SINTOMAS DEPRESSIVOS E RELACIONAMENTOS CONJUGAIS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Jéssica Cousseau

Caxias do Sul, 2019

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
ÁREA DO CONHECIMENTO DE HUMANIDADES
CURSO DE PSICOLOGIA

SINTOMAS DEPRESSIVOS E RELACIONAMENTOS CONJUGAIS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Trabalho apresentado como requisito parcial para Conclusão de Curso de Graduação em Psicologia, sob orientação da Profa. Dra. Raquel de Melo Boff.

Jéssica Cousseau

Caxias do Sul, 2019

SUMÁRIO

Página

INTRODUÇÃO 9
A PESQUISADORA E A PESQUISA 11
OBJETIVOS 12
Objetivo Geral 12
Objetivos Específicos 12

REVISÃO DA LITERATURA 13
1.Depressão 13
1.1 Critérios Diagnósticos 13
1.2 Modelo cognitivo-comportamental dos transtornos depressivos 15
2. Relacionamentos conjugais na perspectiva cognitivo-comportamental 19

MÉTODO 24
Delineamento 24
Fontes 24
Instrumentos 24
Procedimentos 25
Análise dos dados 26

RESULTADOS 27
DISCUSSÃO 36
CONSIDERAÇÕES FINAIS 44
REFERÊNCIAS 45

ANEXOS

ANEXO A. Combinações de descritores utilizados nas buscas nas bases eletrônicas 50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Relação dos artigos selecionados.....28
Tabela 2. Resultados organizados a partir das categorias analíticas e núcleo temático 35

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma dos estudos incluídos.....27

RESUMO

A depressão é um dos transtornos mentais mais prevalentes no mundo. Está associada a sofrimento e prejuízos em diversas áreas da vida. Os relacionamentos sociais e a habilidade de administrar as tarefas do dia-a-dia são afetados, bem como os relacionamentos conjugais. A associação entre depressão e declínio no relacionamento conjugal é bem documentada na literatura, mas a natureza dessa associação nem sempre é clara. O objetivo desse estudo é compreender como os sintomas depressivos impactam o relacionamento do casal. Uma revisão sistemática da literatura foi conduzida, com buscas nas bases de dados *Web Of Science*, *Pubmed/Medline* e *PsycINFO*. A busca compreendeu os artigos publicados no período de 2015 a 2019, nos idiomas português e inglês. Apenas estudos empíricos e que abordassem predominantemente sintomas depressivos e relacionamentos conjugais foram considerados. Os resultados encontrados foram analisados à luz da perspectiva cognitivo-comportamental, buscando uma compreensão do impacto das manifestações cognitivas, comportamentais e emocionais do sujeito deprimido no relacionamento conjugal. Os achados revelaram um papel importante dos estilos de comunicação, processos cognitivos negativos, apoio do cônjuge não deprimido, associações bidirecionais entre sintomas depressivos e insatisfação conjugal e gravidade dos sintomas depressivos.

Palavras-chave: depressão, transtorno depressivo maior, transtorno depressivo, casamento, terapia de casal, relacionamento conjugal

ABSTRACT

Depression is one of the most prevailing mental disorders in the world. It is associated with suffering and damage in several areas of life. Social relationships and the ability to manage day-to-day tasks are affected as well as marital relationships. The association between depression and the decline in the marital relationship is well documented in the literature, but the nature of this association is not always clear. The aim of this study is to understand how depressive symptoms impact a couple's relationship. A systematic review of literature was conducted, with searches in the Web of Science, Pubmed/ Medline and PsycINFO databases. The search included articles published between 2015 and 2019, in Portuguese and English. Only empirical studies which addressed predominantly depressive symptoms and marital relationships were considered. The results were analyzed based on the cognitive-behavioral perspective, in order to understand the impact of the cognitive, behavioral and emotional manifestations of the depressed subject in the conjugal relationship. The findings revealed an important role of the styles of communication, negative cognitive processes, support of the non-depressed spouse, two-way associations between depressive symptoms and marital dissatisfaction, and severity of depressive symptoms.

Key words: depression, major depressive disorder, depressive disorder, couple, couple therapy, marriage, marital therapy, marital relationship, marital satisfaction

INTRODUÇÃO

A depressão é um transtorno mental que causa sofrimento e pode limitar diversas áreas da vida e reduzir as competências funcionais dos sujeitos. Os relacionamentos sociais e a habilidade de gerenciar as tarefas do dia-a-dia são afetados. Além disso, o transtorno é considerado o principal contribuinte para mortes por suicídio, que chegam a 800 mil por ano *(World Health Organization [WHO],* 2017).

No *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-V) publicado pela *American Psychiatric Association (*APA) (2014) os transtornos depressivos são caracterizados pela presença de humor triste, vazio ou irritável, associado a alterações cognitivas e somáticas que afetam o funcionamento do indivíduo de maneira significativa. O que difere os transtornos depressivos são aspectos relacionados a duração, momento ou etiologia presumida. Para apresentar os sintomas depressivos serão descritos os critérios diagnósticos do Transtorno Depressivo Maior (TDM), que representa a condição clássica do grupo de transtornos depressivos (APA, 2014) e também o modelo cognitivo-comportamental dos transtornos depressivos.

Um estudo do início dos anos 2000 chamado *The Global Burden of Disease*, desenvolvido pelo Banco Mundial e Organização Mundial da Saúde, abordou os efeitos devastadores do TDM no mundo. De acordo com esse estudo, a depressão era responsável por mais de 10% dos anos vividos com incapacitação. Além disso, ao considerar as maiores causas de incapacitação, o transtorno ocupava o quarto lugar (Almeida & Neto, 2003). Projeta-se que em 2020, a depressão será o principal motivo de incapacitação no mundo (Medeiros & Sougey, 2010).

O TDM apresenta prevalência de 12 meses de aproximadamente 7% nos Estados Unidos, com diferenças acentuadas por faixa etária (APA, 2014). No relatório *Depression and Other Common Mental Disorders*, a *WHO* (2017) estima que a depressão atingiu mais de 300 milhões de pessoas no mundo, com um aumento superior a 18% em sua prevalência entre os anos de 2005 e 2015. No Brasil, a depressão atinge 11,5 milhões de pessoas - 5,8% da população. Os episódios depressivos exerceram grande influência na concessão do auxílio doença previdenciário por decorrência de transtornos mentais no Brasil, representando mais de 30% do total de benefícios por incapacidade concedidos entre os anos de 2012 e 2016. Somados, os casos de episódios depressivos, transtornos ansiosos e transtorno depressivo recorrente, constituíram 60% dessa concessão de benefícios. No ano de 2016, cerca de 75,3 mil pessoas foram afastadas do trabalho por depressão pela Previdência Social no Brasil (Ministério da Fazenda, 2016).

Entre as áreas da vida afetadas pelo Transtorno Depressivo Maior estão os relacionamentos conjugais. Há evidências consideráveis de que o cônjuge que convive com uma pessoa deprimida têm mais riscos de experimentar níveis altos de sofrimento psicológico, sendo mais frequentes a depressão

e a ansiedade (Perin, 2013). Os problemas conjugais e familiares constituem aproximadamente metade de todas as buscas por psicoterapia. Durante o tratamento é comum encontrar membros da família acometidos por transtornos mentais. A depressão é um dos transtornos mais comuns e extensivamente coberto pela literatura profissional, que tem reconhecido uma correlação entre a perturbação do humor e problemas nos relacionamentos. Assim, o objetivo desse estudo é identificar o impacto dos sintomas depressivos nos relacionamentos conjugais.

As aplicações da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) nos relacionamentos íntimos foram introduzidas na década de 60, quando Albert Ellis escreveu pela primeira vez sobre o papel essencial que a cognição exerce nos problemas conjugais. A terapia racional emotiva desenvolvida por Ellis se tornou popular para tratar diversos problemas, ainda assim, nas décadas de 1960 e 1970 a sua aplicação aos relacionamentos íntimos não foi recebida com entusiasmo pelos terapeutas de casal e família. Durante as décadas de 1980 e 1990 houve uma rápida expansão do modelo de terapia familiar cognitivo-comportamental e é atualmente considerada uma abordagem importante de tratamento nos manuais de terapia familiar (Dattilio, 2011).

O modelo cognitivo-comportamental é utilizado para o tratamento de casais e apresenta um alto potencial de integração com outras abordagens, pois além de sua adaptabilidade, compartilha com vários outros modelos de tratamento a suposição de que as mudanças nos relacionamentos familiares e conjugais envolvem mudanças nos planos cognitivo, afetivo e comportamental. A terapia cognitivo-comportamental para casais se concentra na interação entre os membros da díade, com ênfase na natureza inter-relacionada de crenças, expectativas e atribuições. Assim, a avaliação e intervenção dos terapeutas recai sobre os aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais de padrões problemáticos que estão enraizados e são difíceis de mudar (Dattilio, 2011).

Diversos casais que recorrem à terapia de casal não obtém os resultados esperados durante o processo terapêutico pois um dos cônjuges está vivenciando alguma dificuldade importante, como depressão (Atkins, Bedics, Christensen & Dimidjian, 2009). Por esse motivo, é importante que o clínico seja sensível quanto a possibilidade de uma condição clínica estar interferindo o processo psicoterapêutico, visto que a depressão, por exemplo, pode ser a causa de disfunções conjugais (Baucom & Epstein, 1990). Neste sentido, esta pesquisa se propôs a avaliar o impacto dos sintomas depressivos nos relacionamentos conjugais. Para responder essa questão foi delineada uma revisão sistemática da literatura. Inicialmente, serão apresentadas as motivações pessoais da pesquisadora, os objetivos do estudo, uma revisão abrangente da literatura com a finalidade de conceituar as variáveis estudadas e por fim o método, resultados, discussão e considerações finais.

A PESQUISADORA E A PESQUISA

O interesse da pesquisadora em estudar o impacto dos sintomas depressivos nos relacionamentos conjugais surgiu nos Estágios em Saúde e Processos Clínicos I , II e III. Nessa experiência clínica, a maioria dos pacientes atendidos, havia recebido diagnóstico de depressão. Foi possível perceber que o impacto do transtorno nas interações conjugais era diferente de acordo com o paciente. Muitos relatavam dificuldades em seus relacionamentos pessoais, mas alguns tinham o cônjuge como uma importante fonte de apoio. Desse modo, a elaboração desse estudo tem como inspiração o interesse em compreender o impacto dos sintomas depressivos nos relacionamentos conjugais na perspectiva da teoria cognitivo-comportamental, com a qual a pesquisadora se identifica.

OBJETIVOS:

Objetivo Geral: Identificar o impacto dos sintomas depressivos nos relacionamentos conjugais.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar o transtorno depressivo maior
- Caracterizar o modelo cognitivo-comportamental dos transtornos depressivos
- Caracterizar relacionamentos conjugais na pespectiva cognitivo-comportamental
- Avaliar o impacto dos sintomas depressivos nos relacionamentos conjugais

REVISÃO DA LITERATURA

O objetivo geral dessa pesquisa é identificar o impacto dos sintomas depressivos nos relacionamentos conjugais. Por esse motivo, será caracterizado o Transtorno Depressivo Maior, que representa a condição clássica do grupo de transtornos depressivos (APA, 2014). Ademais, será caracterizado o modelo cognitivo-comportamental dos transtornos depressivos e os relacionamentos conjugais sob a perspectiva cognitivo-comportamental.

1. Depressão

No século 21, a expressão do mal-estar na sociedade é a depressão (Mendes et al., 2014). De acordo com Berrios (2012), o vocábulo depressão surgiu em 1860 nos dicionários médicos. Os transtornos depressivos são caracterizados pela presença de humor triste, vazio ou irritável, associado a alterações cognitivas e somáticas que afetam o funcionamento do indivíduo de maneira significativa. A diferença entre os transtornos depressivos diz respeito a duração, momento ou etiologia presumida. O Transtorno Depressivo Maior representa a condição clássica do grupo de transtornos depressivos e por esse motivo será utilizado o DSM-V para descrevê-lo e para apresentar os sintomas depressivos (APA, 2014).

1.1 Critérios Diagnósticos:

Na quinta edição do DSM, a APA (2014) inseriu o Transtorno Depressivo Maior em um capítulo intitulado *Transtornos Depressivos*, que inclui ainda: transtorno depressivo persistente, transtorno depressivo induzido por substâncias e/ou medicamentos, transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo devido a condição médica, transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado.

De acordo com a APA (2014): o critério A para o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior é a presença de cinco ou mais sintomas. Esses sintomas são expostos em nove critérios diagnósticos e devem estar presentes durante o mesmo período de duas semanas. Além disso "representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer." (p. 160) Os nove critérios serão apresentados a seguir, de acordo com a APA (2014):

Critério 1: "Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p. ex., parece choroso)." (p. 161) A irritabilidade aumentada também pode ser referida, com uma tendência a reagir aos eventos com ataques de raiva ou culpando os demais. Além disso, é comum que questão menores estejam atreladas a um sentimento excessivo de frustração.

Critério 2: "Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicada por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas)." (p. 161) Pode ocorrer significativa diminuição nos níveis prévios de interesse ou desejo sexual.

Critério 3: "Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias." (p. 161) Em alguns casos, os indivíduos relatam que necessitam se forçar para comer, outros se alimentam mais ou demonstram desejo por alimentos específicos, como doces ou outros carboidratos.

