

**SATISFAÇÃO CONJUGAL EM INDIVÍDUOS
ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DE UM SETOR DA CIDADE DE PORTO ALEGRE:
SUA ASSOCIAÇÃO COM SINTOMAS
DO TRANSTORNO DO HUMOR**

2011

Aneron de Ávila Canals

Médico graduado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialista em Psiquiatria e Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais. Formação em Terapia de Casais e Famílias. Mestre em Psicologia Clínica pelo programa de Pós-graduação em Psicologia da PUCRS.

Ângela Leggerini de Figueiredo

Psicóloga graduada pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Especialista em Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Mestre em Psicologia Clínica. Doutoranda em Psicologia Clínica, vinculado ao grupo de pesquisa Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital do programa de Pós-graduação em Psicologia da PUCRS.

Caetano Dell'Áglio Júnior

Médico. Especialista em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Mestre em Farmacologia pela Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre. Doutorando em Psicologia vinculado ao grupo de pesquisa Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital do programa de Pós-graduação em Psicologia da PUCRS.

Luciano Dias de Mattos Souza

Psicólogo pela Universidade Católica de Pelotas, Mestrado em Saúde e Comportamento pela Universidade Católica de Pelotas. Doutor em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Docente do Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da UCPel e do curso de graduação em Psicologia.

Sabrina Gomes de Souza Rusch

Psicóloga graduada pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

Irani de Lima Argimon

Psicóloga graduada pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Especialista em Toxicologia Aplicada pela mesma instituição. Mestre em Educação. Doutora em Psicologia (PUCRS). Coordenadora do Grupo de Pesquisa Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital, do Programa de Pós-graduação em Psicologia da PUCRS.

E-mail:

aneroncanals@uol.com.br

RESUMO

O presente manuscrito refere-se a um estudo quantitativo e transversal com o objetivo de avaliar a satisfação conjugal e sua relação com os transtornos do humor em indivíduos que são atendidos no Campus Avançado Vila Fátima da PUCRS. A prevalência de indicadores de sintomas depressivos, moderado e grave, foi de 27% e sintomas hipomaníacos foi de 15,6% para os indivíduos casados. Foi verificada a relação de sintomas depressivos e insatisfação conjugal. É importante reforçar a necessidade de novas pesquisas com delineamento longitudinal, bem como de estudos que possam incluir o cônjuge do indivíduo que apresenta transtorno do humor para melhor entendimento dessa associação.

Palavras-chave: Transtorno do humor, prevalência, satisfação conjugal

INTRODUÇÃO

Este manuscrito descreve um estudo empírico cujo objetivo foi verificar a prevalência de sintomas do humor em uma população clínica de um setor da cidade de Porto Alegre, bem como avaliar a satisfação conjugal nos indivíduos casados e sua associação com os sintomas de tais transtornos. A coleta de dados ocorreu no período de julho a outubro de 2010.

As pesquisas descrevem o quanto um relacionamento afetivo com características de insatisfação conjugal pode interferir tanto no curso quanto no prognóstico dos transtornos mentais, especialmente, nos transtornos do humor (Whisman, 1999; Whisman, Sheldon & Goering, 2000). Casais com um dos componentes em depressão, apresentam mais hostilidade e maiores níveis de tensão entre seus cônjuges, o que resulta em uma comunicação verbal e não verbal com predomínio de características negativas (Johnson & Jacob, 2000).

A importância de realizarmos o diagnóstico dos transtornos do humor o mais cedo possível refere-se ao fato de diminuirmos a possibilidade de consequências físicas e emocionais na vida dos indivíduos que sofrem desses transtornos (Chandler, Wang, Ketter & Goodwin, 2008), bem como nos seus cônjuges. Beach, Katz, Kim e Brody (2003) demonstraram não somente a associação de baixo nível de satisfação conjugal com depressão, mas também do risco de o cônjuge desenvolver depressão ao longo do tempo. Em outro estudo, comparando dois grupos, um com casais sem indivíduos com depressão, e outro com casais com um indivíduo apresentando depressão, constatou que o grupo com depressão apresentava níveis mais baixos de satisfação conjugal e menor tempo de dias felizes no relacionamento (Riso, Blandino, Hendricks, Grant & Duin, 2002). O conhecimento dos fatores que possam estar associados a esses

transtornos, por sua vez, pode resultar em estratégias de prevenção e intervenção mais adequadas (Falla & Ferrand, 2006; Bayram & Bilgel, 2008).

Como a definição de satisfação conjugal está relacionada a características culturais, passa a ser importante o estudo de fatores que possam estar associados a essa característica. Norgren, Souza, Kaslow, Hammerschmidt e Sharlin (2004) realizaram um estudo com 38 casais em relacionamento de longa duração e evidenciaram que a satisfação conjugal aumenta quando há proximidade e coesão, habilidade para resolver problemas, boa capacidade de comunicação, satisfação com o nível econômico e crença religiosa.

O entendimento dos fatores associados a um relacionamento satisfatório pode servir como indicativo de características a serem desenvolvidas pelos casais insatisfeitos e, desse modo, melhorar o prognóstico dos transtornos do humor. Nesse sentido, este estudo tem como objetivo avaliar o nível de satisfação conjugal, bem como os fatores associados a essa característica, e a associação da satisfação conjugal com os sintomas do transtorno do humor em uma determinada população atendida em um serviço de saúde de um setor da cidade de Porto Alegre.

MÉTODO

O delineamento é quantitativo e transversal. A amostra da população estudada foi clínica e por tempo determinado, e constituída por indivíduos do sexo masculino e feminino, casados ou vivendo em união estável, com idade igual ou superior aos 18 anos, que freqüentaram os serviços de saúde do Campus Avançado Vila Fátima no período de julho de 2010 a outubro de 2010.

O Campus Avançado Vila Fátima está situado na Vila Nossa Senhora de Fátima, na região leste de Porto Alegre, integrado ao 7º Distrito Sanitário. Dispõe de uma área construída de 600 metros quadrados, com ambulatórios médicos e odontológicos. Alunos das faculdades de medicina, odontologia, fisioterapia, psicologia, enfermagem, nutrição e serviço social da PUCRS realizam estágios clínicos nesse serviço.

