

# Alterações Psicossomáticas no Pai durante o Último Trimestre da Gravidez

Maria de Fátima Martins Dias Capinha \*



Apresentam-se os resultados de um estudo realizado com uma amostra de 42 pais que acompanharam as respectivas mulheres, no último trimestre da gravidez, à consulta de vigilância de saúde materna e obstétrica de uma Maternidade. Os dados foram colhidos através de um questionário, o qual incluía a escala SCL - 90 - R de DEROGATIS (1994).

São analisadas as diversas alterações psicopatológicas no pai, nomeadamente a somatização, e relacionadas com alguns factores psico-sócio-demográficos e clínicos associados à gravidez. Verificamos diferenças altamente significativas na maioria das sub-escalas e índices globais relacionadas com a percepção ou não de problemas durante a gravidez.

Comparando os resultados obtidos entre a amostra e o grupo de "adultos não doentes" do estudo de Derogatis, observámos diferenças altamente significativas em todas as sub-escalas e índices globais, o que parece indicar que o pai, no último trimestre da gravidez da sua companheira, se encontra sob uma grande tensão, apresentando importantes alterações psicossomáticas.

## Introdução

Durante a gravidez todas as atenções tendem a recair sobre a mãe. O pai é visto como tendo um papel secundário ou é mesmo colocado à margem de todo o processo. No entanto, as mudanças sociais e culturais verificadas nas últimas décadas têm provocado profundas alterações nos papéis dos elementos da família, tornando a função paternal mais participativa e exigente.

Na mulher, a gravidez é acompanhada de profundas alterações em que a mudança da silhueta corporal é uma evidência, enquanto no pai as alterações, podendo ser também significativas, não são tão visíveis. Todavia, são comuns a apresentação de queixas físicas leves, acessos de ansiedade ou medos inexplicáveis.

\* Enfermeira dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Especialista em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica.

Alguns autores referem-se a essas alterações como sendo o "*síndrome de cowade*", ou seja, um quadro de manifestações psicossomáticas importantes no pai durante o período de gravidez das suas companheiras (KITZINGER, 1978; SOIFER, 1980; BRAZELTON, 1989; SIZARET *et al.*, 1990; COLMAN, 1994). GAZENEUVE e VICTOROFF (s.d.) afirmam que o "*cowade*", como expressão clínica, consiste na transposição de sintomatologia somática ou psicológica da participação paternal na paternidade e no parto. Essas transformações são de origem psicológica, não sendo percebidas conscientemente, podendo passar despercebidas ao próprio e às pessoas que o rodeiam. Nestas situações, um sintoma poderá ser uma simples manifestação de ansiedade ou, mesmo, sentimentos profundos relacionados com a gravidez, incluindo hostilidade ou até "inveja". Várias explicações têm sido

propostas: identificação psíquica com a companheira; temores inconscientes relativamente à geração seguinte e protecção da mulher contra a hostilidade inconsciente do companheiro.

Por sua vez, o “*couvade*” como ritual impõe ao pai comportamentos particulares, obrigações ou interdições, associados à gestação ou ao nascimento da criança.

As manifestações psicossomáticas traduzem um fenómeno complexo, caracterizado ainda hoje por uma ambiguidade conceptual. Estas surgem como uma tendência individual para comunicar sintomas somáticos inexplicados, atribui-los a uma doença orgânica e procurar ajuda médica. São estes sintomas o elemento através do qual o indivíduo pode exprimir patologia orgânica, transtornos emocionais ou perturbações do foro psiquiátrico. Os mecanismos pelos quais esta interacção ocorre ainda não estão totalmente compreendidos, dificultando a determinação da origem dos sintomas somáticos.

O trabalho realizado pretende identificar o índice de manifestações psicossomáticas e descrever as diversas alterações psicopatológicas no pai, nomeadamente a somatização, durante o último trimestre de gravidez da sua companheira, relacionando-as com alguns factores psico-sócio-demográficos.