Critério 4: "Insônia ou hipersonia quase todos os dias." (p. 161) A insônia costuma ser intermediária ou terminal. Na insônia intermediária, o indivíduo desperta durante a noite e tem dificuldades para adormecer novamente. Na insônia terminal, o sujeito acorda muito cedo e não consegue mais dormir. Também pode ocorrer a insônia inicial, que é quando a pessoa tem dificuldades para adormecer.

Critério 5: "Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou estar mais lento)." (p. 161) A agitação pode ser caracterizada pelo comportamento de andar sem parar, incapacidade de permanecer sentado, puxar a pele ou outros objetos ou agitar as mãos. O retardo psicomotor pode ser percebido pela lentificação do discurso, pensamento ou até mesmo dos movimentos do corpo. Pausas longas antes de responder, baixo volume da voz ou mutismo também são características do retardo psicomotor.

Critério 6: "Fadiga ou perda de energia quase todos os dias." (p. 161) Mesmo na ausência de esforço físico, o sujeito pode relatar fadiga persistente. Tarefas como tomar banho e se vestir, podem ser descritas como exaustivas.

Critério 7: "Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente)." (p. 161) Eventos do dia-a-dia são frequentemente interpretados como evidências de defeitos pessoais. Além disso, o sujeito costuma ter um senso exagerado de responsabilidade pelos acontecimentos negativos.

Critério 8: "Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas." (p. 161) Esses indivíduos costumam distrair-se com facilidade. Além disso, costumam queixar-se de dificuldades de memória.

Critério 9: "Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio." (p. 161) Além disso, "esses pensamentos variam desde um desejo passivo de não acordar pela manhã, ou uma crença de que os outros estariam melhor se o indivíduo estivesse morto, até pensamentos transitórios, porém recorrentes, sobre cometer suicídio ou planos específicos para se matar." (p. 164) Em casos mais graves, a pessoa pode organizar seus negócios (atualizar seu

testamento, por exemplo), adquirir os materiais necessários para concretizar o ato e definir um lugar e momento para consumar o suicídio.

Além dos sintomas apresentados acima, a APA (2014) apresenta outros critérios necessários para o diagnóstico. De acordo com o critério B: "Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo." (p. 161) Segundo o critério C: "O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica." (p. 161) Para cumprir o critério D, é necessário que o episódio depressivo maior não seja mais bem explicado pelos transtornos: esquizoafetivo, esquizofrenia, esquizofreniforme, delirante ou outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou não especificado. O último critério é o E: "Nunca houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco." (p. 161)

De acordo com a APA (2014) "A prevalência de 12 meses do transtorno depressivo maior nos Estados Unidos é de aproximadamente 7%, com acentuadas diferenças por faixa etária." (p. 165) Em indivíduos de 18 a 29 anos, a prevalência é 3 vezes maior do que em indivíduos acima dos 60 anos. Além disso, os índices são 1,5 a 3 vezes mais altos em pessoas do sexo feminino do que em pessoas do sexo masculino.

Com relação aos especificadores da gravidade e do curso, o Transtorno Depressivo Maior pode ser: leve, moderado, grave, com características psicóticas, em remissão parcial, em remissão completa e não especificado. Deve-se especificar ainda se o episódio atual se apresenta com sintomas ansiosos, com características mistas, melancólicas, atípicas, psicóticas congruentes com o humor ou com características psicóticas incongruentes com o humor. Além disso, é necessário especificar se há catatonia, se o início foi no periparto e se existe um padrão sazonal (APA, 2014).

Existem numerosas abordagens para o entendimento e manejo de doenças psicológicas (Szupszynski, 2012). Nesse trabalho, cujo objetivo envolve identificar o impacto dos sintomas depressivos nos relacionamentos conjugais, será utilizado o modelo cognitivo-comportamental dos transtornos depressivos.

1.2 Modelo cognitivo-comportamental dos transtornos depressivos

A configuração dos quadros depressivos envolve manifestações cognitivas, emocionais e comportamentais que caracterizam o dia a dia do indivíduo em questão (Rodrigues & Horta, 2012). O pensamento, emoções, comportamentos, reações físicas e o ambiente afetam uns aos outros (Greenberger & Padesky, 2017).

Quando se experimenta uma emoção, existe um pensamento associado que auxilia a definir essa emoção. Depois que uma emoção está presente, frequentemente outros pensamentos que apoiam e fortalecem essa emoção são adicionados. As pessoas deprimidas, por exemplo, pensam em todos os

aspectos que são negativos em suas vidas. Os estados de humor são caracterizados como deprimido, triste, irritado e culpado. Quando o estado de humor experienciado é intenso, a pessoa está mais suscetível a distorcer, descontar ou a ignorar as informações que contrariam a validade do seu estado de humor e das suas crenças. Os sintomas cognitivos da depressão envolvem pensamentos negativos sobre si mesmo (autocrítica), sobre as experiências de vida (pessimismo) e sobre o futuro (desesperança) (Greenberger & Padesky, 2017).

De acordo com Rodrigues e Horta (2012), o padrão cognitivo do sujeito deprimido está relacionado a "sentimentos de inferioridade, desvalorização, incompetência, culpa e dificuldades para tomar decisões e se concentrar." (p. 236) Além disso, estes pensamentos podem estar associados a ideias, vontade ou tentativas de morte. À nível comportamental, quanto mais grave é o quadro clínico menor é a capacidade de iniciativa ou resposta do sujeito. Na fase inicial da doença, as tarefas associadas ao lazer, convivência social e ao prazer são provavelmente mais afetadas. Quando o quadro de depressão atinge nível de gravidade moderada, o indivíduo abandona, evita ou realiza de modo incompleto tarefas profissionais e compromissos assumidos. Nos níveis mais graves de depressão, os cuidados pessoais e as tarefas associadas à sustentação da própria vida costumam ser afetados.

Segundo A. T. Beck, Rush, Shaw e Emery (1979/1997) o sujeito deprimido "é preso em um círculo vicioso no qual seu nível reduzido de atividade o conduz a se rotular como ineficaz. Esse rótulo por sua vez, conduz um desencorajamento adicional e por fim a uma tendência ao estado de imobilidade." (p. 86) A pessoa deprimida se afasta das outras pessoas, faz menos atividades, tem dificuldade em iniciar alguma tarefa e apresenta baixa motivação. Em razão disso, parte importante do tratamento visa aumentar o número de atividades que geram prazer e sensação de realização. A realização de atividades que promovem prazer rompe o padrão de evitação e aproxima o sujeito deprimido de situações que antes lhe faziam bem (Greenberger & Padesky, 2017).

A maneira como as pessoas interpretam os eventos influencia as emoções, comportamentos e aspectos fisiológicos. A interpretação dos eventos pode ser influenciada pelos pensamentos automáticos, que surgem espontaneamente e que costumam ser aceitos como verdade, sem nenhum questionamento. Esses pensamentos podem ser funcionais ou disfuncionais e se sujeitos à reflexão objetiva, sua validade pode ser avaliada, modificando emoções, comportamentos e reações fisiológicas (J. S. Beck, 2013). Os pensamentos automáticos são formados pelas crenças intermediárias e centrais. As crenças centrais são construídas desde a infância, na interação com pessoas significativas e são reforçadas em diferentes circunstâncias de vida. As crenças centrais estão relacionadas a maneira de perceber a si, os outros e o mundo e são consideradas entendimentos que geram as crenças intermediárias e os pensamentos automáticos. Se essas crenças centrais motivam compreensões distorcidas da realidade, são chamadas de crenças centrais disfuncionais. As crenças intermediárias são as regras, atitudes e suposições geradas pelas crenças centrais. Quando uma pessoa está diante de uma

situação, as crenças influenciam a sua percepção através dos pensamentos automáticos que irão influenciar as emoções e o comportamento da pessoa (Szupszynski, 2012).

O modelo cognitivo requer três conceitos específicos para explicar a essência da depressão: tríade cognitiva, esquemas e erros cognitivos. A tríade cognitiva da depressão envolve uma visão negativa de si, do mundo e do futuro. O sujeito se enxerga como "defeituoso, inadequado, doente ou carente" (p. 10) e entende que o mundo faz exigências excessivas e coloca obstáculos insuperáveis para atingir as suas metas. As interações com o ambiente são interpretadas erroneamente e mesmo quando existem alternativas mais razoáveis a pessoa modifica os fatos para que se encaixem em suas conclusões negativas pré-estabelecidas. Com relação ao futuro, o sujeito deprimido antecipa sofrimentos e privações, entende que suas dificuldades atuais irão persistir no futuro. Os esquemas designam padrões cognitivos estáveis que fazem com que o indivíduo interprete situações específicas de um modo regular. Desse modo, "quando uma pessoa se defronta com uma circunstância específica, um esquema relacionado à circunstância é ativado." (p. 11) Um esquema pode ficar inativo por um tempo considerável e ser ativado por um estímulo específico, como uma situação estressante, por exemplo. Na depressão, o sujeito avalia situações específicas de modo distorcido para encaixar nos esquemas disfuncionais dominantes (A. T. Beck et al., 1979/1997).

Outro conceito proposto para a organização estrutural do pensamento depressivo são os erros de pensamento. Há uma tendência de que as pessoas deprimidas façam julgamentos globais amplos sobre situações vividas, atribuindo significados de modo extremo, negativo, categórico, sentencioso e absoluto (A. T. Beck et al., 1979/1997). Os erros cognitivos cumprem um importante papel em estilos patológicos de processar informações. Assim, os erros cognitivos são muito mais frequentes em sujeitos deprimidos, do que em sujeitos não deprimidos (Leahy, 2006; Wright, Basco & Thase, 2008). O ato de nomear as distorções, treinar o paciente a fazer o mesmo e a responder aos pensamentos automáticos de maneira mais adaptativa costuma ser útil para produzir uma mudança positiva no afeto e constituem uma das intervenções propostas pela teoria cognitivo comportamental (J. S. Beck, 2013).

Há diversas nomenclaturas possíveis para denominar as interpretações e atribuições de significados às experiências e fenômenos da existência: erros cognitivos, distorções cognitivas, pensamentos disfuncionais, erros de julgamento, distorções de julgamento, distorções de pensamento, entre outros (Medeiros & Sougey, 2010). Os erros cognitivos podem ser entendidos como erros na forma de interpretar as experiências de vida ou como avaliações equivocadas dos eventos e são muito comuns em diferentes transtornos (Knapp, 2004; Rodrigues e Horta, 2012). A. T. Beck et al. (1979/1997) descreveram o processamento falho de informações de pessoas deprimidas. Segundo os autores, embora existam evidências contraditórias, há erros sistemáticos típicos no pensamento do sujeito deprimido que fazem com que a crença na validade dos conceitos negativistas seja mantida. Os erros sistemáticos frequentes no pensamento de pessoas deprimidas serão descritos a seguir, de acordo

com A. T. Beck et al. (1979/1997):

- Inferência arbitrária: consiste em extrair uma conclusão específica quando não há evidências que apoiem a conclusão ou quando as evidências existentes são contrárias à conclusão.
- Abstração seletiva: consiste em ignorar características mais acentuadas de um evento e focalizar em apenas um detalhe da situação, conceituando toda a experiência com base nesse fragmento.
- Hipergeneralização: consiste em utilizar como base um ou mais incidentes isolados, extrair desses uma regra geral e aplicá-la de modo indiscriminado a eventos relacionados e não relacionados.
- Magnificação e minimização: diz respeito a erros em avaliar a magnitude e importância de uma situação. Os erros de avaliação são tão grosseiros que constituem uma distorção.
- Personalização: consiste na tendência de relacionar eventos externos a si próprio, mesmo quando não há nenhuma evidência para estabelecer essa conexão.
- Pensamento dicotômico absolutista: tendência de classificar todas as experiências em duas categorias opostas. Ou é impecável ou é defeituoso, ou é santo ou pecador. O paciente utiliza a categorização negativa extrema para descrever a si mesmo.

As distorções de pensamentos são frequentes em pessoas ansiosas e deprimidas. As emoções desagradáveis costumam estar relacionadas a esses vieses cognitivos. Os pensamentos automáticos estão relacionados a afetos e comportamentos disfuncionais e são aceitos sem questionamento, entretanto, nem sempre são falsos, podem ser verdadeiros ou ter um grau variado de validade. Considerando que há uma tendência negativa sistemática que envolve o processamento cognitivo de pacientes com transtornos psiquiátricos, nomear as distorções, treinar o paciente a fazer o mesmo e a responder aos pensamentos automáticos de maneira mais adaptativa costuma ser útil para produzir uma mudança positiva no afeto (J. S. Beck, 2013; Leahy, 2006).

Segundo Rogrigues e Horta (2012) o "humor deprimido, crenças distorcidas e comportamentos desadaptativos se perpetuam e formam um ciclo, dificultando a remissão dos sintomas depressivos." (p. 240) O tratamento das depressões na abordagem cognitivo-comportamental tem como objetivo romper esses ciclos e intervir com a finalidade de aliviar os sintomas que provocam tanto sofrimento para o sujeito. Assim, a terapia compreende a modificação de crenças desadaptativas que geram as distorções cognitivas e que ocasionam comportamentos disfuncionais e emoções negativas.

