

## **CAPÍTULO 2**

# **EPIDEMIOLOGIA DA DEPRESSÃO**

**Celso Garcia Junior**  
**Renata Rigacci Abdalla**

## Aspectos-chave

- Em 2030, segundo a OMS, a depressão será a maior causa global de carga de doenças.
- 75% das pessoas em países de baixa e média renda têm dificuldade de acesso ao tratamento para depressão.
- Barreiras para o acesso incluem escassez de recursos, falta de profissionais treinados e o estigma associado aos transtornos mentais.
- A prevalência do transtorno depressivo maior nos últimos 12 meses varia consideravelmente entre os países, mas é de aproximadamente 6%.
- 20% da população geral apresentou ao menos um episódio depressivo ao longo da vida.
- A prevalência de depressão em crianças antes da puberdade é de 1,3% em meninos e 0,8% em meninas.
- A faixa etária acometida pelo primeiro episódio depressivo abrange desde a adolescência até meados da quarta década, sendo que cerca de 40% apresentam o primeiro episódio antes dos 20 anos.
- A depressão é duas vezes mais comum em mulheres do que em homens.
- A prevalência de depressão maior unipolar é mais alta em adultos divorciados, separados ou viúvos.
- As taxas de depressão aumentaram 27,6% durante a pandemia pela COVID-19.

## Epidemiologia da depressão

A depressão é uma doença comum em todo o mundo, com uma estimativa de 3,8% da população afetada, incluindo 5,0% entre adultos no geral e 5,7% entre adultos com mais de 60 anos. Estima-se que aproximadamente 280 milhões de pessoas no mundo têm depressão. O impacto que causa na qualidade de vida e no funcionamento psicossocial é tão significativo que, em 2008, a OMS classificou a depressão como a terceira causa de carga de doença em todo o mundo e projetou que a doença ocupará o primeiro lugar em 2030 <sup>1</sup>.

A depressão é diferente das flutuações de humor habituais e das respostas emocionais aos sofrimentos da vida cotidiana. Quando é recorrente e de intensidade moderada ou grave, representa um grave problema de saúde, causando intenso sofrimento e prejudicando o funcionamento acadêmico, laboral, social e familiar. Em casos extremos, a depressão pode levar ao suicídio. Mais de 700 mil pessoas morrem por suicídio todos os anos, sendo a quarta principal causa de morte em jovens de 15 a 29 anos em todo o mundo <sup>2</sup>.

Embora seja uma condição médica tratável, estima-se que cerca de 75% das pessoas em países de baixa e média renda têm difícil acesso ou simplesmente não recebem um tratamento adequado. Obstáculos incluem escassez de recursos, falta de profissionais treinados e o estigma associado aos transtornos mentais. Já a dificuldade na obtenção de um diagnóstico correto parece ser uma questão comum aos países de todos os níveis de renda. Por outro lado, pessoas que não têm transtorno depressivo muitas vezes são erroneamente assim diagnosticadas, recebendo, inclusive, prescrição de antidepressivos <sup>3</sup>.

O diagnóstico correto da síndrome depressiva é desafiador, pois tem diferentes apresentações, curso e prognóstico, assim como resposta variável ao tratamento. Sintomas depressivos podem desencadear, acompanhar ou serem desencadeados por outras condições médicas e pelo uso de medicamentos ou de substâncias psicoativas. Existem diferentes padrões de transtornos de humor, incluindo:

- **Depressão maior com episódio único** (pode ser o primeiro e único episódio de uma pessoa);
- **Transtorno depressivo recorrente:** ocorrência de pelo menos dois episódios depressivos ao longo da vida;
- **Transtorno bipolar:** os episódios depressivos alternam com períodos de sintomas maníacos ou hipomaníacos. Podem ser considerados sintomas maníacos a euforia ou irritabilidade, aumento da energia e outros sintomas, como aumento da fala, pensamentos acelerados, aumento da autoestima, diminuição da necessidade de sono, distração, impulsividade e comportamento imprudente.

## Prevalência

A prevalência do transtorno depressivo maior varia consideravelmente entre os países, mas, no geral, 6 entre 100 pessoas apresentaram este quadro nos últimos 12 meses <sup>4</sup>. O risco de ter depressão ao longo da vida é três vezes maior nos países em desenvolvimento (15–18%), sendo que quase uma em cada cinco pessoas apresenta pelo menos um episódio em algum momento de sua vida <sup>5</sup>.

Em estudo que analisou os resultados do Global Burden of Disease Study 2017 (GBD-2017) para transtornos depressivos no Brasil e suas Unidades Federadas observou uma prevalência

de 3,3% para transtornos depressivos, variando de 3,79% em Santa Catarina a 2,78% no Pará e a maior proporção foi observada no sexo feminino <sup>6</sup>. Já o estudo Megacity da Grande São Paulo, encontrou taxas de depressão de 18,4% durante a vida e 10,4% nos 12 últimos meses.

