

TAILENE RAMBO SCHARDONG

Satisfação conjugal e sua relação com a saúde mental.



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

2023

TAILENE RAMBO SCHARDONG

Satisfação conjugal e sua relação com a saúde mental.

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob orientação de:

Professora Doutora Cristina Nunes



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

2023

Satisfação conjugal e sua relação com a saúde mental.

Declaração de Autoria de Trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Universidade do Algarve, __/__/____

Assinatura

(Tailene Rambo Schardong)

Copyright © 2023 – Tailene Rambo Schardong

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

AGRADECIMENTOS

Não sei ao certo por onde começar e a quem expressar minha profunda gratidão, visto a importância de todos nesse processo. Eu sempre fui alguém que adora me desafiar e buscar superar meus limites, porém somente aqueles que estiveram ao meu lado durante esta jornada sabem o quão desafiador foi realizar meu mestrado nas circunstâncias atuais da minha vida.

Definitivamente esse processo não teria sido possível sem o apoio do meu companheiro, que esteve do meu lado de maneira emocional e afetiva. Obrigada Pedro, por ser a luz na minha escuridão, por ser o sorriso no meio da tristeza, por acolher minhas angústias e preocupações com leveza e positividade, e por muitas vezes me acompanhar nas madrugadas de estudos. Gratidão eterna por ser meu parceiro nos momentos bons e ruins.

Também quero expressar minha sincera gratidão aos meus pais, mesmo que distantes fisicamente, sempre estiveram presentes emocionalmente através de apoio inabalável que nunca me deixou desistir. Eles sempre ressaltam minhas capacidades, mostrando que tudo acontece no seu devido tempo. Obrigada Pai e Mãe por me incentivarem a amar os estudos e a explorar novos caminhos.

Não posso deixar de agradecer meus irmãos, por serem fontes de inspiração.

Minha amiga Bruna merece meu agradecimento especial por sempre me desafiar a questionar o inquestionável, fortalecendo meu pensamento crítico.

Luana e Gabi, minhas amigas queridas são exemplos brilhantes de acadêmicas dedicadas, sempre dispostas a compartilhar seus conhecimentos e a acolher minhas dúvidas com carinho e receptividade. A vocês, minha eterna gratidão.

Por fim, quero agradecer minha orientadora Cristina Nunes. Obrigada por confiar na minha capacidade e me dar autonomia para mostrar o melhor de mim. Sua empatia com minha disponibilidade de tempo foi fundamental, e sua habilidade em orientar sem sobrecarregar foi crucial nessa jornada. Agradeço por todas as considerações e conhecimento transmitidos.

Em resumo, sou profundamente grata a cada um por terem desempenhado um papel fundamental na minha jornada do mestrado. Sem o apoio e encorajamento de todos a minha volta, essa realização não teria sido possível. Obrigada por fazerem parte dessa conquista tão significativa na minha vida.

Resumo

O objetivo principal do presente estudo foi de analisar variáveis relação entre a satisfação conjugal e saúde mental numa amostra de 45 pessoas residentes em Portugal. Todos os participantes encontravam-se numa relação conjugal e coabitavam por um período mínimo de três meses. Através de um questionário online foram recolhido os dados sociodemográficos, o perfil de risco, a Satisfação Marital e a Saúde Mental. Os resultados indicaram que 62.22% da amostra não estava satisfeito em seu relacionamento, e na sua maioria (53.33%) apresentaram sintomatologia associada à deterioração psicológica. O maltrato na infância apresentou relação com a satisfação conjugal e a saúde mental (ansiedade). Além disso a parentalidade apareceu como um aspeto associado a níveis mais baixos de satisfação conjugal. Os resultados também destacaram a relação entre distorção idealizada e disfunção social, mostrando que quanto maior a distorção idealizada, menor a disfunção social. A satisfação conjugal geral correlacionou-se com a saúde mental geral, assim como com as dimensões ansiedade e insónia, disfunção social e sintomas somáticos. Embora os resultados tenham mostrado correlações importantes, o estudo ressalta a necessidade de investigações capazes de compreender as relações de causa e efeito entre satisfação conjugal e saúde mental.

Palavras-chave:

Satisfação Conjugal; Saúde Mental; Relação Conjugal.

Abstract

The main objective of the present study was to analyze variables related to marital satisfaction and mental health in a sample of 45 people living in Portugal. All participants were in a marital relationship and cohabited for a minimum period of three months. Through an online questionnaire, sociodemographic data, risk profile, Marital Satisfaction and Mental Health were collected. The results indicated that 62.22% of the sample were not satisfied in their relationship, and the majority (53.33%) presented symptoms associated with psychological deterioration. Childhood abuse was related to conjugal satisfaction and mental health (anxiety). Furthermore, parenthood appeared as an aspect associated with lower levels of marital satisfaction. The results also highlighted the relationship between idealized distortion and social dysfunction, showing that the greater the idealized distortion, the lower the social dysfunction. General marital satisfaction correlated with general mental health, as well as with the dimensions of anxiety and insomnia, social dysfunction and somatic symptoms. Although the results showed important correlations, the study highlights the need for investigations capable of understanding the cause and effect relation between marital satisfaction and mental health.

Keywords:

Marital Satisfaction; Mental health; Conjugal Relationship.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	2
Capítulo 1 – Relação Conjugal	2
<i>1.1 Modelo de Satisfação Conjugal</i>	<i>6</i>
Capítulo 2 – Saúde mental e sua relação com a satisfação conjugal	7
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	11
Capítulo 3 – Objetivos	11
Capítulo 4 – Método	11
<i>4.1 Amostra</i>	<i>11</i>
4.1.1 Participantes	11
4.1.2 Caracterização geral da amostra	11
4.1.3 Caracterização dos indicadores familiares (Tabela 4.2)	13
<i>4.2 Instrumentos</i>	<i>14</i>
4.2.1 Questionário sociodemográfico	14
4.2.2 General Health Questionnaire (GHQ-28)	14
4.2.3 Escala de Satisfação Marital (EMS)	15
<i>4.3 Procedimentos</i>	<i>16</i>
4.3.1 Procedimentos de recolha de dados	16
4.3.2 Procedimento para análise de dados	16
RESULTADOS	18
5.1 Análise Descritiva	18
5.2 Análise Inferencial	21
5.2.1 Correlação entre EMS e GHQ (Tabela 5.4)	21
DISCUSSÃO	26
CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
ANEXOS	43
ANEXO A: Questionário sociodemográfico e acontecimento de vida no passado e no presente	43
ANEXO B: Escala General Health Questionnaire (GHQ-28)	46
ANEXO C: Escala de Satisfação Marital (EMS)	48
ANEXO D: Consentimento Informado	50

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 4.1. Caracterização sociodemográfica da amostra.

Tabela 4.2. Indicadores Familiares.

Tabela 5.1. Distribuição absoluta e relativa para as situações de estresse e risco.

Tabela 5.2. Medidas de tendência central e de variabilidade da escala GHQ.

Tabela 5.3. Medidas de tendência central e de variabilidade da escala EMS.

Tabela 5.4. Coeficiente de correlação de *Spearman* entre as escalas GHQ e EMS.

Tabela 5.5. Média, desvio-padrão e Intervalo de confiança 95% para os escores da escala EMS total, estratificado por filhos.

Tabela 5.6. Média, desvio-padrão e Intervalo de confiança 95% para os escores da escala GHQ Ansiedade e Insónia.

Tabela 5.7. Média, desvio-padrão e Intervalo de confiança 95% para os escores da escala EMS.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1. Esquema do Modelo de Satisfação Conjugal de Narciso.

Figura 5.1. Gráfico da média e desvio-padrão para a EMS Total, estratificado por filhos.

Figura 5.2. Gráfico da média e desvio-padrão para GHQ Ansiedade e Insónia, e EMS SM estratificado pela situação de risco Maltrato.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SM - Subescala de satisfação marital

DI - Subescala de distorção idealizada

EMS - Escala de satisfação marital

EMS total - Satisfação marital geral

GHQ ou GHQ-28 - Escala de saúde mental

GHQ total - Saúde mental geral

N – Número total da amostra

n - Número de casos (geralmente em uma subamostra)

r_s - Coeficiente de correlação de Spearman

DP – Desvio-padrão

INTRODUÇÃO

A investigação têm evidenciado que as relações conjugais são uma dimensão determinante para o bem-estar psicológico dos indivíduos e da famílias (Askari et. al., 2012; Fowers, 1991; Pedro, Ribeiro, & Shelton, 2015; Shahi, Ghaffari, & Ghasemi, 2011; Talaizadeh & Bakhtiyarpour, 2016). O propósito deste estudo reside na análise da interligação entre satisfação conjugal e saúde mental, focando aspetos como ansiedade e insónia, disfunção social, sintomas somáticos, distorções idealizadas, experiências de vida pregressa e dinâmica parental.

Vários estudos tem mostrado que relações insatisfatórias estão ligadas a depressão e ansiedade, afetando o bem-estar emocional (Fowers, 1991; Lincoln & Chae, 2010; Pedro, Ribeiro, & Shelton, 2015). A saúde mental afeta a satisfação conjugal, e vice-versa. Relações saudáveis têm efeitos protetores sobre o bem-estar psicológico, auxiliando na adaptação às adversidades (Lincoln & Chae, 2010).

A estrutura da dissertação é composta por duas partes fundamentais. A Parte I dedica-se ao enquadramento teórico e engloba capítulos dedicados à relação conjugal, saúde mental e à relação entre satisfação conjugal e saúde mental, respetivamente. Nessa seção, foram abordados aspetos relevantes que dizem respeito à influência das relações conjugais na saúde mental, abrangendo desde as transformações nas dinâmicas conjugais contemporâneas, até a interação complexa entre satisfação conjugal e saúde mental.

A Parte II descreve o estudo empírico, com o objetivo de pesquisa, metodologia utilizada, resultados e discussão.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 1 – Relação Conjugal

A investigação sobre a felicidade e a satisfação em relacionamentos conjugais tem sido uma área explorada ao longo de várias décadas. Os investigadores têm se dedicado a entender como as pessoas avaliam seus relacionamentos íntimos e os traços de personalidade que moldam essas percepções. Do mesmo modo tem sido estudado o sucesso, felicidade, satisfação e ajuste nos contextos relacionais, além de outros aspetos ligados à qualidade dessas uniões (Delatorre & Wagner, 2020).

Segundo Delatorre e Wagner (2020), a razão por trás dessa preocupação está no papel fundamental que os relacionamentos amorosos desempenham no desenvolvimento adulto, visto que a grande maioria das pessoas experimenta algum tipo de vínculo conjugal ao longo de suas vidas. Frente a isso, as investigações nessa área desempenham um papel crucial no entendimento sobre a construção de relacionamentos saudáveis e suas implicações no bem-estar das pessoas.

A literatura científica revela uma lacuna de clareza no que concerne o conceito de uma boa relação conjugal, inexistindo consenso terminológico e conceitual sobre a terminologia apropriada. Termos como satisfação, qualidade, ajuste e felicidade são frequentemente usados de forma intercambiável em diversos estudos. Além disso, existem diferentes perspectivas acerca dos elementos que esses conceitos devem abranger e de como devem ser mensurados (Delatorre & Wagner, 2020).

Mosmann et al. (2006) fazem uma ressalva sobre como a ambiguidade na terminologia e nos conceitos, apresenta implicações significativas no entendimento e avaliação das uniões conjugais. A falta de um acordo claro sobre os termos usados dificulta a troca de informações e a comparação dos resultados entre diferentes estudos, o que se torna um obstáculo. Isso afeta a unidade e a utilidade das descobertas científicas. Ademais, a ausência de um consenso preciso e amplamente aceito acerca desses conceitos pode levar a mal entendidos e interpretações equivocadas. Isso, por sua vez, torna mais desafiador escolher as abordagens mais apropriadas para avaliá-los.

Duas terminologias frequentemente confundidas na literatura, porém distintas, são a satisfação conjugal e a qualidade conjugal (Vieira, 2016). A satisfação conjugal envolve os sentimentos pessoais e a avaliação subjetiva de cada parceiro no relacionamento (Thompson, 1988; Narciso & Ribeiro, 2008). Por outro lado, a qualidade conjugal abrange um espectro mais amplo e pode ser avaliada por observadores externos

à relação (Guerreiro, 2010). A qualidade conjugal pode ser dividida em aspetos positivos e negativos. Os aspetos positivos englobam perceções e sentimentos sobre a qualidade do casal, além de emoções positivas associadas ao matrimônio. Os aspetos negativos, por sua vez, incluem desavenças, conflitos conjugais e a incapacidade do casal de se adaptar à vida conjugal (Wahyuningsih et al., 2020). Leidy et al. (2009) também caracteriza a qualidade conjugal como um contínuo de dimensões positivas e negativas, porém, definidas a partir de avaliações que o casal faz do casamento. A partir da perspectiva desses autores, salientar os aspetos negativos do casamento e negligenciar os positivos, são característicos de uma má qualidade conjugal, por outro lado, salientar os aspetos positivos da relação e quase não falar dos negativos, são características de uma qualidade conjugal favorável.

Já a satisfação conjugal pode ser percebida como o resultado da diferença entre expectativas/ideal de relacionamento e a vivência/ajustamento/funcionamento real do casal. Contudo, a percepção de realidade do casal é uma avaliação cognitiva, subjetiva e individual, por isso a satisfação conjugal deve ser analisada a partir apenas da percepção do que cada membro da relação sente. Sendo que possivelmente cada um dos parceiros terá uma visão diferenciada do nível de satisfação e do desempenho relacional (Guerreiro, 2010).

Narciso e Ribeiro (2008) explicam a relação entre satisfação e qualidade conjugal como “um ciclo de alimentação recíproca que se auto-perpetua” (pág. 216), ou seja, ao avaliar a qualidade da relação, o casal sentirá mais ou menos satisfação conjugal, essa percepção do nível de satisfação, conseqüentemente, vai influenciar na avaliação da qualidade da relação.

Soares (2015) diz que a satisfação conjugal é influenciada pela balança entre os benefícios e malefícios que a relação oferece para cada cônjuge, por isso, está profundamente ligada ao grau de comprometimento e envolvimento que cada parceiro investe no relacionamento. Isso significa que, por essa ótica, a satisfação conjugal não é apenas uma emoção momentânea, pois também reflete as considerações práticas e as vantagens percebidas que o relacionamento traz para cada indivíduo.

