

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA



ENVOLVIMENTO PATERNO E COUVADE

Liliana Sousa Ferreira

2009

Dissertação de Mestrado sob a orientação da Prof. Doutora Isabel Leal, e apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, ISPA, para a obtenção do grau de Mestre, na especialidade de psicologia da Gravidez e da Parentalidade, conforme a Portaria n.º 842/2005 de 19 de Setembro para dar satisfação ao ponto “b” do n.º 2 do Artº 5 do Decreto-Lei n.º 216/92 de 13 de Outubro.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Isabel Leal, que disponibilizou a Escala de Envolvimento Emocional Pré – natal e Inventário de Sintomatologia, fundamentais para a realização deste estudo. Agradeço a disponibilidade, sugestões e revisão do texto que me proporcionou um crescimento significativo na minha aprendizagem.

Agradeço a todos os profissionais de saúde da Maternidade Alfredo da Costa, USF da Amora e Clínica Mamãs e Companhia, pela colaboração na aplicação dos instrumentos de colheita de dados, bem como a todos os participantes que se disponibilizaram a colaborar no nosso estudo, cujos testemunhos sinceros foram da maior importância para a realização deste estudo.

Agradeço igualmente ao Professor Doutor João Maroco pela disponibilidade e orientações dadas para o tratamento dos dados.

Ao Jordão, aos meus familiares e amigos pelo apoio que sempre me deram. Por fim agradeço a todos aqueles que directa ou indirectamente contribuíram para a realização deste estudo.

RESUMO

O objectivo geral definido para este estudo é, compreender a relação entre o envolvimento paterno durante a gravidez e a sintomatologia de Couvade.

Conduziu – se um estudo observacional – descritivo transversal, no qual se pretende fornecer informação relativa aos pais – expectantes em estudo (n=200), cujas companheiras se encontrem no primeiro, segundo ou terceiro trimestre de gravidez, relativamente à ocorrência de sintomatologia física e psicológica de Couvade relacionando-a com o envolvimento paterno, através da aplicação do *Inventário de Sintomatologia* e da *Escala de Envolvimento Emocional Pré-natal*. Avalia-se ainda o efeito nos sintomas físicos e psicológicos de Couvade e envolvimento paterno, pelos pais – expectantes, no planeamento da gravidez (planeada vs não planeada/ desejada vs não desejada), idade, habilitações literárias, idade gestacional, estatuto da paternidade (primípara vs múltipara), e risco associado à gravidez.

Os resultados sugerem a existência do Síndrome de Couvade nos três trimestres de gestação, existindo um aumento crescente do número de sintomas ao longo dos trimestres, cuja sintomatologia é influenciada pela idade e planeamento da gravidez.

Os sintomas mais frequentes são os físicos e afectivos negativos, o que pressupõe um apoio parte dos técnicos de saúde no sentido de informar e envolver os pais – expectantes na gravidez, prevenindo vivências negativas e reforçando sentimentos de segurança com vista a um maior envolvimento.

O Envolvimento paterno é influenciado pela idade, habilitações literárias, desejo da gravidez, idade gestacional e estatuto da paternidade.

Conclui – se que, os resultados não confirmam a influência do Envolvimento paterno perante a ocorrência da sintomatologia de Couvade.

Palavras-chave: Síndrome de Couvade, Envolvimento Paterno; Gravidez; Pais – expectantes.

ABSTRACT

The aim of the present study is to understand the relationship between father involvement during pregnancy and Couvade symptoms.

It was applied an observational study – cross - sectional, which seeks to provide information about the occurrence of physical and psychological Couvade symptoms and fathers involvement in a group of expectant - fathers (n = 200), whose partners were at the first, second or third trimesters, through the implementation of the *Symptomatology Inventory* and the *Antenatal Emotional Attachment Scale*. It also assesses the effect of pregnancy planning (planned vs. unplanned / unwanted vs. wanted), age, qualifications, pregnancy trimester, fatherhood status (primiparous vs multiparous), and pregnancy risk, on physical and psychological Couvade symptoms and fathers involvement.

The results suggest the existence of the Couvade syndrome at the three trimesters of pregnancy, with an increasing of the symptoms number during the pregnancy, influenced by the age and pregnancy planning.

The most common symptoms are the physical and emotional, which will require the support of health workers to inform and involve expectant - fathers in pregnancy and prevent negative experiences and enhancing feelings of safety in order to become more involved.

The Father's involvement is influenced by age, qualifications, desire of pregnancy, pregnancy trimester and status of fatherhood.

We conclude that the results do not confirm the association between father's involvement and the occurrence of Couvade Symptomatology.

Key-words: Couvade Syndrome; Parental Involvement; Pregnancy; Expectant - fathers.

INDÍCE

INTRODUÇÃO.....	1
EVOLUÇÃO SÓCIO – HISTÓRICA DO CONCEITO DE PATERNIDADE	3
COUVADE.....	6
Rituais de Couvade.....	6
Definições do Síndrome de Couvade	7
Incidência do Síndrome de Couvade	8
Factores Sócio – demográficos.....	9
Ocorrência da Sintomatologia de Couvade	11
O ENVOLVIMENTO PATERNO.....	16
Revisão dos Estudos Empíricos – Envolvimento Pré-natal e Couvade.....	20
MÉTODO	23
Objectivos e Questões de Investigação	23
Desenho de Investigação	24
Participantes	24
Instrumentos	25
Procedimento.....	26
ANÁLISE DOS RESULTADOS	27
Características Gerais da Amostra.....	27
Tipo de Sintomas vivenciados na amostra	38
Número de sintomas vivenciados na amostra.....	41
Correlações lineares entre as variáveis da amostra	43
Testes Paramétricos – ANOVA.....	52
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS	65
ANEXO A: Consentimento informado	66
ANEXO C: Questionário sócio – demográfico	70
ANEXO D: Inventário de Sintomatologia	72
ANEXO E: Escala de Vinculação Prenatal	74
ANEXO F: Autorização para aplicação dos instrumentos de colheita de dados.....	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Tipo de sintomas vivenciados.....	40
Tabela 2: Número de sintomas vivenciados.....	42

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1: Distribuição percentual das idades na amostra.	27
Gráfico 2: Distribuição percentual dos estados civis na amostra	28
Gráfico 3: Distribuição percentual das habilitações literárias amostra	29
Gráfico 4: Distribuição percentual das profissões na amostra	30
Gráfico 5: Distribuição percentual da etnia na amostra	31
Gráfico 6: Distribuição percentual da Nacionalidade na amostra	32
Gráfico 7: Distribuição percentual do planeamento da gravidez na amostra.....	33
Gráfico 8: Distribuição percentual do desejo da gravidez na amostra	34
Gráfico 9: Distribuição percentual da idade gestacional na amostra.....	35
Gráfico 10: Distribuição percentual do Estatuto da Paternidade na amostra	36
Gráfico 11: Distribuição percentual da existência de risco associado à gravidez na amostra	37

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Correlação entre as variáveis idade, Sintomatologia de Couvade e o Envolvimento Paterno e significância estatística	43
Quadro 2: Correlação entre as variáveis idade e os Sintomas Físicos e Afectivos e significância estatística	44
Quadro 3: Correlação entre as variáveis Habilitações literárias, Sintomatologia de Couvade e o Envolvimento Paterno e significância estatística	45
Quadro 4: Correlação entre as variáveis Gravidez Planeada, Sintomatologia de Couvade e o Envolvimento Paterno e significância estatística	46
Quadro 5: Correlação entre as variáveis Gravidez Planeada e os Sintomas Físicos e Afectivos e significância estatística	47
Quadro 6: Correlação entre as variáveis Gravidez Desejada, Sintomatologia de Couvade e o Envolvimento Paterno e significância estatística	48
Quadro 7: Correlação entre as variáveis Idade Gestacional, Sintomatologia de Couvade e o Envolvimento Paterno e significância estatística	49
Quadro 8: Correlação entre as variáveis Estatuto da Paternidade, Sintomatologia de Couvade e o Envolvimento Paterno e significância estatística	50
Quadro 9: Correlação entre as variáveis Risco associado à Gravidez, Sintomatologia de Couvade e o Envolvimento Paterno e significância estatística	51
Quadro 10: Teste de comparação entre a Sintomatologia de Couvade e o Envolvimento Paterno	52

INTRODUÇÃO

Historicamente foi considerado, que os efeitos físicos e psicológicos da gravidez seriam sentidos apenas pelas mulheres, repercutindo-se o seu interesse em estudos que recaíram nos sintomas da grávida, relacionando a sua sintomatologia com alterações fisiológicas e ambivalência face à gravidez (Gomez et al, 2000; Brenann et al, 2007).

Nas últimas décadas, os pais foram incluídos na investigação, sendo demonstrada uma vinculação mútua pai – bebé bem mais precoce do que antes admitido, ainda durante a gravidez, sendo este um conceito com potencial interesse na pesquisa relativa à área da paternidade – expectante. Neste domínio, a vivência masculina dos chamados sintomas simpáticos da gravidez, foi batizada por Síndrome de Couvade (Trethowan & Conlon, 1965; Cox, Owen, Henderson & Margand, 1992; Lamb, 1992; Phares, 1992; Klaus & Kennel, 1993; Brenann, et al, 2007).

Uma das causas prováveis para o aparecimento do Síndrome de Couvade é a sua associação com sintomas psicológicos como a ansiedade relativa à gravidez e ao parto (Clinton, 1987; Bogren, 1983). Para outros investigadores, o Síndrome de Couvade pode expressar, a perda temporária de identidade masculina (Haynal, 1977); defesa contra a identidade feminina latente ou homofobia (Gray & Ellinton, 1984); inveja do corpo feminino que pode engravidar e dar à luz (Boyarin, 1994); identificação com a grávida (Bogren, 1989); ambivalência quanto à paternidade (Klein, 1991); auto – punição pela agressividade inconsciente dirigida ao feto ou à parceira (Lacoursière, 1972) e por último, o envolvimento subjectivo do pai, sendo nesta última que irá reflectir a análise do nosso estudo (May, 1980,1982; Cronenwett & Newmark, 1974; Weaver & Cranley, 1983; Clinton, 1986; Clinton 1987; Lemmer, 1987; Drake et al, 1988; Fekertich & Mercer, 1989; Raphael-Leff, 1991; Condon, 1993; Elwood & Manson, 1994; Masoni & col., 1994; Donovan, 1995; Lorensen., Wilson & White, 2004; Piccinini, 2004; Gomez & Leal, 2007).

As questões de investigação delimitadas para este estudo, são: saber se na nossa amostra se os pais – expectantes apresentam o Síndrome de Couvade; se o tipo e número de sintomas vivenciados por pais – expectantes difere ao longo dos três trimestres da gravidez; em que medida a sintomatologia de Couvade se relaciona com o envolvimento paterno e qual o efeito do planeamento da gravidez (planeada vs não planeada/ desejada vs não desejada), estatuto da paternidade (primípara vs múltípara), idade, habilitações literárias, estado civil e

risco associado à gravidez no número e tipo de sintomas vivenciados pelos pais expectantes e no envolvimento paterno.

O desenho de investigação deste estudo é observacional – descritivo transversal, no qual se pretende fornecer informação relativa aos pais – expectantes em estudo (n=200), cujas companheiras se encontrem no primeiro, segundo ou terceiro trimestres de gravidez, relativamente à ocorrência de sintomatologia física e psicológica de Couvade relacionando-a com o envolvimento paterno, através da aplicação do *Inventário de Sintomatologia* e da *Escala de Envolvimento Emocional Pré-natal*.

Avalia-se ainda o efeito nos sintomas físicos e psicológicos de Couvade e envolvimento paterno, pelos pais – expectantes, no planeamento da gravidez (planeada vs não planeada/ desejada vs não desejada), idade, habilitações literárias, idade gestacional, estatuto da paternidade (primípara vs múltípara), e risco associado à gravidez.

Entendendo-se que o Síndrome de Couvade não pode ser isolado, do ponto de vista teórico, o estado da arte inicia-se com um capítulo relativo à Evolução Sócio-histórica do Conceito de Paternidade, onde se consideram factores de mudança histórica e social que têm influenciado a vivência e exercício do papel paterno. Tendo-se procurado fazer uma cobertura global dos fenómenos designados Couvade, o capítulo seguinte começa por rever a literatura sobre os *Rituais de Couvade*, seguindo-se as *Definições do Síndrome de Couvade*, *Incidência do Síndrome de Couvade*, *Factores sócio – demográficos* e *Ocorrência da Sintomatologia de Couvade*. O ponto relativo ao *Envolvimento paterno e o Couvade*, descreve a sua relação teórica, finalizando com a revisão dos estudos empíricos em termos das metodologias usadas e dos resultados gerais reportados.

O capítulo intitulado *Estudo sobre o Envolvimento Paterno e Couvade* descreve os objectivos e questões de investigação definidos, seguindo – se a metodologia utilizada, análise dos resultados e a sua discussão.

EVOLUÇÃO SÓCIO – HISTÓRICA DO CONCEITO DE PATERNIDADE

Saraceno e Naldini (2003) consideram que a paternidade se encontra envolvida no processo de transformações das relações geracionais apesar de, não existirem até à data, investigações aprofundadas sobre o tema.

O papel do pai está, desde há vários anos, em mutação parecendo abranger actualmente aspectos como os cuidados directos à criança em qualquer grupo etário, registou-se, deste modo, a passagem de uma relação mais funcional, envolvida primordialmente no sustento económico da família e na disciplina e controlo dos filhos mais velhos, para algo mais do domínio do psicológico e das emoções. Para podermos compreender a mutação do papel do pai tradicional, é necessário, em primeira instância, analisar as mudanças históricas na conceptualização dos papéis e responsabilidades paternas (Lamb, 1992).

Antes dos anos 50, pouco foi escrito sobre os homens, pelo menos num sentido crítico (Whitehead, 2002). Em poucos anos, a ideologia de uma masculinidade dominante, sobretudo branca e heterossexual, foi criticada, essencialmente por influência do movimento feminista e de “outros” homens (homossexuais e negros) (Whitehead, 2002).

Nos anos 60, a cultura *pop* e o movimento humanista influenciaram também uma nova concepção libertadora do homem, de que o homem heterossexual moderno não se contenta com o papel de chefe de família (Ehrenreich, 2003).

Em Portugal foi a partir de 1970 que a família começou a registar alterações profundas no que diz respeito à sua estrutura e dinâmica. A prática do controlo dos nascimentos, a que corresponderam novas formas de encarar o casamento e o lugar dos filhos, o aumento da escolaridade feminina e a presença das mulheres no mercado de trabalho são, alguns dos factores que catalisaram o início das metamorfoses da família a que chamamos hoje de tradicional (Almeida et al, 1998).

Por consequência directa destes e outros factores, registou-se uma acumulação de papéis por parte das mulheres, abrangendo vários domínios: profissional, doméstico, maternal e matrimonial (Mendes, 2004). A dinâmica da família alterou-se, dando lugar a novas concepções dos papéis familiares. A definição do papel do homem, no que toca às interacções familiares e laborais, ganha uma importância acrescida visto que, homem e mulher são simultaneamente profissionais e membros integrantes de uma família (Mendes, 2007). Em conformidade com a imagem de pai envolvido, assiste-se crescentemente um pouco por todo o mundo a uma aproximação dos pais parentais, com reflexo no aumento da participação média dos homens nos cuidados infantis e tarefas domésticas (Dienhart, 2001). É igualmente

crescente, em alguns países, o número de “*at home dads*” ou “*full time dads*” e a proporção de homens, embora em número reduzido, que assumem a custódia inteira ou partilhada dos filhos (Coley, 2001).

O pai – expectante, teve um papel marginal durante a gravidez, associado a uma forte separação entre o masculino/feminino e respectivos papéis sociais. Este aspecto associado a sentimentos de incompatibilidade entre a noção de masculinidade e vinculação com o feto, repercutiu-se a nível do envolvimento paterno, levando a que este não se envolvesse (Gergi & Berman, 1981; Jordan, 1999)

Hoje a imagem do pai – expectante passa a ser a de um homem, tão envolvido emocionalmente na gravidez como a sua companheira grávida e um participante sensível nas classes pré – natais, embora este novo comportamento implique uma ruptura com os papéis masculinos tradicionais, condicionados por variáveis como a geografia, nacionalidade, capital cultural, idade e história única de cada indivíduo (May & Perrin, 1985; Abreu, Goodyear, Campos & Newcomb, 2000).

Mendes (2007), concluiu, através do seu trabalho de investigação que, os resultados obtidos vão no sentido de uma vivência mais efectiva e afectiva da paternidade, definindo três perfis/tipo de paternidade no que toca à manifestação dos vários papéis que o homem desempenha enquanto membro de uma família, cônjuge, profissional e indivíduo:

O Pai Formiga, descreve os indivíduos para quem o inesperado nascimento dos filhos corresponde a um maior investimento profissional. Através da instrumentalização dos recursos económicos, estes homens tentam garantir uma melhor educação para os filhos. Por outro lado, são também os pais que dispõem de menos tempo para a família confiando na companheira os cuidados e a educação dos filhos. Apesar de não existir planeamento da gravidez os filhos são, neste caso, promotores da coesão do casal.

O Pai Galinha, representa os homens que reconhecem a importância de estar presente na vida dos filhos, esforçando-se para desenvolver uma relação emocional com estes. São os que mais participam nos cuidados e interacção com os filhos e os que se mostram mais insatisfeitos com a discriminação por parte das instituições de saúde e/ou escolares. São geralmente mais qualificados, disponibilizando tempo para a família, principalmente numa fase em que os filhos são ainda pequenos, em detrimento de uma ascensão de carreira profissional mais rápida.

O Pai Galo, classifica os indivíduos que demonstram um papel mais conservador relativamente ao desempenho afectivo do papel de pai e ao papel da mulher na família e sociedade. Apesar de relatarem um abrandar da carreira profissional, de forma a dedicarem

mais tempo à família, na prática não se revelam interessados em participar nas actividades e cuidados diários dos filhos. O Homem tem um papel principalmente instrumental como “ pilar da casa”.

Um estudo realizado em Itália revela que a relação com os filhos é, não só aceite mas também em parte reivindicada, pelos pais mais jovens que habitam em meio urbano e têm um alto nível de instrução. Deste modo, a expressão da afectividade e o envolvimento em algumas actividades de cuidados relativamente aos filhos, já não são vistos como inadequados, quando não ameaçadores para o papel paterno – masculino. É de salientar a importância de algumas modificações quer na cultura dos especialistas, práticas de serviços, como também algumas legislações nacionais que indicam, e ao mesmo tempo encorajam, esta possível transformação (Saraceno e Naldini, 2003).

Outros estudos têm documentado a importância da idade de entrada na paternidade, à qual se associam variações nos contextos sociais. A paternidade tardia, constitui uma tendência actual e parece estar associada a padrões paternos menos estereotipados e mais próximos daqueles tradicionalmente considerados maternos. Por um lado, os pais mais velhos expressam maior auto – confiança e conforto no papel parental, sendo vistos pelos filhos como mais tolerantes. São igualmente descritos pelas companheiras como mais interessados e participativos nos cuidados infantis (Entwisle & Doering, 1988). Encontram-se mais satisfeitos e com maior estabilidade profissional, o que tem sido associado ao comportamento parental (Entwisle & Doering, 1988).

Se por um lado é crescente o número de homens altamente envolvidos e que assumem tarefas parentais, por outro lado é também crescente a percentagem daqueles totalmente não envolvidos a nível emocional, físico ou financeiro (Coley & Chase – Landeslade, 1999; Mesnard, 2003). Esta divergência crescente nos comportamentos paternos é indicativa da natureza voluntária da paternidade de hoje, com linhas de orientação menos claras para os pais e com mais alternativas e de criação dos filhos para as mulheres, deste modo a paternidade tornou-se um estado que se interpreta mais individualmente (Gomez, 2005).

COUVADE

Rituais de Couvade

Uma forma de os homens poderem participar mais no ciclo do nascimento, seria através dos rituais de Couvade (Davis, 1978), sendo descrito por Munroe & Munroe (1971), como expressão do envolvimento subjectivo do pai.

Os rituais de Couvade são descritos desde o tempo de Hipócrates que reportou 12 homens que acreditavam estar grávidos, em 300a.c., (Basil, 2006).

Os costumes associados ao Couvade estão descritos em Corsica, datado em 50 AC, assim como na península Ibérica. Marco Pólo tem relatos relativos ao Couvade na província de Kardandan e na cidade de Vochang na China, sendo a sua prática documentada na África do Sul e na América do Sul, assim como na Alemanha, Inglaterra e Escandinávia (Lundell, 1999).

