

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

ANERON DE AVILA CANALS

**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**

Prof^a. Dr^a. Irani Iracema de Lima Argimon

Orientadora

Porto Alegre
2011

ANERON DE AVILA CANALS

**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.**

Dissertação apresentada como requisito
para obtenção do grau de Mestre em
Psicologia Clínica pelo Programa de
Pós-Graduação da Faculdade de
Psicologia da Pontifícia Universidade
Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof^a Dr. Irani Iracema de Lima Argimon

Porto Alegre

2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C212s Canals, Aneron de Avila

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 / Aneron de Avila Canals. – Porto Alegre, 2011.

71 f.

Diss. (Mestrado) – Faculdade de Psicologia, Pós-Graduação Psicologia Clínica, PUCRS.

Orientador: Prof^a Dr. Irani Iracema de Lima Argimon.

1. Satisfação Conjugal. 2. Transtorno Bipolar. 3. Relação Homem-Mulher. 4. Casais - Aspectos Psicológicos. I. Argimon, Irani Iracema de Lima. II. Título.

CDD 155.645

Bibliotecário Responsável

Ginamara Lima Jacques Pinto

CRB 10/1204

ANERON DE AVILA CANALS

**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.**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em 13 de janeiro de 2011

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª. Dr. Irani Iracema de Lima Argimon (Presidente)

Prof^ª. Dr. Denise Falcke (UNISINOS)

Prof^ª. Dr. Olga Garcia Falceto (UFRGS)

*A todos que contribuíram para
esta conquista.*

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é resultado de alguns anos de investimento, em que várias pessoas estiveram envolvidas, direta ou indiretamente, na sua realização. Por este motivo agradecerei as pessoas que me acompanharam ao longo da minha trajetória pessoal e profissional.

Aos meus pais, Plínio Jayr e Maria Ana, por sempre incentivar meu crescimento profissional. Ao meu companheiro, Petronio, por toda a dedicação afetiva, por compreender minhas ausências devido à dedicação a este projeto e por participar da nossa construção em um relacionamento com *satisfação conjugal*. E, as amigas Aline, Cora e Cristina, pela ajuda nas revisões ortográficas.

Na minha trajetória profissional, agradeço inicialmente à equipe do Instituto Fernando Pessoa, em especial ao Dr. Jesu e ao Dr. Ernani, onde iniciei meus conhecimentos na área de psicoterapia, tendo a oportunidade de trabalhar como professor e supervisor no Curso de Psicoterapia de Técnicas Integradas.

A equipe de professores do Instituto da Família de Porto Alegre, onde aprendi a ser um terapeuta de família e com isto conquistar meu amadurecimento profissional.

Aos colegas Renato, Marina, Prado e Adriana, pela oportunidade de ser professor e supervisor do Curso de Terapias Cognitivo-Comportamental do INFAPA.

Aos professores e colegas do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da PUCRS, e ao CAPES que possibilitou a realização deste estudo.

Ao Dr. Bergamaschi, ao Prof. Celito e a toda equipe de profissionais e funcionários do Centro de Extensão Universitária Vila Fátima, onde fomos sempre bem atendidos e nos possibilitou a coleta de dados para nossa pesquisa.

E, principalmente, a toda equipe do Grupo de Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital, que colaborou diretamente para a realização desta pesquisa. Aos bolsistas de iniciação científica Marília, Luiza, Theodora, Felipe, Ani, Bruna, Kátia, Marianne e Valdirene; aos colaboradores, Sabrina, Fabio, Magdala, Michele, Magda, Paula, Vanessa, Elizabeth, Jaqueline e Valquiria.

Ao colega e amigo, Luciano, por toda a força com os cálculos estatísticos e a Ângela e o Caetano, pela amizade, confiança e companheirismo.

Por fim, a minha orientadora, Irani, que sempre incentivou e acreditou na realização deste projeto.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS.....	7
LISTA DE GRÁFICOS.....	8
LISTA DE TABELAS.....	9
LISTA DE ABREVIATURAS.....	10
RESUMO.....	11
ABSTRACT.....	12
CAPITULO I.....	13
INTRODUÇÃO.....	13
Justificativa.....	13
REFERÊNCIAS.....	15
CAPÍTULO II.....	19
RELAÇÃO ENTRE SATISFAÇÃO CONJUGAL E TRANSTORNOS DO HUMOR: FATORES ASSOCIADOS.....	19
INTRODUÇÃO.....	19
MÉTODO.....	21
ESTUDOS ENCONTRADOS.....	21
DISCUSSÃO DOS ACHADOS.....	26
Instrumentos.....	26
Fatores associados à relação satisfação conjugal e transtornos de humor.....	27
Fatores relacionados ao transtorno do humor bipolar.....	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS.....	30
CAPÍTULO III.....	33
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.....	33
INTRODUÇÃO.....	33
MÉTODO.....	34
Instrumentos.....	35
Procedimento de coleta de dados.....	37
Procedimentos para análise dos dados.....	39
Aspectos éticos.....	39
RESULTADOS.....	40
Satisfação conjugal pela percepção do participante.....	41
Satisfação conjugal pela EFSRC.....	45
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS.....	51
CAPITULO IV.....	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
REFERÊNCIAS.....	56
ANEXOS.....	59

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Achados da revisão sistemática do período compreendido entre janeiro de 2000 e junho de 2010.....	22
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Número de participantes conforme o estado civil.....	40
Gráfico 2 – Porcentagem dos participantes conforme o tempo de relacionamento e sua percepção da satisfação conjugal.....	41
Gráfico 3 – Porcentagem dos participantes com e sem religião e sua percepção da satisfação conjugal.....	42
Gráfico 4 – Porcentagem dos participantes conforme HCL-32 e sua percepção da satisfação conjugal.....	43
Gráfico 5 – Porcentagem dos participantes conforme o BDI-II e sua percepção da satisfação conjugal.....	43
Gráfico 6 – Médias da SAFS e da SAIC conforme a renda econômica.....	46
Gráfico 7 – Médias da SAFS e da SAIC conforme os sintomas depressivos pelo BDI-II.....	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos participantes casados e sua satisfação conjugal conforme resposta à questão da FSDC.....	44
Tabela 2 – Satisfação conjugal conforme Escala Fatorial de Satisfação em Relacionamento de Casal (SAFS e SAIC).....	47

LISTA DE ABREVIATURAS

BDI – Beck Depression Inventory

BDI-II – Beck Depression Inventory (2ª versão)

CES-D – Center Epidemiological Studies-Depression Scale

DAS – Dyadic Adjustment Scale

DSM-IV-TR – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – texto revisado

EFSRC – Escala Fatorial de Satisfação em Relacionamento de Casal

SAFS – Satisfação com Atração Física e Sexualidade

SAIC – Satisfação com Afinidades de Interesses e Comportamentos

FSDC – Ficha Sociodemográfica e Clínica

HCL-32 – Hypomania Checklist

HSCL-25 – Hopkins Symptom Checklist

MMPI – Minnesota Multiphasic Personality Inventory

WMH-CIDI – World Mental Health – Composite International Diagnostic Interview

RESUMO

O presente estudo é composto por duas secções. A primeira é uma revisão teórica das principais bases de dados (*Scielo, Lilacs, Proquest, Medline, Psycinfo e Web of Science*) das áreas de psiquiatria e psicologia no período de janeiro de 2000 a junho de 2010. Foram usados como descritores *marital satisfaction OR marital dissatisfaction AND mood disorders OR affective disorders OR depression OR bipolar disorders* e selecionados no total 08 (oito) artigos que abordavam o tema dos fatores associados a relação satisfação conjugal e transtornos do humor. Com relação aos sintomas depressivos, observou-se que a insatisfação conjugal não só está relacionada a esses sintomas, mas também à intensidade deles. Para o Transtorno Bipolar há uma maior desarmonia quando o indivíduo encontra-se na fase maníaca. A segunda secção 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.

Área de Conhecimento: Psicologia (7.07.00.00-1).

ABSTRACT

The present study is composed of two sections. The first one is a theoretical review of the main databases ((*Scielo, Lilacs, Proquest, Medline, Psycinfo e Web of Science*)) in the areas of psychiatry and psychology, in the period between January 2000 and July 2010, using the following descriptive terms_ *marital satisfaction OR marital dissatisfaction AND mood disorders OR affective disorders OR depression OR bipolar disorders*. We selected a total of 8 (eight) papers which addressed the issue of the factors associated to the relation between marital satisfaction and mood disorder. With regard to the depressive symptoms it was observed that the marital dissatisfaction is not only related to these symptoms, but also to their intensity. In the case of Bipolar Disorder there is a greater disharmony when the individual is in the manic phase. The second section refers to a quantitative and transversal study aiming to evaluate the marital satisfaction and its relation to mood disorders in patients treated at the Advanced Campus Vila Fátima of PUCRS. The prevalence of indicative depressive symptoms was 27% and hypomanic symptoms was 15,6% for married individuals. It was verified the relation of depression symptoms and marital dissatisfaction. It is important to remark the necessity of new researches with longitudinal design, as well as studies involving the spouse of the individual that has mood disorder in order to better understand this association.

Keywords: Mood Disorder; Prevalence; Marital Satisfaction.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Este trabalho é constituído por quatro capítulos. O primeiro é uma introdução no qual são apresentados dados a respeito da relevância do tema que foi abordado, bem como os objetivos do presente estudo. O segundo capítulo refere-se a uma revisão sistemática, realizada nas principais bases de dados da área da psicologia e da psiquiatria, correspondendo aos últimos 10 (dez) anos, com os seguintes descritores: *marital satisfaction OR marital dissatisfaction AND mood disorders OR affective disorders OR depression OR bipolar disorders*. A pesquisa empírica é apresentada no terceiro capítulo, no qual foi realizado um estudo quantitativo e transversal com o objetivo de avaliar a satisfação conjugal e os transtornos do humor em um determinado setor da cidade de Porto Alegre. Finalizando, o quarto capítulo é composto pelas considerações finais teóricas e empíricas.

Justificativa

Os transtornos do humor abrangem um grupo de transtornos em que a função mental denominada afeto está alterada e que perturbações envolvendo as emoções e as funções fisiológicas e comportamentais dominam o quadro clínico (Sadock & Sadock, 2007). Conforme Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – texto revisado (DSM-IV-TR) - , os transtornos do humor são classificados em Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Distímico, Transtornos Bipolar tipo I e II, Transtorno Ciclotímico e Transtorno do Humor Sem Outra Especificação (APA, 2000).

O Transtorno Depressivo Maior é considerado uma condição clínica comum, com prevalência ao longo da vida em torno de 15% da população em geral (Bijl, Ravelle & Van Zerssen, 1998; Jacobi, Wittchen, Höltling, Höfler, Pfister, Müller et al, 2004; Kessler, Berglund, Demler, Jin, Keretz, Merikangas et al, 2003). Estudos realizados no Brasil, por Cavestro e Rocha (2006) identificaram prevalência em estudantes universitários de 8,9%.

No Transtorno Bipolar tipo I, os estudos demonstraram prevalência semelhante à esquizofrenia em torno de 1% da população em geral (Bebbington & Ramana, 1995), mas, se avaliados sob o espectro bipolar (tipos I e II, por exemplo), estudos clínicos e

populacionais atuais evidenciam taxas maiores: entre 3,0 a 8,8% (Angst, Gamma, Neuenschwander, Ajdajic-Gross, Eich, Rössler et al, 2005). Figueiredo e Argimon (2009), em um estudo realizado com estudantes de uma universidade privada da cidade de Porto Alegre, estimam que a prevalência do espectro bipolar seja de 34,6%.