Esta pesquisa está inserida em um projeto maior, desenvolvido pela Grupo de Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital, com o título de Rastreamento do Transtorno Bipolar em um setor da cidade de Porto Alegre, conforme aceite do Comitê de Ética. Serão descritos, a seguir, os instrumentos e os procedimentos de coleta e análise de dados referentes à pesquisa em questão.

Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos: ficha de dados sociodemográficos e clínicos (FSDC), Inventário de Beck para Depressão II (BDI-II), Escala de Avaliação de Hipomania (HCL-32) e Escala Fatorial de Satisfação em Relacionamento de Casal (EFSRC).

Na ficha de dados sociodemográficos e clínicos foram acrescentadas questões específicas para melhor avaliar a população de indivíduos casados, bem como questões clínicas para avaliar doenças psiquiátricas prévias, uso de medicações e transtornos relacionados ao uso do álcool e do tabaco.

Para melhor compreensão dos resultados, algumas respostas às questões da FSDC necessitaram ser agrupadas de um modo diferente do apresentado inicialmente. Com relação ao estado civil, foram considerados casados, os participantes que responderam aos itens casado ou união estável. O tempo de relacionamento atual foi dividido em até 05 (cinco) anos, de 05 (cinco) a 12 anos, 12 a 20 anos e 20 anos ou mais. Com relação ao número de filhos, as respostas foram agrupadas em três categorias, zero a 01 (um) filho, 02 (dois) filhos e 03 (três) filhos ou mais. A questão que avalia a percepção do participante sobre seu relacionamento (“como tu avalias tua relação?”), as respostas totalmente insatisfatório, insatisfatório e regular foram descritas como insatisfeitos no relacionamento, enquanto que para as respostas satisfatório e totalmente satisfatório, foram descritas como satisfeitos no relacionamento.

Para a questão referente ao tempo de anos de estudo (“Desde a 1ª série do 1º grau, há quantos anos está estudando?”), denominado como escolaridade nesta pesquisa, as respostas foram divididas em: até 05 (cinco) anos de estudo, de 06 (seis) a 08 (oito) anos de estudo e 09 (nove) anos ou mais.

Para a divisão da classe socioeconômica, foi utilizada a tabela da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), a qual divide a população em classes A1, A2, B1, B2, C, D ou E. No estudo em questão, a situação econômica foi agrupada em classes A ou B, classe C e Classes D ou E.

Quanto à percepção do indivíduo sobre a sua saúde (“no último mês, como tu percebes a tua saúde?”), as respostas péssima, ruim e regular foram definidas como ruim, e as respostas boa e ótima, foram descritas como boa/ótima.

Para verificar indicativos de transtorno relacionado ao uso do álcool, utilizou-se o questionário CAGE, composto de 04 (quatro) questões. Quando o participante responde como afirmativo para duas ou mais questões, é indicativo de determinado transtorno. Segundo Da Paz Filho, Tuleski, Takata, Ranzi, Suruhashi & Spadoni (2001) o CAGE é um instrumento de fácil aplicação e com boa sensibilidade.

Quanto ao uso de tabaco, foi utilizado o questionário de tolerância de Fagerström (Halty, Hüttner, Netto, Santos & Martins, 2002), cujas respostas são agrupadas, dependendo da pontuação, em indivíduos de grau muito baixo de dependência (zero a dois pontos), indivíduos com grau baixo de dependência (três a quatro pontos), indivíduos com grau moderado de dependência (pontuação cinco), indivíduos com grau elevado de dependência (seis a sete pontos) e indivíduos de grau muito elevado de dependência (pontuação entre oito a 10). No estudo, os participantes foram divididos em indivíduos não fumantes, com dependência baixa ou moderada e com dependência elevada.

O Inventário de Beck para Depressão II (Beck, 1996), compreende 21 itens para os quais o sujeito deve indicar a afirmativa que melhor descreve como sente-se. As respostas para cada um dos 21 itens apresentam alternativas de menor intensidade a maior intensidade dos sintomas depressivos com a escala de zero a três, sendo o escore total a soma dos escores dos itens individuais. A primeira versão do BDI foi apresentada em 1961. Em 1996, o inventário passou por alterações para ser adaptado aos critérios diagnósticos do DSM-IV. Nessas alterações, o tempo de avaliação passou de na última semana para nas duas últimas semanas. Foram incluídos também sintomas de avaliação da agitação, autoestima, dificuldade de concentração e perda de energia, e foram excluídos os itens perda de peso, mudança na imagem do corpo, dificuldade para o trabalho e preocupação somática. O BDI-II está em processo de validação para a população brasileira, por esse motivo, a pontuação usada será a da versão original adaptada para a população norte americana. Serão considerados indivíduos com sintomas depressivos os que pontuarem para sintomatologia de moderada (pontuação de 20 a 28) a grave (pontuação de 29 a 63).

A Escala de Avaliação de Hipomania é um instrumento que consiste de 32 itens (HCL-32) de autorrelato para hipomania (Angst et al., 2005). Os sujeitos são solicitados a lembrar um período em que estavam em um estado “para cima” e indicar se comportamentos, pensamentos ou emoções específicos estiveram presentes nesse estado, como, por exemplo, “Eu necessito menos sono”, “Eu estou menos tímido e inibido” ou “Eu estou mais paquerador e/ou estou mais ativo sexualmente”. O questionário também inclui questões sobre a duração desses estados “para cima”. Além disso, pergunta-se sobre o impacto de tais “para cima” como: “positivo e negativo”, “positivo”, “sem impacto” ou “negativo” na vida familiar e social, no trabalho e na recreação. Também os comentários e reações de outras pessoas a tais episódios são questionados (positivamente, sem comentários ou negativamente). Essa escala foi desenvolvida como um instrumento de avaliação para sintomas hipomaníacos, especialmente em pessoas diagnosticadas com transtornos depressivos. Sua consistência interna para toda a escala foi 0,82 e 0,86 em 02 amostras clínicas. Uma análise fatorial mostrou dois fatores clinicamente relevantes, o fator impulsividade e o fator aumento da atividade (Angst et al., 2005). A versão em português do Brasil está em processo de validação pela Dra. Dóris Hupfeld Moreno. Tal versão foi reconhecida pelo Dr. Jules Angst e disponibilizada por ele, para uso com total liberdade, no

presente estudo. Nesta pesquisa foram considerados indivíduos com sintomas hipomaníacos os que apresentaram um escore igual ou maior que 25.

