiscriminada sem avaliação individual e indicação profissional.

2.5. O papel do nutricionista no tratamento da depressão

A avaliação nutricional pode ajudar a identificar ingestão inadequada, riscos nutricionais e deficiências clinicamente relevantes, além de apoiar estratégias alimentares adaptadas às alterações do apetite e da ingestão (Barbosa, 2020). Diretrizes internacionais sobre cuidado em saúde mental baseado no estilo de vida incluem as intervenções alimentares entre as abordagens a serem consideradas na depressão maior, como complemento ao tratamento convencional (Marx *et al.*, 2023). Assim, a atuação do nutricionista deve integrar o cuidado multidisciplinar, sem substituir o acompanhamento médico ou psicológico.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de caráter descritivo, com síntese narrativa qualitativa. Optou-se por esse delineamento porque a pergunta de pesquisa abrange evidências de natureza distinta — estudos observacionais sobre exposições alimentares e estudos experimentais sobre intervenções nutricionais e suplementação — e porque a revisão integrativa permite incluir simultaneamente estudos primários e secundários de diferentes delineamentos, combinando-os em uma compreensão ampliada do fenômeno (Whittemore; Knafl, 2005; Mendes; Silveira; Galvão, 2008). Uma revisão sistemática com metanálise não seria adequada ao objetivo proposto, em razão da heterogeneidade das exposições, das intervenções, dos comparadores e dos desfechos. O percurso metodológico compreendeu seis fases sucessivas: definição do tema e da pergunta norteadora; fixação dos critérios de elegibilidade e

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

realização das buscas; delimitação dos dados a extrair e organização dos estudos em categorias; análise crítica do material incluído; discussão dos achados; e redação da síntese final (Mendes; Silveira; Galvão, 2008; Dantas *et al.*, 2022).

A pergunta de pesquisa foi estruturada com base em dois acrônimos complementares, de acordo com a natureza das evidências buscadas (Tabela 1): a estratégia PICO (População, Intervenção, Comparação e Desfecho), aplicada aos estudos de intervenção e de suplementação, e a estratégia PEO (População, Exposição e Desfecho), mais apropriada aos estudos observacionais, nos quais não há intervenção atribuída pelo pesquisador, mas exposição a determinado fator alimentar.

Tabela 1. Estratégias PICO e PEO utilizadas na formulação da pergunta de pesquisa

Elemento	Estudos de intervenção (PICO)	Estudos observacionais (PEO)
P (População)	Adultos (≥ 18 anos) com depressão, sintomas depressivos ou da população geral	Adultos (≥ 18 anos) da população geral ou com depressão
I/E (Intervenção ou Exposição)	Intervenção: dietas, intervenções nutricionais e suplementação de nutrientes (ômega-3, vitamina D, magnésio e vitaminas do complexo B)	Exposição: padrões alimentares, alimentos e grupos de alimentos, grau de processamento dos alimentos e ingestão de nutrientes
C (Comparação)	Dieta habitual, placebo, apoio social ou outro controle	Não se aplica (comparação entre níveis de exposição)
O (Desfecho)	Remissão, gravidade ou mudança dos sintomas depressivos	Risco, incidência, prevalência ou persistência de depressão ou de sintomas depressivos

Fonte: Autoria própria, 2026.

As buscas foram realizadas em setembro de 2026 nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), incluindo a LILACS, com descritores controlados dos vocabulários DeCS/MeSH e termos livres relacionados à depressão, à alimentação, aos padrões alimentares e aos nutrientes, combinados por operadores booleanos (Tabela 2). As estratégias foram adaptadas às especificidades de cada base. Na PubMed/MEDLINE e na BVS, aplicaram-se filtros por tipo de publicação para recuperar revisões sistemáticas, metanálises e ensaios clínicos, de modo a priorizar evidências de síntese e de intervenção; na SciELO, em razão do menor volume de registros, não foi aplicado filtro de delineamento. Reconhece-se que essa opção reduziu a recuperação de estudos observacionais primários nas bases eletrônicas; por esse motivo, esses estudos, sobretudo os realizados com a população brasileira, foram buscados de forma direcionada na etapa complementar.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Tabela 2. Estratégias de busca utilizadas em cada base de dados

Base de dados	Estratégia de busca	Filtros aplicados	Registros
PubMed/ MEDLINE	("Depression"[MeSH] OR "Depressive Disorder"[MeSH]) AND ("Diet"[MeSH] OR "Diet, Mediterranean"[MeSH] OR "Fatty Acids, Omega-3"[MeSH] OR "Vitamin D"[MeSH] OR "Magnesium"[MeSH] OR "Vitamin B Complex"[MeSH]) AND (systematic review[pt] OR meta-analysis[pt] OR randomized controlled trial[pt]) AND adult[MeSH]	Publicação de 2016 a 2026	243
BVS (inclui LILACS)	(depressão OR depression) AND (dieta OR nutrição OR "ômega 3" OR "vitamina D" OR magnésio OR "complexo B")	Publicação de 2016 a 2026; revisão sistemática e ensaio clínico controlado	523
SciELO	(depressão OR depression) AND (dieta OR nutrição OR "ômega 3" OR "vitamina D" OR magnésio OR "complexo B")	Publicação de 2016 a 2026	33

Fonte: Autoria própria, 2026.

Foram incluídos: (a) estudos primários — ensaios clínicos randomizados, estudos de coorte e estudos transversais de base populacional — e estudos secundários — revisões sistemáticas, com ou sem metanálise, e revisões integrativas ou de literatura que descrevessem os estudos analisados; (b) realizados com adultos (≥ 18 anos); (c) que avaliassem padrões alimentares, alimentos, grupos de alimentos, grau de processamento dos alimentos, ingestão ou suplementação de nutrientes ou intervenções nutricionais; (d) que relatassem desfechos depressivos, definidos como diagnóstico clínico, diagnóstico autorreferido ou sintomas depressivos aferidos por instrumentos padronizados; e (e) publicados entre 2016 e 2026, em português, inglês ou espanhol, com texto completo disponível. Foram excluídos estudos realizados exclusivamente com crianças ou adolescentes, estudos com animais, estudos centrados em outros transtornos mentais, publicações sem método descrito, como resumos de eventos, cartas e editoriais, e publicações em que a depressão não constituísse desfecho avaliado.