Quanto à etiologia, as pesquisas estão centradas em três fatores principais: biológico, genético e psicossocial. No primeiro, estão implicados as aminas biogênicas (especialmente norepinefrina, serotonina e dopamina), a regulação neuroendócrina e a regulação neuroimune (Akiskal & Benazzi, 2008). O fator genético tem sido cada vez mais pesquisado, e os achados mais significativos se encontram na transmissão do Transtorno Bipolar I (Lima, Sougey, Vallada Filho, 2004). Já para os fatores psicossociais há evidências que os estressores da vida do indivíduo podem desencadear sintomas do transtorno do humor, assim como os transtornos do humor possam intensificar e agravar esses estressores (Fleck, Lima, Louzada et al, 2002).

Os estudos populacionais, além de destacarem a importância dos índices de prevalência para determinado transtorno, destacam também fatores que podem estar associados ao desenvolvimento dessas patologias. Esses resultados propiciam a identificação de qual população apresenta maior risco e a priorização no plano terapêutico em termos de saúde pública. De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2000), para concluirmos que um determinado indivíduo apresenta transtorno do humor, além dos critérios mínimos de sintomas, há necessidade de que estes sintomas estejam interferindo na vida ocupacional e/ou social e/ou de relacionamentos do indivíduo.

Pesquisas demonstram que, em indivíduos casados, há menor prevalência para transtornos mentais quando comparados com indivíduos solteiros ou divorciados (Patten, Wang, Williams, Currie, Beck, Maxwell & El-Guebaly, 2006; Maragno, Goldbaum, Gianini, Novaes & César, 2006). Estudo realizado no Rio Grande do Sul com indivíduos que buscam atendimento no Programa de Saúde da Família observou que a menor prevalência dos transtornos do humor, ansiedade e somatoformes, nos indivíduos casados, pode estar relacionados a outras variáveis, como, por exemplo, idade e situação econômica (Gonçalves & Kapczinski, 2008).

A insatisfação conjugal pode produzir conseqüências físicas e emocionais (Gottman, 1998). Dentro dessas conseqüências emocionais, os sintomas mais frequentes são: tristeza, irritabilidade, perda do interesse sexual e alterações no ciclo sono-vigília (Beach & O'Leary, 1993a; Beach & O'Leary, 1993b). Em razão disso, há dificuldade na realização do diagnóstico diferencial entre os sintomas que estão relacionados ao

transtorno do humor e aqueles relacionados ao quadro de insatisfação conjugal. Os estudos sugerem que conflitos que evoluem para o quadro de insatisfação conjugal, podem ser potentes fatores de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos. Fincham, Beach, Harold & Osborne (1987) demonstraram que a insatisfação conjugal está relacionada ao aumento de episódios depressivos ao longo do tempo, Weissman (1987) identificou que o risco para o desenvolvimento de um episódio depressivo é maior tanto para homens quanto para mulheres, quando há conflitos conjugais, e Hollist, Miller, Falceto e Fernandes (2007) em um estudo longitudinal realizado no Brasil, evidenciaram que conflitos conjugais são um forte preditor para sintomas depressivos.

O objetivo deste trabalho, portanto, é revisar o que se tem estudado na última década sobre a relação entre a satisfação conjugal e os transtornos do humor e quais fatores podem estar associados a essa relação, bem como desenvolver uma pesquisa para avaliar a satisfação conjugal e sua associação com os transtornos do humor em uma população clínica de um setor do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Com esses dados, pretende-se verificar a importância desse tipo de pesquisa e, também, da necessidade de um melhor planejamento de intervenções terapêuticas para essa população. A presente pesquisa está inserida dentro do projeto maior desenvolvido pelo Grupo de Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital, denominado, Rastreamento do Transtorno Bipolar em um setor da cidade de Porto Alegre.

REFERÊNCIAS

- Akiskal, H. S., & Benazzi, F. (2008). Continuous distribution of atypical depressive symptoms between major depressive and bipolar II disorders: dose-response relationship with bipolar family history. *Psychopathology, 41*, 39-42.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th ed., text revision) Washington, DC: American Psychiatric Association.
- 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.

- Beach, S. R. H. & O'Leary, K. D. (1993a). Dysphoria and marital discord: Are dysphoria individuals at risk for marital maladjustment? *Journal of Marital and Family Therapy*, 19, 355-368.
- Beach, S. R. H. & O'Leary, K. D. (1993b). Marital discord and dysphoria: For whom does the marital relationship predict depressive symptoms? *Journal of Social and Personal Relationship*, 10, 405-420.
- Bebbington, P. & Ramana, R. (1995). The epidemiology of bipolar affective disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, 279-292.
- Bijl, R. V., Ravelli, A. & van Zerssen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 587-595.
- Cavestro, J. M. & Rocha, F. L. (2006). Prevalência de depressão entre estudantes universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55 (4), 264-267.
- Figueiredo, Ângela L; Argimon, Irani de Lima (2009). Prevalência de sintomas do humor em uma população de alunos de uma universidade privada do município de Porto Alegre. Diss. (Mestrado em Psicologia) – PUCRS, fac. de Psicologia.
- Fincham, F. D., Beach, S. R. H, Harold, G. T. & Osborne, L. N (1987). Marital satisfaction and depression: Different causal relationship for men and women? *Psychological Science*, 8, 351-357.
- Fleck, M. P. A., Lima, A. F. B. S, Louzada, S.; et. al (2002). Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev. Saúde Pública*, 36 (4), 431-438.
- Gonçalves, D. M. & Kapczinski, F. (2008). Transtornos mentais em comunidade atendida pelo programa saúde da família. *Caderno de Saúde Pública*, 24 (7),

1641-1650.

- Gottman, J. (1998). Psychology and the study of marital processes. *Annual Review of Psychology*, 49, 169-187.
- Hollist, C. S., Miller, R. B., Falceto, O. G., Fernandes, C. L. C.(2007). Marital satisfaction and depression: A replication of the marital discord model in latino sample. *Family \Process*, 46 (4), 485-498.
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Höltling, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. et al. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34, 597-611.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Keretz, D., Merikangas, K. R. et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder. Results from the national Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289, 3095-3105.
- Lima, Ivanor Velloso Meira; Sougey, Everton Botelho; Vallada Filho, Homero Pinto (2004). Genética dos transtornos afetivos. *Rev. Psiq. Clín*, 31 (1), 34-39.
- Maragno, L, Goldbaum, M, Gianini, R. J, Novaes, H. M. D, César, C. L. G (2006). Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo programa saúde da família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 22 (8), 1639-1648.
- Patten, S. B, Wang, J. L, Williams, J. V. A, Currie, S, Beck, C. A, Maxwell, C. J, El-Guebaly, N (2006). Descriptive epidemiology of major depression in Canada. *Can. J. Psychiatry*, 51 (2), 84-90.
- Sadock, Benjamin James; Sadock, Virginia Alcott (2007). *Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*, 9ª Ed. Porto Alegre: Artmed.

Weissman, M. M. (1987). Advances in psychiatric epidemiology: Rates and risks for major depression. *American Journal of Public Health*, 77, 445-451.

CAPÍTULO II

RELAÇÃO ENTRE SATISFAÇÃO CONJUGAL E TRANSTORNOS DO HUMOR: FATORES ASSOCIADOS

INTRODUÇÃO

Os transtornos do humor são considerados síndromes que implicam em alterações emocionais, fisiológicas e de comportamento. Essas alterações persistem por semanas ou meses e comprometem o desempenho social, ocupacional e, especialmente, interpessoal.

Quando o humor está elevado, as principais características são expansividade, fuga de ideias, redução do sono, elevada autoestima, ideias de grandiosidade, agressividade, irritabilidade e descontrole dos impulsos (gastos excessivos, sexo compulsivo). Por sua vez, o humor deprimido é caracterizado por perda de energia, e de interesse, sentimentos de culpa, tristeza, dificuldade de concentração, perda do apetite, diminuição do desejo sexual e desesperança a qual pode evoluir para pensamentos de morte. Pacientes que apresentam somente episódios depressivos são diagnosticados com Transtorno Depressivo Maior ou Depressão Unipolar. Pacientes com episódios maníacos e depressivos, ou somente episódios maníacos, são classificados com Transtorno Bipolar (Sadock & Sadock, 2007).

A satisfação conjugal, mesmo sendo um conceito subjetivo, apresenta características centradas em três necessidades: a satisfação, o ajustamento e a qualidade conjugal (Arriaga, 2001). Para Andolfi (2002), o sucesso ou o fracasso do relacionamento a dois depende do funcionamento, ou não, das regras de colaboração que o casal precisa expressar, clareando as diferenças e as semelhanças entre a dupla. O autor descreve os temas principais nos quais o casal precisa colaborar para o bom funcionamento, como, por exemplo, ganhar dinheiro, cuidar da casa, ter vida social e prazer nas relações sexuais. Sanderson e Cantor (1997) destacam, além das características já mencionadas sobre satisfação conjugal, a importância de haver habilidade e capacidade de comunicação entre o casal.

Para o diagnóstico de transtornos do humor, leva-se em conta os critérios

diagnósticos mínimos descritos pelo DSM-IV-TR (APA, 2000), e a ocorrência de prejuízo em um ou mais dos seguintes setores da vida do indivíduo: interação social, relacionamentos e atividades ocupacionais.

Uma vez presente um quadro clínico de transtorno do humor e seus sintomas interferindo no relacionamento interpessoal, há forte possibilidade de ocorrer a produção de insatisfação conjugal. O modelo cognitivo propõe uma possível explicação para tal associação, partindo do princípio básico de que não é a situação em si que desencadeia as emoções, e sim o fato de como o indivíduo pensa sobre essa situação. Esse modelo propõe que os transtornos do humor contribuem para um processamento disfuncional do sistema cognitivo, alterando a forma de pensar do indivíduo (Knapp & Beck, 2008).

Uma alteração no processamento da representação mental, ou seja, do modo como o indivíduo capta as informações que vêm do ambiente, somado a sua percepção interna, pode resultar em um comprometimento no modo de relacionar-se. No que se refere ao relacionamento afetivo, é de esperar-se que esse comprometimento implique em desajustes que alteram sua eficácia para resolver problemas. Isso intensifica diferenças e produz conflitos, evoluindo, desse modo, para um quadro de insatisfação conjugal (Addis & Bernard, 2002).

A insatisfação conjugal, por sua vez, quando não evolui para uma resolução favorável, irá intensificar os sintomas de frustração e desesperança e interferirá na evolução e no prognóstico dos sintomas do transtorno do humor. Essa dupla interferência é, provavelmente, o fator que confunde o diagnóstico diferencial (Whisman, 2001). Assim, as pesquisas com indivíduos casados ou que vivem em união estável podem produzir esclarecimentos sobre a referida associação.

Algumas pesquisas já evidenciaram que os transtornos do humor interferem no relacionamento conjugal (Briscoe & Smith, 1973; Whisman & Bruce, 1999). Tendo em vista que essa relação pode dificultar o prognóstico dos transtornos do humor, este capítulo tem como objetivo revisar, nas principais bases de dados da psicologia e da psiquiatria, artigos que abordem tal relação, descrevendo os possíveis fatores associados.

MÉTODO

Para verificar a relação entre satisfação conjugal e transtornos do humor, foi realizada uma revisão sistemática nas bases de dados Scielo, Lilacs, Proquest, Medline, Psycinfo e Web of Science com as palavras-chave marital satisfaction OR marital dissatisfaction AND mood disorders OR depression OR bipolar. Foram encontrados, no total, 296 artigos, mas excluídos do estudo aqueles que apresentavam a relação satisfação conjugal com outros transtornos psiquiátricos que não o do humor (transtornos de ansiedade, transtornos relacionados ao uso de substâncias e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em adultos, por exemplo) bem como os relacionados a condições clínicas, como, por exemplo, cônjuge com doença clínica crônica.