Em revisão de 38 estudos, publicada em 2013, a prevalência na vida da distímia (antes conhecida como depressão menor, com curso crônico e intensidade leve), teve média mundial estimada de 1,55%, sendo 1,82% em mulheres e 1,29% em homens <sup>8</sup>. Na atenção primária, um em cada dez pacientes, em média, apresenta sintomas depressivos <sup>9</sup>.

## Fatores Sociodemográficos

### Escolaridade e Renda

Embora as relações sociais e fatores culturais, como status socioeconômico possam ter um papel na gênese da depressão maior, a genética e outros fatores biológicos exercem importante influência na ocorrência dessa condição <sup>10</sup>. A prevalência de transtorno depressivo maior nos últimos 12 meses é semelhante ao se compararem países desenvolvidos (5,5%) e países em desenvolvimento (5,9%), indicando que esse transtorno não é simplesmente uma consequência de estilo de vida nos países desenvolvidos, nem exclusivamente resultado direto das questões relacionadas a pobreza <sup>11</sup>.

A desigualdade social está refletida na saúde mental. Estudo aponta que a baixa renda mensal dobrou o risco de depressão somente em países desenvolvidos. Por conta do impacto precoce na vida dos jovens, a depressão elevou em 60% o risco de abandono dos estudos. Como consequência, houve maiores taxas de desemprego e incapacitação entre os indivíduos que apresentaram depressão à época da escolarização, principalmente nos países desenvolvidos. As consequências incluíram significativamente mais faltas ao trabalho e queda na produtividade e na renda, além de comprometimento da capacidade de cuidar dos filhos, especialmente quando menores. A inequidade social afeta também no âmbito racial, com maior prevalência de suicídio na população negra. <sup>4</sup>

## Idade

### Crianças e adolescentes

A prevalência de depressão em crianças antes da puberdade é de 1,3% em meninos e 0,8% em meninas <sup>12</sup>. Já ao final da adolescência, as taxas de prevalência para depressão já se equiparam àquelas encontradas na população adulta, com cerca de 4% a 9% destes jovens com pelo menos um episódio nos últimos 12 meses e 11% de prevalência ao longo da vida <sup>13,14</sup>.

No final da adolescência, ao contrário da fase pré-púbere, as mulheres passam a ter taxa de prevalência duas vezes maior que os homens, tendência que se mantém ao longo da vida adulta <sup>15</sup>.

Apesar de ser uma condição comum, principalmente na adolescência, a depressão ainda é pouco reconhecida. Estima-se que cerca de 40% dos adolescentes deprimidos não têm acesso a um tratamento adequado <sup>16</sup>.

É importante ressaltar que a presença de depressão maior nessa faixa etária está associada a prejuízos sociais e acadêmicos, além de uso abusivo de substâncias, gravidez precoce e transtornos alimentares, incluindo obesidade, e está relacionada com a persistência de depressão na vida adulta, geralmente de intensidade mais grave do que a depressão de início tardio <sup>17,18</sup>. Quase dois terços dos adolescentes que cometem suicídio, correspondiam a critérios para o diagnóstico de depressão <sup>5</sup>.

## **Adultos**

A faixa etária de maior frequência para o início do primeiro episódio depressivo vai da metade da adolescência até meados da quarta década, sendo que quase 40% apresentam o primeiro episódio antes dos 20 anos <sup>19</sup>.

## **Idosos**

Alguns grupos de idosos têm taxas mais altas de depressão quando comparados com idosos na população geral. A prevalência de depressão em idosos atendidos na atenção primária por questões de baixa complexidade é comparável à de pacientes mais jovens. Porém, a depressão é mais comum em idosos com outras condições médicas, incluindo moradores de residências assistidas, idosos que necessitam de cuidado de saúde domiciliar e pacientes que sofrem de uma ampla gama de condições médicas agudas e crônicas <sup>20,21</sup>.

Nos idosos, a depressão afeta principalmente aqueles com doenças médicas crônicas e deficiências cognitivas, além de causar ainda mais sofrimento, ruptura familiar e incapacidade, piorando o prognóstico de condições médicas pré-existentes e aumentando a mortalidade.

Além dos fatores genéticos, há influência de processos relacionados ao envelhecimento, como arteriosclerose e inflamações endócrinas e imunológicas, que podem comprometer a integridade das vias frontoestriatais, amígdala e hipocampo, ou seja, causar alterações cerebrais que aumentam a vulnerabilidade à depressão. Condições psicossociais adversas – empobrecimento econômico, incapacidade, isolamento, realocação, cuidado e luto – também contribuem para mudanças fisiológicas, aumentando ainda mais a suscetibilidade à depressão ou desencadeando a depressão em idosos já vulneráveis <sup>22</sup>.

