

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional
Curso de Psicologia



Trabalho de Conclusão de Curso

**ANSIEDADE, DEPRESSÃO E HÁBITOS ALIMENTARES EM PACIENTES
USUÁRIOS DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO DO AMBULATÓRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS.**

MARIANA PEREIRA DE BRITTO

Pelotas, 2018

MARIANA PEREIRA DE BRITTO

**ANSIEDADE, DEPRESSÃO E HÁBITOS ALIMENTARES EM PACIENTES
USUÁRIOS DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO DO AMBULATÓRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Psicologia da Universidade Federal de
Pelotas como requisito parcial para a obtenção do
título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora Prof.^a. Dr.^a. Thaise Campos Mondin.

Pelotas, 2018

MARIANA PEREIRA DE BRITTO

**ANSIEDADE, DEPRESSÃO E HÁBITOS ALIMENTARES EM PACIENTES
USUÁRIOS DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO DO AMBULATÓRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS.**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado, como requisito parcial, para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia, Universidade Federal de Pelotas.

Data da defesa: 01/08//2018

Banca examinadora:

Prof.^a Dr.^a Thaíse Campos Mondin (Orientadora)

Dr.^a. Mariana Bonati de Mattos

Dr.^a. Fernanda Pedrotti

Resumo

BRITTO, Mariana Pereira de. **Ansiedade, Depressão e Hábitos Alimentares em Pacientes Usuários do Serviço de Nutrição do Ambulatório da Universidade Federal de Pelotas**. 2018. 36f. Artigo – Graduação em Psicologia, Faculdade de Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2018.

Devido ao fácil acesso a alimentação atualmente, ocorreu uma mudança nos hábitos alimentares da população. O presente estudo busca identificar associações entre os transtornos mentais comuns como Ansiedade e Depressão a esses novos hábitos. Esse trabalho procura verificar a prevalência de Ansiedade e Depressão em usuários do atendimento nutricional prestado por estudantes de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas, buscando identificar associações entre ansiedade, depressão e hábitos alimentares, bem como o perfil sociodemográfico e clínico desses pacientes. Os indivíduos com depressão, quando comparados àqueles sem o transtorno, apresentaram piores hábitos alimentares, bem como uma menor qualidade da dieta e maior quantidade alimentar. Quanto ao transtorno de ansiedade, não foi possível observar relações significativas quando associado aos hábitos alimentares. Considerando que diversos estudos buscam relacionar questões psicológicas e comportamentos alimentares, esse trabalho tem por objetivo incentivar maiores experimentos acerca do assunto e entender de que forma esses temas estão interligados.

Palavras-chave: Hábitos alimentares; Depressão; Ansiedade.

Abstract:

BRITTO, Mariana Pereira de. **Anxiety, Depression and Eating Habits in Patients Users of the Nutrition Service of the Federal University of Pelotas**. 2018. 36f. Article - Graduação em Psicologia, Faculdade de Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2018.

Due to easy access to food today, there has been a change in the population's eating habits. The present study tries to explore associations between the common mental disorders like Anxiety and Depression to these new habits. This study seeks to verify the prevalence of Anxiety and Depression in users of nutritional care provided by Nutrition students of the Federal University of Pelotas, investigating associations between anxiety, depression and eating habits, as well as the sociodemographic and clinical profile of these patients. Individuals with depression, when compared to those without the disorder, had worse eating habits, as well as lower quality of diet and higher food intake. Regarding anxiety disorder, it was not possible to observe significant relationships when associated with eating habits. Considering that several studies try to relate psychological issues and eating behaviors, this work aims to encourage more experiments on the subject and to understand how these themes are interconnected

Keywords: Eating Habits; Depression; Anxiety.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
MÉTODO	8
RESULTADOS	10
DISCUSSÃO	12
CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
REFERÊNCIAS	17
ANEXOS	21

INTRODUÇÃO

O transtorno de ansiedade é considerado o mais prevalente na atualidade quando comparado a outros transtornos psiquiátricos que acometem a população geral (Kessler *et al.*, 2005). Altamente comórbida à ansiedade (Bhattacharya R., Shen C., Sambamoorthi U., 2014) está a depressão, classificada pelo manual de Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 por sintomas de humor deprimido, perda de interesse e energia reduzida, bem como problemas com a auto estima, visões pessimistas do futuro e problemas de sono e apetite. Algumas pesquisas epistemológicas revelam que até 30% dos indivíduos irão experimentar um transtorno de ansiedade na vida (Robins *et al.*, 1984; Kessler *et al.*, 1994). Andrade e Gorenstein (1998) afirmam que a Ansiedade é um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte do espectro normal das experiências humanas, sendo propulsora do desenvolvimento. Ela pode tornar-se patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione.

Nos Estados Unidos, em 2001 até 2002, 5,28% dos adultos tiveram transtorno depressivo nos 12 meses anteriores e 13,23% experimentaram durante a vida. (Hasin *et al.*, 2005). Nas Américas, houve um aumento de aproximadamente 17% do número total de pessoas com depressão entre 2005 e 2015, recentemente o último dado é de que cerca de 50 milhões de pessoas vivem com depressão. WHO. (2017). No Brasil, dados indicam que a depressão atinge 5,8% da população. A Organização Mundial da Saúde calcula que 5% a 10% da população mundial sofrerão ao menos um episódio de depressão ao longo da vida. (OMS, 2002).

No último século a população está modificando seu estilo de vida. O fácil acesso a alimentos industrializados ricos em gordura, açúcar e sódio e também a automatização de muitas atividades do dia-a-dia acarretou uma mudança de estilo de vida na sociedade (Dalacorte, 2008). No entanto, esse novo estilo de vida implica diretamente no crescimento do sedentarismo e da obesidade, bem como elevado aumento da prevalência de algumas doenças, como diabetes e hipertensão.

Compreender quais fatores estão associados ao ganho de peso é importante para a prevenção da obesidade. Em estudo feito, Anderson, *et al.* (2006) demonstrou que os distúrbios de ansiedade foram associados ao maior peso em mulheres. Ainda

nesse estudo, um histórico de depressão foi associado a maiores ganhos anuais em índice de massa corporal (IMC) em comparação com mulheres sem história de depressão.

Um padrão alimentar composto por vegetais, frutas, carne bovina, cordeiro, peixe e alimentos integrais teve menor associação a probabilidade de transtornos de depressão e ansiedade, enquanto que um padrão alimentar de alimentos processados e não saudáveis teve maior associação a apresentar sintomas e distúrbios psicológicos (Jacka *et al.*, 2009).