A busca de artigos deu-se, inicialmente, nos últimos 05 (cinco) anos, mas, devido aos poucos estudos encontrados, o período de busca foi ampliado para janeiro de 2000 a junho de 2010. Foram selecionados, inicialmente, 18 artigos que tratavam, especificamente, do tema satisfação conjugal e transtornos do humor. Após leitura inicial, foram excluídos os artigos com metodologia longitudinal e ensaios clínicos, finalizando a busca com 08 (oito) artigos com metodologia transversal.

ESTUDOS ENCONTRADOS

Os artigos são descritos no quadro 1, no qual foram organizados por autor e ano, país de origem da pesquisa, delineamento e amostra, situação da entrevista, instrumentos usados, fatores associados e observações descritas pelos autores.

A coluna da situação da aplicação dos instrumentos se fez necessária, pois alguns artigos referem-se à pesquisa aplicada a um componente do relacionamento afetivo, enquanto outros realizaram entrevistas com ambos os componentes do casal, e, também, para diferenciar pesquisas que usaram instrumentos autoaplicáveis de pesquisas que realizaram entrevistas com os participantes.

Quadro 1 – Achados da revisão sistemática do período compreendido entre janeiro de 2000 e junho de 2010;
 Continua.

AUTOR/ ANO	PAIS	DELINEA- MENTO E AMOSTRA	SITUAÇÃO DA APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS	INSTRUMENTOS USADOS	FATORES ASSOCIADOS	OBSERVA- ÇÕES
Uebelacker , Courtnage & Whisman/ 2003	USA	Transversal 127 indivíduos	Entrevistas individuais com um dos componentes do casal, realizadas com voluntários na rua e através de contato telefônico	BDI-II Quality of marriage index Communication patterns questionnaire Silencing the self scale	A forma de comunicação está associada a insatisfação conjugal e sintomas depressivos. Mulheres com características de autoisolamento estão mais vulneráveis a esta associação.	Mais estudos em diferentes culturas para avaliar os fatores associados e, também, pesquisas para avaliar estilos de comunicação do casal.
Uebelacker & Whisman/ 2006	USA	Transversal 2538 indivíduos	Entrevistas individuais com um dos componentes do casal, realizada no domicílio	Composite international diagnostic interview Relationship discord (two questions) Demographic variables Vulnerability variables	Indivíduos casados com baixo nível de discórdia apresentam menores taxas para depressão; A associação entre conflitos conjugais e depressão é mais forte em indivíduos que vivem em união estável.	Importância de pesquisar fatores associados a conflitos conjugais.

Quadro 1 – Achados da revisão sistemática do período compreendido entre janeiro de 2000 e junho de 2010;
Continuação

AUTOR/ ANO	PAÍS	DELINEAMEN TO E AMOSTRA	SITUAÇÃO DA APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS	INSTRUMENTO S USADOS	FATORES ASSOCIADOS	OBSERVA- ÇÕES
Johnson & Jacob/2000	USA	Comparação entre grupos: 49 casais, marido deprimido; 41 casais com esposa deprimida; 50 casais, controle	Entrevistas individuais realizadas com ambos os componentes do casal. Entrevistas realizadas na universidade	Schedule for affective disorders and schizophrenia Dyadic adjustment scale Areas of change questionaire Marital interaction coding system	A interação negativa entre os casais está relacionado ao aumento dos episódios depressivos.	Indicação de terapia de casal
Coyne, Thompson & Palmer/ 2002	USA	Comparação entre grupos: 38 casais, mulheres em tratamento ambulatorial; 35 casais, mulheres em tratamento hospitalar; 42 casais, controle	Entrevistas individuais realizadas com ambos os componentes do casal. As entrevistas com as mulheres foi realizada na unidade de tratamento. Para os cônjuges foi enviado questionarios para serem respondidos em casa	HSCL - 25 Dyadic adjustment scale Destructive tactics and construtive tactics Expression of affection Complainsts about marriage	Casais com esposas deprimidas relataram maior estresse conjugal e maior dificuldade na resolução de problemas	Importância de indicar terapia de casal e/ou psicoeducação para conjuge

Quadro 1 – Achados da revisão sistemática do período compreendido entre janeiro de 2000 e junho de 2010;
Continuação

AUTOR/ ANO	PAÍS	DELINEA- MENTO E AMOSTRA	SITUAÇÃO DA APLICAÇÃO DOS INSTRU- MENTOS	INSTRU- MENTOS USADOS	FATORES ASSOCIADOS	OBSERVAÇÕES
Bookwala & Jacobs/ 2004	USA	Comparação entre grupos: 2289 adultos jovens, 1145 de meia idade, 691 maiores de 60 anos	Entrevistas individuais com um dos componentes do casal, realizada no domicílio.	Negative marital process (NMP) Marital satisfaction CES-D	Indivíduos com mais de 60 anos apresentam scores significativamente mais elevados com relação à satisfação conjugal, quando comparados com casais jovens; NMP foi mais fortemente relacionado com efeito depressivo em casais jovens do que em casais meia idade.	Mais estudos para avaliar a interferência dos sintomas depressivos sobre o cônjuge.
Whisman, Uebelacker & Weinstock/ 2004	USA	transversal 774 casais	Entrevistas individuais realizadas com ambos os componentes do casal. Entrevista no domicílio	MMPI DAS	Indivíduos com depressão relatam mais insatisfação conjugal que indivíduos com ansiedade	Estudos longitudinais para avaliar o desenvolvimento de insatisfação conjugal em indivíduos deprimidos

Quadro 1 – Achados da revisão sistemática do período compreendido entre janeiro de 2000 e junho de 2010; Conclusão.

AUTOR/ANO	PAÍS	DELINEAMENTO E AMOSTRA	SITUAÇÃO DA APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS	INSTRUMENTOS USADOS	FATORES ASSOCIADOS	OBSERVAÇÕES
Whisman/2007	USA	Transversal 2213 indivíduos	Entrevistas individuais com um dos componentes do casal. Entrevista nos domicílios	WMH-CIDAS	Forte associação entre insatisfação conjugal e transtorno bipolar; Associação entre insatisfação conjugal e depressão aumenta com a idade.	Estudos longitudinais para avaliar a associação dos transtornos mentais e a satisfação conjugal
Lam, Donaldson, Brown & Malliaris/2005	UK	Transversal 37 cônjuge de pacientes com transtorno bipolar.	Entrevistas individuais com o cônjuge do paciente com transtorno do humor bipolar. Entrevistas na unidade de tratamento.	Mania rating scale BDI General health questionnaire Golombok-rust inventory of sexual satisfaction Golombok-rust inventory of marital state	Desarmonia conjugal foi maior quando os pacientes apresentam alteração no humor; Maior descrição de problemas no relacionamento quando na fase maníaca	Indicação de tratamento para o casal

DISCUSSÃO DOS ACHADOS

Embora os artigos revisados apresentem e destaquem a relação entre a satisfação conjugal e os transtornos do humor, há uma diferença entre eles no que se refere aos instrumentos usados, tanto para avaliar os transtornos do humor quanto a satisfação conjugal, bem como ao método usado para a realização da aplicação dos instrumentos. Desse modo, a discussão sobre os achados foi dividida em duas partes: instrumentos empregados e fatores associados.

Instrumentos

Observou-se uma variação grande de instrumentos usados tanto para avaliar o transtorno do humor quanto para avaliar a satisfação conjugal. Esse fator pode ser um dificultador no momento de uniformizarmos os achados.

No caso dos sintomas depressivos os instrumentos foram usados na forma de autorrelato ou em entrevistas semiestruturadas. As escalas autoaplicáveis, embora possam facilitar a aplicação e a revelação por parte do indivíduo de seus sintomas, apresentam a desvantagem de demonstrar um levantamento sintomatológico, e não um diagnóstico do determinado transtorno. As entrevistas semiestruturadas, por sua vez, requerem um treinamento dos aplicadores e poderão apresentar como desvantagem a não sinceridade do entrevistado, talvez por falta de empatia com o aplicador (Chandler, Wang, Ketter & Goodwin, 2008).

Nos artigos estudados, observou-se um predomínio de escalas de autorrelato. O problema identificado nesse ponto foram escalas como o BDI, primeira versão (Johnson & Jacob, 2000; Lam, Donaldson, Brown & Malliaris, 2005), e a CES-D (Brookwala & Jacobs, 2004), que são instrumentos que avaliam sintomas depressivos na última semana. Pelo DSM-IV-TR, para tais sintomas serem indicativos de um transtorno depressivo, eles devem ocorrer nas últimas duas semanas. O uso dessas escalas não atualizadas deve-se ao fato de os artigos trabalharem com uma população originária de um banco de dados, cujas aplicações dos instrumentos ocorreram em período anterior às novas versões dessas escalas. A utilização do BDI-II foi realizada somente por Uebelacker, Courtnage & Whisman (2003). Os outros instrumentos usados foram HSCL-25 (Coyne, Thompson & Palmer, 2002), MMPI-2 (Whisman, Uebelacker &

Weinstock, 2004), e as entrevistas, semiestruturadas segundo o DSM-III-R (Uebelacker & Whisman, 2006) e o DSM-IV (Whisman, 2007).

Para o transtorno bipolar, foram usadas as entrevistas semiestruturadas (Whisman, 2007) e a Mania Rating Scale (Lam, 2005). A prevalência de depressão encontrada nesses estudos variou de 6% (Uebelacker, 2003) a 8,12% (Uebelacker, 2006).

Na situação de avaliação da satisfação conjugal, a Dyadic Adjustment Scale (DAS) foi a escala mais usada (Coyne, 2002; Johnson, 2000; Whisman, 2004; Whisman, 2007). É um instrumento de autorrelato que avalia questões relacionadas a afazeres domésticos, relação com o dinheiro, atividades de lazer e percepção do cônjuge. Uebelacker (2003) usou a Quality of Marriage Index e Lam (2005) usou Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction and Marital State.

Outros pesquisadores (Brookwala, 2004; Uebelacker, 2006) optaram por avaliar a satisfação conjugal por meio de perguntas formuladas e acrescentadas na ficha sociodemográfica. Por exemplo: “taking things all together, how would you describe your marriage?” (tradução para português do Brasil: “quando realizam atividades juntos, como você descreveria o seu casamento?”); “All in all, how satisfied are you with your relationship?” (tradução para português do Brasil: “em suma, quanto você está satisfeito com o seu relacionamento?”).

Os estudos demonstraram que é maior o número de casais satisfeitos, mas o percentual de insatisfação conjugal foi encontrado por Uebelacker (2003) em torno de 11%, e o nível de discórdia conjugal foi 1,4, em uma escala de 1 a 4, onde 1 representa baixíssimo nível de discórdia e 4 altíssimo nível de discórdia (Uebelacker, 2006).

Fatores associados à relação satisfação conjugal e transtornos do humor

Levando em conta os diferentes instrumentos empregados, estão relacionados abaixo os principais resultados referentes ao tema satisfação conjugal e transtornos do humor.

