

Antonio Fernando Boing

Guilherme Rocha Melo

Alexandra Crispim Boing

Rodrigo Otávio Moretti-Pires

Karen Glazer Peres

Marco Aurélio Peres

# Associação entre depressão e doenças crônicas: estudo populacional

## Association between depression and chronic diseases: results from a population-based study

---

### RESUMO

**OBJETIVO:** Analisar a associação entre depressão e doenças crônicas em adultos.

**MÉTODOS:** Estudo transversal de base populacional com 1.720 adultos de 20 a 59 anos em Florianópolis, SC, em 2009. O processo de amostragem foi por conglomerados, sendo os setores censitários as unidades primárias de amostragem. Os participantes reportaram ter recebido ou não o diagnóstico de depressão (desfecho) e outras onze doenças crônicas (variável exploratória) por profissional de saúde. As respostas foram agrupadas em nenhuma doença, uma e duas ou mais doenças crônicas. Sexo, idade, estado civil, renda, atividade física, hospitalização e consulta médica foram as variáveis de controle. Foi realizada Regressão de Poisson para estimar as razões de prevalências e respectivos intervalos de confiança (95%).

**RESULTADOS:** A prevalência de depressão foi de 16,2% (IC95% 14,3%;18,2%), mais elevada entre mulheres, nos mais idosos, nos viúvos ou separados, nos mais pobres, entre os que não praticam atividade física no lazer, que consultaram médico nas duas últimas semanas e naqueles hospitalizados no último ano. Quanto ao número de doenças crônicas, mesmo após ajuste por todas as variáveis de controle, a prevalência de depressão foi 1,44 (IC95% 1,09;1,92) vez maior entre as pessoas que reportaram uma doença crônica e 2,25 (IC95% 1,72;2,94) vezes maior entre aqueles com duas ou mais doenças crônicas em relação às pessoas sem doença.

**CONCLUSÕES:** A prevalência de depressão é expressivamente mais elevada entre pessoas com maior número de doenças crônicas, configurando-se esse grupo como de especial atenção por parte de profissionais de saúde, serviços e formuladores de políticas em relação ao seu acompanhamento.

**DESCRITORES:** Depressão, epidemiologia. Doença Crônica, epidemiologia. Comorbidade. Estudos Transversais.

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil

**Correspondência | Correspondence:**  
Antonio Fernando Boing  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Campus Universitário - Trindade  
Departamento de Saúde Pública  
88040-970 Florianópolis, SC, Brasil  
E-mail: antonio.boing@ufsc.br

Recebido: 30/4/2011  
Aprovado: 18/1/2012

Artigo disponível em português e inglês em:  
[www.scielo.br/rsp](http://www.scielo.br/rsp)

---

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To assess the association between depression and chronic diseases in adults.

**METHODS:** Population-based cross-sectional study with a sample of 1,720 adults aged 20 to 59 years conducted in the city of Florianópolis, southern Brazil, in 2009. Multistage sampling was used and census tracts were the primary sample unit. Subjects were interviewed at home, and reported being diagnosed with depression (outcome) and 11 other chronic diseases (exploratory variable) by a health provider. They were grouped into those with no chronic disease, one, and two or more diseases. Gender, age, marital status, income, physical activity, hospitalization and medical visits were confounders. Poisson regression analysis was used to estimate prevalence ratios and related 95% confidence intervals.

**RESULTS:** The prevalence of depression was 16.2% (95%CI 14.3;18.2). It was higher in women, older individuals, widowed or divorced, and poor ones. Those who reported no leisure-time physical activity and medical visits in the last two weeks, and who were hospitalized in the last year also showed higher prevalence of depression and chronic diseases. Even after adjustment for confounders the prevalence of depression was 1.44 (95%CI 1.09;1.92) times higher among those reporting one chronic disease and 2.25 times higher among those reporting two or more diseases than among those with no diseases.

**CONCLUSIONS:** The prevalence of depression is much higher among people with higher burden of chronic diseases. Health professionals, health services, and policy makers must target specific strategies to this group.