Na época de Freud, o Síndrome de Couvade era considerado como um costume generalizado entre alguns povos e tinha como finalidade desfazer as dúvidas acerca da paternidade. Nestes povos o homem costumava permanecer em casa por vários dias após o parto da companheira, recebendo visitas e as ofertas, levando a concluir que tanto o pai como a mãe participavam no nascimento e precisavam de descansar (Campos, 2006).

Na Guiana britânica, o futuro pai abstêm-se de determinados alimentos, comendo após o parto sopas de aveia ou farinha de mandioca (Hartland, 1925). No Borneo, o futuro pai, apenas podia comer sal e arroz. Durante o século dezassete, os caribes das Antilhas mantinham uma dieta restrita durante um mês. Entre os indígenas da Califórnia, o futuro pai ficava na cama durante 7 dias, abstendo-se de carne e peixe (Lundell, 1999). No entanto, nem em todas as culturas se praticavam restrições alimentares, como é o caso dos habitantes da ilha Buru, pertencente às ilhas Molucas, em que as esposas tratavam os maridos, como se estivessem doentes e fracos após o parto, oferecendo-lhes todo o tipo de alimentos saborosos (Lundell, 1999).

Klein (1991), fez notar que na maioria dos rituais desvaloriza-se o papel da mãe, durante e depois do nascimento.

Algumas actividades eram restringidas, no Bórneo, não podendo apanhar sol e tomar banho durante quatro dias (Lundell, 1999). No sul da Índia, vestiam as roupas das mulheres e isolavam-se num quarto escuro (Lundell, 1999). Na Guiana britânica, os futuros pais, não iam trabalhar, não fumavam ou tocavam em armas, sendo cuidados pelas esposas (Hartland,

1925). A imitação do comportamento gravídico tinha implícita a convicção que, evitavam que os espíritos do mal, bruxas e demónios, fizessem mal ao bebé (Lundell, 1999).

Um outro costume consiste na simulação do nascimento pelo homem, em benefício da esposa, com o objectivo de aliviá-la das suas dores e transferi-las em parte para o homem (Lundell, 1999).

No norte da Europa e nos Estados Unidos da América, a manifestação do Couvade tem um significado diferente. Por exemplo na Irlanda e na Escócia, o marido usa roupa da esposa de modo a que seja transferida parte da dor sentida no parto para ele próprio. Na Irlanda, assim como em outros países da Europa e Estados Unidos da América, o uso de calças do marido pela mulher é usado simbolicamente com o mesmo objectivo, de transferir a dor do parto para o parceiro (Lundell, 1999).

Menget (1989), refere, que as descrições mais recentes reportam que as restrições alimentares e ocupacionais envolviam os dois progenitores e não apenas o pai, apesar de isso ter sido omitido com frequência das primeiras descrições.

Definições do Síndrome de Couvade

Existe um variado número de definições relativo ao Síndrome de Couvade, sendo alguns médicos, enquanto outros focam os problemas associado ao diagnóstico do síndrome (Brennan., Ayers.,Ahmed.,Marshall - Lucette, 2007). O termo Couvade foi inicialmente introduzido pela antropologia, por Taylor (1865), cuja origem da palavra deriva da palavra francesa – basca *couver*, que significa incubar (Menget, 1989; Khanobdee et al, 1993; Brennan et al, 2007), sendo conhecido como um comportamento tipicamente paterno, que ocorre durante e após o nascimento (Lundell, 1999).

O Síndrome de Couvade trata-se de um fenómeno global que acontece em todos os países industrializados no mundo inteiro, embora não se encontre categorizado no Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders: DSM – versão 4 (American Psychiatric Association, 2000) (Brennan,A et al 2007), ou na Internacional Classification of Diseases (World Health Organization, 1993). O que sugere que nos encontramos perante uma manifestação natural associada ao período gravítico (Brennan.A, et al, 2007), com repercussão sintomatologica a nível físico e psicológico e sem causa patológica (Klein, 1991; Mason & Elwood, 1995).

O termo Couvade é mencionado no Dictionary of Medical Syndromes (Magalini & Magalini, 1997), onde é definido como um distúrbio neurótico que ocorre em homens no primeiro e terceiro trimestres da gravidez das suas companheiras. Para Clinton, 1987;Klein,1991;Khanobdee & col., 1993; Brennan, A et al, 2007, o Síndrome de Couvade

afecta os pais – expectantes durante o primeiro e terceiro trimestres da gravidez com diminuição gradual dos sintomas no pós-parto. Contudo, muitos estudos não confirmam esta evolução (Bogren, 1983; Clinton, 1986; Fawcett & York, 1986; Holditch-Davis, 1994; Gomez & col., 2002), podendo os sintomas surgir em qualquer altura até ao nascimento (Williams, 1997).

Trethowan & Conlon (1965), definiram o Couvade, como um estado de sintomatologia psicológica, com origem psicogénica, que ocorre em companheiros de mulheres grávidas. Os sintomas são cronologicamente relacionados com a gravidez e o seu término, no momento do parto ou num curto período pós-parto, o que sugere que a causa do síndrome seja subjacente à gravidez (Breannan et al, 2007).

O síndrome consiste num vasto número de sintomas físicos e psicológicos experienciado pelos companheiros de mulheres grávidas nos países industrializados de todo o mundo (Clinton, 1987). Klein (1991), considerou o fenómeno sem qualquer base psicológica evidente, em que os companheiros de mulheres grávidas experienciam sintomas somáticos durante o período de gestação. De forma equivalente, Scholdt (1989) e Manson & Elwood (1995), concluíram que o síndrome não é explicado por motivos de doença ou lesão, mas sim, e caso se verifique, por exclusão de todos os factores possíveis.

Os sintomas de Couvade são, por definição, não específicos e transitórios, o que dificulta a sua associação com base psicológica (Brenann et al, 2007).

Brennan et al (2007), definem o Síndrome de Couvade, como um fenómeno psicossomático e sem reconhecida base psicológica, afectando companheiros de mulheres grávidas sobretudo durante a gestação no primeiro e terceiro trimestres, desaparecendo pouco tempo após o parto.

Incidência do Síndrome de Couvade

A incidência internacional da síndrome de Couvade é muito variável e encontra-se descrita em vários estudos que fazem referência à epidemiologia.

Assumindo como critério a presença de pelo menos cinco sintomas somáticos, Trethowan & Conlon, reportaram uma incidência de 14% no Reino Unido, mas de acordo com estimativas recentes varia entre 11% e 50% (Trethowan & Conlon, 1965; Dickens & Trethowan, 1971).

Na Suíça, Bogren (1984), tendo assumido como indicador, a presença durante a gravidez, de dois ou mais sintomas encontrou uma incidência de 20%, enquanto que nos Estados Unidos da América, Fawcett & York (1986), reportaram uma incidência de 25 – 52%.

No entanto incidências mais elevadas, de 97%, foram documentadas, por Clinton (1985,1986) nos Estados Unidos da América e por Brown (1988).

Em termos de distribuição geográfica, Khanobdee., Sukratanachaiyakul & Templeton (1993), referem que o Síndrome de Couvade, ocorre nas sociedades onde os rituais de Couvade não são praticados, contudo estes autores concluíram que não é específico dos países ocidentais. Os mesmos autores estimaram uma incidência de 61% na Tailândia. Uma incidência semelhante (68%), foi encontrada na China, por Tsai & Chen (1997).

Marilov (1997), encontrou uma incidência de 35% na Rússia. No entanto na Austrália o síndrome foi raramente documentado (Condon, 1987), o que pode indicar uma relutância por parte dos companheiros das grávidas, em reportar os sintomas de Couvade, assim como uma falta de interesse em problemas de saúde ou possível diagnóstico (Brenann et al, 2007).

A incidência global varia entre 11 – 97%, sendo a mesma significativamente proporcional a todas as gravidezes (Brenann et al, 2007).

Factores Sócio – demográficos

A maioria dos estudos relativos ao Couvade, são contraditórios no que diz respeito à sua relação com os factores sócio – demográficos. Tal trata-se particularmente evidente, ao examinar a sua relação com a idade, educação e classe social (Brenann et al, 2007).

Bronw (1983), confirmou uma elevada ocorrência do Síndrome de Couvade em homens com menos de 30 anos, enquanto que Bogren (1989), constatou que o Couvade era mais comum, em homens com mais de 30 anos, pertencentes a uma classe social mais elevada e com mais habilitações académicas. O estudo de Srickland (1987), apresentou resultados contraditórios, ao comparar a classe média, com os homens pertencentes à classe operária, sendo que os últimos apresentavam um elevado número de sintomas físicos e psicológicos.

De acordo com os estudos de, Munroe (1971); Munroe et al (1973); Trethowan (1972), Munroe (1980) e Lipkin & Lamb (1982), a maior prevalência do Síndrome de Couvade encontra – se nos homens com menos habilitações literárias, contrariando os resultados de Bogren (1989). Clinton (1986), contraria todos os estudos referidos anteriormente, que associam a idade e nível educacional com a ocorrência do Síndrome de Couvade. Estas diferenças entre factores sócio -demográficos são difíceis de explicar, mas factores, como o tamanho da amostra, diferentes metodologias de investigação, variabilidade étnica e diferentes momentos de aplicação da investigação durante a fase da gravidez, podem explicar as diferenças atrás descritas (Brenann et al, 2007).

O síndrome não é exclusivo em homens com primeiros filhos, afectando igualmente homens com filhos anteriores, sendo no entanto estes dados igualmente inconsistentes (Brenann et al, 2007). Trethowan & Conlon (1965), não encontraram diferenças significativas entre homens que esperavam o primeiro filho e homens que já tinham filhos. No entanto Clinton (1986); Condon (1987) e Ferketich & Mercer (1989), demonstraram estatisticamente uma correlação significativamente positiva entre a ocorrência do síndrome e o número prévio de filhos.

Sizaret et al (1991), no seu estudo considerou a fase da gravidez como factor determinante na ocorrência do síndrome, ao identificar uma relação entre a ocorrência do síndrome de Couvade e homens primíparos, cuja esposas se encontravam no primeiro trimestre de gravidez, em comparação com homens com filhos prévios.

Clinton (1986), encontrou uma correlação positiva entre a síndrome de Couvade e minorias étnicas, prematuridade, estado de saúde antes da gravidez, envolvimento afectivo na gravidez, stress e preocupação, gravidez não planeada, insegurança económica, baixa formação, religião e desarmonia do casal.

A incidência do síndrome com o planeamento da gravidez também foi investigada. Clinton (1985,1986), e Strickland (1987), confirmaram uma maior incidência do síndrome nos homens que não planearam a gravidez ou não a desejavam. May (1980), usou o método grounded theory para explorar as atitudes e comportamentos de 20 pais – expectantes, primíparos, durante a gravidez de suas esposas. A investigadora concluiu, que o desejo da gravidez, era determinante para a ocorrência do síndrome. Bogren (1983,1984), contrariou os resultados de May, ao concluir que o desejo da gravidez, não tinha qualquer influência para o impacto ou susceptibilidade para o síndrome.

O único factor que parece ter consistência para a ocorrência do síndrome é a etnia. Estudos antropológicos, realizados por Munroe & Munroe (1971) e Munroe et al (1973), constataram que os homens negros das Caraíbas demonstraram um número e frequência dos sintomas de Couvade mais elevado, em comparação com a amostra dos americanos caucasianos. Resultados semelhantes foram encontrados por Davis (1978) e Clinton (1986), que confirmaram uma incidência do síndrome mais elevada nos homens negros dos Estados Unidos da América.

Mason (1995) refere ainda que os factores de risco variam de acordo com os pais e a cultura. O Síndrome de Couvade deve ser considerada como uma percepção e interpretação de um processo fisiológico normal no homem que envolve as responsabilidades paternas, no

entanto o ritual Couvade nas sociedades não industrializadas pode ser considerado como a ritualização do Síndrome de Couvade (Mason, 1995).

O único estudo realizado em Portugal relativo ao Síndrome de Couvade, por Gomez (2000), em que foi estudado um grupo de pais – expectantes e outro de homens não – expectantes, revelou que a sintomatologia não se associa à idade, planeamento da gravidez ou estatuto da paternidade.

Num estudo realizado por Brenann et al (2007), em que foram entrevistados 40 pais – expectantes de várias etnias e estratos sociais no Reino Unido, a prevalência dos sintomas foi associada a aspectos culturais e religiosos. A notícia da gravidez desencadeou um conjunto misto de emoções. Os homens que esperavam o seu primeiro filho, apresentaram sentimentos de entusiasmo inicial, mas outros apresentavam sentimentos de ambivalência, referindo choque e relutância, associados a uma gravidez não planeada ou inesperada.

Ocorrência da Sintomatologia de Couvade

Nas últimas quatro décadas, estudos realizados a nível internacional começaram a investigar o tipo, frequência e duração dos sintomas associados ao Síndrome de Couvade. Estes incluem sintomas físicos e psicológicos, assim como a sua ocorrência e desaparecimento durante o período gravídico (Brennan et al, 2007).

A definição do Síndrome de Couvade corresponde à presença de sintomas somáticos típicos da gravidez que ocorrem em pais-expectantes, que se tornou num fenómeno conhecido pelo estudo pioneiro de Trethowan & Conlon (1965). Trethowan & Conlon (1965), investigaram a frequência, incidência e duração dos sintomas em 327 homens (média de idades = 29), no Reino Unido, cujas mulheres se encontravam grávidas e compararam com um grupo de 221 homens casados (média de idades = 35), cujas esposas não se encontravam grávidas. Cinquenta e oito por cento dos homens expectantes não tinham filhos prévios, em comparação com 14% do grupo de controlo e ambos os grupos pertenciam à mesma classe social. O instrumento de recolha de dados utilizado foi o questionário, que englobava nove sintomas físicos e nove sintomas psicológicos associados ao Síndrome de Couvade. Cinquenta e sete por cento dos homens – expectantes referiram mais de dois sintomas durante os nove meses de gestação das suas companheiras, enquanto que no grupo de controlo 46% referiram apresentar sintomas, sendo os mais comuns, gastrointestinais, dermatológicos, musculares e outras dores gerais, nomeadamente: indigestão, náusea, vômitos, alteração do apetite, aumento do peso, diarreia, tremores musculares, irritações da pele, dor de cabeça e dores de dentes.

O pico da ocorrência dos sintomas ocorreu no terceiro trimestre de gravidez, cessando em 30% dos homens – expectantes antes de se iniciar o trabalho de parto; 36% imediatamente após o parto e 23% indicaram a sua persistência no período pós-parto.

Muitos sintomas identificados no estudo de Trethowan & Conlon (1965), foram confirmados por Conner & Denson, que reportaram sintomas gastrointestinais, como náuseas, dores abdominais e alterações do apetite. Outros sintomas foram assinalados, como resfriados, dificuldades respiratórias e epistáxis, assim como dores de dentes, câibras e irritação genital, alterações nos padrões de sono, redução da libido e cansaço.

A incidência de sintomas ocorre durante a gravidez com algumas variações, existindo um aumento da sintomatologia no primeiro trimestre, uma diminuição no segundo, voltando a aumentar a incidência de sintomatologia no terceiro trimestre (Trethowan & Conlon, 1965; Clinton, 1987; Davis (1978), Donovan, 1995; Lemmer, 1987). Deste modo os sintomas tenderão a distribuir-se numa curva em U (Clinton, 1987; Kiselica & Scheckel, 1991; Klein, 1991; Khanobdee et al, 1993).

Posteriormente o termo Síndrome de Couvade, divulgou-se para designar genericamente a ocorrência em pais-expectantes de sintomas somáticos típicos de gravidez (Reid, 1975; Bogren, 1983, 1984, 1986, 1989; Fawcett & York, 1986; Clinton, 1987; Cordeiro, 1987; Klein, 1991; Khanobdee et al, 1993; Masoni et al, 1994; Kiselic & Scheckel, 1995). Mais concretamente Reid (1975), definiu o Síndrome de Couvade, como um estado no qual os sintomas físicos de origem psicogénica relacionados com a gravidez, ocorrem nos maridos das mulheres grávidas, tratando-se de um fenómeno comum, embora pouco conhecido, no qual o pai – expectante experiencia sintomas somáticos durante a gravidez, para os quais não há qualquer base fisiológica reconhecida

Lipkin & Lamb (1982), investigaram 267 companheiros de grávidas numa clínica de Nova York, com uma média de idades = 29, sendo 90% caucasianos. O critério para definir a existência do Síndrome de Couvade, consistia na existência de um ou mais sintomas, durante a gravidez. Uma condição inerente à confirmação do síndrome era o despiste de doença, realizado através de exames físicos e testes laboratoriais. Os investigadores concluíram que o factor etiológico para o aparecimento do Síndrome de Couvade não tinha por base a doença, mas sim o período gravídico.

Bogren (1983), confirmou muitos dos sintomas referentes ao Síndrome de Couvade. No seu estudo, foram realizadas 3 entrevistas semi-estruturadas, nas primeiras 14 semanas de gravidez, na semana seguinte ao parto e 4 a 5 meses após o parto. A duração da maioria dos

sintomas psicológicos de Couvade, não apresentaram diferenças durante os três períodos investigados.

Alguns investigadores têm vindo a englobar sintomatologia psicológica (Fawcett & York, 1986), como Clinton, para quem o fenómeno inclui uma variedade de sintomas físicos e emocionais, experienciados pelos pais – expectantes (N=81). No estudo de Clinton (1987), os pais expectantes no primeiro trimestre de gravidez, apresentaram sintomas semelhantes a “resfriados” e irritabilidade, enquanto que no terceiro trimestre apresentaram aumento de peso; insónia e agitação. O número médio de sintomas de Couvade reportados no primeiro trimestre era, 9,4 sintomas, 12,4 sintomas no segundo trimestre e 11,8 sintomas durante o terceiro trimestre, o que não corresponde à incidência em forma de U, registada em estudos anteriores, durante a gravidez. Estes resultados alcançaram níveis de significância estatística, mas as diferenças não eram suficientemente grandes.

O estudo realizado por Condon (1987), na Austrália, descreveu os seguintes sintomas de Couvade em pais – expectantes: alterações do sono (11%); fadiga (9%), diminuição do desejo sexual (9%); dores de cabeça (5%) e distúrbios de apetite (4%).

Sizaret et al (1991), conduziram um estudo exploratório relativo aos sintomas de Couvade experienciados por homens – expectantes no primeiro trimestre de gestação e no período pós – parto. A amostra incluía 42 homens primíparos (média de idades = 27) e 17 homens múltiparos (média de idades = 27). A recolha de dados foi realizada através de um questionário de sintomas somáticos de Couvade. Quarenta por cento dos homens apresentaram sintomas de Couvade em pelo menos um dos períodos. No primeiro trimestre os sintomas mais frequentes, eram aumento do apetite, aumento de peso, dor de cabeça, dor de dentes, indigestão, cólicas e diarreia. Tal como no estudo de Lipkin & Lamb, os sintomas psicológicos foram ignorados. Comparativamente com estudos anteriores, não foram investigados os sintomas relativos ao terceiro trimestre da gravidez. Os resultados revelaram que os sintomas persistem durante o período pós-parto, o que contraria a literatura relativa à duração do Síndrome de Couvade.

Khanobdee et al (1993), investigaram a incidência e duração do síndrome numa amostra de 172 pais – expectantes (média de idades = 30), sendo 69,2% casados. Cento e cinquenta homens (67%) eram primíparos, 47 homens eram múltiparos. Para a recolha de dados foi utilizada uma checklist modificada de 22 sintomas somáticos de Couvade (Longobucco & Freston, 1989). Cinquenta homens reportaram 2 a 4 sintomas; 44 reportaram 5 a 10 sintomas e 11 reportaram mais que 10 sintomas. Os sintomas físicos identificados, foram coincidentes com os reportados em estudos anteriores.

Masoni et al (1994), realizaram o seu estudo a pais – expectantes em Itália, no último mês de gravidez, usando um grupo de controlo de homens não – expectantes. Os resultados demonstraram que, os pais – expectantes apresentaram um menor número de sintomas, com um nível de significância estatística elevado, com excepção de náuseas, que eram experienciados pelos pais – expectantes em maior número.