A Escala Fatorial da Satisfação em Relacionamento de Casal (EFSRC), desenvolvida e validada por Wachelke, Andrade, Cruz, Faggiane & Natividade (2004), é um instrumento autoaplicável breve, formado por nove itens no formato escala de Likert de cinco pontos e dividido em dois fatores. O primeiro fator consta de cinco afirmativas e é denominado Satisfação com Atração Física e Sexualidade (SAFS). O segundo apresenta quatro afirmativas, e é denominado Satisfação com Afinidades de Interesses e Comportamentos (SAIC). Segundo os autores, indivíduos satisfeitos no relacionamento apresentam uma média de 4,59 (dp 0,62) para SAFS e uma média de 3,79 (dp 0,83) para SAIC. A escolha desse instrumento deve-se ao fato dele apresentar índices de confiabilidade satisfatórios, de ser desenvolvido por pesquisadores brasileiros e de fácil aplicação e entendimento para o entrevistado. A utilização dele tem o aceite dos pesquisadores.

Procedimento de Coleta de Dados

Fazem parte do projeto Rastreamento de Transtorno Bipolar em um setor da cidade de Porto Alegre dois doutorandos e um mestrando do programa de pós-graduação da Psicologia da PUCRS e 18 auxiliares de pesquisa. Os auxiliares de pesquisa são alunos de Iniciação Científica do Curso de Psicologia da PUCRS e voluntários selecionados pela equipe de pesquisadores vinculados ao Programa de Educação Continuada.

Os auxiliares de pesquisa estão divididos em três grupos: auxiliares de pesquisa máster (formada por dois alunos de Iniciação Científica), auxiliares de pesquisa sênior (formada por 08 alunos ou voluntários, com experiência prévia em pesquisa) e auxiliares de pesquisa júnior (formada por 08 alunos ou voluntários sem experiência prévia em pesquisa). Os pesquisadores e os auxiliares de pesquisa máster são responsáveis pela organização dos instrumentos a serem aplicados (entrega e recebimento do material). Os auxiliares de pesquisa seniores e juniores são responsáveis pela aplicação dos instrumentos. Os instrumentos foram aplicados sempre em duplas, formadas por um pesquisador sênior e um pesquisador júnior.

Todos os colaboradores deste estudo participaram dos encontros de treinamento da pesquisa. Para este treinamento foram realizados encontros semanais, com duração de 90 minutos cada encontro, organizados pelos pesquisadores com a finalidade de aperfeiçoar e renovar o conhecimento dos participantes da pesquisa nos temas de transtornos do humor, instrumentos de avaliação, pesquisa transversal e terapia cognitivo-comportamental. Por meio desses encontros, foi elaborado o manual do aplicador com a finalidade de servir como um guia em todas as etapas necessárias para a realização das entrevistas com os participantes. Nessas oportunidades, ocorreram também simulações de entrevistas entre os auxiliares de pesquisa como forma de

aperfeiçoar o treinamento. Todos os encontros foram videogravados para posterior avaliação das entrevistas simuladas. Esse treinamento, foi mantido até o início da coleta de dados.

Após ser submetido à Comissão Científica e ao Comitê de Ética e ser aprovado, bem como ter sido encerrado o treinamento da equipe, deu-se início à coleta de dados. Os auxiliares de pesquisa saíam do Campus Central da PUCRS, utilizando o meio de transporte fornecido pela própria universidade (previamente autorizado), em direção ao Campus Avançado Vila Fátima, sempre em duplas nos turnos da manhã e da tarde. Após a chegada ao Campus Avançado, dirigiam-se à sala de espera para atendimento clínico, comunicavam aos presentes a referida pesquisa e solicitavam participação voluntária. Uma vez ocorrendo o aceite, era, então, oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para ser assinado.

Os instrumentos foram aplicados em uma sala reservada do Campus Avançado, com duração de, no máximo, 90 minutos. A aplicação iniciava pela ficha de dados sociodemográficos e clínicos. Quando o participante respondia no item estado civil, como casado ou vivendo em união estável, passava a responder, também, à EFSRC, ao BDI-II e ao HCL-32. Não fizeram parte dessa pesquisa os indivíduos que responderam, no item estado civil, como solteiro, viúvo, separado, divorciado ou qualquer outra denominação que não contemplava o critério casado ou união estável.

Procedimentos para análise dos dados

Com relação ao procedimento de análise de dados foi utilizado o programa SPSS 17.0. Em um primeiro momento, com o objetivo de caracterizar a população investigada, foram observadas as frequências e os percentuais das variáveis qualitativas em questão, assim como medidas de tendência central e de dispersão.

Posteriormente, para verificar a significância da relação entre o desfecho satisfação conjugal pela EFSRC (FSAS e FAIC) e as variáveis independentes do estudo (sintomas depressivos e/ou sintomas hipomaníacos, por exemplo) foram realizados os testes estatísticos t de student e ANOVA. O mesmo desfecho foi analisado por meio da variável dicotômica oriunda da pergunta realizada na FSDC (satisfeitos e insatisfeitos) cujas associações foram aferidas pelo teste qui-quadrado. O nível de significância para as duas possibilidades de avaliar a satisfação conjugal foi de 95% ($p < 0,050$).

Aspectos Éticos

Foi fornecido, durante a apresentação da pesquisa e antes da coleta de dados, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, uma para o pesquisador outra para o participante. O termo assegurou o sigilo do nome e qualquer informação que pudesse identificar os participantes e seus familiares. Todos os membros da equipe de pesquisa são obrigados a conservar em sigilo as informações confidenciais obtidas na pesquisa. Para isso, essas informações serão alteradas na apresentação do estudo. Os participantes foram informados de que não receberiam nenhum benefício direto, mas que, fazendo parte da pesquisa, contribuiriam para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico. Tal participação foi voluntária e, caso o indivíduo desejasse desistir, em qualquer momento da aplicação, tinha absoluta liberdade de fazê-lo.