Outra forma de entender a satisfação conjugal é segundo a teoria do apego. Nessa perspectiva a segurança do apego pode funcionar como um recurso psicológico positivo, já que, a satisfação conjugal depende da medida em que os cônjuges atendem às suas necessidades de proximidade, porto seguro e uma base segura. Dessa forma, à medida que os parceiros se tornam fontes disponíveis e confiáveis de proximidade e intimidade,

provedores eficazes de apoio e segurança e bases seguras, espera-se que a satisfação aumente (Pedro, Ribeiro & Shelton, 2015).

Algumas pesquisas mostram comportamentos dentro da relação que são positivos para satisfação conjugal. Machado (2007) identificou alguns como: presentear, sair da rotina ou viajar, demonstrar afeto, entre outros. Segundo sua pesquisa, esses comportamentos por parte dos homens estariam associados à satisfação conjugal das mulheres. Já comportamentos como ofensas e agressões, envolvimento com outras pessoas e tomada de decisão sem consulta prévia ao parceiro, foram mencionados pelas mulheres como relacionados à insatisfação conjugal.

Com isso, destaca-se a importância fundamental da interação e relação entre os parceiros na definição da satisfação conjugal. A presença de atitudes que refletem cuidado, respeito e um genuíno interesse mútuo, emerge como um fator crucial para fortalecer os laços entre os parceiros e promover um ambiente harmonioso no relacionamento. Por outro lado, comportamentos negativos têm o potencial de minar a confiança, gerar insatisfação e comprometer a estabilidade do relacionamento (Machado, 2007).

Outros fatores são enfatizados pela literatura científica sobre os elementos que desempenham um papel essencial na promoção de relacionamentos conjugais satisfatórios. Entre esses fatores, é notável que habilidades eficazes de comunicação e resolução de conflitos emergem como pilares essenciais para cultivar a satisfação no âmbito do relacionamento (Askari et al., 2012). O aprimoramento dessas competências ocorre por meio da assimilação de técnicas comunicativas pertinentes a um relacionamento saudável, aliado à adoção de estratégias voltadas para lidar com desafios. Isso, combinado ao desenvolvimento da compreensão da importância da saúde mental e da satisfação no contexto do relacionamento, confere aos casais ferramentas necessárias para encarar as evoluções constantes que a união traz consigo (Oosterhouse et al., 2019).

Paralelamente a isso, Kwok et al. (2013) enfatizam que frequentar programas, atividades (como programas a dois, acampamentos, festivais) e workshops pode proporcionar aos casais recursos valiosos. Essas iniciativas criam ambientes propícios para que os parceiros possam não apenas identificar as emoções um no outro, mas também desenvolver uma compreensão mais profunda e empática. Ademais, tais esforços capacitam os casais com habilidades práticas em comunicação e solução de conflitos. Não apenas isso, essas ações incrementam as oportunidades para vivenciarem momentos de alegria juntos e fortalecerem a intimidade que compartilham.

Apesar dessas ferramentas que auxiliam na satisfação conjugal, conforme Righetti et al. (2022), manter relacionamentos felizes e saudáveis é desafiador, uma vez que a satisfação com o relacionamento tende a diminuir ao longo do tempo e é comum que se dissolvam. Essa realidade despertou o interesse desses autores em compreender quais os aspectos que corroboram para a manutenção ou diminuição da satisfação conjugal. Com isso, se dedicaram a examinar os principais fatores associados à satisfação na relação, considerando tanto estudos que analisaram um único ponto no tempo (estudos transversais), quanto estudos longitudinais que acompanharam os relacionamentos ao longo do tempo. Eles se concentraram nas representações autorrelatadas (opiniões subjetivas que as pessoas têm de si mesmas, do parceiro e do relacionamento) e índices objetivos (como características demográficas, eventos de vida, padrões de comunicação e indicadores biológicos), com o objetivo de identificar como essas variáveis afetam a sensação de satisfação conjugal.

A síntese realizada no estudo de Righetti et al. (2022), sugere que as indicações autorrelatadas nem sempre são os melhores indicativos para prever mudanças na satisfação do relacionamento ao longo dos anos. Portanto, é essencial ir além das características pessoais para obter uma compreensão abrangente dos fatores que influenciam a satisfação no relacionamento ao longo do tempo. Essa abordagem ampliada possibilita uma visão mais completa e profunda de porquê alguns relacionamentos são bem-sucedidos, mesmo diante de desafios.

Um dos fatores que tem um impacto significativo na satisfação conjugal é a adição ou saída de um membro da família, porque isso pode desencadear uma reorganização em todo sistema familiar. Essa mudança muitas vezes é vista como uma crise, uma transformação considerável que demanda ajustes das novas circunstâncias. Tomemos como exemplo a transição para parentalidade: esse momento pode acarretar um aumento das responsabilidades, gerar estresse e criar tensões, principalmente devido à redução do tempo disponível para conversas e momentos de lazer entre o casal (Twenge, Campbell & Foster, 2003).

Portanto, é crucial considerar uma diversidade de aspectos ao analisar a satisfação conjugal em um relacionamento. Além de olhar apenas para as perspectivas individuais e as visões pessoais, é realmente importante investigar também os elementos objetivos e contextuais que moldam como o relacionamento se desenvolve ao longo do tempo. Ao adotar essa abordagem mais ampla, é possível entender todos os aspectos que contribuem

para a satisfação no relacionamento, permitindo assim, a criação de estratégias de intervenção e suporte mais eficaz.

1.1 Modelo de Satisfação Conjugal

O modelo teórico que utilizaremos para contemplar a satisfação conjugal é o “Modelo de Satisfação Conjugal” proposto por Narciso (2001). Esse modelo propõe uma abordagem sistêmica e complexa do conceito de conjugalidade, permitindo a compreensão dos processos ligados a satisfação conjugal (Narciso & Ribeiro, 2008; Guerreiro, 2010; Vieira, 2016).

Esse modelo compreende que a satisfação conjugal constitui uma abordagem teórica abrangente que analisa a satisfação conjugal em diferentes níveis, incluindo tanto aspectos individuais quanto relacionais. Dessa forma, a satisfação conjugal é concebida como o resultado da interação de diversos fatores. Esses fatores, que desempenham um papel fundamental na determinação dos níveis de satisfação conjugal, podem ser agrupados em três categorias, mais especificamente: fatores centrípetos, fatores centrífugos, e fator tempo/percurso da vida (Narciso & Ribeiro, 2008) (Figura 1.1).

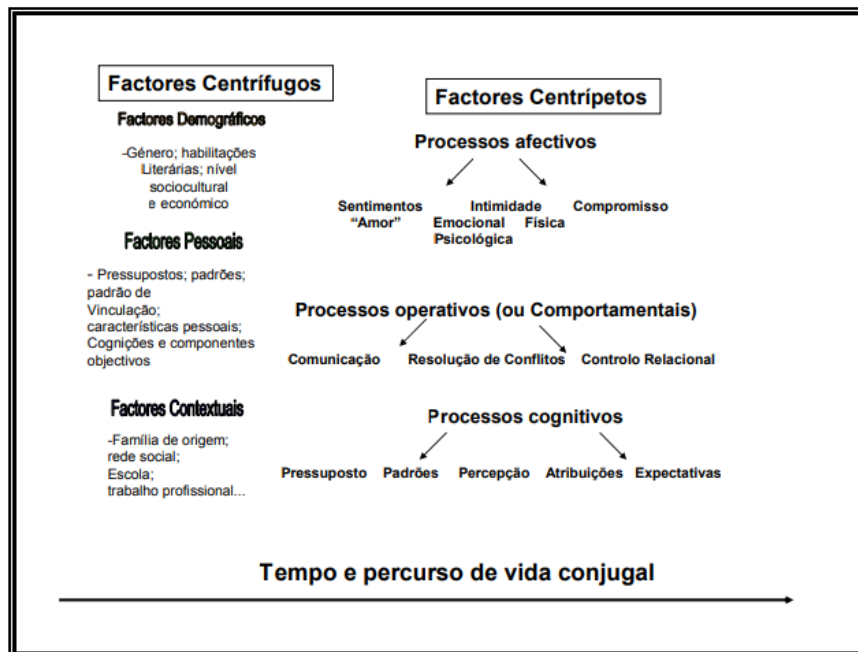


Figura 1.1. Esquema do Modelo de Satisfação Conjugal de Narciso (2001).

Fatores centrípetos: esses fatores tem o foco principal no casal e correspondem aos processos comportamentais, cognitivos e afetivos. Nos processos comportamentais,

Narciso e Ribeiro (2008) referem o funcionamento conjugal, que abrange a comunicação do casal, conflitos e resolução de conflitos, e controle relacional. Os processos cognitivos são compostos por um conjunto de cognições fundamentais, formado por pressupostos, padrões, percepção, atribuições e expectativas. Por fim os processos afetivos a autora inclui os sentimentos (amor), a intimidade (psicológica e física) e o compromisso assumido pelos cônjuges.

Fatores centrífugos: esses fatores influenciam fortemente a dinâmica do casal e são constituídos por fatores contextuais, fatores pessoais e fatores demográficos. Os fatores contextuais correspondem a rede social, família de origem, o contexto profissional ou escolar em que estão inseridos. Os fatores pessoais que englobam as características pessoais de cada um dos cônjuges, pressupostos, competências socio-afetivas, padrões de vinculação, cognições e componentes objetivos. Já os fatores demográficos referem-se à idade, sexo, religiosidade, nível socioeconômico e cultural, habilitações literárias e raça (Narciso, 2001).

Fator tempo/percurso da vida: não menos importante que os outros dois fatores, esse inclui o tempo de relacionamento e suas histórias, que são permeadas por acontecimentos normativos e não normativos e as etapas vividas (Narciso, 2001).

Por serem o “espelho da relação”, os fatores centrípetos aparecem como os mais têm influência na satisfação conjugal, pois traduzem a qualidade e desempenho da e na relação (Guerreiro, 2010), contudo é mais importante analisar o impacto mútuo que um fator tem sobre o outro do que classificar qual deles exerce mais influência na satisfação conjugal (Narciso & Ribeiro, 2008).

Capítulo 2 – Saúde mental e sua relação com a satisfação conjugal

A saúde mental é um estado no qual uma pessoa vivencia um bem-estar global, demonstrando a habilidade de utilizar suas aptidões, enfrentar os desafios comuns do cotidiano, manter um nível de produtividade satisfatório e contribuir positivamente para a sociedade em que está inserida. É um aspeto fundamental e de grande importância na vida de todos. A saúde mental exerce influência sobre nossa cognição, emoção e comportamento, sustentando nossa capacidade de tomar decisões, criar conexões interpessoais e moldar o ambiente em que habitamos (World Health Organization, 2022).

A relevância da saúde mental torna-se ainda mais evidente quando consideramos que aproximadamente 15% da população trabalhadora global pode sofrer algum tipo de

transtorno mental em qualquer momento de suas vidas (World Health Organization, 2022). Esses transtornos podem variar desde a ansiedade e depressão, até outras condições que afetam significativamente o bem-estar emocional e psicológico do indivíduo (Associação Americana de Psiquiatria, 2013).

Segundo a World Health Organization (2022), alguns valores intrínsecos e instrumentais da saúde mental são essenciais para promover um estado de bem-estar psicológico. Entre eles, destacam-se a importância de cultivar relacionamentos positivos com outras pessoas, desenvolver empatia e compreensão pelo próximo, saber lidar eficazmente com o estresse que a vida nos impõe e ser capaz de se adaptar a mudanças e desafios inesperados. Além disso, a habilidade de compreender e gerir nossas emoções é crucial para uma saúde mental equilibrada, permitindo-nos lidar com as dificuldades emocionais e encontrar maneiras saudáveis de expressar nossos sentimentos.

Dessa forma, manter um sentimento de bem-estar pessoal e cultivar um cuidado tanto por si mesmo, quanto pelo bem-estar dos outros, traz uma perspectiva mais ampla e positiva para a vida. Isso tem impacto direto em nosso estado emocional e mental (World Health Organization, 2022).

Conectando os valores intrínsecos e instrumentais do bem-estar psicológico com a satisfação marital, fica evidente que os valores inerentes a uma boa saúde mental, estão interligados com as dinâmicas de um relacionamento conjugal satisfatório, visto a relevância dos elementos emocionais e comportamentais na qualidade dos relacionamentos (Narciso & Ribeiro, 2008; Guerreiro, 2010). Fomentar relações construtivas e empáticas com os parceiros e ser hábil na gestão de desafios e mudanças são elementos essenciais que exercem influência direta na satisfação conjugal (Vieira, 2016). É realmente importante perceber que saber lidar com as nossas emoções é algo que faz diferença, tanto para saúde mental, como satisfação conjugal. Isso desempenha um papel fundamental em tornar a comunicação mais assertiva e em resolver problemas de uma forma eficaz, quando estamos em um relacionamento. Além do mais, é crucial cuidar da própria saúde mental e dedicar atenção ao parceiro conjugal. Ao fazer isso, é possível fortalecer ainda mais o laço emocional compartilhado com o cônjuge, e até elevar o nível geral da satisfação conjugal, como foi apontado por Guerreiro (2010).

A satisfação conjugal vai além de uma simples característica relacional, podendo afetar a saúde mental do casal. Quanto maior for a insatisfação conjugal mais intensa a depressão entre os cônjuges. Além disso, perda de eficiência do trabalho ou educação,

tensão, comportamento nervoso e aflição com doenças físicas são característicos em pessoas que estão em relações conjugais não satisfatórias (Askari et. al., 2012).

As associações entre saúde mental e satisfação conjugal são bidirecionais, já que alguns estudos mostram a interferência da saúde mental na satisfação conjugal (Pedro, Ribeiro, & Shelton, 2015; Shahi, Ghaffari, & Ghasemi, 2011), e outros relatam que a satisfação conjugal influencia na saúde mental (Fowers, 1991; Talaizadeh & Bakhtiyarpour, 2016).

A felicidade e o bem-estar pessoal muitas vezes estão ligados a satisfação no relacionamento, embora não seja o único indicador, já que a decisão de muitas pessoas sobre um relacionamento vai além do desejo por companhia. Envolve também a busca por apoio emocional e fortalecimento (Machado, 2007).