Chalmers & Meyer (1996), reportaram sintomas semelhantes associados ao Síndrome de Couvade. Cento e quinze pais – expectantes caucasianos, de origem Africana (média de idades = 28), foram seleccionados em duas maternidades de Joanesburgo, sendo a gravidez planeada em 74% da amostra. Os sintomas físicos de Couvade reportados incluíram, aumento de peso (17%), náuseas (13%), dores nas costas (11%), e perda de peso (7%). Os sintomas psicológicos incluíram alterações do sono (22%), ansiedade no último trimestre (20%), cansaço extremo (13%), labilidade emocional (13%) e irritabilidade (7%). Estes resultados apresentados foram semelhantes aos apresentados pelo estudo de Tsai & Chen`s (1997). A amostra consistia num grupo de 150 homens casados, cujas esposas estivessem no terceiro trimestre de gestação e uma segunda amostra de 150 homens casados, cujas esposas não estivessem grávidas. Para a recolha de dados foi utilizada a versão traduzida de uma checklist de 22 sintomas somáticos (Longobucco & Freston, 1989). Sessenta e oito por cento da amostra apresentou um elevado número de sintomas físicos e psicológicos, comparativamente ao grupo de controlo.

O único estudo realizado em Portugal relativo ao Síndrome de Couvade, por Gomez (2000), em que foi estudado um grupo de pais – expectantes e outro de homens não – expectantes, revelou que os sintomas não diferiam entre os dois grupos, com excepção da diminuição do desejo sexual e do interesse social, que foi descrito em maior número pelos pais – expectantes, não se confirmando a ocorrência do Síndrome de Couvade.

O mais recente estudo relativo ao Couvade, realizado por Brenann et al (2007), em que foram entrevistados 40 pais – expectantes, revelou que muitos dos sintomas físicos que os homens referiram, eram semelhantes aos referidos pelas esposas, sendo os mais comuns, náuseas, vómitos e dores de barriga. Alguns homens indicaram que o seu crescente apetite estava ligado à alimentação, enquanto que a falta de apetite pode ter surgido devido aos vómitos e ansiedade. O sintoma menos comum que foi encontrado é referente à distensão abdominal, especialmente no terceiro trimestre, o que coincidiu com o momento em que as mulheres, têm um aumento abdominal mais acentuado. O sintoma psicológico relatado com mais frequência foi a insónia, que os homens associaram a preocupações e ansiedades relativas aos seus sintomas físicos e à própria gravidez. A sua repetição no terceiro trimestre pode ter sido

afectada de acordo com os investigadores do estudo, pela agitação nocturna das suas parceiras associado a um desconforto natural do fim da gravidez (Brenann et al, 2007).

O ENVOLVIMENTO PATERNO

Recentemente, Elwood & Manson (1994), consideraram que o Couvade, quer na forma ritual, quer na forma psicossomática, “é melhor explicado como sendo devido a mudanças fisiológicas que medeiam a responsividade paternal”. Ou seja, haverá uma relação entre a fisiologia alterada, ocorrência do Couvade e comportamento paterno antes e depois do nascimento. Para estes autores, sendo provável que o síndrome de Couvade, seja multideterminado e varie com os indivíduos e sociedades, o ímpeto biológico constitui o factor unificador (Mendes, 2005).

Esta posição é reforçada pelos estudos que encontraram uma correlação positiva entre a ocorrência de sintomas de Couvade no pai – expectante e o seu envolvimento na gravidez (Clinton, 1987).

Alguns investigadores centraram – se na análise do envolvimento paterno durante a gravidez, o qual não só parece reforçar a sua identidade como agentes participativos e reduzir a sensação de exclusão, como influência fortemente a adaptação materna (Mendes, 2005). Quanto ao primeiro aspecto, a investigação indica, por exemplo, que os homens que se envolvem activamente na gravidez e nascimento melhoram a auto – estima e estima pelas companheiras e sentem-se mais vinculados aos seus bebés (May, 1982).

O envolvimento paterno durante a gestação não se refere apenas ao acompanhamento, mas a um envolvimento emocional. Assim entende-se o envolvimento paterno através da sua participação em actividades relativas às gestantes, aos preparativos para o nascimento, do apoio emocional proporcionado à mãe, bem como das preocupações e ansiedades destes pais (May, 1982).

May (1980), assinalou que a imagem do pai – expectante “ideal” corresponde a uma minoria de homens e tendo em conta a distinção entre envolvimento emocional e envolvimento comportamental, caracterizou três estilos de pais – expectantes: “observador”, “instrumental” e “expressivo”. O pai “observador”, adoptando a visão de que a gravidez é uma ocorrência “natural” e da responsabilidade da mulher, nega que a mesma tenha qualquer impacto emocional sobre si e dá assistência apenas quando solicitada. O pai “instrumental”, embora pouco confortável para partilhar os aspectos emocionais da gravidez, oferece suporte em questões práticas. Finalmente, o pai “expressivo”, envolve – se a nível emocional e a nível comportamental, consciente da importante transição na sua vida, deseja partilhar ao máximo essa experiência e oferece assistência e suporte emocional maiores.

O envolvimento paterno deve ser compreendido de forma peculiar uma vez que o vínculo entre pai e filho é indirecto, porque é mediado pela mãe durante a gravidez. No entanto, Parke (1996), salienta que não é apenas a mulher que fica grávida, mas sim o casal que fica grávido e as mudanças que ocorrem com os futuros pais durante a gravidez são interdependentes das mudanças que se desenvolvem nas gestantes. Soiter (1992), afirma que a gravidez desperta nos pais sentimentos latentes do complexo de Édipo e o corpo é usado regressivamente para manifestar os conflitos antigos através da patologia psicossomática, esta patologia caracteriza-se com uma perturbação psicogenica, isto é uma alteração do estado emocional, desempenhando um papel directo no desencadear de uma sensação corporal.

O grau de envolvimento depende de factores como a personalidade, expectativas do papel sexual, da experiência prévia com serviços hospitalares ou o facto de a gravidez ter sido planeada e desejada, podendo ser diferente ao longo da gravidez (May & Perrin, 1985). As fases observadas por May (1982) reflectem a importância, para a emergência do envolvimento, da preparação para a paternidade e são consistentes com os resultados de outro estudo longitudinal em que se verificou que os pais expectantes acrescentavam importância crescente ao papel parental ao longo da gravidez (Strauss & Goldberg, 1999).

Estes dados convergem para a conclusão de Jordan (1990) de que o essencial da experiência da paternidade – expectante é que o pai se esforce por integrar o papel paterno como parte relevante da sua identidade e por obter o reconhecimento externo desse papel, de que depende ser o envolvimento. Durante este processo, de que faz parte assumir a realidade em desenvolvimento da gravidez e do feto, várias experiências podem servir como catalizadoras: o diagnóstico oficial da gravidez; as mudanças corporais na mulher; sentir o feto na barriga da mãe e vê-lo na ecografia; falar sobre a gravidez e da futura criança (Jordan, 1999).

No que diz respeito á ecografia fetal, Sandelowski (1994), fez notar que é enriquecida a experiência do pai, minimizando o sentimento de exclusão e aumentando o seu envolvimento. No estudo de Kovaceciv (1983), confirmou – se que a visualização do feto pela ecografia obstétrica reduzia os níveis de ansiedade dos pais.

Aceitar a gravidez funciona como o reconhecimento de que a concepção ocorreu. Independentemente de a gravidez ser desejada ou planeada os pais podem revelar sentimentos de ambivalência entre o desejo e o receio da gravidez (Canavarro, 2006). Canavarro (2006), refere ainda que para ultrapassar esta ambivalência é essencial a confirmação definitiva do estado de gravidez, a aceitação e o apoio por parte dos familiares mais próximos.

A gravidez não planeada associa-se a sentimentos de rejeição, mas com o passar do tempo pode passar a ser encarada de uma maneira mais passiva, passando a ser aceite, tendo por base muitas vezes uma consolação divina. (Tachibana, Santos & Duarte, 2006; Dourado & Pelloso, 2007).

De acordo com o estudo efectuado por Milbradt (2008) o percurso da afectividade na gravidez indesejada é permeado pelo sentimento de culpa vivenciado através da rejeição sentida em relação ao feto. A aceitação de uma gravidez não planeada, algumas vezes só é completamente aceite quando esta se materializa, como por exemplo quando o casal ouve pela primeira vez os batimentos cardíacos fetais (Milbradt, 2008).

Por vezes a gravidez não foi planeada, nem desejada, mas tendo em consideração as condicionantes que envolvem a gestação, poderá ser aceite e tornar-se desejada. É deste modo determinado por Lima (2006) que a aceitação ou não aceitação da gestação pode condicionar o envolvimento paterno.

May (1982), descreveu três tarefas que caracterizam as tarefas de desenvolvimento e envolvimento paterno experienciadas pelo pai expectante; a fase de tomada de conhecimento da gravidez, a fase moratória e a fase de concentração. Estas fases são descritas de seguida:

A Fase da Tomada de Conhecimento, é um período que pode durar desde algumas horas a semanas, consiste na aceitação da gravidez como facto biológico. O homem necessita de assumir: *“Ela está grávida! Eu sou o pai!”* A reacção à gravidez pode ser com alegria ou desanimo, dependendo de ser planeada ou não. Por outro lado o homem reconhece o estado de gravidez de uma forma mais lenta que a mulher, pois o organismo não experimenta nem sente os sintomas nem as alterações físicas da grávida. Normalmente torna-se real com a primeira ecografia em que se vê o produto da concepção.

A Fase Moratória, é um período de ajustamento à realidade da gravidez. A tarefa de desenvolvimento é aceitar a gravidez e afirmar: *“Nós vamos ter um bebé e estamos a mudar!”* Os homens nesta fase tornam-se mais pensativos, introspectivos e inconscientemente discutem acerca da sua filosofia de vida, religião, procedimentos em relação ao seu filho, a educação que irá proporcionar e as relações com os outros membros da família e amigos. Dependendo de como o homem encara a gravidez esta fase poderá durar até ao terceiro trimestre ou ser relativamente curta.

A Fase da Concentração, começa no último trimestre e é caracterizada pelo envolvimento activo do pai tanto na gravidez como na sua relação com o seu filho. A tarefa de desenvolvimento consiste na partilha com a companheira do papel que irá desempenhar durante o parto, bem como na preparação para a paternidade. Ele começa por se redefinir a si

próprio como pai, e ao mundo que o rodeia em termos da futura paternidade. No final desta fase é capaz de afirmar: *“Eu sei qual é o meu papel durante o parto e vou ser pai!”*.

De acordo com Lamb (1992) existem actualmente quatro factores que parecem condicionar o envolvimento do pai com os filhos: 1. motivação; 2. competência e auto – confiança; 3. suporte, sobretudo da companheira e 4. práticas institucionais.:

1. Motivação: a maioria dos investigadores, verificaram que as variâncias na definição de paternidade são determinadas por factores culturais, mais do que pelas características individuais. Muitos homens criam os seus objectivos, dependendo das recordações da sua própria infância, escolhendo-as de modo a compensar as deficiências dos seus próprios pais. Muitos expressam alegria por poder passar tempo com os seus filhos. Na realidade as pesquisas apontam que 40% dos pais gostariam de passar mais tempo com os seus filhos, do que podem na realidade. Isto significa que um número substancial de homens quer estar mais envolvido nas relações com os seus filhos, embora não haja unanimidade em relação ao desejo relativo ao aumento da envolvimento paterna. Outros factores interferem no envolvimento, em que a identificação da paternidade como símbolo do sustento da família, limita o envolvimento do pai com os seus filhos, ao nível dos cuidados;

2. Competências e auto-confiança: Motivação por si só, não aumenta o envolvimento, na medida em que as capacidades e auto-confiança, são igualmente necessárias. Muitos homens queixam-se da sua falta de jeito, o que leva à diminuição do envolvimento. Estas queixas, podem ser desculpas, mas também reflectem um medo muito real de serem incompetentes e de falharem. O desenvolvimento destas capacidades pode ser realizado em actividades informais conjuntas, que gostem de realizar, adquiridas no contacto diário com as crianças, quer pelo pai, quer pela mãe, em vez de qualquer talento inerente às mulheres. As mesmas reforçam a auto-confiança, promovendo o envolvimento e sensibilidade. A sensibilidade, por sua vez, engloba o ser capaz de avaliar os sinais e necessidades da criança, respondendo de forma apropriada, o que é fundamental no que diz respeito à proximidade e impacto positivo.

A sensibilidade e auto-confiança, são provavelmente, mais importantes do que capacidades específicas onde o comportamento paternal e a sua influência são tidas em conta;

3. Apoio: As regras que os pais têm na sua vida familiar, dependem das atitudes e expectativas das suas mulheres. Uma pesquisa descrita por Lamb (1992), mostra que a maioria dos homens querem estar mais envolvidos do que se encontram actualmente. Por outro lado estudos indicam que uma grande maioria das mulheres está satisfeita com a extensão do envolvimento paterno e com o tipo de actividades em que ele participa. Esta

hesitação por parte das mães, pode ser explicada por mudanças no papel do pai. Algumas mães, podem sentir que os seus companheiros são incompetentes ou temem que o aumento do envolvimento paterno, possa alterar o seu papel familiar de gestora e cuidadora da casa. Estes dois papéis são os únicos em que a autoridade da mulher não é questionada, sendo a área em que as mulheres têm tido poder e controlo real (Lamb, 1992).

Apesar de muitas mulheres terem entrado no mercado de trabalho nas últimas três décadas, as remunerações eram baixas, com posições de baixo prestígio e com poucas perspectivas de evolução na carreira. Como reflexo, preferem manter a autoridade na área de cuidados à criança, mesmo que isso signifique exaustão física e psicológica.

4. Práticas institucionais: As práticas institucionais também afectam o envolvimento paterno, através de barreiras impostas pela competitividade no trabalho. Esta é uma área muito importante para os homens e irá manter-se importante, enquanto os homens esperarem assumir o principal papel de sustentar a família. A adesão à licença de paternidade, um dos incentivos mais discutidos, é reduzida, e a maioria das vezes os progenitores não chegam a discutir como repartirão os seus direitos parentais, assumindo que os cuidados cabem à mulher ou vendo a actividade profissional dela como menos importante. O risco de que a sua situação profissional seja prejudicada ou o receio de uma reacção negativa por parte da sociedade, dificultam também a aceitação e reivindicação, pelos pais dos seus direitos.

O envolvimento paterno é definido, de acordo com o comportamento adoptado pelos pais, sendo o mesmo representativo da interacção com o feto (Cranley, 1981).

Revisão dos Estudos Empíricos – Envolvimento Pré-natal e Couvade

Os estudos relativos ao envolvimento pré-natal são raros, por na grande maioria terem recaído no envolvimento paterno após o nascimento (e.g. Coley, 2001; Deutsch et al, 2001; Elkins et al, 1997; Marsiglio et al. 2000). Os dados disponíveis indicam que na maioria dos casos o envolvimento paterno começa na gravidez (Beaton, Doherty & Ruerter, 2003; Klaus & Kennel, 1993). Os estudos já clássicos de May (1980, 1982) também revelaram a existência de envolvimento paterno durante o período gravídico.

Alguns estudos indicam que os homens que se envolvem activamente na gravidez melhoram a auto-estima e estima pelas esposas, sentindo-se mais vinculados aos seus bebés (Cronenwett & Newmark, 1974). Por sua vez, grávidas com companheiros envolvidos sofrem menos sintomatologia depressiva e menos complicações (Block & Bock, 1975; Tavares, 1990).

Weaver & Cranley (1983), encontraram através do seu estudo, uma modesta correlação ($r = 0,23, p \leq 0,05$) entre o envolvimento fetal antenatal e a incidência de seis sintomas físicos de Couvade. Em oposição a estes dados, Schodt (1989), não encontrou qualquer relação entre a sintomatologia de Couvade e o envolvimento fetal antenatal.

Clinton (1987), concluiu que o envolvimento paterno era correlacionado, com o número, duração e intensidade dos sintomas em pais – expectantes, comparativamente a homens não expectantes. Parte deste processo de envolvimento está directamente relacionado com a ligação ao seu bebé durante a gravidez, embora os resultados desta última linha de investigação sejam contraditórios (Brennan et al, 2007).

Lemmer (1987), identificou alguns efeitos da gravidez no futuro pai, semelhantes aos das grávidas: no primeiro e segundo trimestres da gravidez eram ambivalentes relativamente à gravidez; no terceiro trimestre, a gravidez começa a tornar-se mais “real” e os pais tornam-se mais envolvidos e mais preocupados com aspectos relativos à estabilidade financeira; relação conjugal e sexualidade assim como adequação ao papel de pai. Outro estudo realizado na Austrália em 1995, por Donovan, identificou resultados similares.

Drake et al (1988), concluíram através do seu estudo, que homens com o Síndrome de Couvade são geralmente mais envolvidos durante a gravidez e nascimento. Por sua vez e contrariando o autor anterior, Raphael-Leff (1991), concluiu que a adopção de estilos de envolvimento extremos, como um envolvimento muito activo e participativo ou um envolvimento “quase nulo”, pode aumentar a susceptibilidade de os homens desenvolverem o Couvade. A maioria dos estudos que relacionam o envolvimento paterno ao Couvade, demonstram que quanto maior for o envolvimento e maior for a sua preparação para a paternidade, maior vai ser a sintomatologia apresentada (Brennan et al, 2007).

Fekertich & Mercer (1989), encontrou uma relação entre a percepção precoce dos movimentos fetais por parte dos pais e a sua própria percepção do estado de saúde relativamente à sintomatologia de Couvade.

O modelo de Condon (1993) enfatiza as experiências subjectivas do adulto, o que é particularmente necessário no contexto pré-natal, já que os comportamentos em relação ao feto são limitados, em que os progenitores vão adquirindo de forma crescente uma representação interna da imagem do feto, associada ao envolvimento emocional. Para o mesmo autor, entre os indicadores de presença e intensidade do envolvimento paterno, inclui-se o desejo de ter conhecimento sobre o feto; o prazer na interacção com o feto e o desejo de o proteger e ir de encontro às suas necessidades.

No estudo de Elwood & Manson (1994), foi identificada uma associação entre alterações fisiológicas e o Couvade, sendo esta posição reforçada pelos estudos que encontraram uma correlação positiva entre a ocorrência de sintomas no pai -expectante e o seu envolvimento na gravidez.

Os resultados de um estudo realizado a 230 casais na Noruega, por Lorensen., Wilson & White em 2004, revelam que o envolvimento paterno durante a gravidez, era maior em primeiros filhos, em comparação com segundos filhos. Os investigadores do referido estudo, apontam como possível causa para um maior envolvimento, a excitação e a novidade do primeiro filho. Os pais que viviam em união de facto também revelaram maior envolvimento fetal, do que os casados, embora os casais em união de facto estivessem em maioria à espera do primeiro filho, em comparação com os casados (Lorensen, Wilson & White, 2004).

Piccinini (2004), no seu estudo acerca do envolvimento paterno durante a gravidez, demonstra que a grande incidência de envolvimento emocional relatada pelos pais é referente ao terceiro trimestre de gestação, pois é um período marcado pela proximidade do nascimento do bebé. Como sugere May (1982), que este é o período em que os pais estão mais conectados emocionalmente com a gestante a fim de sentirem a gestação como algo presente nas suas vidas e prepararem-se para a paternidade.

Num estudo recente, sobre vinculação parental durante a gravidez, realizado em Portugal, por Gomez & Leal (2007), os resultados no terceiro trimestre, em pais expectantes, sem filhos prévios, reportaram significativamente mais vinculação do que os pais sem experiência parental.

MÉTODO

Objectivos e Questões de Investigação

O objectivo geral definido para este estudo é, compreender a relação entre o envolvimento paterno durante a gravidez e a sintomatologia de Couvade.

Os objectivos específicos são, analisar a existência de sintomatologia de Couvade perante o envolvimento paterno; verificar a influência do envolvimento paterno no primeiro trimestre da gravidez e sintomatologia de Couvade; verificar a influência do envolvimento paterno no segundo trimestre da gravidez e sintomatologia de Couvade; verificar a influência do envolvimento paterno no terceiro trimestre de gravidez e sintomatologia de Couvade; analisar a influência da idade no envolvimento paterno e sintomatologia de Couvade; analisar a influência das habilitações literárias no envolvimento paterno e sintomatologia de Couvade; verificar a influência do planeamento da gravidez no envolvimento paterno e sintomatologia de Couvade; analisar a influência do desejar a gravidez no envolvimento paterno e sintomatologia de Couvade; analisar a influência da idade gestacional no envolvimento paterno e sintomatologia de Couvade; verificar a influência do estatuto da paternidade no envolvimento paterno e sintomatologia de Couvade; e compreender a influência de factores de risco associados à gravidez no envolvimento paterno e sintomatologia de Couvade.