A depressão é um transtorno mental que causa sofrimento e pode limitar diversas áreas da vida e reduzir as competências funcionais dos sujeitos. Os relacionamentos sociais e a habilidade de

gerenciar as tarefas do dia-a-dia são afetados (*WHO,* 2017). A seguir serão caracterizadas os relacionamentos conjugais, um dos conceitos relacionados ao objetivo geral do trabalho e que está incluso nas áreas de vida afetadas pelos sintomas depressivos.

2. Relacionamentos conjugais na perspectiva cognitivo-comportamental

O comportamento social equivale a interação entre duas ou mais pessoas. Nessa interação, o comportamento de uma pessoa influencia o comportamento da outra e também modifica o ambiente. Desse modo, o relacionamento amoroso, pode ser considerado um comportamento social (Skinner, 1953/2003). Segundo Osorio e Valle (2002), as relações conjugais são "aquelas que mantêm homens e mulheres, com o outro ou com o mesmo sexo, por terem estabelecido laços de natureza sexual e afetiva que os levam a desejar uma vida compartilhada, independente dos fins de procriação da espécie." (p. 9) Os autores, contrariando os padrões convencionais, não consideram relações conjugais apenas as que envolvem o ritual do casamento civil ou religioso.

Um conceito importante para a compreensão dos relacionamentos conjugais é o conceito de esquemas, entendidos como crenças duradouras que os indivíduos mantém sobre os seus relacionamentos e as outras pessoas. A origem de alguns esquemas está associada às experiências durante o relacionamento atual, outros tem origem em relações anteriores e alguns estão profundamente associados às experiências na família de origem. A incompatibilidade entre os esquemas dos cônjuges pode causar importantes conflitos nos relacionamentos. A discordância entre os esquemas sobre os limites e privacidade, por exemplo, impactam no relacionamento conjugal (Dattilio, 2011).

Os problemas conjugais e familiares constituem aproximadamente metade de todas as buscas por psicoterapia. Durante o tratamento é comum encontrar membros da família acometidos por transtornos mentais. A depressão é um dos transtornos mais comuns e é extensivamente coberto pela literatura profissional. As primeiras aplicações da terapia cognitivo-comportamental para problemas nos relacionamentos íntimos ocorreu há cinquenta anos atrás com as primeiras publicações de Albert Ellis a respeito do importante papel que a cognição cumpre nos problemas conjugais (Dattilio, 2011).

Há evidências consideráveis de que o cônjuge que convive com uma pessoa deprimida têm mais riscos de experimentar níveis altos de sofrimento psicológico, sendo mais frequentes a depressão e a ansiedade. Os cônjuges de pacientes deprimidos relatam problemas financeiros relacionados a perda da produtividade e gastos com o tratamento da depressão, dificuldades nos papeis conjugais, diminuição das atividades sociais, problemas relacionados a sexualidade , dificuldade para lidar com os sintomas depressivos, exaustão emocional e também sentimentos de não ser capaz de manter a situação por mais tempo (Perin, 2013).

A teoria do intercâmbio social é um componente importante do tratamento cognitivo-

comportamental e compreende a interação do casal através de um intercâmbio entre custos e recompensas, desse modo, os custos constituem as razões para o relacionamento ser considerado indesejável e as recompensas são as razões para que o relacionamento seja mantido. O equilíbrio entre as recompensas e os custos auxiliam os casais a determinar se estão satisfeitos ou não com o relacionamento (Dattilio, 2011).

O conflito conjugal, além de ser um evento estressante com potencial para desencadear a depressão, também é o indicador de recaída mais previsível (Papp, 2002). Há uma associação entre a depressão e problemas interpessoais e sociais, os sujeitos deprimidos costumam vivenciar problemas como perda de emprego, dificuldades financeiras e conflito conjugal (Wright et al., 2008). Os problemas no relacionamento ocorrem quando as pessoas mantêm crenças irracionais sobre o relacionamento e sobre os seus cônjuges, avaliando negativamente quando ambos não correspondem às suas expectativas irrealistas. A interação conjugal perturbada pode surgir também quando um cônjuge reage mal às frustrações normais e às exigências irrealistas do outro cônjuge, acentuando essas frustrações e demandas (Ellis, 2003). Em situações em que os processos cognitivos negativos acontecem, a pessoa pode experienciar emoções negativas muito fortes, como raiva, amargura e desapontamento e se comportar de forma negativa com relação ao parceiro (Dattilio, 2011).

Na terapia cognitivo-comportamental com casais, a intervenção nas reações emocionais excessivas ou insuficientes é muito importante, pois as emoções podem ser negligenciadas se o sujeito tem dificuldade em percebê-las, e em conseqüência disso, podem não ser expressas de modo funcional. Ademais, se o sujeito não consegue tolerar emoções desagradáveis pode expressar os seus sentimentos de modo exagerado. Uma expressão negativa de afeto de um dos cônjuges pode provocar uma comunicação verbal negativa pelo parceiro (Baucom & Epstein, 1990). Desse modo, um dos objetivos do tratamento é ajudar os membros do casal a aperfeiçoar habilidades para controlar e expressar de maneira eficaz as suas emoções (Epstein & Baucom, 2002). De acordo com Dattilio (2011) "uma perspectiva cognitivo comportamental se concentra na interação entre os membros da família com ênfase particular na natureza inter-relacionada das expectativas, crenças e atribuições dos membros da família." (p. 29) Ademais, a avaliação e intervenção dos terapeutas cognitivo-comportamentais recai sobre os aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais de padrões problemáticos que estão enraizados e são difíceis de mudar.

Os pensamentos automáticos podem ser compreendidos como ideias ou imagens que surgem na mente de todas as pessoas sem que elas percebam (A. T. Beck et al., 1979/1997). Normalmente o cônjuge não percebe que há um fluxo rápido de pensamento mediando suas emoções e comportamentos. Desse modo, os pensamentos automáticos costumam ser aceitos sem avaliação. O pensamento automático do cônjuge descontente torna-se inadequado em determinados momentos, visto que ele deixa de considerar as diversas possibilidades para o comportamento do parceiro,

priorizando a interpretação negativa (Dattilio, 2004).

Entre os processos cognitivos que influenciam negativamente os relacionamentos conjugais estão as distorções cognitivas (Rangé & Dattilio, 2001). As distorções foram descritas na sessão anterior e são caracterizadas como avaliações equivocadas dos eventos (Knapp, 2004). De acordo com A. T. Beck (1995) as conclusões inflexíveis e precipitadas são comuns em indivíduos com depressão. Nessas condições, há uma tendência a formular interpretações negativas fundamentadas em evidências frágeis ou inexistentes. Os pensamentos rígidos envolvem expectativas, observações e conclusões tendenciosas e formam uma estrutura psíquica denominada "posição cognitiva negativa." (p. 40) Quando um dos cônjuges enquadra o outro no cerne dessa posição, irá interpretar praticamente tudo o que o outro diz e faz de maneira negativa.

Além dos pensamentos automáticos, distorções cognitivas e crenças disfuncionais há outros processos cognitivos suscetíveis à distorções e que costumam manifestar-se no decorrer dos estresses em relacionamentos. Esses processos cognitivos incluem atenção seletiva, atribuições, expectativas, suposições e padrões. A atenção seletiva diz respeito a tendência do sujeito em perceber somente alguns aspectos das situações e negligenciar outros aspectos relevantes (Baucom & Epstein, 1990). Quando os membros da família se concentram seletivamente nos aspectos negativos um do outro, o relacionamento pode ser prejudicado. Percepções tendenciosas podem se tornar arraigadas quando as interações negativas ocorrem durante um período de tempo considerável, alienando cada vez mais os indivíduos um do outro (Dattilio, 2011). A atenção seletiva pode ser compreendida como um processo de percepção em que o indivíduo assimila informações conforme categorias que fazem sentido ao seu ponto de vista, ignorando outros dados importantes (Baucom & Epstein, 1990).

As atribuições consistem em inferências ou explicações que a pessoa cria para o comportamento do cônjuge e também sobre as causas e a responsabilidade por determinado acontecimento. Essas atribuições cumprem um papel importante nos conflitos conjugais. Exemplo disso é quando um cônjuge culpa o outro por todos os problemas que o casal enfrenta, sem perceber que ele também tem sua parcela de responsabilidade (Dattilio, 2011; Baucom & Epstein, 1990). As atribuições negativas sobre o parceiro e o relacionamento estão associadas com respostas afetivas e comportamentais negativas (insatisfação conjugal, choro, raiva, relatos de comunicação negativa, comportamentos menos eficazes de solução de problemas e interações permeadas por comportamentos negativos) durante uma discussão de solução de problemas (Baucom et al., 1996). Desse modo, os sintomas depressivos afetam a satisfação conjugal do sujeito deprimido e também do cônjuge não deprimido (Whisman, Uebelacker & Weinstock, 2004).

As atribuições cognitivas negativas sobre os comportamentos um do outro geram expectativas que assumem a forma de previsões sobre os rumos do relacionamento. O engajamento em previsões sobre os comportamentos futuros, costuma tornar os membros do casal menos propensos a realizar

mudanças para melhorar o relacionamento, pois criam a sensação de desesperança (Dattilio, 2011). As expectativas negativas influenciam o modo de perceber o parceiro e o relacionamento e estão associadas aos relacionamentos conturbados (Baucom & Epstein, 1990). Quando duas pessoas vivem juntas e estão interessadas em um relacionamento duradouro elas desenvolvem expectativas uma em relação à outra. Anseios pelo amor, fidelidade, apoio e amparo incondicionais são fomentados pela intensidade do relacionamento. O que cada cônjuge faz está carregado de significados oriundos dessas expectativas. Em decorrência da intensidade dos sentimentos, das expectativas, da dependência e do significado simbólico e muitas vezes arbitrário que projetam nas ações do outro, os cônjuges ficam inclinados a interpretar mal essas ações. Se há problemas conjugais e a expectativa de um cônjuge é frustrada há uma tendência a predominarem as conclusões negativas sobre o estado de espírito do outro e sobre o próprio casamento (A. T. Beck, 1995).

As suposições estão associadas as crenças que são mantidas sobre os relacionamentos e características gerais das pessoas e contemplam o que as pessoas pensam sobre as ações dos demais e sobre o mundo. As suposições podem ser consideradas adaptativas quando constituem representações realistas dos relacionamentos e pessoas. Eventos negativos que destroem as suposições básicas que os sujeitos tem sobre os seus parceiros são considerados traumáticos. Quando essas suposições são arruinadas, o parceiro não sabe mais como se comportar e como interpretar os comportamentos do outro (Dattilio, 2011).

Os padrões constituem crenças sobre as características que os relacionamentos e as demais pessoas devem ter. É através desses padrões que os indivíduos avaliam se o comportamento do parceiro é apropriado e aceitável no relacionamento. Os desenvolvimento dos padrões é influenciado pela mídia, religião, cultura, relacionamentos e interações prévias e são provavelmente mais relacionados com as experiências da família de origem (Dattilio, 2011). Através dos padrões a pessoa avalia se a quantidade de afeto recebida ou a forma de falar um com o outro é apropriada (Baucom & Epstein, 1990). Se os padrões que os cônjuges mantêm sobre o relacionamento não são satisfeitos há uma tendência a ficarem tristes e se envolverem em atribuições, afeto e respostas comportamentais negativas frente aos problemas conjugais (Baucom et al., 1996).

Os comportamentos também estão associados com os conflitos conjugais e a comunicação entre os cônjuges ocupa um lugar importante nesse sentido. Quando a comunicação de um cônjuge com o outro sobre a fonte dos problemas consiste em críticas mútuas, interrupções e gritos, os conflitos conjugais aumentam. A reduzida habilidade de comunicação está associada a interpretações tendenciosas que reduzem a percepção dos pensamentos e emoções do parceiro, produzindo ou mantendo uma visão parcial do cônjuge (Baucom & Epstein, 1990). As teorias interpessoais da depressão sustentam que a maneira como os casais se comunicam ajuda a explicar as associações bidirecionais entre o sofrimento conjugal e a depressão. De acordo com essas teorias, os indíviduos

com depressão se comunicam de maneiras que levam os seus parceiros a se afastar. Uma das consequências sociais da depressão é a disfunção interpessoal, incluindo comunicação emocional negativa e comportamentos aversivos, como críticas e hostilidade. Esses comportamentos negativos também são acompanhados por uma escassez de expressões emocionais positivas e comportamentos agradáveis (Rehman, Gollan & Mortimer, 2008).

Os conflitos e a insatisfação conjugal são influenciados por crenças irrealistas dos parceiros sobre a sua relação, por avaliações negativas extremas e uma comunicação negativa entre o casal (Peçanha, 2005; Lavner, Karney & Bradbury, 2016). Desse modo, os objetivos fundamentais da terapia cognitivo-comportamental para casais em conflito envolvem mudar padrões de comunicação disfuncionais, desenvolver estratégias mais eficazes para a solução de problemas do cotidiano, reestruturação de cognições inadequadas e manejo de emoções (A. T. Beck, 1995).