Shahi, Ghaffari, & Ghasemi, (2011) realizaram um estudo em que demonstraram que saúde mental e satisfação conjugal estão relacionadas. Depressão e ansiedade, assim como a saúde mental como componente da característica pessoal, estão significativamente associadas à satisfação conjugal, sendo a saúde mental um importante preditor da satisfação conjugal.

Outro estudo explica a satisfação conjugal e a saúde mental dos casais a partir dos diferentes tipos de enfrentamento utilizados pelo casal, referindo que ter estilos de enfrentamento ineficaz diminuem a satisfação conjugal, em contrapartida, enfrentamentos eficazes focados no problema e na emoção estão associados a uma boa satisfação conjugal e bem-estar psicológico e diminuição do sofrimento psíquico do casal (Besharat et. al., 2006).

Os relacionamentos conjugais não satisfatórios são os principais fatores de risco para muitos tipos de disfunção e psicopatologia (Litzinger & Gordon, 2005), enquanto melhorar a saúde mental pode levar a um aumento da satisfação conjugal (Shahi, Ghaffari, & Ghasemi, 2011). Fatores de ansiedade, por exemplo, estão relacionados com os níveis de satisfação conjugal, sendo que pessoas com baixos níveis de ansiedade relatam níveis mais altos de satisfação conjugal e pessoas com níveis mais altos de ansiedade estão associadas à insatisfação conjugal (Pedro, Ribeiro, & Shelton, 2015).

Talaizadeh & Bakhtiyarpour (2016) demonstraram que a saúde psicológica do casal pode ser afetada por fatores como satisfação conjugal e sexual. Em um estudo que investigou a relação entre satisfação conjugal e sexual com a saúde mental entre 220 casais, mostrou que a satisfação conjugal e sexual têm relação significativa e positiva com

a saúde psicológica entre os casais. Indicando a importância de uma relação positiva e significativa entre a satisfação conjugal e sexual com a saúde mental entre os casais.

A saúde mental pode ser afetada com o nível de satisfação conjugal, sendo que o aumento nos níveis de depressão e ansiedade podem estar relacionados com baixos níveis de satisfação conjugal, assim como o bem-estar psicológico geral do indivíduo pode ser afetado por uma diminuição na autoestima resultante da insatisfação conjugal (Fowers, 1991).

De modo geral, é importante destacar a relevância da satisfação conjugal em relação ao bem-estar psicológico dos indivíduos. A satisfação conjugal demonstrou ter um efeito protetor sobre o sofrimento psíquico, atuando como uma espécie de escudo que reduz ou previne o sofrimento emocional (Lincoln & Chae, 2010). Quando os parceiros em um relacionamento apresentam uma satisfação conjugal elevada, a qualidade positiva da relação tende a contribuir para um melhor estado emocional e psicológico dos envolvidos. Esse efeito protetor da satisfação conjugal implica que as pessoas em relações felizes estão mais preparadas para lidar com as adversidades da vida.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo 3 – Objetivos

Esta pesquisa busca analisar como a satisfação conjugal afeta a saúde mental, com o objetivo principal de estudar a relação entre essas variáveis. Para isso, vamos analisar a satisfação conjugal e saúde mental dos participantes. A fim de atingir o objetivo geral, definimos os seguintes objetivos específicos:

- a. Descrever o nível de satisfação conjugal geral dos casais;
- b. Descrever a saúde mental dos participantes, considerando aspetos de sintomas somáticos, ansiedade e insónia, disfunção social e depressão;
- c. Investigar se a satisfação conjugal está associada à saúde mental;
- d. Analisar as relações entre satisfação conjugal, saúde mental, características sociodemográficas e eventos passados e presentes de risco de estresse.

Capítulo 4 – Método

Com base nos objetivos traçados neste projeto, optou-se pelo método de pesquisa quantitativa, de carácter descritivo e correlacional. Esse tipo de estudo pretende verificar a existência de associações entre variáveis e descrever fenômenos e factos de determinada realidade (Gerhardt & Silveira, 2009). Também se caracterizará como comparativo, na medida em que buscará verificar se existem diferenças entre satisfação conjugal e variáveis sociodemográficas.

4.1 Amostra

4.1.1 Participantes

O presente estudo contou com a participação de 45 indivíduos residentes em Portugal. Todos os participantes encontravam-se em uma relação conjugal e coabitavam por um período mínimo de três meses no momento da aplicação do protocolo de avaliação no contexto familiar.

4.1.2 Caracterização geral da amostra

Tabela 4.1

Caracterização sociodemográfica da amostra (N = 45)

<i>Características sociodemográficas</i>	<i>Total amostra</i> ^A	
	<i>n</i>	<i>%</i>
Sexo		
1 Feminino	35	77.78
2 Masculino	10	22.22
Idade (anos)		
Média± DP (Amplitude)	34.87±11.55 (20 - 67)	
Mediana (1°-3° Quartil)	30.00 (27.00 – 44.50)	
Faixa etária (anos)		
Até 39	33	73.33
Acima de 39	12	26.67
Escolaridade		
Ensino secundário	18	40.00
Ensino superior	27	60.00
Natural de onde		
Argentina	1	2.22
Brasil	34	75.56
Portuguesa	10	22.22
Tempo de imigrante (anos)^E		
Média±DP (Amplitude)	4.0±3.5 (4 meses – 21 anos)	
Mediana (1°-3° Quartil)	3.0 (2.0 – 4.0)	
Tempo de imigrante		
Até 3 anos	18	51.43
Acima de 3 anos	17	48.57
Situação profissional		
Ativo	39	86.67
Ativo, mas sem trabalho.	5	11.11
Inativo: doméstica / não procura trabalho.	1	2.22
Estabilidade de trabalho^B		
Não	11	24.44
Sim	34	75.56
Estabilidade financeira		
Não	13	28.89
Sim	32	71.11

Nota: A: Percentuais obtidos com base no total de casos válidos. B: Dados ausentes: Estabilidade de trabalho [2(4.9%)]. E: Teste Shappiro Wilk ($p < .05$) -Variável com distribuição assimétrica (não aproximadamente normal). DP: Desvio-Padrão.

Conforme a tabela 4.1, os inquiridos são predominantemente do sexo feminino (77.78%). As idades variam de 20 a 67 anos, com média estimada em 34.87 ($DP = 11.55$) anos, contudo, na abordagem da idade através de faixas estarias, predominou o grupo até 39 anos, 73.33%. A maior parte dos investigados eram de imigrantes, 77.78%, e quanto ao país de origem, o grupo que predominou foi o de naturalidade brasileira, 75.56%.

Sobre o tempo de imigrante, este variou de 4 meses até 21 anos, com mediana estimada em 3 (1º - 3º quartil: 3 – 4) anos. Na abordagem do tempo de imigrante em dois períodos, verificou-se que, 51.43% daqueles que se declararam imigrantes, estavam a residir em Portugal há pelo menos 3 anos.

O nível de escolaridade referente ao ensino superior completo alcançou 60.00% dos casos. A grande maioria, 86.67% declarou situação profissional ativa. Quanto ao tipo de trabalho, as maiores frequências foram para Gestor(a), Administração, Consultor(a), Advogado(a), Tecnologia, Marketing, e Outras funções, cada categoria representando, 17.78%. A estabilidade profissional foi confirmada por 75.56%. A estabilidade financeira alcançou 71.11%. E, em relação a origem do rendimento, 88.89% informaram que o rendimento vem do próprio trabalho.

4.1.3 Caracterização dos indicadores familiares (Tabela 4.2)

Tabela 4.2

Indicadores Familiares (N = 45)

Variáveis	Total amostra ^A	
	n	%
Estabilidade familiar		
Não	4	8.89
Sim	41	91.11
Filhos		
Não	30	66.67
Sim	15	33.33
Quantos Filhos		
Um	4	26.67
Dois	11	73.33
Idade dos filhos (anos) ^E		
Média±DP (Amplitude)	18.56±1.67 (6 meses – 40 anos)	
Mediana (1º-3º Quartil)	17.00 (13.00 - 25.00)	
Situação atual		
1. Reside com parceiro(a).	45	100.00
Tempo da situação atual (anos) ^E		
Média±DP (Amplitude)	8.17±9.24 (0.6 anos – 31 anos)	
Mediana (1º-3º Quartil)	3.00 (2.47 – 11.21)	

Nota: A: Percentuais obtidos com base no total de casos válidos. E: Teste Shappiro Wilk ($p < 0.05$) - Variável com distribuição assimétrica (não aproximadamente normal). DP: Desvio-Padrão.

No que se refere as informações dos indicadores familiares (Tabela 4.2), se destacaram aqueles que declararam estabilidade familiar, 91.11%. Uma parcela menor da

amostra confirmou ter filhos, 33.33%; onde a mediana para a idade dos filhos foi de 17 anos. Quanto ao número de filhos, 73.33% informaram ter dois filhos. Quanto ao tempo de casada(o) /união de facto/residir com parceiro(a), a mediana foi de 3 anos (1º - 3º quartil: 2 – 11 anos).

4.2 Instrumentos

4.2.1 Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico (ANEXO A) para a identificação das características principais dos casais, que abordará questões como sexo, idade, informações profissionais, estabilidade financeira, e dados parentais. Além disso, foi aplicado um questionário com questões referentes à situações de risco e estresse tanto no passado como atualmente.

4.2.2 General Health Questionnaire (GHQ-28)

Este questionário (ANEXO B) desenvolvido por Goldberg e Hillier no ano de 1979, avalia perturbações psiquiátricas não psicóticas através de uma medida de autorresposta, incorporando 28 itens no total. O objetivo do questionário não é identificar características permanentes de personalidade, mas identificar fenómenos estressantes, assim como reconhecer a incapacidade para realizar as atividades que são usuais em uma pessoa saudável, com isso, apresenta resultados que possibilitam avaliar a saúde mental e bem-estar psicológico (Pais & Antunes, 2003).

Na presente investigação foi utilizada a versão portuguesa de Pais e Antunes (2003). O GHQ-28 é composto por quatro subescalas, sendo elas: Sintomas Somáticos (perguntas de 1-7) com itens que buscam identificar sintomas físicos ou sensações relacionadas à saúde que podem indicar problemas ou desconfortos, como por exemplo “*Tem-se sentido muito cansado e sem forças para nada?*”; Ansiedade e Insónia (perguntas 8-14) com objetivo de avaliar o estado emocional e os padrões de sono do indivíduo através de perguntas como “*Tem perdido sono devido às preocupações?*”; Disfunção Social (perguntas 15-21), com perguntas como “*Tem-se sentido satisfeita com a forma como tem feito as coisas?*”, busca compreender se a pessoa percebeu alterações no tempo necessário para realizar tarefas, a qualidade de suas realizações e seu nível de satisfação com as atividades; e Depressão Grave (perguntas 22-28) com objetivo de avaliar a presença de sintomas graves de depressão e potencial risco de pensamentos ou comportamentos suicidas, com itens como “*Pensou na hipótese de vir a acabar consigo?*”.

Os valores da consistência interna (alfa de Cronbach) para a escala de GHQ-28 na versão portuguesa são os seguintes: GHQ total $\alpha = .94$, subescala de Sintomas Somáticos $\alpha = .85$, subescala de Ansiedade e Insônia $\alpha = .88$, subescala Disfunção Social $\alpha = .83$, e subescala Depressão Grave $\alpha = .89$ (Pais & Antunes, 2003).

No presente estudo, quer o GHQ total, quer as subescalas, revelaram valores de alfa de Cronbach similares ao instrumento original, apresentando bons valores de consistência interna, sendo $\alpha = .90$ para GHQ total, $\alpha = .87$ para subescala Sintomas Somáticos, $\alpha = .89$ para subescala Ansiedade e Insônia, $\alpha = .82$ para subescala Disfunção Social, e $\alpha = .89$ para subescala Depressão Grave.

4.2.3 Escala de Satisfação Marital (EMS)

Foi desenvolvida por Fowers e Olson (1993). É composta por 15 itens divididos em duas subescalas: Satisfação Marital (SM) com 10 itens e a Distorção Idealizada (DI) com 5 itens. A escala permite avaliar a satisfação global com a relação marital, possibilitando, através das subescalas, comparar a percepção de cada um dos cônjuges relativamente à sua satisfação com a relação e analisar o grau de distorção implícito nessa avaliação subjetiva (ANEXO C).

Através dos itens da subescala Satisfação Marital (perguntas 2, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15) é possível observar questões como “*Estou muito satisfeita com a nossa forma de tomar decisões e resolver problemas*”, ou “*Estou muito satisfeita com a nossa forma de tomar decisões e resolver problemas*”. Essa subescala tem como objetivo investigar diferentes áreas do relacionamento conjugal. Essas áreas incluem questões sobre a personalidade do cônjuge, comunicação, gestão do tempo que passam juntos, resolução de conflitos, gerenciamentos de finanças, intimidade sexual, responsabilidades parentais, interação com familiares e amigos, e crenças e práticas religiosas.

As questões da subescala Distorção Idealizada (perguntas 1, 4, 6, 9 e 13) se referem à tendência das pessoas a idealizar ou ver o relacionamento de forma positiva, mesmo com problemas ou imperfeições. A pergunta “*A nossa relação é perfeita*” ou “*O meu marido e eu compreendemo-nos perfeitamente*” são exemplos de itens dessa dimensão.

A pontuação da ESM total envolve as dimensões de Satisfação Marital e Distorção Idealizada, sendo usado o fator de correlação entre elas para ajustar a pontuação total. A ESM apresenta consistência interna (alfa de Cronbach) de $\alpha = .86$ (Fowers e Olson, 1993). No presente estudo o valor do alfa de Cronbach é de $.89$ para ESM total.

4.3 Procedimentos

4.3.1 Procedimentos de recolha de dados

A coleta de dados foi conduzida por meio do Protocolo de Avaliação no Contexto Familiar, que foi adaptado para a plataforma online EUSurvey e posteriormente divulgado através de correio eletrônico e redes sociais. Os participantes responderam ao mencionado protocolo, porém, para fim desta pesquisa foram considerados apenas os instrumentos previamente mencionados (Questionário Sociodemográfico, GHQ e EMS). Antes de preencher o protocolo, os participantes receberam uma breve introdução sobre os objetivos gerais do estudo. É importante enfatizar que todos os participantes forneceram o seu consentimento informado (ANEXO D) antes de prosseguir com a sua participação no estudo.

Ao final da coleta de dados, foram obtidos 52 protocolos preenchidos. No entanto, após a exclusão daqueles que não atenderam aos critérios de inclusão (indivíduos solteiros ou que não coabitavam com um parceiro conjugal por pelo menos 3 meses), a amostra final total desta pesquisa foi de 45 indivíduos.