## Manifestações Psicossomáticas

O termo “psicossomático”, deriva de vocábulos gregos — *psique*, que significa mente ou espírito e — *soma*, que significa corpo. Hoje é usado para designar determinadas situações clínicas associadas a factores psicossociais.

A somatização é um fenómeno complexo, que se caracteriza ainda hoje por uma certa ambiguidade conceptual entre a doença e a sua tradução subjectiva, estando relacionada com mecanismos inconscientes antigos e pretendendo assinalar um sofrimento psicológico, na ausência ou não de doença observável.

O conceito não deverá ser usado, como no passado, para conotar doenças fictícias ou

imaginárias. Como afirma THOMPSON (1992), “*Graves consequências sofreram os indivíduos como resultado desta falsa suposição ou, ainda pior, que não existiam tratamentos específicos disponíveis*” (THOMPSON, 1992:365).

Partindo desta ambiguidade conceptual, alguns autores, como TAYLOR (1992, p. 251), referem que os transtornos psico-fisiológicos “*têm uma causa emocional, afectam um sistema orgânico e envolvem a enervação do sistema nervoso autónomo*”.

A característica que define os transtornos psicossomáticos é o aparecimento de sintomas físicos, que denotam um transtorno físico para o qual não há causa orgânica dentro dos mecanismos fisiológicos conhecidos e para o qual parecem existir evidências de que os sintomas estejam relacionados com factores de conflito psicológico.

Colocando a questão no contexto do nosso estudo, pode constatar-se que ainda é pouco comum entre nós o pai admitir abertamente que se encontra numa profunda experiência emocional durante a gravidez da sua companheira. A experiência que o pai tem da gravidez não surge de alterações hormonais ou corporais, mas de transformações pessoais e sociais que podem ser tão significativas quanto as da sua companheira. O pai passa por alterações psicológicas subtis na transição para a paternidade.

Dentro dos sintomas físicos mais frequentemente descritos surgem: dores lombares e abdominais, perda de apetite, insónias, precordialgias, náuseas, vômitos, temor à dor, aumento de peso, mal estar geral, anorexia, distensão abdominal, etc. (KITZINGER, 1978; SOIFER, 1980; BRAZELTON, 1989; COLMAN, 1994). Estes sintomas mais frequentes alternam com períodos de estabilidade emocional e sensação de bem estar. A estes sintomas psicossomáticos, vários autores chamam de “*síndrome de couvade*”, distinguindo-o do “*couvade*” como ritual, um costume que impõe ao pai determinados comportamentos, obrigações ou interdições, durante o trabalho de parto e nascimento do filho. As alterações relacionadas com o “*síndrome de couvade*” são de origem psicológica, geradas a partir das vivências pessoais do homem, e não de ordem social ou ditadas pela cultura.

## Metodologia

Realizámos uma investigação descritiva com uma amostra de 42 pais adultos jovens que acompanharam as suas mulheres no terceiro trimestre da gravidez a uma consulta de vigilância de saúde uma maternidade da zona centro do país.

Os dados foram colhidos através de um questionário, incluindo a Escala SCL-90-R (Escala de Auto Avaliação – Hopkins Symptom Distress Checklist – 90 - Revised) de DEROGATIS *et al.* (1994). Este instrumento, utilizado para medir a variável dependente — *alterações psicossomáticas* —, é constituído por 90 itens em escala de 1 a 4 pontos, conforme a menor ou maior intensidade das manifestações.

Segundo o seu autor, este inventário permite um estudo quantitativo de certos sintomas do indivíduo e uma avaliação das suas manifestações psicopatológicas. Permite a avaliação dos três índices globais de “stress psico-sintomático”, a saber: *Índice Sintomático Global* (GSI); *Total de Sintomas Positivos* (PST) e *Índice de Stress de Sintomas Positivos* (PSDL), assim como sub-escalas, correspondendo a: “*Somatização*”, “*Ansiedade*”, “*Depressão*”, “*Ideação paranoide*”, “*Obsessão/Compulsão*”, “*Psicoticismo*”, “*Agressividade*”, “*Sensibilidade interpessoal*” e “*Ansiedade fóbica*”. Os três scores globais traduzem o nível de profundidade do stress psicológico individual, enquanto cada uma das sub-escalas se relacionam com diferentes quadros psicossomáticos (DEROGATIS *et al.*, 1994, p.15).