Tendo em vista a crescente taxa de excesso de peso e obesidade e as importantes mudanças nos hábitos alimentares da população do país recentemente, ressalta-se a necessidade de identificar os fatores de exposição, visando reduzir o impacto destes agravos na saúde.

Desta forma, o presente estudo busca verificar a prevalência de depressão e ansiedade, bem como sua associação com hábitos alimentares em pacientes usuários que aguardam atendimento no Ambulatório Clínico de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas.

MÉTODO

O presente trabalho é um estudo transversal, com amostra por conveniência de usuários do ambulatório de nutrição da Universidade Federal de Pelotas. A coleta dos dados foi realizada entre os meses de março a julho de 2018 e resultou em 60 questionários autoaplicáveis respondidos.

Fizeram parte deste estudo todos os pacientes atendidos pelos estudantes de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas que aguardavam atendimento na sala de espera e que, voluntariamente, quiseram responder aos questionários. Trata-se de uma amostragem não-probabilística por conveniência, em que os clientes foram convidados a responder as Escalas em estudo.

Para avaliação dos sintomas de ansiedade foi utilizado o Inventário de Ansiedade de Beck (*Beck Anxiety Inventory - BAI*), uma escala que consiste em 21 itens descrevendo sintomas comuns em quadros de ansiedade. Esta lista de verificação de ansiedade mostrou uma boa consistência interna de 0,92 (Beck *et al.*, 1985).

Para avaliação dos sintomas depressivos foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory – BDI*) (Beck *et al.*, 1961), considerado provavelmente a medida de auto avaliação de depressão mais amplamente usada tanto em pesquisa como em clínica (e.g. Dunn *et al.*, 1993). A escala original consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. Segundo suas autoras, a consistência interna da versão para o português foi de 0,81 na amostra de estudantes e 0,88 na amostra de pacientes deprimidos, sendo estes índices semelhantes aos observados em outros países (Gorenstein & Andrade, 1996). Na amostra estudada os usuários foram divididos em dois grupos para a correção do BDI. Para efeitos desse estudo, aqueles que pontuaram entre 0 e 18 foram considerados sem depressão, embora a escala aponte que escores entre 10 e 18 pontos configuram sintomatologia depressiva leve. Da mesma forma, sujeitos que pontuaram de 19 a 63 pontos foram classificados como depressivos, independente do grau da sintomatologia apontado pelo escore final da escala. A mesma classificação foi utilizada para relacionar as pontuações apresentadas no BAI entre pacientes que apresentaram sintomatologia ansiosa e aqueles que não apresentaram

Para avaliação dos hábitos alimentares o instrumento utilizado foi a Escala de Hábitos Alimentares (EHA) validada para a população portuguesa por Marques *et. al.* (2011), que demonstrou capacidade, precisão e constância dos resultados. Foi verificado elevado valor de Alpha, de 0,816, presumindo-se que a escala gera poucos erros e é considerada altamente fiel. Constituída por 40 itens, no que se refere a cada item, são apresentadas cinco alternativas possíveis de resposta: Nunca (0 vezes por semana); Raras vezes (1 a 2 vezes por semana); Algumas vezes (3 a 4 vezes por semana); Muitas vezes (5 a 6 vezes por semana); Sempre (7 ou mais vezes por semana). Quanto mais elevada for a pontuação média de todos os itens, mais adequados serão os hábitos alimentares. Para a classificação dos hábitos alimentares, considera-se que quanto maior a média da soma dos resultados apresentados, melhores serão os hábitos alimentares daquela população. Além disso, dentro da escala estudada, são apresentados subgrupos de qualidade alimentar, quantidade alimentar, variedade alimentar e adequação alimentar.

Tendo em vista que o presente estudo trabalhou diretamente com seres humanos, tal projeto foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal de Pelotas sob o número 2.551.304. Todos os participantes receberam as devidas informações sobre a pesquisa e participaram após consentirem e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido. Os participantes que apresentaram depressão e ansiedade foram encaminhadas para o ambulatório de psicologia da UFPel ou para a rede de saúde mental da cidade de Pelotas, conforme a resolução 466/2012 que esclarece as diretrizes para a realização de pesquisas científicas envolvendo seres humanos.

Para efeitos da análise estatística utilizou-se o software IBM SPSS *Statistics* versão 24.0. Para comparação entre as escalas e o perfil sociodemográfico dos participantes recorreu-se ao Teste T para amostras independentes e à ANOVA.

RESULTADOS

No total foram avaliados 60 indivíduos no Ambulatório de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas. Com relação às características sociodemográficas da amostra, o maior número da população era de mulheres 51 (85%) e a grande maioria dos entrevistados 45 (75%) apresentavam idade entre 36 e 65 anos. Ao todo 34 (56,7%) participantes se autodeclararam brancos enquanto 26 (43,3%) possuíam ensino médio completo ou ensino superior incompleto. Com relação a ocupação 31 (51,7%) dos participantes disseram não trabalhar e apenas 5 (8,3%) eram fumantes. A média total dos hábitos alimentares foi de 136,13 ($\pm 18,66$). Com relação as variáveis sociodemográficas e clínicas, não houve diferença significativa entre os dados obtidos e a média da Escala de Hábitos Alimentares (Tabela I).

Dos entrevistados 27 (45%) declarou morar com companheiro. Quanto ao diagnóstico clínico, 30 (50%) dos pacientes afirmaram ter algum tipo de diagnóstico e 52 (86,7%) buscaram atendimento nutricional por motivo de saúde. No total, 40 (66,7%) colaboradores já haviam se beneficiado com atendimento nutricional anteriormente. Já afirmaram ter sido atendido por um profissional de psicologia em algum momento da vida 20 (33,3%) participantes e 29 (48,3%) relataram ter sofrido de algum transtorno mental, mas apenas 11 (18,3%) indivíduos realizaram psicoterapia. Dentre as variáveis sociodemográficas e clínicas associadas a depressão e ansiedade, apenas indivíduos com depressão que não trabalham 16 (69,6%) ($p=0,027$) apresentaram significância quando comparados aos que trabalham 7 (30,4%). (Dados não apresentados em tabela).

