

DM  
GOME/R.

1999/2000

DISSERTAÇÃO DE  
MESTRADO EM PSICOPATOLOGIA E PSICOLOGIA CLÍNICA  
INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

Rita M. M. Gomez

**PATERNIDADE, GRAVIDEZ E O SÍNDROMA DE COUVADE**  
- Estudo Exploratório Sobre a Ocorrência de Sintomas em  
Pais-Expectantes Portugueses


ORIENTADORES:

Eurico Figueiredo  
Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Isabel Leal  
Instituto Superior de Psicologia Aplicada

SEMINÁRIO DE DISSERTAÇÃO DIRIGIDO POR:

Eurico Figueiredo  
Instituto Superior de Psicologia Aplicada

 ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada  
Centro de Documentação  
Registo: 14433  
Data: 27/10/2003  
Tel: 21 881 17 50 • [sibispa@ispa.pt](mailto:sibispa@ispa.pt)

## AGRADECIMENTOS

No momento da conclusão deste trabalho, um conjunto de pessoas merecem o meu agradecimento:

- Prof. Eurico Figueiredo, pela sugestão do tema do trabalho, de outra forma ainda desconhecido por mim, e por todas as restantes sugestões e a simpatia sempre oferecida.
- Prof.<sup>a</sup> Isabel Leal, de forma muito, muito especial, pela sua incansável disponibilidade, pelo seu aconselhamento sempre objectivo e atento e pela amizade e interesse demonstrados.
- Beth Perry Black, Diane Holditch-Davis, Margarete Sandelowski e Betty Harris, pela cedência do *The Symptomatology Inventory* e de outro material que foi precioso na condução deste trabalho.
- Equipa da *Mamãs e Companhia*, que me proporcionou o acesso aos futuros-pais que ali participavam em classes de preparação para o parto, o que foi fundamental na fase de instrumentação do estudo empírico.
- Todos os profissionais e amigos que deram a sua colaboração no âmbito da amostragem: Dra. Fátima Bivar, Dra. Clara Bicho, Dra. Linda Soares, Dra. Jesus Correia, Dra. Maria José Alves, Dra. Fátima Palma, Dra. Noémia Assunção, Dr. Gervásio da Silva, Dr. Jorge Borrego, Dra. Rosalinda Rodrigues, Dra. Sarogini Raicar, Dra. Luz Pires, Dra. Ana Candeias, Dr. Borges Martins, Dra. Joaquina Tavares, Dra. Ana Campos, Dra. Fátima Serrano, Dr. França Martins, João Brito, Madalena Carvalho, Ana Perry, Sílvia Ferreira, Luís Pereira e Paulo Fernandes.
- Todos os participantes no estudo empírico, já que este não tinha sido possível sem sua colaboração.

- Prof. José Luís Pais Ribeiro, pela material cedido e pelas sugestões na área dos 'acontecimentos de vida'.

- Profª. Manuela Hartley Fernandes, pela disponibilidade e simpatia com que reviu os procedimentos estatísticos.

- Associação para o Estudo e Integração Psicossocial/Centro de Lisboa de Doentes Mentais, pela flexibilidade que me proporcionou na conciliação deste objectivo académico com a minha actividade profissional ali e pelo encorajamento que cada colega, individualmente, me deu.

- Fundação para a Ciência e a Tecnologia, pela atribuição da Bolsa de Apoio à Dissertação de Mestrado no âmbito do Programa PRAXIS XXI.

- Todos os familiares e amigos que, dispensando serem nomeados, estiveram ao meu lado mais uma vez e são a minha identidade.

A todos o meu obrigado.

Rita M. M. Gomez (ISPA, 1999/2000). Paternidade, Gravidez e o Síndrome de Couvade: Estudo Exploratório sobre a Ocorrência de Sintomas em Pais-Expectantes Portugueses (DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM PSICOPATOLOGIA E PSICOLOGIA CLÍNICA).

## ERRATA

- 30ª linha da página 4 - onde se lê «método da nvestigação» deve ler-se «método da investigação».
- 38ª linha da página 6 - onde se lê «em cada amostra, » deve ler-se «em cada amostra, 97».
- 2ª linha da página 7 - onde se lê «*Sindoma*» deve ler-se «*Síndroma*».
- 24ª linha da página 8 - onde se lê «e a mais vocacionados» deve ler-se «e mais vocacionados».
- 11ª linha da página 11 - onde se lê «capítulo 3, » deve ler-se «capítulo 3».
- 17ª linha da página 35 - onde se lê «Coman e Colman» deve ler-se «Colman e Colman».
- 17ª linha da página 68 - onde se lê «Este» deve ler-se «Estes».
- 18ª linha da página 68 - onde se lê «aspecto» deve ler-se «aspectos».
- 15ª linha do Quadro 5 (página 87) – na primeira coluna deve ler-se «14».
- 34ª linha da página 110- onde se lê «Lisboa: Livros » deve ler-se «Lisboa: Livros Horizonte.».
- 2ª linha da página 118 - onde se lê «(Quadro 3)» deve ler-se «(Quadro 4)».
- Página 118 – A seguir à última linha, deve visualizar-se a seguinte figura:

**Quadro 4. Normalidade da distribuição do número de sujeitos que vivenciaram cada sintoma no teste e no reteste**

Número de Sujeitos que Vivenciaram cada Sintoma	Teste de Shapiro-Wilk		
	valor	g.l.	p
TESTE	0,866	42	0,010
RETESTE	0,885	42	0,010

Rita M. M. Gomez (ISPA, 1999/2000). Paternidade, Gravidez e o Síndrome de Couvade: Estudo Exploratório sobre a Ocorrência de Sintomas em Pais-Expectantes Portugueses (DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM PSICOPATOLOGIA E PSICOLOGIA CLÍNICA).