4.3.2 Procedimento para análise de dados

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com o auxílio do programa estatístico Statistical Package for Social Sciences versão 25.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA, 2018) para Windows. A apresentação dos resultados ocorreu pela estatística descritiva através das distribuições absoluta e relativa, bem como, pelas medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio-padrão e amplitude interquartis). A simetria das distribuições contínuas foi avaliada pelo teste de Shappiro-Wilk.

O estudo da confiabilidade das escalas GHQ e EMS foi realizado pelo coeficiente alfa de Cronbach, onde os valores variam de 0 a 1, com estimativas aceitáveis entre .60 e .95. Valores menores que .60 podem não ser suficientes para demonstrar a consistência interna de um instrumento e valores muito elevados podem indicar redundância entre os itens (McDonald, 1999; Hair, 2009).

Na comparação das variáveis contínuas, entre dois grupos independentes foi utilizado o teste de Mann Whitney U (distribuições assimétricas). Quando a comparação

dos escores envolveu três ou mais grupos independentes foi empregada a Análise de Variância de Kruskal-Wallis – Post Hoc Dunn.

Considerando-se as análises bivariadas entre variáveis categóricas, foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson (χ^2), onde nas tabelas de contingência 2x2, foi empregada a correção de continuidade de Yates. Nas situações onde as tabelas de contingência apresentaram células com frequências esperadas menores que 5, superiores a 20%, foi utilizado o teste Exato de Fisher (simulação de Monte Carlo).

A relação de linearidade entre variáveis contínuas foi investigada pelo coeficiente de correlação de *Spearman*, sendo que os coeficientes são classificados como de correlação bem fraca |.00| a |.19|; correlação fraca |.20| a |.39|; correlação moderada, |.40| a |.69|; correlação forte |.70| a |.89|; e correlação muito forte |.90| a |1.00| (Cohen, 2013).

RESULTADOS

5.1 Análise Descritiva

Para iniciar a análise dos dados, foram obtidas as estatísticas descritivas relacionadas às situações de estresse e de risco no passado e no presente, incluindo suas respectivas dimensões (Tabela 5.1).

Tabela 5.1

Distribuição absoluta e relativa para as situações de estresse e risco (N = 45)

Variáveis	Total amostra ^A	
	n	%
No passado		
Assinalou pelo menos uma situação de estresse e risco	21	46.67
Maltrato na infância	7	15.56
Maltrato na idade adulta	4	8.89
Precariedade económica	8	17.78
Desemprego prolongado/precariedade laboral	11	24.44
Abuso de substâncias / toxic dependência	3	6.67
Comportamento violento ou antissocial	1	2.22
Problemas judiciais (demandas, juízos, cadeia, etc.)	0	0.00
Situação atual (últimos 3 anos)		
Assinalou pelo menos uma situação de estresse e risco	24	53.33
Ser vítima de maltrato	1	2.22
Comportar-se de forma violenta o antissocial	0	0.00
Entrada na prisão	0	0.00
Doenças mentais/perturbação psicológica (diagnosticada)	4	8.89
Problemas físicos importantes	3	6.67
Cuidar de um familiar	5	11.11
Consumo abusivo de substâncias	3	6.67
Relação conjugal conflituosa	8	17.78
Separação/divórcio	5	11.11
Relação de conflito com os filhos	3	6.67
Situação económica bastante difícil	7	15.56
Situação laboral instável e/ou difícil	12	26.67
Despejo	0	0.00
Problemas judiciais/policiais	1	2.22
Conflito com outras pessoas	3	6.67

Nota: A: Percentuais obtidos com base no total de casos válidos.

Na abordagem das situações de risco, verificou-se que, 46.67% da amostra relatou alguma questão de risco ou estresse na trajetória de vida passada. As situações mais prevalentes foram o desemprego prolongado/precariedade laboral, 24.44%; precariedade económica, 17.78%; e maltrato na infância, 15.56%.

Quanto a situação atual, 53.33% dos participantes responderam positivamente a itens relacionados a situações de estresse e risco nos últimos 3 anos. As situações mais comuns incluíram situação laboral instável e/ou difícil, 26.67%, e relação conjugal conflituosa, 17.78%.

No que se refere aos resultados para as escalas abordadas neste estudo (ESM e GHQ), inicialmente foram estimadas as consistências internas (Tabela 5.2). Considerando a escala de saúde mental (GHQ), a estimativa para o total da escala alcançou uma confiabilidade de .90. E, quando essa estatística foi gerada sobre cada uma das subescalas (sintomas somáticos; ansiedade e insónia; disfunção social; depressão grave), a consistência interna permaneceu com estimativas satisfatórias ($\geq .70$). Em relação aos resultados para a escala EMS, novamente as estimativas para consistência interna apontaram para uma elevada coerência nas repostas ($\alpha_C \geq .70$), tanto para total da escala, quanto para as subescalas (SM e DI).

Sobre os resultados da escala GHQ, sabe-se que, quanto mais a pontuação se aproxima de 0, menor é a probabilidade de deterioração psicológica, logo, maior será o bem-estar psicológico. Para os pontos de corte foram adotados os valores sugeridos pelos autores da escala, facilitando, também, a comparação com outros estudos – valor 4/5. Assim, uma nota acima do ponto de corte 4/5 é indicadora da probabilidade de risco de desenvolver transtornos psiquiátricos.

Como podemos constatar na tabela 5.2, a sintomatologia que apresentou um valor mais elevado foi a Disfunção Social (8.09 ± 4.00 / mediana: 7.00) seguida da Ansiedade e Insónia (6.84 ± 5.06 / mediana: 5.00). Com escore médio de menor expressão, mas não menos importante, destacou-se os Sintomas Somáticos (5.62 ± 4.09 / mediana: 4.00) e, com um valor mais reduzido a Depressão Grave (4.36 ± 5.32 / mediana: 2.00). Com base nestes achados, há evidências que a amostra se caracterizou pela probabilidade para tratamento psiquiátrico na maioria das dimensões. No que se refere ao escore geral da escala GHQ, a média alcançou 24.91 ($DP = 14.99$), escore indicativo de sintomatologia de deterioração psicológica. Nesse sentido, 53.33% apresentaram escores acima de 23 pontos, enquanto que, 46.67% se enquadraram à classificação de bem-estar psicológico, com escores abaixo de 23 pontos.

Tabela 5.2

Medidas de tendência central e de variabilidade da escala GHQ (N = 45)

Escalas	Média	DP	Mínimo	Máximo	Percentis			αC
					25o.	50° (Mediana)	75°	
GHQ^C								
Sintomas somáticos	5.62	4.09	0.00	17.00	2.50	4.00	8.00	.87
Ansiedade e Insônia	6.84	5.06	0.00	19.00	3.00	5.00	11.00	.89
Disfunção social	8.09	4.00	1.00	16.00	5.00	7.00	10.00	.82
Depressão grave	4.36	5.32	0.00	21.00	0.50	2.00	7.00	.89
GHQ Total	24.91	14.99	6.00	72.00	12.50	25.00	34.00	.90

Nota: αC : Alpha de Cronbach. C: Variáveis com distribuição assimétrica (Teste de Shappiro Wilk $p < 0.05$). DP: Desvio-Padrão.

Na análise que abordou os resultados para a escala EMS, verificou-se que o escore geral da EMS alcançou 28.84 ($DP = 8.27$) (Tabela 5.3), no entanto, não superou o ponto de corte de 33.3, escore que define uma satisfação elevada. Ou seja, em média os investigados se caracterizaram por apresentar escores que refletem uma satisfação moderada. Neste sentido, 62.22% apresentaram escores abaixo do ponto corte 33.3 pontos, enquanto que, 37.78% se enquadraram a classificação de satisfação, com escores acima de 33.3 pontos. Em relação as subescalas EMS, tem-se que para a Satisfação Marital a média foi de 33.39 ($DP = 10.46$), enquanto que para a Distorção Idealizada, a estimativa alcançou 16.43 ($DP = 5.27$).

Tabela 5.3

Medidas de tendência central e de variabilidade da escala EMS (N = 45)

Escalas EMS	Média	DP	Mínimo	Máximo	Percentis			αC
					25o.	50° (Mediana)	75°	
EMS								
Satisfação marital	33.39	10.46	9.00	50.00	26.50	33.00	42.00	.88
Distorção idealizada	16.43	5.27	5.00	25.00	12.50	17.00	20.00	.84
EMS Total	28.84	8.27	8.70	41.60	23.63	29.19	35.95	.89

Nota: αC : Alpha de Cronbach. C: Variáveis com distribuição simétrica (Teste de Shappiro Wilk $p > .05$). DP: Desvio-Padrão.

5.2 Análise Inferencial

5.2.1 Correlação entre EMS e GHQ (Tabela 5.4)

Investigou-se a relação entre satisfação conjugal (EMS) e saúde mental (GHQ). Para análise recorreu-se ao coeficiente de correlação de Spearman, e como resultado, foram identificadas relações estatisticamente significativas, apresentando associação negativas e de magnitude moderada (r de $|.20|$ a $|.39|$).

Conforme os achados na Tabela 5.4, a subescala Satisfação Marital apresentou correlações significativas com os seguintes fatores: Disfunção social ($r_s = -.29; p = .043$); Ansiedade e Insónia ($r_s = -.30; p = .036$); e Sintomas somáticos ($r_s = -.32; p = .029$). Além disso, em relação à subescala Distorção Idealizada, foi identificada uma correlação significativa com a Disfunção social ($r_s = -.38; p = .009$).

Em relação ao escore total da escala EMS, foram observadas correlações significativas com os fatores Ansiedade e Insónia ($r_s = -.33; p = .011$); Disfunção Social ($r_s = -.35; p = .006$); e GHQ total ($r_s = -.39; p = .001$).

Assim, os resultados indicam evidências de que níveis elevados na subescala da Satisfação Marital se mostraram associados com uma menor probabilidade de problemas nos fatores de Sintomas Somáticos, Disfunção Social e GHQ total, contudo não apresentou relação com Depressão Grave. Além disso, em relação aos níveis elevados na subescala de Distorção Idealizada, espera-se que esteja relacionado a uma menor probabilidade de problemas no fator da Disfunção Social. Quanto ao escore total da escala EMS, não apresentou relação significativa com Sintomas Somáticos e Depressão Grave, porém os achados apontaram que quanto maior a satisfação global, menores são os escores de Ansiedade e Insónia, Disfunção Social, e de GHQ total.

Tabela 5.4

Coeficiente de correlação de Spearman entre as escalas GHQ e EMS ($N = 45$)

GHQ	Escala EMS					
	Satisfação marital		Distorção idealizada		EMS Total	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p
Sintomas somáticos	-.32	.029	-.27	.075	-.25	.377
Ansiedade e Insónia	-.30	.036	-.15	.337	-.33	.011
Disfunção social	-.29	.043	-.38**	.009	-.35	.006
Depressão grave	-.26	.080	-.28	.056	.24	.103
GHQ Total	-.29	.044	-.29	.051	-.39	.001

Nota: r_s : Coeficiente de correlação de Spearman

As escalas GHQ e EMS foram comparadas a características específicas referentes ao perfil da amostra. Ao analisar os resultados que consideraram o perfil sociodemográfico, foram identificadas diferenças representativas em relação ao sexo. Apontando para escores médios significativamente mais elevados no sexo feminino na escala GHQ para os fatores Ansiedade e Insónia [Feminino: 8.09 ± 5.03 vs. Masculino: 2.50 ± 1.65 ; *Mann Whitney* = 11.910; $p = .001$] e Disfunção Social [Feminino: 8.71 ± 4.21 vs. Masculino: 5.90 ± 2.18 ; *Mann Whitney* = 4.202; $p = .049$]; bem como, sobre o GHQ total [Feminino: 27.34 ± 15.63 vs. Masculino: 16.40 ± 8.48 ; *Mann Whitney* = 4.315; $p = .040$]. Em contrapartida, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos demais domínios da escala GHQ e nos resultados da escala EMS ao serem comparados entre os sexos.

Quanto às análises que envolveram a comparação das escalas e a escolaridade, foi observado um único resultado significativo na escala ESM, especialmente no domínio Distorção Idealizada (*t-Student* (G.L. = 43) = 2.103; $p = .036$). Nessa análise, os casos com ensino secundário apresentaram escores médios elevados (18.61 ± 4.62) em comparação aqueles com ensino superior (15.36 ± 5.16). Por outro lado, não foram detetadas diferenças significativas nas comparações entre a escala GHQ e a escolaridade.

A questão referente a filhos, não apresentou resultados significativos sobre os escores médios da escala GHQ. No entanto, sobre a escala EMS, destacou-se o resultado representativo (Tabela 5.5) sobre o domínio EMS total (*Mann Whitney* = 2.661; $p = .011$), onde o grupo que relatou não ter filhos apresentou média significativamente mais elevada (31.48 ± 8.54), em comparação aos casos que confirmaram a presença de filhos (24.22 ± 8.81) (Figura 5.1).

Tabela 5.5

Média, desvio-padrão e Intervalo de confiança 95% para os escores da escala EMS total, estratificado por filhos (N = 45).

Filhos	Estimativas escala EMS Total						
	n	Média	DP	IC95%		t-Student (G.L. = 43)	p ^A
Sim	15	24.22	8.81	19.34	29.10	2.661	.011
Não	30	31.48	8.54	28.29	34.67		

Nota: A: Teste t-Student para grupos independentes, assumindo homogeneidade de variância. DP: Desvio-Padrão.