A seleção ocorreu em três etapas: leitura de títulos, leitura de resumos e avaliação do texto completo das publicações potencialmente elegíveis. As duplicatas entre as bases foram identificadas manualmente durante a triagem e excluídas juntamente com os registros fora do tema ou do tipo de estudo definido, sem contagem separada. A triagem e a avaliação dos textos completos foram realizadas por duas pesquisadoras, de forma independente; as divergências foram resolvidas por consenso entre ambas, com consulta à orientadora quando necessário.

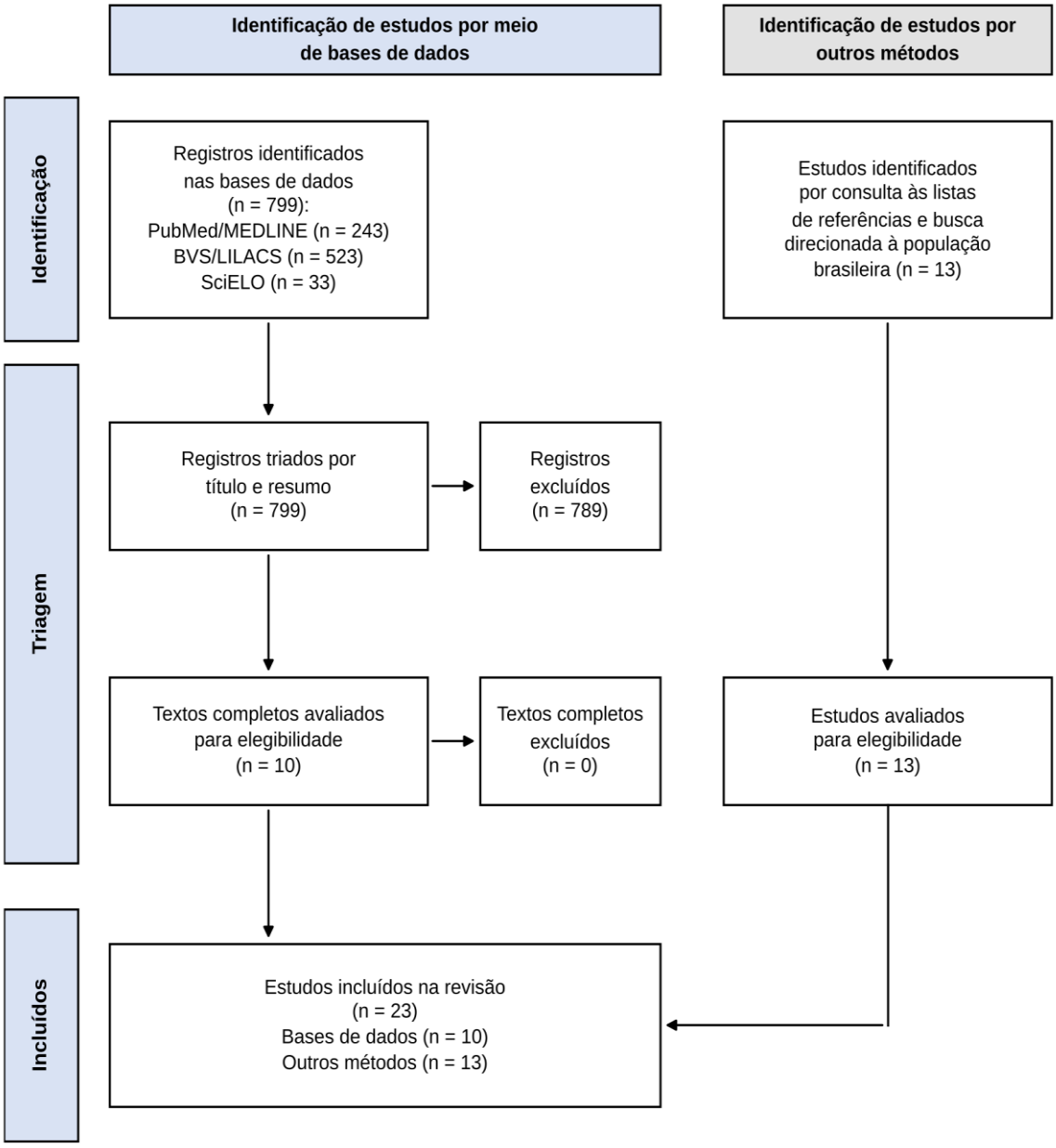
Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Na busca complementar, foram empregadas duas estratégias: (a) consulta às listas de referências dos estudos selecionados nas bases; e (b) busca direcionada a estudos com a população brasileira, realizada pelas duas pesquisadoras, com apoio da orientadora, no final de setembro de 2026, orientada pelos mesmos temas da busca nas bases. Os registros identificados nessa etapa foram submetidos aos mesmos critérios de elegibilidade e às mesmas etapas de seleção aplicados aos registros das bases. Dos 13 estudos incluídos por esse meio, seis foram identificados nas listas de referências e sete, todos com a população brasileira, pela busca direcionada. Como essa etapa não seguiu estratégia estruturada e registrada, sua reprodutibilidade é menor, o que foi considerado nas limitações do estudo. O processo de identificação e seleção foi relatado de acordo com as recomendações do PRISMA 2020 (Page *et al.*, 2022) e está apresentado na Figura 1.

Os dados foram extraídos em formulário padronizado, que contemplou autoria, ano, delineamento, amostra, exposição ou intervenção, instrumento de avaliação dos desfechos depressivos, principais medidas de associação ou de efeito, com os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), quando disponíveis, e principais limitações. Essas informações foram organizadas em quadro sinóptico (Quadro 1) e sintetizadas de forma narrativa, com identificação de convergências, divergências e lacunas do conhecimento. Os estudos foram agrupados em quatro eixos: alimentos e padrões alimentares; alimentação, inflamação e desfechos depressivos; nutrientes específicos; e intervenções nutricionais. Do total de 40 obras referenciadas, 23 compõem o corpus da revisão e 17 foram utilizadas como fundamentação teórica ou metodológica.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Figura 1. Fluxograma de identificação e seleção dos estudos



Fonte: Adaptado de Page *et al.* (2022).

