
Prevalência e correlatos do transtorno depressivo maior: uma revisão sistemática

*Prevalence and correlates of major depressive disorder:
a systematic review*

*Prevalencia y correlatos del trastorno depresivo mayor:
una revisión sistemática*

Luis Gutiérrez-Rojas



[ORCID](#) - [Filiação](#)

Alejandro Albán Porrás-Segovia - [ORCID](#) - [Filiação](#)

Henry Dunne - [ORCID](#) - [Filiação](#)

Nelson Andrade-González - [ORCID](#) - [Filiação](#)

Jorge A. Cervilla - [ORCID](#) - [Filiação](#)

RESUMO:

Objetivo: O transtorno depressivo maior (TDM) é uma das doenças mentais mais incapacitantes, com um impacto significativo na sociedade. Esta revisão tem o objetivo de apresentar evidências científicas atualizadas sobre a epidemiologia do TDM. **Método:** Uma revisão sistemática da literatura dos bancos de dados [PubMed](#) e [MEDLINE](#) foi realizada para identificar artigos sobre a prevalência de TDM e seus correlatos. A busca foi restrita a manuscritos publicados entre janeiro de 2001 e dezembro de 2018. **Resultados:** Sessenta e três artigos foram incluídos na revisão. A prevalência de TDM ao longo da vida variou de 2 a 21%, com as taxas mais altas sendo encontradas em alguns países europeus e as mais baixas em alguns países asiáticos. Os principais correlatos sociodemográficos foram o estado civil separado/divorciado e o sexo feminino. Abuso infantil, violência praticada por parceiro íntimo e comorbidade com outros transtornos físicos e mentais também estiveram consistentemente associados ao TDM nos estudos revisados. **Conclusões:** TDM é uma doença altamente prevalente em todo o mundo. Existem diferenças inter-

regionais notáveis na prevalência do transtorno, bem como em certos correlatos sociodemográficos. TDM também é altamente comórbido com problemas de saúde física e mental.

Palavras-chave: transtorno depressivo maior, prevalência, comorbidade, epidemiologia, doenças físicas crônicas.

ABSTRACT:

Objective: Major depressive disorder (MDD) is one of the most disabling mental illnesses and it has a significant impact on society. This review aims to provide updated scientific evidence about the epidemiology of MDD.

Method: A systematic literature review of the [PubMed](#) and [MEDLINE](#) databases was performed to identify articles on the prevalence of MDD and its correlates. The search was restricted to manuscripts published between January 2001 and December 2018. **Results:** Sixty-three articles were included in the review. The lifetime prevalence of MDD ranged from 2 to 21%, with the highest rates found in some European countries and the lowest in some Asian countries. The main sociodemographic correlates were separated/divorced marital status and female gender. Child abuse, intimate partner violence, and comorbidity with other physical and mental disorders also were consistently associated with MDD across the reviewed studies. **Conclusions:** MDD is a highly prevalent condition worldwide. There are remarkable interregional differences in the disorder's prevalence, as well as in certain sociodemographic correlates. MDD is also highly comorbid with physical and mental health problems.

Keywords: major depressive disorder, prevalence, comorbidity, epidemiology, chronic physical conditions.

RESUMEN:

Objetivo: El trastorno depresivo mayor (TDM) es una de las enfermedades mentales más incapacitantes y con un impacto significativo en la sociedad. Esta revisión tiene como objetivo proporcionar evidencia científica actualizada sobre la epidemiología de MDD. **Método:** Se realizó una revisión sistemática de la literatura de las bases de datos [PubMed](#) y [MEDLINE](#) para identificar artículos sobre la prevalencia de MDD y sus correlatos. La búsqueda se restringió a manuscritos publicados entre enero de 2001 y diciembre de 2018. **Resultados:** Sesenta y tres artículos fueron incluidos en la revisión. La prevalencia de por vida de MDD varió del 2 al 21%, con las tasas más altas encontradas en algunos países europeos y

las más bajas en algunos países asiáticos. Los principales correlatos sociodemográficos fueron el estado civil separado/divorciado y el género femenino. El abuso infantil, la violencia de la pareja íntima y la comorbilidad con otros trastornos físicos y mentales también se asociaron consistentemente con MDD en los estudios revisados. **Conclusiones:** MDD es una condición altamente prevalente en todo el mundo. Existen notables diferencias interregionales en la prevalencia del trastorno, así como en ciertos correlatos sociodemográficos. MDD también es altamente comórbido con problemas de salud física y mental.

Palabras clave: trastorno depresivo mayor, predominio, comorbilidad, epidemiología, condiciones físicas crónicas.

Como citar: Gutiérrez-Rojas L, Porrás-Segovia A, Dunne H, Andrade-González N, Cervilla JA. Prevalência e correlatos do transtorno depressivo maior: uma revisão sistemática. Debates em Psiquiatria, Rio de Janeiro. 2022;12:1-44. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2022.v12.464>

Conflicto de intereses: declaram não haver

Fonte de financiamento: Instituto de Salud Carlos III (ISCIII CM19/00026)

Parecer CEP: não se aplica

Recebido em: 28/12/2022

Aprovado em: 29/12/2022

Publicado em: 30/12/2022

Introdução

O transtorno depressivo maior (TDM) é um dos transtornos mentais mais prevalentes em todo o mundo, além de ser um dos mais incapacitantes. De acordo com o estudo *Global Burden of Disease*, a depressão é a quarta principal causa de incapacidade (medida em anos de vida ajustados pela incapacidade), com expectativa de se tornar a segunda até 2020 [1].

O TDM tem um impacto maior na saúde pública do que enfermidades físicas, como coronariopatia, artrite reumatoide ou diabetes melito [2]. Seu impacto econômico também é considerável [3-5]. Informações sobre a prevalência e os correlatos do TDM são essenciais para a prevenção e o tratamento desse transtorno.

Desde a década de 1980, uma série de pesquisas populacionais já explorou a prevalência dos transtornos mentais. Alguns dos primeiros estudos de grande escala foram o estudo *Epidemiological Catchment Area* (ECA; Área de Captação Epidemiológica) (1980-1985) [6], e a *National Comorbidity Survey* (NCS; Pesquisa Nacional de Comorbidade) (1990-1992) [7], ambos conduzidos nos Estados Unidos. Demorou vários anos até que esses estudos fossem realizados em países em desenvolvimento.

Embora várias pesquisas tenham sido realizadas nos últimos anos, suas diferenças metodológicas dificultam a obtenção de resultados comparáveis, mesmo dentro do mesmo país. Essa questão foi abordada pela Organização Mundial da Saúde por meio do projeto *World Mental Health*, uma série de pesquisas populacionais de metodologia idêntica conduzidas como um esforço coordenado em vários países [8]. No entanto, alguns autores questionam se é válido aplicar a mesma metodologia em contextos ocidentais e não ocidentais [9].

Presume-se que a etiopatogenia do TDM seja resultado de uma complexa interação entre fatores biológicos e psicossociais. Porém, embora muitos estudos tenham explorado esses fatores ao longo dos anos, eles estão longe de serem totalmente elucidados. Esta revisão sistemática oferece uma síntese das evidências atuais sobre a epidemiologia do TDM, explorando sua prevalência, correlatos sociodemográficos e potenciais fatores de risco em países do mundo todo.

Métodos

Esta revisão está dividida em duas partes, cada uma com diferentes critérios de inclusão/exclusão e estratégias de busca. A primeira parte envolve artigos sobre a prevalência do TDM e fatores sociodemográficos, enquanto a segunda parte envolve artigos sobre potenciais fatores de risco nas áreas de experiências traumáticas, saúde física e saúde mental. As diretrizes Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Metanálises (PRISMA) foram obedecidas [10]. Este protocolo não foi registrado.

Critérios de inclusão/exclusão

Artigos transversais sobre prevalência de TDM na população adulta geral foram incluídos na primeira parte da revisão. O TDM foi diagnosticado de acordo com o CID-10 [11], DSM-IV [12] ou DSM-5 [13], critérios usando escalas válidas e entrevistas presenciais. O tamanho mínimo da amostra foi estabelecido em 1.000 participantes para aumentar a qualidade dos estudos.

Excluimos todos os estudos conduzidos entre populações especiais (profissões específicas ou grupos de pacientes), aqueles que usaram entrevistas por telefone, aqueles baseados em sintomas depressivos em vez de um diagnóstico completo e aqueles que não faziam distinção entre TDM e outros transtornos afetivos.

A segunda parte incluiu artigos sobre a relação entre TDM e fatores de risco relevantes, selecionados de acordo com evidências anteriores [14-16]: abuso infantil, eventos estressantes da vida, violência de gênero, doença crônica, doença mental, traços de personalidade e exposição a substâncias tóxicas. Foram aceitos estudos transversais e longitudinais.

Além dos critérios diagnósticos mencionados acima, os critérios do DSM-III também foram aceitos para esta parte da revisão para permitir a inclusão de estudos prospectivos iniciados antes da criação do DSM-IV. Todos os estudos que incluíam casos autorrelatados de TDM, aqueles baseados em sintomas ao invés de um diagnóstico, e aqueles que não faziam distinção entre TDM e outros transtornos afetivos foram excluídos. Como esse tipo de estudo tem amostras menores do que os estudos observacionais, o tamanho da amostra foi reduzido para um mínimo de 100 participantes.

Estratégia de busca

Para ambas as partes, foi realizada uma busca nas bases de dados [PubMed](#) e [MEDLINE](#). Artigos adicionais foram recuperados do [ResearchGate](#) inspecionando a lista de referências de artigos revisados e consultando especialistas na área. Os termos de busca para artigos sobre prevalência e fatores sociodemográficos, no título e resumo, foram: (TDM) E (prevalência). A busca foi restrita a artigos publicados em inglês ou espanhol. Manuscritos no prelo foram incluídos se o acesso fosse concedido. Para ambas as partes, a data de publicação foi limitada ao século XXI (2001-2018) para resultados mais atuais.

Os termos de busca na [MEDLINE](#) para os artigos sobre fatores de risco, no título e resumo, foram: TDM E (fatores de risco OU personalidade OU obesidade OU correlatos OU comorbidade OU álcool OU tabagismo OU abuso OU violência OU condições crônicas). Um formato de busca semelhante foi usado no banco de dados [PubMed](#). Os artigos foram selecionados de acordo com sua relevância e qualidade. Usamos listas de verificação de avaliação crítica para avaliar a qualidade [17].

Dois pesquisadores (AP-S e HD) avaliaram independentemente os artigos para inclusão. A concordância entre os revisores, medida pelo coeficiente de correlação intraclasse (CCI), foi de 0,81 (intervalo de confiança de 95% [IC95%] 0,76-0,86). As diferenças entre os revisores foram resolvidas por meio de discussão. A extração de dados foi realizada pelos mesmos dois pesquisadores, utilizando um formulário construído com esse propósito. Os dados foram coletados sobre a prevalência de TDM e sua associação com variáveis independentes, incluindo tamanhos de efeito, que foram expressos como razão de chance (RC) ou razão de risco (RR).

Resultados

Seleção dos estudos

A busca inicial rendeu 4.144 resultados para a primeira parte da revisão e 8.873 resultados para a segunda parte, totalizando 13.017 resultados. Após a triagem inicial, revisão dos textos na íntegra e o processo de seleção, 63 artigos foram incluídos na revisão final. Vinte e cinco forneciam informações sobre a prevalência e correlatos sociodemográficos de TDM (primeira parte), enquanto 42 avaliavam correlatos de TDM relacionados à saúde física, saúde mental e experiências traumáticas (segunda parte da revisão). Como quatro dos 63 artigos forneciam informações para ambas as partes da revisão, eles foram contados duas vezes [Figura 1].