MÉTODO

Delineamento

Trata-se de um estudo de revisão sistemática da literatura de caráter qualitativo, integrativo e interpretativo. A revisão sistemática é um método que permite maximizar o potencial de uma busca, encontrando o maior número possível de resultados de uma maneira organizada (Costa & Zoltowski, 2014). O resultado não constitui uma simples relação temporal ou uma apresentação linear e descritiva de um tema, deve se estruturar em um trabalho crítico, reflexivo e compreensivo em relação ao material analisado (Fernández-Ríos & Buela-Casal, 2009). Ainda, a revisão sistemática da literatura é "um tipo de investigação científica que tem por objetivo reunir, avaliar criticamente e conduzir uma síntese dos resultados de múltiplos estudos primários." (p. 429) Além disso, tem como objetivo "responder uma pergunta claramente formulada, utilizando métodos sistemáticos e explícitos para identificar, selecionar e avaliar as pesquisas relevantes, coletar e analisar dados" (p. 429) dos estudos incluídos (Cordeiro, Oliveira, Rentería, Guimarães & Grupo de Estudo de Revisão Sistemática do Rio de Janeiro, 2007).

Os trabalhos integrativos são uma combinação de estudos, podendo ser de natureza quantitativa no caso de uso de metanálise e os estudos interpretativos são focados principalmente no trabalho qualitativo, a fim de chegar a uma interpretação dos resultados (Fernández-Ríos & Buela-Casal, 2009). O delineamento qualitativo tem como objeto de estudo a descoberta e a construção de teorias, desse modo, é uma ciência baseada em textos. Por meio de explicações das relações entre variáveis, esse tipo de pesquisa propõe-se a compreender as relações complexas dos dados analisados (Günther, 2006). O caráter interpretativo da pesquisa deve-se a interpretação do pesquisador sobre um fenômeno ou um comportamento utilizando como base um arcabouço teórico. Assim, a interpretação dos resultados foi baseada nos conceitos da teoria cognitivo-comportamental (Stake, 2011).

Fontes:

Os dados foram coletados a partir de buscas em bases eletrônicas, de acordo com os critérios descritos nos procedimentos. Foram definidas como fontes as seguintes bases eletrônicas de dados: Medline/Pubmed, Web of Science e PsycINFO. Estas bases foram selecionadas pois são algumas das mais relevantes para a área da psicologia (Costa & Zoltowski, 2014).

Instrumentos:

Para facilitar a sistematização dos resultados e a análise dos resumos, os artigos foram armazenados no *software Mendeley*, um programa que possibilita gerenciar referências, importar, organizar, ler, compartilhar, anotar e citar seus trabalhos de pesquisa (*Medical Library Association*,

2018). Após a seleção dos estudos, os dados foram organizados através de tabelas para ilustrar sinteticamente o processo de apresentação dos resultados, de acordo com as seguintes categorias: título do estudo, autor, ano, país, objetivo, número, idade e gênero dos participantes, critérios de elegibilidade, método e resultados (Costa & Zoltowski, 2014).

Procedimentos:

O fluxograma com as fases da revisão sistemática foi elaborado de acordo com a recomendação PRISMA para a inclusão e exclusão de artigos. A sigla inglesa PRISMA corresponde aos principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises e é uma diretriz que tem como objetivo auxiliar autores a otimizarem a qualidade do relato das revisões sistemáticas e meta-análises (Ministério da Saúde, 2012). Em um primeiro momento foi delimitada a questão a ser pesquisada, que compreende o impacto dos sintomas depressivos nos relacionamentos conjugais. Após a delimitação da questão a ser pesquisada e definição das bases de dados, foram eleitos os indexadores para a busca através de dois bancos de terminologias: Descritores em ciências da saúde (Decs) e o *Medical Subject Headings* (Mesh). Segundo Costa e Zoltowski (2014) a utilização de um banco de terminologias tem como objetivo principal a realização de uma busca rápida e bem-sucedida de publicações acadêmicas. Além disso "a unificação de terminologias favorece o diálogo entre a comunidade científica, à medida que inibe a proliferação de diferentes conceitos para retratar um mesmo fenômeno." (p. 61) Os indexadores utilizados foram: depressão, transtorno depressivo maior, transtorno depressivo, casamento, terapia de casal, *depression, depressive disorder, major depressive disorder, couple, couple therapy, marriage, marital therapy, marital relationship, marital satisfaction*.

A busca foi realizada a partir de 33 combinações dos descritores selecionados (ANEXO A) com posterior armazenamento dos resultados no *software Mendeley*. As buscas foram realizadas do dia 29 de março ao dia 31 de março de 2019. Em seguida, respeitando os critérios de inclusão e exclusão os artigos foram selecionados a partir do título e resumo. Os estudos que permaneceram após essa triagem, foram submetidos a uma leitura na íntegra, onde seus dados foram avaliados de acordo com os critérios de elegibilidade. Na sequência, os estudos selecionados foram submetidos aos critérios da análise de conteúdo qualitativa (Bardin, 1977/2016) que possibilitou a elaboração de uma tabela para a catalogação dos artigos.

Critérios de inclusão: artigos empíricos, publicados no período de 2015 a 2019, nos idiomas inglês e português, estudos realizados com adultos (acima de 18 anos) e que abordam predominantemente a relação entre sintomas depressivos e relacionamentos conjugais, considerando apenas a depressão unipolar. O período que compreende os artigos publicados nos últimos cinco anos denota uma literatura dinâmica e atualizada.

Critérios de exclusão: artigos que não atenderam todos os critérios de inclusão, estudos de revisão, realizados exclusivamente com adolescentes e/ou idosos ou com participantes menores de 18 anos. Estudos que foram direcionados exclusivamente para a transtorno disruptivo da desregulação do humor, depressão pós-parto, distimia, transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica também constituíram critérios de exclusão. Os estudos que exploraram outros transtornos mentais ou comorbidades psiquiátricas e doenças crônicas foram excluídos. Além disso, os estudos que abordaram relacionamentos conjugais e sintomas depressivos mas que associavam os indexadores a fatores e objetivos que destoam do objetivo desse estudo também foram excluídos.

Análise dos dados:

Para a análise dos dados foi utilizada a técnica da análise de conteúdo proposta por Bardin (1977/2016), caracterizada como "um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens." (p. 165) De acordo com a autora, a análise de conteúdo divide-se em três fases: pré-análise, exploração do material e a última que versa no tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na fase de pré-análise, as ideias iniciais são sistematizadas, tornando possível as operações de análise subsequentes. Essa fase geralmente envolve a escolha dos documentos que serão submetidos à análise, formulação de hipóteses, objetivos e indicadores para fundamentar a interpretação final.

A segunda fase consiste em explorar o material com a definição de categorias, identificação das unidades de registro e das unidades de contexto nos documentos (Mozzato & Grzybovski, 2011). A codificação, classificação e categorização são essenciais nessa fase. O tratamento dos resultados, inferência e interpretação é a terceira fase da análise de conteúdo, caracterizada pela intuição, análise reflexiva e crítica. Nessa fase, acontece a condensação e o destaque das informações para a realização da análise, resultando nas inferências e interpretações (Bardin, 1977/2016).

A técnica da análise de conteúdo escolhida é a análise categorial, mais especificamente a análise temática. A análise categorial é uma das técnicas possíveis da análise de conteúdo e embora seja a mais antiga cronologicamente, segue sendo a mais utilizada na prática. Dentre as possibilidades de categorização, a análise temática é considerada rápida e eficaz na aplicação de discursos diretos e simples e consiste em desmembrar o texto em categorias de acordo com reagrupamentos analógicos (Bardin, 1977/2016).

RESULTADOS

As buscas nas bases eletrônicas resultaram um total de 8.546 artigos, apresentados de acordo com suas respectivas bases a seguir. *PubMed/Medline*: 2.975, *PsycINFO*: 350 e *Web of Science*: 5.221. Após serem organizados no *Mendeley*, os resultados foram submetidos a uma conferência de duplicidade, a partir da qual 4.966 artigos repetidos foram excluídos. Posterior a exclusão dos resultados duplicados, iniciou-se o processo de seleção dos artigos pelos títulos e pelos resumos, nessa fase 3.542 artigos foram excluídos pois não estavam de acordo com os critérios de inclusão definidos. No total, 38 artigos foram avaliados integralmente e a partir dessa avaliação 25 foram excluídos por não atenderem os critérios de inclusão. A Figura 1 apresenta o fluxograma dos estudos incluídos e a Tabela 1 apresenta os resultados da pré-análise.

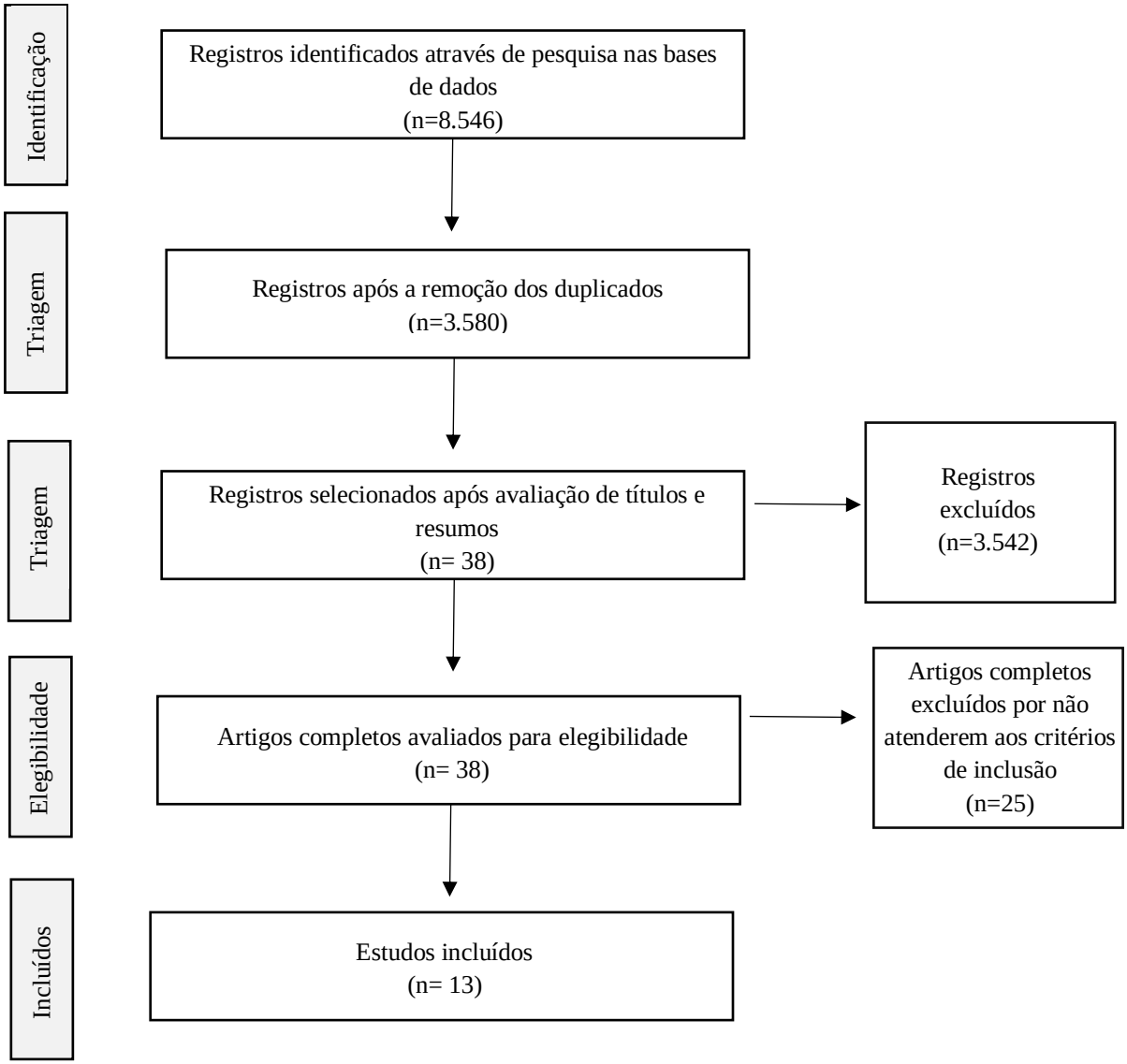

Figura 1. Fluxograma dos estudos incluídos. Fonte: Modelo PRISMA

Tabela 1
Relação dos artigos selecionados:

Nome, autor, ano, país	Objetivo	Participantes: Tamanho da amostra, média de idade, sexo	Participantes: Critérios de elegibilidade	Método	Resultados
Pulling Away: Links Among Disengaged Couple Communication, Relationship Distress, and Depressive Symptoms Barry, R., Barden, E. & Dubac, C. 2019, EUA	Examinar as associações entre sintomas depressivos, comunicação do casal e sofrimento conjugal em dois estudos	610 Masculina: 31 (DP=8) Feminina: 28 (DP=5) M e F	Casais, acima de 18 anos	Estudo transversal e longitudinal na segunda fase	A comunicação desengajada reflete e promove maior distância interpessoal e explica as associações bidirecionais entre o sofrimento conjugal e os sintomas depressivos
Depressive Symptoms as a Predictor of Men's Relationship Satisfaction Meyer, D., Kemper-Damm, B., Parola, F. & Salas, J. 2019, EUA	Examinar a influência individual e do parceiro na satisfação do relacionamento e nos sintomas depressivos	84 Masculina: 25,28 (DP=9.20) Feminina: 24,21 (DP=7.90) M e F	Casais em um relacionamento íntimo por no mínimo dois anos; com idades entre 19 e 67 anos	Estudo transversal	Os sintomas depressivos dos homens associaram-se aos seus próprios índices de satisfação no relacionamento. Os resultados não sustentaram que os sintomas depressivos das mulheres estavam relacionados aos seus índices de satisfação no relacionamento. Os sintomas depressivos de um cônjuge estão associados aos futuros sintomas depressivos do parceiro