O tratamento estatístico dos dados foi feito com o recurso à análise de correlação bivariada (significância de  $r$ ) e de diferença de médias (testes  $t$  e anova).

## Hipóteses

Tendo em conta o carácter exploratório do estudo, considerámos as seguintes hipóteses:

- As alterações psicossomáticas dos pais no terceiro trimestre da gravidez estão relacionadas

com as variáveis sócio-demográficas e culturais (idade, número de filhos, habilitações culturais, nível sócio-económico);

- As alterações psicossomáticas dos pais no terceiro trimestre da gravidez são mais intensas naqueles que têm a percepção de que existem (ou existiram) problemas relacionados com a gravidez que podem pôr em risco a saúde da mãe ou do bebé;
- Os pais no terceiro trimestre da gravidez apresentam alterações psicossomáticas superiores às da generalidade dos adultos não doentes.

## Resultados

Em termos gerais, na amostra os valores do Índice Sintomático Global (GSI) distribuíram-se aproximando-se da distribuição normal (teste de Kolmogorov-Smirnov Goodness:  $p > 0.05$ ), com uma média de 0.691 e com um desvio padrão de 0.309 (C.V. de 44,71%).

Relativamente à Idade dos pais, encontramos uma correlação positiva não significativa ( $p > 0.05$ ) em todos os índices globais e na maioria das sub-escalas, à excepção da “*Ideação paranoide*” e “*Psicoticismo*”, onde se observou uma correlação negativa, também não significativa ( $p > 0.05$ ).

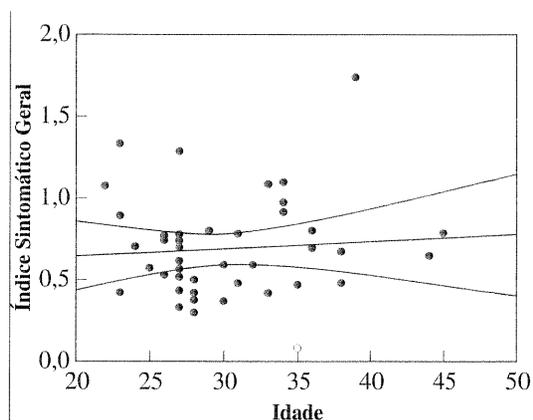


Gráfico 1 – Dispersão do Índice Sintomático Global (GSD) dos pais em função da sua Idade.

No que se refere *ao número de filhos*, nas sub-escalas e índices globais, com um nível de significância de 0.05, também não se verificaram quaisquer diferenças significativas.

QUADRO 1 – Diferenças nas alterações psicossomáticas dos pais em função das suas habilitações Literárias.

SCL - 90 - R Sub-escalas e índices globais	1º Ciclo; 2º Ciclo (n = 17)		3º Ciclo; 11º Ano (n = 9)		12º Ano; C. Superior (n = 16)		F	p
	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s		
Somatização	0.76	0.43	0.59	0.49	0.72	0.42	0.447	0.642 <sup>NS</sup>
Ansiedade	0.61	0.34	0.71	0.38	0.66	0.35	0.248	0.781 <sup>NS</sup>
Depressão	0.72	0.35	0.55	0.29	0.64	0.32	0.807	0.453 <sup>NS</sup>
Ideação paranóide	1.00	0.74	0.68	0.39	0.87	0.44	0.871	0.426 <sup>NS</sup>
Obsessão / Compulsão	0.97	0.38	0.97	0.38	1.16	0.42	1.188	0.315 <sup>NS</sup>
Psicoticismo	0.48	0.38	0.37	0.28	0.38	0.37	0.411	0.665 <sup>NS</sup>
Agressividade / Hostilidade	0.84	0.63	0.92	0.58	0.86	0.51	0.060	0.941 <sup>NS</sup>
Sensibilidade interpessoal	0.72	0.41	0.56	0.48	0.81	0.44	0.880	0.422 <sup>NS</sup>
Ansiedade fóbica	0.31	0.32	0.30	0.33	0.25	0.22	0.236	0.790 <sup>NS</sup>
GSI	0.70	0.31	0.64	0.33	0.69	0.31	0.139	0.869 <sup>NS</sup>
PSDL	1.49	0.39	1.36	0.20	1.39	0.31	0.660	0.522 <sup>NS</sup>
PST	44.11	17.12	43.88	21.16	47.68	19.65	0.183	0.833 <sup>NS</sup>