Na quarta fase, cada estudo recebeu um nível de evidência conforme a hierarquia de Melnyk e Fineout-Overholt (2019), que ordena as evidências de acordo com o delineamento: nível I — revisões sistemáticas ou metanálises de ensaios clínicos randomizados; nível II — ensaios clínicos randomizados; nível III — ensaios controlados sem randomização; nível IV —

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

estudos de coorte ou de caso-controle; nível V — revisões sistemáticas de estudos descritivos e qualitativos; nível VI — estudos descritivos ou qualitativos isolados; e nível VII — opinião de especialistas. Neste corpus, as revisões sistemáticas de estudos observacionais analíticos receberam o nível IV, por corresponderem ao delineamento dos estudos primários que reúnem, e as revisões não sistemáticas ou sem metanálise com delineamentos mistos, o nível V. As principais limitações metodológicas de cada estudo, inerentes ao delineamento ou apontadas pelos próprios autores, também foram registradas (Quadro 1). Não se aplicaram instrumentos específicos de risco de viés, como o RoB 2, o AMSTAR 2 ou a escala Newcastle-Ottawa; essa limitação foi levada em conta ao interpretar os resultados.

Como o corpus reúne revisões e estudos primários, verificou-se ainda a possível sobreposição de evidências, isto é, se estudos primários incluídos também integravam as revisões e metanálises analisadas. Para reduzir a contagem duplicada, os resultados de estudos primários sobrepostos não foram somados aos das revisões como evidências independentes, e a síntese foi orientada pela direção e pela consistência dos achados em cada eixo, e não pelo número de estudos favoráveis.

A submissão a Comitê de Ética em Pesquisa não foi necessária, pois a revisão analisou apenas publicações de acesso público, sem envolvimento direto de participantes, em conformidade com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram incluídos 23 estudos na síntese final, dos quais dez foram recuperados nas bases de dados e 13 identificados por métodos complementares (Figura 1). Quanto ao delineamento, o corpus foi composto por 13 revisões (sistemáticas, com ou sem metanálise, integrativas ou de literatura), cinco ensaios clínicos randomizados, quatro estudos de coorte e um estudo transversal. Segundo a hierarquia de Melnyk e Fineout-Overholt (2019), cinco estudos foram classificados no nível I, cinco no nível II, nove no nível IV, três no nível V e um no nível VI. Sete estudos foram realizados com a população brasileira, cinco deles com dados de grandes inquéritos e coortes nacionais (Pesquisa Nacional de Saúde, Projeto CUME, NutriNet Brasil e ELSA-Brasil); todos os ensaios clínicos foram conduzidos em países de alta renda. As características dos estudos, os instrumentos de avaliação dos desfechos, as principais medidas de associação ou de efeito e as limitações estão apresentados no Quadro 1.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Quadro 1. Caracterização dos estudos incluídos na revisão, segundo delineamento, nível de evidência, amostra, instrumento, principais achados e limitações

Autor (ano)	Delineamento e nível de evidência (NE)	Amostra e instrumento	Principais achados	Principais limitações
Sousa *et al.* (2020)	Transversal – Pesquisa Nacional de Saúde 2013 NE: VI	46.785 adultos brasileiros; PHQ-9 (≥ 10)	Consumo regular de feijão: OR = 0,74 (IC95%: 0,65–0,84); doces: OR = 1,53 (IC95%: 1,33–1,76); substituição de refeições por lanches: OR = 1,52 (IC95%: 1,21–1,90); bebidas açucaradas, apenas em mulheres: OR = 1,27 (IC95%: 1,10–1,48)	Delineamento transversal, sem inferência causal e com possível causalidade reversa; consumo aferido por marcadores de frequência
Leal *et al.* (2023)	Coorte – Projeto CUME NE: IV	2.572 adultos com ensino superior de Minas Gerais; diagnóstico médico de depressão autorreferido	Maior quartil de consumo de ultraprocessados associou-se a maior incidência de depressão: HR = 1,82 (IC95%: 1,15–2,88), em cerca de 3 anos de seguimento	Amostra de alta escolaridade; desfecho autorreferido; dieta aferida por QFA em um único momento
Werneck *et al.* (2024)	Coorte – NutriNet Brasil – e metanálise de 6 coortes NE: IV	15.960 adultos brasileiros; PHQ-9	Cada aumento de 10% na participação de ultraprocessados na dieta: HR = 1,10 (IC95%: 1,07–1,14); metanálise (maior vs. menor exposição): HR = 1,32 (IC95%: 1,19–1,46; I^2 = 71%)	Amostra recrutada *on-line* e predominantemente feminina (77,5%); seguimento médio de 18 meses; heterogeneidade elevada na metanálise
Ferreira *et al.* (2025)	Coorte – ELSA-Brasil NE: IV	13.870 servidores públicos de 35 a 74 anos; CIS-R	Maior consumo de ultraprocessados associou-se a maior risco de depressão e de depressão persistente em 8 anos; substituir 5% a 20% desses produtos por alimentos *in natura* associou-se a redução de 6% a 22% na incidência	Amostra de servidores públicos, não representativa da população geral; dieta aferida por QFA apenas na linha de base
Chaves *et al.* (2022)	Coorte – ELSA-Brasil NE: IV	Cerca de 13 mil adultos e idosos; CIS-R	Maior consumo de ômega-3 e de suas frações (EPA, DHA, DPA e ácido alfa-linolênico) associou-se a menor chance de manutenção e de incidência de episódios depressivos	Estimativas de pequena magnitude, com intervalos de confiança próximos da unidade em parte das análises; apenas duas ondas de seguimento