**DESCRIPTORS:** Depression, epidemiology. Chronic Disease, epidemiology. Comorbidity. Cross-Sectional Studies.

---

## INTRODUÇÃO

A elevada e crescente prevalência de depressão em populações de todos os continentes e os graves impactos que produz configuram a doença como um dos mais sérios problemas de saúde pública no início do século XXI. Estima-se que a depressão era a terceira principal causa de anos de vida perdidos por incapacidade (*disability-adjusted life year* – DALY) em todo o mundo (4,3%) em 2004 e ocupava a primeira posição dentre as causas de anos vividos com incapacidade, atingindo mais as mulheres (13,4%) do que os homens (8,3%).<sup>25</sup>

Pessoas com depressão apresentam maiores gastos em saúde,<sup>20</sup> incapacidade para o trabalho,<sup>20</sup> menor aderência a tratamentos médicos prescritos<sup>9</sup> e risco mais elevado de mortalidade pós-cirurgia cardíaca.<sup>4</sup> Os impactos econômicos da depressão na sociedade também são considerados graves, chegando a 118 bilhões de euros na Europa em 2004 (equivalente a 1% da economia do continente).<sup>21</sup>

A prevalência de depressão distribui-se de maneira desigual na população: é mais comum entre as mulheres,<sup>22</sup> os mais jovens,<sup>3</sup> os mais desprivilegiados

economicamente<sup>10</sup> e os que vivem sem companheiro/a.<sup>22</sup> É associada à existência de doenças crônicas: pessoas com depressão podem apresentar alterações biológicas com potencial de aumentar os riscos de desenvolvê-las. Além disso, doentes crônicos podem apresentar limitações em sua vida diária que aumentem as chances de terem depressão.<sup>13</sup>

Apesar da importante relação entre depressão e doenças crônicas, não há estudos brasileiros de base populacional que tiveram como objetivo testar a associação entre esses fatores. Uma busca em bases de dados com os descritores “depression”, “chronic diseases” e “Brazil” reportou apenas estudos com pacientes hospitalizados ou com doenças específicas.

O presente estudo objetivou analisar a associação entre depressão e doenças crônicas em adultos.

## MÉTODOS

Estudo transversal de base populacional com 2.016 adultos de 20 a 59 anos em Florianópolis, SC, em

2009. Este estudo fez parte de uma pesquisa intitulada EpiFloripa 2009, que teve como objetivo analisar diferentes condições de saúde e a exposição a fatores de risco da população adulta urbana do município. A população de referência foi formada por 249.530 pessoas.

A fórmula para cálculo de prevalência no programa EpiInfo 6.04 foi utilizada para calcular o tamanho da amostra. Os parâmetros utilizados foram nível de 95% de confiança e erro amostral de 3,5 pontos percentuais. Como diversos desfechos foram investigados na grande pesquisa, utilizou-se prevalência esperada do fenômeno igual a 50% para obter o maior tamanho amostral. Considerou-se efeito de delineamento (*deff*) igual a 2. Adicionaram-se 10% considerando-se as perdas estimadas e 15% para controle dos fatores de confusão, resultando numa amostra de 1.979 pessoas. Foi considerada a maior amostra calculada no amplo inquérito que analisou diversos desfechos em saúde ( $n = 2.016$ ). Foi possível calcular *a posteriori* o poder estatístico da amostra. A amostra permitiu identificar risco relativo mínimo de 1,47, considerando poder de 80%, erro alfa de 5%, razão de não expostos:expostos de 2:3 (distribuição de doença crônica) e prevalência nos não expostos de 9,9%.

O processo de amostragem foi em conglomerados e os setores censitários, a unidade primária de amostragem. A malha territorial do município era formada por 420 setores censitários urbanos, que foram estratificados em decis em ordem crescente, segundo a renda do chefe da família (R\$ 192,80 a R\$ 13.209,50). Sortearam-se sistematicamente 60 desses setores (fração de amostragem igual a sete, selecionados seis setores em cada decil de renda).