NS - Não Significativo

Relativamente às *habilitações literárias* (Quadro 1), verificámos que nas sub-escalas e índices globais, ao nível de significância de 0.05, não se registaram diferenças significativas, quer entre os grupos em geral quer entre quaisquer dos grupos considerados dois a dois (teste de Tukey-B:  $p > 0.05$ ).

Através dos resultados obtidos nos testes estatísticos referentes à relação das alterações psicossomáticas dos pais com o seu *nível sócio-económico* (Quadro 2), observamos uma correlação negativa<sup>(1)</sup> nas sub-escalas: “*Somatização*”, “*Ansiedade*”, “*Ideação paranóide*”, “*Obsessão / Compulsão*”, “*Agressividade / Hostilidade*”, “*Sensibilidade interpessoal*”, assim com em todos os índices globais; e uma correlação positiva nas sub-escalas: “*Depressão*”, “*Psicoticismo*” e “*Ansiedade fóbica*”. Todavia, como em relação às restantes variáveis sócio-demográficas e culturais, em nenhuma das dimensões a associação chega a ser estatisticamente significativa ao nível 0.05, sendo a valor mais próximo o relativo à dimensão “*Ansiedade*” ( $r = -0.27$ ;  $p = 0.084$ ).

<sup>(1)</sup> Tendo em conta que se utilizou o índice de Graffar para medir o nível sócio-económico, em que valores mais altos correspondem a níveis sócio-económicos mais desfavorecidos, uma correlação negativa significa que a um nível sócio-económico mais elevado corresponde maior intensidade nas alterações psicossomáticas.

QUADRO 2 – Correlação das alterações psicossomáticas dos pais com o seu nível sócio-económico.

SCL - 90 - R Sub-escalas e índices globais	F	p
Somatização	- 0.119	0.451 <sup>NS</sup>
Ansiedade	- 0.270	0.084 <sup>NS</sup>
Depressão	0.015	0.924 <sup>NS</sup>
Ideação paranóide	- 0.054	0.733 <sup>NS</sup>
Obsessão / Compulsão	- 0.184	0.243 <sup>NS</sup>
Psicoticismo	0.026	0.868 <sup>NS</sup>
Agressividade / Hostilidade	- 0.130	0.411 <sup>NS</sup>
Sensibilidade interpessoal	- 0.112	0.480 <sup>NS</sup>
Ansiedade fóbica	0.176	0.264 <sup>NS</sup>
GSI	- 0.138	0.381 <sup>NS</sup>
PSDL	- 0.063	0.690 <sup>NS</sup>
PST	- 0.105	0.506 <sup>NS</sup>

NS - Não Significativo

Assim, em relação à primeira hipótese, os dados não confirmaram que as alterações psicossomáticas dos pais no terceiro trimestre da gravidez variam em função das suas características sócio-demográficas e culturais.

Relativamente à segunda hipótese, em que se prevê que os pais que têm a percepção de que existem problemas relacionados com a gravidez sofrem maior intensidade de sintomatologia psicossomática, observamos, no sentido dessa previsão, diferenças muito significativas ( $p < 0.01$ ) nas sub-escalas: “*Psicoticismo*” e “*Sensibilidade*

QUADRO 3 – Diferenças das alterações psicossomáticas dos pais em função da percepção ou não de problemas no último trimestre de gestação.