A prevalência de depressão foi de 34 (56,7%), sendo que 23 (38,3%) apresentaram depressão moderada a severa. Com relação à prevalência de ansiedade, 34 (56,7%) apresentaram ansiedade, enquanto que 19 (31,7%) apresentaram ansiedade de moderada a grave. A média total do EHA foi significativamente maior entre os participantes com depressão moderada a grave (140,27 \pm 18,60) quando comparado ao grupo sem depressão ou depressão leve 129,47 (\pm 17,09) ($p=0,028$). Entre os subdomínios apresentados, apenas esteve estatisticamente associado a depressão moderada/grave a qualidade alimentar ($p=0,020$), onde a média foi de 52,02 (\pm 6,08) nos que com depressão leve/sem

depressão e 47,65 ($\pm 8,02$) naqueles que apresentam depressão moderada/grave (Gráfico I). A quantidade alimentar apresentou uma tendência a significância ($p=0,066$), com menores quantidades entre os participantes com depressão moderada/grave 25,04 ($\pm 5,30$) quando comparado aos participantes sem depressão/depressão leve 27,43 ($\pm 3,64$). Os subdomínios, variedade e adequação alimentar não estiveram associados a depressão moderada/grave. Com relação as médias de ansiedade, não houve diferenças significativas entre hábitos alimentares e os subdomínios.

DISCUSSÃO

O presente estudo verificou a associação entre os hábitos alimentares e a presença de sintomas depressivos e ansiosos em usuários de um ambulatório de nutrição de uma universidade federal. Nós verificamos que pacientes que apresentavam depressão moderada a grave demonstraram piores hábitos alimentares, bem como uma pior qualidade da dieta.

Cientistas afiliados à Sociedade Internacional para Pesquisa Nutricional Psiquiátrica (ISNPR) reconheceram, através de pesquisas, que a alimentação é “determinante central” tanto da saúde física quanto da mental, afirmando que a nutrição é um fator crucial na alta prevalência e incidência de transtornos mentais. (Sarris, J. *et al.*, 2015).

Com relação a alimentação, pode-se observar que indivíduos com depressão tendem a possuir piores hábitos alimentares. Em estudo feito, Huang, C. *et al.*, (2017) compreenderam que hábitos alimentares pouco saudáveis estão parcialmente ligados a uma ingestão excessiva de alimentos enriquecidos com gordura, como lanches ou doces, e podem estar relacionados a um risco elevado de sintomas depressivos. Em pesquisa recente, indivíduos que apresentaram um resultado de maior estilo de vida saudável foram relacionados a menor probabilidade de estarem ansiosos e deprimidos em comparação com aqueles de menor estilo de vida saudável (Saneei, P. *et al.*, 2016) (Lai J. S. *et al.*, 2014)

Foi observada uma menor qualidade alimentar na população que apresentou sintomas depressivos. Dessa forma, podemos identificar que uma melhor qualidade da dieta está relacionada a um menor nível de sintomas psicológicos. Um estudo observou que um padrão alimentar composto por vegetais, frutas, carne bovina, cordeiro, peixe e alimentos integrais (tradicional) foi associado a menor probabilidade de transtornos de depressão e ansiedade, enquanto que um padrão alimentar composto de alimentos processados e não saudáveis (ocidental) foi associado com maior probabilidade de sintomas e distúrbios psicológicos (Jacka F. N. *et al.*, 2010).

Uma meta-análise de 13 estudos transversais revelou que o padrão alimentar saudável estava significativamente associado a uma redução de 16% na probabilidade de depressão. Contudo, nenhuma associação estatisticamente

significativa foi observada entre a dieta ocidental e depressão em adultos residentes na comunidade. (Lai J. S. *et al.*, 2014)

Através de descobertas sobre a ligação da depressão com comportamentos alimentares, podemos sugerir a importância da mudança de hábitos em busca de benefícios adicionais a saúde e bem-estar. O consumo de frutas, vegetais e peixes oferecem proteção contra o aparecimento de sintomas depressivos, enquanto uma dieta rica em carnes processadas, chocolates, sobremesas, alimentos fritos, cereais refinados e produtos lácteos com alto teor de gordura aumenta a vulnerabilidade de aparecimento desses sintomas. (Akbaraly T. N. *et al.*, 2009).

Existe uma visão geral dos dados observacionais recentes sobre a qualidade da dieta como um fator de risco para transtornos mentais comuns. O quadro é ainda mais complicado pelo reconhecimento da relação bidirecional entre dieta e saúde mental, em que não se pode afirmar qual das duas possui maior fator causal até o momento. Jacka F. N. *et al.*, 2012 buscou mecanismos de prevenção primária de transtornos mentais comuns a partir dessas relações onde considera necessário vincular as opções de políticas com epidemiologia e ciências biológicas, além de outras estratégias. O autor avalia serem importante maiores estudos de fatores que interferem na qualidade da dieta e no risco de doenças mentais.

A pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada em 2002 e 2003, pelo IBGE e o Ministério da Saúde encontrou, em 2003, resultados alarmantes sobre o ganho de peso. O excesso de peso atingia 41,1% dos homens e 40% das mulheres, sendo que a obesidade afetava 8,9% dos homens e 13,1% das mulheres. Os obesos representam cerca de 20% do total de homens com excesso de peso e cerca de um terço do total de mulheres com excesso de peso. (IBGE, 2004)

Foi observado no número total de participantes dessa pesquisa uma grande prevalência de usuários com sobrepeso e obesos. Como mostram estudos, a presença de obesidade demonstrou aumentar o risco de depressão. Além disso, a depressão mostrou-se preditiva do desenvolvimento da obesidade. Associações bidirecionais entre depressão e obesidade concluíram que pessoas obesas tiveram um aumento de 55% do risco de desenvolver depressão ao longo do tempo, enquanto pessoas deprimidas tiveram um risco aumentado de 58% de se tornarem obesas. (Luppino F. S. *et al.*, 2010).