Tabela 1
Continuação

Nome, autor, ano, país	Objetivo	Participantes: Tamanho da amostra, média de idade, sexo	Participantes: Critérios de elegibilidade	Método	Resultados
Depressive Symptoms, Criticism, and Counter-Criticism in Marital Interactions Trombello, J. M., Post, K. M. & Smith, D. A. 2019, EUA	Compreender como as pessoas com sintomas depressivos reagem às críticas em seus relacionamentos íntimos	224 Média dos participantes: 42,94 (DP=14.51) M e F	Casais em que um dos membros apresente sintomas depressivos	Estudo transversal	Quanto mais graves os sintomas depressivos de uma pessoa, menor a probabilidade de ela ser crítica com relação ao parceiro ou de responder às críticas do parceiro com mais críticas
Partner criticism during acute-phase cognitive therapy for recurrent major depressive disorder Vittengl, J. R., Clark, L. A., Thase, M. E. & Jarrett, R. B. 2019, EUA	Esclarecer as relações entre a crítica percebida e a crítica recebida nas interações conjugais durante terapia cognitiva para a depressão	219 Média dos participantes: 44,7 (DP=11.6) M e F	Pacientes ambulatoriais casados ou residindo com um parceiro; que satisfazem os critérios para transtorno depressivo maior; acima de 18 anos	Estudo longitudinal exploratório	Os vieses cognitivos podem aumentar o impacto emocional das críticas recebidas e as críticas aos parceiros. O processamento de informações tendencioso aumenta os sintomas depressivos e influencia o comportamento através de retraimento/retaliação. Os pacientes criticam seus parceiros quase no mesmo nível em que recebem as críticas

Tabela 1
Continuação

Nome, autor, ano, país	Objetivo	Participantes: Tamanho da amostra, média de idade, sexo	Participantes: Critérios de elegibilidade	Método	Resultados
In sickness and in health: the longitudinal associations between marital dissatisfaction, depression and spousal health Woods, S. B., Priest, J. B., Signs, T. L. & Maier, C. A. 2019, EUA	Explorar como relatos de insatisfação conjugal dos cônjuges estão associados com os sintomas depressivos e a saúde física ao longo do tempo	1271 Média dos participantes: 31 M e F	Casais recém casados; residentes em Louisiana – EUA	Estudo longitudinal retrospectivo	Para os homens, as taxas de insatisfação conjugal foram associadas a sintomas depressivos posteriormente. Para as mulheres, foi encontrada uma associação bidirecional entre a insatisfação conjugal e sintomas depressivos. Os sintomas depressivos das mulheres estão associados a piora da sua saúde física, mas essa mesma associação não foi comprovada para os homens
Couples' depression and relationship satisfaction: examining the moderating effects of demand/ withdraw communication patterns Li, P. F. & Johnson, L. N. 2018, EUA	Examinar os efeitos da depressão na satisfação conjugal	126 Masculina: 32,18 (DP=9.15) Feminina: 32,08 (DP=8.05) M e F	Casais legalmente casados ou residindo na mesma casa; acima de 18 anos e que frequentaram terapia de casal em uma clínica de terapia familiar	Estudo transversal	Homens e mulheres que relataram sintomas depressivos tem maior probabilidade de se sentirem insatisfeitos com o relacionamento. As cognições negativas e a evitação da resolução de problemas estão implicadas nessa relação

Tabela 1
Continuação

Nome, autor, ano, país	Objetivo	Participantes: Tamanho da amostra, média de idade, sexo	Participantes: Critérios de elegibilidade	Método	Resultados
Relations Between Depression Level and Conflict Resolution Styles, Marital Adjustments of Patients With Major Depression and Their Spouses Ozguc, S. & Tanriverdi, D. 2018, Turquia	Determinar as relações entre sintomas depressivos, estilos de resolução de conflitos e ajustes conjugais	226 Masculina: 28 Feminina: 26 M e F	Casais oficialmente casados por no mínimo um ano; com idades entre 18 e 65 anos; um dos membros diagnosticado com depressão maior e pontuação igual ou superior a 17 no Inventário de Depressão de Beck	Estudo descritivo, comparativo e correlacional	Os sintomas depressivos dos casais associaram-se aos seus estilos de resolução de conflitos e insatisfação conjugal. Os níveis de depressão dos pacientes foram menores quando adotaram estilos de resolução de conflitos positivos e de subordinação
A comparative study of quality of life and marital satisfaction in patients with depression and their spouses Aggarwal, S., Kataria, D. & Prasad, S. 2017, Índia	Avaliar e comparar a satisfação conjugal e a qualidade de vida dos pacientes diagnosticados com depressão e seus cônjuges	100 Masculina: 38,7 Feminina: 39,5 M e F	Casais em que um membro atende aos critérios de depressão conforme CID 10; acima de 18 anos; residindo juntos há pelo menos 1 ano	Estudo transversal	O aumento da DUI (duração da doença não tratada) piora a satisfação conjugal e a qualidade de vida do casal. A depressão de um cônjuge é suficiente para prejudicar a percepção sobre a satisfação conjugal de ambos os cônjuges para uma extensão quase igual

Tabela 1
Continuação

Nome, autor, ano, país	Objetivo	Participantes: Tamanho da amostra, média de idade, sexo	Participantes: Critérios de elegibilidade	Método	Resultados
Less positive sharing in the Couple mediates the link between Depression and relationship quality: A dyadic longitudinal study Horn, A. B., Milek, A., Brauner, A. & Maercker, A. 2017, Suíça	Testar a hipótese de que a depressão e a angústia conjugal são mediadas pelo investimento em experiências positivas	422 Masculina: 30,32 (DP=10.17) Feminina: 27,46 (DP=8.63) M e F	Casais; com idades entre 18 e 65 anos	Estudo longitudinal	Os sintomas depressivos estão associados ao menor compartilhamento de experiências positivas e a uma diminuição na qualidade do relacionamento
Pathways Between Self-Esteem and Depression in Couples Johnson, M. D., Galambos, N. L., Finn, C., Neyer, F. J. & Horne, R. M. 2017, Canadá	Analisar as associações intrapessoais e interpessoais entre a autoestima e os sintomas depressivos em casais	2.814 Adultos jovens: 28,31 (DP=4.12) Adultos meia idade: 37.91 (DP=3.87) Adultas jovens: 25,68 (DP=2.17) Adultas meia idade:35,05 (DP=3.23) M e F	Casais em uma união legal ou residindo juntos e casais que residem em casas separadas; acima de 18 anos	Estudo longitudinal	Os laços afetivos estão associados a autoestima e depressão. Os sintomas depressivos mais elevados em um parceiro foram associados a níveis mais altos de depressão no outro parceiro um ano depois. O apoio do parceiro durante períodos de estresse tem implicações para futuros sintomas de depressão e autoestima

Tabela 1
Continuação

Nome, autor, ano, país	Objetivo	Participantes: Tamanho da amostra, média de idade, sexo	Participantes: Critérios de elegibilidade	Método	Resultados
Interplay Between Marital Attributions and Conflict Behavior in Predicting Depressive Symptoms Ellison, J. K., Kouros, C. D., Papp, L. M & Cummings, E. M. 2016, EUA	Examinar as atribuições conjugais como possíveis moderadoras entre conflito conjugal e sintomas depressivos	568 Masculina: 40,13 (DP=6.75) Feminina: 37,74 (DP=5.94) M e F	Casais residindo na mesma casa por no mínimo dois anos; ter um filho com idade entre 8 e 16 anos	Estudo longitudinal prospectivo	Atribuições cognitivas negativas sobre o parceiro podem colocar alguns casais em risco aumentado de sintomas depressivos no contexto do conflito conjugal
The Role of Relational Uncertainty in Topic Avoidance among Couples with Depression Knobloch, L. K., Sharabi, L. L., Delaney, A. L. & Suranne, S. M. 2016, EUA	Testar a hipótese de que a incerteza relacional faz com que os indivíduos deprimidos se abstenham de discutir assuntos delicados com seu parceiro	256 Média dos participantes: 39,93 (DP=12.23) M e F	Casais com 18 anos ou mais; um cônjuge ou ambos diagnosticados profissionalmente com depressão; com contas de e-mail separadas	Estudo transversal	A incerteza relacional foi identificada como um mecanismo que pode explicar a falta de vontade das pessoas para discutir tópicos desafiadores quando estão experimentando sintomas depressivos. Os resultados indicam que a depressão é estimulada e perpetuada, em parte, pela inclinação das pessoas para evitar situações sociais difíceis

Tabela 1
Continuação

Nome, autor, ano, país	Objetivo	Participantes: Tamanho da amostra, média de idade, sexo	Participantes: Critérios de elegibilidade	Método	Resultados
How Do Depressive Symptoms in Husbands and Wives Relate to the Interpersonal Dynamics of Marital Interactions? Lizdek, I., Woody, E., Sadler, P. & Rehman, U. S. 2016, Canadá	Investigar como os sintomas depressivos em maridos e esposas afetam os padrões de comportamento durante discussões sobre conflitos conjugais	120 Masculina: 36,22 (DP=12.22) Feminina: 33,16 (DP=11.57) M e F	Casais legalmente casados ou residindo na mesma casa; capazes de ler e escrever em inglês	Estudo longitudinal retrospectivo	Quanto mais proeminentes os sintomas depressivos do marido, menos apoio foi oferecido tanto por ele quanto pela esposa durante a interação. Um alto nível de sintomas depressivos da esposa está associado a uma atitude dominadora por parte dela e a submissão do marido ao longo da interação

Conforme sugerido por Bardin (1977/2016) a geração das categorias de análise compreendeu o resumo dos textos, aglutinação de termos e conteúdos correlacionados em categorias iniciais, intermediárias e finais de acordo com a ocorrência dos temas. O produto dessa fase é exibido na Tabela 2 com a apresentação das categorias analíticas finais e agrupamento dos estudos de acordo com suas conclusões de mesmo núcleo temático. A respeito do que é exposto na Tabela 2, seis estudos abordaram aspectos comportamentais relacionados aos estilos de comunicação, três estudos priorizaram a compreensão dos processos cognitivos negativos, um estudo deu ênfase ao apoio do cônjuge não deprimido, dois estudos abordaram questões relacionadas a gravidade da doença e um estudo explorou as associações bidirecionais entre os sintomas depressivos e a insatisfação conjugal.

A categoria processos cognitivos negativos compreende as subcategorias expectativas negativas, distorções cognitivas, atribuições cognitivas negativas e visão negativa de si, do parceiro e do relacionamento. A categoria processos comportamentais: estilos de comunicação inclui as subcategorias comunicação aversiva/hostil, evitação da comunicação e redução do comportamento de compartilhar experiências positivas. A categoria apoio oferecido pelo cônjuge não deprimido aborda as implicações das suas atitudes frente o cônjuge deprimido. A categoria gravidade da doença explora as consequências individuais e conjugais do não tratamento da depressão e a categoria associação bidirecional entre os sintomas depressivos e a insatisfação conjugal explora a relação recíproca entre os sintomas depressivos e a insatisfação conjugal. As categorias e subcategorias serão discutidas na próxima sessão.

Tabela 2
Resultados organizados a partir das categorias analíticas e núcleo temático

Categorias finais	Autores e autoras que abordaram
Processos cognitivos negativos	(Ellison, Kouros, Papp & Cummings, 2016; Meyer, Kemper-Damm, Parola & Salas, 2019; Vittengl, Clark, Thase & Jarrett, 2019)
Processos comportamentais: estilo de comunicação	(Barry, Barden & Dubac, 2019; Horn, Milek, Brauner & Maercker, 2017; Knobloch, Sharabi, Delaney & Suranne, 2016; Li & Johnson, 2018; Lizdek, Woody, Sadler & Rehman, 2016; Ozguc & Tanriverdi, 2018)
Apoio oferecido pelo cônjuge não deprimido	(Johnson, Galambos, Finn, Neyer & Horne, 2017)
Gravidade dos sintomas	(Aggarwal, Kataria & Prasad, 2017; Trombello, Post & Smith, 2019)
Associação bidirecional entre sintomas depressivos e insatisfação conjugal	(Woods, Priest, Signs & Maier, 2019)

DISCUSSÃO

A discussão dessa revisão basea-se nas categorias e subcategorias que emergiram dos estudos e constitui a terceira etapa da análise de conteúdo proposta por Bardin (1977/2016), denominada de tratamento dos resultados, inferência e intepretação. O detalhamento da análise será apresentado a partir das seguintes categorias: processos cognitivos negativos, processos comportamentais: estilos de comunicação, apoio oferecido pelo cônjuge não deprimido, gravidade da doença, associação bidirecional entre sintomas depressivos e insatisfação conjugal. Estas categorias buscam responder qual o impacto dos sintomas depressivos no relacionamento conjugal.