As unidades do segundo estágio foram os domicílios. O número de unidades particulares permanentes habitadas em cada setor sorteado oscilou inicialmente de 61 a 810. Tal variação, decorrente da distância temporal em relação ao último censo conduzido no País, levou à divisão dos maiores setores e agrupamento dos menores (respeitando a contiguidade destes e decis de renda). Esse procedimento levou à formação de 63 setores, o que resultou em um coeficiente de variação no número de domicílios nos setores igual a 32%. Foram sorteados sistematicamente 32 domicílios em cada um dos 63 setores, totalizando 1.134 unidades selecionadas. Todos os adultos entre 20 e 59 anos completos no momento da entrevista e residentes nesses domicílios eram potenciais participantes do estudo. Foram excluídas as pessoas que não apresentavam condições físicas ou psicológicas de responder o questionário.

Consideraram-se perdas os domicílios visitados pelo menos quatro vezes, incluindo finais de semana e

período noturno, sem que o entrevistador conseguisse localizar a pessoa. A recusa foi considerada quando o sujeito de pesquisa optou por não participar do estudo.

A coleta de dados foi realizada por 35 entrevistadoras devidamente treinadas com o uso de *personal digital assistant* (instrumentos computadorizados de dimensões reduzidas) entre setembro/2009 e janeiro/2010. As entrevistas foram individuais e realizadas nos domicílios dos indivíduos sorteados. Foi realizado pré-teste ( $n = 30$ ) e estudo piloto em dois setores censitários não incluídos no estudo propriamente dito.

Aproximadamente 15% dos sujeitos ( $n = 248$ ) foram entrevistados pela segunda vez por telefone e responderam o questionário reduzido com dez perguntas. A concordância foi alta, com o valor de kappa mais baixo igual a 0,56 (uso de prótese dentária). A concordância foi de 97,6% para autorrelato de diabetes.

A variável dependente foi o autorrelato de depressão em algum momento da vida. A pergunta utilizada foi aplicada nos suplementos de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios<sup>a</sup> de 2003 e 2008: “Algum médico ou profissional de saúde já disse que o(a) senhor(a) tem depressão?”. A variável independente de principal interesse foi o número de doenças crônicas. A estrutura das perguntas sobre a existência da doença crônica foi a mesma da utilizada para depressão, substituindo a doença em questão. Obtiveram-se dados sobre a existência de problema na coluna ou costas, artrite ou reumatismo, câncer, diabetes, bronquite ou asma, hipertensão, doença do coração, insuficiência renal crônica, tuberculose, tendinite ou tendossinovite e cirrose. A variável foi categorizada em (1) inexistência de qualquer doença crônica, (2) existência de apenas uma doença crônica e (3) presença de duas ou mais doenças crônicas.

Para controle, foram utilizadas as variáveis sexo, idade, estado civil, renda familiar *per capita* em reais (em tercis), uso problemático de álcool (pontuação > 7 pontos no *Alcohol Use Disorder Identification Test* [AUDIT]),<sup>2</sup> realização de atividade física no lazer nos últimos três meses, internação hospitalar nos últimos 12 meses e consulta médica nas duas últimas semanas.

Realizou-se análise múltipla de Poisson no programa estatístico Stata 9, obtendo-se as razões de prevalências (RP) e seus respectivos IC95% como medidas de associação. Incorporaram-se o efeito de delineamento e os pesos individuais na análise em todas as estimativas. Foi realizada a análise bruta do desfecho (depressão) com cada uma das variáveis independentes. Aquelas que apresentaram valor de  $p < 0,20$  foram incluídas no modelo múltiplo segundo método *stepwise forward*, quando a associação entre depressão e doenças crônicas foi ajustada por todas as variáveis

<sup>a</sup> Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Suplementos. Rio de Janeiro: 2011 [citado 2011 fev 21]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/xml/suplemento\\_pnad.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/xml/suplemento_pnad.shtm)

independentes. Permaneceram na análise aquelas com  $p < 0,20$  ou que ajustavam as medidas obtidas de outra dimensão investigada.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (Processo nº 351/08).