A alimentação está relacionada as práticas alimentares que envolvem opções e decisões quanto à escolha do que comemos, a forma com que comemos e a

quantidade. No Brasil, com relação a essa última, é sabido que todos nós temos necessidade de nutrientes, e se consumirmos uma quantidade exagerada ou uma quantidade muito pequena de cada um deles, poderemos ter alguns problemas de saúde. (Rodrigues, M. de L. C. *et al.*, 2009)

Em 2012 um estudo acerca da influência dos carboidratos na dieta foi feito, visando identificar associações entre quantidade e qualidade da dieta em uma população iraniana. O alto consumo de carboidratos na alimentação daqueles indivíduos foi associado ao aumento de peso dos indivíduos. Parece que tanto a quantidade quanto a qualidade da dieta carboidratos no Irã merecem atenção pelo fato de estarem relacionadas a doenças crônicas naquela sociedade. (Bahreynian M, Esmailzadeh A., 2012)

Os resultados de dois estudos favorecem o achado de que crianças e adolescentes com níveis mais altos de sintomas depressivos consomem mais energia, conforme foi medido durante refeições em testes laboratoriais. Sendo assim, descobertas atuais ilustram que os sintomas depressivos estão relacionados à maior ingestão geral, particularmente em meninas. (Mooreville M, *et al.*, 2014)

Não foi possível observar nenhuma associação significativa entre hábitos alimentares e transtorno de ansiedade. Um estudo transversal com 3846 pessoas analisadas explorou a relação entre os padrões alimentares e os distúrbios psicológicos na população adulta iraniana onde nenhuma associação significativa foi observada entre os principais padrões alimentares e ansiedade. (Hosseinzadeh M. *et al.*, 2015). Foi achado por Saneei P. *et al.*, (2016) em uma amostra de 3363 adultos com informações completas sobre comportamentos de estilo de vida e saúde mental, que indivíduos com uma dieta saudável tiveram menor chance de ansiedade em comparação com aqueles que tinham uma dieta não saudável.

Sabendo que a aplicação dos instrumentos foi direcionada ao público alvo de pacientes atendidos pelo serviço de nutrição, é importante analisar que os hábitos alimentares podem ser relacionados e específicos do local, podendo assim influenciar a associação entre padrões alimentares e sintomas depressivos.

Limitações

Este estudo possui algumas limitações que precisam ser evidenciadas. A amostra é relativamente pequena o que não nos permite fazer afirmações com relação

aos achados. A escala que utilizamos avalia apenas alguns itens da dieta, apesar de sua validação para a população brasileira a escala não é considerada o padrão ouro para verificar a qualidade da dieta. Além disso, alguns participantes já estavam em acompanhamento nutricional e, portanto, já haviam modificado seus hábitos alimentares previamente a pesquisa. A presença de depressão e ansiedade foi verificada através de escalas de rastreios, a qual não podemos confirmar o diagnóstico de depressão e ansiedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que os estudos acerca de transtornos psiquiátricos são diversos, principalmente no que diz respeito a diagnósticos cada vez mais comuns dentro da sociedade, como a ansiedade e a depressão. Sendo assim, pode-se notar na literatura grande associação desses distúrbios a outras doenças.

No que se refere aos hábitos alimentares, é importante levar em consideração que ele geralmente envolve outros fatores agravantes, como o ambiente que aquela pessoa está inserida, o meio cultural, e os costumes que carrega desde criança.

Existe, na maioria dos estudos feitos, grande divergência na relação dos hábitos alimentares com os transtornos psiquiátricos de ansiedade e depressão. Sendo assim, é importante analisarmos o contexto no qual o indivíduo que procura atendimento está vivenciando no momento.

Os nutricionistas devem estar cientes das relações entre o estado psicológico e a saúde nutricional de seus pacientes. Dessa forma, serão capazes de auxiliá-los a gerenciar melhor suas escolhas alimentares para melhorar sua saúde geral e a qualidade de vida. A aliança entre essas formações é de extrema significância para a melhora e evolução do quadro. Uma busca aos problemas que envolvem aquele ser, atuando desde seu início, poderá acarretar em grandes melhorias na vida daquele indivíduo de forma geral.

REFERÊNCIAS

AKBARALY T. N. *et al.*, Dietary pattern and depressive symptoms in middle age. **The British Journal of Psychiatry**. Vol. 195, ed. 5, pp. 408-413, outubro de 2009.

ANDERSON, S. E. *et al.*, Association of Depression And Anxiety Disorders With Weight Change in a Prospective Community-Based Study of Children Followed Up Into Adulthood. **Arch. Pediatr. Adolesc. Med.** vol. 160, núm. 3, pp. 285-291, março de 2006.

ANDRADE, L. H. S. G. de, GORENSTEIN, C., Aspectos Gerais das Escalas de Avaliação de Ansiedade. **Rev. Psiquiatr. Clín. São Paulo**, vol. 25, ed. 6, pp. 285-290, novembro-dezembro de 1998.

BAHREYNIAN M., ESMAILZADEH A., Quantity and Quality of Carbohydrate Intake in Iran: A Target for Nutritional Intervention. **Arch Iran Med**. Vol. 15, ed. 10, pp. 648-649, outubro de 2012.

BECK, A. T., STEER, R. A., BROWN, G., Beck Anxiety Checklist. **Unpublished Manuscript**, University of Pennsylvania.

BECK, A.T. *et al.*; An Inventory for Measuring Depression. **Archives of General Psychiatry**. Philadelphia: vol. 4, pp. 53-63, junho de 1961.

BHATTACHARYA R., SHEN C., SAMBAMOORTHY U., Excess risk of chronic physical conditions associated with depression and anxiety. **BMC psychiatry**. Vol. 14, ed. 10, janeiro de 2014.

BONNET, F. *et al.*, Anxiety and depression are associated with unhealthy lifestyle in patients at risk of cardiovascular disease. **Atherosclerosis**. Vol. 178, ed. 2, pp. 339-44, fevereiro de 2005.

Classificação de Transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas – Coord. Organiz. Mund. Da Saúde; trad. Dorgival Caetano. – Porto Alegre: Artmed, 1993.

DALACORTE, R. R.. **Síndrome metabólica e atividade física em idosos de uma comunidade do sul do Brasil**. 2008. 88 f. Tese (Doutorado em Medicina e Ciências da Saúde) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

DEPRESSÃO: VAMOS FALAR, Dia Mundial da Saúde 2017. 2017. *Disponível em: http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/16/18.Depressao_Vamos-Falar.pdf. Acesso em: 26 Jul. 2018.*

DUNN, G.; SHAN, P., HAND, D.; Statistics and the Nature of Depression. **Psychological Medicine**. Vol. 23, ed. 4, pp. 871-889, 1993.

GORENSTEIN C., ANDRADE L.; Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. **Braz J Med Biol Res**. Vol. 29, ed. 4, abril de 1996.

HASIN. D. S. *et al.*, Epidemiology of Major Depressive Disorder Results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. **Arch Gen Psychiatry**. Vol. 62, ed. 10, pp. 1097-1106, outubro de 2005.