Todos os instrumentos foram identificados com um número, correspondente ao do TCLE, previamente autorizado. Desse modo, foi possível a orientação para o encaminhamento psicológico e/ou psiquiátrico para o Campus Aproximado Vila Fátima, ou para clínicas-escola, na cidade de Porto Alegre, dos casos que apresentaram alterações, dos sintomas do transtorno e/ou conflitos conjugais.

RESULTADOS

A amostra total foi constituída por 148 indivíduos, sendo 80,4% do sexo feminino. Com relação aos sintomas depressivos, 45 indivíduos apresentaram pontuação no BDI-II entre moderado e grave, totalizando 31,1% da amostra. Para os sintomas hipomaníacos, com ponto de corte de 25 ou mais no HCL-32, 16 pessoas apresentam pontuação para hipomania, correspondendo a 12,3%.

Com relação ao estado civil, a maioria é de casados ou vivendo em união estável, 29,7% e 22,3% respectivamente (gráfico 1). A média de idade nos indivíduos não casados foi de 40,5 (dp 16,79), enquanto que a média entre os casados foi de 39,4 (dp 13,44), com p-valor de 0,661.

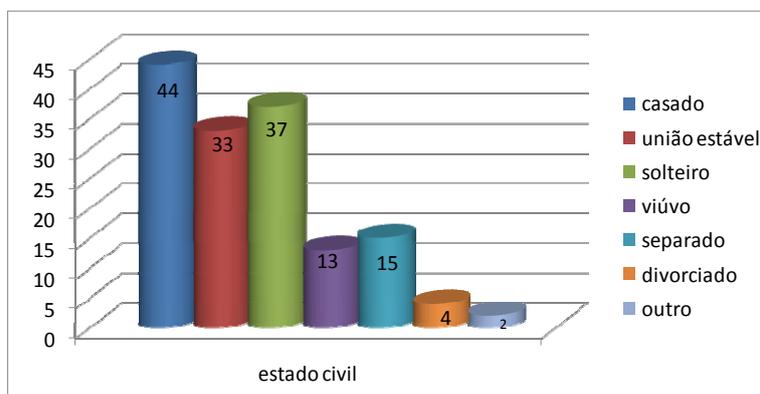


Gráfico 1. Número de participantes conforme o estado civil

Os dados descritos a seguir referem-se ao percentual da amostra representada por esses indivíduos casados ou vivendo em união estável, totalizando 52% da amostra total (n= 77 participantes), que passarão a ser descritos como participantes casados. Para os instrumentos autoaplicáveis havia a opção de “*não sabe*” ou “*não quero responder*”, desse modo para algumas variáveis o número total de participantes foi menor que o total da amostra, denominado *missing*.

Para avaliar o fator satisfação conjugal, os dados serão apresentados e descritos conforme os dois desfechos: satisfação conjugal referente à pergunta presente na ficha de dados sociodemográficos e clínicos (percepção do participante sobre a sua relação conjugal), e satisfação conjugal por meio da Escala Fatorial da Satisfação em Relacionamento de Casal (fatores SAFS e SAIC).

Satisfação conjugal pela percepção do participante

Os resultados dos participantes casados e do número de indivíduos que apresentam satisfação conjugal, são apresentados na tabela 1 (págs.12 e 13).

Os participantes casados são representados por 60 (77,95%) do sexo feminino e 17 (22,1%) do sexo masculino. O número de indivíduos satisfeitos no relacionamento é predominante, correspondendo a 44 (73,3%) das mulheres e 12 (70,6%) dos homens.

O tempo de relacionamento apresentou um $p = 0,087$, mostrando, possivelmente, uma tendência de quanto maior o tempo de relacionamento, maior a satisfação conjugal. Relacionamentos anteriores ou número de filhos não apresentaram diferença significativa entre indivíduos satisfeitos ou insatisfeitos no relacionamento (gráfico 2).

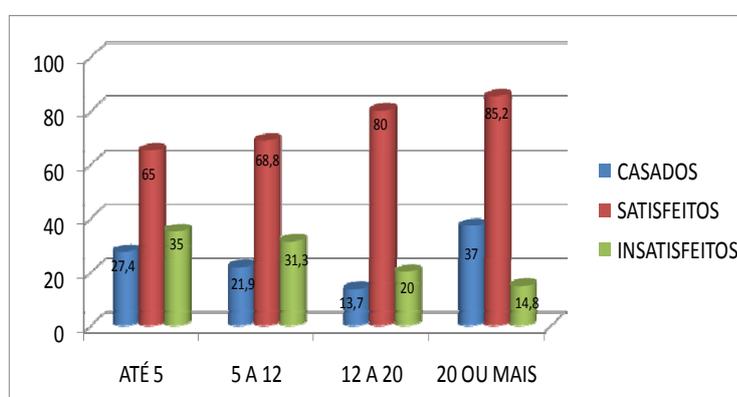


Gráfico 2. Porcentagem dos participantes conforme o tempo de relacionamento ($p = 0,087$) e sua percepção da satisfação conjugal.

Outra variável que demonstra possibilidade de tendência é o fator já ter ou não apresentado uma doença mental. O número de indivíduos satisfeitos no relacionamento e que nunca tiveram uma doença mental foi de 47 (79,7%) com p-valor de 0,080.

O número de indivíduos casados que referiram ter religião foi de 63 (82,9%) e, desse grupo, 49 (77,8%) estão satisfeitos no relacionamento, apresentando uma diferença significativa, com p-valor de 0,048 (gráfico 3).

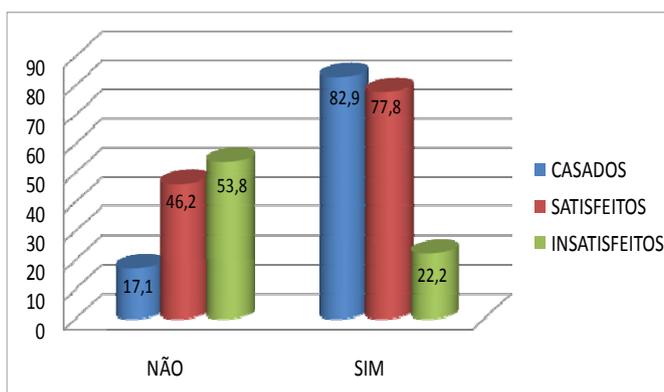


Gráfico 3. Porcentagem dos participantes com e sem religião ($p = 0,048$) e sua percepção da satisfação conjuga

Os transtornos relacionados a substâncias como álcool e tabaco não mostraram diferença significativa entre indivíduos satisfeitos e insatisfeitos no relacionamento, mas especificamente com relação ao álcool, os que apresentam problemas com o uso dessa substância representam, em termos de percentual, maior satisfação conjugal.