## RESULTADOS

Foram entrevistadas 1.720 pessoas (85,3% da mostra estimada de 2.016). Os participantes eram majoritariamente mulheres (55,6%), adultos entre 20 e 39 anos (55,6%) e casados ou com companheiro (60,1%).

Cerca de 60,0% reportaram ao menos uma doença crônica e a maior parte não praticava atividade física no lazer (53,1%). A prevalência de depressão foi de 16,2% (IC95% 14,3%;18,2%) na população em geral. Os maiores valores pontuais foram observados entre mulheres (22,2%), nos mais idosos (22,7%), nos viúvos ou separados (30,7%), nos mais pobres (18,1%), naqueles com duas ou mais doenças crônicas (29,1%), entre os que não praticavam atividade física no lazer (19,2%), que consultaram médico nas duas últimas semanas (23,2%) e naqueles que foram hospitalizados no último ano (32,7%) (Tabela 1). A doença crônica mais prevalente foi problema na coluna ou costas

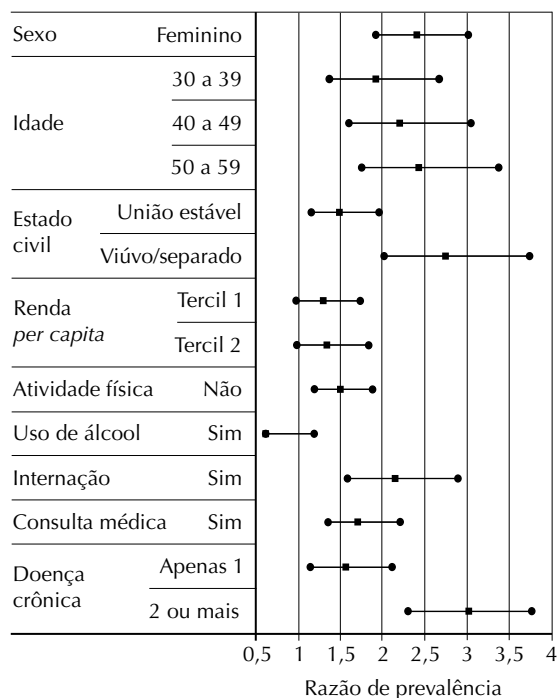
**Tabela 1.** Distribuição da amostra e prevalência de depressão em adultos de 20 a 59 anos segundo variáveis sociodemográficas, utilização de serviços de saúde, comportamentos associados à saúde e número de doenças crônicas. Florianópolis, SC, 2009.

Variável	Amostra		Prevalência de depressão (IC95%)
	n	% (IC95%)	
Sexo	1.720		
Masculino	761	44,4 (42,3;46,6)	8,8 (6,7;10,9)
Feminino	959	55,6 (53,4;57,7)	22,2 (19,5;24,9)
Idade (anos)	1.720		
20 a 29	540	32,7 (28,2;37,2)	9,0 (6,5;11,6)
30 a 39	392	22,9 (20,3;25,5)	17,6 (14,2;21,0)
40 a 49	438	25,0 (21,8;28,1)	19,4 (15,3;23,4)
50 a 59	350	19,4 (17,0;21,9)	22,7 (18,1;27,3)
Estado civil	1.720		
Casado ou com companheiro	1043	60,1 (56,5;63,6)	16,6 (14,1;19,1)
Solteiro	503	29,9 (26,3;33,5)	10,6 (8,0;13,2)
Viúvo ou divorciado/separado	174	10,0 (8,2;11,8)	30,7 (22,4;39,0)
Renda <i>per capita</i> (reais)	1.685		
Tercil 1 (zero a 566,90)	564	32,6 (26,1;39,0)	18,1 (14,0;22,1)
Tercil 2 (567,00 a 1.300,00)	562	33,3 (29,6;36,9)	17,6 (14,1;21,1)
Tercil 3 (1.300,01 a 33.333,00)	559	34,1 (27,8;40,4)	13,6 (10,7;16,4)
Atividade física no lazer	1.718		
Sim	806	46,9 (42,5;51,2)	12,8 (10,6;15,1)
Não	912	53,1 (48,8;57,4)	19,2 (16,3;22,1)
Uso problemático de álcool	1.720		
Sim	317	18,5 (15,6;21,5)	14,3 (10,1;18,5)
Não	1403	81,5 (78,5;84,4)	16,7 (14,5;18,9)
Internação nos últimos 12 meses	1.717		
Sim	115	6,7 (5,4;8,0)	32,7 (23,2;42,3)
Não	1602	93,3 (92,0;94,6)	15,1 (13,0;17,1)
Consulta médica nas últimas 2 semanas	1.717		
Sim	481	6,5 (5,1;7,8)	23,2 (18,8;27,6)
Não	1236	93,5 (92,2;94,8)	13,5 (11,4;15,6)
Doença crônica	1.716		
Nenhuma	685	40,9 (37,8;44,0)	9,9 (7,7;12,2)
Uma	564	32,8 (30,2;35,5)	15,4 (12,6;18,3)
Duas ou mais	467	26,3 (23,9;28,6)	29,1 (24,2;34,1)