Características dos estudos

Os 25 artigos enfocando a prevalência e os fatores sociodemográficos do TDM incluíam dados de 38 pesquisas de base populacional realizadas em 29 países. Esses estudos eram baseados em metodologias semelhantes e tinham delineamento transversal, permitindo comparação efetiva entre os resultados. A maioria incluía dados sobre a prevalência de TDM e os principais fatores sociodemográficos relacionados ao transtorno.

Um total de 42 artigos explorou fatores de risco para TDM. Esses artigos eram mais heterogêneos, devido à variedade de delineamentos de estudo (transversal, retrospectivo e prospectivo). O viés de memória, as limitações das ferramentas de diagnóstico e o delineamento do estudo foram as limitações relatadas com mais frequência nos estudos selecionados.

Dividimos os resultados em cinco tópicos: Prevalência de TDM (25 artigos), fatores sociodemográficos (17 artigos), associações com experiências traumáticas (14 artigos), fatores de risco relacionados à saúde física (18 artigos) e associações com saúde mental (19 artigos).

Prevalência de TDM

A prevalência de TDM ao longo da vida variou de 2% na China [18], 6,7% na Coreia do Sul [19], 20,5% no Chile [20], para 21% na França [21]. A prevalência de 12 meses variou entre 1,1% na China [18] e 10,4% no Brasil [21]. Por continente, a maior prevalência foi na Europa [21, 22] e a mais baixa na Ásia [18, 19, 21-23]. Nos países europeus, a prevalência média ao longo da vida foi de 11,32% e a prevalência média de 12 meses foi de 5,2%. [21, 24-28]. Os resultados completos são mostrados na [Tabela 1](#).

Fatores sociodemográficos

Entre os fatores sociodemográficos ligados ao TDM, dois se destacam: sexo feminino e estar separado/divorciado. O sexo feminino foi significativamente associado ao TDM em 26 dos 30 estudos que exploraram esse fator. Um resultado não significativo foi encontrado em pesquisas realizadas na Bélgica e na Nigéria, bem como em duas das três pesquisas da China.

Mesmo quando os resultados não foram significativos, as taxas de depressão foram maiores em mulheres do que em homens. Os valores de RC variaram de 1,4 na Austrália [22] para 2,8 no Irã [36]. Ao controlar para outros fatores, a associação entre TDM e sexo feminino prevaleceu na maioria dos estudos [21] e desapareceu em uma minoria deles [39].

A associação entre separação/divórcio e TDM foi estatisticamente significativa em 26 das 29 pesquisas populacionais que incluíram esses dados. Em comparação com pessoas casadas, a RC chegou a 8,2 na Índia [21] e 19,3 no Líbano, embora o IC amplo do estudo (5,0-74,4) torne o tamanho de efeito real incerto [21].

O status do emprego também foi consistentemente relacionado ao TDM: o desemprego foi positivamente associado à depressão nos oito estudos em que esses dados foram coletados. Outros fatores sociodemográficos, como nível socioeconômico ou nível de escolaridade, foram associados ao TDM apenas em alguns dos artigos. Um estudo realizado na Holanda com 71.058 adultos residentes na comunidade mostrou que o aumento da renda, tanto em uma área geográfica quanto no nível individual, esteve significativamente associado a uma menor prevalência de TDM. No entanto, alto nível socioeconômico foi associado a uma maior prevalência de TDM entre homens afro-americanos em outro estudo [29].

O nível socioeconômico também é um potencial fator de confundimento, já que tem sido associado a outros possíveis correlatos do TDM, incluindo pior saúde física e maior uso de drogas. Alguns estudos que ajustaram para esse potencial fator de confundimento descobriram que variáveis como obesidade ou uma condição física crônica mantiveram sua significância após o ajuste [35, 43]

No entanto, Chen et al. [44] descobriram que fumar era um fator de risco para TDM apenas em participantes afro-americanos, que apresentavam uma renda média significativamente menor do que seus participantes caucasianos. Alguns desses fatores mostraram resultados contraditórios dependendo do estudo: embora um baixo nível de escolaridade tenha sido associado ao TDM na Índia, México e Austrália, na China e nos Estados Unidos parece ser um fator protetor. Os resultados completos podem ser vistos na [Tabela 2].

Correlatos relacionados à saúde mental do transtorno depressivo maior

É importante ressaltar que o TDM também está relacionado a outras doenças mentais. Sua associação com transtornos de ansiedade, especialmente transtorno de ansiedade geral, é particularmente forte. Em dois estudos prospectivos, o transtorno de ansiedade geral também se mostrou um fator de risco consistente, dobrando a probabilidade de desenvolver TDM [45, 46], enquanto uma RC > 8 foi encontrado entre transtorno de ansiedade geral e TDM em um estudo transversal [32]. No entanto, outros estudos não encontraram associação significativa entre os dois transtornos[47], enquanto outros encontraram uma forte associação com diferentes classes de fobia [48].

A associação entre transtornos de personalidade e TDM foi inconsistente e dependeu do tipo de transtorno. Embora os transtornos da personalidade borderline e paranoide estivessem significativamente associados ao TDM em todos os estudos que os avaliaram, outros transtornos, como transtornos de personalidade histriônica ou evasiva, foram associados ao TDM em alguns, mas não em todos os estudos [32, 49, 50]. Embora um estudo prospectivo não tenha encontrado associação significativa entre traços de personalidade e TDM,8 em três outros estudos, o neuroticismo foi considerado um fator de risco, enquanto a extroversão foi um fator de proteção [51-53].

Cinco estudos descobriram que o tabagismo parecia estar relacionado ao TDM [44, 52-55]. Embora alguns estudos tenham encontrado uma associação entre consumo de álcool e TDM [56], uma grande proporção dos estudos não encontraram essa associação [44, 46, 47, 57]. Em doses baixas ou moderadas, o consumo de álcool mostrou-se ainda como fator protetor [54, 57].

O fator de risco mais comumente estudado foi o abuso infantil em suas diferentes formas (física, psicológica e sexual), e nove estudos encontraram uma associação significativa entre abuso infantil e TDM, embora apenas alguns subtipos de abuso tenham sido significativos em alguns estudos. Em um estudo retrospectivo chinês com 12.000 participantes, aqueles que alegaram ter sofrido abuso sexual na infância apresentaram uma prevalência consideravelmente maior de TDM, com RC de 4,1 [58]. Um estudo prospectivo acompanhou crianças americanas, começando aos 11 anos de idade, por 28 anos, descobrindo que aquelas que sofreram abuso físico tiveram uma RC de 1,6 para TDM em comparação com aquelas que não sofreram [59]. Essa associação pode ser mediada por fatores genéticos [60].

Nenhuma associação relevante entre experiências traumáticas e TDM foi encontrada nos poucos estudos que exploraram a relação [61]. No entanto, em um estudo, um efeito sinérgico significativo foi encontrado com o abuso infantil: a força da associação aumentou de uma RC de 5,1, quando apenas o abuso infantil estava presente, para uma RC de 12,4, quando tanto o abuso infantil quanto as experiências traumáticas da vida durante a vida adulta estavam presentes [62]. Outros estudos descobriram que a violência por parceiro íntimo [63, 64] ou experiências traumáticas [30] aumentou o risco de TDM. A violência de gênero também foi consistentemente associada ao TDM. Um estudo prospectivo no Reino Unido acompanhou 1.000 mulheres ao longo de 10 anos, e aquelas que alegaram ter sofrido violência de gênero tiveram o dobro do risco de desenvolver TDM [65]. Os resultados completos podem ser encontrados nas [Tabelas 3 e 4](#).

Correlatos relacionados à saúde física

A maioria dos estudos revisados mostrou uma associação estatisticamente significativa entre doenças físicas e TDM [31, 54, 55, 69-73]. Os efeitos de tamanho geralmente aumentam com o número de doenças físicas crônicas existentes [54]. Um estudo prospectivo de 16 anos descobriu que a presença de doenças crônicas aumentava o risco de TDM em 50% [54].

Na população espanhola, um estudo transversal de 2012 com 2.121 adultos residentes na comunidade descobriu que o TDM estava significativamente associado a doenças físicas crônicas e incapacidade [72].

Com relação a doenças específicas, tamanhos de efeito maiores foram encontrados para dor nas costas [55], cefaléia [55, 74] doença cardíaca [75], artrite [71], asma [76], diabetes [77] e AVC [75]. As Pesquisas Mundiais de Saúde, cuja amostra combinada foi de 245.404 participantes de 60 países, mostraram associação significativa entre depressão e quatro doenças crônicas: angina, artrite, asma e diabetes [78].

Em um estudo de 2008, vários distúrbios médicos, incluindo úlcera gástrica, rinite alérgica, artrite, doenças da tireoide, hipertensão e asma, foram mais prevalentes em pessoas com distúrbios depressivos recorrentes [79]. Por outro lado, uma saúde melhor foi inversamente associada ao TDM, com uma RC de 0,68 (0,61-0,75) em um estudo recente [43].

Vários estudos também encontraram uma associação entre TDM e obesidade [43, 80-82]. Em um estudo recente de adultos residentes na comunidade espanhola, o índice de massa corporal (IMC) foi diretamente associado à prevalência de TDM após ajuste para idade e sexo (RC = 1,06; IC 95% 1,04-1,09; $p < 0,001$). No mesmo estudo, as categorias de IMC abaixo do peso (IMC $< 18,5$ kg/m²) e obesos (IMC ≥ 30 kg/m²) também estiveram associadas a uma maior prevalência de TDM, independentemente da idade ou do sexo [43].

No entanto, a estratificação por gênero geralmente mostra uma associação mais forte entre obesidade e TDM entre as mulheres e, em alguns casos, a associação desaparece nos homens [80, 81]. Em um estudo prospectivo de 20 anos nos EUA, o risco relativo de TDM em mulheres obesas foi de 3,9, enquanto nenhuma associação significativa foi encontrada em homens [80].

Um estudo de 2018 investigou se a depressão estava associada a um IMC mais alto, bem como a uma pontuação de risco genético envolvendo 73 polimorfismos relacionados à obesidade. Os autores encontraram uma associação significativa entre depressão e ambas as variáveis, mais forte nas mulheres do que nos homens [81]. A associação entre TDM e fatores de saúde física é apresentada na [Tabela 5](#).

Discussão

A maioria dos estudos sobre a epidemiologia do TDM foi realizada em países ocidentais, enquanto os dados de países em desenvolvimento são comparativamente escassos. Os estudos transversais também são mais numerosos do que os longitudinais, provavelmente devido aos custos mais elevados associados a estes últimos [84].

Prevalência de transtorno depressivo maior

Os resultados mostram que o TDM é uma doença altamente prevalente em todo o mundo, não havendo evidências de uma mudança substancial na prevalência do TDM nas últimas décadas [6, 7]. As diferenças inter-regionais na prevalência de TDM são notáveis. Chama a atenção a baixa prevalência encontrada nos países asiáticos, principalmente se comparada aos números encontrados nos países ocidentais. No entanto, isso não significa necessariamente que os habitantes de países com baixa prevalência de depressão sofram menos ou sejam mais felizes, uma vez que os países asiáticos têm algumas das taxas de suicídio mais altas do mundo [85].

O trabalho de Pérez-Sales [86] sobre psicologia antropológica indicou que a patoplasticidade dos transtornos mentais era a principal causa dessa disparidade: uma mesma doença pode ter diferentes formas de expressão clínica dependendo do contexto cultural. Por exemplo, acredita-se que a somatização seja mais frequente em populações não ocidentais, já que a separação entre corpo e mente não é tão estabelecida culturalmente. Na China, onde a prevalência da depressão é surpreendentemente baixa, a neurastenia é, ao contrário, muito prevalente. A neurastenia, pouco conhecida no Ocidente, consiste em fadiga extrema, dores musculares e desconforto somático não especificado. Tem sido sugerido que esse quadro clínico pode ser análogo à depressão em alguns países orientais [86].