A categoria processos cognitivos negativos incluiu três estudos que abordaram a maneira como o indivíduo depressivo interpreta as situações na interação conjugal. Os processos cognitivos negativos foram apresentados nos estudos sob a forma de atribuições cognitivas, distorções cognitivas, visão negativa sobre si, parceiro e relacionamento e expectativas negativas. O estudo de Ellison et al. (2016) objetivou compreender o envolvimento do cônjuge deprimido em atribuições cognitivas. A pesquisa de Meyer et al. (2019) explorou as consequências da percepção negativa sobre o relacionamento e Vittengl et al. (2019) buscaram compreender como as distorções cognitivas, expectativas negativas, visão negativa sobre si, parceiro e relacionamento estão associadas com as críticas percebidas e críticas recebidas durante interação conjugal.

Os achados do primeiro estudo indicam que quanto maior a frequência de atribuições de responsabilidade sobre o cônjuge, menor a ocorrência de comportamentos e afeto positivo durante as interações conjugais. As atribuições negativas fazem com que o indivíduo deprimido maximize os comportamentos negativos do seu cônjuge e minimize os comportamentos positivos, exacerbando o conflito conjugal (Ellison et al., 2016). Nesse sentido, as atribuições cognitivas consistem em inferências que o sujeito faz sobre os fatores que influenciam as ações de um parceiro e sobre as causas e a responsabilidade por determinado acontecimento (Dattilio, 2011; Baucom & Epstein, 1990). Os erros em avaliar a magnitude e importância de uma situação foram descritos por A. T. Beck et al. (1979/1997) como magnificação e a minimização.

As mulheres percebem a si mesmas como responsáveis por resolver e evitar conflitos no relacionamento e costumam direcionar suas atribuições negativas para si mesmas e não para o marido, para proteger o relacionamento em tempos de estresse. A baixa atribuição de responsabilidade sobre o cônjuge está associada a piora dos sintomas depressivos das mulheres (Ellison et al., 2016). Esses resultados são compatíveis com os encontrados em outro estudo que afirmou que mesmo vivenciando alterações de humor, as mulheres costumam estar mais focadas em preservar seus relacionamentos. O sentimento de responsabilidade sobre o relacionamento pode levar as mulheres a se sentirem sobrecarregadas, resultando em aumento dos sintomas depressivos (Meyer et al., 2019).

A depressão masculina está associada a mais atribuições de responsabilidade sobre a esposa e hostilidade durante a interação (Ellison et al., 2016). As atribuições negativas sobre o parceiro e o relacionamento estão associadas com respostas afetivas e comportamentais negativas, como insatisfação conjugal, choro, raiva, comunicação negativa, comportamentos menos eficazes de solução de problemas e interações permeadas por comportamentos negativos durante interação conjugal (Baucom et al., 1996). Desse modo, o manejo clínico para os homens deprimidos deve envolver a redução das atribuições conjugais que eles fazem sobre suas esposas e também estratégias e comportamentos construtivos de conflito. Para as mulheres, o tratamento deve auxiliar na redução de atribuições conjugais negativas sobre si mesmas, para evitar atribuições imprecisas de auto-responsabilidade que pioram seus sintomas depressivos (Ellison et al., 2016).

A percepção negativa sobre a esposa e o relacionamento mediou a satisfação conjugal masculina. Os sintomas depressivos dos homens associaram-se aos seus próprios índices de satisfação com o relacionamento, quanto mais sintomas depressivos, maior a probabilidade de relatarem baixa satisfação com o relacionamento. No entanto, os resultados não sustentaram que os sintomas depressivos das mulheres estavam relacionados aos seus índices de satisfação no relacionamento. Isso indica que para os homens, os sintomas depressivos interferem mais na percepção do relacionamento, na medida em que afetam negativamente o modo como percebem sua parceira e o relacionamento, enquanto as mulheres sentem-se mais responsáveis pelo funcionamento da relação e estão mais focadas em preservá-la (Meyer et al., 2019). Assim, a depressão masculina pode ter um impacto negativo maior no relacionamento em comparação com a depressão feminina. O gênero ocupa um papel importante nesse sentido, visto que as mulheres são mais sensíveis às mudanças no relacionamento e o marido deprimido envolve-se com mais frequência em comportamentos hostis durante a interação conjugal (Cross & Madson, 1997; Ellison et al., 2016).

Outro artigo objetivou esclarecer as relações entre críticas percebidas e críticas recebidas de cônjuges que apresentavam sintomas depressivos clinicamente significativos. Seus resultados indicaram que as críticas percebidas pelo cônjuge deprimido são consistentes com seus conteúdos cognitivos negativos. O processamento de informações dos indivíduos deprimidos é particularmente tendencioso e faz com que percebam mais críticas dos seus parceiros durante as interações conjugais, o que aumenta as reações emocionais e comportamentais, como retaliação ou retraimento. A percepção da crítica está associada a níveis mais altos de irritação, angústia, distância do parceiro e pior ajuste conjugal. As distorções cognitivas cumprem um papel importante nesse sentido pois podem aumentar o impacto emocional das críticas percebidas (Vittengl et al., 2019). Os erros de pensamento ou distorções cognitivas envolvem julgamentos globais amplos de situações vividas em que o sujeito atribui significados de modo extremo e negativo. A abstração seletiva é a distorção cognitiva que faz com que o parceiro capte mais críticas no relacionamento, desconsiderando os aspectos positivos (A.

T. Beck et al., 1979/1997). Ademais, a depressão envolve pensamentos negativos sobre si mesmo, sobre as pessoas e experiências (Greenberger & Padesky, 2017). Desse modo, as interações com o ambiente são interpretadas erroneamente e mesmo quando existem alternativas mais razoáveis a pessoa modifica os fatos para que se encaixem em suas conclusões negativas pré-estabelecidas (A. T. Beck et al., 1979/1997).

O pensamento, emoções e comportamentos do indivíduo deprimido podem provocar ou ampliar as críticas e seu impacto emocional, visto que além de perceberem mais críticas, a frequência das críticas recebidas também aumentou devido as visões negativas de si e do parceiro, expectativas negativas sobre o futuro e comportamentos de enfrentamento ineficazes (Vittengl et al., 2019). A tríade cognitiva do sujeito deprimido envolve uma visão negativa de si, dos outros e do futuro (Wright et al., 2008). Assim, quando um cônjuge com sintomas depressivos engaja-se em previsões sobre os comportamentos futuros, ele costuma estar menos propenso a realizar mudanças para melhorar o relacionamento devido a sensação de desesperança e isso pode fazer com que receba mais críticas do parceiro (Dattilio, 2011). O aumento das críticas recebidas pode ser explicado pelo círculo vicioso que ocorre em relações conjugais perturbadas, em que o comportamento disfuncional de um parceiro, nesse caso as críticas, serve como gatilho para uma crença irracional do outro parceiro que por sua vez leva a emoções e comportamentos desse último perturbados. Isso serve como gatilho para o primeiro parceiro e assim por diante. O ciclo se repete indefinidamente, resultando em uma relação de distúrbio conjugal (Ellis & Dryden, 1997).

A categoria processos comportamentais: estilos de comunicação foi identificada em seis estudos (Barry et al., 2019; Horn et al., 2017; Knobloch et al., 2016; Li & Johnson, 2018; Lizdek et al., 2016; Ozguc & Tanriverdi, 2018) que abordaram essencialmente a relação entre comunicação no contexto da depressão e relacionamento conjugal. Com relação aos aspectos comportamentais envolvidos no transtorno depressivo, apenas a comunicação foi identificada nos estudos selecionados. A forma como o cônjuge deprimido se comunica foi expressa sob a forma de evitação da comunicação, comunicação aversiva e redução do comportamento de compartilhar experiências positivas.

A comunicação desengajada reflete e promove maior distância interpessoal e diz respeito a evitar ou esconder sentimentos do parceiro, o que reduz as oportunidades para a resolução de problemas. A comunicação desengajada do casal explica as associações bidirecionais entre a insatisfação conjugal e os sintomas depressivos. Desse modo, os sintomas depressivos podem levar a insatisfação conjugal através da comunicação desengajada e a insatisfação conjugal pode levar aos sintomas depressivos por meio da comunicação desengajada (Barry et al., 2019). Nesse sentido, a depressão não é apenas uma experiência intrapessoal, indivíduos com depressão incluenciam e são influenciados através da sua interação com os outros e a maneira como os casais se comunicam ajuda a explicar as associações entre o sofrimento conjugal e a depressão (Rehman et al., 2008).

Apesar da associação recíproca entre os sintomas depressivos e a insatisfação conjugal identificada no estudo, num exame através de dois pontos de tempo, apenas os sintomas depressivos dos maridos associaram-se a própria insatisfação com o relacionamento através da comunicação desengajada (Barry et al., 2019). Desse modo, se os homens não comunicam para suas esposas o que sentem, perdem a oportunidade de receber apoio e não se envolvem em resolução de problemas, o que aumenta os sintomas depressivos e a insatisfação conjugal (Trew, 2011). Para as mulheres, a comunicação desengajada não explicou a associação entre sintomas depressivos e insatisfação conjugal, o que pode indicar que mesmo experenciando sintomas depressivos, as mulheres tem como prioridade preservar o relacionamento (Meyer et al., 2019).

Os sintomas depressivos estão associados a evitação de tópicos desafiadores e a incerteza sobre o relacionamento está implicada nessa relação. Se os indivíduos tem dúvidas sobre o envolvimento do cônjuge e não estão dispostos a abordar tópicos desafiadores, como sentimentos de desamparo e solidão, solicitar conselhos, dar e receber apoio, eles podem estar perdendo oportunidades valiosas para preservar a saúde de ambos os parceiros. Os achados evidenciaram que quando os homens experimentam sintomas depressivos não comunicam seus sentimentos para a sua esposa e ela evita falar sobre aspectos problemáticos do relacionamento. As mulheres parecem relutantes em abordar tópicos delicados quando o parceiro está lidando com sintomas depressivos (Knobloch et al., 2016). A evitação em discutir problemas sobre o relacionamento está associada à piora dos sintomas depressivos e a um declínio na qualidade do relacionamento (Li & Johnson, 2018). Os indivíduos deprimidos tendem a evitar circunstâncias interpessoais que poderiam levar a resultados negativos e embora essa estratégia seja eficaz a curto prazo para contornar as dificuldades, é debilitante a longo prazo, visto que as pessoas perdem oportunidades para resolver problemas, aprofundar laços sociais e cultivar habilidades interpessoais. Além disso, quando evitam situações difíceis, as pessoas deprimidas estão mais vulneráveis ao processamento de informações negativo, com maior atenção aos estímulos angustiantes. Assim, a depressão é estimulada e perpetuada pela inclinação dos indivíduos deprimidos para evitar situações sociais difíceis (Trew, 2011).

A depressão masculina esteve associada a redução da satisfação conjugal tanto para os maridos quanto para suas esposas, já a depressão das mulheres esteve associada apenas a sua baixa satistação com o relacionamento, sem impacto sobre a insatisfação conjugal do marido (Li & Johnson, 2018). Nesse sentido, é possível que as mulheres sejam mais interdependentes relacionalmente e facilmente afetadas por rupturas do parceiro em comparação com os parceiros do sexo masculino (Cross & Madson, 1997). Ademais, a depressão masculina é frequentemente percebida como causada por fatores externos, como desemprego por exemplo e não é tratada de maneira eficiente, prejudicando também a satisfação conjugal feminina. Assim, a depressão masculina pode causar efeitos mais prejudiciais nas parceiras do sexo feminino (Brommelhoff, Conway, Merikangas & Levy, 2004). Há

diferenças de gênero na relação entre depressão e satisfação conjugal. Os homens e as mulheres que residem com parceiros deprimidos experienciam de maneira diferente a depressão. As esposas tendem a se retirar da vida social, experimentando mais culpa, solidão, medo e ansiedade do que os maridos de esposas deprimidas, que enfrentam o problema e obtém satisfação investindo em atividades fora de casa, trabalhando, interagindo com amigos e praticando esportes (Dattilio, 2011).

As teorias interpessoais da depressão sustentam que a maneira como os casais se comunicam ajuda a explicar as associações entre o sofrimento conjugal e sintomas depressivos. De acordo com essas teorias, os indivíduos com depressão se comunicam de maneiras que levam os seus parceiros a se afastar, com predomínio de críticas e hostilidade (Rehman et al., 2008). A comunicação aversiva/hostil no contexto da depressão foi identificada em dois estudos. Os achados indicaram que nas interações conjugais as mulheres com sintomas depressivos assumem com mais frequência o papel de exigir mudanças enquanto os sintomas depressivos dos homens associaram-se a redução de comportamentos de apoio em ambos os parceiros e a mais hostilidade do marido ao comunicar-se com a esposa (Lizdek et al., 2016). Os achados para as mulheres são diferentes dos encontrados em outros estudos que evidenciaram o foco da mulher em preservar o relacionamento, evitando abordar assuntos delicados (Ellison et al., 2016; Meyer et al., 2019). Uma possível explicação para essa diferença nos resultados é a gravidade dos sintomas depressivos. Na amostra do estudo de Lizdek et al. (2016) os sintomas depressivos não eram tão graves como nas amostras dos outros dois estudos citados. Assim, quanto mais graves os sintomas depressivos das mulheres, menor é a capacidade de iniciativa ou resposta e menos elas se envolvem em discussões e exigências sobre o relacionamento (Rodrigues & Horta, 2012; Trombello et al., 2019).