HUANG. C. *et al.*, Independent and combined relationship of habitual unhealthy eating behaviors with depressive symptoms: A prospective study. **Journal of Epidemiology**. Vol. 27, ed. 1, pp. 42-47, janeiro de 2017.

HOSSEINZADEH M., *et al.*, Empirically derived dietary patterns in relation to psychological disorders. **Public Health Nutr**. Vol. 19, ed. 2, fevereiro de 2016.

JACKA, F. N. *et al.*, Association between magnesium intake and depression and anxiety in community-dwelling adults: the Hordaland Health Study. **Aust N Z J Psychiatry**. Vol. 43, ed. 1, pp.45-52, janeiro de 2009.

JACKA F. N., *et al.*, Moving towards a population health approach to the primary prevention of common mental disorders. **BMC Medicine**. Vol. 149, ed. 10, novembro de 2012.

JACKA, F. N. *et al.*, Association of Western and Traditional Diets with Depression and Anxiety in Women. **Am J Psychiatry**. Vol. 167, ed. 3, pp. 305-311, Março de 2010.

KESSLER, R. C. *et al.*; Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. **Arch. Gen. Psych. Michigan**: vol. 51, pp. 8-19, 1994.

KESSLER, R. C. *et al.*; Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Arch Gen Psychiatry**. Vol. 62, ed. 6, pp. 593-602, 2005.

LAI J. S., *et al.*, A systematic review and meta-analysis of dietary patterns and depression in community-dwelling adults. **The American Journal of Clinical Nutrition**. Vol. 99, ed. 1, pp. 181-197, janeiro de 2014

LUPPINO F. S., *et al.*, Overweight, Obesity and Depression. **Arch. Gen. Psychiatry**. Vol. 67, ed. 3, pp. 220-229, março de 2010.

MARQUES, A. A. G., *et al.*, Hábitos alimentares: validação de uma escala para a população portuguesa. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro. Vol. 15, ed. 2, pp. 402-409, abril-junho 2011.

MOOREVILLE M., *et al.* Depressive Symptoms and Observed Eating in Youth. **Appetite**. Vol. 75, pp- 141-149, abril de 2014.

PESQUISA DE ORÇAMENTOS FAMILIARES 2002/2003 – Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. 2004. *Disponível em* <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/70/553a2408c2702.pdf>. *Acesso em: 27 Jul. 2018.*

RELATÓRIO MUNDIAL DA SAÚDE: Saúde mental: nova concepção, nova esperança 2001. *Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf. Acesso em: 26 Jul. 2018.*

ROBINS, L. N. *et al.*, Lifetime Prevalence of Specific Psychiatric Disorders in Three Sites. **Arch. Gen. Psychiatry**. Vol. 41, ed. 10, pp.949-958, Outubro de 1984.

RODRIGUES, M. de L. C. *et al.* Módulo 10 : Alimentação e nutrição no Brasil – Brasília : Universidade de Brasília, 2009.

SANEEI P., *et al.*, Combined Healthy Lifestyle Is Inversely Associated with Psychological Disorders among Adults. **Plos One**. Vol. 11, ed. 1, janeiro de 2016.

SARRIS, J. *et. al.*, International Society for Nutritional Psychiatry Research consensus position statement: nutritional medicine in modern psychiatry. **World Psychiatry**. Vol. 14, ed. 3, pp. 370-371, outubro de 2015.

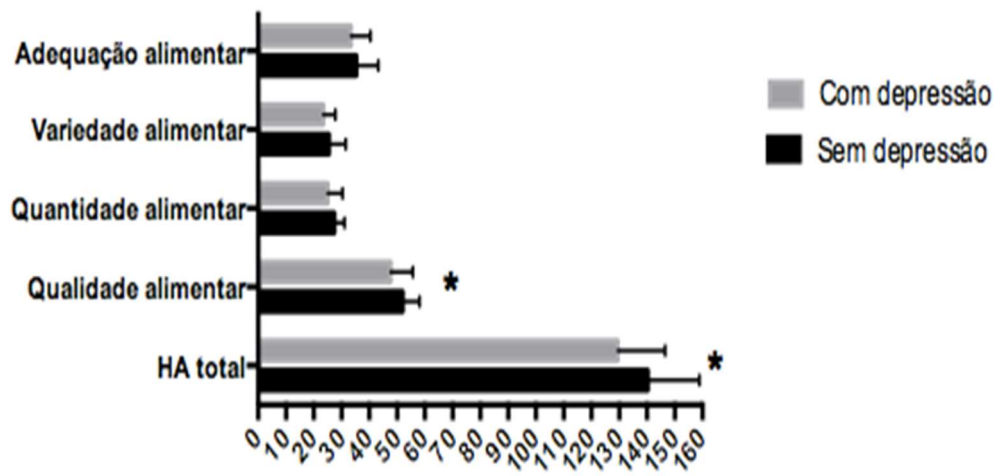
ANEXOS

Tabela I. Variáveis sociodemográficas e associações entre hábitos alimentares em usuários de um ambulatório de nutrição da UFPel.

Variáveis	N (%)	HA média (±)	p-valor
Sexo			0,080
Feminino	51(85%)	137,9(±18,3)	
Masculino	9(15%)	126,1(±18,0)	
Idade			0,057
18 a 35 anos	15(25%)	128,2(±14,3)	
36 a 65 anos	45(75%)	138,7(±19,2)	
Cor			0,695
Branco	34(56,7%)	136,9(±18,9)	
Não Branco	26(43,3%)	135,0(±18,5)	
Escolaridade			0,446
Fundamental inc.	22(36,7%)	134,8(±18,5)	
Fund comp/médio inc.	8(13,3%)	145,5(±18,9)	
Médio comp/sup Inc	26(43,3%)	133,7(±18,1)	
Superior completo	4(6,7%)	140,0(±23,3)	
Ocupação			0,056
Trabalha	29(48,3%)	131,3(±16,3)	
Não trabalha	31(51,7%)	140,5(±19,8)	
Tabagismo			0,282
Fumante	5(8,3%)	144,8(±16,1)	
Não Fumante	55(91,7%)	135,3(±18,8)	
IMC			0,267
Peso Normal	1(1,7%)	151,0	
Acima do peso	13(21,7%)	142,3(±18,8)	
Obeso	46(76,7%)	134,0(±18,4)	
Sintomas depressivos			0,067

Leve	11 (18,3%)	138,7 (±23.0)	
Moderado	11 (18,3%)	135,45 (±18,0)	
Grave	12 (20,0%)	124,00 (±14,8)	
Sintomas Ansiosos			0,195
Leve	15 (25,0%)	142,8 (±18.1)	
Moderado	10 (16,1%)	138,8 (±18.1)	
Grave	9 (15,0%)	126,4 (±15.6)	
Total	60 (100,0%)	136,1 (±18,6)	

Gráfico 1. Médias dos hábitos alimentares entre os participantes de acordo com a depressão moderada/grave e sem depressão/depressão leve.