SCL - 90 - R Sub-escalas e índices globais	Com Problemas (n = 13)		Sem Problemas (n = 29)		t	p
	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s		
Somatização	0.82	0.48	0.66	0.41	1.07	0.291 <sup>NS</sup>
Ansiedade	0.76	0.45	0.60	0.29	1.13	0.273 <sup>NS</sup>
Depressão	0.85	0.39	0.57	0.26	2.68	0.011 <sup>S</sup>
Ideação paranoide	1.21	0.64	0.73	0.48	2.68	0.011 <sup>S</sup>
Obsessão / Compulsão	1.24	0.39	0.95	0.37	2.25	0.030 <sup>S</sup>
Psicoticismo	0.66	0.35	0.31	0.29	3.41	0.001 <sup>MS</sup>
Agressividade / Hostilidade	1.11	0.68	0.75	0.47	1.95	0.058 <sup>NS</sup>
Sensibilidade interpessoal	0.99	0.41	0.60	0.40	2.84	0.007 <sup>MS</sup>
Ansiedade fóbica	0.40	0.35	0.23	0.24	1.81	0.079 <sup>NS</sup>
GSI	0.86	0.36	0.61	0.25	2.66	0.011 <sup>S</sup>
PSDL	1.46	0.31	1.40	0.33	0.55	0.587 <sup>NS</sup>
PST	54.07	19.40	41.55	17.19	2.10	0.042 <sup>S</sup>

NS - Não Significativo S - Significativo MS - Muito Significativo

*interpessoal*” e diferenças significativas ( $p < 0.05$ ) nas sub-escalas: “*Depressão*”, “*Ideação paranoide*” e “*Obsessão / Compulsão*” e nos índices globais GSI e PST (Quadro 3).

Para testarmos a 3ª hipótese — “os pais no terceiro trimestre da gravidez apresentam alterações psicossomáticas superiores às da generalidade dos adultos não doentes” — comparámos os resultados da nossa amostra com os do grupo de “*adultos não doentes*” do estudo de DEROGATIS *et al.* (1994), tendo-se verificado diferenças extremamente significativas ( $p < 0.01$ ) em todas as sub-escalas e índices globais, salvo no índice PSDL, onde observamos uma diferença significativa ( $p < 0.05$ ), em todos os casos no sentido dos pais da amostra do nosso estudo apresentarem em média valores superiores aos dos adultos não doentes.

## Discussão dos Resultados

Com a aplicação da escala SCL-90-R, no estudo que realizamos os dados não corroboram a hipótese de relação entre as variáveis sócio-demográficas e as alterações psicossomáticas dos pais no final da gravidez. Embora não possamos deixar de ter em conta o carácter exploratório do estudo e em especial o número reduzido da amostra ( $n = 42$ ), os

resultados obtidos são, no entanto, consistentes com os de CLINTON (1986), que, igualmente, não confirmaram existir relação da idade e das habilitações literárias com o “*síndrome de couvade*”. O número de filhos e as habilitações literárias dos pais também não se evidenciaram como factores relevantes.

Contudo, a comparação dos índices de manifestações psicossomáticas entre os pais com a percepção da existência de problemas na gravidez e os pais sem essa percepção, revela que esta percepção é um factor determinante, em particular ao nível das manifestações de *psicoticismo*, *sensibilidade interpessoal*, *depressão*, *ideação paranoide*, *obsessão-compulsão*. Estes resultados indiciam deste modo a vivência de uma situação de intenso stress psicológico por parte dos pais em que a gravidez decorre com problemas, podendo essa vivência, atendendo às dimensões afectadas, traduzir-se em alterações comportamentais e relacionais importantes.

A comparação dos resultados obtidos, com os resultados descritos por DEROGATIS (1994) na população de “*adultos não doentes*”, revela diferenças muito significativas, enquanto que a mesma comparação com o grupo dos “*adultos do foro psiquiátrico não internados*”, pelo contrário, revela grande semelhança entre as médias dos dois grupos.

Assim, os resultados do estudo por nós levado a cabo corroboram a noção de que, de um modo geral, os “pais grávidos” sofrem com maior intensidade de sintomatologia psicossomática e que a existência de problemas durante a gravidez é um factor acrescido a considerar na experiência de stress psicológico.