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Autor (ano)	Delineamento e nível de evidência (NE)	Amostra e instrumento	Principais achados	Principais limitações
Moreira *et al.* (2021)	Revisão de literatura NE: V	6 estudos; instrumentos variados	Três estudos mostraram benefício da suplementação de vitamina D e três não; o efeito positivo ocorreu quando os níveis séricos foram corrigidos	Número reduzido de estudos; ausência de síntese quantitativa; heterogeneidade de doses e populações
Lobão e Sousa (2022)	Revisão integrativa NE: V	7 estudos; instrumentos variados	A deficiência de vitamina D associou-se a maior risco de depressão, e a suplementação pareceu reduzir os sintomas	Revisão não sistemática, sem síntese quantitativa
Jacka *et al.* (2017)	Ensaio clínico randomizado – SMILES NE: II	67 adultos com depressão maior; MADRS	Dieta mediterrânea modificada por 12 semanas levou à remissão em 32,3% dos participantes, contra 8,0% no grupo-controle (apoio social)	Amostra pequena; ausência de cegamento dos participantes; controle de atenção distinto da intervenção
Parletta *et al.* (2019)	Ensaio clínico randomizado – HELFIMED NE: II	152 adultos com depressão autorreferida; DASS	Dieta mediterrânea com óleo de peixe por 3 meses reduziu mais os sintomas depressivos que o grupo de apoio social	Ausência de cegamento; perdas de seguimento; intervenção combinada (dieta e óleo de peixe) impede isolar os efeitos
Bayes, Schloss e Sibbritt (2022)	Ensaio clínico randomizado – AMMEND NE: II	72 homens de 18 a 25 anos com depressão moderada a grave; BDI-II	Dieta mediterrânea por 12 semanas reduziu significativamente os sintomas depressivos em relação ao controle	Amostra pequena e restrita a homens jovens; ausência de cegamento dos participantes
Firth *et al.* (2019)	Metanálise de 16 ensaios clínicos randomizados NE: I	Mais de 45 mil participantes; instrumentos variados	Intervenções de melhora alimentar reduziram os sintomas depressivos: g = 0,275 (IC95%: 0,10–0,45)	Efeito pequeno; heterogeneidade de intervenções; predomínio de amostras não clínicas
Lassale *et al.* (2019)	Revisão sistemática e metanálise de estudos observacionais NE: IV	41 estudos observacionais; instrumentos variados	Maior adesão à dieta mediterrânea e dietas menos inflamatórias associaram-se a menor risco de depressão	Inclusão de estudos transversais; possível confusão residual
Molendijk *et al.* (2018)	Revisão sistemática e metanálise dose-resposta NE: IV	24 coortes prospectivas; instrumentos variados	Dieta de melhor qualidade associou-se a menor risco de sintomas depressivos	Possível confusão residual e causalidade reversa; heterogeneidade das medidas de dieta

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Autor (ano)	Delineamento e nível de evidência (NE)	Amostra e instrumento	Principais achados	Principais limitações
Tolkien, Bradburn e Murgatroyd (2019)	Revisão sistemática e metanálise de estudos observacionais NE: IV	11 estudos observacionais; Índice Inflamatório da Dieta	Dietas pró-inflamatórias associaram-se a maior risco e maior intensidade de sintomas depressivos	Estudos observacionais; heterogeneidade na aferição da dieta e dos desfechos
Liao *et al.* (2019)	Metanálise de ensaios clínicos randomizados NE: I	26 ensaios clínicos; instrumentos variados	Ômega-3 com EPA igual ou superior a 60% da formulação mostrou efeito benéfico sobre os sintomas depressivos	Heterogeneidade de doses, formulações e populações; possível viés de publicação
Appleton *et al.* (2021)	Revisão sistemática Cochrane NE: I	35 ensaios clínicos (1.964 participantes)	Ômega-3 teve benefício pequeno a modesto, com certeza da evidência muito baixa	Certeza muito baixa; ensaios pequenos e heterogêneos
Young *et al.* (2019)	Revisão sistemática e metanálise NE: I	16 ensaios clínicos (2.015 participantes)	Vitaminas do complexo B reduziram o estresse; o efeito sobre sintomas depressivos não foi significativo	Predomínio de participantes saudáveis ou em risco, sem diagnóstico de depressão
Bender, Hagan e Kingston (2017)	Metanálise de estudos observacionais NE: IV	Estudos observacionais; instrumentos variados	Pessoas com depressão apresentaram níveis séricos e ingestão de folato mais baixos	Delineamentos observacionais; não avalia o efeito da suplementação
Cheng, Huang e Huang (2020)	Revisão sistemática e metanálise NE: I	25 ensaios clínicos (7.534 participantes)	Vitamina D reduziu emoções negativas, com maior efeito em pessoas com depressão e deficiência da vitamina	Heterogeneidade de doses, duração e desfechos emocionais
Okereke *et al.* (2020)	Ensaio clínico randomizado – VITAL-DEP NE: II	18.353 adultos com 50 anos ou mais; PHQ-8	Vitamina D3 (2.000 UI/dia) por cerca de 5 anos não preveniu depressão: HR = 0,97 (IC95%: 0,87–1,09)	População geral, majoritariamente sem deficiência de vitamina D; não avaliou o tratamento da depressão
Tarleton *et al.* (2017)	Ensaio clínico randomizado aberto e cruzado NE: II	126 adultos com depressão leve a moderada; PHQ-9	Magnésio (248 mg/dia) por 6 semanas reduziu, em média, 6 pontos no PHQ-9	Ausência de cegamento e de placebo; curta duração
Li *et al.* (2017)	Metanálise de estudos observacionais NE: IV	11 estudos observacionais; instrumentos variados	Maior ingestão de magnésio associou-se a risco 19% menor de depressão	Estudos observacionais, com possível confusão residual
Botturi *et al.* (2020)	Revisão sistemática sem metanálise NE: V	32 artigos, 18 sobre depressão	Resultados principalmente positivos do magnésio sobre sintomas depressivos, porém com estudos heterogêneos	Delineamentos mistos e heterogêneos; ausência de síntese quantitativa

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Fonte: Autoria própria, 2026. Legenda: NE – nível de evidência (Melnyk; Fineout-Overholt, 2019); OR – odds ratio; HR – hazard ratio; IC95% – intervalo de confiança de 95%; QFA – questionário de frequência alimentar; PHQ – Patient Health Questionnaire; CIS-R – Clinical Interview Schedule-Revised; MADRS – Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale; DASS – Depression Anxiety Stress Scales; BDI-II – Beck Depression Inventory-II; EPA – ácido eicosapentaenoico; DHA – ácido docosa-hexaenoico; DPA – ácido docosapentaenoico.