Enquanto o DSM-IV estava em desenvolvimento, um grupo de trabalho foi encarregado de resolver os problemas de aplicação de categorias diagnósticas ocidentais a populações não ocidentais. Apesar dos esforços do grupo de trabalho, muitos autores questionam a validade intercultural desta e de outras classificações diagnósticas semelhantes [86, 87]. Também devemos considerar as limitações das ferramentas diagnósticas comumente empregadas em pesquisa, que foram originalmente projetadas para populações ocidentais e podem não ser ideais em outros contextos, mesmo após tradução e validação [88, 89]. Finalmente, a possibilidade de suscetibilidade genética à depressão em certas populações não pode ser

descartada [90]. Essas diferenças inter-regionais podem resultar em subestimação e/ou superestimação de TDM, dependendo do país.

Fatores sociodemográficos

Nossos resultados confirmam a associação entre TDM e alguns fatores sociodemográficos classicamente associados a esse e outros transtornos depressivos. O sexo feminino foi o fator sociodemográfico mais consistentemente associado ao TDM. Em sua revisão sobre o assunto, Kessler [91] afirma que, embora as mulheres tenham maior risco de desenvolver depressão, não há diferenças significativas no curso clínico da doença, com taxas de persistência e recorrência semelhantes.

Um efeito sinérgico entre fatores biológicos e ambientais está por trás dessa associação [91]. Alguns desses fatores são os perfis hormonais e a desigualdade social. Além disso, a expressão aberta de tristeza nos homens, às vezes, é desaprovada, o que pode afetar a validade das escalas [92-94]. Alguns autores também encontraram diferenças entre os sexos na expressão dos polimorfismos do transportador de serotonina associados à depressão [95], bem como na resposta da imunidade celular ao estresse e à depressão [96]. Foi até sugerido que poderia haver subtipos de depressão relacionados ao sexo [97].

Nível socioeconômico é outro fator associado com TDM. Desde 1980, vários estudos encontraram uma associação inversa entre nível socioeconômico e transtornos psiquiátricos, incluindo transtornos depressivos [98]. No entanto, em nossa revisão, o nível socioeconômico não esteve consistentemente associado ao TDM, revelando resultados contraditórios dependendo do país. Os efeitos do nível educacional foram semelhantes. Para uma avaliação adequada dessas grandes diferenças inter-regionais, devemos considerar que ter um baixo salário ou nível educacional baixo pode não ter o mesmo efeito sobre o bem-estar subjetivo entre as culturas [99]. Por exemplo, alto nível socioeconômico aumentou o risco de TDM em homens afro-americanos.

A discriminação percebida foi proposta como um potencial mediador para o aumento do risco de TDM em homens afro-americanos com alto nível socioeconômico. No entanto, um estudo que examinou o papel dessa variável não conseguiu confirmar esse efeito [29]. Finalmente, alguns fatores significativamente associados ao TDM, como estado civil e desemprego, podem ter uma relação de mão dupla com o TDM.

Comorbidades físicas e mentais do TDM

O TDM está associado a uma saúde física pior, incluindo alta comorbidade com condições físicas crônicas e taxas mais altas de incapacidade. Existem vários mecanismos pelos quais as doenças físicas podem predispor os indivíduos ao TDM. A experiência traumática da doença e a disfunção que a acompanha pode desencadear um episódio depressivo [[100](#)].

Fatores biológicos também podem estar envolvidos: vias inflamatórias modificadas e alterações do sistema imunológico foram implicadas na patogênese da depressão [[101](#)], e a depressão tem um efeito pró-inflamatório. Isso pode resultar em uma relação bidirecional entre depressão e doença física [[102](#)].

Na obesidade, um elemento-chave parece ser a imagem corporal distorcida e a consequente perda de autoestima. A associação entre TDM e obesidade também pode ser explicada pelo aumento da circulação de citocinas pró-inflamatórias e proteína C-reativa, achado de alguns artigos de revisão [[103](#), [104](#)]. A associação entre TDM e obesidade foi dependente do sexo, com tamanhos de efeito maiores em mulheres e, em alguns casos, resultados não significativos em homens. Isso pode ser resultado de diferentes padrões de peso corporal para homens e mulheres, ou seja, devido a influências culturais, as mulheres tendem a ser mais susceptíveis ao estigma do peso do que os homens [[105](#)].

A comorbidade com transtornos mentais é outro fator importante. Existe uma relação forte, muitas vezes bidirecional, entre TDM e outras doenças mentais. Pacientes com TDM podem desenvolver outras comorbidades mentais ao longo do transtorno, enquanto o TDM também pode aparecer durante o curso de outras condições, como transtornos de ansiedade [[106](#)]. Além disso, como acontece com as doenças físicas, a doença mental é uma experiência traumática que pode desencadear um episódio depressivo. Finalmente, diferentes transtornos mentais podem compartilhar certos mecanismos patogênicos [[107](#), [108](#)].

Os traços de personalidade podem aumentar o risco de um episódio depressivo, e a interação social também pode mediar essa associação. A interação social positiva possibilita a criação de vínculos fortes e o desenvolvimento de uma sólida rede de apoio. Além disso, a personalidade pode influenciar as estratégias de enfrentamento e a capacidade de superar as adversidades [[109](#)].

O uso de tabaco também pode ser um marcador de risco, pois pessoas com sintomas de depressão e ansiedade tendem a fumar mais. Além disso, o estresse oxidativo induzido pelo tabaco pode contribuir para o desenvolvimento da depressão [110]. Por outro lado, a eficácia da bupropiona no tratamento tanto da depressão quanto da dependência de nicotina sugere que ambas as patologias podem compartilhar algumas características neuroquímicas [68].

A relação entre álcool e TDM é ambígua. As causas e consequências do consumo baixo a moderado de álcool são radicalmente diferentes das causas e consequências do abuso de álcool, o que não ocorre com outras drogas. O fato de que o consumo limitado de álcool pode proteger contra a depressão pode ser explicado por fatores sociais. Nos países ocidentais, onde o álcool é amplamente distribuído e socialmente aceito, o uso médio pode implicar em um bom ajustamento social até certo ponto [111, 112].

A experiência traumática mais fortemente associada ao TDM foi o abuso infantil, que pode predispor ao desenvolvimento de depressão durante a vida adulta de várias maneiras. Uma das teorias mais conhecidas é a do desamparo aprendido: pessoas que sofrem repetidamente estímulos negativos além de seu controle podem perder a capacidade de lidar com dificuldades futuras [113]. Isso poderia explicar por que, em nossa revisão, eventos de vida estressantes não foram significativamente associados à depressão quando considerados isoladamente, mas foram associados a ela quando combinados com abuso infantil. Assim, podem ter um efeito sinérgico, aumentando o risco de depressão naqueles que sofreram maus tratos na infância.

Por fim, algumas limitações devem ser abordadas. Como a maioria dos estudos incluídos era transversal, não foi possível estabelecer relações causais. Os estudos de fatores de risco tiveram metodologias heterogêneas, o que impede a comparação dos resultados. Além disso, em estudos retrospectivos pode haver um viés de memória em relação a experiências traumáticas.

Conclusão

Em conclusão, a presente revisão agrupou as descobertas recentes mais importantes em todo o mundo sobre a prevalência e os correlatos do TDM, oferecendo uma visão ampla da situação atual. Apesar da heterogeneidade dos estudos, conseguimos chegar a algumas conclusões sólidas.

Primeiro, o TDM é uma doença prevalente em todo o mundo. Em segundo lugar, o fato de vários correlatos estarem consistentemente associados ao TDM tem implicações para o planejamento de cuidados de saúde. Em terceiro lugar, encontramos diferenças culturais relevantes, o que nos faz questionar se as classificações de diagnóstico padrão e as ferramentas de medição são apropriadas para culturas não ocidentais.

Três questões principais devem ser consideradas em pesquisas futuras: 1) a heterogeneidade metodológica dos estudos epidemiológicos; 2) a falta de estudos de países em desenvolvimento, especialmente na África; e 3) as idiosincrasias culturais de cada país, que afetam a validade de nossas ferramentas de medição e até mesmo o conceito de depressão.

Agradecimentos

Este estudo recebeu apoio financeiro do Instituto de Salud Carlos III (ISCI III CM19/00026).

Os autores agradecem a Ella Martin pela tradução do artigo para o inglês.

Referências

- ↑ 1. Murray CJ, Lopez AD. Evidence-based health policy-lessons from the global burden of disease study. *Science*. 1996;274:740-3. <https://doi.org/10.1126/science.274.5288.740> - PMID:8966556
- ↑ 2. Egede LE. Depression: greater effect on overall health than angina, arthritis, asthma or diabetes. *Evid Based Ment Health*. 2008;11:57. <https://doi.org/10.1136/ebmh.11.2.57> PMID:18441146
- ↑ 3. Jönsson B, Bebbington PE. What price depression? The cost of depression and the cost- effectiveness of pharmacological treatment. *Br J Psychiatry*. 1994;164:665-73. <https://doi.org/10.1192/bjp.164.5.665> - PMID:7921718
- ↑ 4. Kessler RC. The costs of depression. *Psychiatr Clin North Am*. 2012;35:1-14. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.11.005> PMID:22370487 - PMCID:PMC3292769
- ↑ 5. Reddy MS. Depression: the disorder and the burden. *Indian J Psychol Med*. 2010;32:1-2. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.70510> - PMID:21799550 - PMCID:PMC3137804

6. Bourdon KH, Rae DS, Locke BZ, Narrow WE, Regier DA. Estimating the prevalence of mental disorders in US adults from the epidemiologic catchment area survey. *Public Health Rep.* 1992;107(6):663-668.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1403718/>
PMID: 1454978 - PMCID: PMC1403718
7. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen H-U, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1994;51:8-19.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950010008002>
PMid:8279933
8. Kessler RC, Üstün TB. *The WHO world mental health surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders.* New York: Cambridge University; 2008.
9. Weich S, Araya R. International and regional variation in the prevalence of common mental disorders: do we need more surveys? *Br J Psychiatry.* 2004;184:289-90.
<https://doi.org/10.1192/bjp.184.4.289> - PMid:15056570
10. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Int J Surg.* 2010;8:336-41.
<https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2010.02.007> - PMid:20171303
11. World Health Organization (WHO). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders.* Geneva: WHO; 2009.
12. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR).* Arlington: American Psychiatric Publishing; 2000.
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5).* Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

14. Cervilla J. Trastornos afectivos. In: Cervilla J. (editor). Compendio de psiquiatría. Granada: Avicam; 2017. p. 245-67.
15. Vallejo J. Trastornos depresivos. In: Vallejo J. (editor). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Masson; 2006. p. 485-512.
16. Sadock BJ, Sadock VA. Mood disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA. (editors). Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p. 527-78.
17. Cardiff University, Specialist Unit for Review Evidence. Critical appraisal checklists. 2018. <https://www.cardiff.ac.uk/specialist-unit-for-review-evidence/resources/critical-appraisal-checklists>
18. Lu J, Ruan Y, Huang Y, Yao J, Dang W, Gao C. Major depressive disorder in Kunming: prevalence, correlates and co-morbidity in a south-western city of China. J Affect Disord. 2008;111:221-6. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.02.018> - PMID:18377998
19. Cho MJ, Seong SJ, Park JE, Chung IW, Lee YM, Bae A, Ahn JH, Lee D-W, Bae JN, Cho S-J, Park K-I, Son J, Chang SM, Hahm B-J, Lee J-Y, Sohn JH, Kim JS, Hong JP. Prevalence and correlates of DSM-IV mental disorders in South Korean adults: the Korean epidemiologic catchment area study 2011. Psychiatry Investig. 2015;12:164-70. <https://doi.org/10.4306/pi.2015.12.2.164> PMID:25866515 - PMCID:PMC4390585
20. Markkula N, Zitko P, Peña S, Margozzini P, Retamal CP. Prevalence, trends, correlates and treatment of depression in Chile in 2003 to 2010. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2017;52:399-409. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1346-4> - PMID:28197670
21. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, de Graaf R, Demyttenaere K, Hu C, Iwata N, Karam AN, Kaur J, Kostyuchenko S, Lépine J-P, Levinson D, Matschinger H, Medina Mora ME, Browne MO, Posada-Villa J, Viana MC, Williams DR, Kessler RC. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. BMC Med. 2011;9:90. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-90> - PMID:21791035 PMCID:PMC3163615