Há diferença significativa na associação com os transtornos do humor, avaliada por meio do HCL-32 e do BDI-II. Com relação aos sintomas de hipomania, os indivíduos casados e com pontuação menor que 25 representam 54 (84,4%) do total da amostra, e, desses, 45 (83,3%) estão satisfeitos no relacionamento. Já os indivíduos com uma pontuação igual ou maior que 25, que significa sintomas hipomaniacos intensos, são 10 (15,6%) do total e apenas 04 deles (40,0%) referem estar satisfeitos no relacionamento, com $p = 0,027$ (gráfico 4).

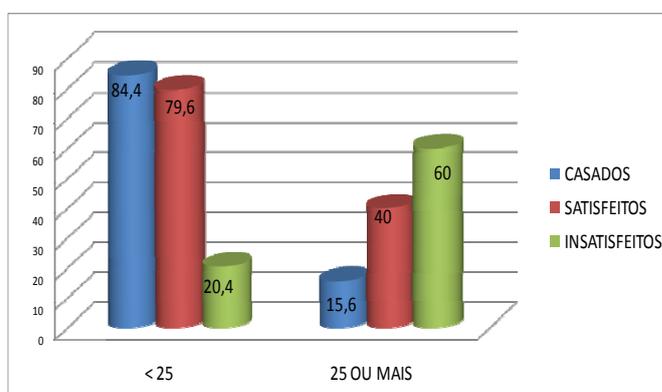


Gráfico 4. Porcentagem dos participantes conforme HCL-32 ($p = 0,027$) e sua percepção da satisfação conjugal

Para os sintomas depressivos (gráfico 5) os dados mostraram que 54 (73,0%) do total de casados não apresentaram esta sintomatologia. Deste grupo, 45 (83,3%) estão satisfeitos, diferentemente da situação dos indivíduos que apresentaram sintomas sugestivos de depressão, representado por 20 (27,0%) do total de casados e com apenas 10 (50,0%) com satisfação conjugal ($p = 0,009$).

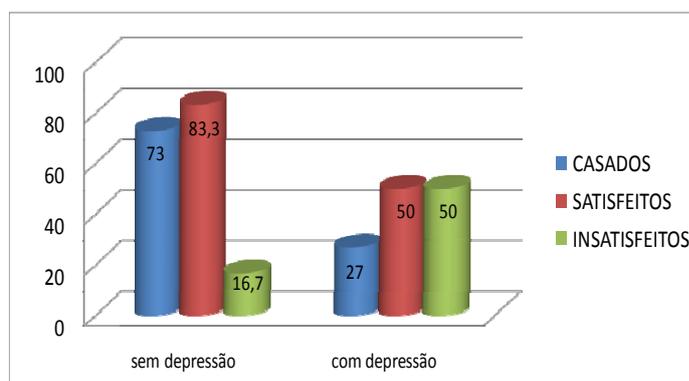


Gráfico 5. Porcentagem dos participantes conforme BDI-II ($p = 0,009$) e sua percepção da satisfação conjugal

Tabela 1 – Caracterização dos participantes casados e a satisfação conjugal conforme resposta a questão da ficha sócio-demográfica e clínica (n= 77).

Continua			
VARIÁVEL	PARTICIPANTES CASADOS n (%)	SATISFAÇÃO CONJUGAL n (%)	p
Sexo			
Feminino	60 (77,95)	44 (73,3%)	1,000
Masculino	17 (22,1%)	12 (70,6%)	
Tempo relacionamento			
Até 5 anos	20 (27,4%)*	13 (65,0%)	0,087
De 5 a 12 anos	16 (21,9%)	11 (68,8%)	
12 a 20 anos	10 (13,7%)	08 (80,0%)	
20 anos ou mais	27 (37,0%)	23 (85,2%)	
Relacionamento anteriores			
Não	36 (46,8%)	28 (77,8%)	0,499
Sim	41 (53,2%)	28 (68,3%)	
Número de filhos			
Zero a 1 filho	20 (27,8%)*	13 (65%)	0,165
2 filhos	15 (20,8%)	10 (66,7%)	
3 filhos ou mais	37 (51,4%)	53 (73,6%)	
Escolaridade			
Até 5 anos de estudo	30 (41,7%)*	25 (83,3%)	0,107
6 a 8 anos de estudo	20 (27,8%)	14 (70%)	
9 anos ou mais	22 (30,6%)	14 (63,6%)	

Renda			
A ou B	17 (23,0%)*	13 (76,5%)	0,490
C	32 (43,2%)	25 (78,1%)	
D ou E	25 (33,8%)	17 (68,0%)	
Trabalho remunerado nos últimos 12 meses			1,000
Não	29 (39,2%)*	22 (75,9%)	
Sim	45 (60,8%)	33 (73,3%)	
Religião			0,048
Não	13 (17,1%)*	06 (46,2%)	
Sim	63 (82,9%)	49 (77,8%)	
Problema de saúde física			0,879
Não	32 (43,2%)*	23 (71,9%)	
Sim	42 (56,8%)	32 (76,2%)	
Doença mental			0,080
Não	59 (79,7%)*	47 (79,7%)	
Sim	15 (20,3%)	08 (53,3%)	
Internação psiquiátrica			1,000
Não	68 (91,9%)*	51 (75,0%)	
Sim	06 (08,1%)	04 (66,7%)	
Medicação de uso contínuo			0,745
Não	38 (52,1%)*	27 (71,1%)	
Sim	35 (47,9%)	27 (71,1%)	
Tratamento psicológico ou psiquiátrico			0,614
Não	54 (74,0%)*	42 (77,8%)	
Sim	19 (26,0%)	13 (68,4%)	

Tabela 1 – Caracterização dos participantes casados e a satisfação conjugal conforme resposta a questão da ficha sócio-demográfica e clínica (n= 77).