## **Sexo**

Ao longo da vida, a depressão é duas vezes mais comum em mulheres do que em homens e, em

ambos, ocorre um pico de prevalência na segunda e terceira décadas de vida, com um posterior pico (mais discreto), na quinta e sexta décadas <sup>23</sup>.

Acredita-se que essa diferença na prevalência de depressão entre homens e mulheres esteja ligada a diferenças sexuais, tanto biológicas quanto psicológicas, além de fatores ambientais. As evidências acerca de quais fatores de risco estariam especificamente ligados à depressão na mulher são limitadas, mas os hormônios ovarianos certamente estão implicados nesse processo. O que se sabe é que, independentemente do sexo, fatores biológicos, psicológicos e ambientais/sociais influenciam na depressão de homens e mulheres. <sup>24</sup>.

## Estado Civil

Em relação ao estado civil, uma pesquisa nacionalmente representativa nos Estados Unidos descobriu que a prevalência de depressão maior unipolar é mais alta em adultos divorciados, separados ou viúvos <sup>25</sup>, quando comparados aos casados:

- **Prevalência nos últimos 12 meses:**
  - Casado - **8%**
  - Solteiro- **13%**
  - Divorciado, separado ou viúvo - **14%**
  
- **Prevalência ao longo da vida**
  - Casado/coabitando - **19%**
  - Solteiro - **21%**
  - Divorciado, separado ou viúvo - **26%**

## Referências bibliográficas

1. Organization. WH. The global burden of disease : 2004 update. World Health Organization. 2008.
2. WHO. Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization; 2014.
3. Evans-Lacko S A-GS, Al-Hamzawi A, et al. . Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychol Med.*2018;48(9):1560-1571
4. Kessler RC BE. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health.* 2013;34: 119–38.
5. Bromet E AL, Hwang I, et al. . Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med.* 2011;9: 90.
6. Bonadiman CSC, Malta DC, de Azeredo Passos VM, Naghavi M, Melo APS. Depressive disorders in Brazil: results from the Global Burden of Disease Study 2017. *Population Health Metrics.* 2020;18(1):6.
7. Moreno DH AL. Prevalence and characteristics of DSM5 manicdepressive spectrum compared to MDD and subthreshold bipolarity in the São Paulo megacity populationbased study. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bdi.12480>
8. Charlson FJ FA, Flaxman AD, Whiteford HA. . The epidemiological modelling of dysthymia: application for the Global Burden of Disease Study 2010. *J Affect Disord.* 2010;2013;151(1):11120.
9. Malhi GS OT, Hamilton A, et al. . Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorder-s:major depression summary. *Med J Aust.* 2018;208: 175–80.
10. Heim C, Newport DJ, Heit S, Graham YP, Wilcox M, Bonsall R, et al. Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA.* 2000;284(5):592-7.
11. Collaborators. GBoDS. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet.* 2015;386: 743–800.
12. Douglas J SJ. A systematic review of genderspecific rates of unipolar and bipolar disorders in community studies of prepubertal children. *Bipolar Disord.* 2014;16(1):515.
13. S. G. Developmental epidemiology of depressive disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin.* 2012;21(2):21735.
14. Costello EJ EH, Angold A. 2005;44(10):97286. 10year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2005;44(10):97286.
15. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet.* 2012;379(9820):1056-67.
16. Fazel MS SK. Depression in young people often goes undetected. *Practitioner.* 2015;259(1782).
17. Korczak DJ GB. Childhood onset major depressive disorder: course of illness and psychiatric comorbidity in a community sample. *J Pediatr.* 2009;155(1):11823.
18. Chahal R GI, Guyer AE. J Research review: Brain network connectivity and the heterogeneity of depression in adolescence—a precision mental health perspective. *J Child Psychol Psychiatry.* 2020.
19. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet.* 2018;392(10161):2299-312.
20. Lyness JM, Caine ED, King DA, Cox C, Yoediono Z. Psychiatric disorders in older primary care patients. *J Gen Intern Med.* 1999;14(4):249-54.
21. Schulberg HC, Mulsant B, Schulz R, Rollman BL, Houck PR, Reynolds CF, 3rd. Characteristics and course of major depression in older primary care patients. *Int J Psychiatry Med.* 1998;28(4):421-36.
22. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet.* 2005;365(9475):1961-70.
23. WHO. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: WHO; 2017. Contract No.: CCBY-NC-SA 3.0 IGO.
24. Gagne C, Piot A, Brake WG. Depression, Estrogens, and Neuroinflammation: A Preclinical Review of Ketamine Treatment for Mood Disorders in Women. *Front Psychiatry.* 2021;12:797577.
25. Hasin DS, Sarvet AL, Meyers JL, Saha TD, Ruan WJ, Stohl M, et al. Epidemiology of Adult DSM-5 Major Depressive Disorder and Its Specifiers in the United States. *JAMA Psychiatry.* 2018;75(4):336-46.
26. Collaborators C-MD. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet.* 2021;Nov 6;398(10312):1700-1712.