22. Goldney RD, Eckert KA, Hawthorne G, Taylor AW. Changes in the prevalence of major depressive disorder in an Australian community sample between 1998 and 2008. *Aust N Z J Psychiatry*. 2010;44:901-10. <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.490520> PMID:20932204
23. Liu J, Yan F, Ma X, Guo HL, Tang YL, Rakofsky JJ, Wu X-M, Li X-Q, Zhu H, Guo X-B, Yang Y, Li P, Cao X-D, Li H-Y, Li Z-B, Wang P, Xu Q-Y. Prevalence of major depressive disorder and socio-demographic correlates: results of a representative household epidemiological survey in Beijing, China. *J Affect Disord*. 2015;129:74-81. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.03.009> PMID:25845752 - PMCID:PMC7127303
24. Bunting B, Murphy S, O'Neill S, Ferry F. Prevalence and treatment of 12-month DSM-IV disorders in the Northern Ireland study of health and stress. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48:81-93. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0518-5> PMID:22592537
25. de Graaf R, ten Have M, van Gool C, van Dorsselaer S. Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands mental health survey and incidence study-2. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012;47:203-13. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0334-8> - PMID:21197531
26. Jacobi F, Höfler M, Siegert J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Hapke U, Maske U, Seiffert I, Gaebel W, Maier W, Wagner M, Zielasek J, Wittchen H-U. Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the mental health module of the German health interview and examination survey for adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res*. 2014;23(3):304-19. <https://doi.org/10.1002/mpr.1439> PMID:24729411 - PMCID:PMC6878234
27. Kiejna A, Piotrowski P, Adamowski T, Moskalewicz J, Wciórka J, Stokwiszewski J, Rabczenko D, Kessler RC. The prevalence of common mental disorders in the population of adult Poles by sex and age structure - an EZOP Poland study. *Psychiatr Pol*. 2015;49:15-27. <https://doi.org/10.12740/PP/30811> PMID:25844407

28. Markkula N, Suvisaari J, Saarni SI, Pirkola S, Peña S, Saarni S, Pirkola S, Peña S, Saarni S, Ahola K, Mattila AK, Viertiö S, Strehle J, Koskinen S, Härkänen T. Prevalence and correlates of major depressive disorder and dysthymia in an eleven-year follow-up - results from the Finnish health 2011 survey. *J Affect Disord*. 2015;173:73-80. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.015> PMID:25462399
29. Assari S, Lankarani MM, Caldwell CH. Does discrimination explain high risk of depression among high-income African American men? *Behav Sci (Basel)*. 2018;8:40. <https://doi.org/10.3390/bs8040040> - PMID:29671796 PMCID:PMC5946099
30. Chen Y, Bennett D, Clarke R, Guo Y, Yu C, Bian Z, Ma L, Huang Y, Sun Q, Zhang N, Zheng X, Chen J, Peto R, Kendler KS, Li L, Chen Z. Patterns and correlates of major depression in Chinese adults: a cross-sectional study of 0.5 million men and women. *Psychol Med*. 2017;47:958-70. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002889> PMID:27919307 - PMCID:PMC5341494
31. Gureje O, Uwakwe R, Oladeji B, Makanjuola VO, Esan O. Depression in adult Nigerians: results from the Nigerian survey of mental health and well-being. *J Affect Disord*. 2010;120:158-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.04.030> - PMID:19450883
32. Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. Epidemiology of major depressive disorder. Results from the national epidemiologic survey on alcoholism and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:1097-106. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.10.1097> PMID:16203955
33. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ, Walters EE, Wang PS. The epidemiology of major depressive disorder: results from the national comorbidity survey replication (NCS-R). *JAMA*. 2003;289:3095-105. <https://doi.org/10.1001/jama.289.23.3095> - PMID:12813115

34. Kleinberg A, Aluoja A, Vasar V. Point prevalence of major depression in Estonia. Results from the 2006 Estonian Health Survey. *Eur Psychiatry*. 2010;25:485-90. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.06.005> - PMID:20813505
35. Klijs B, Kibele EU, Ellwardt L, Zuidersma M, Stolck RP, Wittek RP, de Leon CMM, Smidt N. Neighbourhood income and major depressive disorder in a large Dutch population: results from the lifelines cohort study. *BMC Public Health*. 2016;16:773. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3332-2> - PMID:27516353
PMCID:PMC4982408
36. Mohammadi MR, Davidian H, Noorbala AA, Malekafzali H, Naghavi HR, Pouretamad HR, Yazdi SAB, Rahgozar M, Alaghebandrad J, Amini H, Razzaghi EM, Mesgarpour B, Soori H, Mohammadi M, Ghanizadeh A. An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2005;1:16. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-1-16>
PMid:16185355 - PMCID:PMC1253522
37. Munhoz TN, Santos IS, Matijasevich A. Major depressive episode among Brazilian adults: a cross-sectional population-based study. *J Affect Disord*. 2013;150:401-7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.04.031> - PMID:23688916
38. Piazza M, Fiestas F. [Annual prevalence of mental disorders and use of mental health services in Peru: results of the World Mental Health Survey, 2005]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2014;31:30-8. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2014.311.5>
39. Porrás-Segovia A, Valmisa E, Gutiérrez B, Ruiz I, Rodríguez-Barranco M, Cervilla J. Prevalence and correlates of major depression in Granada, Spain: results from the GranadaSp study. *Int J Soc Psychiatry*. 2018;64:450-8. <https://doi.org/10.1177/0020764018771405> - PMID:29843555
40. Slone LB, Norris FH, Murphy AD, Baker CK, Perilla JL, Diaz D, Gutiérrez Rodríguez F, Gutiérrez Rodríguez JJ. Epidemiology of major depression in four cities in Mexico. *Depress Anxiety*. 2006;23:158-67. <https://doi.org/10.1002/da.20137> - PMID:16453336

41. Smith DJ, Nicholl BI, Cullen B, Martin D, Ul-Haq Z, Evans J, Gill JMR, Roberts B, Gallacher J, Mackay D, Hotopf M, Deary I, Craddock N, Pell JP. Prevalence and characteristics of probable major depression and bipolar disorder within UK biobank: cross-sectional study of 172,751 participants. *PLoS One*. 2013;8:e75362. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0075362> PMID:24282498 - PMCID:PMC3839907
42. Topuzoğlu A, Binbay T, Ulas H, Elbi H, Tanik FA, Zağlı N, Alptekin K. The epidemiology of major depressive disorder and subthreshold depression in Izmir, Turkey: prevalence, socioeconomic differences, impairment and help-seeking. *J Affect Disord*. 2015;181:78-86. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.017> PMID:25933098
43. Porrás-Segovia, A, Rivera M, Molina E, López-Chaves D, Gutiérrez B, Cervilla J. Physical exercise and body mass index as correlates of major depressive disorder in community-dwelling adults: results from the PISMA-ep study. *J Affect Disord*. 2019;251:263-9. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.01.050> PMID:30951984
44. Chen CY, Chang CM, Lin HL, Chu CL. The association between exposure to second-hand smoke and major depressive disorder in perimenopausal women: results from a population-based study. *Ann Med*. 2018;50:596-604. <https://doi.org/10.1080/07853890.2018.1534264> - PMID:30311809
45. Kessler RC, Gruber M, Hettema JM, Hwang I, Sampson N, Yonkers KA. Co-morbid major depressive disorder and generalized anxiety disorders in the national comorbidity survey follow-up. *Psychol Med*. 2008;38:365-74. <https://doi.org/10.1017/S0033291707002012> - PMID:18047766 PMCID:PMC2745899
46. Mathew AR, Pettit JW, Lewinsohn PM, Seeley JR, Roberts RE. Co-morbidity between major depressive disorder and anxiety disorders: shared etiology or direct causation? *Psychol Med*. 2011;41:2023-34. <https://doi.org/10.1017/S0033291711000407> PMID:21439108 - PMCID:PMC3713851

47. Barkow K, Maier W, Ustün TB, Gänssicke M, Wittchen HU, Heun R. Risk factors for depression at 12-month follow-up in adult primary health care patients with major depression: an international prospective study. *J Affect Disord.* 2003;76:157-69.
[https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00081-2](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00081-2) - PMID:12943946
48. Choy Y, Fyer AJ, Goodwin RD. Specific phobia and comorbid depression: a closer look at the national comorbidity survey data. *Compr Psychiatry.* 2007;48:132-6.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.10.010> - PMID:17292703
49. Kounou KB, Bui E, Dassa KS, Hinton D, Fischer L, Djassoa G, Birmes P, Schmitt L. Childhood trauma, personality disorders symptoms and current major depressive disorder in Togo. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013;48:1095-103.
<https://doi.org/10.1007/s00127-012-0634-2> - PMID:23224674
50. Reichborn-Kjennerud T, Czajkowski N, Røysamb E, Ørstavik RE, Neale MC, Torgersen S, Kendler KS. Major depression and dimensional representations of DSM-IV personality disorders: a population-based twin study. *Psychol Med.* 2010;40:1475-84.
<https://doi.org/10.1017/S0033291709991954> - PMID:19917148
PMCID:PMC2909484
51. Assari S. Neuroticism predicts subsequent risk of major depression for whites but not blacks. *Behav Sci (Basel).* 2017;7:64.
<https://doi.org/10.3390/bs7040064> - PMID:28934128
PMCID:PMC5746673
52. Jylhä P, Melartin T, Rytsälä H, Isometsä E. Neuroticism, introversion, and major depressive disorder—traits, states, or scars? *Depress Anxiety.* 2009;26:325-34.
<https://doi.org/10.1002/da.20385> - PMID:19263467
53. Kendler KS, Gatz M, Gardner CO, Pedersen NL. Personality and major depression: a Swedish longitudinal, population-based twin study. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63:1113-20.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.10.1113> - PMID:17015813

54. Meng X, D'Arcy C. The projected effect of risk factor reduction on major depression incidence: a 16-year longitudinal Canadian cohort of the national population health survey. *J Affect Disord.* 2014;158:56-61. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.007> PMid:24655766
55. Ohayon MM, Schatzberg AF. Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60:39-47. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.1.39> PMid:12511171
56. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and major depression. *Arch Gen Psychiatry.* 2009;66:260-6. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2008.543> - PMid:19255375
57. Bellos S, Skapinakis P, Rai D, Zitko P, Araya R, Lewis G, Lionis C, Mavreas V. Cross-cultural patterns of the association between varying levels of alcohol consumption and the common mental disorders of depression and anxiety: secondary analysis of the WHO Collaborative Study on psychological problems in general health care. *Drug Alcohol Depend.* 2013;133:825-31. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.08.030> - PMid:24156883
58. Chen J, Cai Y, Cong E, Liu Y, Gao J, Li Y, Tao M, Zhang K, Wang X, Gao C, Yang L, Li K, Shi J, Wang G, Liu L, Zhang J, Du B, Jiang G, Shen J, Zhang Z, Liang W, Sun J, Hu J, Liu T, Wang X, Miao G, Meng H, Li Y, Hu C, Li Y, Huang G, Li G, Ha B, Deng H, Mei Q, Zhong H, Gao S, Sang H, Zhang Y, Fang X, Yu F, Yang D, Liu T, Chen Y, Hong X, Wu W, Chen G, Cai M, Song Y, Pan J, Dong J, Pan R, Zhang W, Shen Z, Liu Z, Gu D, Wang X, Liu X, Zhang Q, Li Y, Chen Y, Kendler KS, Shi S, Flint J. Childhood sexual abuse and the development of recurrent major depression in Chinese women. *PLoS One.* 2014;9:e87569. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087569> PMid:24489940 - PMCID:PMC3906190
59. Widom CS, DuMont K, Czaja SJ. A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Arch Gen Psychiatry.* 2007;64:49-56. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.1.49> - PMid:17199054