(31,0%), seguida de tendinite/tendossinovite (18,0%), hipertensão (14,3%) e bronquite/asma (13,8%).

Diferenças nas prevalências de depressão foram estatisticamente significantes entre ao menos duas categorias nas variáveis analisadas, exceto na variável renda ( $p = 0,059$ ) e uso problemático de álcool ( $p = 0,340$ ) na análise bruta (Figura). As mais expressivas diferenças na prevalência de depressão foram entre aqueles que relataram duas ou mais doenças crônicas em relação àqueles sem doença (RP = 3,09; IC95% 2,42;3,95), entre os viúvos/separados em relação aos casados/união estável (RP = 2,88; IC95% 2,00;4,14), entre pessoas de 50 a 59 anos em comparação com de 20 a 29 anos (RP = 2,52; IC95% 1,81;3,50) e entre as mulheres (RP = 2,53; IC95% 1,99;3,22) em relação aos homens.

Pessoas com uma doença crônica apresentavam prevalência de depressão 1,58 vez maior em comparação àqueles sem doença no modelo bruto (Tabela 2). Nos modelos seguintes, com os ajustes das variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de uso de serviços de saúde, a magnitude da RP diminuiu, porém a prevalência foi 44% mais elevada no grupo exposto a pelo menos uma doença crônica ( $p = 0,025$ ). O aumento no número de doenças aumentou também a prevalência de depressão. Em comparação com as pessoas sem qualquer doença crônica, os adultos com duas ou mais doenças apresentaram prevalência 209% maior de depressão na análise bruta. A razão de prevalências diminuiu no modelo com todas as variáveis de controle inseridas, mas pessoas com duas ou mais doenças crônicas apresentam prevalência de depressão 125% maior do que os que não relataram doença crônica ( $p < 0,001$ ).



Categorias de referência:  
 sexo (masculino),  
 idade (20 a 29),  
 estado civil (solteiro),  
 renda per capita (tercil 3),  
 atividade física (sim),  
 uso problemático de álcool (não),  
 internação (não),  
 consulta médica (não),  
 doença crônica (nenhuma).

**Figura.** Razões de prevalências brutas obtidas por meio de regressão de Poisson entre depressão autorreferida e características demográficas, socioeconômicas, comportamentais, de uso de serviços de saúde e número de doenças crônicas na população adulta (20 a 59 anos) de Florianópolis, SC, 2009.

**Tabela 2.** Análise de regressão múltipla de Poisson entre depressão autorreferida (sim/não) e número de doenças crônicas na população adulta (20 a 59 anos). Florianópolis, SC, 2009.