Os sintomas depressivos podem originar comportamentos de conflito negativo, como hostilidade e insultos pessoais e também podem ser agravados pelos mesmos comportamentos, numa relação recíproca. Em contrapartida, o envolvimento em conflitos construtivos, como apoio, afeto e resolução de problemas protege contra os sintomas depressivos (Du Rocher Schudlich, Papp & Cummings, 2011). O estilo de resolução de conflitos está implicado na relação entre os sintomas depressivos e insatisfação conjugal, de modo que tanto para os indivíduos com sintomas depressivos e para os seus cônjuges, houve predomínio de estilos de resolução de conflitos negativos, com a utilização de estratégias destrutivas como sustentação do conflito e comportamento defensivo. Ademais, a hostilidade dos maridos está associada ao aumento dos sintomas depressivos de suas esposas. O comportamento de evitar discussões e ficar em silêncio foi menos frequente nesse estudo e embora não seja considerado positivo, é menos problemático para o relacionamento do que os estilos de resolução negativos mencionados (Ozguc & Tanriverdi, 2018).

Dentre os estudos identificados na categoria processos comportamentais: estilos de comunicação, apenas uma pesquisa explorou essencialmente a redução do comportamento de

compartilhar de experiências positivas com o cônjuge. Sabe-se que a depressão está associada à problemas nos relacionamentos conjugais (Dattilio, 2011) e embora essa relação nem sempre seja clara os achados desse estudo indicaram que os sintomas depressivos estão associados a redução do comportamento de compartilhar experiências positivas com o cônjuge, o que leva a diminuição na qualidade do relacionamento. Além disso, os sintomas depressivos de um parceiro podem influenciá-lo a compartilhar mais experiências negativas e faz com que os cônjuges não deprimidos passem a compartilhar mais experiências negativas também. Desse modo, os sintomas depressivos de um parceiro podem influenciar o comportamento de ambos, reduzindo a qualidade do relacionamento (Horn et al., 2017). A teoria do intercâmbio social compreende a interação do casal através de um intercâmbio entre custos e recompensas, desse modo, os custos constituem as razões para o relacionamento ser considerado indesejável e as recompensas são as razões para que o relacionamento seja mantido. O equilíbrio entre as recompensas e os custos auxiliam os casais a determinar se estão satisfeitos ou não com o relacionamento. Nesse sentido, a redução do comportamento de compartilhar experiências positivas pode constituir um custo para o relacionamento visto que está associada a diminuição na qualidade do relacionamento (Dattilio, 2011).

A maneira como o cônjuge reage aos sintomas depressivos do parceiro foi explorada em um artigo. Os achados indicaram que a falta de apoio fornecido para o parceiro durante períodos de estresse leva a um aumento dos sintomas depressivos. Ademais, a falta de apoio masculino tem um impacto maior para a esposa, visto que além de aumentar os sintomas depressivos, também diminui a autoestima das mulheres (Johnson et al., 2017). Quando o indivíduo está experienciando sintomas depressivos ele costuma afastar-se de pessoas significativas e esse afastamento provoca uma resposta no parceiro, que pode reagir com rejeições ou críticas. As interpretações negativas resultantes levam o indivíduo a se isolar ainda mais e o ciclo vicioso é perpetuado. Nesse sentido, se o relacionamento interpessoal for harmonioso pode oferecer proteção contra uma depressão desenvolvida. Além disso, o engajamento de uma pessoa significativa facilita o tratamento do paciente deprimido, visto que essa pessoa pode ajudar o sujeito a testar a validade dos seus pensamentos negativistas (A. T. Beck el al., 1979/1997). Outra relação identificada no estudo é que os sintomas depressivos mais elevados de um parceiro foram associados a níveis mais altos de depressão no outro parceiro um ano depois. Esse resultado indica que os sintomas da depressão entre parceiros íntimos estão ligados ao longo do tempo e evidencia a depressão enquanto uma condição de caráter interpessoal, onde os indivíduos influenciam e são influenciados durante as suas interações (Skinner, 1953/2003; Rehman et al., 2008).

A associação bidirecional entre os sintomas depressivos e a insatisfação conjugal indica que para as mulheres há uma relação bidirecional entre a insatisfação conjugal e os sintomas depressivos, de modo que tanto a insatisfação conjugal pode causar sintomas depressivos, quanto os sintomas depressivos podem causar insatisfação conjugal. Para os homens, essa associação recíproca não pôde

ser confirmada e apenas a insatisfação conjugal previu sintomas depressivos posteriormente (Woods et al., 2019). Isto esta de acordo com estudos anteriores que identificaram a associação bidirecional entre sintomas depressivos e insatisfação conjugal (Du Rocher Schudlich et al., 2011; Rehman et al., 2008). Com relação aos homens, os resultados não sustentaram a associação bidirecional e também são contrários aos encontrados no estudo de Meyer et al. (2019), que identificou a associação recíproca entre sintomas depressivos e insatisfação conjugal para os homens, mas não para as mulheres. Nesse sentido, a associação bidirecional entre sintomas depressivos e insatisfação conjugal é forte e bem estabelecida na literatura (Du Rocher Schudlich et al., 2011; Rehman et al., 2008), mas o gênero parece ter influência nessa associação e precisa ser avaliado com mais atenção em estudos futuros (Woods et al., 2019).

A apresentação de um quadro clínico grave está associada a um alto nível de sofrimento conjugal em ambos os cônjuges com prejuízos na qualidade de vida apenas dos parceiros deprimidos. Entretanto, o aumento da DUI (duração da doença não tratada) está associada a piora da satisfação conjugal e a baixa qualidade de vida de ambos os cônjuges. Não houve diferenças nos níveis de satisfação conjugal percebido pelos pacientes e seus cônjuges, o que sugere que a depressão em um cônjuge é suficiente para prejudicar a percepção sobre a satisfação conjugal de ambos os cônjuges a uma extensão quase igual (Aggarwal et al., 2017). Esses achados são semelhantes aos encontrados em outro estudo que afirmou que os cônjuges compartilham percepções sobre o relacionamento e são igualmente felizes ou infelizes no casamento (Meyer et al., 2019). Ademais, quanto mais graves os sintomas depressivos de uma pessoa, menor a probabilidade de ela ser crítica com relação ao parceiro ou de responder as críticas do parceiro com mais críticas. Os sintomas depressivos mais graves também estão associados a níveis mais baixos de críticas recebidas durante a interação conjugal (Trombello et al., 2019). Desse modo, níveis elevados de sintomas depressivos estão associados ao não envolvimento em resolução de conflitos e distúrbios no relacionamento conjugal (Marchand & Hock, 2000).

Os sintomas depressivos impactam o relacionamento conjugal através das cognições negativas e dos padrões de comunicação disfuncionais. O apoio recebido pelo cônjuge não deprimido e a gravidade dos sintomas exercem influência na relação entre os sintomas da depressão e relação conjugal. Além disso, a associação entre sintomas depressivos e insatisfação conjugal pode ser considerada bidirecional. Os conflitos e a insatisfação conjugal são influenciados por crenças irrealistas dos parceiros sobre a sua relação, por avaliações negativas extremas e uma comunicação negativa entre o casal (Peçanha, 2005; Lavner et al., 2016). Os objetivos fundamentais da terapia cognitivo-comportamental para casais em conflito envolvem mudar padrões de comunicação disfuncionais, desenvolver estratégias mais eficazes para a solução de problemas do cotidiano, reestruturação de cognições inadequadas e manejo de emoções (A. T. Beck, 1995). Os sintomas depressivos impactam de forma negativa no relacionamento do casal, portanto é importante identificar a forma como este

impacto se dá para que as terapias de casais possam priorizar esses aspectos durante o tratamento. É importante que o clínico esteja atento para a possibilidade de uma condição clínica estar interferindo o processo psicoterapêutico, visto que a depressão, por exemplo, pode ser a causa de disfunções conjugais (Baucom & Epstein, 1990). Além disso, quando um casal busca terapia para resolver questões conjugais, se um dos cônjuges está deprimido é fundamental que este busque apoio individualmente também, através da terapia cognitivo-comportamental tradicional para a depressão, junto com a rotina de reestruturação cognitiva, reajuste de expectativas e atribuições. O terapeuta do casal pode psicoeducar ambos sobre a depressão e inclusive demonstrar os impactos que esta causa sobre a relação. Através da aprendizagem de habilidades de enfrentamento, o cônjuge não deprimido pode aprender a viver de modo mais efetivo e humano com o indivíduo deprimido (Dattilio, 2011; Atkins et al., 2009).

Os achados têm implicações clínicas importantes e sugerem que um processo psicoterapêutico eficaz deve envolver a avaliação e intervenção nos processos cognitivos negativos que influenciam as interpretações sobre o relacionamento e estão associados a comportamentos e emoções disfuncionais. Desse modo, as interações conjugais podem ser mais adequadas, reduzindo os futuros sintomas depressivos. Devido a associação bidirecional entre os sintomas depressivos e insatisfação conjugal, os resultados demonstram a importância de incluir o cônjuge não deprimido no processo psicoterapêutico, pois ele pode ser uma fonte de apoio para o parceiro com sintomas depressivos. O trabalho do clínico deve envolver a psicoeducação sobre os sintomas depressivos e estratégias mais eficazes de comunicação, para que os membros do casal possam se envolver de maneira mais significativa uns com os outros, rompendo os ciclos viciosos negativos que se perpetuam durante às interações conjugais. O estudo enfatiza ainda a necessidade de criar mais conscientização nos serviços de saúde, afim de diminuir a duração da depressão não tratada e melhorar a qualidade de vida do paciente e do cônjuge.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os artigos incluídos abordaram predominantemente a relação entre sintomas depressivos e relacionamento conjugal. A categoria processos comportamentais: estilos de comunicação foi a mais identificada entre os artigos inclusos, com seis pesquisas, seguida de processos cognitivos negativos, com três estudos. Todos os artigos incluídos são empíricos e abordaram de diferentes maneiras o caráter interpessoal das manifestações depressivas, na medida em que as pessoas que experienciam sintomas depressivos influenciam e são influenciadas durante as suas interações (Rehman et al., 2008).

Uma limitação identificada é a falta de análise da significância estatística das variáveis encontradas nos estudos. Ademais, comorbidades psiquiátricas constituíram critérios de exclusão, de modo que os sintomas depressivos durante o curso do transtorno bipolar não foram considerados. Entretanto, os artigos analisados apresentaram limitações metodológicas, especificamente a escassa descrição dos critérios de inclusão e exclusão dos participantes. Em decorrência disso, a maioria dos estudos não mencionou se foram incluídas pessoas com diagnóstico de bipolaridade na amostra, apenas avaliaram os sintomas depressivos a partir de instrumentos adequados. Em todos os estudos, a amostra foi constituída predominantemente por indivíduos caucasianos, heterossexuais, com escolaridade de nível médio a superior. Assim, os resultados não devem ser generalizados e são necessárias mais pesquisas com amostras diversas. Além disso, as diferenças de gênero precisam ser mais exploradas em estudos posteriores pois não foram devidamente abordadas nos artigos.

Mesmo diante de tais limitações essa proposta cumpriu com os seus objetivos de revisar a literatura e identificar como os sintomas depressivos impactam o relacionamento do casal. Os achados são relevantes pois como mencionado por Horn et al. (2017), a associação entre depressão e declínio no relacionamento conjugal é bem documentada na literatura, mas a natureza dessa associação nem sempre é clara. Desse modo, um diferencial importante desse estudo foi a identificação da natureza dessa associação. Os resultados podem ser úteis na terapia de casais e no tratamento dos sujeitos que sofrem com esse transtorno, pois oferecem informações importantes sobre as possíveis consequências dos sintomas depressivos nos relacionamentos e também sobre o potencial que os relacionamentos conjugais tem para desencadear sofrimento no indivíduo.

REFERÊNCIAS

Aggarwal, S., Kataria, D. & Prasad, S. (2017). A comparative study of quality of life and marital satisfaction in patients with depression and their spouses [Versão Eletrônica]. *Asian Journal of Psychiatry*, *30*, 65–70. doi: 10.1016/j.ajp.2017.08.003

Almeida, A. M. & Neto, F. L. (2003). Revisão sobre o uso da terapia cognitiva-comportamental na prevenção de recaídas e recorrências depressivas [Versão Eletrônica]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *25*(4), 239-244. doi: 10.1590/S1516-44462003000400011

American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (M. I. C. Nascimento et al., Trads.). (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Atkins, D. C., Bedics, J. D., Christensen, A. & Dimidjian, S. (2009). Couple discord and depression in couples during couple therapy and in depressed individuals during depression treatment [Versão Eletrônica]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*(6), 1089-1099. doi: 10.1037/a0017119

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo* (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trads.). São Paulo: Edições 70. (Trabalho original publicado em 1977)

Barry, R. A., Barden, E. P. & Dubac, C. (2019). Pulling away: links among disengaged couple communication, relationship distress, and depressive symptoms [Versão Eletrônica]. *Journal of Family Psychology*, *33*(3), 280-293. doi: 10.1037/fam0000507

Baucom, D. H. & Epstein, N. (1990). *Cognitive-behavior marital therapy*. New York: Brummer/Mazel.