- Insatisfação conjugal não só está relacionada aos sintomas depressivos, mas também à intensidade desses sintomas (Uebelacker et al, 2003; Whisman et al, 2004);
- Com relação ao fator idade, idosos apresentam escores mais significativos para satisfação conjugal quando comparados com jovens e indivíduos de meia idade, e, por

sua vez, a insatisfação conjugal está mais fortemente relacionada aos sintomas depressivos em jovens (Bookwala & Jacobs, 2004);

- A associação entre insatisfação conjugal e depressão aumenta com a idade (Whisman, 2007);

- Indivíduos casados com baixo nível de discórdia apresentam menores taxas para depressão, pois um bom relacionamento conjugal pode fornecer maior proteção contra os sintomas depressivos (Uebelacker & Whisman, 2006);

- Uebelacker e Whisman (2006) evidenciaram que há diferença entre indivíduos casados e indivíduos vivendo em união estável. A associação entre conflitos conjugais e depressão é mais forte em indivíduos que vivem em união estável;

- A forma de comunicação do casal também é um fator que está relacionado à relação satisfação conjugal e depressão. Casais com baixa interação na comunicação estão mais sujeitos a essa relação (Uebelacker et al, 2003) e a baixa interação entre os casais está associado ao aumento dos episódios depressivos (Johnson & Jacob, 2000);

- Em alguns estudos, não se observa diferença entre os gêneros, referindo que há relação entre insatisfação conjugal e desenvolvimento de sintomas depressivos, mas sendo isso semelhante em homens e mulheres (Uebelacker & Whisman, 2006; Whisman et al, 2004; Whisman, 2007). Mas Coyne et al (2002), que comparou grupos de casais, observou que os casais com esposas deprimidas apresentam maior estresse conjugal e maior dificuldade na resolução de problemas, quando comparados com casais com maridos deprimidos.;

- Dados sociodemográficos, tais como raça, ocupação profissional e escolaridade, parecem não ter relação com essa associação (Uebelacker, 2006; Whisman, 2007).

Fatores relacionados ao transtorno do humor bipolar

Somente dois artigos estão relacionados ao fator bipolaridade, evidenciando uma forte associação entre insatisfação conjugal e transtorno bipolar (Whisman, 2007), e a desarmonia conjugal apresentando-se maior quando os pacientes encontram-se na fase maníaca (Lam, 2005).

Lam (2005) também avaliou o impacto do transtorno bipolar sobre o cônjuge e identificou que há uma diminuição da vida social, aumento de responsabilidades

domésticas, maiores problemas financeiros e insatisfação sexual quando os pacientes encontram-se com humor alterado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos 08 (oito) artigos encontrados, há relação entre insatisfação conjugal e transtornos do humor, embora os fatores associados a essa relação apresentem diferentes resultados dependendo da população estudada. Os objetivos de cada estudo definiram a metodologia a ser empregada, o que resultou em dois grupos de entrevistas: individual e com o casal.

Alguns dos instrumentos usados para avaliar os transtornos do humor, infelizmente, não estão adaptados aos critérios diagnósticos do DSM-IV-TR; desse modo, nos casos em que os sintomas depressivos foram avaliados na última semana, correm o risco de apresentar uma maior prevalência, não sendo possível correlacioná-los com o Transtorno Depressivo Maior. Do mesmo modo, há dificuldade em uniformizar os resultados referentes a satisfação conjugal. Os instrumentos autoaplicáveis usados avaliam a satisfação conjugal por meio de diferentes características, medindo o nível de satisfação conjugal ou o nível de discórdia conjugal.

Com relação ao sexo, por exemplo, a maioria dos estudos não aponta diferenças entre homens e mulheres para tal relação. O fator idade parece ter um impacto importante no sentido de que, quanto maior o tempo de um relacionamento com insatisfação conjugal, maiores as possibilidades do desenvolvimento dos sintomas depressivos; porém, indivíduos com mais idade têm maior probabilidade de apresentarem satisfação conjugal. Com relação ao tempo de relacionamento, nenhum dos artigos estudados avaliou esse tópico.

Com relação ao transtorno bipolar, há poucos estudos, mas há evidências de um comprometimento importante na relação afetiva, que pode piorar o prognóstico desses casos. A insatisfação conjugal, é mais frequente quando os indivíduos encontram-se com sintomas do transtorno do humor e, especialmente, quando com sintomas maníacos. Essa associação está relacionada a questões que exigem mais do cuidador, como aumento das responsabilidades domésticas e maior controle das questões financeiras.

Por fim, destaca-se a carência de artigos sobre esse tema, o que evidencia a

necessidade de mais pesquisas, principalmente, com a intenção de avaliar essa relação em diferentes culturas e de evidenciar mais fatores que possam estar associados a ela, como, por exemplo, aqueles relacionados ao ciclo de vida da família, tais como: tempo de relacionamento, número de filhos e número de relacionamentos anteriores. Bookwala (2004) e Whisman (2007) destacaram a importância de estudos longitudinais para verificar fatores de causa e consequência nessa associação.

Devido à importância de estruturarmos um bom plano de tratamento para os indivíduos que sofrem de transtorno do humor, o conhecimento de fatores que possam estar associados possibilita a priorização das técnicas psicoterapêuticas a serem empregadas. A associação entre insatisfação conjugal e transtornos do humor requer uma atenção à possibilidade de tratamento para o casal, e não somente individual (Coyne, 2002; Johnson, 2000; Lam, 2005). Desse modo, o conhecimento dessa situação propiciará melhor planejamento em saúde pública.

REFERÊNCIAS

- Addis, J. & Bernard, M. W. (2002). Marital adjustment and irrational beliefs. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavioral Therapy*, 20, 3-13.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th ed., text revision) Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andolfi, Maurizio (2002). A crise do casal: uma perspectiva sistêmico-relacional. Porto Alegre: Artmed.
- Arriaga, X. B. (2001). The ups and downs of dating: Fluctuations in satisfaction in newly formed romantic relationship. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80 (5), 754-765.
- Beck, A.T. (1996). *Beck Depression Inventory-II*, Psychological Corporation, San Antonio, TX.

- Bookwala, Jamila; Jacobs, Jamie (2004). Age, marital processes, and depressed affect. *The Gerontologist*, 44 (3), 328-338.
- Briscoe, C. W. & Smith, J.B.(1978). Depression and marital turmoil. *Archives of General Psychiatry*, 29, 811-817.
- 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.
- Coyne, James C; Thompson, Richard; Palmer, Steven C (2002). Marital quality, coping with conflict, marital complaints, and affection in couples with a depressed wife. *Journal of Family Psychology*, 16 (1), 26-37.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. & Williams, J. B. W. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders – clinician version (SCID-CV)*, Washington (DC): American Psychiatric Press.
- Johnson, Sheri L; Jacob, Theodore (2000). Sequential interactions in the marital communication of depressed men and women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (1), 4-12.
- Knapp, P.; Beck, A. T (2008). Fundamentos, modelo conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Rev. Bras. Psiquiatr*, 30 (sup II), S54-64.
- Lam, D.; Donaldson, C.; Brown, Y.; Malliaris, Y. (2005). Burden and marital and sexual satisfaction in the partners of bipolar patients. *Bipolar Disorders*, vol 7 (5), 431-440.
- Sadock, Benjamin James; Sadock, Virginia Alcott (2007). *Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*, 9ª Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Sanderson, C. A. & Cantor, N. (1997). Creating satisfaction in steady dating

relationship: The role of personal goals and situational affordances. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73 (6), 1424-1433.

Uebelacker, Lisa A.; Whisman, Mark, A (2006). Moderators of the association between relationship discord and major depression in a national population based sample. *Journal of Family Psychology*, vol 20 (1), 40-46.

Uebelacker, Lisa A; Courtnage, Emily S; Whisman, Mark a (2003). Correlates of depression and marital dissatisfaction: perceptions of marital communication style. *Journal of Social and Personal Relationship*, 20 (757), 757-769.

Whisman, M. A. (2001). Marital adjustment and outcome following treatments for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (1), 125-129.

Whisman, Mark A., Bruce, Martha L. (1999). Marital Dissatisfaction and Incidence of Major Depressive Episode in a Community Sample. *Journal of Abnormal Psychology*, vol 108 (4), 674-678.

Whisman, Mark A.; Uebelacker, Lisa A. (2009). Prospective associations between marital discord and depressive symptoms in middle aged and older adults. *Psychology and Aging*, vol 24 (1), 184-189.

Whisman, Mark A (2007). Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 116 (3), 638-643.

Whisman, Mark A; Uebelacker, Lisa A; Weinstock, Lauren M (2004). Psychopathology and marital satisfaction: the importance of evaluating both partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (5), 830-838.

CAPÍTULO III

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.

INTRODUÇÃO

Este capítulo descreve um estudo empírico cujo objetivo é 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 conseqüências 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 frequentaram 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 (Anexo A). 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 (Anexo B) 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 hipomaniacos, 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 (Anexo C). Nesta pesquisa foram considerados indivíduos com sintomas hipomaniacos 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 (Anexo D). 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 (Anexo E).

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 (Anexo E) 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.

Os instrumentos estão guardados em embalagens próprias para conservação de documentos de papel. Tais instrumentos serão mantidos por um período de cinco anos após a conclusão da coleta de dados no espaço reservado para o grupo de pesquisa Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital, coordenado pela Prof Dr Irani I. de Lima Argimon, localizado no prédio da faculdade de Psicologia da PUCRS. Esse material terá acesso restrito, sendo manuseado apenas pela coordenadora e pelos pesquisadores.

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 hipomaniacos, 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.

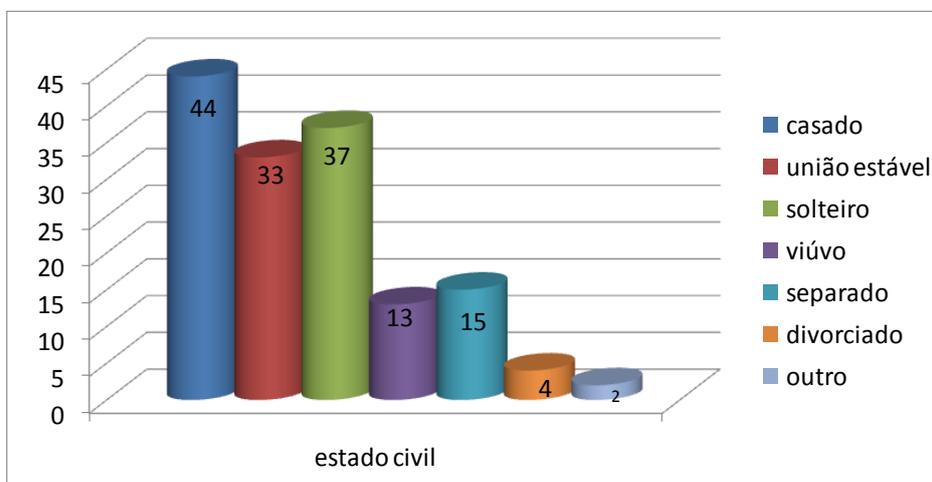


Gráfico 1. Número de participantes conforme o estado civil

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.

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).

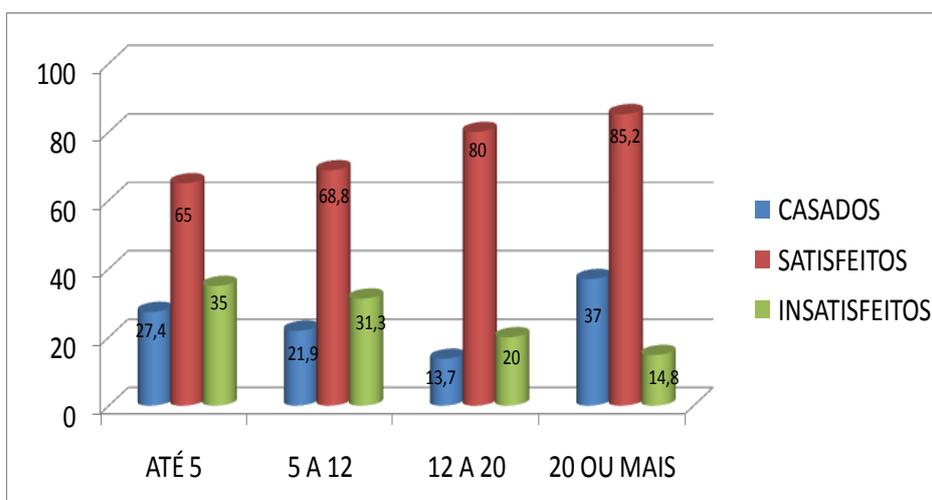


Gráfico 2. Porcentagem dos participantes conforme o tempo de relacionamento ($p = 0,087$) e sua percepção da satisfação conjugal.