4.1. Alimentos e padrões alimentares associados aos desfechos depressivos

Na Pesquisa Nacional de Saúde, o consumo regular de feijão associou-se a menor chance de depressão (OR = 0,74; IC95%: 0,65–0,84), enquanto o consumo regular de doces (OR = 1,53; IC95%: 1,33–1,76) e a substituição do almoço ou do jantar por lanches (OR = 1,52; IC95%: 1,21–1,90) associaram-se a maior chance (Sousa *et al.*, 2020). Por se tratar de estudo transversal, essas associações não permitem inferir causalidade nem excluir a causalidade reversa.

Três coortes brasileiras relataram associação entre maior consumo de alimentos ultraprocessados e desfechos depressivos (Leal *et al.*, 2023; Werneck *et al.*, 2024; Ferreira *et al.*, 2025). No Projeto CUME, o quartil de maior consumo associou-se a risco 82% maior de depressão (HR = 1,82; IC95%: 1,15–2,88) (Leal *et al.*, 2023); no NutriNet Brasil, cada aumento de 10% na participação de ultraprocessados na dieta associou-se a risco 10% maior de sintomas depressivos (HR = 1,10; IC95%: 1,07–1,14) (Werneck *et al.*, 2024); e, no ELSA-Brasil, a substituição de 5% a 20% desses produtos por alimentos *in natura* ou minimamente processados associou-se a redução de 6% a 22% na incidência de depressão (Ferreira *et al.*, 2025). A convergência entre coortes com populações, métodos de aferição da dieta e instrumentos diagnósticos distintos reforça a consistência da associação, embora todas sejam compostas por amostras de maior escolaridade ou vínculo empregatício formal.

Em âmbito internacional, metanálises de estudos observacionais associaram dietas de melhor qualidade global e maior adesão à dieta mediterrânea a menor risco de depressão (Molendijk *et al.*, 2018; Lassale *et al.*, 2019), ao passo que dietas com maior potencial inflamatório se associaram a maior risco e maior intensidade de sintomas (Tolkien; Bradburn; Murgatroyd, 2019). A interpretação desses achados deve considerar fatores de confusão e a possibilidade de relação bidirecional entre sintomas depressivos e comportamento alimentar. O Quadro 2 sintetiza os alimentos e padrões alimentares associados aos desfechos investigados.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Quadro 2. Alimentos e padrões alimentares associados a desfechos relacionados à depressão nos estudos incluídos

Efeito	Alimento ou padrão alimentar	Estudos
Associação favorável	Feijão	Sousa *et al.* (2020)
Associação favorável	Alimentos *in natura* ou minimamente processados	Ferreira *et al.* (2025)
Associação favorável	Dieta mediterrânea: vegetais, frutas, grãos integrais, leguminosas, castanhas, azeite de oliva e peixes	Jacka *et al.* (2017); Lassale *et al.* (2019); Parletta *et al.* (2019); Bayes, Schloss e Sibbritt (2022)
Associação favorável	Peixes e outras fontes de ômega-3 (consumo e suplementação)	Chaves *et al.* (2022); Liao *et al.* (2019)
Associação favorável	Dieta de melhor qualidade global	Molendijk *et al.* (2018)
Associação favorável	Fontes alimentares de magnésio	Li *et al.* (2017)
Associação desfavorável	Alimentos ultraprocessados	Leal *et al.* (2023); Werneck *et al.* (2024); Ferreira *et al.* (2025)
Associação desfavorável	Doces	Sousa *et al.* (2020)
Associação desfavorável	Bebidas açucaradas (associação observada em mulheres)	Sousa *et al.* (2020)
Associação desfavorável	Substituição de almoço ou jantar por lanches	Sousa *et al.* (2020)
Associação desfavorável	Dietas de alto potencial inflamatório	Tolkien, Bradburn e Murgatroyd (2019)

Fonte: Autoria própria, 2026.

4.2. Alimentação, inflamação e desfechos depressivos

Dois estudos do corpus abordaram diretamente o potencial inflamatório da alimentação. A metanálise de Tolkien, Bradburn e Murgatroyd (2019), com 11 estudos observacionais, associou dietas de maior potencial inflamatório, estimado pelo Índice Inflamatório da Dieta, a maior risco e maior intensidade de sintomas depressivos, e a revisão de Lassale *et al.* (2019) verificou que dietas menos inflamatórias, assim como maior adesão à dieta mediterrânea, se associaram a menor risco de depressão. De forma indireta, os padrões associados a desfechos favoráveis nos estudos brasileiros — maior consumo de feijão e de alimentos *in natura* ou minimamente processados — e os associados a desfechos desfavoráveis — maior consumo de ultraprocessados e doces — são compatíveis com essa via, embora nenhum desses estudos tenha mensurado marcadores inflamatórios.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Nenhum dos estudos incluídos avaliou simultaneamente a dieta, marcadores inflamatórios séricos e desfechos depressivos, de modo que o papel mediador da inflamação permanece hipotético neste corpus. Embora metanálises tenham demonstrado concentrações médias mais elevadas de proteína C-reativa e interleucina-6 em pessoas com depressão (Osimo *et al.*, 2020), a associação entre dieta pró-inflamatória e depressão pode refletir também fatores de confusão, como obesidade, tabagismo, sedentarismo e condição socioeconômica, que se relacionam tanto com a inflamação quanto com o padrão alimentar.

4.3. Nutrientes específicos

Quanto ao ômega-3, a coorte ELSA-Brasil associou maior consumo desse nutriente e de suas frações a menor incidência e menor manutenção de episódios depressivos, embora com estimativas de pequena magnitude e intervalos de confiança próximos da unidade em parte das análises (Chaves *et al.*, 2022). A metanálise de Liao *et al.* (2019) relatou efeito benéfico de formulações com EPA igual ou superior a 60% sobre os sintomas depressivos. Entretanto, a revisão Cochrane estimou benefício pequeno a modesto, com certeza da evidência muito baixa, o que impede interpretar esses resultados como comprovação de benefício universal da suplementação (Appleton *et al.*, 2021). Os ensaios analisados nessas duas revisões se sobrepõem parcialmente, de modo que não constituem evidências independentes.