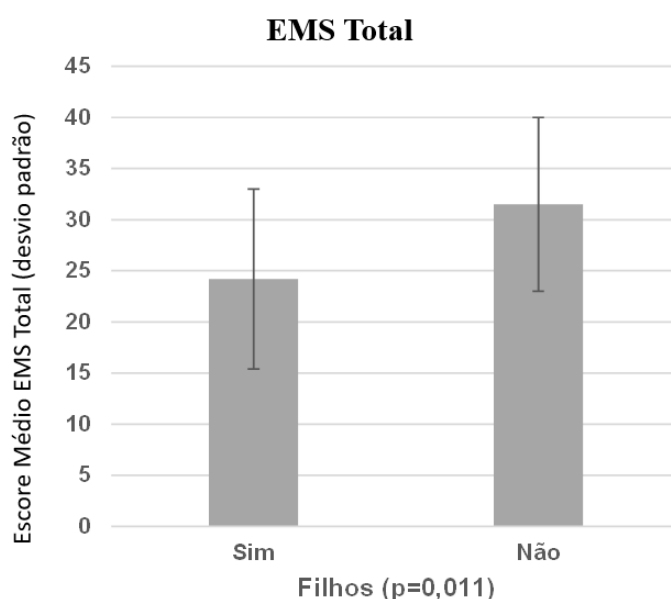


Figura 5.1. Gráfico da média e desvio-padrão para a EMS Total, estratificado por filhos

Ao analisar as escalas EMS e GHQ em relação a faixa etária, naturalidade e estabilidade no trabalho, não foram encontradas diferenças significativas nos resultados nesta amostra. Da mesma forma, o tempo de relacionamento não teve impacto significativo nos escores das escalas EMS e GHQ, mesmo quando dividido em duas categorias distintas (menos de 10 anos e mais de 10 anos).

As escalas EMS e GHQ, também foram comparadas as situações de estresse e risco no passado e no presente. Em relação às situações de risco no passado, a escala GHQ apresentou um resultado significativo no domínio de Ansiedade e Insónia em relação à situação de Maltrato (*Mann Whitney* = 2.599; $p = .013$) (Tabela 5.6).

Tabela 5.6

Média, desvio-padrão e Intervalo de confiança 95% para os escores da escala GHQ Ansiedade e Insónia (N = 45)

Escalas	Estimativas escalas - GHQ Ansiedade e Insónia					<i>Mann Whitney</i>	p^c
	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>IC95%</i>			
Maltrato							
Não	38	6.05	4.24	4.66	7.44	75.211	.013
Sim	7	11.14	7.20	4.49	17.80		

Nota: C: Teste de mann Whitney. DP: Desvio-Padrão.

Nesta análise, os indivíduos que confirmaram maus-tratos (11.14 ± 7.19) apresentaram escore médio mais elevado no domínio de Ansiedade e Insónia em comparação aqueles que não relataram Maus-tratos (6.05 ± 4.24). Entretanto, os demais domínios da escala GHQ não apresentaram resultados significativos em relação à situação de risco de Maltrato nesta amostra.

Ainda, sobre a situação de risco Maltrato, foi identificada diferença estatisticamente significativa (Tabela 5.7), na escala EMS no domínio Satisfação Marital ($t\text{-Student}_{(G.L. = 43)} = 2.522; p = .049$).

Tabela 5.7

Média, desvio-padrão e Intervalo de confiança 95% para os escores da escala EMS (N = 45).

Escalas	Estimativas escalas - EMS_SM						
	n	Média	DP	IC95%	t-Student (G.L. = 43)	p ^B	
Maltrato							
0Não	38	34.70	9.46	31.59	37.81	2.522	.049
1Sim	7	26.28	13.43	13.86	38.71		

Nota: B: Teste t-Student para grupos independentes, assumindo heterogeneidade de variância. DP: Desvio-Padrão.

Nessa análise, os participantes que confirmaram ter sofrido maus-tratos apresentaram uma satisfação marital (SM) significativamente menor (26.28 ± 13.43), em comparação com aqueles que relataram não terem sofrido Maus-tratos (34.70 ± 9.46). Por outro lado, em relação aos resultados dos domínios ESM de Distorção Idealizada (DI) e Total, as diferenças não se mostraram estatisticamente significativas em relação a situação de Maltrato.

Esses resultados sugerem que a presença de Maltrato pode estar relacionada a diferenças significativas nas escalas GHQ e EMS, especificamente no domínio de Ansiedade e Insónia na GHQ e no domínio de Satisfação Marital na EMS (Figura 5.2)

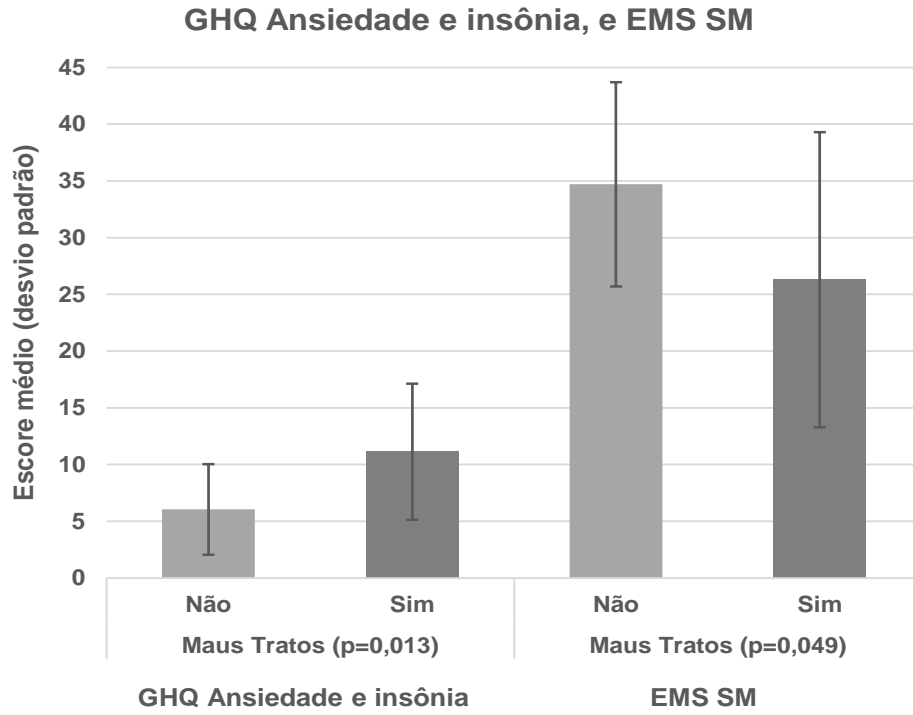


Figura 5.2. Gráfico da média e desvio-padrão para GHQ Ansiedade e Insônia, e EMS SM estratificado pela situação de risco Maltrato.

DISCUSSÃO

O foco do presente estudo foi analisar as relações entre a satisfação conjugal e a saúde mental de pessoas que vivem em Portugal e estão comprometidas em relacionamentos conjugais, com uma convivência coabitável de pelo menos 3 meses. Antes de adentrarmos nos resultados, é fundamental ressaltar que as escalas utilizadas para a coleta de dados adotam uma abordagem contínua. Isso significa que as pontuações refletem a amplitude do bem-estar ou desconforto dos participantes. Consequentemente, as análises consideram a média e o desvio-padrão como ferramentas para comunicar a variação dos resultados.

No decorrer da análise, observou-se que a maioria dos resultados mostrou um desvio-padrão elevado, sugerindo que as respostas dos participantes variavam significativamente. Essa tendência é intrínseca ao estudo, uma vez que a amostra englobou uma gama diversificada de indivíduos, em vez de seguir uma distribuição aproximadamente normal. Diante dessa complexidade, optou-se por aprimorar a interpretação dos dados ao também considerar a mediana, uma mediada robusta e menos suscetível a influências de valores externos.

No que se refere à análise das correlações, adotamos um nível de significância de $p < .05$. As correlações encontradas no estudo foram classificadas como moderadas, com valores (r_s) acima de .30. A ausência de correlações fortes era esperada, uma vez que o tamanho da amostra não é extenso. É importante mencionar que o tamanho da amostra pode limitar a detecção de correlações mais robustas e pode explicar a predominância de correlações moderadas.

Embora não tenhamos identificado correlações fortes, os resultados encontrados têm relevância significativa para a compreensão da relação entre satisfação conjugal e saúde mental nessa população específica de residentes em Portugal. As correlações moderadas ainda apontam para associações importantes que podem impactar o bem-estar psicossocial das pessoas em relacionamentos conjugais.

As diferentes nacionalidades dos participantes não demonstraram significância, indo ao encontro das expectativas estabelecidas pela escala GHQ-28. Os resultados deste questionário indicam uma sólida consistência interna dos itens, assim como uma estrutura consistentemente robusta em diferentes culturas. Isso respalda a declaração do próprio autor da escala de que existe uma linguagem universal para expressar o sofrimento psíquico, transcendendo barreiras culturais (Ribeiro et al., 2015). Dessa forma, o fato da

maioria dos participantes da minha amostra ser de origem estrangeira não parece ter influenciado os resultados dessa escala.

As relações conjugais têm um papel importante na vida de alguém, pois são compartilhados muitos momentos, acontecimentos vitais e responsabilidades (Alves-Silva, Scorsolini-Comin & dos Santos, 2016). Analisando os dados deste estudo, vimos que mais da metade da amostra (62.22%) mostrou uma satisfação moderada nos relacionamentos conjugais, embora uma parcela considerável (91.11% ou 41 pessoas) tenha dito possuir estabilidade familiar. A diferença entre a alta proporção de estabilidade familiar relatada e o número considerável de baixa satisfação conjugal demonstra a complexidade das relações familiares e conjugais. Contudo, vale ressaltar que, apesar da maioria destacar estabilidade familiar, o significado dessa variável é subjetiva, além de ter sido avaliada apenas com uma pergunta de alternativa simples. Nesse sentido, a falta de coerência entre estabilidade familiar e satisfação conjugal se torna complexa e difícil de ser respondida. Nessa amostra a estabilidade familiar pode ser uma base fundamental para algumas pessoas, porém não garante automaticamente níveis elevados de satisfação marital.

Outro ponto intrigante dos resultados é que, apesar de 62.22% da amostra mostrar moderada satisfação conjugal, somente 17.78% mencionaram ter relações conflituosas. Isso nos leva a pensar que a satisfação nas relações não está apenas relacionada a conflitos, corroborando com informações da literatura que indicam que a satisfação no relacionamento abrange diversos aspectos, de maneira que a resolução de conflitos é somente um dos elementos capazes de afetar o grau de satisfação conjugal (Vieira, 2016; Askari et al., 2012; Narciso & Ribeiro, 2008).

A discrepância entre os índices de satisfação moderada e a presença reduzida de relações conflituosas sugere que a satisfação presente no grupo estudado está relacionada a fatores que vão além dos conflitos nas relações. Ao analisar esta amostra, é possível descartar variáveis como tempo de relacionamento (contrastando com Narciso e Ribeiro (2008)), nível educacional ou estabilidade no emprego, uma vez que nenhuma destas se correlacionou com os níveis de satisfação marital.

Isso levanta a questão de como a chegada dos filhos pode se relacionar com a satisfação na relação. Nesta amostra, notamos que pessoas com filhos apresentam índices de satisfação conjugal (EMS total) mais baixos em comparação com aquelas sem filhos. Muitas pesquisas reforçam esse achado, pois dizem que de fato ter filhos influencia negativamente na satisfação conjugal (Twenge, Campbell & Foster, 2003), mostrando que

a satisfação marital diminui com o nascimento de filhos (Belsky, Lang & Rovine, 1985; Cowan et al., 1985; Ruble, Fleming, Hackel & Stangor, 1988).

No entanto, vale mencionar que ter filhos, segundo certos estudos, não necessariamente leva a uma diminuição na satisfação conjugal. Em algumas situações, ter filhos pode até melhorar ou não ter efeitos negativos na satisfação no relacionamento (Twenge, Campbell & Foster, 2003), desde que a comunicação, a divisão de tarefas e o tempo de qualidade entre o casal não sejam afetados, já que esses são fatores que influenciam na satisfação conjugal (Guerreiro, 2010; Narciso & Ribeiro, 2008; Vieira, 2016).

A satisfação conjugal é crucial na dinâmica da parentalidade (Belsky, 1981; Belsky, 1984). Quando os pais estão satisfeitos com o relacionamento conjugal, tendem a mostrar comportamentos parentais positivos e sensíveis em relação aos filhos (Silva, 2020). Isso influencia a qualidade do comportamento parental, levando a um apoio mútuo, segurança e suporte entre os cônjuges. Essa atitude parental positiva, por sua vez contribui para a satisfação conjugal maior ou duradoura, formando um ciclo virtuoso de reforço mútuo (Alves-Silva, Scorsolini-Comin & dos Santos, 2016; Dindia e Baxter, 1987; Machado, 2007).

Por outro lado, relacionamentos insatisfatórios muitas vezes levam a um declínio na qualidade do comportamento parental. Os pais podem se afastar de suas responsabilidades parentais, demonstrando menor envolvimento e sensibilidade para com as necessidades dos filhos (Silva, 2020). Esse afastamento frequentemente resulta em menor satisfação conjugal, pois o grau de comprometimento com a relação diminui (Soares, 2015).

A chegada de filhos traz consigo um aumento nas exigências emocionais, ampliação nas responsabilidades, e aumento do estresse e da tensão (Twenge, Campbell & Foster, 2003), o que acrescenta uma pressão extra ao relacionamento, que pode interferir na satisfação conjugal, especialmente se não houver comunicação efetiva e habilidades para resolver conflitos (Narciso & Ribeiro, 2008). Assim, as mudanças e os desafios adicionais trazidos pela paternidade/maternidade podem sobrecarregar os cônjuges, principalmente quando não há uma base sólida de apoio mútuo e habilidades eficazes para lidar com essas situações (Twenge, Campbell & Foster, 2003).

Outra variável relacionada à menor satisfação conjugal (SM) é o histórico de maus-tratos no passado. A ligação entre maus-tratos na infância e satisfação conjugal não é facilmente explicada, envolve aspectos psicológicos e interpessoais (Bowlby, 1988).

Entender esse fenômeno exige analisar como experiências adversas na infância podem afetar a vida adulta, influenciando o funcionamento cerebral e as interações interpessoais (Nunes et al., 2020; Wassermann, 2011). Maus-tratos na infância se relacionam a impactos duradouros no desenvolvimento psicológico (Nunes et al., 2020). Experiências traumáticas nessa fase moldam como indivíduos se veem e percebem o mundo, influenciando como estabelecem relações interpessoais, incluindo as conjugais (Wassermann, 2011).

É razoável inferir que os efeitos negativos dos maus-tratos na infância possam reverberar na dinâmica conjugal. A baixa satisfação marital pode ser o resultado das dificuldades em estabelecer vínculos saudáveis e confiantes devido às experiências de confiança quebrada e traumas emocionais na infância (Wassermann, 2011).