Baucom, D. H., Epstein, B. B., Daiuto, A. D., Carels, R.A., Rankin, L. & Burnett, K. (1996). Cognitions in marriage: the relationship between standards and attributions [Versão Eletrônica]. *Journal of Family Psychology*, *10*(2), 209-222. doi:10.1037/0893-3200.10.2.209

Beck, A. T. (1995). *Para além do amor* (P. Fróes, Trad.). Rio de Janeiro: Record.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão* (S. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1979)

Beck, J. S. (2013). *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática* (S. M. Rosa, Trad.). (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 2011)

Berrios, G. E. (2012). Melancolia e depressão durante o século XIX: uma história conceitual (L. A. Ávila, Trad.). [Versão Eletrônica]. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, *15*(3), 590-608. doi: 10.1590/S1415-47142012000300011

Brommelhoff, J. A., Conway, K., Merikangas, K. & Levy, B. R. (2004). Higher rates of depression in women: role of gender bias within the family [Versão Eletrônica]. *Journal of Women's Health*, *13*(1), 69–76. doi: 10.1089/154099904322836474

Cordeiro, A., Oliveira, G. M., Rentería, J. M., Guimarães, C. A. & Grupo de Estudo de Revisão Sistemática do Rio de Janeiro et al. (2007). Revisão sistemática: uma revisão narrativa [Versão Eletrônica]. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 34*(6), 428-431. doi: 10.1590/S0100-69912007000600012

Costa, A. B. & Zoltowski, A. P. C. (2014). Como escrever um artigo de revisão sistemática. In S. H. Koller, M. C. P. P. Couto & J. V. Hohendorff (Orgs.), *Manual de produção científica* (pp. 55-70). Porto Alegre: Penso.

Cross, S. E. & Madson, L. (1997). Models of the self: self-construals and gender [Versão Eletrônica]. *Psychological Bulletin*, *122*(1), 5–37. doi: 10.1037/0033-2909.122.1.5

Dattilio, F. M. (2004). Casais e família. In P. Knapp (Ed.), *Terapia cognitivo-comportamental na prática clínica psiquiátrica* (pp. 377-401). Porto Alegre: Artmed.

Dattilio, F. M. (2011). *Manual de terapia cognitivo-comportamental para casais e famílias* (M. F. Lopes, Trad.). Porto Alegre: Artmed.

Du Rocher Schudlich, T. D., Papp, L. M. & Cummings, E. M. (2011). Relations between spouses' depressive symptoms and marital conflict: a longitudinal investigation of the role of conflict resolution styles [Versão Eletrônica]. *Journal of Family Psychology*, *25*(4), 531–540. doi: 10.1037/a0024216

Ellis, A. & Dryden, W. (1997). *The practice of rational emotive behavior therapy* (2ª ed.). New York: Springer.

Ellis, A. (2003). The nature of disturbed marital interaction [Versão Eletrônica]. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, *21*(3-4), 147-153. doi: 10.1023/A:1025825725522

Ellison, J. K., Kouros, C. D., Papp, L. M. & Cummings, E. M. (2016). Interplay between marital attributions and conflict behavior in predicting depressive symptoms [Versão Eletrônica]. *Journal of Family Psychology*, *30*(2), 286–295. doi: 10.1037/fam0000181

Epstein, N. & Baucom, D. H. (2002). *Enhanced cognitive-behavior therapy for couples: a contextual approach*. Washington: American Psychological Associated Press.

Fernández-Ríos, L. & Buela-Casal, G. (2009). Standards for the preparation and writing of psychology review articles [Versão Eletrônica]. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 9*(2), 329-344.

Günther, H. (2006). Pesquisa qualitativa *versus* pesquisa quantitativa: esta é a questão? [Versão Eletrônica]. *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa, 22*(2), 201-210. doi: 10.1590/S0102-37722006000200010.

Greenberger, D. & Padesky, C. A. (2017). Compreendendo os seus problemas. In S. M. M. Rosa (Org.), *A mente vencendo o humor: mude o que você sente, mudando como você pensa* (pp. 5-15). Porto Alegre: Artmed.

Horn, A. B., Milek, A., Brauner, A. & Maercker, A. (2017). Less positive sharing in the couple mediates the link between depression and relationship quality: a dyadic longitudinal study [Versão Eletrônica]. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *36*(7), 535–553. doi: 10.1521/jscp.2017.36.7.535

Johnson, M. D., Galambos, N. L., Finn, C., Neyer, F. J. & Horne, R. M. (2017). Pathways between self-esteem and depression in couples [Versão Eletrônica]. *Developmental Psychology*, *53*(4), 787–799. doi: 10.1037/dev0000276

Knapp, P. (2004). Princípios fundamentais da terapia cognitiva. In P. Knapp (Org.), *Terapia cognitivo-comportamental na Prática Psiquiátrica* (pp. 19-41). Porto Alegre: Artmed.

Knobloch, L. K., Sharabi, L. L., Delaney, A. L. & Suranne, S. M. (2016). The role of relational uncertainty in topic avoidance among couples with depression [Versão Eletrônica]. *Communication Monographs*, *83*(1), 25–48. doi: 10.1080/03637751.2014.998691

Lavner, J. A., Karney, B. R. & Bradbury, T. N. (2016). Does couples' communication predict marital satisfaction, or does marital satisfaction predict communication? [Versão Eletrônica]. *Journal of Marriage and the Family*, *78*(3), 680–694. doi: 10.1111/jomf.12301

Leahy, R. L. (2006). *Técnicas de terapia cognitiva: manual do terapeuta* (M. A. Veronese & L. Araújo, Trads.). Porto Alegre: Artmed.

Li, P. F. & Johnson, L. N. (2018). Couples' depression and relationship satisfaction: examining the moderating effects of demand/withdraw communication patterns [Versão Eletrônica]. *Journal of Family Therapy*, *40*, 63–85. doi: 10.1111/1467-6427.12124

Lizdek, I., Woody, E., Sadler, P. & Rehman, U. S. (2016). How do depressive symptoms in husbands and wives relate to the interpersonal dynamics of marital interactions? [Versão Eletrônica]. *Journal of Counseling Psychology*, *63*(6), 721–735. doi: 10.1037/cou0000167

Marchand, J. F. & Hock, E. (2000). Avoidance and attacking conflict-resolution strategies among married couples: relations to depressive symptoms and marital satisfaction [Versão Eletrônica]. *Family Relations*, *49*(2), 201–206. doi: 10.1111/j.1741-3729.2000.00201.x

Medeiros, H. L. V. & Sougey, E. B. (2010). Distorções do pensamento em pacientes deprimidos: frequência e tipos [Versão Eletrônica]. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(1), 28-33.

Medical Library Association. (2018). Choosing the right citation management tool: endnote, mendeley, refworks, or zotero [Versão Eletrônica]. *Journal of the Medical Library Association*, *106*(3), 399-403. doi: 10.5195/jmla.2018.468

Mendes, E. D., Viana, T. C. & Bara, O. (2014). Melancolia e depressão: um estudo psicanalítico [Versão Eletrônica]. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *30*(4), 423-431.

Meyer, D., Kemper-Damm, B., Parola, F. & Salas, J. (2019). Depressive symptoms as a predictor of men's relationship satisfaction [Versão Eletrônica]. *Family Journal, 27*(1), 37–43. doi: 10.1177/1066480718809058

Ministério da Fazenda. (2016). *Anuário Estatístico da Previdência Social.* Acesso em 21 de março, 2019, de http://sa.previdencia.gov.br/site/2018/08/aeps2016.pdf

Ministério da Saúde. (2012). *Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados* [Versão Eletrônica]. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Mozzato, A. R. & Grzybovski, D. (2011). Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios [Versão Eletrônica]. *Revista de Administração Contemporânea, 15*(4), 731-747. doi: 10.1590/S1415-65552011000400010

Osório, L. C. & Valle, M. E. P. (2002). Dinâmica das relações conjugais: uma visão contemporânea. In. L. C. Osório & M. E. P. Valle (Orgs.), *Terapia de famílias: novas tendências* (pp. 9-16). Porto Alegre: Artmed.

Ozguc, S. & Tanriverdi, D. (2018). Relations between depression level and conflict resolution styles, marital adjustments of patients with major depression and their spouses [Versão Eletrônica]. *Archives of Psychiatric Nursing, 32*(3), 337–342. doi: 10.1016/j.apnu.2017.11.022

Papp, P. (2002). As diferenças de gênero e a depressão. In P. Pappy (Org.), *Casais em perigo: novas diretrizes para terapeutas* (pp. 145-166). Porto Alegre: Artmed.

Peçanha, R. F. (2005). *Desenvolvimento de um protocolo piloto de tratamento cognitivo-comportamental para casais.* Dissertação de mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.

Perin, E. A. (2013). Depressão: como fica o casal? In. C. Zeglio, I. Finotelli & O. M. Rodrigues (Orgs.), *Relações conjugais: discutindo alternativas para melhor qualidade de vida* (pp. 49-54). São Paulo: Zagodoni.

Rangé, B. & Dattilio, F.M. (2001). Casais. In B. Rangé (Ed.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas* (pp. 171-191). Campinas: L. Eleno.

Rehman, U. S., Gollan, J., & Mortimer, A. R. (2008). The marital context of depression: research, limitations, and new directions [Versão Eletrônica]. *Clinical Psychology Review, 28*(2), 179–198. doi: 10.1016/j.cpr.2007.04.007

Rodrigues, V. S. & Horta, R. L. (2012). Modelo cognitivo-comportamental da depressão. In I. Andretta & M. S. Oliveira (Orgs.), *Manual prático de terapia cognitivo-comportamental* (pp. 177-192). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Skinner, B. F. (2003). *Ciência e comportamento humano* (J.C. Todorov & R. Azzi, Trads.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1953)

Stake, R. E. (2011). Interpretação: a pessoa como instrumento (K. Reis, Trad.). In R. E. Stake (Org.), *Pesquisa qualitativa: entendendo como as coisas funcionam* (pp. 46-66). Porto Alegre: Penso.

Szupszynski, K. P. D. R. (2012). Mudança terapêutica. In I. Andretta & M. S. Oliveira (Orgs.), *Manual Prático de Terapia Cognitivo-Comportamental* (pp. 203-231). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Trew, J. L. (2011). Exploring the roles of approach and avoidance in depression: an integrative model [Versão Eletrônica]. *Clinical Psychology Review*, *31*(7), 1156–1168. doi: 10.1016/j.cpr.2011.07.007

Trombello, J. M., Post, K. M. & Smith, D. A. (2019). Depressive symptoms, criticism, and counter-criticism in marital interactions [Versão Eletrônica]. *Family Process*, *58*(1), 165–178. doi: 10.1111/famp.12349

Vittengl, J. R., Clark, L. A., Thase, M. E. & Jarrett, R. B. (2019). Partner criticism during acute-phase cognitive therapy for recurrent major depressive disorder [Versão Eletrônica]. *Behaviour Research and Therapy*, *113*, 48–56. doi: 10.1016/j.brat.2018.12.010

Whisman, M. A., Uebelacker, L. A. & Weinstock, L. M. (2004). Psychopathology and marital satisfaction: the importance of evaluating both partners [Versão Eletrônica]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*(5), 830–838. doi: 10.1037/0022-006x.72.5.830

Woods, S. B., Priest, J. B., Signs, T. L. & Maier, C. A. (2019). In sickness and in health: the longitudinal associations between marital dissatisfaction, depression and spousal health [Versão Eletrônica]. *Journal of Family Therapy*, *41*(1), 102–125. doi: 10.1111/1467-6427.12207

World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates.* Acesso em 31 de Agosto, 2018, de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=71B0AB4C24B14F5B7CB200D4156FFD65?sequence=1

Wright, J. H., Basco, M. R. & Thase, M. E. (2008). *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado* (M. G. Armando, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 2005)

ANEXO

ANEXO A. Combinações de descritores utilizados nas buscas nas bases eletrônicas:

(depressão *AND* casal, depressão *AND* relacionamento conjugal, depressão *AND* terapia de casal, transtorno depressivo maior *AND* relacionamento conjugal, transtorno depressivo maior *AND* casal, transtorno depressivo maior *AND* terapia de casal, *depression AND marriage, depression AND marital, depression AND couple therapy, depression AND marital relationship, depression AND marital therapy, depression AND marital satisfaction, depression AND couples therapy, depression AND couples therapy AND cognitive behavioral therapy, depressive disorder AND marriage, depressive disorder AND couples therapy, depressive disorder AND couples therapy AND cognitive behavioral therapy, depressive disorder AND marital satisfaction, depressive disorder AND marital relationship, depressive disorder AND marital therapy, major depressive disorder AND marriage, major depressive disorder AND marital satisfaction, major depressive disorder AND couple therapy, major depressive disorder AND couples therapy, major depressive disorder AND couples therapy AND cognitive behavioral therapy, major depressive disorder AND marital therapy, major depressive disorder AND marital relationship, depressive disorder AND marital therapy, depressive disorder AND marital satisfaction, depressive disorder AND marriage, depressive disorder AND couple therapy, depressive disorder AND couples therapy, depressive disorder AND couples therapy AND cognitive behavioral therapy, depressive disorder AND marital relationship)*