Em relação à vitamina D, a deficiência tem sido apontada como aspecto nutricional relevante na depressão (Lobão; Sousa, 2022). Uma metanálise de 25 ensaios clínicos encontrou redução de emoções negativas com a suplementação, com maior efeito em pessoas com depressão e deficiência da vitamina (Cheng; Huang; Huang, 2020), e uma revisão brasileira observou benefício nos estudos em que os níveis séricos foram corrigidos (Moreira *et al.*, 2021). Em contrapartida, o ensaio VITAL-DEP, com 18.353 adultos com 50 anos ou mais, não identificou prevenção da depressão com 2.000 UI/dia de vitamina D3 por cerca de cinco anos na população geral (Okereke *et al.*, 2020). Esses resultados sugerem que o eventual benefício se concentra em pessoas com deficiência e não justificam a suplementação indiscriminada.

Um ensaio clínico aberto relatou redução média de seis pontos no PHQ-9 após seis semanas de suplementação de magnésio (248 mg/dia) em adultos com depressão leve a moderada (Tarleton *et al.*, 2017). Uma metanálise de estudos observacionais associou maior ingestão de magnésio a risco 19% menor de depressão (Li *et al.*, 2017), e uma revisão sistemática descreveu resultados predominantemente positivos, porém com estudos heterogêneos (Botturi *et al.*, 2020). A ausência de cegamento e a heterogeneidade dos delineamentos limitam conclusões sobre efeito terapêutico.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Quanto às vitaminas do complexo B, pessoas com depressão apresentaram níveis séricos e ingestão de folato mais baixos (Bender; Hagan; Kingston, 2017), mas a suplementação reduziu o estresse sem efeito significativo sobre os sintomas depressivos (Young *et al.*, 2019). Por fim, embora o triptofano tenha sido considerado no referencial teórico por sua função como precursor da serotonina (Jenkins *et al.*, 2016), nenhum dos estudos incluídos avaliou especificamente sua ingestão ou suplementação em relação a desfechos depressivos em adultos, o que constitui lacuna a ser explorada em estudos futuros.

4.4. Intervenções nutricionais

Três ensaios clínicos randomizados investigaram intervenções baseadas na dieta mediterrânea em adultos com depressão. No estudo SMILES, 32,3% dos participantes do grupo de intervenção alcançaram remissão, avaliada pela MADRS, após 12 semanas, contra 8,0% no grupo-controle de apoio social (Jacka *et al.*, 2017); no HELFIMED, a dieta mediterrânea suplementada com óleo de peixe reduziu mais os sintomas, avaliados pela DASS, que o grupo de apoio social (Parletta *et al.*, 2019); e, no AMMEND, realizado com homens de 18 a 25 anos, observou-se redução significativa dos sintomas, avaliados pelo BDI-II, após 12 semanas (Bayes; Schloss; Sibbritt, 2022). De forma convergente, uma metanálise de 16 ensaios clínicos verificou que intervenções de melhora alimentar reduziram os sintomas depressivos, com efeito de pequena magnitude (g = 0,275; IC95%: 0,10–0,45) (Firth *et al.*, 2019). Ainda assim, as amostras pequenas, a impossibilidade de cegamento dos participantes e as diferenças entre protocolos limitam a generalização desses resultados.

4.5. Discussão

Em conjunto, os estudos incluídos sugerem relação entre qualidade da alimentação e desfechos depressivos, mas a força e a natureza dessa relação diferem conforme o delineamento. Os estudos observacionais, que constituem a maior parte do corpus brasileiro, apresentaram associações de magnitude moderada, com OR entre 0,74 e 1,53 no inquérito transversal e HR entre 1,10, por incremento de 10% de ultraprocessados, e 1,82, na comparação entre quartis extremos (Sousa *et al.*, 2020; Leal *et al.*, 2023; Werneck *et al.*, 2024). Associações dessa ordem são compatíveis tanto com um efeito causal modesto quanto com confusão residual por fatores como renda, escolaridade, tabagismo, atividade física e adiposidade, que se relacionam simultaneamente com o padrão alimentar e com a depressão. Além disso, a causalidade reversa é plausível, pois os próprios sintomas depressivos alteram o apetite, a regularidade das refeições e as escolhas alimentares (Aguiar; Santa Catarina; Almeida, 2022).

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Os delineamentos longitudinais das coortes CUME, NutriNet Brasil e ELSA-Brasil reduzem, mas não eliminam, essa possibilidade.

Os ensaios clínicos permitem inferências causais mais robustas, porém apresentam outras limitações. Os três ensaios com dieta mediterrânea tiveram amostras pequenas (67 a 152 participantes), duração de cerca de três meses (12 semanas), ausência de cegamento dos participantes — inevitável em intervenções alimentares — e grupos-controle de apoio social, de modo que parte do efeito pode decorrer da atenção e do contato adicionais recebidos pelo grupo de intervenção (Jacka *et al.*, 2017; Parletta *et al.*, 2019; Bayes; Schloss; Sibbritt, 2022). A metanálise de Firth *et al.* (2019) estimou efeito pequeno e incluiu predominantemente amostras não clínicas. Para os nutrientes isolados, observa-se padrão semelhante: efeitos favoráveis em subgrupos específicos — formulações de ômega-3 com predomínio de EPA (Liao *et al.*, 2019) e pessoas com depressão e deficiência de vitamina D (Cheng; Huang; Huang, 2020) — contrastam com a ausência de efeito preventivo da vitamina D na população geral (Okereke *et al.*, 2020), com a certeza muito baixa da evidência para o ômega-3 (Appleton *et al.*, 2021) e com a ausência de efeito das vitaminas do complexo B sobre os sintomas depressivos (Young *et al.*, 2019). Esses resultados sugerem que eventuais benefícios da suplementação dependem do estado nutricional prévio e não se estendem de forma indiscriminada.

A heterogeneidade entre os estudos também limita a comparação direta dos resultados. As exposições foram aferidas por métodos distintos — marcadores de frequência de consumo, questionários de frequência alimentar e recordatórios alimentares — e os desfechos variaram entre diagnóstico autorreferido, entrevista clínica estruturada (CIS-R) e escalas de sintomas (PHQ-9, PHQ-8, MADRS, DASS e BDI-II), com diferentes pontos de corte. As intervenções diferiram quanto à composição, à duração, à intensidade do aconselhamento nutricional e ao uso concomitante de suplementos, como o óleo de peixe no HELFIMED. Por isso, a síntese não permite estimar a magnitude esperada do benefício nem identificar o componente alimentar responsável pelos efeitos observados.