Além disso, os impactos no funcionamento cognitivo que são influenciados pelos maus-tratos (Nunes et al., 2020; Patel et al., 2018; Thomason & Marusak, 2017) também podem contribuir para a baixa satisfação conjugal se esses impactos acarretarem em dificuldades na regulação emocional e na comunicação interpessoal, já que isso pode prejudicar a capacidade de resolução de conflitos (Narciso & Ribeiro, 2008).

Consequentemente, se considerarmos a teoria de apego de Bowlby (1988), podemos inferir que pessoas que sofrem maus-tratos na infância podem apresentar uma satisfação conjugal mais baixa em comparação com aquelas que não passaram por essas experiências traumáticas, pois os padrões de apego desenvolvidos durante a infância, especialmente nas relações com pais ou cuidadores, moldam as expectativas, atitudes e crenças sobre futuros relacionamentos. Segundo o autor, se uma criança for submetida a maus-tratos ou experiências traumáticas na infância, isso pode afetar negativamente o desenvolvimento de um apego seguro e saudável.

Além disso, os maus-tratos na infância podem deixar sequelas emocionais, como baixa autoestima, dificuldade em expressar emoções e problemas de comunicação (Patel et al., 2018). E como já vimos, esses fatores podem contribuir para a insatisfação conjugal (Narciso & Ribeiro, 2008).

Portanto, faz sentido argumentar que a relação entre maus-tratos na infância e menor satisfação conjugal pode estar relacionada com as influências prejudiciais das experiências traumáticas no desenvolvimento psicológico, emocional e interpessoal das pessoas. Sendo que, essas influências negativas não afetam apenas a satisfação conjugal, mas também a saúde mental.

Embora não tenhamos encontrado correlação significativa entre maus-tratos no passado e a saúde mental geral (GHQ total), os resultados da amostra indicam que pessoas que passam por maus-tratos obtiveram uma pontuação significativamente maior na subescala de Ansiedade e Insónia. Essa relação pode ser compreendida ao considerarmos uma série de fatores. Primeiramente, a exposição a maus-tratos durante a infância pode causar elevados níveis de estresse e traumas psicológicos (Lund et al., 2010). Esses acontecimentos adversos nos primeiros estágios da vida podem influenciar o desenvolvimento cognitivo e emocional das pessoas (Patel et al., 2018).

Como apontado por Bick e Nelson (2016), experiências adversas sociais e familiares durante a infância podem dar origem a respostas crônicas de estresse, que por sua vez, estão ligados ao surgimento de problemas de saúde mental, incluindo ansiedade. Além disso, podem influenciar o funcionamento cognitivo, pois maus-tratos podem ter efeitos negativos no cérebro (Puetz et al., 20017; Thomason & Marusak, 2017). Com isso, os danos nas estruturas cerebrais, conforme estudado por Puetz et al. (2017), podem contribuir para o aumento da suscetibilidade à ansiedade ao longo da vida, ou seja, a interação entre os fatores genéticos, neurodesenvolvimentais, psicológicos e ambientais pode amplificar os efeitos dos maus-tratos na saúde mental e levar a manifestações de ansiedade mais proeminentes (Patel et al., 2018).

Portanto, podemos inferir que a relação entre maus-tratos na infância e ansiedade na amostra estudada, se deve à interação entre os eventos traumáticos precoces, o impacto nas estruturas cerebrais e o desenvolvimento cognitivo ao longo do tempo.

Nos resultados obtidos nesta investigação, não são apenas os maus-tratos que se relacionam com a saúde mental, mas também a satisfação conjugal. Ao analisarmos a amostra dessa investigação, observamos uma correlação ($r_s = -.39$; $p = .001$) entre saúde mental (GHQ total) e satisfação marital (EMS total), o que se reflete tanto no resultado global como em subescalas específicas (tanto EMS quanto GHQ). Para uma compreensão completa dos dados, primeiro realizaremos uma análise detalhada dos resultados da escala de saúde mental (GHQ-28). Em seguida, abordaremos a análise inferencial que explora a relação entre saúde mental e satisfação conjugal na amostra, completando assim a abordagem abrangente deste estudo.

A análise da média geral na escala de saúde mental (GHQ total), que registrou um valor de 24.9 pontos, indica uma pontuação que sugere que mais da metade da população estudada (53.33%) apresenta sintomatologia associada à deterioração psicológica (Oliveira, Ferreira, Neto & Maia, 2021). Além disso, ao avaliar as subescalas referentes

a sintomas somáticos (5.6 pontos), ansiedade e insônia (6.8 pontos), bem como disfunção social (8.1 pontos), observou-se que as médias ultrapassaram o ponto de corte (>4/5) (Ribeiro et al., 2015). Esses achados enfatizam a presença de marcadores indicativos de comprometimento da saúde mental na maior parte da amostra analisada.

No entanto, é essencial destacar que as dimensões ou subescalas presentes no instrumento utilizado (GHQ-28) representam diferentes aspectos da sintomatologia e não configuram diagnósticos separados (Ribeiro et al., 2015). Dessa forma, as pontuações nessas subescalas fornecem uma visão mais aprofundada dos sintomas em áreas específicas, mas não substituem uma avaliação diagnóstica completa.

É relevante destacar que a avaliação dos dados referentes à subescala vinculada à depressão grave revelou uma média de pontuação mais baixa (4.4 pontos) em comparação com as outras subescalas. Essa pontuação está mais próxima de indicar a ausência de sintomatologia preocupante. Esta observação é relevante uma vez que, essa dimensão explora temas como a sensação de falta de valor pessoal, desesperança, crença de que a vida carece de sentido, impactos emocionais, como um desejo de não mais estar vivo (Goldberg & Hillier, 1979), sendo assim, entre as quatro subescalas, a de depressão grave é a que investiga características relacionadas a saúde mental mais intensa, uma vez que engloba a presença de pensamentos suicidas.

No que diz respeito à análise da amostra em relação à distribuição por sexo dos participantes, surgiram resultados significativos que evidenciam sintomas de ansiedade e insônia, disfunção social e saúde mental geral (GHQ total), estabelecendo distinções notáveis entre os gêneros. De maneira mais específica, as mulheres apresentaram maiores níveis de sintomatologia nessas áreas em comparação aos indivíduos do sexo masculino. Esses achados corroboram com resultados de pesquisa anteriores (Bandelow, Michaelis & Wedekind, 2022; McLean, Asnaani, Litz & Hofmann, 2011; Whiteford et al., 2013).

A literatura científica tem indicado que o sexo feminino é mais propenso a enfrentar desafios na saúde mental, especialmente em relação a transtornos como ansiedade e depressão (McLean, Asnaani, Litz & Hofmann, 2011; Whiteford et al., 2013). Isso vai ao encontro dos resultados desta investigação, que (entre outros achados) apontou para uma maior disfunção social (subescala GHQ) entre os participantes do sexo feminino. Esse resultado pode ser compreendido pelo fato das perguntas contidas nessa subescala estarem diretamente ligadas a sintomas que podem ser observados em vários transtornos psicológicos, incluindo depressão, ansiedade, transtornos de humor, entre outros. Por exemplo, sentimentos de desânimo, falta de interesse ou prazer nas atividades

do dia a dia, dificuldades na tomada de decisão, sensação de inutilidade, falta de energia e problemas de concentração¹ podem estar associados a quadros de depressão (Associação Americana de Psiquiatria, 2013).

Se observamos especialmente a relação entre sexo e a subescala ansiedade (GHQ), vemos em outros estudos que as mulheres possuem uma maior probabilidade de desenvolver transtornos de ansiedade ao longo da vida em comparação aos homens (Angst & Dobler-Mikola, 1985; Bandelow, Michaelis & Wedeking, 2022; Bruce et al., 2005; Regier et al., 1990). Segundo Bandelow, Michaelis e Wedeking (2022), as mulheres possuem uma probabilidade entre 1.5 a duas vezes maior de receber um diagnóstico de transtorno de ansiedade em comparação aos homens. Uma investigação mais ampla sobre as diferenças entre sexos em relação aos transtornos de ansiedade foi conduzida pelo Collaborative Psychiatric Epidemiology Studies (CPES), utilizando uma amostra considerável de adultos nos Estados Unidos. Essa pesquisa demonstrou que a mulher tem mais chances que os homens de qualquer tipo de transtorno de ansiedade: razões de prevalência homem:mulher de 1:1.7 ao longo da vida e 1:1.79 durante um período de 12 meses (McLean, Asnaani, Litz & Hofmann, 2011), destacando novamente a maior propensão feminina para esse tipo de sintomatologia.

Partindo para próxima análise, os resultados desta investigação mostraram que o sexo não exerce influência na satisfação conjugal. Contudo, tanto para homens quanto mulheres, observou-se uma correlação significativa entre satisfação marital (EMS total) e saúde mental (GHQ total). Isso implica que uma maior satisfação na relação está associada a menor probabilidade de problemas de saúde mental geral. Assim como, também foram detetadas correlações entre a Satisfação Marital (SM) e as subescalas de saúde mental de Disfunção Social, Ansiedade e Insônia e Sintomas Somáticos.

A satisfação marital, como apontada por diversas pesquisas, é uma peça fundamental no que diz respeito à saúde mental e ao bem-estar (Askari et al., 2012; Fowers, 1991; Machado, 2007; Pedro, Ribeiro & Shelton, 2015; Shahi, Ghaffari & Ghasemi, 2011; Talaizadeh & Bakhtiyarpour, 2016). Casais com relacionamentos satisfatórios estão mais propensos a desenvolver estratégias de enfrentamento positivas, suporte emocional mútuo e uma sensação de conforto e segurança dentro do relacionamento (Alves-Silva, Scorsolini-Comin & dos Santos, 2016; Dindia e Baxter, 1987; Machado, 2007).

¹ Essas são algumas ideias transmitidas nas questões referentes à subescala Disfunção Social (GHQ), conforme itens 15 a 21 (ANEXO B).

Por outro lado, casais insatisfeitos tendem a enfrentar dificuldades nas interações e nas trocas emocionais (Guerreiro, 2010). A ausência de um suporte emocional significativo do cônjuge pode impactar negativamente a resiliência individual, tornando os casais mais vulneráveis a problemas de saúde mental (Lincoln & Chae, 2010).

As perguntas do Questionário de Saúde Geral de 28 itens (GHQ-28)(Goldberg & Hillier, 1979), referentes à subescala de Disfunção Social, exploram aspectos relacionados à habilidade da pessoa em manter uma vida ativa, produtiva e gratificante. Cada questão se propõe a avaliar distintas dimensões de desempenho e satisfação nas atividades do cotidiano. Essas perguntas contemplam desde a aptidão para manter-se ativo e ocupado até a percepção de eficácia, contentamento pessoal e propósito nas ações realizadas.

Pesquisas têm evidenciado que a qualidade do vínculo está intrinsecamente interligada ao funcionamento psicossocial do indivíduo (Alves-Silva, Scorsolini-Comin & dos Santos, 2016). As relações conjugais insatisfatórias podem provocar sentimentos de inadequação e insegurança, afetando a autoestima e autoconfiança (Fowers, 1991). Com isso, podemos inferir que, esses sentimentos podem refletir nas interações sociais e nas participações ativas do cotidiano, sendo uma explicação hipotética para a correlação entre satisfação marital (SM) e disfunção social encontrada nesta investigação. Outra possibilidade é que a dinâmica entre satisfação marital e disfunção social também pode estar relacionada à forma como os casais lidam com as contrariedades do dia a dia. Casais insatisfeitos têm uma maior tendência a adotar estratégias de enfrentamento ineficazes (Besharat et al., 2006), resultando em uma maior disfunção social.

A relação encontrada entre satisfação marital e ansiedade corrobora com achados da literatura (Fowers, 1991; Litzinger & Gordon, 2005; Pedro, Ribeiro, & Shelton, 2015; Shahi, Ghaffari, & Ghasemi, 2011). Relacionamentos conjugais satisfatórios proporcionam suporte emocional, ambiental de confiança e sensação de confiança compartilhada (Guerreiro, 2010; Lincoln & Chae, 2010). Com isso, é esperado que os indivíduos lidem melhor com suas emoções, contribuindo para uma regulação emocional mais saudável e auxiliando na redução da predisposição à ansiedade. Além disso, a influência da satisfação do relacionamento na regulação de estresse (Lincoln & Chae, 2010) é outro ponto relevante, visto que isso implica diretamente na saúde mental do indivíduo (World Health Organization, 2022). Ademais, indivíduos insatisfeitos em seus relacionamentos podem projetar preocupações excessivas sobre o futuro da relação, criando uma ansiedade que é alimentada pela incerteza, já que a superestimação do perigo

nas situações temidas ou evitadas é uma característica comum na ansiedade (Associação Americana de Psiquiatria, 2013).

Nos resultados desta pesquisa, os sintomas somáticos, como cansaço excessivo, cefaleia e sensação de mal-estar², também se mostram influenciados pela satisfação no relacionamento conjugal. Em consonância com os resultados anteriormente mencionados, uma vez que os sintomas somáticos podem ser desencadeados por preocupações e tensões, frequentemente apresentam ligação com a ansiedade (Oliveira & Andretta, 2011). Como discutido anteriormente, um ambiente conjugal insatisfatório, caracterizado pela falta de comunicação e de apoio emocional, aumenta a possibilidade de ansiedade no indivíduo. Consequentemente, a ansiedade pode manifestar-se através de sintomas somáticos (Oliveira & Andretta, 2011), criando um ciclo no qual as preocupações emocionais se manifestam em desconfortos físicos.

Outro achado crucial a ser examinado é a correlação observada na nossa amostra entre a pontuação na subescala de Distorção Idealizada (EMS) e os níveis de disfunção social (subescala GHQ). As perguntas relacionadas à disfunção social avaliam aspetos como o funcionamento nas atividades diárias e a percepção de eficácia (Goldberg & Hillier, 1979), enquanto as perguntas sobre distorção idealizada estão relacionadas à visão idealizada do relacionamento conjugal, incluindo a compreensão, a perfeição percebida e a satisfação nas necessidades não atendidas (Fowers & Olson, 1993).

A subescala de Distorção Idealizada, presente no inventário EMS, exerce um papel de destaque ao avaliar a visão idealizada do relacionamento conjugal (Fowers & Olson, 1993; Soares, 2015). O propósito dessa escala é atenuar possíveis tendências a endossar avaliações excessivamente otimistas do relacionamento, procurando promover uma abordagem mais equilibrada e realista (Fowers & Olson, 1993).