*p<0.05

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA, PSICOLOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL
CURSO DE PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Informações sobre o estudo ao participante

Este documento informativo tem o objetivo de fornecer a informação suficiente para quem considerar participar neste estudo. Ela não elimina a necessidade do pesquisador de explicar, e se necessário, ampliar as informações nele contido.

Qual é o objetivo da pesquisa?

Avaliar a relação entre ansiedade, depressão e a qualidade de vida dos pacientes do ambulatório de nutrição da universidade Federal de Pelotas, na cidade de Pelotas, RS entre Março/2018 a Julho/2018.

Como o estudo será realizado?

Será realizada uma avaliação com escalas que verificam níveis de ansiedade e depressão bem como qualidade de vida com duração de 30 minutos. A avaliação será realizada por estudantes do último ano do curso de psicologia da Universidade Federal de Pelotas, no ambulatório de nutrição da UFPel. Quando necessário o participante receberá um encaminhamento para atendimento na rede de atenção em saúde da cidade de Pelotas entre Março/2018 a Julho/2018.

Quais são os riscos em participar?

Os riscos ao participar são mínimos, uma vez que a entrevista será realizada por estudantes previamente treinados e capacitados para a avaliação dos instrumentos. No entanto, os instrumentos de ansiedade e depressão poderão causar algum desconforto e a tomada de consciência sobre seu estado de saúde mental. Neste caso, quando necessário e pontuando acima de 12 pontos nos escores dos instrumentos de avaliação de depressão e ansiedade, os pacientes serão encaminhados para a rede de saúde mental de Pelotas.

Item importante!

Você tem a liberdade de desistir do estudo a qualquer momento, sem fornecer um motivo, assim como pedir maiores informações sobre o estudo e o procedimento a ser feito.

O que eu ganho com este estudo?

Sua colaboração neste estudo pode ajudar a aumentar o conhecimento científico sobre fatores relacionados aos transtornos, que poderão eventualmente beneficiar você ou outras pessoas. Os

pacientes que apresentarem altos níveis de depressão e/ou ansiedade serão encaminhados para a rede de saúde mental da cidade, bem como para a clínica de psicologia da UFPel. Ao avaliar a qualidade de vida e percepção corporal dos participantes, o presente estudo poderá servir como base para debater a necessidade de estratégias relativas à prevenção em saúde pública para os pacientes em questão. A avaliação poderá auxiliar o tratamento nutricional de cada paciente, uma vez que a saúde mental é fundamental para a adesão e manutenção do tratamento.

Quais são meus direitos?

Os resultados deste estudo poderão ser publicados em jornais científicos ou submetidos à autoridade de saúde competente, mas você não será identificado pelo nome. Sua participação neste estudo é voluntária e sigilosa.

DECLARAÇÃO

1. Concordo total e voluntariamente em fazer parte deste estudo
2. Recebi uma explicação completa do objetivo do estudo, dos procedimentos envolvidos e o que se espera de mim. O pesquisador me explicou os possíveis problemas que podem surgir em consequência da minha participação neste estudo.
3. Informe o pesquisador sobre medicamentos que estou tomando.
4. Concordo em cooperar inteiramente com o pesquisador supervisor.
5. Estou ciente de que tenho total liberdade de desistir do estudo a qualquer momento e que esta desistência não irá, de forma alguma, afetar meu tratamento ou administração médica futura.
6. Estou ciente de que não serei referido por nome em qualquer relatório relacionado a este estudo. Da minha parte, não devo restringir, de forma alguma, os resultados que possam surgir neste estudo.

Para maiores informações entre em contato com Thaíse Campos Mondin pelos telefones: (53) 981320896/ 21288404

Nome completo do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Data: __ / __ / ____

Assinatura do Pesquisador: _____

Coordenadores do projeto: Prof. Dra Thaíse Campos Mondin

Faculdade de Medicina, psicologia e terapia ocupacional

Curso de Psicologia

Universidade Federal de Pelotas

Fone: 39216992

Questionário Sociodemográfico

1. Nome: _____ 2. Data: _____
3. Idade: _____ anos completos. 4. Data de Nascimento: _____
5. Cidade: _____ 6. Telefone: () _____
7. Endereço: _____
8. Estado Civil: (1) Solteiro(a) (2) Casado(a) (3) Divorciado(a) (4) Viúvo(a)
9. Em relação a cor de pele, você se considera:
- (1) Branco (2) Pardo (3) Preto
(4) Amarelo (oriental) (5) Vermelho (indígena) (6) Prefiro não declarar
10. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino
11. Ocupação: _____
12. Escolaridade:
- (1) Analfabeto (2) Ensino Fundamental Incompleto
(3) Ensino Fundamental Completo (4) Ensino Médio Incompleto
(5) Ensino Médio Completo (6) Ensino Superior Incompleto
(7) Ensino superior Completo
13. Tabagismo: (0) Não (1) Sim (2) Ex-fumante Se ex-fumante, com que idade parou de fumar? _____
14. Bebida alcoólica: (0) Não (1) Sim - Frequência: _____ Quantidade: _____
15. Diagnóstico Clínico e outras patologias: _____
16. Motivo da Consulta: (1) Saúde (2) Estética (3) Outros: _____
17. Já consultou alguma vez um nutricionista? (0) Não (1) Sim
19. Qual seu peso? _____, _____ quilos 19. Qual sua altura? _____, _____ metros
20. Já consultou alguma vez um psicólogo? (0) Não (1) Sim ->SE SIM, RESPONDA O QUADRO ABAIXO
- Já fez psicoterapia? (0) Não (1) Sim Se Sim, quanto tempo? _____
21. Já sofreu Transtornos Mentais? (0) Não (1) Sim ->SE SIM, RESPONDA O QUADRO ABAIXO
- Quais Transtornos Mentais você teve? (1) Depressão (2) Transtornos de ansiedade
(3) Outro: _____