Modelos <sup>a</sup>	Número de doenças crônicas			p
	Nenhuma	Uma RP (IC95%)	Duas ou mais RP (IC95%)	
Modelo bruto	Referência	1,58 (1,18;2,11)	3,09 (2,42;3,95)	< 0,001
Modelo 2	Referência	1,54 (1,16;2,03)	2,78 (2,16;3,56)	< 0,001
Modelo 3	Referência	1,46 (1,10;1,93)	2,44 (1,90;3,15)	< 0,001
Modelo 4	Referência	1,48 (1,12;1,96)	2,46 (1,92;3,15)	< 0,001
Modelo 5	Referência	1,48 (1,12;1,97)	2,41 (1,85;3,13)	< 0,001
Modelo 6	Referência	1,50 (1,12;1,99)	2,40 (1,84;3,13)	< 0,001
Modelo 7	Referência	1,45 (1,09;1,92)	2,30 (1,76;2,99)	< 0,001
Modelo 8	Referência	1,44 (1,09;1,92)	2,25 (1,72;2,94)	< 0,001

<sup>a</sup>Modelo 2: Número de doenças crônicas + sexo  
 Modelo 3: modelo 2 + idade  
 Modelo 4: modelo 3 + estado civil  
 Modelo 5: modelo 4 + renda per capita  
 Modelo 6: modelo 5 + atividade física no lazer  
 Modelo 7: modelo 6 + hospitalização nos últimos 12 meses  
 Modelo 8: modelo 7 + consulta médica nas últimas 2 semanas

## DISCUSSÃO

Pessoas com uma ou mais doenças crônicas apresentaram maior prevalência de depressão, mesmo após ajuste pelas variáveis demográficas, socioeconômicas e de uso de serviços de saúde. Esse resultado é consistente com a literatura. Moussavi et al<sup>16</sup> analisaram dados de pessoas com mais de 18 anos em 60 países de todos os continentes e observaram que a prevalência de depressão em toda a amostra foi de 3,2%, mas chegava a 9,3% entre quem reportava diabetes, 10,7% entre quem tinha artrite e 18,1% entre os asmáticos. Há evidências de que pacientes com doenças respiratórias crônicas<sup>18</sup> e cardiovasculares<sup>5</sup> apresentem maior prevalência de depressão, porém muitos estudos não realizam ajuste da associação por possíveis fatores de confusão.

A depressão pode estar associada a mudanças hormonais e fisiológicas no organismo que aumentam a chance de se desenvolverem determinadas doenças crônicas, i.e., a depressão seria uma exposição de risco para o desenvolvimento de outras doenças crônicas. Já se relatou relação de episódios depressivos com diminuição na variabilidade da frequência cardíaca,<sup>7</sup> níveis elevados de cortisol,<sup>6</sup> além de ter impacto no sistema nervoso autônomo, em fatores metabólicos e no eixo hipotálamo-pituitária.<sup>13</sup> Depressão também pode modular comportamentos, como levar à insônia e menor duração do sono, que agiriam como moduladores da ocorrência de hipertensão.<sup>11</sup> Por motivos biológicos, populações com menor experiência de eventos depressivos podem apresentar menor chance de desenvolver doenças crônicas.

A relação entre depressão e doenças crônicas pode ser bidirecional. Pessoas que apresentam doenças crônicas reportam pior autoavaliação de saúde, conforme mostram Alves & Rodrigues<sup>1</sup> a partir de estudo de base populacional conduzido em São Paulo. Ter quatro ou mais doenças crônicas esteve associado com chance dez vezes maior de autopercepção negativa da saúde entre homens. A qualidade de vida também está diretamente associada com a presença de doenças crônicas, menor entre aqueles com mais doenças crônicas, num nítido efeito dose-resposta.<sup>24</sup> No entanto, doenças como dor lombar, osteoartrose do joelho e câncer parecem apresentar maior impacto na qualidade de vida que diabetes e hipertensão.<sup>24</sup> Pessoas com doenças crônicas podem apresentar limitações, como de mobilidade, alimentação, atividade física e na realização de atividades cotidianas na vida pessoal, social ou no trabalho. Os problemas e implicações inerentes dessas restrições podem levar a transtornos de humor e depressão.