No contexto da escala EMS, destaca-se que uma pontuação mais elevada na subescala Distorção Idealizada correlaciona-se a uma satisfação marital total mais baixa (Fowers & Olson, 1993). Em outras palavras, quanto maior a inclinação do indivíduo em conceber o relacionamento de maneira idealizada (com expectativas de compreensão profunda, perfeição e satisfação das necessidades atendidas), mais provável é que sua satisfação geral com o relacionamento seja diminuída. Portanto, a distorção idealizada é percebida como um elemento negativo em relação à satisfação marital.

² Essas são algumas ideias transmitidas nas questões referentes à subescala Sintomas Somáticos (GHQ), conforme perguntas 1 a 7 (ANEXO B).

No entanto, embora essa visão excessivamente otimista e pouco realista do relacionamento geralmente prejudicial para a satisfação conjugal (uma vez que baixa o nível de satisfação), em nosso estudo observamos que a distorção idealizada apresenta ser positiva para saúde mental, especificamente no que diz respeito à disfunção social. Notavelmente, uma distorção idealizada mais acentuada está associada a uma menor manifestação de disfunção social.

A fim de discutir sobre essa relação, torna-se plausível inferir que a tendência a idealizar a relação conjugal pode exercer um papel de proteção para a saúde mental dos indivíduos. Quando os participantes enxergam o relacionamento de forma idealizada, é possível que a distorção idealizada também influencie a percepção de suas habilidades e desempenho social, contribuindo para uma menor disfunção social. Efeitos positivos dessa idealização podem refletir na maneira como os indivíduos avaliam as questões referentes a disfunção social. Em outras palavras, possivelmente a pessoa também tenha uma percepção idealizada da sua funcionalidade e utilidade nas ações realizadas.

Portanto, a relação negativa identificada entre distorção idealizada e disfunção social pode ser entendida à luz da influência dessa idealização sobre a saúde mental dos participantes. No entanto, é importante destacar que este resultado demanda investigações mais aprofundadas para compreender as razões ou fatores que estão por trás dessa correlação.

Em última análise, a partir dos resultados de pesquisa dessa investigação, constatou-se que a satisfação conjugal total está relacionada com uma melhor saúde mental geral das participantes. Possivelmente a satisfação no relacionamento age como uma espécie de proteção contra o sofrimento psicológico, fortalecendo a capacidade de lidar com desafios (Lincoln & Chae, 2010). Resumidamente, a satisfação conjugal está profundamente ligada à saúde mental, destacando a importância de relações saudáveis para uma vida emocional equilibrada (Lincoln & Chae, 2010).

CONCLUSÃO

A presente pesquisa se dedicou à análise de influências da satisfação conjugal na saúde mental, com o objetivo de investigar as interações entre duas variáveis. Por meio de uma abordagem multidimensional, examinamos as relações entre satisfação marital e dimensões da saúde mental, incluindo ansiedade e insônia, disfunção social, sintomas somáticos e depressão. Esta conclusão busca fazer uma síntese dos principais achados de pesquisa, refletir sobre suas implicações e propor considerações para futuras investigações.

Os objetivos específicos tinham como propósito aumentar a compreensão entre a satisfação conjugal e a saúde mental. As subescalas nos instrumentos utilizados permitiram obter uma visão mais abrangente das influências entre satisfação conjugal e saúde mental. Além disso, ao investigar como essas correlações se relacionam com variáveis sociodemográficas e experiências passadas e presentes, obtivemos uma compreensão mais contextualizada dessas interações.

Os resultados apontam para complexas interações entre satisfação marital, maus-tratos na infância e sua relação intrincada com a saúde mental. O vínculo entre satisfação conjugal e filhos emerge como uma dimensão crucial e multifacetada. A análise da amostra sugere que ter filhos está associado a níveis mais baixos de satisfação conjugal, corroborando com pesquisas que apontam para esse padrão (Belsky, Lang & Rovine, 1985; Cowan et al., 1985; Ruble, Fleming, Hackel & Stangor, 1988, Twenge, Campbell & Foster, 2003). No entanto é crucial reconhecer que tal relação não é determinística, pois certos estudos indicam que, sob certas condições, a chegada dos filhos pode não afetar negativamente a satisfação conjugal, desde que fatores como comunicação, partilha de tarefas e tempo de qualidade conjunta sejam preservados (Twenge, Campbell & Foster, 2003). Assim, a dinâmica da parentalidade e suas influências no relacionamento necessitam de uma análise abrangente e contextual para a compreensão de suas nuances e implicações.

O debate sobre maus-tratos na infância e sua ligação com a satisfação conjugal tem profundas implicações. Pesquisas mostram que experiências difíceis na infância, como maus-tratos, podem influenciar a forma como nos relacionamos na idade adulta (Bowlby, 1988). Maus-tratos na infância também podem desencadear questões emocionais, como autoestima baixa e dificuldades de comunicação (Patel et al., 2018), contribuindo para insatisfação conjugal (Narciso & Ribeiro, 2008) e impactando nossa saúde mental (Lincoln & Chae, 2010). A correlação que encontramos nessa investigação

entre maus-tratos na infância e ansiedade ressalta como essas experiências traumáticas influenciam nosso crescimento emocional e psicológico. A exposição a maus-tratos na infância pode levar a altos níveis de estresse e traumas psicológicos, que por sua vez estão relacionados ao surgimento de problemas de saúde mental, incluindo ansiedade (Lund et al., 2010; Bick & Nelson, 2016).

Os resultados também destacam a relação entre satisfação conjugal e ansiedade. Casais satisfeitos tendem a desenvolver estratégias de enfrentamento positivas e suporte emocional mútuo (Besharat et al., 2006), atuando como um amortecedor contra desenvolvimento de sintomas de ansiedade (Pedro, Ribeiro, & Shelton, 2015; Shahi, Ghaffari, & Ghasemi, 2011). Em contraste, relacionamentos insatisfatórios podem aumentar o estresse emocional e contribuir para ansiedade.

Além disso, a satisfação marital apresenta uma relação com a disfunção social e sintomas somáticos. Os sintomas somáticos podem ser desencadeados por vários fatores emocionais, frequentemente apresentam ligação com a ansiedade (Oliveira & Andretta, 2011). Relacionamentos satisfatórios proporcionam suporte emocional e um ambiente de confiança, influenciando a regulação emocional e a maneira como os indivíduos enfrentam as adversidades (Lincoln & Chae, 2010). Por outro lado, a insatisfação conjugal pode resultar em maior desarmonia na relação e em uma incapacidade de gerenciar conflitos (Guerreiro, 2010), contribuindo para a disfunção social.

A distorção idealizada do relacionamento conjugal emerge como um fator intrigante. Enquanto a distorção idealizada pode estar associada a uma menor satisfação conjugal (Fowers & Olson, 1993), surpreendentemente, também parece ter uma correlação inversa com a disfunção social (quanto maior uma, menor a outra). Essa relação sugere que a tendência a idealizar o relacionamento pode influenciar positivamente a autoimagem e a percepção das habilidades sociais, contribuindo para diminuição da disfunção social.

Desta forma, a influência da satisfação conjugal na saúde mental é inegável. Relações saudáveis proporcionam resiliência emocional, regulam o estresse e contribuem para o bem-estar psicológico (Lincoln & Chae, 2010). A satisfação marital não é apenas um indicador da qualidade do relacionamento, mas também se estende como um fator de proteção crucial contra o sofrimento psicológico (Lincoln & Chae, 2010).

Nossos achados indicam correlações importantes entre a satisfação conjugal e várias dimensões da saúde mental, incluindo ansiedade e insônia, disfunção social e sintomas somáticos. Contudo, estamos cientes da complexidade dessas relações e das

limitações inerentes aos estudos transversais para proporcionar um estudo abrangente. Então, apesar da nossa pesquisa mostrar correlação entre satisfação marital e saúde mental, não é possível estabelecer relação de causa e efeito entre as variáveis. Frente a isso, sugerimos por abordagens longitudinais que permitam uma análise mais profunda das mudanças ao longo do tempo e a identificação de trajetórias de desenvolvimento da saúde mental em relação a satisfação conjugal. Também recomendamos uma investigação mais abrangente para compreender as nuances da correlação entre distorção idealizada e disfunção social.

Como últimas considerações, recomenda-se investigações com maior rigor metodológico, principalmente no planejamento, e uma amostra representativamente maior, visto que algumas análises estatísticas ficam prejudicadas pelo baixo número de participantes. Por fim, ao analisar o impacto desse estudo, reconhecendo a influência da satisfação conjugal na saúde mental dos indivíduos, evidenciamos a importância de uma atenção mais ampla às políticas que visam fomentar a qualidade dos relacionamentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves-Silva, J. D., Scorsolini-Comin, F., & dos Santos, M. A. (2016). Conjugalidade e casamentos de longa duração na literatura científica. *Contextos Clínicos*, 9(1), 32-50.
- Angst, J., & Dobler-Mikola, A. (1985). The Zurich Study: V. Anxiety and phobia in young adults. *European archives of psychiatry and neurological sciences*, 235(3), 171-178.
- Askari, M., B Mohd Noah, S., Aishah Bt Hassan, S., & Bt Baba, M. (2012). Comparison the effects of communication and conflict resolution skills training on marital satisfaction. *International Journal of Psychological Studies*, 1(4), 182.
- Associação Americana de Psiquiatria. (2013). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5ª ed.). Artmed.
- Bandelow, B., Michaelis, S., & Wedekind, D. (2022). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*.
- Belsky, J. (1981). Early human experience: a family perspective. *Developmental Psychology*, 17, 3-23.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: a process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Belsky, J., & Pensky, E. (1988). Marital change across the transition to parenthood. *Marriage and Family Review*, 12, 133–156.
- Belsky, J., Lang, M., & Rovine, M. (1985). Stability and change in marriage across the transition to parenthood: A second study. *Journal of Marriage & the Family*. 47, 855-865.
- Besharat, M. A., Tashk, A., & Rezazadeh, M. R. (2006). Explaining the Role of Coping in Marital Satisfaction and Mental Health. *Journal of the Iranian Psychology Association*, 1(1), 48-56.
- Bick, J., & Nelson, C. A. (2016). Early adverse experiences and the developing brain. *Neuropsychopharmacology*, 41(1), 177-196.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: parente-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M. W., Eisen, J. L., Weisberg, R. B., Pagano, M., ... & Keller, M. B. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *American Journal of psychiatry*, 162(6), 1179-1187.
- Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Academic press.
- Cowan, C. P., Cowan, P. A., Homing, G., Garrett, E., Coysh, W. S., Curtis-Boles, H., & Boles, A. J. (1985). Transition to parenthood: His, hers, and theirs. *Journal of Family Issues*, 6, 451-481.

- Delatorre, M. Z., & Wagner, A. (2020). Marital quality assessment: Reviewing the concept, instruments, and methods. *Marriage & Family Review*, 56(3), 193-216.
- Dindia, K., & Baxter, L. A. (1987). Strategies for maintaining and repairing marital relationships. *Journal of social and personal relationships*, 4(2), 143-158.
- Fowers, B. J., & Olson, D. H. (1993). ENRICH Marital Satisfaction Scale: A brief research and clinical tool. *Journal of Family psychology*, 7(2), 176.
- Fowers, B. (1991). His and Her Marriage: A Multivariate Study of Gender and Marital Satisfaction. *Sex Roles*, 24, 209-221.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*, 9(1), 139-145.
- Guerreiro, M. M. (2010). *Satisfação conjugal e satisfação com a vida em mulheres casadas e recasadas: um estudo comparativo* (Doctoral dissertation).
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados*. Bookman editora.
- Kwok, S. Y., Ling, C. C., Leung, C. L., & Li, J. C. (2013). Fathering self-efficacy, marital satisfaction and father involvement in Hong Kong. *Journal of Child and Family Studies*, 22(8), 1051-1060.
- Leidy, M. S., Parke, R. D., Cladis, M., Coltrane, S., & Duffy, S. (2009). Positive marital quality, acculturative stress, and child outcomes among Mexican Americans. *Journal of marriage and family*, 71(4), 833-847.
- Lincoln, K. D., & Chae, D. H. (2010). Stress, Marital Satisfaction, and Psychological Distress Among African Americans. *Journal of Family Issues*, 31(8), 1081–1105.
- Litzinger, S., & Gordon, K. C. (2005). Exploring relationships among communication, sexual satisfaction, and marital satisfaction. *Journal of sex & marital therapy*, 31(5), 409-424.
- Lund, C., Breen, A., Flisher, AJ, Kakuma, R., Corrigall, J., Joska, JA, ... & Patel, V. (2010). Pobreza e transtornos mentais comuns em países de baixa e média renda: uma revisão sistemática. *Ciências sociais e medicina*, 71 (3), 517-528.
- Machado, L. (2007). *Satisfação e insatisfação no casamento: os dois lados de uma mesma moeda?* Tese de mestrado não publicada, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Brasil.
- McDonald, R. P. (1999). *Test theory: A unified treatment*. Mahwah. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of psychiatric research*, 45(8), 1027-1035.
- Mosmann, C., Wagner, A. & Féres-Carneiro, T. (2006). Qualidade conjugal: mapeando conceitos. *Paidéia*, 16(5), 315-325.