Conclusão			
VARIÁVEL	PARTICIPANTES CASADOS n (%)	SATISFAÇÃO CONJUGAL n (%)	p
Percepção da saúde			
Ruim	36 (49,3%)*	24 (66,7%)	0,154
Boa/Ótima	37 (50,7%)	31 (75,3%)	
Álcool (CAGE)			0,635
Não	66 (89,2%)*	48 (72,7%)	
Sim	08 (10,8%)	07 (87,5%)	
Tabaco			0,943
Não fuma	64 (86,5%)*	48 (64,9%)	
Dependência baixa ou moderada	05 (6,8%)	03 (4,1%)	
Dependência elevada	05 (6,8%)	04 (5,4%)	
HCL			0,027
Menos 25	54 (84,4%)*	43 (79,6%)	
25 ou mais	10 (15,6%)	04 (40,0%)	
BDI-II			0,009
Sem depressão	54 (73,0%)*	45 (83,3%)	
Depressão moderada/grave	20 (27,0%)	10 (50,0%)	

* *missing*

Satisfação conjugal pela EFSRC

Para esse desfecho, os resultados são apresentados de acordo com a média da pontuação para os fatores SAFS e SAIC, conforme tabela 2 (págs.15 e16).

A variável sexo mostrou diferença por meio das respostas dadas a esse instrumento. O sexo masculino mostrou-se mais satisfeito com relação ao fator atração física e sexualidade (média de 4,37 e $p= 0,008$), e uma tendência a maior satisfação com relação a atividades de interesse e comportamento (3,79, $p= 0,074$). A renda econômica foi uma das variáveis que mostrou tendência a uma diferença entre os grupos. Com relação à renda, indivíduos das classes A e B mostram as maiores médias de satisfação, 4,32 para SAFS e 3,77 para SAIC, com $p= 0,055$ e 0,069 respectivamente (gráfico 6). As variáveis álcool e tabaco não apresentaram diferença significativa entre os grupos estudados, embora em termos de números os indivíduos que possuem dependência elevada para tabaco apresentaram as maiores médias de satisfação (4,06 para fator SAFS e 3,54 para SAIC).

Para os sintomas hipomaniacos não houve diferença significativa entre os grupos, mas com relação ao fator atração física e sexualidade os indivíduos com pontuação igual ou maior que 25 apresentaram as maiores médias (4,20), enquanto para o fator atividades de interesse e comportamento os participantes com pontuação menor que 25 demonstraram uma maior satisfação, com média de 3,50.

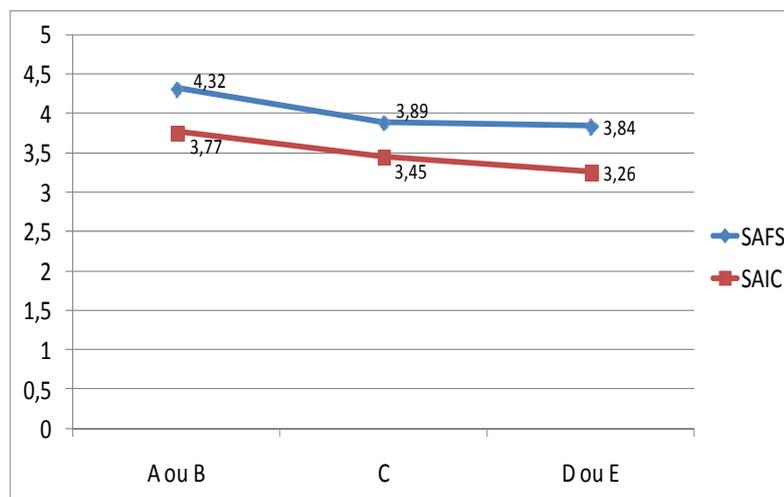


Gráfico 6. Médias da SAFS ($p=0,055$) e da SAIC ($p=0,069$) conforme a renda econômica

As respostas dadas para o BDI-II mostraram diferença significativa entre os grupos (gráfico 7). Os participantes sem sintomas de depressão apresentam as maiores médias de satisfação, com 4,18 para SAFS ($p= 0,001$) e 3,69 para SAIC ($p= 0,001$).

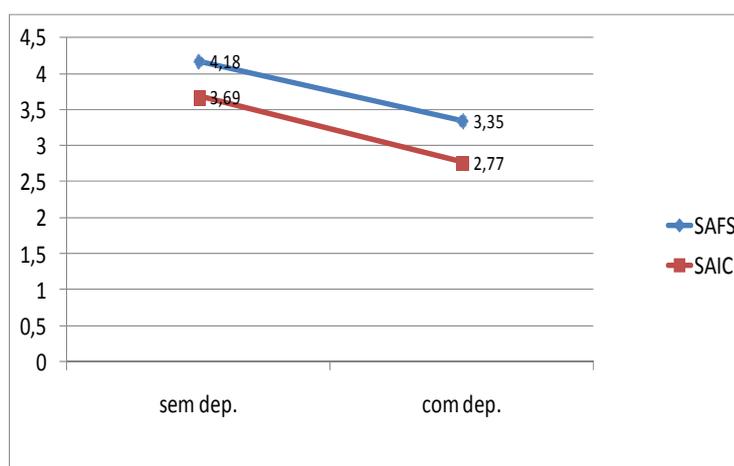


Gráfico 7. Médias da SAFS ($p=0,001$) e da SAIC ($p=0,001$) conforme os sintomas depressivos pelo BDI-II

Tabela 2 – Caracterização dos participantes casados e a satisfação conjugal conforme Escala Fatorial de Satisfação em Relacionamento de Casal (SAFS e SAIC), $n= 77$.