Independentemente da direção em que se dá a associação entre depressão e doenças crônicas, a conjugação de ambas implica pior manejo dos agravos e pior desfecho. Meta-análise conduzida por De Groot et al<sup>8</sup> mostrou que depressão está associada a complicações em pacientes com diabetes, como retinopatia, neuropatia, nefropatia, disfunção sexual e complicações macrovasculares. Depressão também foi associada com

menor aderência à terapia medicamentosa, às dietas especiais e aos gastos em saúde.<sup>15</sup>

O autorrelato de diagnóstico prévio das doenças analisadas pode ser uma limitação do estudo. Pode ocorrer subestimativa das prevalências em função de ausência de sintomatologia recente, nos casos em que a doença não expressa manifestação clínica, quando não há uso dos serviços de saúde para diagnóstico ou por viés de memória. Por outro lado, a presença de sintomas num período próximo à entrevista pode levar a pessoa a referir a doença, mesmo sem o diagnóstico profissional. No entanto, estudos indicam a validade do autorrelato de depressão<sup>19</sup> e outras doenças crônicas<sup>12</sup> em diferentes contextos, uma forma exequível e confiável de se obterem dados sobre a prevalência de morbidades em estudos epidemiológicos.

Pessoas que utilizam mais os serviços de saúde apresentam maior probabilidade de diagnóstico de alguma doença crônica. No presente estudo, controlou-se esse fator ao se ajustar a análise pela prevalência de consultas médicas nas duas últimas semanas e internação hospitalar nos últimos 12 meses. No entanto, pode ter havido confusão residual, como em qualquer associação. Apesar disso, a magnitude da associação de interesse foi bastante expressiva. Por se tratar de estudo transversal, tampouco é possível estabelecer a cronologia dos eventos, i.e., se pessoas com depressão apresentam maior chance de desenvolver doenças crônicas ou se pessoas, por apresentarem maior quantidade de doenças, apresentam maior prevalência de depressão.

Apesar das limitações, o estudo obteve alta taxa de resposta e distribuição similar entre os decis de renda das unidades primárias de amostragem. Além disso, a composição etária e por sexo observada na amostra foi semelhante à projetada pelo IBGE para o município em 2009.

Diante do quadro epidemiológico constatado – de forte associação entre depressão e doenças crônicas e da evidência de que pessoas com depressão apresentam piores desfechos para essas doenças – é essencial que profissionais e serviços de saúde estruturarem políticas e ações específicas para esse contingente populacional. Intervenções como aconselhamento telefônico focado a esses pacientes,<sup>17</sup> seu devido acompanhamento pelos profissionais da atenção primária<sup>23</sup> ou a administração farmacológica quando indicada<sup>14</sup> parecem apresentar resultados positivos no manejo das doenças crônicas.

## AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística pelo suporte na fase de treinamento do estudo; à Professora Dra. Nilza Nunes da Silva, do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, pelas contribuições com os procedimentos de amostragem; e à Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis pelo auxílio na operacionalização da pesquisa.