Num estudo descritivo, em que se pretende observar a realidade sem manipulação de variáveis não se justifica a formulação de hipóteses, na medida em que o investigador não tem necessariamente um conjunto de assunções bem definidas para tal formulação (Ribeiro, 1999). Deste modo e em preferência à formulação de hipóteses foram delimitadas as seguintes questões de investigação:

1. Na nossa amostra os pais – expectantes apresentam o Síndrome de Couvade?
2. Na nossa amostra o tipo e número de sintomas vivenciados por pais – expectantes diferem ao longo dos três trimestres da gravidez?
3. Em que medida a sintomatologia de Couvade se relaciona com o envolvimento paterno?
4. Qual o efeito da idade, habilitações literárias, planeamento da gravidez (planeada vs não planeada/ desejada vs não desejada), idade gestacional, estatuto da paternidade (primípara vs múltipara) e risco associado à gravidez no número e tipo de sintomas vivenciados pelos pais expectantes e envolvimento paterno.

Desenho de Investigação

O desenho de investigação deste estudo é *observacional – descritivo transversal*. É um estudo *observacional*, já que se pretende descrever e compreender a realidade em estudo sem haver manipulação de variáveis (Ribeiro, 1999,p.41-42).

O desenho de investigação é ainda *descritivo*, na medida em que fornece informação acerca da população em estudo e *transversal*, porque foca um único grupo representativo da população em estudo e os dados são recolhidos num único momento (Ribeiro, 1999.p.42).

Participantes

No presente estudo a população alvo, corresponde a pais – expectantes, cuja companheira esteja em qualquer estágio de gestação.

Neste estudo de investigação foram seleccionados, aleatoriamente, os pais que acompanhem as suas companheiras (futuras mães), às consultas de alto risco da Maternidade Alfredo da Costa, Clínica de preparação para o parto *Mamãs e Companhia* e USF (Unidade de Saúde Familiar) da Amora, em que as orientações para o preenchimento dos instrumentos de recolha de dados foram dadas pessoalmente, de modo a esclarecer dúvidas inerentes ao preenchimento do mesmo.

Tendo em conta a especificidade da população em estudo e o prazo de realização do nosso estudo, foi requerida igualmente a colaboração de técnicos de serviços de saúde da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, no Centro de Preparação para o Parto *Mamãs e Companhia* e USF da Amora. Esta colaboração consistiu na entrega directa, dos instrumentos de recolha de dados, que continham o consentimento informado e carta de apresentação

As amostras assim constituídas são, não probabilísticas por conveniência, que se encontram disponíveis e facilmente acessíveis, sendo os sujeitos incluídos no estudo por conveniência do investigador e à medida que se apresentam e até a amostra atingir o tamanho adequado (Fortin, 2003; Ribeiro, 1999). É ainda uma amostra de informantes estratégicos, na medida em que envolve a colaboração de terceiros na identificação de sujeitos representativos das características em estudo.

Os participantes da nossa amostra são, 200 pais – expectantes.

Instrumentos

Entre os instrumentos de recolha de dados inclui-se, um questionário sócio-demográfico, um *Inventário de Sintomatologia* e uma *Escala de Vinculação Pré-natal*.

O questionário sócio-demográfico, construído para o efeito e de forma a poder caracterizar a amostra e a influência das variáveis, inclui informação relativa à caracterização sócio – demográfica (idade; estado civil; etnia; nacionalidade; escolaridade e profissão) e à gravidez (gravidez planeada e desejada; idade gestacional; existência de filhos prévios e risco associado à gravidez).

Neste estudo será seguida a sugestão de Ribeiro (1999), de que se deve recorrer a instrumentos já existentes se eles possuírem as características apropriadas (validade, fidelidade, utilidade e apropriabilidade), deste modo foram seleccionados instrumentos de avaliação já validados em português.

Para avaliação da sintomatologia somática em pais – expectantes, foi utilizada a versão traduzida do *The Symptomatology Inventory* (Black, Holditch-Davis, Sandelowski e Harris, 1995), cedida por I.Leal (2009).

O *The Symptomatology Inventory* é uma *checklist* de 42 sintomas físicos e emocionais comuns na gravidez, que constitui uma re-modificação do *Pregnancy Symptom Diary* de Erikson, já antes modificado por Leifer (Black et al, 1995)

A versão traduzida por Gomez (2000), intitulada *Inventário de Sintomatologia*, é constituída por 42 sintomas da versão original e pede aos sujeitos para assinalarem os sintomas vivenciados durante a semana anterior também na mesma escala de intensidade (levemente, moderadamente, intensamente). Tal como outra check list (Ribeiro, 1999), as respostas podem valer por si ou podem ser somadas, em termos do número de sintomas assinalados ou da intensidade destes. Os 42 sintomas dividem-se em três categorias (Holdich – Davis et al, 1995): 29 sintomas físicos (sintomas 1-24, 26-30 e 31); 9 sintomas afectivos negativos (sintomas 29, 32 – 36 38 – 40) e 4 sintomas afectivos positivos (sintomas 25, 37, 41 e 42). O score total para cada categoria pode obter-se pela soma dos sintomas assinalados nessa categoria.

Para avaliação do envolvimento emocional pré-natal nos homens expectantes, foi utilizada a forma paterna da *Antenatal Emotional Attachment Scale* (J.T.Condon, 1993), adaptada para a população portuguesa por Gomez & Leal (2007), cedida por Leal (2009).

A *Escala de Envolvimento Emocional Pré-natal* mede a vinculação dos pais ao feto, representando duas dimensões distintas da vinculação pré-natal. A primeira – Qualidade da Vinculação – representa a qualidade das experiências afectivas e inclui sentimentos positivos

de proximidade, ternura, prazer na interação, tensão perante a fantasia da perda do bebê e conceptualização do feto como uma pessoa pequena. A segunda – Intensidade da Vinculação – representa a força e intensidade da preocupação com o feto, o que inclui a quantidade de tempo passado a pensar, falar sobre, sonhar sobre ou palpar o feto, bem como a intensidade dos sentimentos que acompanham estas experiências (Gomez & Leal, 2007).

Cada item é o início de uma afirmação com cinco opções de resposta para completar a frase. Alguns itens têm pontuação crescente de 1 a 5, mas a maioria tem pontuação inversa de 5 a 1. Os totais de cada sub-escala são obtidos pela soma dos respectivos itens, embora seja desaconselhado o uso isolado das sub-escalas propostas pelo modelo original (Gomez & Leal, 2007). Genericamente notas mais altas indicam um estilo de vinculação mais positivo, mas não há um padrão standart relativamente ao qual os resultados possam ser comparados para estabelecer um ponto de corte e definir níveis de vinculação saudáveis e não saudáveis. A escala demora aproximadamente cinco minutos a responder e é apropriada para progenitores com e sem filhos prévios (Gomez & Leal, 2007).

Procedimento

De modo a aplicar os instrumentos de recolha de dados, foi pedida autorização prévia ao conselho de administração da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, por escrito; através de pedido informal à clínica de preparação para o parto Mamãs e USF da Amora.

Após a autorização concedida pela direcção de Enfermagem da Maternidade Dr. Alfredo da Costa; pela clínica Mamãs e Companhia e USF da Amora, foi realizada a selecção inicial dos participantes, pessoalmente e através de outros técnicos das instituições atrás referidas. O pedido de participação por escrito, informava sobre os objectivos genéricos do estudo, autoria e orientação, âmbito da realização, garantia de confidencialidade e orientações para o preenchimento dos instrumentos de recolha de dados e para a sua devolução.

Após a verificação destas premissas e de modo a salvaguardar o desempenho do investigador, os pais – expectantes assinaram um documento no qual deram o seu consentimento livre e esclarecido.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Características Gerais da Amostra

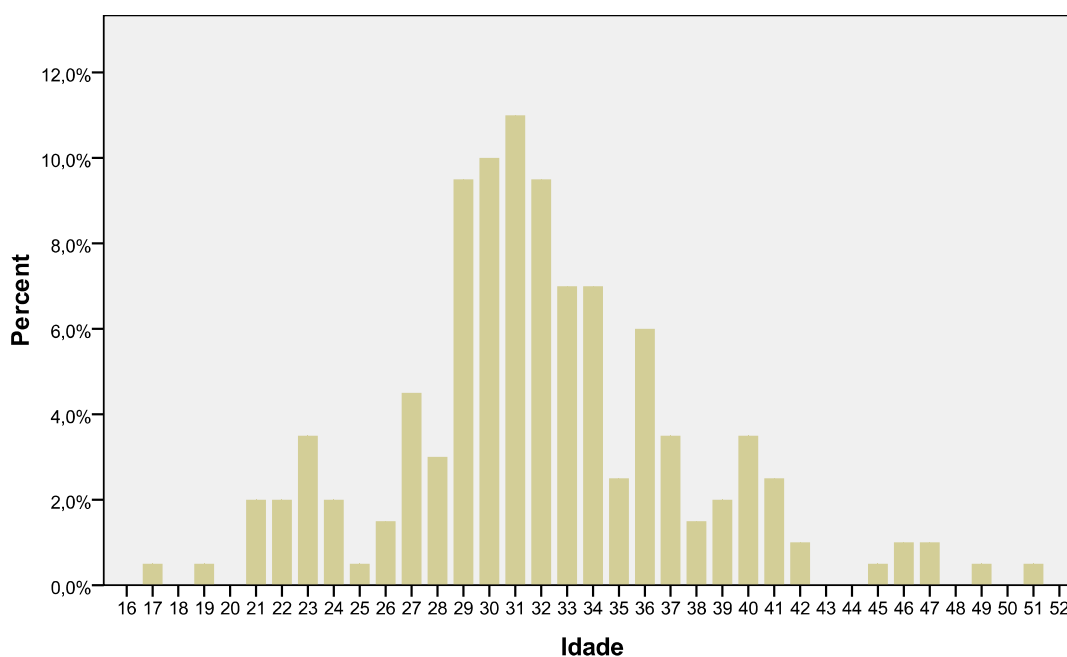
As variáveis sócio – demográficas consideradas foram, a idade, estado civil, habilitações literárias, profissão, etnia e nacionalidade e quanto à gravidez, o planeamento da gravidez (planeada vs não planeada/ aceite vs não aceite); idade gestacional; existência de filhos prévios e risco associado à gravidez.

A análise das variáveis foi realizada através da estatística descritiva pelo SPSS (Statistic Program for Social Sciences) na versão 17.0.

A idade foi cotada de acordo com o que foi referido pelos sujeitos em anos.

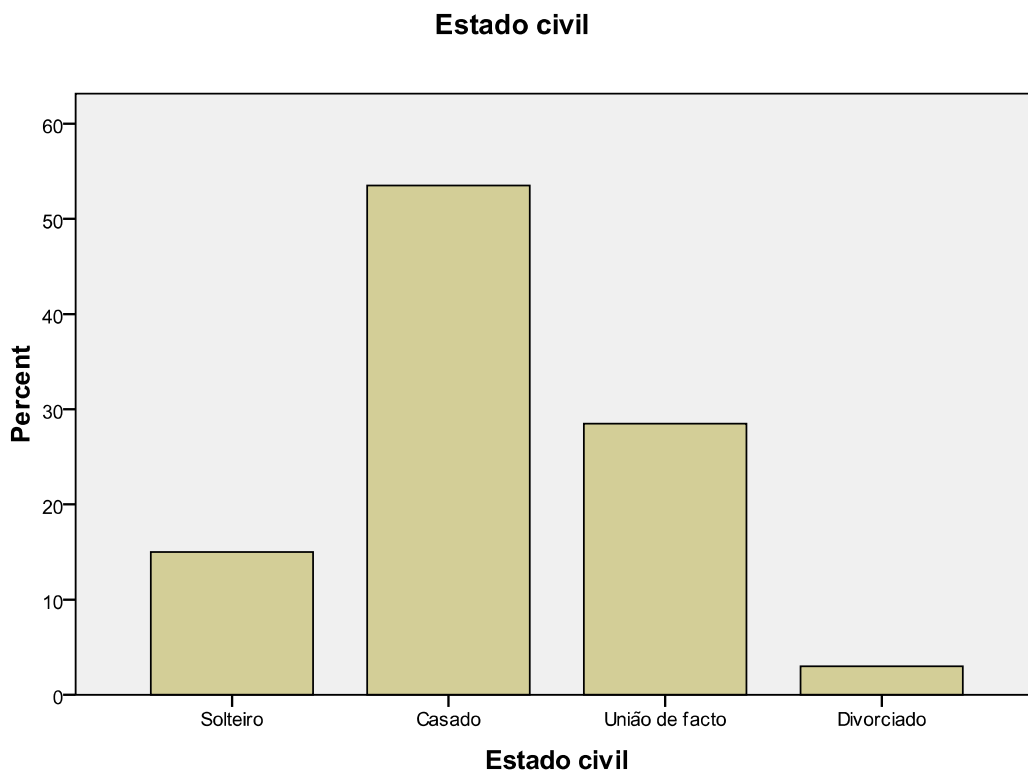
Pela leitura do gráfico 1 verificamos que a maior percentagem pertence aos indivíduos de 31 anos. É também nesta idade que atingimos a percentagem cumulativa de 50% (o que confirma os dados estatísticos: idade mediana 31 anos, média de 31,9, idade mínima de 17 e máxima de 51).

Gráfico 1: Distribuição percentual das idades na amostra.



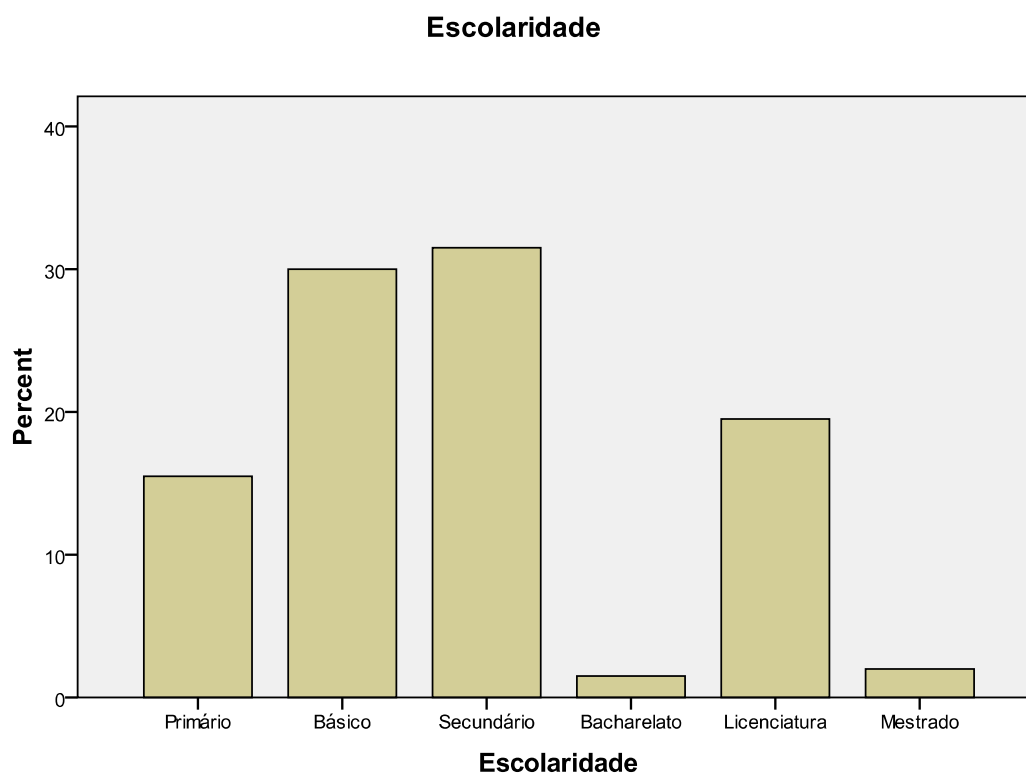
Relativamente ao estado civil, os sujeitos foram diferenciados entre *solteiros*, *casados*, em *união de facto* e *divorciados* e após a análise do gráfico 2, podemos dizer que a maior frequência se situa nos sujeitos *casados* o que corresponde a 53,5% (107 sujeitos). Segue-se o grupo que se refere à *união de facto* com 28,5% (57 sujeitos) da amostra e 15% (30 sujeitos) pertencendo ao estado civil *solteiro*. Apenas 3% (6 sujeitos) referiram ser *divorciados*.

Gráfico 2: Distribuição percentual dos estados civis na amostra.



A informação recolhida sobre o nível de escolaridade foi classificada em termos dos níveis de ensino habitualmente considerados (*Primário*: do 1º ao 4º ano de escolaridade; *Básico*: até ao 9º ano de escolaridade; *Secundário*: do 9º ao 12º anos; *Bacharelato*; *Licenciatura e Mestrado*). Como podemos verificar no gráfico 3, a maior percentagem dos sujeitos da amostra (31,5%) possui 12º ano, seguindo-se por ligeira diferença 30% com o ensino básico; 19,5% com Licenciatura; 15,5% com o ensino primário; 1,5 % com Bacharelato e apenas 2% com Mestrado.

Gráfico 3: Distribuição percentual das habilitações literárias amostra.

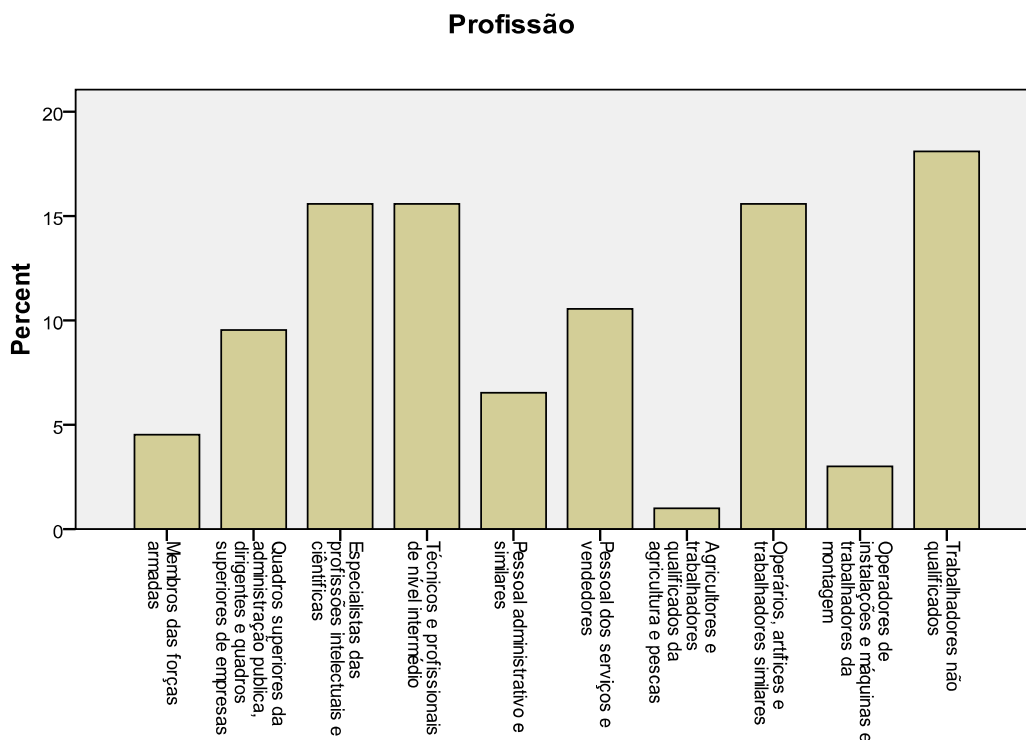


As informações relativas à profissão, foram classificadas de acordo com a classificação do Instituto Nacional de Estatísticas (INE, 1999), em: 0. *Membros das forças armadas*; 1. *Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores das empresas*; 2. *Especialistas das profissões intelectuais e científicas*; 3. *Técnicos e profissionais de nível intermédio*; 4. *Pessoal administrativo e similares*; 5. *Pessoal dos serviços e vendedores*; 6. *Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas*; 7. *Operários, artífices e trabalhadores similares*; 8. *Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem* e 9. *Trabalhadores não qualificados*.