60. Gutiérrez B, Bellón JÁ, Rivera M, Molina E, King M, Marston L, Torres-González F, Moreno-Küstner B, Moreno-Peral P, Motrico E, Montón-Franco C, GildeGómez-Barragán MJ, Sánchez-Celaya M, Díaz-Barreiros MA, Vicens C, de Dios Luna J, Nazareth I, Cervilla J. The risk for major depression conferred by childhood maltreatment is multiplied by *BDNF* and *SERT* genetic vulnerability: a replication study. *J Psychiatry Neurosci*. 2015;40(3):187-96. <https://doi.org/10.1503/jpn.140097> - PMid:25510949
PMCID:PMC4409436
61. Stegenga BT, Nazareth I, Grobbee DE, Torres-González F, Švab I, Maaros HI, Xavier M, Saldivia S, Bottomley C, King M, Geerlings MI. Recent life events pose greatest risk for onset of major depressive disorder during mid-life. *J Affect Disord*. 2012;136:505-13. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.041> - PMid:22119082
PMC3657156
62. Power RA, Lecky-Thompson L, Fisher HL, Cohen-Woods S, Hosang GM, Uher R, Powell-Smith G, Keers R, Tropeano M, Korszun A, Jones L, Jones I, Owen MJ, Craddock N, Craig IW, Farmer AE, McGuffin P. The interaction between child maltreatment, adult stressful life events and the 5-HTTLPR in major depression. *J Psychiatr Res*. 2013;47:1032-5. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.03.017> - PMid:23618376
63. Bonomi AE, Anderson ML, Reid RJ, Rivara FP, Carrell D, Thompson RS. Medical and psychosocial diagnoses in women with a history of intimate partner violence. *Arch Intern Med*. 2009;169:1692-7. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.292>
PMid:19822826
64. Deyessa N, Berhane Y, Alem A, Ellsberg M, Emmelin M, Hogberg U, Kullgren G. Intimate partner violence and depression among women in rural Ethiopia: a cross-sectional study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2009;5:8. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-5-8> - PMid:19397834 - PMCID:PMC2689215
65. Ouellet-Morin I, Fisher HL, York-Smith M, Fincham-Campbell S, Moffitt TE, Arseneault L. Intimate partner violence and new-onset depression: a longitudinal study of women's childhood and adult histories of abuse. *Depress Anxiety*. 2015;32:316-24.

<https://doi.org/10.1002/da.22347> - PMid:25691224
PMCID:PMC4418177

66. Schulz A, Becker M, Van der Auwera S, Barnow S, Appel K, Mahler J, Schmidt CO, John U, Freyberger HJ, Grabe HJ. The impact of childhood trauma on depression: does resilience matter? Population-based results from the study of health in Pomerania. *J Psychosom Res.* 2014;77:97-103.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.06.008> - PMid:25077849
67. Spinhoven P, Elzinga BM, Hovens JG, Roelofs K, Zitman FG, van Oppen P, Penninx BWJH. The specificity of childhood adversities and negative life events across the life span to anxiety and depressive disorders. *J Affect Disord.* 2010;126:103-12.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.02.132> - PMid:20304501
68. Pasco JA, Williams LJ, Jacka FN, Ng F, Henry MJ, Nicholson GC, Kotowicz MA, Berk M. Tobacco smoking as a risk factor for major depressive disorder: population-based study. *Br J Psychiatry.* 2008;193:322-6. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.046706>
PMid:18827296
69. Currie SR, Wang JL. Chronic back pain and major depression in the general Canadian population. *Pain.* 2004;107:54-60.
<https://doi.org/10.1016/j.pain.2003.09.015> - PMid:14715389
70. Egede LE. Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. *Gen Hosp Psychiatry.* 2007;29:409-16.
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2007.06.002>
PMid:17888807
71. Stegmann ME, Ormel J, de Graaf R, Haro JM, de Girolamo G, Demyttenaere K, Kovess V, Matschinger H, Vilagut G, Alonso J, Burger H, ESEMED/MHEDEA Investigators. Functional disability as an explanation of the associations between chronic physical conditions and 12-month major depressive episode. *J Affect Disord.* 2010;124:38-44. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.10.026>
PMid:19939461 - PMCID:PMC3659772

72. Gabilondo A, Vilagut G, Pinto-Meza A, Haro JM, Alonso J. Comorbidity of major depressive episode and chronic physical conditions in Spain, a country with low prevalence of depression. *Gen Hosp Psychiatry*. 2012;34:510-7. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2012.05.005> PMID:22727261
73. Louter MA, Pelzer N, de Boer I, Kuijvenhoven BE, van Oosterhout WP, van Zwet EW, Ferrari MD, Terwindt GM. Prevalence of lifetime depression in a large hemiplegic migraine cohort. *Neurology*. 2016;87:2370-4. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000003376> - PMID:27807184
74. Modgill G, Jette N, Wang JL, Becker WJ, Patten SB. A population-based longitudinal community study of major depression and migraine. *Headache*. 2012;52:422-32. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2011.02036.x> - PMID:22084834
75. Baune BT, Adrian I, Arolt V, Berger K. Associations between major depression, bipolar disorders, dysthymia and cardiovascular diseases in the general adult population. *Psychother Psychosom*. 2006;75:319-26. <https://doi.org/10.1159/000093955> PMID:16899969
76. Chen M-H, Su T-P, Chen Y-S, Hsu J-W, Huang, K-L, Chang W-H, Chen T-J, Bai Y-M. Higher risk of developing major depression and bipolar disorder in later life among adolescents with asthma: a nationwide prospective study. *J Psychiatr Res*. 2014;49:25-30. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.10.015> - PMID:24275549
77. Chien IC, Wu EL, Lin CH, Chou YJ, Chou P. Prevalence of diabetes in patients with major depressive disorder: a population-based study. *Compr Psychiatry*. 2012;53:569-75. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.06.004> - PMID:21821237
78. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007;370:851-8. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61415-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61415-9) - PMID:17826170

79. Farmer A, Korszun A, Owen MJ, Craddock N, Jones L, Jones I, Gray J, Williamson RJ, McGuffin P. Medical disorders in people with recurrent depression. *Br J Psychiatry*. 2008;192(5):351-5.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.038380> - PMID:18450658
80. Anderson SE, Cohen P, Naumova EN, Jacques PF, Must A. Adolescent obesity and risk for subsequent major depressive disorder and anxiety disorder: prospective evidence. *Psychosom Med*. 2007;69:740-7.
<https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31815580b4> - PMID:17942847
81. Tyrrell J, Mulugeta A, Wood AR, Zhou A, Beaumont RN, Tuke MA, Jones SE, Ruth KS, Yaghootkar H, Sharp S, Thompson WD, Ji Y, Harrison J, Freathy RM, Murray A, Weedon MN, Lewis C, Frayling TM, Hyppönen E. Using genetics to understand the causal influence of higher BMI on depression. *Int J Epidemiol*. 2019;48:834-48.
<https://doi.org/10.1093/ije/dyy223> - PMID:30423117
PMCID:PMC6659462
82. Jung SJ, Woo H-T, Cho S, Park K, Jeong S, Lee YJ, Kang D, Shin A. Association between body size, weight change and depression: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2017;211:14-21. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.186726> - PMID:28428339
83. Mather AA, Cox BJ, Enns MW, Sareen J. Associations of obesity with psychiatric disorders and suicidal behaviors in a nationally representative sample. *J Psychosom Res*. 2009;66:277-85.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.09.008> - PMID:19302884
84. Saveanu RV, Nemeroff CB. Etiology of depression: genetic and environmental factors. *Psychiatr Clin North Am*. 2012;35:51-71.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.12.001> - PMID:22370490
85. Chen YY, Wu KC, Yousuf S, Yip PS. Suicide in Asia: opportunities and challenges. *Epidemiol Rev*. 2012;34:129-44.
<https://doi.org/10.1093/epirev/mxr025> - PMID:22158651
86. Pérez-Sales P. *Psicología y psiquiatría transcultural*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2004.

87. Mezzich JE, Kirmayer LJ, Kleinman A, Fabrega H Jr, Parron DL, Good BJ, Keh-Ming L, Spero M. The place of culture in DSM-IV. *J Nerv Ment Dis.* 1999;187:457-64.
<https://doi.org/10.1097/00005053-199908000-00001>
PMid:10463062
88. Ali GC, Ryan G, De Silva MJ. Validated screening tools for common mental disorders in low and middle income countries: a systematic review. *PLoS One.* 2016;11:e0156939.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156939> - PMid:27310297
PMCID:PMC4911088
89. Jablensky A. Psychiatric classifications: validity and utility. *World Psychiatry.* 2016;15:26-31. <https://doi.org/10.1002/wps.20284>
PMid:26833601 - PMCID:PMC4780305
90. Simon GE, Goldberg DP, von Korff M, Üstün TB. Understanding cross-national differences in depression prevalence. *Psychol Med.* 2002;32:585-94. <https://doi.org/10.1017/S0033291702005457>
PMid:12102373
91. Kessler RC. Epidemiology of women and depression. *J Affect Disord.* 2003;74:5-13. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00426-3](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00426-3) - PMid:12646294
92. Pudrovska T, Karraker A. Gender, job authority, and depression. *J Health Soc Behav.* 2014;55:424-41.
<https://doi.org/10.1177/0022146514555223> - PMid:25413803
93. Hausner H, Hajak G, Spiessl H. Gender differences in help-seeking behavior on two internet forums for individuals with self-reported depression. *Gend Med.* 2008;5:181-5.
<https://doi.org/10.1016/j.genm.2008.05.008> - PMid:18573484
94. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. Critical review. *Br J Psychiatry.* 2000;177:486-92.
<https://doi.org/10.1192/bjp.177.6.486> - PMid:11102321
95. Chang CC, Chang HA, Fang WH, Chang TC, Huang SY. Gender-specific association between serotonin transporter polymorphisms

(5-HTTLPR and rs25531) and neuroticism, anxiety and depression in well-defined healthy Han Chinese. *J Affect Disord.* 2017;207:422-8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.055> - PMID:27788383

- 96. Fagniat M, Reynaert C, Jacques D, Lepièce B, Zdanowicz N. Depression, gender and cellular immunity: influence of gender and severity of depression on the cellular immunity. *Psychiatr Danub.* 2016;28(Suppl 1):179-82. PMID:27663834
- 97. Kuehner C. Why is depression more common among women than among men? *Lancet Psychiatry.* 2017;4:146-58. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30263-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30263-2) - PMID:27856392
- 98. Dohrenwend BP. Socioeconomic status (SES) and psychiatric disorders. Are the issues still compelling? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1990;25:41-7. <https://doi.org/10.1007/BF00789069> PMID:2406949
- 99. Cheng C, Cheung MW, Montasem A; 44 Members of the International Network of Well-Being Studies. Explaining differences in subjective well-being across 33 nations using multilevel models: universal personality, cultural relativity, and national income. *J Pers.* 2016;84:46-58. <https://doi.org/10.1111/jopy.12136> - PMID:25234240
- 100. Helgeson VS, Zajdel M. Adjusting to chronic health conditions. *Annu Rev Psychol.* 2017;68:545-71. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010416-044014> PMID:28051935
- 101. Miller AH, Maletic V, Raison CL. Inflammation and its discontents: the role of cytokines in the pathophysiology of major depression. *Biol Psychiatry.* 2009;65:732-41. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.11.029> - PMID:19150053 PMCID:PMC2680424
- 102. Carney RM, Freedland KE, Miller GE, Jaffe AS. Depression as a risk factor for cardiac mortality and morbidity: a review of potential mechanisms. *J Psychosom Res.* 2002;53:897-902. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00311-2](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00311-2) - PMID:12377300