## REFERÊNCIAS

1. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da auto percepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):333-41. DOI:10.1590/S1020-49892005000500005
2. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary care. 2.ed. Geneva: WHO; 2001
3. Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry*. 1994;151(7):979-86.
4. Blumenthal JA, Lett HS, Babyack MA, White W, Smith PK, Mark DB, et al. Depression as a risk factor for mortality after coronary artery bypass surgery. *Lancet*. 2003;362(9384):604-9. DOI:10.1016/S0140-6736(03)14190-6
5. Bremner MA, Hoogendijk WJ, Deeg DJ, Schoevers RA, Schalk BW, Beekman AT. Depression in older age is a risk factor for first ischemic cardiac events. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006;14(6):523-30. DOI:10.1097/01.JGP.0000216172.31735.d5
6. Brown ES, Varghese FP, McEwen BS. Association of depression with medical illness: does cortisol play a role? *Biol Psychiatry*. 2004;55(1):1-9. DOI:10.1016/S0006-3223(03)00473-6
7. Carney RM, Blumenthal JA, Freedland KE, Stein PK, Howells WB, Berkman LF, et al. Low heart rate variability and the effect of depression on post-myocardial infarction mortality. *Arch Intern Med*. 2005;165(13):1486-91. DOI:10.1001/archinte.165.13.1486
8. De Groot M, Anderson R, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. *Psychosom Med*. 2001;63(4):619-30.
9. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Int Med*. 2000;160(14):2101-7.
10. Everson SA, Maty SC, Lynch JW, Kaplan GA. Epidemiologic evidence for the relation between socioeconomic status and depression, obesity and diabetes. *J Psychosom Res*. 2002;53(4):891-5.
11. Gangwisch JE, Malaspina D, Posner K, Babiss LA, Heymsfield SB, Turner JB, et al. Insomnia and sleep duration as mediators of the relationship between depression and hypertension incidence. *Am J Hypertens*. 2010;23(1):62-9. DOI:10.1038/ajh.2009.202
12. Haapanen N, Miilunpalo S, Pasanen M, Oja P, Vuori I. Agreement between questionnaire data and medical records of chronic diseases in middle-aged and elderly Finnish men and women. *Am J Epidemiol*. 1997;145(8):762-9.
13. Katon WJ. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues Clin Neurosci*. 2011;13(1):7-23.
14. Lespérance F, Frasrance-Smith N, Koszycki D, Laliberté MA, van Zyl LT, Baker B, et al. Effects of citalopram and interpersonal psychotherapy on depression in patients with coronary artery disease: the Canadian Cardiac Randomized Evaluation of Antidepressant and Psychotherapy Efficacy (CREATE) trial. *JAMA*. 2007;297(4):367-79. DOI:10.1001/jama.297.4.367
15. Lustman PJ, Clouse RE. Depression in diabetic patients: the relationship between mood and glycemic control. *J Diabetes Complications*. 2005;19(2):113-22. DOI:10.1016/j.jdiacomp.2004.01.002
16. 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(9590):851-8. DOI:10.1016/S0140-6736(07)61415-9
17. Piette JD, Richardson C, Himle J, Duffy S, Torres T, Vogel M. A randomized trial of telephonic counseling plus walking for depressed diabetes patients. *Med Care*. 2011;49(7):641-8. DOI:10.1097/MLR.0b013e318215d0c9
18. Ryu YJ, Chun EM, Lee JH, Chang JH. Prevalence of depression and anxiety in outpatients with chronic airway lung disease. *Korean J Intern Med*. 2010;25(1):51-7. DOI:10.3904/kjim.2010.25.1.51
19. Sanchez-Villegas A, Schlatter J, Ortuno F, Lahortiga F, Pla J, Benito S, et al. Validity of a self-reported diagnosis of depression among participants in a cohort study using the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I). *BMC Psychiatry*. 2008;8:43. DOI:10.1186/1471-244X-8-43
20. Simon GE. Social and economic burden of mood disorders. *Biol Psychiatry*. 2003;54(3):208-15. DOI:10.1016/S0006-3223(03)00420-7
21. Sobocki P, Jönsson B, Angst J, Rehnberg C. Cost of depression in Europe. *J Ment Health Policy Econ*. 2006;9(2):87-98.
22. Van de Velde S, Bracke P, Levecque K. Gender differences in depression in 23 European countries: cross sectional variation in the gender gap in depression. *Soc Sci Med*. 2010;71(2):305-13. DOI:10.1016/j.socscimed.2010.03.035
23. Vergouwen AC, Bakker A, Burger H, Verheij TJ, Koerselman F. A cluster randomized trial comparing two interventions to improve treatment of major depression in primary care. *Psychol Med*. 2005;35(1):25-33.
24. Wang HM, Beyer M, Gensichen J, Gerlach FM. Health-related quality of life among general practice patients with differing chronic diseases in Germany: cross sectional survey. *BMC Public Health*. 2008;8:246. DOI:10.1186/1471-2458-8-246
25. World Health Organization. Global burden of disease: 2004 update. Geneva: WHO; 2008.