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).

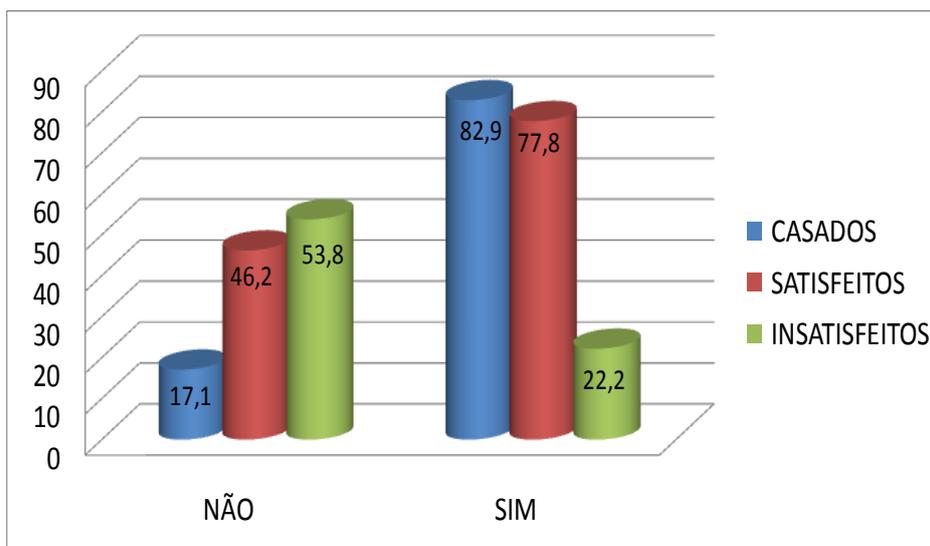


Gráfico 3. Porcentagem dos participantes com e sem religião ($p = 0,048$) e sua percepção da satisfação conjuga

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).

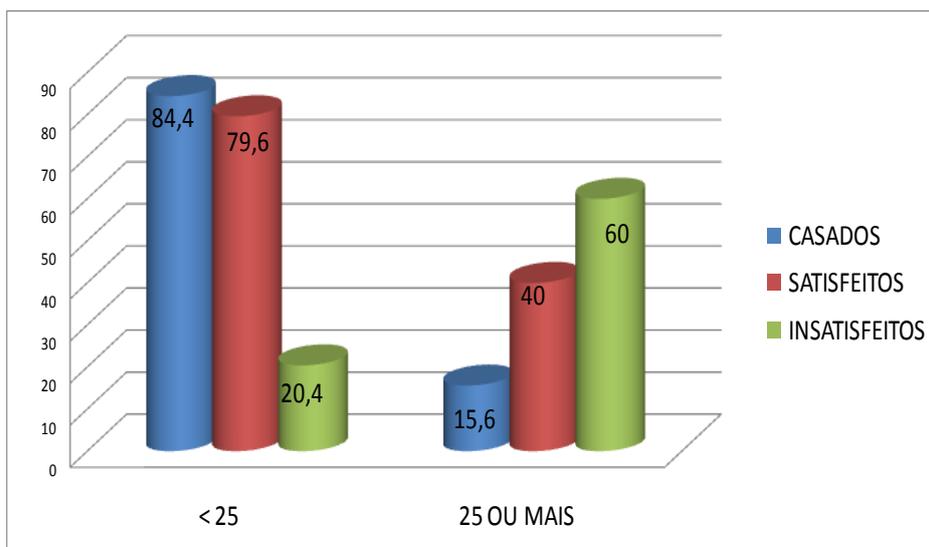


Gráfico 4. Porcentagem dos participantes conforme HCL-32 ($p = 0,027$) e sua percepção da satisfação conjugal

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 ($p = 0,009$).

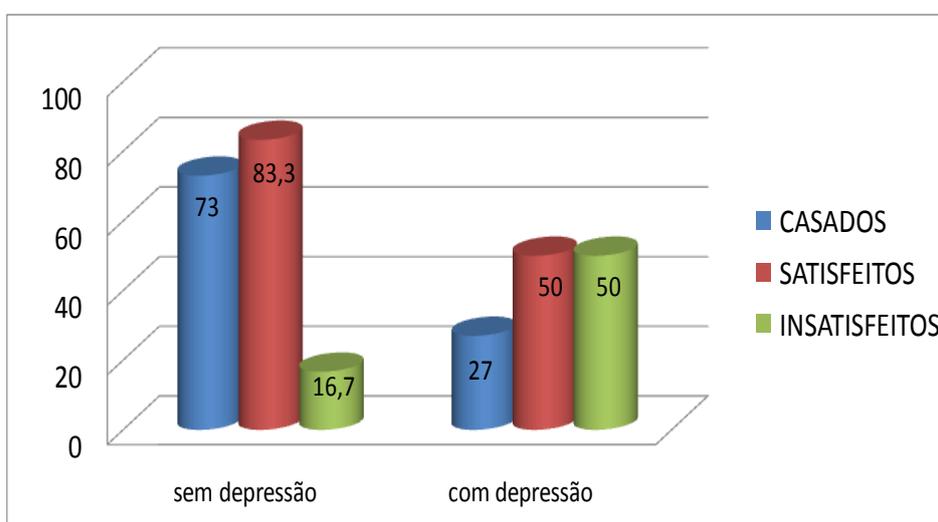


Gráfico 5. Porcentagem dos participantes conforme BDI-II ($p = 0,009$) e sua percepção da satisfação conjugal

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			
Não	29 (39,2%)*	22 (75,9%)	1,000
Sim	45 (60,8%)	33 (73,3%)	
Religião			
Não	13 (17,1%)*	06 (46,2%)	0,048
Sim	63 (82,9%)	49 (77,8%)	
Problema de saúde física			
Não	32 (43,2%)*	23 (71,9%)	0,879
Sim	42 (56,8%)	32 (76,2%)	
Doença mental			
Não	59 (79,7%)*	47 (79,7%)	0,080
Sim	15 (20,3%)	08 (53,3%)	
Internação psiquiátrica			
Não	68 (91,9%)*	51 (75,0%)	1,000
Sim	06 (08,1%)	04 (66,7%)	
Medicação de uso contínuo			
Não	38 (52,1%)*	27 (71,1%)	0,745
Sim	35 (47,9%)	27 (71,1%)	
Tratamento psicológico ou psiquiátrico			
Não	54 (74,0%)*	42 (77,8%)	0,614
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)			
Não	66 (89,2%)*	48 (72,7%)	0,635
Sim	08 (10,8%)	07 (87,5%)	
Tabaco			
Não fuma	64 (86,5%)*	48 (64,9%)	0,943
Dependência baixa ou moderada	05 (6,8%)	03 (4,1%)	
Dependência elevada	05 (6,8%)	04 (5,4%)	
HCL			
Menos 25	54 (84,4%)*	43 (79,6%)	0,027
25 ou mais	10 (15,6%)	04 (40,0%)	
BDI-II			
Sem depressão	54 (73,0%)*	45 (83,3%)	0,009
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.

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 hipomaníacos 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.

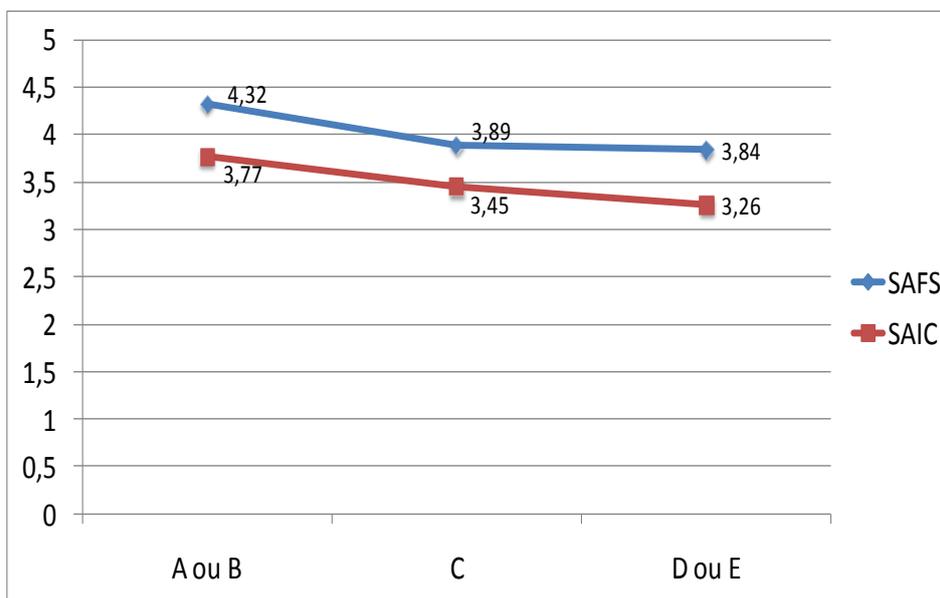


Gráfico 6. Médias da SAFS ($p=0,055$) e da SAIC ($p=0,069$) conforme a renda econômica

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 ($p=0,001$).

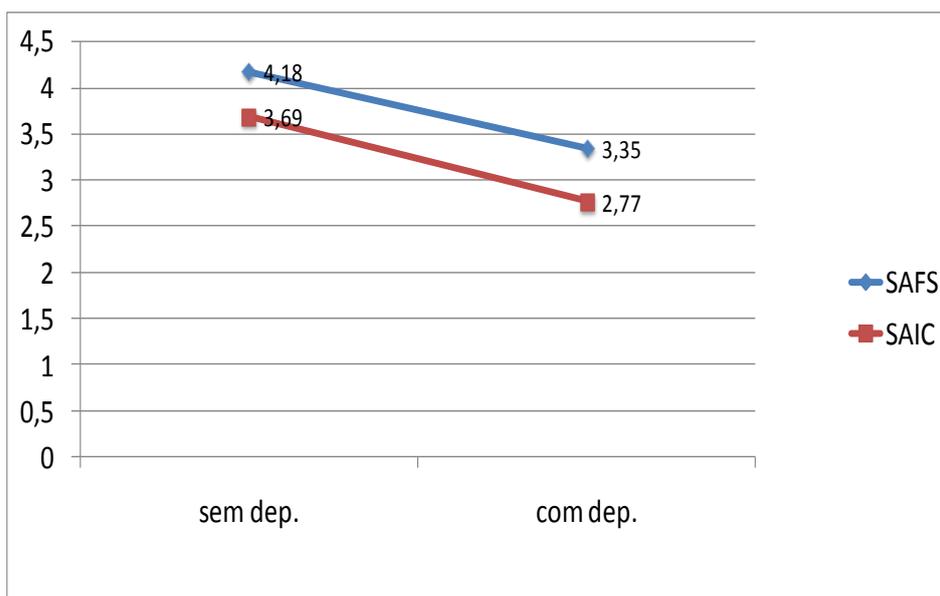


Gráfico 7. Médias da SAFS ($p=0,001$) e da SAIC ($p=0,001$) conforme os sintomas depressivos pelo BDI-II

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	31*	3,92 (0,78)	0,652	3,44 (0,92)	0,871
Sim	45	4,00 (0,73)		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
Interação 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 depressiva: 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 tolerância 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.

CAPÍTULO IV

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos populacionais transversais são fundamentais para a descrição dos dados referentes à prevalência tanto de problemas físicos quanto para transtornos mentais. Para melhor entendimento desses achados, os fatores associados auxiliam na identificação de fatores de riscos, bem como das possíveis conseqüências para a população em estudo (Gavin, Walton, Chae, Alegria, Jackson & Takeuchi, 2010; King, Nazareth, Levy, Walker, Morris, Weich, Bellón-Saameño, Moreno, et al, 2008).