103. Chan KL, Cathomas F, Russo SJ. Central and peripheral inflammation link metabolic syndrome and major depressive disorder. *Physiology (Bethesda)*. 2019;34:123-33. <https://doi.org/10.1152/physiol.00047.2018> - PMID:30724127
PMCID:PMC6586832
104. Ambrósio G, Kaufmann FN, Manosso L, Platt N, Ghisleni G, Rodrigues AL, Rieger DK, Kaster MP. Depression and peripheral inflammatory profile of patients with obesity. *Psychoneuroendocrinology*. 2018;91:132-41. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.03.005> - PMID:29550676
105. Tronieri JS, Wurst CM, Pearl RL, Allison KC. Sex differences in obesity and mental health. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19:29. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0784-8> - PMID:28439762
106. Talkovsky AM, Green KL, Osegueda A, Norton PJ. Secondary depression in transdiagnostic group cognitive behavioral therapy among individuals diagnosed with anxiety disorders. *J Anxiety Disord*. 2017;46:56-64. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.008> - PMID:27707524
107. Podlogar MC, Rogers ML, Stanley IH, Hom MA, Chiurliza B, Joiner TE. Anxiety, depression, and the suicidal spectrum: a latent class analysis of overlapping and distinctive features. *Cogn Emot*. 2018;32:1464-77. <https://doi.org/10.1080/02699931.2017.1303452> - PMID:28317414
108. McTeague LM, Huemer J, Carreon DM, Jiang Y, Eickhoff SB, Etkin A. Identification of common neural circuit disruptions in cognitive control across psychiatric disorders. *Am J Psychiatry*. 2017;174:676-85. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16040400> PMID:28320224 - PMCID:PMC5543416
109. Roohafza H, Feizi A, Afshar H, Mazaheri M, Behnamfar O, Hassanzadeh-Keshteli A, Adibi P. Path analysis of relationship among personality, perceived stress, coping, social support, and psychological outcomes. *World J Psychiatry*. 2016;6:248-56. <https://doi.org/10.5498/wjp.v6.i2.248> - PMID:27354968
PMCID:PMC4919265

110. Bortolasci CC, Vargas HO, Souza-Nogueira A, Barbosa DS, Moreira EG, Nunes SO, Berk M, Dodd S, Maes M. Lowered plasma paraoxonase (PON) 1 activity is a trait marker of major depression and PON1 Q192R gene polymorphism-smoking interactions differentially predict the odds of major depression and bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2014;159:23-30. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.018> - PMID:24679385
111. Chan AM, von Mühlen D, Kritz-Silverstein D, Barrett-Connor E. Regular alcohol consumption is associated with increasing quality of life and mood in older men and women: the Rancho Bernardo Study. *Maturitas.* 2009;62:294-300. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2009.01.005> - PMID:19232847
PMCID:PMC2681249
112. Valencia-Martín JL, Galán I, Guallar-Castillón P, Rodríguez-Artalejo F. Alcohol drinking patterns and health-related quality of life reported in the Spanish adult population. *Prev Med.* 2013;57:703-7. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.09.007> - PMID:24051265
113. Vollmayr B, Gass P. Learned helplessness: unique features and translational value of a cognitive depression model. *Cell Tissue Res.* 2013;354:171-8. <https://doi.org/10.1007/s00441-013-1654-2>
PMid:23760889

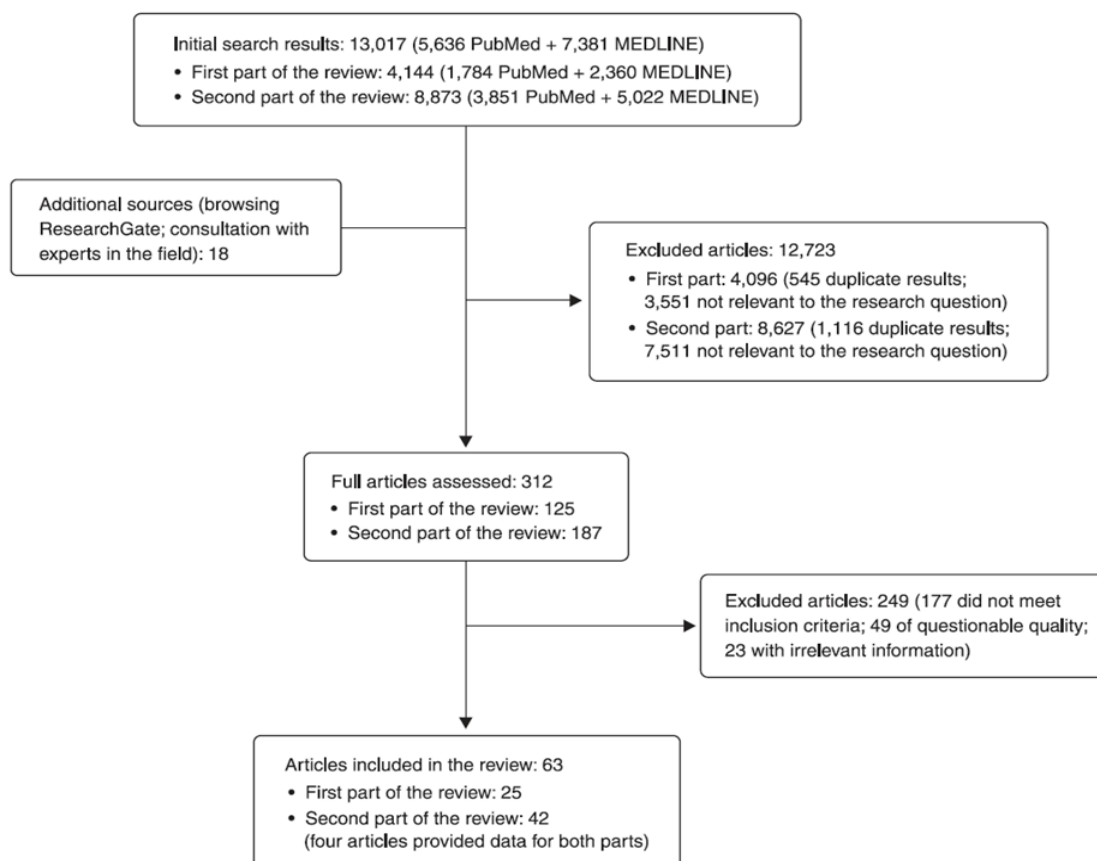


Figura 1. Fluxograma da pesquisa bibliográfica

<p><i>Initial search results: 13,017 (5,636 PubMed + 7,381 MEDLINE)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>First part of the review: 4,144 (1,784 PubMed + 2,360 MEDLINE)</i> • <i>Second part of the review: 8,873 (3,851 PubMed + 5,022 MEDLINE)</i> 	<p>Resultados iniciais da busca: 13.017 (5.636 PubMed 7.381 MEDLINE)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primeira parte da revisão: 4.144 (1.784 PubMed 2.360 MEDLINE) • Segunda parte da revisão: 8.873 (3.851 PubMed 5.022 MEDLINE)
<p><i>Additional sources (browsing ResearchGate; consultation with experts in the field): 18</i></p>	<p>Fontes adicionais (navegação no ResearchGate; consulta com especialistas da área): 18</p>
<p><i>Excluded articles: 12,723</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>First part: 4,096 (545 duplicate results; 3,551 not relevant to the research question)</i> • <i>Second part: 8,627 (1,116 duplicate results; 7,511 not relevant to the research question)</i> 	<p>Artigos excluídos: 12.723</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primeira parte: 4.096 (545 resultados duplicados; 3.551 não relevantes para a questão da pesquisa) • Segunda parte: 8.627 (1.116 resultados duplicados; 7.511 não relevantes para a questão da pesquisa)
<p><i>Full articles assessed: 312</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>First part of the review: 125</i> • <i>Second part of the review: 187</i> 	<p>Artigos avaliados na íntegra: 312</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primeira parte da revisão: 125 • Segunda parte da revisão: 187
<p><i>Excluded articles: 249 (177 did not meet inclusion criteria; 49 of questionable quality; 23 with irrelevant information)</i></p>	<p>Artigos excluídos: 249 (177 não satisfizeram os critérios de inclusão; 49 de qualidade questionável; 23 com informações irrelevantes)</p>
<p><i>Articles included in the review: 63</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>First part of the review: 25</i> • <i>Second part of the review: 42 (four articles provided data for both parts)</i> 	<p>Artigos incluídos na revisão: 63</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primeira parte da revisão: 25 • Segunda parte da revisão: 42 (quatro artigos forneciam dados para ambas as partes)

↑ **Tabela 1.** Prevalência de TDM, tamanho da amostra, idade dos participantes, período de coleta de dados e tipo de medida por país

Estudo	País	Faixa etária (anos)	Mediana de idade (anos)	Coleta de dados	n	Escalas/critérios de TDM	Prevalência ao longo da vida (%)	Prevalência de 12 meses (%)	Prevalência transversal (%)
Assari ²⁹	Estados Unidos	≥ 18	41,73	2001-2003	1.271	CIDI/DSM-IV	-	4,71±0,6	-
Bromet ²¹	Bélgica	≥ 18	29,4	2001-2002	2.419	CIDI/DSM-IV	14,1±1,0	5,0±0,5	-
	França	≥ 18	24,3	2001-2002	2.894	CIDI/DSM-IV	21,0±1,1	5,9±0,6	-
	Alemanha	≥ 18	18,8	2002-2003	3.555	CIDI/DSM-IV	9,9±0,6	3,0±0,3	-
	Israel	≥ 21	23,5	2002-2004	4.859	CIDI/DSM-IV	10,2±0,5	6,1±0,4	-
	Itália	≥ 18	28,4	2001-2003	4.712	CIDI/DSM-IV	9,9±0,5	3,0±0,2	-
	Japão	≥ 20	27,6	2002-2006	3.416	CIDI/DSM-IV	6,6±0,5	2,2±0,4	-
	Países Baixos	≥ 18	31,9	2002-2003	2.372	CIDI/DSM-IV	17,9±1,0	4,9±0,5	-
	Espanha	≥ 18	25,5	2001-2002	5.473	CIDI/DSM-IV	10,6±0,6	4,0±0,3	-
	Nova Zelândia	≥ 18	27,7	2004-2005	12.790	CIDI/DSM-IV	17,8±0,4	6,6±0,3	-
	Brasil	≥ 18	30,1	2004-2007	5.037	CIDI/DSM-IV	18,4±0,8	10,4±0,6	-
	Colômbia	18-65	23,8	2003	4426	CIDI/DSM-IV	13,3±0,6	6,2±0,4	-
	Índia	≥ 18	23,5	2003-2005	2.992	CIDI/DSM-IV	9,0±0,5	4,5±0,4	-
	Líbano	≥ 18	27,2	2002-2003	2.857	CIDI/DSM-IV	10,9±0,9	5,5±0,7	-
	México	18-65	24,2	2001-2002	5.782	CIDI/DSM-IV	8,0±0,5	4,0±0,3	-
	África do Sul	≥ 18	22,3	2003-2004	4.315	CIDI/DSM-IV	9,8±0,7	4,9±0,4	-
	Ucrânia	≥ 18	30	2002	4.724	CIDI/DSM-IV	14,6±0,7	8,4±0,6	-
China	≥ 18	27,8	2006-2007	7.132	CIDI/DSM-IV	6,5±0,4	3,8±0,3	-	
Bunting ²⁴	Reino Unido	≥ 18	-	2004-2008	4.340	CIDI/DSM-IV	-	7,9±1,6	-
Chen ³⁰	China	30-79	-	2004-2008	512.891	CIDI/DSM-IV	-	0,7	-
Cho ¹⁹	Coreia do Sul	18-74	29,2	2011	6.022	CIDI/DSM-IV	6,7±1,2	3,1±0,8	-
Goldney ²²	Austrália	≥ 15	30,4	2008	3.014	PRIME-MD/DSM-IV	10,3±1,1	-	-
de Graaf ²⁵	Países Baixos	18-64	22,7	2007-2009	6.646	CIDI/DSM-IV	18,7±1,2	5,2±0,6	-
Gureje ³¹	Nigéria	≥ 18	-	2002-2003	6.752	CIDI/DSM-IV	3,1±0,6	1,1±0,2	-
Hasin ³²	Estados Unidos	≥ 18	-	2000-2001	43.093	AUDADIS-IV/DSM-IV	13,2±0,6	5,3±0,3	-
Jacobi ²⁶	Alemanha	18-79	-	2009-2012	5.318	CIDI/DSM-IV	-	6,0±0,8	-