- Narciso, I. S. B. (2001). *Conjugalidades satisfeitas mas não perfeitas: À procura do padrão que liga*. Dissertação de doutoramento não publicada. Faculdade de Psicologia e de Educação da Universidade de Lisboa.
- Narciso, I. e Ribeiro, M. T. (2008). Conjugalidades – Um olhar sobre satisfação, intimidade e pressupostos sobre a evolução da sexualidade. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 40, 215-243.
- Nunes, K. G., Tonietto, L., Dias, K., & Rego, C. (2020). O impacto dos maus-tratos na infância no desenvolvimento cerebral e no funcionamento cognitivo: uma revisão. *Diaphora*, 9(3), 9-13.
- Oliveira, A., Ferreira, R., Neto, F., & Maia, A. (2021). Contributos para um retrato dos socorristas da Cruz Vermelha Portuguesa: saúde, trabalho, coping e suporte social. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional*, 12, 1-12.
- Oliveira, M. D. S., & Andretta, L. (2011). *Manual prático de terapia cognitivo-comportamental*. Casa do Psicólogo.
- Oosterhouse, K., Riggs, S. A., Kaminski, P., & Blumenthal, H. (2019). The executive subsystem in middle childhood: Adult mental health, marital satisfaction, and secure-base parenting. *Family Relations*, 69(1), 166-179.
- Pais, J. L. R., & Antunes, S. (2003). Contribuição Para O Estudo De Adaptação Do Questionário De Saúde Geral De 28 Itens (General Health Questionnaire Ghq28. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5(1), 37-45.
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., ... & Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The lancet*, 392(10157), 1553-1598.
- Pedro, M. F., Ribeiro, T., & Shelton, K. H. (2015). Romantic attachment and family functioning: The mediating role of marital satisfaction. *Journal of Child and Family Studies*, 24(11), 3482-3495.
- Puetz, V. B., Parker, D., Kohn, N., Dahmen, B., Verma, R., & Konrad, K. (2017). Altered brain network integrity after childhood maltreatment: A structural connectomic DTI-study. *Human Brain Mapping*, 38(2), 855–868.
- Regier, D. A., Narrow, W. E., & Rae, D. S. (1990). The epidemiology of anxiety disorders: The epidemiologic catchment area (ECA) experience. *Journal of psychiatric research*, 24, 3-14.
- Ribeiro, J. P., Neto, C., Silva, M., Abrantes, C., Coelho, M., Nunes, J., & Coelho, V. (2015). Ulterior validação do questionário de saúde geral de Goldberg de 28 itens. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 16(3), 278-286.
- Righetti, F., Faure, R., Zoppolat, G., Meltzer, A., & McNulty, J. (2022). Factors that contribute to the maintenance or decline of relationship satisfaction. *Nature Reviews Psychology*, 1(3), 161-173.

- Ruble, D. N., Fleming, A. S., Hackel, L. S., & Stangor, C. (1988). Changes in the marital relationship during the transition to first-time motherhood: Effects of violated expectations concerning the division of labor. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 78-87
- Shahi, A., Ghaffari, I., & Ghasemi, K. (2011). Relationship between mental health and marital satisfaction. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*, 15(2).
- Silva, P. C. S. G. (2020). *A satisfação conjugal e sua influência no bem-estar infantil* (Doctoral dissertation).
- Soares, B. Í. B. (2015). *Satisfação marital e stresse parental em mães da população geral: um estudo correlacional* (Doctoral dissertation).
- Talaizadeh, F., & Bakhtiyarpour, S. (2016). The relationship between marital satisfaction and sexual satisfaction with couple mental health. *Journal of thought & behavior in clinical psychology*, 10(40), 37-46.
- Thomason, M. E., & Marusak, H. A. (2017). Review toward understanding the impact of trauma on the. *Neuroscience*, 342, 55–67
- Thompson, L. (1988). Women, men, and marital quality. *Journal of Family Psychology*, 2(1), 95–100.
- Twenge, J. M., Campbell, W. K., & Foster, C. A. (2003). Parentalidade e satisfação conjugal: uma revisão meta-analítica. *Jornal do casamento e da família*, 65(3), 574-583.
- Vieira, S. R. P. (2016). *A satisfação conjugal, a personalidade e a satisfação com a vida na conjugalidade* (Master's thesis).
- Wahyuningsih, H., Kusumaningrum, F. A., & Novitasari, R. (2020). Parental marital quality and adolescent psychological well-being: A meta-analysis. *Cogent Psychology*, 7(1), 1819005.
- Wassermann, V. G. (2011). *Crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar e suas respectivas mães: autopercepção, relações interpessoais e representação de objeto* (Master's thesis, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul).
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet*, 382(9904), 1575-1586.
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*.

ANEXOS

ANEXO A: Questionário sociodemográfico e acontecimento de vida no passado e no presente

INDICADORES INDIVIDUAIS

Sexo:

- Masculino
- Feminino

1. IDADE:

2. Nível de estudos:

- Dificuldades na leitura e na escrita.
- Ensino Básico incompleto.
- Ensino Básico completo.
- Ensino Secundário incompleto.
- Ensino Secundário completo.
- Ensino Universitário incompleto.
- Ensino Universitário completo.

3. Naturalidade:

Se é imigrante, quantos anos em Portugal?

4. Situação profissional:

- Inativo: doméstica / não procura trabalho.
- Ativo, mas sem trabalho.
- Ativo

Tipo de trabalho?

Estabilidade no trabalho:

- Sim
- Não

INDICADORES FAMILIARES

5. Qual seu agregado familiar?

Quantas pessoas na sua família?

6. Estabilidade familiar:

- Sim
- Não

Tem filhos?

- Sim
- Não

10. Rendimentos mensais:

11. Estabilidade financeira?

- Sim
- Não

12. Origem dos rendimentos:

- Trabalho
- Ajuda Social
- Pensão
- Combinações

13. Tamanho da habitação:

ACONTECIMENTOS DE VIDA NO PASSADO E NO PRESENTE

14. No passado

marque SIM em todas as situações que ocorreram com você.

	sim
Maltrato na infância	<input type="checkbox"/>
Maltrato na idade adulta	<input type="checkbox"/>
Precariedade económica	<input type="checkbox"/>
Desemprego prolongado/precariedade laboral	<input type="checkbox"/>
Abuso de substâncias/toxicod dependência	<input type="checkbox"/>
Comportamento violento ou antissocial	<input type="checkbox"/>
Problemas judiciais (demandas, juízos, cadeia, etc.)	<input type="checkbox"/>

15. Situação atual (últimos 3 anos)

marque SIM em todas as situações que ocorreram com você nos últimos 3 anos.

	Sim
Ser vítima de maltrato	<input type="checkbox"/>
Comportar-se de forma violenta o antissocial	<input type="checkbox"/>
Entrada na prisão	<input type="checkbox"/>

	Sim
Doenças mentais/perturbação psicológica (diagnosticada)	<input type="checkbox"/>
Problemas físicos importantes	<input type="checkbox"/>
Cuidar de um familiar	<input type="checkbox"/>
Consumo abusivo de substâncias	<input type="checkbox"/>
Relação conjugal conflituosa	<input type="checkbox"/>
Separação/divórcio	<input type="checkbox"/>
Relação de conflito com os filhos	<input type="checkbox"/>
Situação económica bastante difícil	<input type="checkbox"/>
Situação laboral instável e/ou difícil	<input type="checkbox"/>
Despejo	<input type="checkbox"/>
Problemas judiciais/policiais	<input type="checkbox"/>
Conflito graves ou discussões com outras pessoas	<input type="checkbox"/>

ANEXO B: Escala General Health Questionnaire (GHQ-28)

Leia atentamente estas perguntas. Gostaríamos de saber como se tem sentido de saúde **durante as últimas três semanas**. Responda a todas as perguntas. Assinale com uma cruz a resposta que escolher. Queremos saber os problemas recentes e atuais, não aqueles do passado. **Ultimamente...**

1. Tem-se sentido perfeitamente bem de saúde?			
<input type="checkbox"/> Melhor que o costume	<input type="checkbox"/> O mesmo que o costume	<input type="checkbox"/> Pior do que o costume	<input type="checkbox"/> Muito pior que o costume
2. Tem sentido que precisava de um tónico ou umas vitaminas?			
<input type="checkbox"/> De modo nenhum	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Muito
3. Tem-se sentido muito cansada e sem forças para nada?			
<input type="checkbox"/> De modo nenhum	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Muito
4. Tem-se sentido doente?			
<input type="checkbox"/> De modo nenhum	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Muito
5. Tem tido dores de cabeça?			
<input type="checkbox"/> De modo nenhum	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Muito
6. Tem sido uma sensação de pressão na cabeça ou que a cabeça ia explodir?			
<input type="checkbox"/> De modo nenhum	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Muito
7. Tem tido afrontamentos ou calafrios?			
<input type="checkbox"/> De modo nenhum	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Muito
8. Tem perdido o sono devido às preocupações?			
<input type="checkbox"/> De modo nenhum	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Muito
9. Depois de adormecer acorda várias vezes?			
<input type="checkbox"/> De modo nenhum	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Muito
10. Tem-se sentido sobrecarregada e sob tensão?			
<input type="checkbox"/> De modo nenhum	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Muito
11. Tem-se sentido irritável e de mau humor?			
<input type="checkbox"/> De modo nenhum	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Muito
12. Tem-se sentido assustada ou tem entrado em pânico sem razão?			
<input type="checkbox"/> De modo nenhum	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Muito
13. Tem tido a sensação de que lhe caía tudo em cima?			
<input type="checkbox"/> De modo nenhum	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Muito
14. Tem-se sentido constantemente nervosa e “prestes a explodir”?			
<input type="checkbox"/> De modo nenhum	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/>
15. Tem conseguido manter-se activa e ocupada?			

<input type="checkbox"/> Mais ativa do que o costume	<input type="checkbox"/> Igual que o costume	<input type="checkbox"/> Menos que o costume	<input type="checkbox"/> Muito menos menos que o costume
16. Tem levado mais tempo a fazer as coisas?			
<input type="checkbox"/> De modo nenhum	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Muito
17. Acha que, dum modo geral, tem feito bem as coisas?			
<input type="checkbox"/> Melhor que o costume	<input type="checkbox"/> Aproximadamente o mesmo que o costume	<input type="checkbox"/> Pior que o costume	<input type="checkbox"/> Muito pior que o costume
18. Tem-se sentido satisfeita com a forma como tem feito as coisas?			
<input type="checkbox"/> Mais satisfeita que o costume	<input type="checkbox"/> Mais ou menos igual que o costume	<input type="checkbox"/> Menos satisfeita que o costume	<input type="checkbox"/> Muito menos satisfeita que o costume
19. Sentiu que estava a ter um papel útil na vida?			
<input type="checkbox"/> Mais vezes que o costume	<input type="checkbox"/> Igual que o costume	<input type="checkbox"/> Menos útil que o costume	<input type="checkbox"/> Muito menos útil que o costume
20. Sentiu-se capaz de tomar decisões?			
<input type="checkbox"/> Mais que o costume	<input type="checkbox"/> Igual que o costume	<input type="checkbox"/> Menos que o costume	<input type="checkbox"/> Muito menos que o costume
21. Foi capaz de aproveitar as coisas normais do dia-a-dia?			
<input type="checkbox"/> Mais que o costume	<input type="checkbox"/> Igual que o costume	<input type="checkbox"/> Menos que o costume	<input type="checkbox"/> Muito menos que o costume
22. Pensou que era uma pessoa sem valor?			
<input type="checkbox"/> De modo nenhum	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Muito
23. Tem vivido a vida sem nenhuma esperança?			
<input type="checkbox"/> De modo nenhum	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Muito
24. Sentiu que a vida já não vale a pena?			
<input type="checkbox"/> De modo nenhum	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Muito
25. Pensou na hipótese de vir a acabar consigo?			
<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Acho que não	<input type="checkbox"/> Já me passou pela cabeça	<input type="checkbox"/> Sim, sem dúvida
26. Às vezes não consegue fazer nada por causa dos nervos?			
<input type="checkbox"/> De modo nenhum	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Muito
27. Tem dado consigo a desejar estar morta e longe de tudo?			
<input type="checkbox"/> De modo nenhum	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Muito
28. Tem notado que a ideia de acabar com a sua vida está sempre a vir-lhe à cabeça?			
<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Acho que não	<input type="checkbox"/> Já me passou pela cabeça	<input type="checkbox"/> Sim, sem dúvida

ANEXO C: Escala de Satisfação Marital (EMS)

Indique qual é a sua situação atual:

1. Casada /união de facto. Desde há quanto tempo? _____
2. Separada/ Divorciada. Desde há quanto tempo? _____
3. Solteira.
4. Viúva.

As frases que se seguem tentam refletir a relação que você e o seu esposo/companheiro mantêm. Se não encontrar uma resposta que reflita totalmente a vossa relação, assinale a opção que se aproxima mais ao que você pensa. Não pense muito nas frases, a sua resposta deve basear-se na primeira impressão. Por ex.; O meu marido e eu vamos ao cinema. Se vai algumas vezes ao cinema com o seu marido a resposta deveria ser “De acordo”.

	Não, totalmente em desacordo	Em desacordo	Não tenho a certeza	De acordo	Totalmente de acordo
1. O meu marido e eu compreendemo-nos perfeitamente					
2. Não gosto das características de personalidade nem dos hábitos do meu marido					
3. Estou muito contente como organizamos no nosso casamento questões como as decisões económicas familiares, as tarefas domésticas, a educação dos filhos... as coisas que um casal pode decidir					
4. O meu marido compreende totalmente o meu estado de ânimo quotidiano					
5. Não estou satisfeita com a nossa comunicação e sinto que o meu marido não me compreende					
6. A nossa relação é perfeita					
7. Estou muito satisfeita com a nossa forma de tomar decisões e resolver problemas					
8. Estou descontente com a nossa situação financeira e com a forma como tomamos decisões sobre esse tema					
9. Tenho algumas necessidades que não são satisfeitas na nossa relação					
10. Estou muito satisfeita como organizamos o tempo que passamos juntos e com as nossas atividades de ócio					
11. Estou muito satisfeita com a nossa forma de expressarmo-nos afeto e com as nossas relações sexuais					
12. Não estou satisfeita com a maneira como nos encarregamos das nossas responsabilidades como pais					

13. Nunca me arrependi da minha relação com o meu marido, nem sequer por um momento					
14. Estou descontente com as nossas relações com familiares e/ou amigos					
15. Sinto-me bem com a forma como praticamos as nossas crenças e valores religiosos					

ANEXO D: Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO DE AVALIAÇÃO DO CONTEXTO FAMILIAR

Este questionário insere-se no âmbito de uma investigação realizada na Universidade do Algarve e tem como principal objetivo estudar a satisfação conjugal e sua interferência na saúde dos casais.

A participação neste estudo é voluntária e os dados recolhidos neste estudo serão tratados e guardados respeitando sua intimidade e de acordo com a lei de proteção de dados. Apenas os investigadores terão acesso aos dados e estes apenas serão utilizados para efeito desta investigação e não para qualquer outro fim. Todos os dados serão trabalhados em conjunto, não havendo tratamento de dados pessoais.

Não existe respostas certas ou erradas. Espera-se apenas que as respostas sejam sinceras.

Caso seja necessário esclarecimento adicional, por favor, entre em contato com a70021@ualg.pt ou csnunes@ualg.pt

Desde já agradecemos a disponibilidade.

- Afirmo que li o presente documento e compreendo os compromissos que assumo.
Por esse motivo, aceito participar do estudo de forma voluntária
- Não pretendo participar