De acordo com os dados recolhidos e apresentados no gráfico 4, a maior parte dos sujeitos, encontram-se no grupo dos trabalhadores não qualificados (36%), seguindo – se com 15,5%, os sujeitos pertencentes ao grupo 2, 3 e 7. Segue-se o grupo 1 com 9,5%; o grupo 4 com 6,5%; grupo 8 com 3% e apenas 1% no grupo 6.

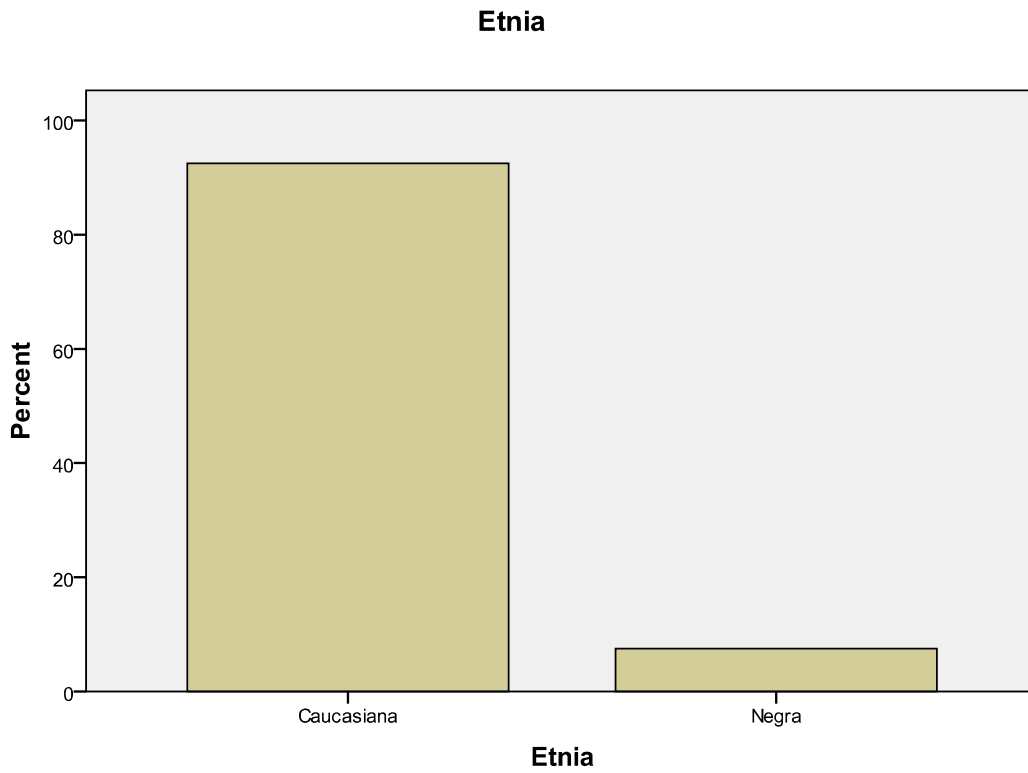
Para esta característica apenas foram considerados 199 sujeitos.

Gráfico 4: Distribuição percentual das profissões na amostra.



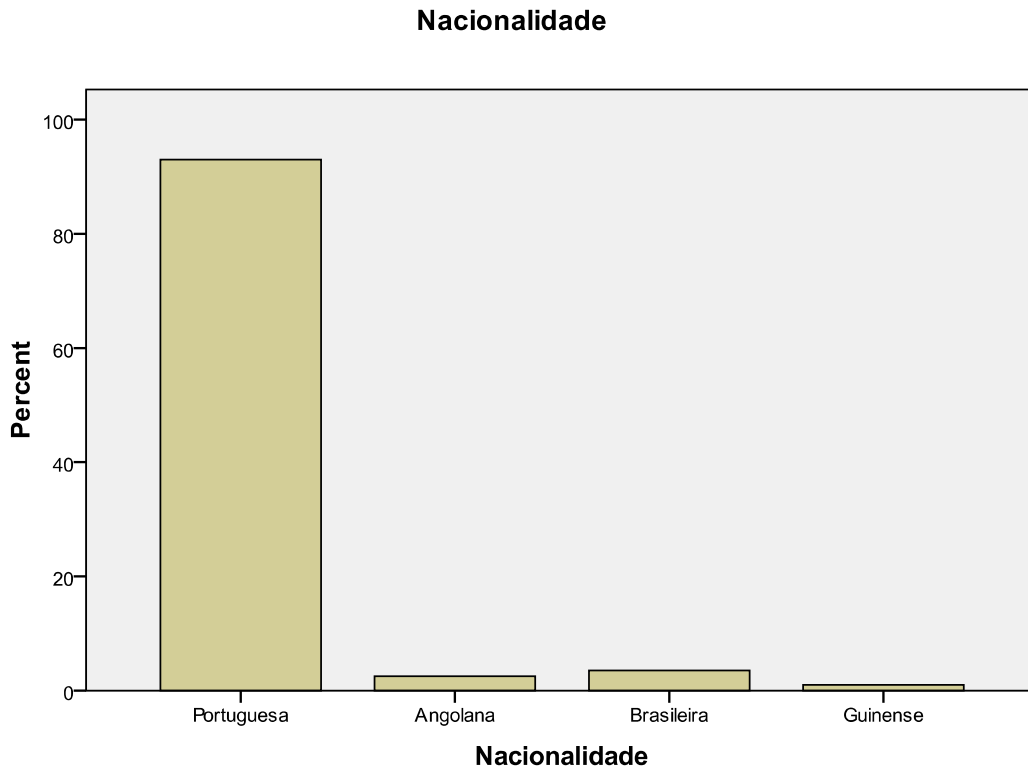
Relativamente à etnia dos sujeitos da amostra a maior parte é caucasiana com 92,5%, sendo 7,5% negra, conforme se encontra exposto no gráfico 5.

Gráfico 5: Distribuição percentual da etnia na amostra.



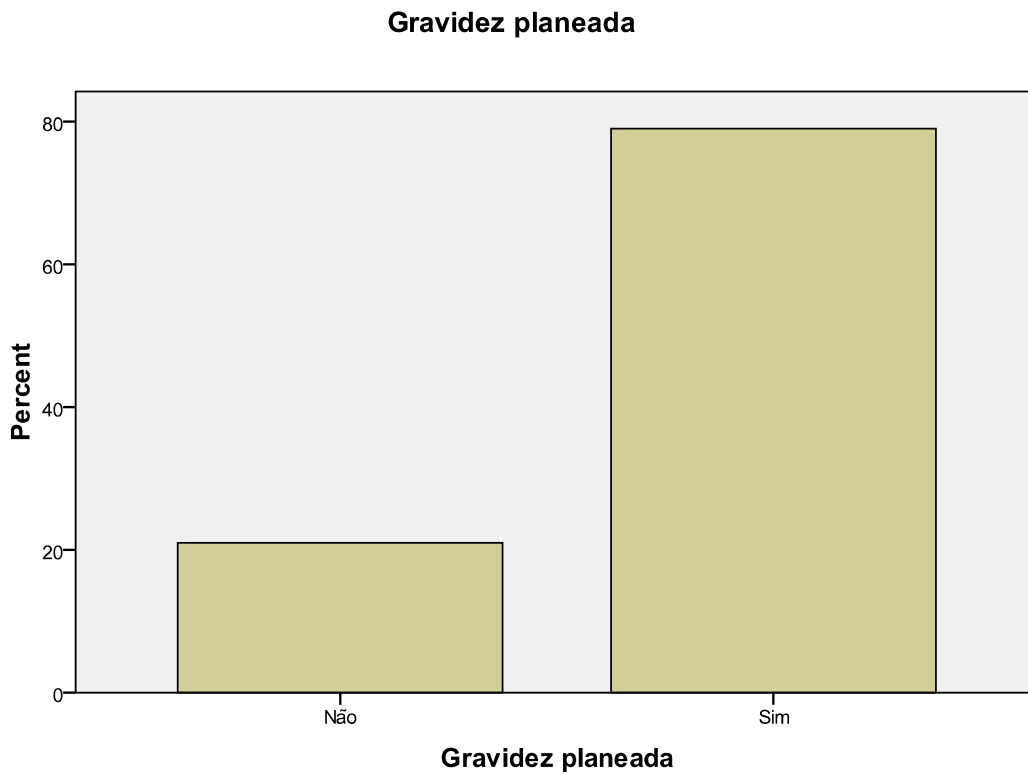
Relativamente à nacionalidade, conforme se encontra descrito no gráfico 6, a maior percentagem é de nacionalidade Portuguesa, com 93% dos sujeitos, seguindo-se a Brasileira com 3,5%; Angolana (2,5%) e Guineense com apenas 1%.

Gráfico 6: Distribuição percentual da Nacionalidade na amostra.



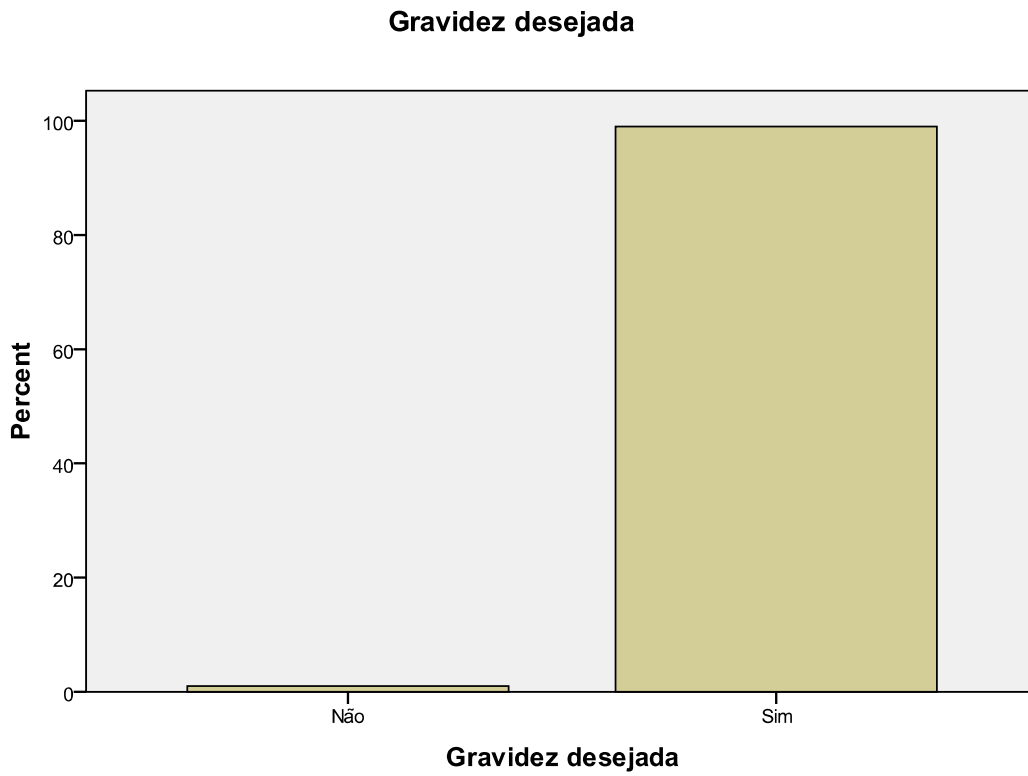
Relativamente ao planeamento da gravidez, verifica-se conforme o gráfico 7, que a maior parte dos sujeitos (79%), planearam a gravidez, enquanto que 21% não planearam.

Gráfico 7: Distribuição percentual do planeamento da gravidez na amostra.



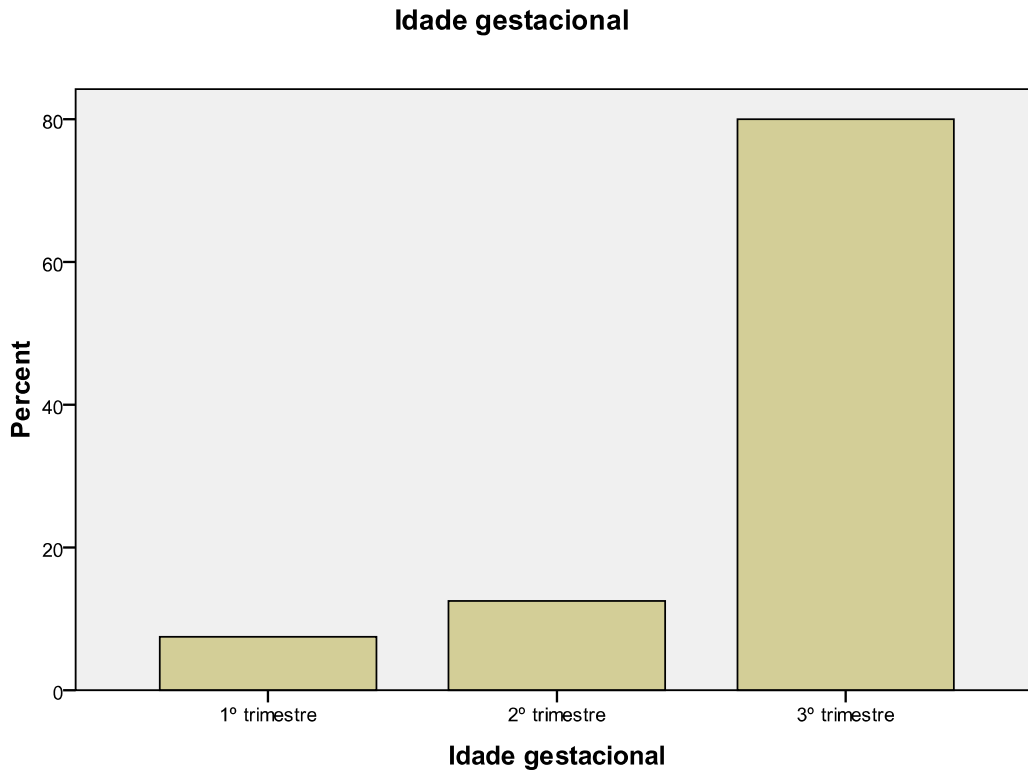
Verificou – se que 99% da amostra desejava a gravidez, existindo apenas 1% (2 sujeitos da amostra), que não aceitaram, conforme se encontra no gráfico 8.

Gráfico 8: Distribuição percentual do desejo da gravidez na amostra.



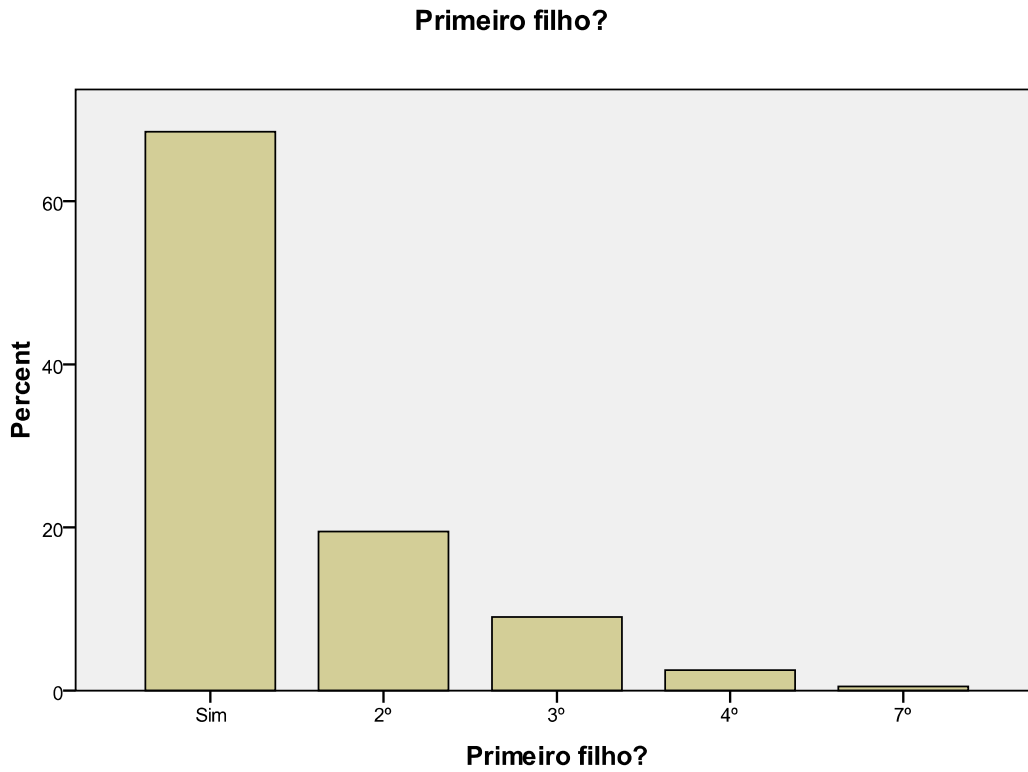
Quando à distribuição da amostra de acordo com a idade gestacional, verifica – se, conforme o gráfico 9, que a maioria da amostra se encontra no terceiro trimestre de gestação, com 80% dos sujeitos; seguindo-se o segundo trimestre, com 12,5% e 7,5% no primeiro trimestre de gestação.

Gráfico 9: Distribuição percentual da idade gestacional na amostra.



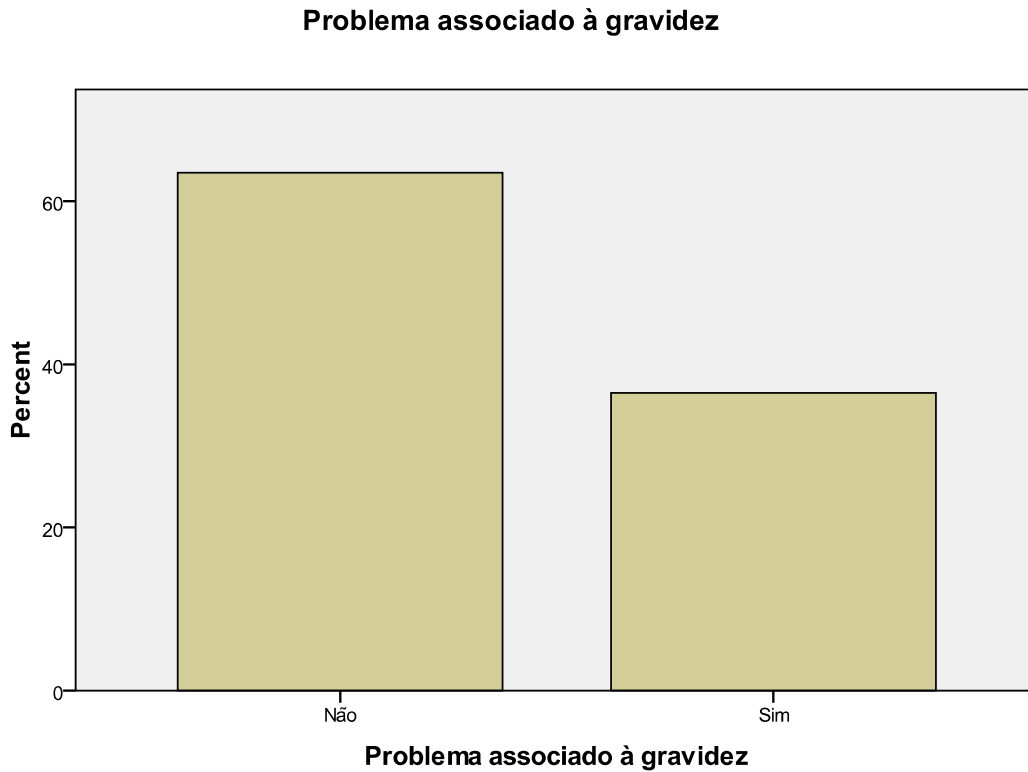
Conforme se encontra descrito no gráfico 10, a maior percentagem da amostra (68,5%) é primípara; 19,5% tem o segundo filho; 9% tem o terceiro filho; 2,5% o quarto filho e 0,5% o sétimo filho.

Gráfico 10: Distribuição percentual do Estatuto da Paternidade na amostra.



Não existe risco associado à gravidez, na maior parte da amostra com 63,5%, sendo que 36,5% refere existir risco associado à gravidez, conforme se encontra descrito no gráfico 11.

Gráfico 11: Distribuição percentual da existência de risco associado à gravidez na amostra.



Tipo de Sintomas vivenciados na amostra

A tabela 1 apresenta as frequências absolutas e as percentagens relativas dos sintomas avaliados em cada trimestre da gravidez na amostra, sendo os valores equivalentes ao número e proporção de sujeitos que vivenciaram cada sintoma.