Prevalência e correlatos do transtorno depressivo maior

Estudo	País	Faixa etária (anos)	Mediana de idade (anos)	Coleta de dados	n	Escalas/critérios de TDM	Prevalência ao longo da vida (%)	Prevalência de 12 meses (%)	Prevalência transversal (%)
Kessler ³³	Estados Unidos	≥ 18	-	2001-2002	9.090	CIDI/DSM-IV	16,2±1,1	6,6±0,7	-
Kiejna ²⁷	Polônia	18-64	-	2010-2011	10.081	CIDI/DSM-IV	3,0±0,3	-	-
Kleinberg ³⁴	Estônia	18-84	-	2006-2008	6.105	MINI/DSM-IV	-	-	5,6±0,6
Klijs ³⁵	Países Baixos	≥ 18	43,7	2006-2012	71.058	MINI/DSM-IV	-	-	2,5
Liu ²³	China	≥ 18	-	2010	16.032	SCID/DSM-IV	3,6±0,3	-	1,1±0,2
Lu ¹⁸	China	≥ 15	-	2005-2006	5.033	CIDI/DSM-IV	2,0±0,5	1,09±0,3	0,9±0,3
Markkula ²⁸	Finlândia	≥ 30	-	2011	6.005	CIDI/DSM-IV	-	7,4±1,7	-
Markkula ²⁰	Chile	≥ 17	-	2003 2010	5.469 7.212	CIDI-SF/ DSM-IV	20,5±2,2 18,4±1,8	-	-
Mohammadi ³⁶	Irã	≥ 18	-	2001	25.180	SPI/DSM-IV	3,0	-	-
Munhoz ³⁷	Brasil	≥ 20	-	2006-2010	2.925	PHQ-9/DSM-IV	20,4	-	-
Piazza & Fiestas ³⁸	Peru	18-65	-	2004-2005	3.930	CIDI/DSM-IV	-	2,7±0,4	-
Porras-Segovia ³⁹	Espanha	18-80	42,8	2011-2012	810	MINI/DSM-IV	-	-	5,6±0,7
Slone ⁴⁰	México	≥ 18	-	1999-2001	2.509	CIDI/DSM-IV	12,8±1,4	6,1±1,0	-
Smith ⁴¹	Reino Unido	-	54,5	2006-2010	172.751	CIDI/DSM-IV	6,4	-	-
Topuzoglu ⁴²	Turquia	15-64	-	2007-2008	4.011	CIDI/DSM-IV	-	8,2±0,9	-

- = nenhum dado fornecido; **AUDADIS-IV** = Cronograma de Entrevista do Distúrbio de Uso do Alcool e Deficiências Associadas-IV; **CIDI** = Entrevista Diagnóstica Internacional Composta; **CIDI-SF** = Entrevista Diagnóstica Internacional Composta-Forma Breve; **TDM** = transtorno depressivo maior; **MINI** = Minientrevista Neuropsiquiátrica Internacional; **PHQ-9** = Questionário de Saúde do Paciente-9; **PRIME-MD** = Avaliação dos Transtornos Mentais na Atenção Primária; **SCID** = Entrevista Clínica Estruturada para Distúrbios do DSM; **SPI** = Entrevista Psiquiátrica Padrão.

↑ **Tabela 2.** Correlatos de transtorno depressivo maior: sexo, estado civil, desemprego, nível socioeconômico e escolaridade

Estudo	País	Estado civil					Desempregado(a)	Nível socioeconômico	Escolaridade
		Feminino	Separado(a)	Divorciado(a)	Viúvo(a)	Solteiro(a)			
Assari ²⁹	Estados Unidos	-	Casado vs. outro: 0,33 (0,12-0,91)				1,61 (0,64-4,06)	1,10 (1,00-1,20)	12 anos ou mais: 0,59 (0,28-1,23)
Bromet ²¹	Bélgica	NS	7,3 (1,8-29,7)	NS	NS	NS	-	NS	-
	Brasil	2,6 (1,9-3,5)	1,6 (1,1-2,3)	3,0 (1,9-4,9)	NS	NS	-	NS	-
	China	NS		6,2*	NS	NS	-	Baixo vs. alto: NS	-
								Médio-baixo vs. alto: NS	
								Médio-alto vs. alto: 0,5 (0,3-0,8)	
	Colômbia	1,9 (1,4-2,7)	NS	NS	NS	NS	-	NS	-
	França	1,7 (1,2-2,5)	6,2 (1,8-21,3)	NS	NS	2,0 (1,2-3,5)	-	Baixo vs. alto: 2,4 (1,2-4,6)	-
	Alemanha	1,7 (1,0-3,0)		3,1 (1,4-7,1)*		2,3 (1,2-4,5)	-	Baixo vs. alto: 2,7 (1,3-5,6)	-
	Índia	1,9 (1,3-2,7)		8,2 (2,2-30,6)*		2,2 (1,5-3,2)	-	Baixo vs. alto: NS	-
								Médio-baixo vs. alto: 2,1 (1,2-3,8)	
							Médio-alto vs. alto: 2,0 (1,2-3,5)		
	Israel	1,6 (1,2-2,1)	NS	2,2 (1,5-3,4)	2,1 (1,4-3,3)	NS	-	NS	-
	Itália	2,5 (1,6-3,8)	2,8	NS	NS	NS	-	NS	-
	Japão	2,3 (1,4-4,0)	10,8 (2,1-55,6)	5,1 (2,1-12,6)	NS	3,1 (1,6-5,7)	-	NS	-
	Líbano	2,1 (1,3-3,4)	19,3 (5,0-74,4)	NS	NS	NS	-	NS	-

Prevalência e correlatos do transtorno depressivo maior

Estudo	País	Estado civil					Desempregado(a)	Nível	
		Feminino	Separado(a)	Divorciado(a)	Viúvo(a)	Solteiro(a)		socioeconômico	Escolaridade
	México	2,1 (1,5-2,9)	1,9 (1,0-3,6)	NS	2,7 (1,5-5,0)	NS	-	Baixo vs. alto: 2,1 (1,4-3,2)	-
	Países Baixos	2,3 (1,5-3,5)		2,7*	NS	NS	-	NS	-
	Nova Zelândia	1,7 (1,4-2,1)	3,4 (2,4-4,8)	2,8 (2,0-3,8)	NS	2,3 (1,8-3,0)	-	Baixo vs. alto: 2,2 (1,6-3,0) Médio-baixo vs. alto: 1,5 (1,2-2,0)	-
	África do Sul	2,2 (1,5-3,2)	NS	2,1 (1,3-3,5)	2,3 (1,3-4,0)	0,7 (0,5-1,0)	-	NS	-
	Espanha	2,7 (1,9-3,8)	3,2 (1,3-7,7)	3,3 (1,2-8,9)	NS	NS	-	NS	-
	Ucrânia	2,5 (2,0-3,0)	6,6 (1,1-38,0)	4,2 (2,9-6,2)	8,0 (5,3-12,0)	NS	-	NS	-
Chen ⁴⁴	Taiwan	-		2,87 (1,84-4,48) [†]		3,34 (1,71-6,52)	-	Baixo vs. alto: 2,18 (1,49-3,18)	Escolaridade mais baixa: 2,70 (1,51-4,83)
Chen ³⁰	China	1,6 (1,5-1,7)	-	-	-	-	-	-	-
Goldney ²²	Austrália	1,4 (1,2-1,7)		1,7 (1,4-2,0) [†]			1,9 (1,5-2,2)	-	-
Gureje ³¹	Nigéria	NS	NS	-	-	-	-	NS	-
Hasin ³²	Estados Unidos	2,0 (1,8-2,4)		2,2 (1,9-2,6) [†]			-	Mais baixo vs. mais alto: RC: 1,7	-
Kessler ³³	Estados Unidos	1,7 (1,5-2,0)		1,5 (1,2-1,8) [†]		1,2 (1,0-1,4)	1,5 (1,1-2,0)	NS	-
Kleinberg ³⁴	Estônia	1,8 (1,4-2,3)	1,6 (1,1-2,2) [†]		1,8 (1,3-2,4)	1,5 (1,0-2,3)	5,2 (2,8-9,4)	Mais baixo vs. mais alto: RC: 4,5	-

Estudo	País	Feminino	Estado civil				Desempregado(a)	Nível socioeconômico	Escolaridade
			Separado(a)	Divorciado(a)	Viúvo(a)	Solteiro(a)			
Klijs ³⁵	Países Baixos	1,62 (1,46-1,79)		1,9 (1,7-2,1) [‡]			-	Renda individual: 0,6 (0,6-0,7) Renda da área geográfica: 0,6 (0,6-0,7)	Escolaridade mais baixa: 6,0 (4,8-7,5)
Liu ²³	China	2,1 (1,5-2,8)		2,3 (1,6-3,4) [†]	0,5 (0,2-0,9)	3,7 (2,4-5,8)		Média vs. mais baixa: 0,3 Mais alto vs. mais baixo: NS	-
Lu ¹⁸	China	NS		1,6 (1,1-4,2)*	NS	2,4 (1,4-4,0)		-	-
Markkula ²⁸	Finlândia	2,3 (1,6-3,4)		1,5 (1,2-2,0) [‡]		-		-	-
Munhoz ³⁷	Brasil	2,4 (2,0-2,9)		1,5 (1,1-1,9) [†]	1,5 (1,2-2,0)	1,2 (1,0-1,4)		-	-
Porrás-Segovia ³⁹	Espanha	1,9 (1,4-2,6)		-		-		-	-
Slone ⁴⁰	México	1,8 (1,4-2,4)		1,5 (1,0-2,1) [‡]		-		-	-
Topuzoglu ⁴²	Turquia	2,7 (2,1-3,5)	NS	-	-	-	2,7 (1,6-4,3)	NS	-

Dados apresentados como RC (intervalo de confiança de 95%).

NS = não significativo; **RC** = razão de chances.