Quanto à aplicabilidade à população brasileira, todos os ensaios clínicos incluídos foram conduzidos em países de alta renda, sobretudo na Austrália e nos Estados Unidos, e as intervenções alimentares basearam-se na dieta mediterrânea, cujos alimentos característicos, como azeite de oliva, oleaginosas e peixes, têm custo elevado e baixa participação na alimentação habitual de grande parte da população brasileira. Por outro lado, os estudos nacionais indicam que componentes da alimentação tradicional brasileira, como o feijão e os alimentos *in natura* ou minimamente processados, associaram-se a desfechos mais favoráveis (Sousa *et al.*, 2020; Ferreira *et al.*, 2025), em consonância com as recomendações do Guia

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014). Isso sugere que intervenções cultural e economicamente adaptadas, que privilegiem alimentos acessíveis e habituais, podem ser mais adequadas ao contexto nacional do que a transposição direta de protocolos estrangeiros. Ressalta-se, contudo, que não foram identificados ensaios clínicos conduzidos no Brasil e que as amostras das coortes nacionais — servidores públicos, egressos de universidades e participantes recrutados *on-line* — não representam integralmente a população brasileira, em especial os grupos de menor renda e escolaridade.

A alimentação pode integrar o cuidado multidisciplinar, mas não substitui o tratamento medicamentoso ou psicológico quando indicado (Marx *et al.*, 2023). O nutricionista pode contribuir com avaliação individualizada, orientação alimentar e monitoramento do estado nutricional, articulando sua atuação com os demais profissionais de saúde.

Esta revisão apresenta limitações que devem ser consideradas. Primeiramente, não foram aplicados instrumentos formais de avaliação do risco de viés e da qualidade metodológica específicos para cada delineamento; a classificação por nível de evidência e o registro das limitações de cada estudo atenuam, mas não substituem, essa avaliação, de modo que estudos com maior risco de viés podem ter recebido peso semelhante ao de estudos mais robustos na síntese narrativa. Em segundo lugar, as buscas eletrônicas restringiram-se a três bases (PubMed/MEDLINE, BVS/LILACS e SciELO), sem consulta a bases como Embase, PsycINFO, Web of Science ou Scopus, nem à literatura cinzenta, e os filtros por tipo de publicação aplicados na PubMed/MEDLINE e na BVS limitaram a recuperação de estudos observacionais primários. Em terceiro lugar, 13 dos 23 estudos foram identificados por busca complementar, menos reprodutível que as estratégias estruturadas, o que pode introduzir viés de seleção; além disso, as duplicatas entre as bases não foram contabilizadas separadamente. Em quarto lugar, há sobreposição de evidências entre revisões e estudos primários incluídos — por exemplo, a coorte NutriNet Brasil compõe a metanálise de Werneck *et al.* (2024), o ensaio SMILES integra a metanálise de Firth *et al.* (2019) e os ensaios de ômega-3 analisados por Liao *et al.* (2019) e Appleton *et al.* (2021) se sobrepõem parcialmente —, o que pode superestimar a consistência aparente dos achados. Por fim, a restrição a publicações em português, inglês e espanhol e a heterogeneidade das exposições e dos desfechos impediram a síntese quantitativa. Por outro lado, a inclusão de estudos brasileiros de base populacional e a distinção explícita entre evidências observacionais e experimentais ampliam a utilidade dos achados para o contexto nacional.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As evidências reunidas indicam que padrões alimentares de melhor qualidade, com maior presença de feijão e de alimentos *in natura* ou minimamente processados e menor consumo de ultraprocessados e doces, associam-se a desfechos depressivos mais favoráveis em adultos, inclusive na população brasileira. Essas associações, contudo, derivam majoritariamente de estudos observacionais e não comprovam relação causal. Os ensaios clínicos com dietas de padrão mediterrâneo sugerem benefício como estratégia complementar em adultos com depressão, mas baseiam-se em poucos estudos, com amostras pequenas, sem cegamento e realizados em países de alta renda.

Quanto aos nutrientes, as evidências não sustentam recomendações universais de suplementação de ômega-3, vitamina D, magnésio ou vitaminas do complexo B para prevenir ou tratar a depressão; eventuais benefícios parecem restritos a subgrupos, como pessoas com deficiência nutricional documentada, e devem ser avaliados individualmente. A relação entre alimentação, inflamação e depressão é biologicamente plausível, mas não foi diretamente testada nos estudos incluídos, e o papel do triptofano não pôde ser avaliado. Assim, a alimentação deve ser compreendida como componente complementar do cuidado multidisciplinar, e não como substituta do tratamento médico e psicológico indicado.

Recomendam-se ensaios clínicos conduzidos no Brasil, com intervenções culturalmente adaptadas e fundamentadas no Guia Alimentar para a População Brasileira, amostras maiores e avaliação de marcadores inflamatórios, bem como revisões sistemáticas com avaliação formal do risco de viés.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, I. P.; SANTA CATARINA, V.; ALMEIDA, S. G. de. O comportamento alimentar e os desdobramentos da depressão. **Research, Society and Development**, [*s. l.*], v. 11, n. 9, e2411931434, 2022.

ANDRADE, F. M. C.; CARVALHO, F. D.; ASSIS, T. S. M. Eficácia de alimentos no alívio dos sintomas da depressão: uma revisão narrativa. **SEMEAR: Revista de Alimentação, Nutrição e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 29-38, jul./dez. 2021.

APPLETON, K. M. *et al.* Omega-3 fatty acids for depression in adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [*s. l.*], n. 11, CD004692, 2021.

BAKLIZI, G. S.; BRUCE, B. C.; SANTOS, A. C. de C. P. Neuronutrição na depressão e transtorno de ansiedade. **Research, Society and Development**, [*s. l.*], v. 10, n. 17, e52101724454, 2021.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

BARBOSA, B. P. Terapia nutricional na depressão: como nutrir a saúde mental: uma revisão bibliográfica. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 12, p. 100617-100632, 2020.

BAYES, J.; SCHLOSS, J.; SIBBRITT, D. The effect of a Mediterranean diet on the symptoms of depression in young males (the "AMMEND" study): a randomized controlled trial. **The American Journal of Clinical Nutrition**, [*s. l.*], v. 116, n. 2, p. 572-580, 2022.