Continua

VARIÁVEL	n	SAFS Média (dp)	p	SAIC Média (dp)	p
Sexo					
Feminino	58*	3,85 (0,69)	0,008	3,36 (0,87)	0,074
Masculino	18	4,37 (0,80)		3,79 (0,88)	
Tempo relacionamento					
Até 5 anos	21*	4,05 (0,62)	0,252	3,42 (0,85)	0,761
De 5 a 12 anos	16	4,18 (0,44)		3,57 (0,58)	
12 a 20 anos	09	3,97 (0,65)		3,44 (1,10)	
20 anos ou mais	27	3,86 (0,89)		3,50 (0,95)	
Relacionamentos anteriores					
Não	35*	4,05 (0,78)	0,371	3,62(0,88)	0,153
Sim	39	3,89 (0,74)		3,32(0,90)	
Número de filhos					
Zero a 1 filho	20*	4,14 (0,62)	0,177	3,53 (0,96)	0,593
2 filhos	14	3,97 (0,65)		3,51 (0,56)	
3 filhos ou mais	38	3,85 (0,85)		3,40 (1,00)	
Escolaridade					
Até 5 anos de estudo	29*	3,80 (0,75)	0,225	3,45 (0,94)	0,857
6 a 8 anos de estudo	21	4,13 (0,89)		3,52 (0,88)	
9 anos ou mais	24	4,05 (0,59)		3,40 (0,89)	

Renda						
A ou B	17*	4,32 (0,65)	0,055	3,77 (0,78)	0,069	
C	34	3,89 (0,85)		3,45 (0,96)		
D ou E	25	3,84 (0,59)		3,26 (0,81)		
Trabalho remunerado nos últimos 12 meses						
Não	45	4,00 (0,73)	0,652	3,44 (0,92)	0,871	
Sim				3,47 (0,88)		
Religião						
Não	12*	3,91 (0,55)	0,789	3,35 (0,92)	0,687	
Sim	63	3,98 (0,78)		3,46 (0,88)		
Problema de saúde física						
Não	34*	4,02 (0,65)	0,625	3,51 (0,80)	0,658	
Sim	42	3,93 (0,82)		3,42 (0,96)		
Doença mental						
Não	60*	4,01 (0,72)	0,452	3,57 (0,77)	0,123	
Sim	16	3,85 (0,86)		3,06 (1,19)		

Tabela 2 – Caracterização dos participantes casados e a satisfação conjugal conforme Escala Fatorial de Satisfação em Relacionamento de Casal (SAFS e SAIC), n= 77.

Conclusão						
VARIÁVEL	n	SAFS Média (dp)	p	SAIC Média (dp)	p	
Internação psiquiátrica						
Não	69*	3,95 (0,70)	0,541	3,47 (0,85)	0,742	
Sim	07	4,14 (1,19)		3,35 (1,26)		
Medicação de uso contínuo						
Não	39*	4,06 (0,66)	0,268	3,48 (0,69)	0,810	
Sim	36	3,87 (0,84)		3,43 (1,08)		
Tratam. psicológico ou psiquiátrico						
Não	55*	3,98 (0,71)	0,993	3,55(0,82)	0,202	
Sim	20	3,98 (0,87)		3,25 (1,06)		
Percepção da saúde						
Ruim	37*	3,94 (0,88)	0,646	3,44 (0,91)	0,614	
Boa/Ótima	38	4,02 (0,59)		3,54 (0,79)		
Álcool (CAGE)						
Não	68*	4,00 (0,72)	0,158	3,45 (0,92)	0,547	
Sim	08	3,75 (0,98)		3,53 (0,58)		
Tabaco						
Não fuma	65*	3,99 (0,72)	0,915	3,47 (0,91)	0,932	
Dependência baixa ou moderada	05	3,52 (0,90)		3,20 (0,94)		
Dependência elevada	06	4,20 (0,92)		3,54 (0,57)		

HCL						
Menos 25	56*	3,97 (0,72)	0,736	3,50 (0,93)	0,806	
25 ou mais	10	4,06 (0,96)		3,42 (0,95)		
BDI-II						
Sem depressão	57*	4,18 (0,54)	0,001	3,69 (0,74)	0,001	
Depressão moderada - grave	19	3,35 (0,93)		2,77 (0,96)		

* *missing*

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos achados desse estudo, confirma-se a associação entre insatisfação conjugal e sintomas depressivos. Isso demonstra a importância de continuidade do estudo para melhor avaliar as variáveis relacionadas a essa associação.

A forma de avaliar a satisfação conjugal precisa ser melhor estudada, uma vez que uma pergunta direta sobre como o indivíduo avalia a sua relação conjugal pode não representar com determinação esse nível de satisfação. Neste estudo, essa pergunta foi realizada quando da aplicação da ficha de dados sociodemográficos e clínicos, que antecedia a aplicação da escala de satisfação conjugal. Os indivíduos podem responder, inicialmente, de forma geral a essa avaliação, e, quando respondem às questões da escala, podem lembrar e avaliar, com mais dados, a satisfação conjugal. Isso pode ser uma das explicações da diferença nos resultados entre as duas formas de avaliação.

Muito provavelmente, devido ao número de participantes da pesquisa ser pequeno, algumas variáveis não demonstraram diferença significativa. Devido à mesma explicação, não foi possível um melhor aprofundamento das variáveis relacionadas ao grupo de indivíduos insatisfeitos nos relacionamentos.

Dentro das variáveis nas quais observou-se diferença significativa ou tendência, a variável sexo apresentou um dado diferente da maioria dos estudos sobre esse tema. A avaliação da relação conjugal pela EFSRC evidenciou que indivíduos do sexo masculino estão mais satisfeitos nos relacionamentos quando comparados com indivíduos do sexo feminino, especialmente, em questões relacionados a atração física e sexualidade.

Das variáveis relacionadas ao ciclo de vida da família, o tempo de relacionamento, da mesma forma, apresentou uma tendência, ou seja, quanto maior o tempo de relacionamento, maior o nível de satisfação. Podemos concluir que casais com pouco tempo de relacionamento estariam no grupo de risco para insatisfação conjugal.

Na variável nível econômico, que também demonstrou uma tendência, observa-se que quanto maior a renda dos indivíduos, maior a possibilidade de satisfação conjugal. Uma possível

explicação para essa associação pode estar relacionada ao melhor poder aquisitivo dos participantes, o que leva a melhor qualidade de vida.

Ter religião mostrou-se significativo quando da percepção do participante sobre sua avaliação no relacionamento, mas não há diferença significativa quando da aplicação do EFSRC. Um estudo para avaliar fatores associados à satisfação conjugal em relacionamentos de longa duração apontou o fator religião como uma variável associada (Norgren et al, 2004).