Da análise destas frequências observa-se no primeiro trimestre, a ocorrência de trinta sintomas diferentes, sendo os mais referidos pelos sujeitos: *dor de cabeça* e *tensão* (40% dos sujeitos) e *dores nas costas*, *fadiga* e *nervosismo* (33,3%). Os sintomas menos referidos pelos sujeitos foram: *dor genital*, *vertigens/tonturas*, *micção mais frequente*, *comichão/irritação genital*, *dor nos mamilos/peito*, *irritabilidade* e *aumento do desejo sexual* (13,3%); *dor nas virilhas*, *náuseas*, *arrepios*, *mãos/pés frios*, *vômitos* e *depressão* (6,7%). Os sintomas não vivenciados pelos sujeitos, totalizam 11 sintomas, nomeadamente: *perda de apetite*, *mãos/pés inchados*; *movimento no abdómen*, *rubor da face*, *sangramento genital*, *cãibras abdominais*, *relaxamento*, *irrupções da pele*, *apatia*, *diminuição do interesse social* e *choro*.

No segundo trimestre, observa-se a ocorrência de quarenta e um sintomas, sendo os mais frequentes: *dores nas costas* (64%); *dores musculares* (60%); *fadiga e tensão* (56%); *ansiedade e nervosismo* (44%) e *irritabilidade* (40%). Os menos frequentes são: *micção mais frequente e depressão* (12%); *apatia*, *irrupções da pele*, *rubor da face* e *dor nas virilhas* (8%) e *dor genital* em 4% dos sujeitos.

Finalmente no terceiro trimestre, observa-se a ocorrência de quarenta e um sintomas, sendo os mais frequentes: *dores nas costas* (51,9%); *ansiedade* (43,1%) e *dor de cabeça e fadiga* (41,9%). Os sintomas menos frequentes são: *apatia* (10%); *dor genital* *arrepios*, *rubor da face*, *depressão* e *choro* (9,4%); *náusea*, *micção mais frequente* e *relaxamento* (8,8%); *vômitos* e *cãibras* (7,5%) e *sangramento genital* (5%).

Recorrendo às categorias que Holditch – Davis et al (1995), estabeleceram em termos da qualidade dos sintomas, observa-se que dentro dos sintomas afectivos positivos apenas a *euforia* se inclui entre os mais frequentes no primeiro trimestre (26,7%), com ligeiro aumento no segundo trimestre (32%) e diminuição no terceiro trimestre (19,4%). Relativamente aos sintomas físicos, podemos observar que os mais frequentes são: *dor de cabeça* (40%), *dores nas costas* (33,3%) e *fadiga* (33,3%) no primeiro trimestre, no segundo trimestre: *dor de cabeça* (32%), *dores nas costas* (64%), *fadiga* (56%) e *dores musculares* (60%), sendo este último o único sintoma físico que se surge com mais frequência no segundo e terceiro trimestre. No terceiro trimestre os sintomas físicos mais frequentes são: *dor de cabeça* (41,9%), *dores nas costas* (51,9%), *dores musculares* (33,8%) e *insónia* (33,8%). A categoria

referente aos afectivos negativos mais frequentes abrange no primeiro trimestre: *ansiedade* (26,7%), *tensão* (40%) e *nervosismo* (33,3%); no segundo trimestre: *ansiedade* (44%), *tensão* (56%), *nervosismo* (44%) e *irritabilidade* (40%), que surge no segundo e terceiro trimestres. No terceiro trimestre os sintomas afectivos negativos mais frequentes são: *irritabilidade* (27,5%), *ansiedade* (43,1%) e *nervosismo* (33,8%), havendo uma diminuição da frequência do sintoma *tensão* (18,8%) no presente trimestre.

Tabela 1: Tipo de sintomas vivenciados.

Sintomas	1º Trimestre (n=15)		2º Trimestre (n=25)		3º Trimestre (n=160)	
	Numero de individuos	%	Numero de individuos	%	Numero de individuos	%
Dor de cabeça	6	40,0	8	32,0	67	41,9
Dores nas costas	5	33,3	16	64,0	83	51,9
Dores musculares	3	20,0	15	60,0	54	33,8
Dor genital	2	13,3	4	16,0	15	9,4
Prisão de ventre	3	20,0	5	20,0	30	18,8
Diarreia	4	26,7	4	16,0	18	11,3
Aumento do apetite	3	20,0	8	32,0	43	26,9
Perda do apetite	0	0,0	4	16,0	26	16,3
Vertigens/tonturas	2	13,3	4	16,0	21	13,1
Insónia	3	20,0	7	28,0	54	33,8
Mãos/pés inchados	0	0,0	5	20,0	29	18,1
Falta de ar	3	20,0	4	16,0	21	13,1
Movimento no abdómen	0	0,0	5	20,0	25	15,6
Dor nas virilhas	1	6,7	2	8,0	17	10,6
Náusea	1	6,7	4	16,0	14	8,8
Sentir-se inchado/cheio	3	20,0	6	24,0	36	22,5
Micção mais frequente	2	13,3	3	12,0	14	8,8
Fadiga	5	33,3	14	56,0	67	41,9
Arrepios	1	6,7	5	20,0	15	9,4
Azia	3	20,0	8	32,0	41	25,6
Rubor da face	0	0,0	2	8,0	15	9,4
Comichão/irritação genital	2	13,3	6	24,0	21	13,1
Sangramento genital	0	0,0	1	4,0	8	5,0
Cãibas abdominais	0	0,0	4	16,0	12	7,5
Relaxamento	0	0,0	4	16,0	14	8,8
Mãos/pés frios	1	6,7	4	16,0	18	11,3
Irrupções da pele	0	0,0	2	8,0	17	10,6
Palpitações/dores no peito	3	20,0	5	20,0	19	11,9
Diminuição do desejo sexual	3	20,0	6	24,0	38	23,8
Vômitos	1	6,7	6	24,0	12	7,5
Dor nos mamilos/peito	2	13,3	8	32,0	18	11,3
Apatia	0	0,0	2	8,0	16	10,0
Depressão	1	6,7	3	12,0	15	9,4
Irritabilidade	2	13,3	10	40,0	44	27,5
Ansiedade	4	26,7	11	44,0	69	43,1
Diminuição do interesse social	0	0,0	5	20,0	27	16,9
Tensão	6	40,0	14	56,0	30	18,8
Choro	0	0,0	5	20,0	15	9,4
Nervosismo	5	33,3	11	44,0	54	33,8
Aumento do desejo sexual	2	13,3	9	36,0	30	18,8
Euforia	4	26,7	8	32,0	31	19,4

Número de sintomas vivenciados na amostra

No sentido de compararmos as amostras em cada trimestre, em termos do número de sintomas vivenciados pelos sujeitos, a tabela 2 apresenta as frequências absolutas e percentagens relativas e acumuladas dessa variável em cada um. A análise dos dados, permite – nos concluir que a maior percentagem dos sujeitos no primeiro trimestre (26,7%), vivenciaram pelo menos três sintomas (critério de diagnóstico do *Síndrome de Couvade* de Bogren, 1983), enquanto que no segundo trimestre a maioria dos sujeitos (12%), referiram pelo menos cinco sintomas (critério de diagnóstico do *Síndrome de Couvade* de Trethowan & Conlon, 1965) e no terceiro trimestre a maior percentagem (16,9%), não referiu sintomas.

O maior número de sintomas referido no primeiro trimestre foi dezassete em 6,7% da amostra, no segundo trimestre foi quarenta, em 4% da amostra e no terceiro trimestre 41 sintomas, em 3,8% da amostra respectiva.

Quando se considera o valor mínimo de 5 sintomas de acordo com o critério de diagnóstico do *Síndrome de Couvade* de Trethowan & Conlon, 1965, podemos observar que 26,7 % da amostra no primeiro trimestre apresentam pelo menos cinco sintomas, enquanto que no segundo trimestre 60 %, da amostra apresenta pelo menos cinco sintomas e no terceiro trimestre 46,9 % apresenta pelo menos cinco sintomas.

Tabela 2: Número de sintomas vivenciados.

Número de sintomas	1º Trimestre (N=15)			2º Trimestre (N=25)			3º Trimestre (N=160)		
	n	%	% Cum	n	%	% Cum	n	%	% Cum
0	2	13,3	13,3	2	8,0	8,0	27	16,9	16,9
1	1	6,7	20,0	1	4,0	12,0	8	5,0	21,9
2	0	0,0	20,0	1	4,0	16,0	15	9,4	31,3
3	4	26,7	46,7	2	8,0	24,0	12	7,5	38,8
4	1	6,7	53,3	1	4,0	28,0	10	6,3	45,0
5	3	20,0	73,3	3	12,0	40,0	13	8,1	53,1
6	0	0,0	73,3	1	4,0	44,0	9	5,6	58,8
7	0	0,0	73,3	1	4,0	48,0	9	5,6	64,4
8	0	0,0	73,3	1	4,0	52,0	3	1,9	66,3
9	0	0,0	73,3	0	0,0	52,0	7	4,4	70,6
10	0	0,0	73,3	1	4,0	56,0	8	5,0	75,6
11	1	6,7	80,0	1	4,0	60,0	5	3,1	78,8
12	0	0,0	80,0	1	4,0	64,0	4	2,5	81,3
13	0	0,0	80,0	0	0,0	64,0	2	1,3	82,5
14	0	0,0	80,0	1	4,0	68,0	2	1,3	83,8
15	1	6,7	86,7	0	0,0	68,0	1	0,6	84,4
16	1	6,7	93,3	0	0,0	68,0	3	1,9	86,3
17	1	6,7	100,0	1	4,0	72,0	0	0,0	86,3
18	0	0,0	100,0	0	0,0	72,0	1	0,6	86,9
19	0	0,0	100,0	0	0,0	72,0	2	1,3	88,1
20	0	0,0	100,0	0	0,0	72,0	1	0,6	88,8
21	0	0,0	100,0	0	0,0	72,0	2	1,3	90,0
22	0	0,0	100,0	0	0,0	72,0	0	0,0	90,0
23	0	0,0	100,0	0	0,0	72,0	1	0,6	90,6
24	0	0,0	100,0	2	8,0	80,0	0	0,0	90,6
25	0	0,0	100,0	0	0,0	80,0	1	0,6	91,3
26	0	0,0	100,0	2	8,0	88,0	0	0,0	91,3
27	0	0,0	100,0	0	0,0	88,0	1	0,6	91,9
28	0	0,0	100,0	0	0,0	88,0	1	0,6	92,5
29	0	0,0	100,0	0	0,0	88,0	2	1,3	93,8
30	0	0,0	100,0	0	0,0	88,0	1	0,6	94,4
31	0	0,0	100,0	0	0,0	88,0	0	0,0	94,4
32	0	0,0	100,0	1	4,0	92,0	0	0,0	94,4
33	0	0,0	100,0	1	4,0	96,0	0	0,0	94,4
34	0	0,0	100,0	0	0,0	96,0	0	0,0	94,4
35	0	0,0	100,0	0	0,0	96,0	0	0,0	94,4
36	0	0,0	100,0	0	0,0	96,0	0	0,0	94,4
37	0	0,0	100,0	0	0,0	96,0	0	0,0	94,4
38	0	0,0	100,0	0	0,0	96,0	2	1,3	95,6
39	0	0,0	100,0	0	0,0	96,0	0	0,0	95,6
40	0	0,0	100,0	1	4,0	100,0	1	0,6	96,3
41	0	0,0	100,0	0	0,0	100,0	6	3,8	100,0

Correlações lineares entre as variáveis da amostra

Para o cálculo das correlações, foram previamente realizadas as somas da sintomatologia de Couvade, que designámos por ISC e da escala de envolvimento emocional pré-natal, designada por EEEPN.

Para a correlação entre as variáveis: *Idade, Habilitações Literárias, Gravidez Planeada, Gravidez Desejada, Idade Gestacional, Estatuto da Paternidade, Risco associado à Gravidez, Sintomatologia de Couvade* e o *Envolvimento Paterno*, foram utilizados testes de correlação linear de Pearson (sempre que as variáveis são quantitativas) e de Spearman (sempre que trata de variáveis qualitativas ou ordinais) (Maroco, 2007).

A correlação entre a idade e o envolvimento paterno, apresentada no quadro n.1, é negativa e significativa ($r = -0,149$; $p = 0,045$), o que nos indica que quanto maior for a idade dos pais – expectantes, menor será o Envolvimento Paterno.

Relativamente aos sintomas de couvade, podemos concluir que não existe correlação ($p = 0,696$). Perante estes resultados fizemos um teste correlação entre a idade e os sintomas físicos e afectivos de couvade conforme se encontra no quadro nº2.

Quadro 1: Correlação entre as variáveis idade, Sintomatologia de Couvade e o Envolvimento Paterno e significância estatística.

		Correlações		
		Idade	ISC	EEEPN
Correlação de Pearson	Idade	1	-,206	-,149*
	ISC	-,206	1	
	EEEPN	-,149*	,906*	1
Sig. (2-tailed)	Idade		,696	,045
	ISC	,696		,034
	EEEPN	,045		
N	Idade	200	6	183
	ISC	6	6	5
	EEEPN	183	5	183

*. A correlação é significativa ao nível 0.05.

A correlação entre a idade e os sintomas afectivos negativos de couvade, apresentada no quadro 2, é negativa e significativa ($r = -0,197$; $p = 0,029$), o que nos diz que, quanto menor for idade dos pais – expectantes, maior será a existência de sintomas afectivos negativos de couvade.

Não existe correlação entre a idade e os sintomas físicos de couvade ($p = 0,114$) nem com os sintomas afectivos positivos de couvade ($p = 0,73$).

Quadro 2: Correlação entre as variáveis idade e os Sintomas Físicos e Afectivos e significância estatística.

		Correlations			
		Idade	ISC_físicos	ISC_afectivos_negativos	ISC_afectivos_positivos
Idade	Correlação de Pearson	1	-,126	-,197*	-,228
	Sig. (2-tailed)		,114	,029	,073
	N	200	159	123	63
ISC_físicos	Correlação de Pearson	-,126	1	,684**	,589**
	Sig. (2-tailed)	,114		,000	,000
	N	159	159	117	59
ISC_afectivos_negativos	Correlação de Pearson	-,197*	,684**	1	,596**
	Sig. (2-tailed)	,029	,000		,000
	N	123	117	123	58
ISC_afectivos_positivos	Correlação de Pearson	-,228	,589**	,596**	1
	Sig. (2-tailed)	,073	,000	,000	
	N	63	59	58	63

*. A correlação é significativa ao nível 0.05.

**.. A correlação é significativa ao nível 0.01.

Relativamente às variáveis, Habilitações Literárias e o Envolvimento Paterno (quadro 3), podemos concluir que a correlação é negativa e significativa ($r = -0,153$; $p = 0,30$). Perante estes resultados, concluímos que o Envolvimento Paterno aumenta em pais – expectantes com habilitações literárias mais baixas.

Não existe correlação entre os sintomas de couvade e as habilitações literárias ($p = 0,154$).

Quadro 3: Correlação entre as variáveis Habilitações literárias, Sintomatologia de Couvade e o Envolvimento Paterno e significância estatística.

			Correlações		
			EEEEPN_total	ISC_total	Habilitações_literárias
Correlação de Spearman	EEEEPN_total	Coeficiente de correlação	1,000	,137	-,153*
		Sig. (2-tailed)	.	,078	,030
		N	200	167	200
	ISC_total	Coeficiente de correlação	,137	1,000	-,110
		Sig. (2-tailed)	,078	.	,159
		N	167	167	167
	Habilitações_literárias	Coeficiente de correlação	-,153*	-,110	1,000
		Sig. (2-tailed)	,030	,159	.
		N	200	167	200

*. A correlação é significativa ao nível 0.05.

Perante os dados apresentados no quadro 4, não existe correlação entre o planeamento da gravidez e os sintomas de couvade ($p = 0,118$), nem com o Envolvimento Paterno ($p = 0,132$).

Quadro 4: Correlação entre as variáveis Gravidez Planeada, Sintomatologia de Couvade e o Envolvimento Paterno e significância estatística.

		Correlação		
		EEEEPN_total	ISC_total	Gravidez planeada
EEEEPN_total	Correlação de Pearson	1	,084	,107
	Sig. (2-tailed)		,278	,132
	N	200	167	200
ISC_total	Correlação de Pearson	,084	1	-,121
	Sig. (2-tailed)	,278		,118
	N	167	167	167
Gravidez planeada	Correlação de Pearson	,107	-,121	1
	Sig. (2-tailed)	,132	,118	
	N	200	167	200

A correlação entre o planeamento da gravidez com as categorias físicas e afectivas de coudade, é negativa e significativa para os sintomas afectivos negativos ($r = -0,180$; $p = 0,046$), o que indica, que os sintomas afectivos negativos aumentam quando não existe planeamento da gravidez (quadro 5).

Não existe correlação entre o planeamento da gravidez e os sintomas físicos ($p = 0,264$) nem com os sintomas afectivos positivos ($p = 0,901$).

Quadro 5: Correlação entre as variáveis Gravidez Planeada e os Sintomas Físicos e Afectivos e significância estatística.

		Correlations			
		ISC_físicos	ISC_afectivos_negativos	ISC_afectivos_positivos	Gravidez planeada
ISC_físicos	Correlação de Pearson	1	,684**	,589**	-,089
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,264
	N	159	117	59	159
ISC_afectivos_negativos	Correlação de Pearson	,684**	1	,596**	-,180*
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,046
	N	117	123	58	123
ISC_afectivos_positivos	Correlação de Pearson	,589**	,596**	1	-,016
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,901
	N	59	58	63	63
Gravidez planeada	Correlação de Pearson	-,089	-,180*	-,016	1
	Sig. (2-tailed)	,264	,046	,901	
	N	159	123	63	200

*. A correlação é significativa ao nível 0.05.

**.. A correlação é significativa ao nível 0.01.

Perante a análise do quadro 6, podemos afirmar, que existe correlação positiva e significativa, entre a gravidez desejada e o Envolvimento Paterno ($r = 0,172$; $p = 0,015$), o que indica que o Envolvimento Paterno aumenta quando a gravidez é desejada.

Não existe correlação entre os sintomas de couvade e a gravidez desejada ($p = 0,570$).

Quadro 6: Correlação entre as variáveis Gravidez Desejada, Sintomatologia de Couvade e o Envolvimento Paterno e significância estatística.

		Correlação		
		EEEEPN_total	ISC_total	Gravidez desejada
EEEEPN_total	Correlação de Pearson	1	,084	,172*
	Sig. (2-tailed)		,278	,015
	N	200	167	200
ISC_total	Correlação de Pearson	,084	1	,044
	Sig. (2-tailed)	,278		,570
	N	167	167	167
Gravidez desejada	Correlação de Pearson	,172*	,044	1
	Sig. (2-tailed)	,015	,570	
	N	200	167	200

*. A correlação é significativa ao nível 0.05.

A correlação entre a Idade gestacional e o Envolvimento Paterno (quadro 7), revela que existe correlação positiva e significativa entre a idade gestacional e o Envolvimento Paterno ($r = 0,162$; $p = 0,022$), o que nos indica que o Envolvimento Paterno aumenta, com a evolução da gravidez.

Não existe correlação entre a sintomatologia de couvade e a idade gestacional ($p = 0,642$).

Quadro 7: Correlação entre as variáveis Idade Gestacional, Sintomatologia de Couvade e o Envolvimento Paterno e significância estatística.

			Correlação		
			EEEEPN_total	ISC_total	Idade gestacional
Correlação de Spearman	EEEEPN_total	Coeficiente de correlação	1,000	,137	,162*
		Sig. (2-tailed)		,078	,022
		N	200	167	200
	ISC_total	Coeficiente de correlação	,137	1,000	-,036
		Sig. (2-tailed)	,078		,642
		N	167	167	167
	Idade gestacional	Coeficiente de correlação	,162*	-,036	1,000
		Sig. (2-tailed)	,022	,642	
		N	200	167	200

*. A correlação é significativa ao nível 0.05.

De acordo com o quadro 8, existe uma correlação negativa e significativa entre o Estatuto da Paternidade e o Envolvimento Paterno ($r_s = -0,279$; $p = 0,000$), o que indica a diminuição do Envolvimento Paternal à medida que aumenta o número de filhos.

Os sintomas de covade não se correlacionam com o estatuto da Paternidade ($p = 0,952$).

Quadro 8: Correlação entre as variáveis Estatuto da Paternidade, Sintomatologia de Covade e o Envolvimento Paterno e significância estatística.