BENDER, A.; HAGAN, K. E.; KINGSTON, N. The association of folate and depression: a meta-analysis. **Journal of Psychiatric Research**, [*s. l.*], v. 95, p. 9-18, 2017.

BOTTURI, A. *et al.* The role and the effect of magnesium in mental disorders: a systematic review. **Nutrients**, [*s. l.*], v. 12, n. 6, 1661, 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 24 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRITO, V. C. de A. *et al.* Prevalência de depressão autorreferida no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2019 e 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 31, n. esp. 1, e2021384, 2022.

CHAVES, R. da C. S. *et al.* Consumption of omega-3 and maintenance and incidence of depressive episodes: the ELSA-Brasil study. **Nutrients**, [*s. l.*], v. 14, n. 15, 3227, 2022.

CHENG, Y. C.; HUANG, Y. C.; HUANG, W. L. The effect of vitamin D supplement on negative emotions: a systematic review and meta-analysis. **Depression and Anxiety**, [*s. l.*], v. 37, n. 6, p. 549-564, 2020.

DANTAS, H. L. de L. *et al.* Como elaborar uma revisão integrativa: sistematização do método científico. **Revista Recien**, São Paulo, v. 12, n. 37, p. 334-345, 2022.

FERREIRA, N. V. *et al.* Higher ultraprocessed food consumption is associated with depression persistence and higher risk of depression incidence in the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, [*s. l.*], v. 125, n. 5, p. 630-640.e7, 2025.

FIRTH, J. *et al.* The effects of dietary improvement on symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis of randomized controlled trials. **Psychosomatic Medicine**, [*s. l.*], v. 81, n. 3, p. 265-280, 2019.

JACKA, F. N. *et al.* A randomised controlled trial of dietary improvement for adults with major depression (the "SMILES" trial). **BMC Medicine**, [*s. l.*], v. 15, n. 1, 23, 2017.

JENKINS, T. A. *et al.* Influence of tryptophan and serotonin on mood and cognition with a possible role of the gut-brain axis. **Nutrients**, [*s. l.*], v. 8, n. 1, 56, 2016.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

LASSALE, C. *et al.* Healthy dietary indices and risk of depressive outcomes: a systematic review and meta-analysis of observational studies. **Molecular Psychiatry**, [*s. l.*], v. 24, n. 7, p. 965-986, 2019.

LEAL, A. C. G. *et al.* Ultra-processed food consumption is positively associated with the incidence of depression in Brazilian adults (CUME project). **Journal of Affective Disorders**, [*s. l.*], v. 328, p. 58-63, 2023.

LI, B. *et al.* Dietary magnesium and calcium intake and risk of depression in the general population: a meta-analysis. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, [*s. l.*], v. 51, n. 3, p. 219-229, 2017.

LIAO, Y. *et al.* Efficacy of omega-3 PUFAs in depression: a meta-analysis. **Translational Psychiatry**, [*s. l.*], v. 9, n. 1, 190, 2019.

LOBÃO, R. K. A. M.; SOUSA, P. V. de L. Relação da vitamina D e a depressão: revisão da literatura. **Research, Society and Development**, [*s. l.*], v. 11, n. 16, e484111638431, 2022.

MARX, W. *et al.* Clinical guidelines for the use of lifestyle-based mental health care in major depressive disorder: World Federation of Societies for Biological Psychiatry (WFSBP) and Australasian Society of Lifestyle Medicine (ASLM) taskforce. **The World Journal of Biological Psychiatry**, [*s. l.*], v. 24, n. 5, p. 333-386, 2023.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare**: a guide to best practice. 4. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2019.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MOLENDIJK, M. *et al.* Diet quality and depression risk: a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. **Journal of Affective Disorders**, [*s. l.*], v. 226, p. 346-354, 2018.

MONCRIEFF, J. *et al.* The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. **Molecular Psychiatry**, [*s. l.*], v. 28, n. 8, p. 3243-3256, 2023.

MOREIRA, R. T. *et al.* Effect of vitamin D supplementation on depression treatment. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 67, n. 8, p. 1192-1197, 2021.

OKEREKE, O. I. *et al.* Effect of long-term vitamin D3 supplementation vs placebo on risk of depression or clinically relevant depressive symptoms and on change in mood scores: a randomized clinical trial. **JAMA**, [*s. l.*], v. 324, n. 5, p. 471-480, 2020.

OSIMO, E. F. *et al.* Inflammatory markers in depression: a meta-analysis of mean differences and variability in 5,166 patients and 5,083 controls. **Brain, Behavior, and Immunity**, [*s. l.*], v. 87, p. 901-909, 2020.

PAGE, M. J. *et al.* A declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 31, n. 2, e2022107, 2022.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

PARLETTA, N. *et al.* A Mediterranean-style dietary intervention supplemented with fish oil improves diet quality and mental health in people with depression: a randomized controlled trial (HELFIMED). **Nutritional Neuroscience**, [*s. l.*], v. 22, n. 7, p. 474-487, 2019.

SOUSA, K. T. de *et al.* Food consumption and depression among Brazilian adults: results from the Brazilian National Health Survey, 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, e00245818, 2020.

TARLETON, E. K. *et al.* Role of magnesium supplementation in the treatment of depression: a randomized clinical trial. **PLoS One**, [*s. l.*], v. 12, n. 6, e0180067, 2017.

TOLKIEN, K.; BRADBURN, S.; MURGATROYD, C. An anti-inflammatory diet as a potential intervention for depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. **Clinical Nutrition**, [*s. l.*], v. 38, n. 5, p. 2045-2052, 2019.

WERNECK, A. O. *et al.* Adherence to the ultra-processed dietary pattern and risk of depressive outcomes: findings from the NutriNet Brasil cohort study and an updated systematic review and meta-analysis. **Clinical Nutrition**, [*s. l.*], v. 43, n. 5, p. 1190-1199, 2024.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, [*s. l.*], v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depressive disorder (depression)**. Geneva: WHO, 29 ago. 2025. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression. Acesso em: 29 set. 2026.

YOUNG, L. M. *et al.* A systematic review and meta-analysis of B vitamin supplementation on depressive symptoms, anxiety, and stress: effects on healthy and "at-risk" individuals. **Nutrients**, [*s. l.*], v. 11, n. 9, 2232, 2019.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.