## Conclusão

A conclusão fundamental que se pode retirar dos resultados é que o pai durante o último trimestre de gestação se encontra sob uma grande tensão psicológica, sendo frequentes as manifestações psicossomáticas, em especial quando sobrevêm problemas no decurso da gravidez.

Deste modo, como implicação para a prática, torna-se primordial envolver o pai o mais precocemente possível na atenção profissional de vigilância da gravidez, prepará-lo para o nascimento e para uma nova vivência familiar. Essa atenção passa por uma maior valorização das alterações psicossociais que o papel de pai normalmente acarreta e por ter em conta que também o pai necessita de apoio psicoafectivo e relacional durante o processo de gravidez, no sentido de lidar melhor com as alterações psicológicas, diminuindo o seu mal estar e as perturbações relacionais.

Poderão ser necessárias medidas terapêuticas especializadas. No entanto, a informação, o sentido de envolvimento no processo da gravidez e a possibilidade de manifestação dos sentimentos e temores são os aspectos fundamentais numa relação de ajuda profissional preventiva de perturbações maiores. O papel da companheira é fundamental no sentido de incentivar o pai a participar na gravidez, fazendo-o sentir indispensável à sua evolução favorável, promovendo uma relação precoce pai / filho e antecipando assim a vivência afectiva do alargamento da célula familiar. Nalguns casos, pode ser útil o recurso a terapêuticas mais específicas, tais como, técnicas de relaxamento e psicoterapia ou mesmo, em alguns casos raros, terapêutica farmacológica. Nestes casos, a atitude terapêutica mais adequada passa por um diagnóstico correcto da situação clínica, tal como sugerem RESINA (1990) e THOMPSON (1992),

sublinhando que a possibilidade de alterações psicopatológicas nos pais nesta fase da gravidez não deve ser desprezada, dado que essas alterações podem interferir seriamente com os processos de adaptação paternal e conjugal.

## Bibliografia

- BRAZELTON, T. Berry; CRAMER, Bertrand G. – *A relação mais precoce. Os pais, os bebês e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar, 1989.
- BURROUGHES, Arlene – *Uma introdução à enfermagem materna*. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995
- CLINTON, Jacqueline F. – Expectant fathers at risk for couvade. *Nursing Research*. England. Vol.35, nº5 (September-October 1986), pp.290-295
- COLMAN, Libby Lee; COLMAN, Arthur D. – *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Colibri, 1994.
- COLMAN, Libby Lee; COLMAN, Arthur D. – *O pai - Mitologia e reinterpretação dos arquétipos*. São Paulo: Ed Cultrix, 1988.
- DEROGATIS, Leonard R. – *Symptom Checklist-90-R*. 3ªed. United States of American: Administration, Scoring and Procedures Manual, 1994.
- GAZENEUVE, Jean; VICTOROFF, David – *Dicionário de Sociologia*. Lisboa: Verbo, (s.d.).
- GOUVEIA, Rosa *et al.* – Participação do pai português nos cuidados ao seu filho, no primeiro ano de vida. *Revista Portuguesa de Pediatria*. Lisboa. Vol. 22, nº 4 (Julho-Agosto 1991), pp. 246-249
- KITZINGER, Sheila – *A experiência do parto*. Lisboa: Instituto Piaget, 1984.
- KITZINGER, Sheila – *Mães: um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Presença, 1978.
- MENDES, Mário Luiz – *Curso de Obstetrícia*. 1ªed. Coimbra. 1991.
- RESINA, Teresa – Somatização e doença psicossomática. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. Lisboa. Vol. 7, nº 7 (Julho 1990), pp. 281-283
- SIZARET, P. *et al.* – Une enquête sur les symptômes somatiques de couvade. *Société medico-psychologique Saint Cyr Sur Loire*. (Novembre 1990), p. 230-234.
- SOIFER, Raquel – *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.
- THOMPSON, Troy L. – Transtornos Psicossomáticos. In: TALBOT, John A.; HALES, Robert E.; YUDOFSKY, Stuart C. - *Tratado de psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. pp. 365-393