QUEST _ _ _

Idade _ _

Estciv _ _

Cor _ _

Sexo _ _

Ocup _ _ _

Esc _ _

Taba _ _

Bebi _ _

Diag _ _ _

Mot _ _

Nutr _ _

Peso _ _ _

Altura _ _ _

Psic _ _

Terap _ _

Temp _ _ _

Trans _ _

PsDiag _ _

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana**, incluindo hoje, colocando um "x" no número correspondente a sua resposta, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito <u>desagradável</u> mas pode suportar	Gravemente Difícilmente pode suportar	Quest__
1. Dormência ou formigamento	0	1	2	3	BAI01__
2. Sensação de calor	0	1	2	3	BAI02__
3. Tremores nas pernas	0	1	2	3	BAI03__
4. Incapaz de relaxar	0	1	2	3	BAI04__
5. Medo que aconteça o pior	0	1	2	3	BAI05__
6. Atordoado ou tonto	0	1	2	3	BAI06__
7. Palpitação ou aceleração do coração	0	1	2	3	BAI07__
8. Sem equilíbrio	0	1	2	3	BAI08__
9. Aterrorizado	0	1	2	3	BAI09__
10. Nervoso	0	1	2	3	BAI10__
11. Sensação de sufocação	0	1	2	3	BAI11__
12. Tremores nas mãos	0	1	2	3	BAI12__
13. Trêmulo	0	1	2	3	BAI13__
14. Medo de perder o controle	0	1	2	3	BAI14__
15. Dificuldade de respirar	0	1	2	3	BAI15__
16. Medo de morrer	0	1	2	3	BAI16__
17. Assustado	0	1	2	3	BAI17__
18. Indigestão ou desconforto no abdômen	0	1	2	3	BAI18__
19. Sensação de desmaio	0	1	2	3	BAI19__
20. Rosto afogueado	0	1	2	3	BAI20__
21. Suor (não devido ao calor)	0	1	2	3	BAI21__

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Por favor, leia cada uma delas cuidadosamente. Depois, escolha uma frase de cada grupo, a que melhor descreva o modo como você tem se sentido nas **duas últimas semanas, incluindo o dia de hoje**. Faça um "X" em cima do número (0, 1, 2, ou 3) correspondentes a afirmação escolhida em cada grupo. Se mais de uma afirmação em um grupo lhe parecer igualmente apropriada, escolha a de número mais alto nesse grupo. Verifique se não marcou mais de uma afirmação por grupo, incluindo o item 16 (Alterações no padrão do sono) e o item 18 (Alterações de apetite).

QUEST__

1.Tristeza	0 – Não me sinto triste. 1 – Eu me sinto triste grande parte do tempo. 2 – Estou triste o tempo todo. 3 – Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar.	BDI01 ____
2.Pessimismo	0 – Não estou desanimado(a) a respeito do meu futuro. 1 – Eu me sinto mais desanimado(a) a respeito do meu futuro do que de costume. 2 – Não espero que as coisas deem certo para mim. 3 – Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Sinto que só vai piorar.	BDI02 ____
3.Fracasso Passado	0 – Não me sinto um(a) fracassado(a). 1 – Tenho fracassado mais do que deveria. 2 – Quando penso no passado vejo muitos fracassos. 3 – Sinto que como pessoa sou um fracasso total.	BDI03 ____
4.Perda de Prazer	0 – Continuo sentindo o mesmo prazer que eu sentia com as coisas de que eu gosto. 1 – Não sinto tanto prazer com as coisas como costumava sentir. 2 – Tenho muito pouco prazer nas coisas que eu costumava gostar. 3 – Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que costumava gostar.	BDI04 ____
5.Sentimentos de Culpa	0 – Não me sinto particularmente culpado(a). 1 – Eu me sinto culpado(a) a respeito de várias coisas que fiz e/ou deveria ter feito. 2 – Eu me sinto culpado(a) a maior parte do tempo. 3 – Eu me sinto culpado(a) o tempo todo.	BDI05 ____
6.Sentimentos de Punição	0 – Não sinto que estou sendo punido(a) 1 – Sinto que posso ser punido(a) 2 – Eu acho que serei punido(a) 3 – Sinto que estou sendo punido(a)	BDI06 ____

7.Auto-estima	<p>0 – Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo(a).</p> <p>1 – Perdi a confiança em mim mesmo(a).</p> <p>2 – Estou desapontado(a) comigo mesmo(a)</p> <p>3 – Não gosto de mim.</p>	BDI07 ____
8.Autocrítica	<p>0 – Não me crítico nem me culpo mais do que o habitual.</p> <p>1 – Estou sendo mais crítico(a) comigo mesmo(a) do que costumava ser.</p> <p>2 – Eu me crítico por todos os meus erros.</p> <p>3 – Eu me culpo por tudo de ruim que acontece.</p>	BDI08 ____
9.Pensamentos ou Desejos suicidas	<p>0 – Não tenho nenhum pensamento de me mater.</p> <p>1 – Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria isso adiante.</p> <p>2 – Gostaria de me matar.</p> <p>3 – Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p>	BDI09 ____
10.Choro	<p>0 – Não choro mais do que chorava antes.</p> <p>1 – Choro mais do que costumava chorar.</p> <p>2 – Choro por qualquer coisinha.</p> <p>3 – Sinto vontade de chorar, mas não consigo.</p>	BDI10 ____
11.Agitação	<p>0 – Não me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que antes.</p> <p>1 – Eu me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que antes.</p> <p>2 – Eu me sinto tão inquieto(a) ou agitado(a) que é difícil ficar parado</p> <p>3 – Estou tão inquieto(a) ou agitado(a) que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa.</p>	BDI11 ____
12.Perda de Interesse	<p>0 – Não perdi o interesse por outras pessoas ou minhas atividades.</p> <p>1 – Estou menos interessado pelas outras pessoas ou coisas do que costumava estar.</p> <p>2 – Perdi quase todo meu interesse por outras pessoas ou coisas.</p> <p>3 – É difícil me interessar por alguma coisa.</p>	BDI12 ____
13.Indecisão	<p>0 – Tomo minhas decisões tão bem quanto antes.</p> <p>1 – Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes.</p> <p>2 – Tenho muito mais dificuldade em tomar decisões agora do que antes.</p> <p>3 – Tenho dificuldade para tomar qualquer decisão.</p>	BDI13 ____
14.Desvalorização	<p>0 – Não me sinto sem valor.</p> <p>1 – Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo como antes.</p>	BDI14 ____