No caso dos estudos que incluem população de indivíduos casados, passa a ser significativo avaliarmos as características específicas desse grupo, em particular, o nível de satisfação conjugal (Butterworth & Rodgers, 2006). Uma vez identificadas diferenças entre os grupos de satisfeitos e insatisfeitos nos relacionamentos, os resultados possibilitam uma melhor avaliação dessa população (Schudlich, Papp & Cummings, 2004; Whisman, Sheldon & Goering, 2000).

A partir desse entendimento, delineou-se um estudo populacional com o objetivo de avaliar os indivíduos casados em uma amostra clínica com tempo determinado. Foram acrescentados à ficha de dados sociodemográficos e clínicos, questões específicas sobre o ciclo de vida família. Pesquisas foram realizadas a fim de definir o melhor instrumento para avaliar a satisfação conjugal nessa população.

Como o estudo incluiu vários instrumentos a serem aplicados, o treinamento da equipe foi uma condição para que os aplicadores estivessem aptos a participar da coleta de dados. Esses encontros foram realizados semanalmente, com duração de 90 minutos, por um período de quatro meses.

Apesar de todo o cuidado metodológico percebeu-se a dificuldade na realização desse tipo de pesquisa. O obstáculo principal foram as recusas em participar da pesquisa. Como ela foi realizada em um serviço de atendimento clínico, muitos indivíduos ficavam com receio de perder a consulta previamente agendada, mesmo sendo informados de que a entrevista seria interrompida quando fossem chamados para atendimento; também fato de muitos possíveis participantes estarem acompanhados de filhos pequenos dificultou a viabilização das entrevistas. Mas, evidentemente, os

aspectos positivos foram também concretizados. Boa parte da população que frequenta tal serviço mostrou-se empática com a importância desse tipo de estudo. A pesquisa, mesmo com um número pequeno de participantes, evidenciou resultados que nos propiciam caracterizar a referida população e identificar achados indicativos de problemas.

Os resultados da pesquisa mostraram, para a população de casados, uma prevalência para sintomas hipomaníacos de 15,6% e para sintomas depressivos de 27,0%. Esta pesquisa foi realizada com uma população clínica, isto explica os índices encontrados. Com relação a satisfação conjugal os participantes do estudo apresentaram boa média. A percepção do participante sobre a sua satisfação conjugal mostrou que 73,3% do sexo feminino e 70,6% do sexo masculino estão satisfeitos no relacionamento. Com relação à EFSRC, o sexo feminino apresentou médias de 3,85 para SAFS e 3,36 para SAIC, já nos indivíduos do sexo masculino as médias foram de 4,37 para SAFS e 3,79 para SAIC. Os fatores associados a tal condição foram: o tempo de relacionamento (quanto maior, maior o percentual de satisfeitos), ter religião e pertencer a classes econômicas mais elevadas.

O principal objetivo desta pesquisa referente à associação da satisfação conjugal com os sintomas dos transtornos do humor, foi evidenciado com relação aos sintomas depressivos. Esse achado já demonstra a importância do planejamento de melhores intervenções terapêuticas para tal população. Barbato e D'Avanzo (2008) realizaram um meta-análise para avaliar a eficácia da terapia de casal para indivíduos com transtorno depressivo, onde concluíram que indivíduos com conflitos conjugais respondem melhor a tal abordagem.

Os estudos longitudinais são fundamentais para o entendimento da referida associação. Uma pesquisa de acompanhamento por 10 anos, com indivíduos deprimidos e que eram casados, constatou um decréscimo na satisfação conjugal ao longo do tempo, particularmente, no grupo de indivíduos que não apresentaram resolução desses sintomas. Esse estudo reforça a importância da indicação de terapia de casal para esse grupo (Kronmüller, Backenstrass, Victor, Postelnicu, Schenkenbach, Joest, Fiedler & Mundt, 2010).

Outro ponto a ser destacado é a necessidade de avaliarmos ambos os componentes do casal. Os resultados obtidos referentes ao uso de substâncias e aos sintomas hipomaníacos evidenciaram essa necessidade. Os indivíduos com tais transtornos podem não perceber a consequência de seu comportamento na vida conjugal

(Proulx, Buchler & Helms, 2009; Kouros, Papp & Cummings, 2008; Davila, Karney, Hall & Bradbury, 2003).

Por fim, é importante ressaltar algumas necessidades encontradas a partir deste estudo:

- Novas pesquisas, especialmente com população não clínica e com número amostral representativo de população geral;

- Reavaliar a população que participou desta pesquisa com a finalidade de um acompanhamento longitudinal para melhor compreensão da associação dos sintomas do humor com a satisfação conjugal;

- Desenvolvimento de estratégias de tratamento para a população com sintomas do humor e insatisfação conjugal. Possibilidade de treinamento da equipe de saúde básica tanto sobre os transtornos do humor quanto para as conflitivas conjugais;

- Incentivo para estudos populacionais incluírem questões que possam avaliar o nível de satisfação conjugal na população de casados.

Ter um relacionamento afetivo é indicativo de menor possibilidade para o desenvolvimento de muitas doenças mentais, mas a qualidade do relacionamento pode interferir, diretamente, no prognóstico dos referidos transtornos (Patten, Wang, Williams et al, 2006; King, Nazareth, Levy, et al, 2008; Bailey, Blackmon & Steves, 2009). O entendimento desse comprometimento e o uso de recursos terapêuticos para melhorar a conflitiva conjugal podem contribuir, favoravelmente, na resolução desses quadros.

REFERÊNCIAS

Bailey, R. K.; Blackmon, H. L., & Steves, F. L. 2009. Major depressive disorder in the African American population: meeting the challenges of stigma, misdiagnosis, and treatment disparities. *Journal of the National Medical Association*, 101 (11), 1084-1089.

Barbato, A., & D'Avanzo, B. (2008). Efficacy of couple therapy as a treatment for depression: A meta-analysis. *Psychiatric Quarterly*, 79, 121-132.

Butterworth, P., & Rodgers, B. (2006). Concordance in the mental health of spouses:

Analysis of a large national household panel survey. *Psychological Medicine*, 36, 685-697.

Davila, J., Karney, B. R., Hall, T. W., & Bradbury, T. N. (2003). Depressive symptoms and marital satisfaction: within-subject associations and the moderating effects of gender and neuroticism. *Journal of Family Psychology*, 17 (4), 557-570.

Gavin, A. R., Walton, E., Chae, D. H., Alegria, M., Jackson, J. S., & Takeuchi, D. (2010). The association between socio-economic status and major depressive disorder among blacks, latinos, asians and non-hispanic whites: Findings from the collaborative psychiatric epidemiology studies. *Psychological Medicine*, 40, 51-61.

King, M., Nazareth, I., Levy, G., Walker, C., Morris, R., Weich, S., Bellón-Saameño, J. A., Moreno, B., et al. (2008). Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 362-367.

Kouros, C. D., Papp, L. M., & Cummings, E. M. (2008). Interrelations and moderators of longitudinal links between marital satisfaction and depressive symptoms among couples in established relationship. *Journal Of Family Psychology*, 22 (5), 667-677.

Kronmüller, K-T., Backenstrass, M., Victor, D., Postelnicu, I., Schenkenbach, C., Joest, K., Fiedler, P., & Mundt, C. (2010). Quality of marital relationship and depression: Results of a 10-year prospective follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 10, 10-18.

Patten, S. B.; Wang, J. L.; Williams, J. V. A.; Currie, S. C.; Beck, C. A.; Maxwell, C. J. et al, 2006. Descriptive epidemiology of major depression in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51 (2), 84-90.

Proulx, C., Buchler, C., & Helms, H. (2009). Moderators of the link between hostility

and change in spouses' depressive symptoms. *Journal of Family Psychology*, 23 (4), 540-549.

Schudlich, T. D.D. R., Papp, L. M., & Cummings, E. M. (2004). Relations of husbands' and wives' dysphoria to marital conflict resolution strategies. *Journal of Family Psychology*, 18 (1), 171-183.

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.



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF.CEP-031/10

Porto Alegre, 08 de janeiro de 2010.

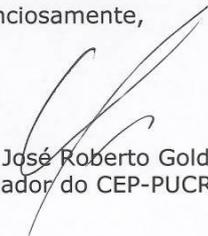
Senhora Pesquisadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 09/04937 intitulado **"Satisfação conjugal em indivíduos de um Setor da Cidade de Porto Alegre: sua associação com sintomas de humor"**.

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,


Prof. Dr. José Roberto Goldim
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilma. Sra.
Profa. Irani Iracema Argimon
FAPSI
Nesta Universidade

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 - 3º andar - CEP: 90610-000
Sala 314 - Fone Fax: (51) 3320-3345
E-mail: cep@pucrs.br
www.pucrs.br/prppg/cep

FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

**Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia
Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital**

Por favor, tente responder o melhor que puder e marque sempre a alternativa que acreditares mais adequada. Obrigado!

FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

Aplicador:	Data da aplicação: / /	Aplic Datapl
Data Nascimento: / /	Idade (em anos completos):	Datanasc Idade
Sexo: (1) Feminino (2) Masculino		Sexo
Estado Civil: (1) Casado (2) União estável (3) Solteiro (4) Viúvo (5) Separado (6) Divorciado (7) Outro Qual? _____		Estciv Qualout
<p>Se teu estado civil for casado ou união estável, responda as seguintes questões e também o inventário de satisfação conjugal, caso contrário pule para a questão escolaridade.</p> <p>Qual o sexo do teu cônjuge? (1) Feminino (2) Masculino</p> <p>Já teve relacionamentos anteriores (casado ou união estável)? (0) Não (1) Sim, quantas vezes _____</p> <p>Quanto tempo está casado ou vivendo em união estável (relacionamento atual)? ___anos ___meses</p> <p>Quantos filhos tu tens? _____</p> <p>Como tu avalias tua relação? (0) Totalmente insatisfatória (1) Insatisfatória (2) Regular (3) Satisfatória (4) Totalmente satisfatória (88) Não se aplica</p>		Sexoconj Relant Qvezes Temprel Nfilhos avrel
Desde a 1ª série do 1º grau, há quantos anos estás estudando? ___ anos		Anosest
NOS ÚLTIMOS 12 MESES, realizaste trabalho remunerado? (0) Não (1) Sim		Trab
Se sim, há quanto tempo tu trabalhas (ou trabalhou) neste emprego? ___anos ___meses		Temptra
Tu tens televisão colorida em casa? (0) não (1) sim Quantas? ___		TVs
Tu tens radio em casa? (0) não (1) sim Quantos? ___		Radio