			Correlação		
			EEEEPN_total	ISC_total	Primeiro filho?
Correlação de Spearman	EEEEPN_total	Coeficiente de correlação	1,000	,137	-,279**
		Sig. (2-tailed)		,078	,000
		N	200	167	200
	ISC_total	Coeficiente de correlação	,137	1,000	-,005
		Sig. (2-tailed)	,078		,952
		N	167	167	167
	Primeiro filho?	Coeficiente de correlação	-,279**	-,005	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	,952	
		N	200	167	200

** . A correlação é significativa ao nível 0.01.

Perante os resultados apresentados no quadro 9, podemos concluir que não existe correlação entre o risco associado à gravidez e o Envolvimento Paterno ($p = 0,084$) nem relativamente à síndrome de couvade ($p = 0,569$).

Quadro 9: Correlação entre as variáveis Risco associado à Gravidez, Sintomatologia de Couvade e o Envolvimento Paterno e significância estatística.

		Correlação		
		EEEPN_total	ISC_total	Problema associado à gravidez
EEEPN_total	Correlação de Pearson	1	,084	-,123
	Sig. (2-tailed)		,278	,084
	N	200	167	200
ISC_total	Correlação de Pearson	,084	1	-,044
	Sig. (2-tailed)	,278		,569
	N	167	167	167
Problema associado à gravidez	Correlação de Pearson	-,123	-,044	1
	Sig. (2-tailed)	,084	,569	
	N	200	167	200

Testes Paramétricos – ANOVA

Para comparação das médias de duas ou mais populações de onde são extraídas amostras independentes, é aconselhado realizar a Análise de Variância (ANOVA), se as variáveis em estudo forem normais e as variâncias populacionais forem homogêneas (Maroco 2007).

A distribuição da média amostral (N= 200), tende para distribuição normal (independentemente do tipo de distribuição da variável em estudo) de acordo com o teorema do Limite Central (Maroco 2007).

De acordo com a análise dos dados apresentada (quadro 10), podemos concluir que o envolvimento paterno não influencia a sintomatologia de couvade ($F(31, 135) = 1.033$; $p = 0,430$), indo de encontro ao resultado de School (1989), que não encontrou qualquer relação entre a sintomatologia de couvade e o envolvimento fetal antenatal.

Quadro 10: Teste de comparação entre a Sintomatologia de Couvade e o Envolvimento Paterno.

ANOVA

ISC_total

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Entre grupos	6447,076	31	207,970	1,033	,430
Dentro dos grupos	27166,002	135	201,230		
Total	33613,078	166			

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No que respeita à incidência dos sintomas na nossa amostra, os resultados sugerem a existência do Síndrome de Couvade, nos três trimestres de gestação, quando se considera o valor mínimo de cinco sintomas de acordo com o critério de diagnóstico do *Síndrome de Couvade* de Trethowan & Conlon, 1965, em 26,7% da amostra no primeiro trimestre, 60 % no segundo trimestre e 46,9 % no terceiro trimestre, indo de encontro à incidência internacional que varia entre 11% e 50% (Trethowan & Conlon, 1965; Dickens & Trethowan, 1971) e dentro da percentagem global, proporcional a todas as gravidezes, entre 11% e 97% (Brenann et al, 2007).

Perante a análise do número de sintomas nos três trimestres de gestação, podemos concluir que aumentam de forma crescente, sendo que no primeiro trimestre referiram um total de 30 sintomas, seguindo-se no segundo trimestre, 40 sintomas e no terceiro trimestre 41 sintomas. Em nenhum dos trimestres de gestação foram referenciados os 42 sintomas, pois por lapso apenas foram distribuídos instrumentos de colheita de dados que contemplavam 41 sintomas, não sendo possível avaliar o sintoma: aumento do interesse social.

Os sintomas mais referidos pelos sujeitos, são coincidentes: *dor de cabeça* (no primeiro trimestre 40 % e terceiro trimestre 41,9 %); *tensão e nervosismo* (no primeiro trimestre 40 % e 33,3% respectivamente e no segundo trimestre 56 % e 44 %); *dores nas costas e fadiga* nos três trimestres, sendo as percentagens respectivas no primeiro trimestre 33,3 %; no segundo trimestre, 64 % e 56 % e no terceiro trimestre 51,9 % e 41,9 %, com excepção dos sintomas: *dores musculares* (60%), *nervosismo* (44 %) e *irritabilidade* (40 %), que apenas foram mais referidos no segundo trimestre. Os sintomas mais referidos coincidem com os resultados do estudo de Condon (1987), que revelou a presença de fadiga (9%) e dor de cabeça (5%). A dor de cabeça no primeiro trimestre, também foi dos sintomas mais referidos, no estudo de Sizaret et al (1991). Os sintomas, dores nas costas (11%) e irritabilidade (7%), também foram reportados no estudo de Chalmers & Meyer (1996). Estes resultados também correspondem aos mais incidentes, no estudo de Black et al (1995) e Gomez (2000), sendo os mesmos: tensão, nervosismo, dor de cabeça, fadiga, dores musculares e dores nas costas.

Recorrendo às categorias que Holditch – Davis et al (1995), estabeleceram em termos da qualidade dos sintomas, observa-se que os sintomas referidos coincidem com os do estudo de Chalmers & Meyer (1996) e de Tsai & Chen`s (1997), que reportaram um elevado número de sintomas físicos e psicológicos. A categoria de sintomas psicológicos mais frequentes no

nosso estudo foi a referente aos sintomas afectivos negativos, sendo a ansiedade um dos sintomas mais frequentes, com aumento da sua frequência do primeiro trimestre (26,7%), para o segundo e terceiro trimestre (44% e 43,1% respectivamente), tal como nos estudos de Chalmers & Meyer (1996), cuja ansiedade estava presente no terceiro trimestre (20%).

A insónia pertencente à categoria dos sintomas físicos apenas se evidenciou com maior frequência no terceiro trimestre (33,8%), tal como no estudo de Brenann et al (2007), que os homens associaram a preocupações e ansiedades relativas aos seus sintomas físicos e à gravidez em si, ou pela agitação nocturna das suas parceiras associado a um desconforto natural do fim da gravidez.

Pela análise realizada a partir da maioria dos sintomas referidos, não se confirma que a maioria seja semelhante aos típicos sintomas das mulheres grávidas, como se verifica no estudo de Brenann et al (2007), embora alguns dos sintomas menos referidos pelos sujeitos, como as náuseas e vómitos (também coincidentes nos três trimestres), sejam coincidentes com os do estudo de Brenann et al (2007) e Chalmers & Meyer (1996): dor genital, micção mais frequente e depressão (nos três trimestres); dor nas virilhas (no primeiro e segundo trimestre); náuseas, arrepios, vómitos (no primeiro e terceiro trimestre); apatia e rubor da face (no segundo e terceiro trimestre).

Devido ao facto de as amostras do primeiro, segundo e terceiro trimestres não serem equivalentes, com diferenças significativas entre as mesmas, nomeadamente: $n = 15$; $n = 25$ e $n = 160$, não foi possível calcular uma média de sintomas em cada trimestre, de modo a poder verificar a evolução dos sintomas ao longo da gravidez, sendo esta uma das limitações deste estudo.

No que respeita ao efeito da idade no envolvimento paterno, os resultados indicam-nos que quanto maior for a idade dos pais – expectantes, menor será o Envolvimento Paterno, o que poderá justificar-se pelo facto de o envolvimento paterno ser condicionado por variáveis como a idade e história única de cada indivíduo, implicando uma ruptura com os papéis masculinos tradicionais (May & Perrin, 1985; Abreu, Goodyear, Campos & Newcomb, 2000).

A correlação entre a idade e os sintomas afectivos negativos de couvade, diz – nos que, quanto menor for idade dos pais – expectantes, maior será a existência de sintomas afectivos negativos de couvade, o que contraria o estudo de Bogran (1989), que constatou que o couvade era mais comum em homens com mais de 30 anos. Estes resultados contrariam igualmente o estudo de Gomez (2000), realizado em Portugal, que revelou que a sintomatologia não se associa à idade e de Clinton (1986), que não encontrou correlação significativa entre a idade e os sintomas de couvade.

Relativamente ao efeito das Habilitações Literárias no Envolvimento Paterno, concluímos que o Envolvimento Paterno aumenta em pais – expectantes com habilitações literárias mais baixas. Este resultado contraria o estudo de Saraceno & Naldini (2003), realizado em Itália, que revelou que a relação com os filhos, seria mais reivindicada, pelos pais mais jovens que habitam em meio urbano e têm um alto nível de instrução.

O nosso estudo vai de encontro aos resultados apresentados por Clinton (1986), que, não encontrou correlação entre o nível educacional e a ocorrência do síndrome de couvade, contrariando os estudos de Bogran (1989), ao constatar que o couvade era mais comum em homens com mais habilitações académicas. Contraria igualmente os estudos de Munroe et al (1973); Trethowan (1972); Munroe (1980) e Lipkin & Lamb (1982) que reportaram maior prevalência do síndrome de couvade nos homens com menos habilitações literárias.

Estas diferenças entre factores sócio – demográficos são difíceis de explicar, mas factores, como o tamanho da amostra, diferentes metodologias de investigação, variabilidade étnica e diferentes momentos de aplicação da investigação durante a fase da gravidez, podem explicar as diferenças atrás descritas (Brenan et al, 2007).

O facto de o planeamento da gravidez não se encontrar correlacionado com o Envolvimento Paterno pode dever-se ao facto de que por vezes a gravidez não é planeada, mas tendo em consideração as condicionantes que envolvem a gestação, poderá tornar-se aceite e desejada influenciando o Envolvimento Paterno (Lima, 2006).

A correlação negativa e significativa, entre o planeamento da gravidez e os sintomas afectivos negativos indica, que os sintomas afectivos negativos aumentam quando não existe planeamento da gravidez. Este resultado, vai de encontro aos resultados de Clinton (1985, 1986) e Strickland, que confirmaram uma maior incidência do síndrome em homens que não planearam a gravidez.

Os resultados entre a gravidez desejada e o Envolvimento Paterno, indicam-nos que o Envolvimento Paterno aumenta quando a gravidez é desejada, indo este resultado de encontro ao estudo de May e Perrin (1985) demonstrando que o grau de envolvimento depende do facto de a gravidez ter sido desejada.

O efeito da Idade gestacional no Envolvimento Paterno, revela que o Envolvimento Paterno aumenta, com a evolução da gravidez o que vai de encontro ao estudo de Piccinin (2004), que demonstra que a grande incidência de Envolvimento Paterno emocional relatada pelos pais é referente ao terceiro trimestre da gestação, pois é um período marcado pela proximidade do nascimento do bebé. Este resultado enfatiza o modelo de Condon (1993), em

que os progenitores vão adquirindo de forma crescente uma representação interna da imagem do feto, associada ao envolvimento emocional.

O estudo de Lemmer (1987), também vai de encontro a este resultado, na medida em que identificou alguns efeitos da gravidez no futuro pai, semelhantes aos das grávidas no 1º e 2º trimestres da gravidez encontram-se ambivalentes relativamente à gravidez; no 3º trimestre da gravidez, começa a tornar-se mais “real” e os pais tornam-se mais envolvidos e mais preocupados com aspectos relativos à estabilidade financeira, relação conjugal, sexualidade, assim como a adequação ao papel de Pai.

O efeito do Estatuto da Paternidade no Envolvimento Paterno, indica-nos que o Envolvimento Paternal diminui à medida que aumenta o número de filhos, que vai de encontro ao estudo de Lorensen, Wilson & White (2004), ao referirem que o Envolvimento Paterno durante a gravidez é maior no primeiro filho, em comparação com segundos, o que poderá estar associado à excitação e novidade do primeiro filho.

Os sintomas de couvade não se correlacionam com o estatuto da Paternidade, indo ao encontro dos resultados de Trethowan e Conlon (1965), que não encontraram diferenças significativas entre homens que esperavam o primeiro filho e homens que já tinham filhos. Brenann et al (2007), diz-nos que o síndrome não é exclusivo em homens com primeiros filhos, afectando igualmente homens com filhos anteriores.

Os nossos resultados contrariam os de Clinton (1986); Condon (1987) e Ferketich & Mercer (1989), que demonstram uma correlação significativa entre a ocorrência da síndrome e o número prévio de filhos.

Não existe correlação entre o risco associado à gravidez e o Envolvimento Paterno, nem relativamente ao síndrome de couvade, o que contraria os resultados de Clinton (1986) que encontraram uma correlação positiva entre o Síndrome de Couvade e o risco como a prematuridade ou estado de saúde antes da gravidez.

Concluimos que o envolvimento paterno não influencia a sintomatologia de Couvade, tal como se verificou no estudo de School (1989), ao não encontrar qualquer relação entre a sintomatologia de couvade e o envolvimento fetal antenatal. Por sua vez este resultado contraria os estudos de Weaver & Cranley (1983); Clinton (1987); Drake et al (1988); Raphael – Leff (1991); Elwood & Manson (1994) e Brennan et al (2007).

Tendo em consideração de que os sintomas físicos e afectivos negativos são os vivenciados com maior frequência nos pais – expectantes, o apoio dos técnicos de saúde torna-se essencial, no sentido de prevenir as vivências negativas da paternidade expectante, fomentando uma participação mais activa do homem, envolvendo – o na preparação para a

parentalidade através de aulas de preparação para o nascimento e informação relativamente às mudanças emocionais e físicas decorrentes da gravidez. Deste modo será possível prevenirem-se vivências negativas da gravidez, favorecendo sentimentos de confiança para um maior envolvimento durante e após o nascimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, J.M., Goodyear, R., Campos, A., & Newcomb, M.D. (2000). Ethnic belonging and traditional masculinity ideology among African Americans, European Americans and Latinos. In: *Psychology of Men and Masculinity*, 1, 75 – 86.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders IV* (6 ed.). Washington, D.C: American Psychiatric Press.
- Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo* (3ed). Lisboa, Edições 70.
- Basil, Y. (2006). A Couvade syndrome variant? *Psychosomatics*, 47 (4), 363-364.
- Bartlett, E. (2004). The effects of fatherhood on the health of men: a review of the literature. *Elsevier*, 1(2), 159-169.
- Beaton, J.M., Doherty, W.J., & Ruerter, M.A. (2003) Family of origin processes and attitudes of expectant-fathers. *Fathering*, 1, 149-168.
- Black, B., Holditch-Davis, D., Saldelowski, M., & Harris, B. (1995). Comparison of pregnancy symptoms of infertile and fertile couples. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 9 (2), 1-9.
- Bobak, I, et al. (1999). *Enfermagem na Maternidade* (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Bogren, L.Y. (1983). Couvade. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 68, 55 – 65.
- Bogren, L.Y. (1984). The Couvade syndrome: background variables. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 70, 316 – 320.
- Bogren, L.Y. (1989). Pregnancy symptoms in the expectant man. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 10, 43–51.
- Bornhold, E.A., Wagner, A., & Staudt, A.C.P. (2007); A vivência da gravidez do primeiro filho à luz da perspectiva paterna. *Psicologia Clinica*, 19 (1), 75-92.
- Boyarin, D. (1994). "Jewish masochism: Couvade, castration and rabbis in pain" in *American Imago*, 51(1), 3-36.
- Brennan et al (2007). A critical review of the Couvade syndrome: the pregnant male. *Journal of reproductive and infant psychology*, 25(3), 173-189. Consultado a 20 de Setembro de 2008, através de EBSCOHost Academic Search Elite database.
- Brennan, A. et al (2007). A qualitative exploration of the Couvade syndrome in expectant fathers. *Journal of reproductive and infant psychology*, 25(1), 18-39. Consultado a 20 de Setembro de 2008, através de EBSCOHost Academic Search Elite database.

- Brown, M. (1983). Social support and symptomatology: A study of first-time parents. *Dissertation Abstracts International*, 44, 111B.
- Campos, L.P.L. (2006). As representações psicológicas da gravidez no pai. *Mental*, IV (7), 147-180.
- Canavarro, M.C. et al (2006); *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (2.^a ed). Coimbra: Quarteto.
- Clinton, J.F. (1986). Expectant fathers at risk of Couvade. *Nursing Research*, 30, 281–284.
- Clinton, J.F. (1987). Physical and emotional responses of expectant fathers throughout pregnancy and the early postpartum period. *International Journal of Nursing Studies*, 24, 59–68.
- Coley, R.L., & Chase – Landslade, P.L. (1999). Stability and change in paternal involvement among urban African American fathers. In: *Journal of family Psychology*, 13 (3), 416 – 435.
- Coley, R.(2001). (In)Visible men: Emerging research on low-income, unmarried and minority fathers. *American Psychologist*, 56 (9), 743-753.
- Condon, J.T. (1987). Psychological and physical symptoms during pregnancy: a comparison of male and female expectant parents. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 5, 207–219.
- Condon, J. T., & Esuvaranathan, V. (1990).The influence of parity on the experience of pregnancy: A comparison of first and second-time expectant couples. *British Journal of Medical Psychology*, 63, 369-367.
- Condon, J. T. (1993).The assessment of antenatal emocional attachment: Development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 167-183.
- Cox, M.J., Owen, M.T., Henderson., V.K., & Margand, N.A.(1992). Prediction of infant – father and infant – mother attachment. In: *Developmental Psychology*, 28(3), 474 – 483.
- Cranley,S.(1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research* ,30, 281-284.
- Davis, O.S. (1978). Mood and symptoms of expectant fathers during the course of pregnancy: a study of the crises perspective of expectant fatherhood. *Dissertation Abstracts International*, 38, 5741A.
- Deutsch, f., Servis, L., & Payne, J (2001).Paternal participation in child care and its effects on children`s self-esteem and attitudes toward gendered roles. *Journal of Family Issues*, 22(8), 1000-1024.

- Dickens, G. & Trethowan, W.A. (1971). Cravings and aversions during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 15, 259 – 268.
- Dienhart, T.A. (2001). Make room for daddy: the pragmatic potentials of a tag – team structure for sharing parenting. In: *Journal of Family Issues*, 22 (8), 973 – 999.
- Dourado, V.G. & Pelloso, S.M. (2007); Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. *Acta Paul Enfermagem*, 20 (1), 69-74.
- Drake, M.L., Verhulst, D. & Fawcett, J. (1988). Physical and psychological symptoms experienced by canadian women and their husbands during pregnancy and the postpartum. *Journal of Advanced Nursing*, 13, 436–440.
- Ehrenreich, B. (2003). La révolte des daddies. In: *Le Nouvel Observateur Hors – série n°49, L`Aventure de La Paternité*, 12 – 15.
- Elkins, I.J., Megue, M., & Iacono, W.G. (1997). Genetic and environmental influences on parent-son relationships: Evidence for increasing genetic influence during adolescence. *Developmental Psychology*, 33(2), 351-363.
- Elwood R., & Mason C. (1994) The Couvade and onset of paternal care: A biological perspective. *Ethology and Sociobiology*, 15, 145-156.
- Entwisle, D.R., & Doering, S. (1988). The emergent father role. *Sex roles*, 18 (3/4), 119 – 141.
- Fawcett, J., & York, R. (1986). Spouses' physical and psychological symptoms during pregnancy and the post-partum. *Nursing Research*, 35(3), 144-148
- Ferretich, S. L & Mercer, R. T. (1989). Men`s health status during pregnancy and early fatherhood. *Reasearch in Nursing and Health*, 12, 137-148.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (2000). *O processo da Investigação* (2ª ed.). Portugal: Lusociência.
- Fortin, M.F. (2003). *O processo de Investigação – de concepção à realização* (3.ª ed.). Lusociência: Camarate.
- Gerzi, S. & Berman, E. (1981). Emotional reactions of expectant fathers to their wives' fist pregnancy. *British Journal of Medical Psychology*, 54, 259–265.
- Gil, A. (1999). *Pesquisa Social* (5ª ed.). São Paulo: Editora Atlas SA.
- Gomes, A.J.S & Resende, V.R., (2004); O presente da paternidade numa família contemporânea. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (2), 119-125.