	<p>2 – Eu me sinto com menos valor quando me comparo com outras pessoas.</p> <p>3 – Eu me sinto completamente sem valor.</p>	
15.Falta de Energia	<p>0 – Tenho tanta energia hoje como sempre tive.</p> <p>1 – Tenho menos energia do que costumava ter.</p> <p>2 – Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa.</p> <p>3 – Não tenho energia suficiente para nada.</p>	BDI15 ____
16.Alterações no Padrão de Sono	<p>0 – Não percebi nenhuma mudança no meu sono.</p> <p>1a – Durmo um pouco mais do que o habitual.</p> <p>1b – Durmo um pouco menos do que o habitual.</p> <p>2a – Durmo muito mais do que o habitual.</p> <p>2b – Durmo muito menos do que o habitual.</p> <p>3a – Durmo a maior parte do dia.</p> <p>3b – Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir</p>	BDI16 ____
17.Irritabilidade	<p>0 - Não estou mais irritado(a) do que o habitual.</p> <p>1 - Estou mais irritado(a) do que o habitual.</p> <p>2 - Estou muito mais irritado(a) do que o habitual.</p> <p>3 - Fico irritado(a) o tempo todo.</p>	BDI17 ____
18.Alterações de Apetite	<p>0 - Não percebi nenhuma mudança no meu apetite.</p> <p>1a - Meu apetite está um pouco menor do que o habitual.</p> <p>1b - Meu apetite está um pouco maior do que o habitual.</p> <p>2a- Meu apetite está muito menor do que antes.</p> <p>2b - Meu apetite está muito maior do que antes.</p> <p>3a - Não tenho nenhum apetite.</p> <p>3b - Quero comer o tempo todo</p>	BDI18 ____
19.Dificuldade de Concentração	<p>0 - Posso me concentrar tão bem quanto antes.</p> <p>1 - Não posso me concentrar tão bem como habitualmente.</p> <p>2 - É muito difícil para mim manter a concentração em alguma coisa por muito tempo.</p> <p>3 - Eu acho que não consigo me concentrar em nada.</p>	BDI19 ____
20.Cansaço ou Fadiga	<p>0 - Não estou mais cansado(a) ou fadigado(a) do que o habitual.</p> <p>1 - Ficou cansado(a) ou fadigado(a) mais facilmente do que o habitual.</p> <p>2 - Eu me sinto muito cansado(a) ou fadigado(a) para fazer muitas das coisas que costumava fazer.</p> <p>3 - Eu me sinto muito cansado(a) ou fadigado(a) para fazer a maioria das coisas que costumava fazer.</p>	BDI20 ____

21. Perda de interesse por sexo	0 – Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo. 1 – Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava estar. 2 – Estou muito menos interessado(a) em sexo agora. 3 – Perdi completamente o interesse por sexo.	BDI21 ____
--	---	------------

Neste questionário você vai encontrar um conjunto de 22 afirmações relacionadas com hábitos alimentares. Para cada questão assinale com um "X" a resposta que melhor corresponde ao que foi vivenciado nas últimas semanas.

		Nunca	As vezes (1 a 2 vezes)	Algumas Vezes (3 a 4 vezes)	Muitas vezes (5 a 6 vezes)	Sempre (7 ou mais vezes)	QUEST__
1	Após acordar tenho o hábito de tomar café da manhã.						HA1__
2	Como devagar e mastigo.						HA2__
3	Passo muitas horas sem comer.						HA3__
4	Faço 5 ou 6 refeições por dia.						HA4__
5	Faço refeições com intervalos de 3 a 4 horas.						HA5__
6	O jejum noturno não ultrapassa as 10 horas.						HA6__
7	Ingiro leite/iogurte/queijo.						HA7__
8	Como frutas.						HA8__
9	Como legumes e hortaliças.						HA9__
10	Como sopa.						HA10__
11	Como alimentos integrais ricos em fibras (pão integral, <u>grãos</u>).						HA11__
12	Como carnes gordas (porco, vaca, <u>cordeiro</u>).						HA12__
13	Como carnes magras (peru, frango, <u>coelho</u>).						HA13__
14	Adiciono aos alimentos produtos industriais (maionese, <u>molhos</u>).						HA14__
15	O azeite faz parte da minha alimentação.						HA15__
16	Consumo os molhos gordos resultantes dos alimentos.						HA16__
17	Como pizzas, hambúrgueres e cachorros-quentes.						HA17__
18	Consumo produtos processados (salsicha, presunto, <u>mortadela</u>).						HA18__
19	Prefiro a comida com um pouco de sal a mais.						HA19__
20	Ingiro alimentos salgados (amendoins, batata <u>frita</u>).						HA20__

		Nunca	As vezes (1 a 2 vezes)	Algumas Vezes (3 a 4 vezes)	Muitas vezes (5 a 6 vezes)	Sempre (7 ou mais vezes)	
21	Ingiro alimentos ricos em açúcar (bolos, refrigerantes, <u>chocolates</u>).						HA21__
22	No lanche, como um bolo ou um salgado.						HA22__
23	Quando como um doce, opto por fazê-lo.						HA23__
24	Prefiro comer bolos/bolachas a comer pão.						HA24__
25	Utilizo bastante açúcar para adoçar (chás, cafés, <u>sucos</u>).						HA25__
26	Adoto uma alimentação variada às refeições.						HA26__
27	Faço uma refeição de peixe e de carne alternadamente.						HA27__
28	Faço uma alimentação à base de cozidos e grelhados.						HA28__
29	Como as partes queimadas dos alimentos.						HA29__
30	Como alimentos fritos e assados no forno.						HA30__
31	Faço refeições abundantes.						HA31__
32	Belisco entre as refeições.						HA32__
33	Como quase sempre os mesmos tipos de alimentos.						HA33__
34	Consumo bebidas alcoólicas fora das refeições.						HA34__
35	Só bebo água quando tenho sede.						HA35__
36	Bebo pelo menos 1,5L de água por dia.						HA36__
37	Consumo alimentos pré-cozidos e enlatados.						HA37__
38	Como pão de mistura tipo caseiro.						HA38__
39	Como arroz, massa e batata.						HA39__
40	Como peixes gordos (salmão, <u>sardinha</u>).						HA40__