* Separados e divorciados estão incluídos no mesmo grupo

† Separados, divorciados e viúvos estão incluídos no mesmo grupo

‡ Separados, divorciados, viúvos e solteiros estão incluídos no mesmo grupo



Prevalência e correlatos do transtorno depressivo maior

📌 **Tabela 3.** Correlatos do transtorno depressivo maior: abuso infantil, violência praticada por parceiro íntimo e experiências traumáticas

Estudo	País	Delineamento	n	Abuso infantil	VPI	ET
Bonomi ⁶³	Estados Unidos	Transversal	1.928	-	3,7 (2,6-4,1)	-
Chen ⁵⁸	China	Retrospectivo	12.000	Sexual: 4,1 (3,2-5,2)	-	-
Chen ³⁰	China	Transversal	512.891	-	-	14,7 (13,7-15,7)
Deyessa ⁶⁴	Etiópia	Transversal	1.994	Sexual: 2,0 (1,1-3,6)	Físico: 2,6 (1,6-4,1); Emocional: 3,9 (2,2-6,9)	-
Gutiérrez ⁶⁰	Espanha	Prospectivo	2.679	Físico: 2,5 (1,9-3,3); Emocional: 2,1 (1,7-2,7); Sexual: 1,8 (1,1-3,0)	-	-
Kessler ⁴⁵	Estados Unidos	Prospectivo	5.001	Físico: 2,2 (1,8-2,7); Sexual: 1,8 (1,3-2,5)	-	-
Klijs ³⁵	Países Baixos	Transversal	71.058	-	-	1,18 (1,15-1,22)
Kounou ⁴⁹	Togo	Retrospectivo	181	Físico: NS; Emocional: 3,7 (1,5-9,4); Sexual: 2,2 (1,0-4,8)	-	-

Estudo	País	Delineamento	n	Abuso infantil	VPI	ET
Ouellet-Morin ⁶⁵	Reino Unido	Prospectivo	978	1,9 (1,4-2,6)	1,7 (1,1-2,8)	-
Power ⁶²	Reino Unido	Retrospectivo	455	5,1 (2,6-9,9); EEV: 12,4 (6,5-23,6)	-	NS
Schulz ⁶⁶	Alemanha	Transversal	2.046	Físico: 1,1 (1,1-1,2); Emocional: 1,1 (1,1-1,2); Sexual: 1,1 (1,1-1,2)	-	-
Spinhoven ⁶⁷	Países Baixos	Retrospectivo	2.981	Físico: 1,6; Emocional: 1,9; Sexual: 1,5	-	-
Stegenga ⁶¹	Reino Unido	Prospectivo	6.910	-	-	1: 2,4 (1,6-3,6); ≥ 2: 4,0 (2,8-5,9)
Widom ⁵⁹	Estados Unidos	Prospectivo	1.196	Físico: 1,6 (1,0-2,5); Sexual: NS; Múltiplos: 1,8 (1,0-3,0)	-	-

Dados apresentados como razão de chance/razão de risco (intervalo de confiança de 95%).

VPI = violência por parceiro íntimo; **NS** = não significativo; **EEV** = eventos estressantes da vida; **TE** = experiências traumáticas.



🏠 **Tabela 4.** Correlatos do transtorno depressivo maior: comorbidades mentais e uso de drogas

Estudo	País	Delineamento	n	Resultados
Assari ⁵¹	Estados Unidos	Prospectivo	1.219	Neuroticismo: 2,23 (1,14-4,34); tabagismo: NS; alcoolismo: NS
Barkow ⁴⁷	Múltiplos	Prospectivo	729	Distímia: 1,7 (1,0-2,9); TAG: NS; síndrome do pânico: NS; agorafobia: 2,7 (1,5-4,7); dependência do álcool: 2,0 (1,1-3,7)
Bellos ⁵⁷	Múltiplos	Prospectivo	5.438	Uso ocasional de álcool: NS; leve: 0,7 (0,5-0,9); moderado: 0,5 (0,4-0,8); alto: NS; muito alto: 1,7 (1,05-2,67)
Chen ⁴⁴	Estados Unidos	Transversal	2.590	Fumo passivo: 2,97 (1,2-7,7) Consumo pesado de álcool: 0,91 (0,52-1,57)
Choy ⁴⁸	Estados Unidos	Transversal	5.877	Qualquer fobia: 1,9 (1,6-2,4); claustrofobia: 1,6; hidrofobia: 1,4; aerofobia: 1,3; fobia de sangue: 1,4; acrofobia: 1,7; zoofobia: 1,8; astrafofia: NS
Fergusson ⁵⁶	Nova Zelândia	Prospectivo	1.265	Abuso de álcool: 1,9 (1,5-2,4)
Hasin ³²	Estados Unidos	Transversal	43.093	TAG: 8,6 (7,1-10,5); transtorno do pânico: 5,4 (4,2-7,0); fobia social: 4,1 (3,4-5,1); fobia específica: 2,5 (2,1-3,0); qualquer transtorno de personalidade: 3,6 (3,2-4,1); evitativa: 4,2 (3,4-5,2); dependente: 4,0 (2,6-6,1); antissocial: 2,5 (2,0-3,1); histriônico: 2,8 (2,1-3,7); paranoide: 3,7 (3,1-4,4); esquizoide: 3,7 (3,0-4,5); obsessivo: 2,6 (3,0-3,2); abuso de álcool: 1,3 (1,1-

Estudo	País	Delineamento	n	Resultados
				1,7); abuso de drogas: 2,2 (1,7-2,9); consumo de tabaco: 2,2 (2,0-2,5)
Jylhä ⁵²	Finlândia	Transversal	581	Neuroticismo: 1,1 (1,1-1,2); extroversão: 0,9 (0,9-1,0)
Kendler ⁵³	Suécia	Prospectivo	20.692	Neuroticismo: 1,3 (1,3-1,4); extroversão: 1,0 (0,9-1,0)
Kessler ³³	Estados Unidos	Transversal	9.090	TAG: 3,2 (2,3-4,3); neuroticismo: NS; extroversão: NS
Klijs ³⁵	Países Baixos	Transversal	71,058	Consumo de tabaco: 1,8 (1,6-2,00); abuso pesado de álcool: 1,17 (1,00-1,36)
Kounou ⁴⁹	Togo	Retrospectivo	181	Transtorno de personalidade antissocial: NS; evitativa: NS; borderline: 5,6 (1,8-18,0); histriônica: NS; narcisista: NS; obsessiva: NS; paranoide: 3,3 (1,1-9,6); esquizoide: 3,7 (1,3-10,8)
Mathew ⁴⁶	Estados Unidos	Prospectivo	816	Transtorno de ansiedade: 2,3 (1,7-3,2); consumo de tabaco: NS; álcool: NS; outras drogas: NS
Munhoz ³⁷	Brasil	Transversal	2.925	Abuso de álcool: 0,82 (0,70-0,97)
Meng & D'Arcy ⁵⁴	Canadá	Prospectivo	12.227	Consumo de tabaco: 1,7 (1,2-1,6); uso regular de álcool: 0,8 (0,7-0,9)
Ohayon & Schatzberg ⁵⁵	Múltiplos	Transversal	18.980	Consumo de tabaco: < 20 c/d: 1,3 (1,0-1,5); ≥ 20 c/d: NS



Prevalência e correlatos do transtorno depressivo maior

Estudo	País	Delineamento	n	Resultados
Ouellet-Morin ⁶⁵	Reino Unido	Prospectivo	978	Transtorno de personalidade antissocial: 2,4 (1,4-4,1); abuso de substâncias: NS
Pasco ⁶⁸	Austrália	Retrospectivo	974	Consumo de tabaco: 1,9 (1,0-3,7)
Reichborn-Kjennerud ⁵⁰	Noruega	Transversal	2.801	Transtorno de personalidade histriônica: NS; borderline: 1,8 (1,6-2,0); paranoide: 1,1 (1,0-1,3); esquizoide: NS; esquizotípica: NS; evitativa: 1,1 (1,0-1,2); antissocial: NS; narcisista: NS; dependente: NS; obsessiva: NS

Dados apresentados como razão de chance/razão de risco (intervalo de confiança de 95%).

c/d = cigarros/dia; **TAG** = transtorno de ansiedade geral; **NS** = não significativo.

↑ **Tabela 5.** Correlatos do transtorno depressivo maior: doenças físicas e obesidade

Estudo	País	Delineamento	n	Resultados
Anderson ⁸⁰	Estados Unidos	Prospectivo	776	RR para obesidade em mulheres: 3,9 (1,3-11,8); em homens: NS
Barkow ⁴⁷	Múltiplos	Prospectivo	729	RR para dor crônica: NS
Baune ⁷⁵	Austrália	Transversal	4.181	RC para doença coronariana: 1,6 (1,1-2,3); AVC: 2,3 (1,3-4,0)
Chen ⁷⁶	China	Retrospectivo	7.265	RR para asma: 1,8 (1,1-2,9)
Chien ⁷⁷	Taiwan	Transversal	766.427	RC para diabetes: 1,5 (1,4-1,7)
Currie & Wang ⁶⁹	Canadá	Transversal	118.533	RC para uma ou mais DFC: 1,3 (1,3-1,3); dor nas costas: 6,2 (5,16-7,58)
Egede ⁷⁰	Estados Unidos	Transversal	30.801	RC para uma ou mais DFCs: 2,6 (2,3-2,9); uma DFC: 2,2 (2,0-2,5); duas DFCs: 3,9 (3,2-4,8); três ou mais DFCs: 6,5 (5,2-8,2)
Gabilondo ⁷²	Espanha	Transversal	5.473	RC para uma DFC: NS; duas DFCs: NS; três ou mais DFCs: 4,0 (2,7-5,9); deficiência: (2,1-6,3); câncer: NS; dor crônica: 2,1 (1,5-3,0); doenças respiratórias 2,5 (1,7-3,7); úlcera: NS; doença CV: 1,8 (1,2-2,8); diabetes: NS
Gureje ³¹	Nigéria	Transversal	6.752	RC para úlcera: 5,2 (2,0-13,3); doença musculoesquelética: 2,6 (1,4-4,8); dor crônica: 2,5 (1,4-4,7)
Klijs ³⁵	Países Baixos	Transversal	71,058	RC para uma DFC: 1,9 (1,6-2,2); duas ou mais DFCs: 2,2 (2,0-2,5); baixo peso: 2,0 (1,3-3,0); sobrepeso: NS; obesidade: 1,5 (1,3-1,8)
Kounou ⁴⁹	Togo	Retrospectivo	181	RR para uma ou mais DFCs: 2,6 (1,1-6,2)
Mather ⁸³	Canadá	Transversal	36.984	RC para uma ou mais DFCs: 1,4 (1,2-1,6)
Meng & D'Arcy ⁵⁴	Canadá	Prospectivo	12.227	RR para uma ou mais DFCs: 1,5 (1,3-1,6)
Modgill ⁷⁴	Canadá	Retrospectivo	15.254	RC para enxaqueca: 1,6 (1,3-1,9)



Prevalência e correlatos do transtorno depressivo maior

Ohayon & Schatzberg ⁵⁵	Múltiplos	Transversal	18.980	RC para uma ou mais DFCs: 2,2 (1,8-2,8); dor crônica: 3,6 (2,9-4,4); uma ou mais CPC + dor: 5,2 (4,0-6,8); sobrepeso (IMC 25-27): 0,7 (0,6-0,9); obesidade: NS
Porrás-Segovia ⁴³	Espanha	Transversal	4.507	RC para aumentos no IMC: 1,1 (1,1-1,1); baixo peso: 2,1 (1,1-4,1); sobrepeso: NS; obesidade: 2,4 (1,8-3,3)
Stegmann ⁷¹	Múltiplos	Transversal	8.796	RC para uma DFC: 1,5 (1,2-1,9); duas: 2,0 (1,5-2,8); três: 3,5 (2,2-5,5); quatro ou mais DFCs: 5,6 (2,9-11,0); artrite: 2,3 (1,8-2,8); alergia: 1,3 (1,0-1,7); doença CV: 2,2 (1,5-3,2); hipertensão: NS; asma: NS; diabetes: NS; úlcera: 2,0 (1,4-2,8)
Tyrrell ⁸¹	Estados Unidos	Retrospectivo	340.786	RC para aumentos em IMC geneticamente determinado: 1,2 (1,1-1,3)

Dados apresentados como RC/RR (intervalo de confiança de 95%).

IMC = índice de massa corporal; **DFC** = doença física crônica; **CV** = cardiovascular; **RR** = razão de risco; **NS** = não significativo; **RC** = razão de chances.