- Gomez, R.M. (2000). *Paternidade, gravidez e o 'síndrome de Couvade': Estudo exploratório sobre a ocorrência de sintomas somáticos em pais-expectantes portugueses*. Tese de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica, apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Gomez, R.M., Leal, I., & Figueiredo, E.(2002). Síndrome de Couvade: um estudo exploratório da ocorrência de sintomas em pais – expectantes. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 4 (2), 95-120.
- Gomez. R.M (2005). O pai. Paternidade em transição. Em: I. Leal (ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*, 257-278. Lisboa: Fim de século.
- Gomez, R & Leal, I (2007). Vinculação Parental durante a Gravidez: Versão Portuguesa da forma Materna e Paterna da Antenatal Emocional Attachment Scale. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (2), 153-165.
- Hartland,S.(1928). Birth (Introduction). In: Hastings,J(eds), *Encyclopedia of Religion and Ethics*(13 vols).New York: Scribner.
- Haynal A. (1977) Men facing reproduction. *Dynamische Psychiatrie*, 10(5), 360-368. Abstract form: PsycLIT Journal Articles 1974-1990.
- Holditch – Davis, D., Black, B., Saldelowski, M., Harris, B., & Belyea, M. (1995).Fertility status and symptoms in childbearing couples. *Research in Nursing and Health*, 18, 417-426.
- Hood, G., Haber, J.(2001). *Métodos, Avaliação Crítica e Utilização* (4ªed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Jordan, P.L. (1990). Labouring for relevance: expectant and new fatherhood. *Nursing Research*, 39, 11–16.
- Khanobdee, C., Sukratanachaiyakul, V., & Templeton, G.J. (1993). Couvade syndrome in expectant Thai fathers. *International Journal of Nursing Studies*, 30, 125–131.
- Klaus, M.H., & Kennell, J.H. (1993). A família durante a Gravidez. Em: Klaus, M.H. & Kennell, J.H (eds.), *Pais/bebé: A formação do apego*, 21 – 41. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klein, H. (1991). Couvade syndrome: male counterpart to pregnancy. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 21, 57–69.
- Lamb, M. (1992). O papel do pai em mudança. *Análise Psicológica*. 1 (10): 19-34.

- Lima, M.G. (2006). *Representações sociais das gestantes sobre a gravidez e a consulta de enfermagem no pré-natal*. Tese de mestrado apresentada na Universidade de Brasília. Faculdade de ciências da saúde. Acedido em 26 de Maio de 2009, através de EBSCOHost Academic Search Elite database.
- Leal, I. & Gomez, R. (2007). Vinculação parental durante a gravidez. *Psicologia Saúde & Doenças*, 8 (2), 153-165.
- Lipkin, M., & Lamb, G.S. (1982). The Couvade syndrome: an epidemiological study. *Annals of Internal Medicine*, 96, 509–511.
- Lorensen, M., Wilson, M., & White, M. (2004). Norwegian Families: Transition to Parenthood. *Taylor & Francis*, 25(4), 334-348.
- Lundell, T. (1999). Couvade in Sweden. *Scandinavian Studies*, 94-104.
- Magalini, S.I., & Magalini, S.C. (1997). *Dictionary of Medical Syndromes* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Mason, C. & Elwood, R. (1995). Is there a physiological basis for the Couvade and the onset of paternal care? *International Journal of Nursing Studies*, 32, 137–142.
- Marilov, V. (1997). The Couvade syndrome (Russian). *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii Imeni*, 97 (12), 65 – 67.
- Marsiglio, W., Amato, P., Day, R. D., & Lamb, M.E. (2000). Scholarship on fatherhood in the 1990's and beyond. *Journal of Marriage and The Family*, 63, 309-321.
- Masoni, S., Maio, A., Trimarchi, G., De Punzio, C. & Fioretti, P. (1994). The Couvade syndrome. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 15, 125–131.
- May, K. (1980). A typology of detachment/involvement styles adopted during pregnancy by first-time fathers. *Western Journal of Nursing Research*, 2, 445-461.
- May, K. (1982). Three phases of father involvement in pregnancy. *Nursing Research*. 21(6), 337-342.
- May, K., & Perrin S. (1985) Prelude: Pregnancy and birth. In: Hanson, M & Bozet, F (eds). *Dimensions of fatherhood*, pp 64-91. Beverly Hills/USA: Sage Publications.
- Mendes, R. (2004). À Procura de Novos Pais: Representações e Atitudes Perante a Paternidade. *Actas dos Ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia – Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção (Ateliers: Família)*, 124-129.

- Mendes, R. (2007). *A Parentalidade Experimentada no Masculino: As vivências da Paternidade*. Acedido em 13, 12, 2007, através de EBSCOHost Academic Search Elite database
- Menget,P.(1989). La Couvade: Un rite de paternité. In : Augé, M (ed.), *Le père, métaphore paternelle et fonctions du père : L'interdit, la filiation, la transmission*, 87-103.Paris : Editions Denoel.
- Mesnard, P. (2003).La garde des enfants ou le jugement de Salomon. In : *Le Nouvel Observateur Hors – série, n° 49, L`Aventure de La Paternité*, 34.
- Milbradt, V. (2008); Afetividade e Gravidez indesejada, os caminhos de vínculo Mãe – Filho. *Revista Pensamento Biocêntrico*, 9,111-133.
- Munroe, R.L., & Munroe, R.H. (1971). Male pregnancy symptoms and cross-sex identity in three societies. *Journal of Social Psychology*, 84, 11–25.
- Munroe, R.L., Munroe, R.H., & Nerlove, S.B. (1973). Male pregnancy symptoms and cross-sex identity: two replications. *Journal of Social Psychology*, 89, 147–148.
- Munroe, R.L. (1980). Male transvestism and the Couvade: a psycho-cultural analysis. *Ethos*, 8, 49–59.
- Parke, R. D. (1996). *Fatherhood*. Massachusetts: Harvard University press.
- Phares, V. (1992). Where`s Poppa?: The relative lack of attention to the role of fathers in child and adolescent psychopathology. In: *American Psychologist*, 47 (5), 656 – 664.
- Piccinini, C.A. et al (2004). O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17 (3), 303-314.
- Prado, A.B., Piovanotti, M.R.A., & Vieira, M.L. (2007); Concepções de pais e mães sobre o comportamento paterno real e ideal. *Psicologia em Estudo*; 12 (1), 41-50.
- Rapheal-Leff, J. (1991). *Psychological process of childbearing*. London: Chapman and Hall.
- Relvas, A.P. (1999). *O Ciclo Vital da Família: Perspectiva Sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Ribeiro JP. *Investigação e avaliação em psicologia*. Lisboa: Climepsi, 1999.
- Sandelowski M. (1994). Separate but less unequal Fetal ultrasonography and the transformation of expectant mother/fatherhood. *Gender and Society*, 8 (2), 230-245.
- Saraceno, C., & Naldini, M. (2003). *Sociologia da Família*. 2ª Edição actualizada. Lisboa: Estampa.
- Schodt, C.M. (1989). Paternal–fetal attachment and Couvade: a study of patterns of human–environment integrality. *Nursing Science Quarterly*, 2, 88 – 97.

- Strickland, O.L. (1987). The occurrence of symptoms in expectant fathers. *Nursing Research*, 36, 184 – 189.
- Silva, M.R. & Piccinini, C.A., (2007); Sentimentos sobre a paternidade e o envolvimento paterno: um estudo qualitativo. *Estudos de Psicologia*, 24 (4), 561-573.
- Sizaret, P., Degiovanni, A., Gaillard, P. & Benichou, C. (1991). Study on the somatic symptoms of Couvade. *Annals of Medical Psychology*, 149, 230–233.
- Soifer, R.(1992). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério* (6. ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Tachibana, M., Santos, L.P. & Duarte, C.A. (2006); O conflito entre o consciente e o inconsciente na gravidez não planejada. *Psyche*. São Paulo, X (19), 149-167.
- Tarnowski, K.S., Próspero, E.N.S. & Elsen, I., (2005); A participação paterna no processo de humanização do nascimento. *Texto, Contexto Enfermagem*, 14, 102-108.
- Trethowan, W.H., & Conlon, M.F. (1965). The Couvade syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 111, 57 – 66.
- Trethowan, W.H. (1972). The Couvade syndrome. In: J.G. Howells (ed.), *Perspectives in international child psychiatry*, 67–93. Edinburgh: Oliver and Boyd
- Tsai, S., & Chen,C. (1997). Somatic symptoms, stress and social support of expectant fathers (Chinese). *Nursing Research*,5, 439–451.
- Weaver, R.H. & Cranley, M.S. (1983). An exploration of paternal–fetal attachment behaviour. *Nursing Research*, 32, 68–72.
- Whitehead,S.M. (2002).*Men and masculinities*, Cambridge. UK: Polity Press.
- Williams,H.(1997).”Couvade syndrome: dad to be sympathy pains” in *Canadian Parents Online – General Articles*. Retrieved December, 2008, from <http://www.canadianparents.com.html>
- Wood, G., & Haber, J. (2001). *Pesquisa em Enfermagem. Métodos, avaliação crítica e utilização* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- World Health Organization. (1993). *International Classification of Diseases* (10th ed.). Geneva: World Health Organization.

ANEXOS

ANEXO A: Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Os questionários que lhe apresentamos fazem parte de uma investigação sobre o envolvimento paterno durante a gravidez, que está a ser desenvolvida no âmbito do Mestrado em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, sob a orientação da Professora Doutora Isabel Leal. Para alcançar a sua concretização e com vista a um maior enriquecimento do trabalho, no que toca a transmissão das suas “vivências reais”, a sua colaboração é fundamental.

A informação recolhida será absolutamente confidencial, o que significa que não irá ser divulgado nada que identifique as pessoas que responderam.

As apreciações globais deste trabalho, serão apresentados no Instituto de Psicologia Aplicada.

Deste modo gostaríamos que respondesse aos questionários. Se concorda, pedimos que assine esta folha que será separada do questionário, no qual declara:

- 1- Que foi esclarecida sobre o que vai ser estudado e o que pretendem de si;
- 2- Que respondemos a todas as dúvidas que colocou.

(No caso de não poder ou não saber assinar, o consentimento deverá ser presenciado por outra pessoa (acompanhante ou técnico), que o assina).

Data ____/____/____ Assinatura _____

ANEXO B: Carta de Apresentação

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Os questionários que lhe apresentamos fazem parte de uma investigação sobre o envolvimento paterno durante a gravidez, que está a ser desenvolvida no âmbito do Mestrado em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, sob a orientação da Professora Doutora Isabel Leal.

Pedimos a sua colaboração neste estudo mediante o preenchimento dos questionários apresentados nas páginas seguintes.

Prevê-se que o preenchimento demore cerca de 15 minutos.

Garantimos o anonimato e a confidencialidade dos dados que nos forem fornecidos, sendo a informação disponibilizada apenas usada para cumprir os objectivos da presente investigação.

Não há respostas certas ou erradas, não importa se a sua resposta está ou não teoricamente correcta. O que importa são as suas vivências autênticas porque nos interessa conhecer melhor essa realidade e não outra.

Por favor, responda a todas as questões.

Liliana Ferreira,

o meu **MUITO OBRIGADO!**

ANEXO C: Questionário sócio – demográfico

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Data: ____/____/____

1. Idade _____

2. Estado Civil:

 solteiro/a casado/a União de facto Divorciado/a viúvo/a Outro. Qual? _____

4. Escolaridade: _____

5. Profissão: _____

6. Etnia: _____

7. Nacionalidade: _____

GRAVIDEZ1. Gravidez planeada: Não Sim 2. Gravidez desejada Não Sim

3. Idade gestacional: _____

4. Este é o seu 1º filho? Sim Não (2º ; 3º ; 4º ; ___ filho)

5. Existe/existiu algum risco ou problema associado à gravidez?

Não Sim Qual?

ANEXO D: Inventário de Sintomatologia

INVENTÁRIO DE SINTOMATOLOGIA
(Black, Holditch-Davis, Sandelowski e Harris)

Instruções: Segue-se uma lista de sintomas e sentimentos variados. Para cada sintoma ou sentimento que tenha experienciado nos últimos 7 dias, por favor indique com intensidade ele foi sentido [levemente (LEV); moderadamente (MOD) ou intensamente (INT), colocando uma (x) na coluna correspondente. No caso de não ter experienciado o sintoma ou sentimento nos últimos 7 dias, não coloque qualquer (x) nas colunas.

	LEV	MOD	INT
Dor de cabeça			
Dores nas costas			
Dores musculares			
Dor genital			
Prisão de ventre			
Diarreia			
Aumento do apetite			
Perda do apetite			
Vertigens/tonturas			
Insônia			
Mãos/pés inchados			
Falta de ar			
Movimento no abdômen			
Dor nas virilhas			
Náusea			
Sentir-se inchado/cheio			
Micção mais frequente			
Fadiga			
Arrepios			
Azia do estômago			
Rubor da face			

ANEXO E: Escala de Vinculação Pré – natal

	LEV	MOD	INT
Comichão/irritação genital			74
Sangramento genital			
Cãibras abdominais			
Relaxamento			
Mãos/pés frios			
Irrupções da pele			
Palpitações/dores no peito			
Diminuição do desejo sexual			
Vômitos			
Dor nos mamilos/peito			
Apatia			
Depressão			
Irritabilidade			
Ansiedade			
Diminuição do Interesse social			
Tensão			
Choro			
Nervosismo			
Aumento do desejo sexual			
Euforia			

ESCALA DE VINCULAÇÃO PRENATAL

J.T. Condon

Instruções: Responda, por favor, às seguintes perguntas, assinalando (com um x) uma das cinco alternativas.

<p>1. <u>Nas últimas 2 semanas</u>, tenho pensado ou tenho estado preocupado com o bebé:</p> <p><input type="checkbox"/> quase sempre</p> <p><input type="checkbox"/> muito frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> ocasionalmente</p> <p><input type="checkbox"/> nunca</p> <p>2. <u>Nas últimas 2 semanas</u>, quando falei ou pensei no bebé senti emoções que foram:</p> <p><input type="checkbox"/> muito fracas ou inexistentes</p> <p><input type="checkbox"/> moderadamente fracas</p> <p><input type="checkbox"/> entre fortes e fracas</p> <p><input type="checkbox"/> moderadamente fortes</p> <p><input type="checkbox"/> muito fortes</p> <p>3. <u>Nas últimas 2 semanas</u>, os meus sentimentos sobre o bebé têm sido:</p> <p><input type="checkbox"/> muito positivos</p> <p><input type="checkbox"/> sobretudo positivos</p> <p><input type="checkbox"/> um misto de positivos e negativos</p> <p><input type="checkbox"/> sobretudo negativos</p> <p><input type="checkbox"/> muito negativos</p> <p>4. <u>Nas últimas 2 semanas</u>, tenho tido o desejo de ler ou obter informação sobre o bebé. Esse desejo é:</p> <p><input type="checkbox"/> muito fraco ou inexistente</p>	<p>5. <u>Nas últimas 2 semanas</u>, tenho tentado imaginar como é o bebé na barriga da minha mulher:</p> <p><input type="checkbox"/> quase sempre</p> <p><input type="checkbox"/> muito frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> ocasionalmente</p> <p><input type="checkbox"/> nunca</p> <p>6. <u>Nas últimas 2 semanas</u>, penso no bebé sobretudo como:</p> <p><input type="checkbox"/> uma pessoa pequena e real com características especiais</p> <p><input type="checkbox"/> um bebé como qualquer outro</p> <p><input type="checkbox"/> um ser humano</p> <p><input type="checkbox"/> um ser vivo</p> <p><input type="checkbox"/> um ser que ainda não está realmente vivo</p> <p>7. <u>Nas últimas 2 semanas</u>, quando penso no bebé, os meus pensamentos:</p> <p><input type="checkbox"/> são sempre de ternura e amor</p> <p><input type="checkbox"/> são sobretudo de ternura e amor</p> <p><input type="checkbox"/> são uma mistura de ternura e irritação</p> <p><input type="checkbox"/> contêm um pouco de irritação</p> <p><input type="checkbox"/> contêm muita irritação</p> <p>8. <u>Nas últimas 2 semanas</u>, as minhas ideias sobre possíveis nomes para o bebé têm sido:</p> <p><input type="checkbox"/> muito claras</p>
--	--

<p><input type="checkbox"/> moderadamente fraco</p> <p><input type="checkbox"/> nem forte nem fraco</p> <p><input type="checkbox"/> moderadamente forte</p> <p><input type="checkbox"/> muito forte</p> <p>9. <u>Nas últimas 2 semanas</u>, quando penso no bebé tenho sentimentos que são de:</p> <p><input type="checkbox"/> muita tristeza</p> <p><input type="checkbox"/> tristeza moderada</p> <p><input type="checkbox"/> uma mistura de felicidade e tristeza</p> <p><input type="checkbox"/> felicidade moderada</p> <p><input type="checkbox"/> muita felicidade</p> <p>10. <u>Nas últimas 2 semanas</u>, tenho pensado sobre que tipo de criança o bebé será quando crescer:</p> <p><input type="checkbox"/> ainda não</p> <p><input type="checkbox"/> ocasionalmente</p> <p><input type="checkbox"/> frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> muito frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> quase todo o tempo</p> <p>11. <u>Nas últimas 2 semanas</u>, tenho-me sentido:</p> <p><input type="checkbox"/> emocionalmente muito distante do bebé</p> <p><input type="checkbox"/> moderadamente distante do bebé a nível emocional</p> <p><input type="checkbox"/> não muito próximo do bebé a nível emocional</p> <p><input type="checkbox"/> moderadamente próximo do bebé a nível emocional</p> <p><input type="checkbox"/> emocionalmente muito próximo do bebé</p> <p>12. Quando eu vir o bebé pela primeira vez, depois do nascimento, espero vir a sentir:</p> <p><input type="checkbox"/> carinho intenso</p> <p><input type="checkbox"/> muito carinho</p> <p><input type="checkbox"/> carinho, mas calculo encontrar no bebé alguns aspectos de que não vou gostar</p> <p><input type="checkbox"/> suspeito que existirão alguns aspectos no bebé</p>	<p><input type="checkbox"/> moderadamente claras</p> <p><input type="checkbox"/> moderadamente vagas</p> <p><input type="checkbox"/> muito vagas</p> <p><input type="checkbox"/> ainda não tenho nenhuma ideia</p> <p>13. Quando o bebé nascer, gostava de lhe pegar:</p> <p><input type="checkbox"/> imediatamente</p> <p><input type="checkbox"/> após ter sido enrolado num lençol</p> <p><input type="checkbox"/> após ter sido lavado</p> <p><input type="checkbox"/> depois de algumas horas, para as coisas assentarem</p> <p><input type="checkbox"/> no dia seguinte</p> <p>14. <u>Nas últimas 2 semanas</u>, tenho tido sonhos sobre a gravidez ou sobre o bebé:</p> <p><input type="checkbox"/> nunca</p> <p><input type="checkbox"/> ocasionalmente</p> <p><input type="checkbox"/> frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> muito frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> quase todas as noites</p> <p>15. <u>Nas últimas 2 semanas</u>, dei por mim a sentir ou a passar a minha mão na barriga da minha mulher:</p> <p><input type="checkbox"/> muitas vezes por dia</p> <p><input type="checkbox"/> no mínimo uma vez por dia</p> <p><input type="checkbox"/> ocasionalmente</p> <p><input type="checkbox"/> uma única vez</p> <p><input type="checkbox"/> nunca</p> <p>16. Se a gravidez terminasse agora (devido a um aborto ou um outro acidente) sem qualquer dor ou dano para a minha mulher, eu sentir-me-ia:</p> <p><input type="checkbox"/> muito satisfeito</p> <p><input type="checkbox"/> moderadamente satisfeito</p> <p><input type="checkbox"/> neutro (i.e. nem triste nem satisfeito ou uma mistura destes sentimentos)</p> <p><input type="checkbox"/> moderadamente triste</p> <p><input type="checkbox"/> muito triste</p>
---	--

de que não vou gostar [] suspeito que me vou sentir desiludido	
--	--

ANEXO F: Autorização para aplicação dos instrumentos de colheita de dados



Direcção de Enfermagem

Exm^a Senhora
Enf^a Lilliana Sousa Ferreira

- CONSULTAS DIFERENCIADAS -

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
<i>Pedido</i>	03.12.08		

ASSUNTO: Aplicação de Questionário.

Reportando-nos ao documento e assunto identificados em epígrafe, somos a informar que, no estrito âmbito da frequência do mestrado de Psicologia da Gravidez e Parentalidade, foi autorizada a aplicação do respectivo questionário aos companheiros das grávidas referenciadas dos Centros de Saúde às Consultas de Alto Risco da MAC.

Mais se informa que, sempre e em qualquer circunstância, deverá ser preservada a confidencialidade e o anonimato dos intervenientes bem como ser obtido o consentimento prévio dos visados.

Com os melhores cumprimentos.

A ENFERMEIRA DIRECTORA

Gabriela Croft Moura
(Gabriela Croft Moura)