Tu tens banheiro na tua casa? Quantos?__	(0) não	(1) sim	Banheir
Tu tens carro? Quantos? __	(0) não	(1) sim	Carro
Tu tens empregada doméstica mensalista? (0) não	(1) sim	Quantas? __	Empreg
Tu tens aspirador de pó?	(0) não	(1) sim	Aspipo
Tu tens máquina de lavar roupa?	(0) não	(1) sim	Maqlav
Tu tens videocassete ou DVD?	(0) não	(1) sim	Vidvd
Tu tens geladeira?	(0) não	(1) sim	Gelad
Tu tens freezer separado, geladeira duplex?	(0) não	(1) sim	Freez
Qual é a tua ocupação atual? (1) Trabalhando em tempo integral (2) Trabalhando em tempo parcial (3) Trabalhando como autônomo (4) Trabalha informalmente (5) Realiza trabalho voluntário (6) Em benefício (7) Aposentado (8) Pensionista (9) Nunca trabalhou (10) Dona de casa (11) Desempregado (a) (12) Outro:_____			Ocupat
De qual fonte provém a tua renda? (1) Pensão (2) Salário (3) Ajuda de terceiros (4) Aposentadoria (5) Outro_____			Renda
Tu tens religião? (0) Não (1) Sim			Relig
NO ÚLTIMO MÊS, com que frequência tu foste a alguma atividade religiosa (missa, culto, reunião ou sessão na tua religião)? (0) nunca vou (1) fui uma vez (2) duas vezes (3) de três a seis vezes (4) de sete a 10 vezes (5) de 11 a 20 vezes (6) mais de 21 vezes			Freqmis
NOS ÚLTIMOS 12 MESES, tu realizaste as atividades de lazer abaixo? Ler livros, revistas e/ou jornais (0) Não (1) Sim Escutar música (0) Não (1) Sim Assistir televisão (0) Não (1) Sim Ir ao cinema (0) Não (1) Sim Viajar (0) Não (1) Sim Ir a festas (0) Não (1) Sim Jogar jogos eletrônicos e/ou de tabuleiros (0) Não (1) Sim Usar o computador (0) Não (1) Sim Outro (0) Não (1) Sim Qual? _____			Livros Escmusic Asstv Ircine Viaj Irfest Jogoele Uscomp Outatv Qualatv
NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, quantas vezes tu fizeste algum esporte, dança, jogo ou exercício físico a ponto de ficar suando ou cansado? (0) Nenhuma (1) Uma vez (2) Duas vezes (3) Três vezes (4) Quatro vezes (5) Cinco vezes (6) Seis vezes ou mais			Exfisc

<p>Se praticaste, em média, quanto tempo durou cada atividade?</p> <p>(0) até 10 minutos (1) de 11 a 20 minutos (2) de 21 a 30 minutos (3) de 31 a 45 minutos (4) de 46 a 60 minutos (5) de 61 a 90 minutos (6) mais de 90 minutos (6) Não se aplica</p>	Tpexfis
<p>Tu tens algum problema de saúde ou doença importante?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p> <p>Qual/Quais? _____</p>	Probsaud Qpsaud
<p>Tu já tiveste alguma doença mental (depressão) ao longo da vida?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p> <p>Qual/Quais? _____</p>	Domental Qdoenca
<p>Alguma vez na tua vida foste internado em hospital psiquiátrico?</p> <p>(0) Não (1) Sim Quantas vezes? ____ vezes</p> <p>Se SIM:Qual foi o diagnóstico? _____</p>	Inthpsi Qtsvez Qdiag1
<p>Atualmente, tu utilizas alguma medicação continuada (utilização de uma medicação específica durante pelo menos 6 meses)?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p> <p>Se SIM:</p> <p>Qual nome? _____</p> <p>Qual dose por dia? _____</p> <p>Qual nome? _____</p> <p>Qual dose por dia? _____</p> <p>Qual nome? _____</p> <p>Qual dose por dia? _____</p>	Atmedic Rem1 Dose1 Rem2 Dose2 Rem3 Dose3
<p>Alguma vez tu fizeste tratamento psicológico ou psiquiátrico?</p> <p>(0) Não (1) Sim, mas não faço atualmente (2) Sim e faço atualmente</p>	Tratpsi
<p>No ÚLTIMO MÊS, como tu percebes a tua saúde?</p> <p>(0) Péssima (1) Ruim (2) Regular (3) Boa (4) Ótima</p>	Percaud
<p>Marque nas caras abaixo qual representa melhor seu bem-estar no ÚLTIMO MÊS:</p> <p></p>	Beum
<p>Tu tomas bebida alcoólica? (0) Não (1) Sim</p>	Bebalc
<p>Alguma vez tu sentiste que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>	Dimalc
<p>As pessoas te aborrecem porque criticam o teu modo de tomar bebida alcoólica?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>	Critalc

<p>Tu te sentes chateado(a) pela maneira como tu costumavas tomar bebidas alcoólicas? (0) Não (1) Sim</p>	Chatalc
<p>Tu costumavas tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? (0) Não (1) Sim</p>	Bebman
<p>Tu fumas cigarros atualmente? (0) Não, nunca fumei. (1) Não. Fumei no passado, mas parei de fumar. (2) Sim</p>	Fumat
<p>Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro? (0) Dentro de 5 minutos (1) Entre 6-30 minutos (2) Entre 31-60 minutos (3) Após 60 minutos</p>	Cigacord
<p>Você acha difícil não fumar em lugares proibidos? (0) Não (1) Sim</p>	Ciglugpr
<p>Qual o cigarro do dia trás mais satisfação? (0) O primeiro da manhã (1) Outros</p>	Cigsatis
<p>Quantos cigarros você fuma por dia? (0) Menos de 10 (1) De 11 a 20 (2) De 21 a 30 (3) Mais de 30</p>	Cigdia
<p>Você fuma com mais frequência pela manhã? (0) Não (1) Sim</p>	Cigmanha
<p>Você fuma mesmo doente? (0) Não (1) Sim</p>	Cigdoent

ESCALA DE AUTO-AVALIAÇÃO DE HIPOMANIA R1

Energia, Atividade e Humor

Em diferentes períodos durante a vida todos sentem mudanças ou oscilações em energia, atividade e humor ("altos e baixos" ou "para cima e para baixo"). O Objetivo deste questionário é o de avaliar as características dos períodos "altos" ou "para cima".

1. Antes de tudo, como você está se sentindo hoje comparando com seu estado normal?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Muito pior do que o normal | <input type="checkbox"/> Um pouco melhor que o normal |
| <input type="checkbox"/> Pior que o normal | <input type="checkbox"/> Melhor que o normal |
| <input type="checkbox"/> Um pouco pior que o normal | <input type="checkbox"/> Muito melhor que o normal |
| <input type="checkbox"/> Nem pior nem melhor que o normal | |

2. Como você é normalmente, comparado com outras pessoas?

Independente de como você se sente hoje, por favor, conte-nos como você é normalmente comparado com outras pessoas, marcando qual dos seguintes itens melhor o descreve.

Comparando com outras pessoas, meus níveis de atividade, energia e humor...

- ... sempre são mais para estáveis e equilibrados
 ... geralmente são maiores
 ... geralmente são menores
 ... freqüentemente passo por períodos de altos e baixos

3. Por favor, tente lembrar de um período em que você esteve num estado "para cima". Como você se sentia na época?

Por favor, responda a todas estas questões, independente do seu estado atual.

Em tal estado:

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Preciso de menos sono. | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 2. Eu me sinto com mais energia e mais ativo(a). | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 3. Fico mais autoconfiante. | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| 4. Me entusiasmo mais com meu trabalho. | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 5. Fico mais sociável (faço mais ligações telefônicas, saio mais). | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 6. Quero viajar ou viajo mais. | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 7. Tenho tendência a dirigir mais rápido ou a me arriscar mais enquanto dirijo. | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| 8. Gasto mais ou gasto dinheiro demais. | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 9. Arrisco-me mais em minha vida diária (no meu trabalho e/ou outras atividades). | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 10. Fico mais ativo (a) fisicamente (esporte, etc.). | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 11. Planejo mais atividades e projetos. | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 12. Tenho mais idéias, fico mais criativo(a). | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| 13. Fico menos tímido (a) ou inibido (a). | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 14. Uso roupas/maquiagem mais coloridas e extravagantes. | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| 15. Quero me encontrar ou de fato me encontro com mais pessoas. | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| 16. Fico mais interessado (a) em sexo e/ou tenho desejo sexual aumentado. | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| 17. Paquero mais e/ou fico mais ativo (a) sexualmente. | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 18. Falo mais. | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |

19. Penso mais rápido. <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
20. Faço mais piadas ou trocadilhos quando falo. <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
21. Eu me distraio com mais facilidade. <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
22. Eu me envolvo em muitas coisas novas. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
23. Meus pensamentos pulam de assunto rapidamente. <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
24. Faço coisas mais rapidamente e/ou com maior facilidade.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
25. Fico mais impaciente e/ou fico irritado (a) mais facilmente. <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
26. Posso ser cansativo (a) ou irritante para os outros. <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
27. Eu me envolvo em mais discussões e disputas. <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
28. Meu humor fica melhor, mais otimista. <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
29. Bebo mais café. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
30. Fumo mais cigarros. <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
31. Bebo mais álcool. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
32. Uso mais drogas (sedativos, tranqüilizantes, estimulantes, entre outros).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

4. Impacto dos seus "altos" em vários aspectos de sua vida:

Vida familiar positivo e negativo positivo negativo
 nenhum impacto

Vida social positivo e negativo positivo negativo
 nenhum impacto

Trabalho positivo e negativo positivo negativo
 nenhum impacto

Recreação positivo e negativo positivo negativo
 nenhum impacto

5. Reação e comentários das pessoas sobre seus "altos":
Como as pessoas próximas a você reagiram ou comentaram seus "altos"?

Positivamente (encorajando ou apoiando)
 Neutros
 Negativamente (preocupadas, aborrecidas, irritadas, críticas)
 Positivamente e negativamente
 Nenhuma reação

6. Via de regra, qual foi a duração de seus "altos" (em média):

1 dia 4 - 7 dias maior que 1 mês
 2 - 3 dias maior que 1 semana não posso julgar / não sei

7. Você sentiu tais "altos" durante o último ano?

Sim Não

8. Se sim, por favor, calcule quantos dias você passou nestes "altos" durante os últimos doze meses.
Levando **todos dias** em conta foram cerca de dias.

Com base no seu relacionamento atual responda as seguintes questões:

1- Meu companheiro(a) e eu temos muitas idéias e interesses em comum.

(1) não concordo veementemente (2) não concordo (3) indiferente
(4) concordo (5) concordo totalmente

2- Considero meu companheiro(a) bonito(a).

(1) não concordo veementemente (2) não concordo (3) indiferente
(4) concordo (5) concordo totalmente

3- Meu companheiro(a) e eu temos interesses e expectativas compatíveis em relação a nosso futuro profissional.

(1) não concordo veementemente (2) não concordo (3) indiferente
(4) concordo (5) concordo totalmente

4- Meu companheiro(a) é fisicamente atraente.

(1) não concordo veementemente (2) não concordo (3) indiferente
(4) concordo (5) concordo totalmente

5- Reprovo muitas atitudes de meu companheiro(a).

(1) não concordo veementemente (2) não concordo (3) indiferente
(4) concordo (5) concordo totalmente

6- Meu companheiro(a) e eu gostamos de participar de atividades similares.

(1) não concordo veementemente (2) não concordo (3) indiferente
(4) concordo (5) concordo totalmente

7- A aparência de meu companheiro(a) NÃO é ideal para mim.

(1) não concordo veementemente (2) não concordo (3) indiferente
(4) concordo (5) concordo totalmente

8- Sinto muita vontade de engajar-me em situações de contato físico com meu companheiro(a).

(1) não concordo veementemente (2) não concordo (3) indiferente
(4) concordo (5) concordo totalmente

9- As situações de contato físico entre meu companheiro(a) e eu são muito prazerosas.

(1) não concordo veementemente (2) não concordo (3) indiferente
(4) concordo (5) concordo totalmente

APÓS RESPONDER AS QUESTÕES ACIMA, VOLTE PARA A FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

MANUAL DE INSTRUÇÕES DO TRABALHO DE CAMPO

- 1 – Verificar dia e horário que está programado para ir até o Campus Avançado.
- 2 – Passar no grupo de pesquisa para pegar material de aplicação, para depois dirigirem-se até o transporte.
- 3 – Após chegar no Campus Avançado, dirijam-se até a sala de espera para atendimentos clínicos;

APRESENTAÇÃO DO ENTREVISTADOR AOS INFORMANTES

Apresentação: Meu nome é XXXX, sou do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS e estamos realizando um trabalho sobre aspectos da saúde da população desta comunidade. Faço parte da equipe de entrevistadores. O estudo está sendo realizado com vários indivíduos desta comunidade. A participação nesta pesquisa é voluntária.