Os itens que avaliaram os transtornos relacionados a substâncias, mesmo que não tenham mostrado diferença significativa entre os grupos, observa-se maior satisfação conjugal nos usuários dessas substâncias. Na verdade, para entendermos melhor essa associação, haveria necessidade de realizarmos entrevistas com os cônjuges desses sujeitos, pois, em se tratando de transtornos relacionados a substâncias, muitos indivíduos, dependendo do estágio de mudança em que se encontram (Oliveira, Andreatta, Rigoni, Szupszynski, 2008), podem ter dificuldade em perceber o comprometimento desse sintoma nos seus relacionamentos afetivos. Homish, Leonard, Kozlowski & Cornelius (2009) realizaram um estudo longitudinal com casais para avaliar a interferência do uso de álcool e tabaco no relacionamento afetivo e demonstraram declínio ao longo de 07 (sete) anos de acompanhamento da satisfação conjugal.

Para os sintomas dos transtornos do humor, essa associação necessita ser avaliada separadamente. No presente estudo, os resultados relacionados aos sintomas hipomaniacos apresentaram resultados diferentes dependendo da forma como foi avaliada a satisfação conjugal. A percepção do participante sobre o seu relacionamento evidenciou uma associação com a insatisfação conjugal quando o indivíduo apresenta sintomas hipomaniacos intensos. Mas quando avaliamos os resultados conforme a EFSRC, não há diferença significativa entre os indivíduos com ou sem sintomas intensos de hipomania. É importante entendermos que o indivíduo com sintomas hipomaniacos pode apresentar distorção cognitiva, com predomínio de pensamentos positivos e com expectativas extremamente otimistas, mas de forma disfuncional. Dessa forma, para avaliarmos de modo mais eficaz essa população, necessitaríamos, também, realizar estudos com seus respectivos cônjuges.

Quanto a associação entre satisfação conjugal e sintomas depressivos, os resultados, por meio das duas formas de avaliação usados nesta pesquisa, demonstraram concordância com os dados da literatura. Os indivíduos com sintomas depressivos apresentam maior percentual de insatisfação conjugal e menores médias para os fatores SAFS e SAIC.

Os resultados confirmam a necessidade de avançarmos no estudo da população de casados para melhor entendermos os desfechos encontrados. A associação dos sintomas depressivos com a insatisfação conjugal, por exemplo, não revela o quanto indivíduos com esses sintomas tornam-se insatisfeitos no relacionamento, ou quanto indivíduos com insatisfação conjugal poderiam desenvolver sintomas depressivos. Estudos longitudinais com essa população passam a ser não só necessários, mas de extrema importância para desenvolvermos melhores estratégias preventivas.

REFERÊNCIAS

Addis, J. & Bernard, M. E. (2002). Marital adjustment and irrational beliefs. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavioral Therapy*, 20, 03-13.

Angst, J.; Gamma, A.; Neuenschwander, M.; Ajdacic-Gross, V.; Eich, D.; Rössler, W., et al. (2005). Prevalence of mental disorders in the Zurich cohort study: a twenty year prospective study. *Epidemiology e Psychiatric Sociale*, 14, 68-76.

Bayram, N. & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 43, 667-672.

Beach, S. R. H, Katz, J, Kim, S & Brody, G. H. (2003). Prospective effects of marital satisfaction on depressive symptoms in established marriages: A dyadic model. *Journal of Social and Personal Relationship*, 20 (3), 355-371.

Beck, A.T. (1996). *Beck Depression Inventory-II*, Psychological Corporation, San Antonio, TX.

Chandler, R. A., Wang, P. W., Ketter, T. A. & Goodwin, G. M. (2008). A new US-UK diagnostic project: mood elevation and depression in first-year undergraduates at Oxford and Stanford universities (brief communication). *Acta Psychiatry Scandinavia*, 118, 81-85.

Da Paz Filho, G.J., Sato, L.J., Tuleski, L.J., Takata, S.Y., Ranzi, C.C.C., Saruhashi, S.Y. & Spadoni, B. (2001). Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 47 (1): 65-9.

Falla, P. M. G. & Ferrand, P. A. S. (2006). Prevalência de sintomatología depresiva: en una población de la universidad militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia. *Revista Facultad Medicina Universidad Nacional Colombia*, 54 (2), 76-85.

Homish, G. G., Leonard, K. E, Kozlowski, L. T., & Cornelius, J. R. (2009). The longitudinal association between multiple substance use discrepancies and marital satisfaction. *Society for the Study of Addiction*, 104, 1201-1209.

Halty, L. S., Hüttner, M. D., Netto, I. C. C., Santos, V. A., & Martins, G. (2002). Análise da utilização do questionário de tolerancia de Fagerstöm (QTF) como instrumento de medida da dependencia nicotínica. *Jornal de Pneumologia*, 28 (4), 180-186.

Johnson, S. L., & Jacob, T. (2000). Sequential interactions in the marital communication of depressed men and women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 04-12.

Norgren, M. B. P., Souza, R. M., Kaslow, F., Hammerschmidt, H., & Sharlin, S. (2004). Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível. *Estudos de Psicologia, 9* (3), 575-584.

Oliveira, M. S., Andreatta, I., Rigoni, M. S. & Szupszynski, K. P. D. R. (2008). A entrevista motivacional com alcoolistas: um estudo longitudinal. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 21* (2), 261-266.

Riso, L. P., Blandino, J. A., Hendricks, E., Grant, M. M., Duin, Jason S. (2002). Marital history and current marital satisfaction in chronic depression. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 32* (4), 291-295.

Wachelke, J. F. R., Andrade, A. L., Cruz, R. M., Faggiani, R. B., & Natividade, J. C. (2004). Medida da satisfação em relacionamento de casal. *Psico-USF, 9* (1), 11-18.

Whisman, M. A., Sheldon, C. T., & Goering, P. (2000). Psychiatric disorders and dissatisfaction with social relationships: Does type of relationship matter? *Journal of Abnormal Psychology, 109* (4), 803-808.

Whisman, M. A. (1999). Marital dissatisfaction and psychiatric disorders: Results from the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology, 108*, 701-706.