Seguir os passos abaixo:

- a) Apresentação: “Meu nome é XXXX, sou do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS e estamos realizando um trabalho sobre transtornos de humor na população. Faço parte da equipe de entrevistadores e gostaria que vocês participassem do estudo respondendo alguns questionários”. Salientar que “é muito importante a colaboração do(a) indivíduo neste trabalho porque através dele poderemos ficar conhecendo mais sobre a saúde desta população, podendo assim ajudar mais as pessoas e oferecer serviços mais adequados e de maior efetividade”. Passar e recolher consentimentos;
- b) “Para participar do estudo é necessário a assinatura de um termo de consentimento. A pesquisa não oferece riscos a saúde dos participantes, que são livre para decidir não participar ou desistir durante a aplicação. Primeiro, uma ficha de dados sócio demográficos será respondida visando coletar informações sobre o perfil do participante. Logo após, vamos solicitar o preenchimento de duas escalas que avaliam sintomas de humor que possam indicar alguma alteração significativa. As característica perguntadas, **não** podem ser referentes a uma situação específica e sim a um padrão de reação ao longo da vida. Por períodos de “altos” serão entendidas aquelas situações onde espontaneamente tu te sentes mais **irritado ou eufórico sem uma relação com algum fato específico**. Qualquer dúvida estamos aqui.”
- c) Se houver recusa, anote, mas não desista antes de outra tentativa.

ORIENTAÇÕES GERAIS

O manual de instruções serve para esclarecer suas dúvidas. DEVE ESTAR SEMPRE COM VOCÊ. Erros no preenchimento do questionário poderão indicar que você não consultou o manual. RELEIA O MANUAL PERIODICAMENTE. Evite confiar excessivamente na própria memória. **LEVE COM VOCÊ SEMPRE:**

- Manual de instruções;
- Termos de consentimento;
- Questionários;
- Canetas.
- Crachá de identificação
- Avental branco

- Procure se apresentar de forma simples, limpa e sem exageros. Tenha bom senso no vestir. Não utilize roupas muito curtas ou decotadas. Se usar óculos escuros, retire-os ao abordar as pessoas. Não masque chicletes, nem coma ou beba algum alimento durante a entrevista. Nem pense em fumar quando estiver fazendo contato ou entrevistando qualquer participante. Orientamos também de não portarem adereços que possam chamar a atenção (relógios, jóias) e cuidado com o uso do celular (sugerimos não levarem o celular).

- Se necessário forneça o número do telefone do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (3320-3633) para que a pessoa possa ligar e confirmar suas informações.

- **Nunca esquecer:** seja sempre gentil e educado(a), pois as pessoas não têm obrigação de responder ao questionário.

- Logo de início, é importante estabelecer um clima de diálogo cordial com os indivíduos que optaram por participar da pesquisa, trate-os com respeito e atenção. **Nunca** demonstre pressa ou impaciência diante de questionamentos ou demora ao responder ao questionário.

- **Nunca demonstre censura, aprovação ou surpresa diante das perguntas (ou respostas) que se evidenciarem.** Lembre-se de que o propósito da entrevista é obter informações e não transmitir ensinamentos ou influenciar conduta das pessoas. A postura do entrevistador deve ser sempre **o mais neutra possível** com relação às respostas.

- É essencial que você conheça profundamente o conteúdo do questionário que vai aplicar bem como o manual do entrevistador, estando totalmente familiarizado (a) com os termos usados na entrevista, para que não haja nenhuma dúvida ou hesitação de sua parte na hora de responder a questionamentos.

- **Nunca** influencie ou sugira respostas. Dê tempo ao entrevistado para que reflita e encontre a resposta.

- Procure manter um diálogo aberto com os coordenadores da pesquisa, reportando imediatamente qualquer problema, dificuldade ou dúvida que apareça no decorrer das aplicações. As suas sugestões são importantes no sentido de aprimorar o trabalho do grupo. **DEPENDEMOS DE VOCÊS!!!!**

- Mantenha sempre à mão o seu Manual do Entrevistador e não tenha vergonha de consultá-lo, se necessário, durante a entrevista. Podendo usar, por exemplo, a seguinte expressão: **“preciso verificar no nosso manual sobre este questionamento”**.

TELEFONES PARA CONTATO

Programa de Pós-Graduação em Psicologia 3320-3633

Mestrando e Doutorandos:

Aneron Canals 92824695

Ângela Figueiredo 9919 7739

José Caetano 99655284

INSTRUÇÕES GERAIS PARA VERIFICAÇÃO DO PREENCHIMENTO DOS QUESTIONÁRIOS:

Verificar sempre se **todas as questões foram assinaladas**. Fazer isso na frente do entrevistado de forma breve. Qualquer pergunta em branco não hesite em solicitar o preenchimento ao participante novamente.

Observe se as **letras** e **números** estão assinalados de maneira **compreensível**, sem deixar margem para dúvidas. Caso exista dúvida, pergunte ao participante.

INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS

O **entrevistador** deverá preencher (Poderá ser depois da aplicação para poupar tempo de aula):

APLICADOR: Anotar seu nome.

DATA DA APLICAÇÃO: Anotar o dia do mês em que a entrevista foi executada.

QUESTIONÁRIO: ESTE QUADRADO DEVERÁ PERMANECER EM BRANCO.

INSTRUIR OS PARTICIPANTES A NÃO PREENCHEREM NADA NA COLUNA A SUA DIREITA NEM O QUADRADO QUESTIONÁRIO!

DATA DE NASCIMENTO: Anotar a data de nascimento - Dia/Mês/Ano.

IDADE: relato da idade em anos completos. Ex: “Faço 26 amanhã”.– relatar 25!

SEXO: O entrevistado deverá informar seu sexo – masculino ou feminino.

ESTADO CIVIL: preencher o mais adequado à situação. União estável, legalmente, se refere a dois meses morando na mesma residência.

DESDE A 1ª SÉRIE DO 1º GRAU, HÁ QUANTOS ANOS ESTÁS ESTUDANDO?: Contar desde que a 1ª série do 1º grau quantos anos a pessoa estudou. Em caso de reprovação, contar o ano repetido (Ex: caso pessoa tenha “rodado” na primeira séria e estudou até a segunda, contar 3 anos.). Em caso de interrupção de estudos não contar anos “parados”. Ex: pessoa completou o 2º grau e cinco anos depois começou a faculdade – não contar estes 5 anos (mesmo que estudasse em pré-vestibular). A realização de outros cursos universitários ou técnicos contam! Mesmo que a pessoa não tenha concluído.

NOS ÚLTIMOS 12 MESES, REALIZASTE TRABALHO REMUNERADO?: Caso a aplicação seja em julho - o participante deverá relatar se desde julho de 2009 realizou

trabalho remunerado (em troca de dinheiro - qualquer valor).

SE SIM, HÁ QUANTO TEMPO TU TRABALHAS? _____ MESES: Quem não trabalhou marcar 0. Ressaltar que são meses.

NA TUA CASA TEM:

Anotar quantos itens têm na casa: (**cuidar para não confundir a quantidade de itens = (0), (1), (2), (3), (4 ou +) com a pontuação da codificação!!!**)

- TELEVISÃO EM CORES
- RÁDIO
- BANHEIRO
- AUTOMÓVEL
- EMPREGADA MENSALISTA
- ASPIRADOR DE PÓ
- MÁQUINA DE LAVAR
- VÍDEO CASSETE E/OU DVD
- GELADEIRA
- FREEZER (APARELHO INDEPENDENTE OU PARTE DA GELADEIRA DUPLEX)

QUAL A ESCOLARIDADE DO CHEFE DA FAMÍLIA (= pessoa de maior renda)?

RELIGIÃO: Qualquer religião!

PRÁTICA RELIGIOSA: qualquer atividade! Não necessariamente precisam ter marcado que tem religião! Qualquer atividade espiritual pode ser considerada prática religiosa!

ATIVIDADES DE LAZER: Ter praticado nos últimos 12 meses, pelo menos uma vez, alguma das atividades apontadas como forma de lazer (entregar-se de livre vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se e entreter-se). Não vale a trabalho ou outro compromisso!

ATIVIDADES FÍSICAS (2 questões): Referente aos últimos 7 dias!! Exemplo: Faz academia duas vezes por semana e caminha duas vezes por semana. A média será o tempo somando de todas as quatro atividades dividido por 4.

PROBLEMA DE SAÚDE: Ex: Diabetes, Hipertensão, etc...

HOSPITALIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA: Se a pessoa já foi internada por dificuldades emocionais/"problema dos nervos".

MEDICAÇÃO: Utilização de medicação por pelo menos três meses. Tanto durante como no início do tratamento. Pessoa que esteja tomando medicação ou irá tomar por pelo menos 3 meses.

TRATAMENTO: Se refere a psicoterapia – de qualquer referencial teórico!

PERCEPÇÃO DE SAÚDE: Se refere a auto-percepção da saúde da pessoa durante o último mês.

BEM-ESTAR: Diz respeito a como a pessoa se sentiu no último mês – seu "grau de felicidade".

CAGE (Questões sobre álcool): São perguntas sobre o costume de ingestão de bebidas alcoólicas e suas conseqüências. O participante deve preencher todas! Mesmo que na primeira pergunta a resposta seja negativa.

FUMO (2 questões): A primeira trata sobre a situação do aluno em relação ao consumo de tabaco. Se a pessoa parou de fumar um dia antes de responder o questionário deve assinalar ex-fumante! Contudo, na questão seguinte deve relatar quantos cigarros em média a pessoa fumou por dia no último mês. “Tradução” da segunda pergunta: *No mês passado, mais ou menos quantos cigarros tu fumou por dia?*

CODIFICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

- ◆ Todas as respostas devem ser registradas no corpo do questionário. Nunca registrar direito as respostas na coluna da direita. Sempre que o espaço definido para a resposta for insuficiente utilizar também as margens da folha. Não anote nada na coluna da direita. Este espaço está reservado somente para a codificação.
- ◆ No final do dia de trabalho, aproveite para revisar seus questionários já aplicados e faça a codificação das questões utilizando a coluna da direita do formulário. Codifique apenas as questões “fechadas”, isto é, aquelas cujas respostas são do tipo múltipla escolha e quando não tiver dúvida quanto a que código usar. Caso tenha dúvidas, deixe a questão em branco. As questões abertas – aquelas que deverão ter sido respondidas por extenso – serão codificadas posteriormente.

ATENÇÃO: Não deixe respostas em branco. Aplique os códigos especiais:

➤ **IGNORADA (IGN):**

Quando o informante não assinalou resposta. Antes de aceitar uma resposta como **ignorada** (código 9, 99, 999, ...), deve-se tentar obter uma resposta mesmo que aproximada. Por **exemplo**, se a pessoa marcou que não trabalhou de forma remunerada nos últimos 12 meses e deixou a questão tempo de trabalho em branco – assinalar 00 e não 99 na questão.

Se não houver resposta clara (e o entrevistador não tenha percebido no momento da entrega), anotar por extenso e discutir com o supervisor.

Lembre-se: uma resposta não coletada é uma resposta perdida.

TENHA O CUIDADO PARA NÃO INDUZIR UMA RESPOSTA NA CODIFICAÇÃO.

RESUMO DOS PROCEDIMENTOS

Reunião equipe na 5ª feira;

Passar no grupo de pesquisa antes de se deslocar até o Campus Avançado para solicitar o material a ser aplicado;

Explicar para o participante o objetivo da pesquisa;

Entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

Entrega da ficha sócio-demográfica;

Início da aplicação dos demais instrumentos;

Retorno ao grupo de pesquisa para entrega de todo o material, identificado, que foi aplicado;