## ERRATA

- 30ª linha da página 4 - onde se lê «método da nvestigação» deve ler-se «método da investigação».
- 38ª linha da página 6 - onde se lê «em cada amostra, » deve ler-se «em cada amostra, 97».
- 2ª linha da página 7 - onde se lê «*Síndoma*» deve ler-se «*Síndrome*».
- 24ª linha da página 8 - onde se lê «e a mais vocacionados» deve ler-se «e mais vocacionados».
- 11ª linha da página 11 - onde se lê «capítulo 3, » deve ler-se «capítulo 3».
- 17ª linha da página 35 - onde se lê «Coman e Colman» deve ler-se «Colman e Colman».
- 17ª linha da página 68 - onde se lê «Este» deve ler-se «Estes».
- 18ª linha da página 68 - onde se lê «aspecto» deve ler-se «aspectos».
- 15ª linha do Quadro 5 (página 87) – na primeira coluna deve ler-se «14».
- 34ª linha da página 110- onde se lê «Lisboa: Livros » deve ler-se «Lisboa: Livros Horizonte.».
- 2ª linha da página 118 - onde se lê «(Quadro 3)» deve ler-se «(Quadro 4)».
- Página 118 – A seguir à última linha, deve visualizar-se a seguinte figura:

**Quadro 4. Normalidade da distribuição do número de sujeitos que vivenciaram cada sintoma no teste e no reteste**

Número de Sujeitos que Vivenciaram cada Sintoma	Teste de Shapiro-Wilk		
	valor	g.l.	p
TESTE	0,866	42	0,010
RETESTE	0,885	42	0,010

## ÍNDICE

Lista de Quadros, 6

Resumo, 7

Introdução, 9

1. Caminhos da Paternidade

- 1.1. Paternidade: perspectiva do ciclo de vida, 12
- 1.2. Mudança histórica e papéis paternos: *Nova paternidade*, 14
- 1.3. Realce social do ter-se filhos, 21
- 1.4. Paternidade-prospectiva: O desejo de ser-se pai, 23

2. Paternidade-Expectante

- 2.1. Experiência psicológica da gravidez, 27
  - 2.1.1. A experiência materna, 28
  - 2.1.2. A experiência paterna, 30
- 2.2. Gravidez e envolvimento paterno, 35
- 2.3. Reacções mal-adaptativas à paternidade expectante, 40

3. Paternidade-Expectante e o Fenómeno *Couvade*

- 3.1. *Rituais Couvade*, 43
  - 3.1.1. Origem e distribuição geográfica, 45
  - 3.1.2. Teorias explicativas, 47
- 3.2. *Síndrome de Couvade*, 49
  - 3.2.1. Distribuição geográfica, incidência e evolução, 51
  - 3.2.2. Teorias explicativas, 52
  - 3.2.3. Revisão dos estudos empíricos, 58
    - 3.2.3.1. Variáveis de 'risco', 64
  - 3.2.4. Balanço da investigação empírica, 67

4. Contributo Pessoal: Estudo Exploratório Sobre a Ocorrência de Sintomas em Pais-Expectantes portugueses

- 4.1. Objectivos e questões de investigação, 70
- 4.2. Metodologia
  - 4.2.1. Desenho e método da investigação, 71
  - 4.2.2. Amostragem, 72
  - 4.2.3. Recolha de dados
    - 4.2.3.1. Procedimento, 74
    - 4.2.3.2. Instrumentos, 74
- 4.3. Análise dos resultados
  - 4.3.1. Características Gerais das Amostras, 80
  - 4.3.2. Tipo de sintomas vivenciados, 83
  - 4.3.3. Número de sintomas vivenciados, 87
  - 4.3.4. Efeito de variáveis de 'risco' no número de sintomas vivenciados na amostra expectante total, 89
    - 4.3.4.1. Efeito do planeamento da gravidez, 90

- 4.3.4.2. Efeito do estatuto da paternidade, 91
- 4.3.4.3. Efeito da idade, 93
- 4.3.5. Relação entre o número de sintomas vivenciados e os acontecimentos de vida , 94
- 4.4. Discussão dos resultados, 98

Conclusão, 105

Referências Bibliográficas, 108

#### Anexos

- Anexo A: Estudo Preliminar: Fidelidade Teste-Reteste do 'Inventário de Sintomatologia', 115
- Anexo B: Pedido de Participação no Estudo, 119
- Anexo C: 'Inventário de Sintomatologia', 120
- Anexo D: Versão traduzida do *Life Experiences Survey* , 121
- Anexo E: Questionário Sócio-Demográfico, 124

## LISTA DE QUADROS

- QUADRO 1: Características gerais das amostras, 82
- QUADRO 2: Frequência das idades em cada amostra, 82
- QUADRO 3: Frequência dos sintomas em cada amostra, 84
- QUADRO 4: Dez sintomas mais incidentes em cada amostra, 85
- QUADRO 5: Frequências do número de sintomas vivenciados em cada amostra, 87
- QUADRO 6: Estatísticas descritivas do número de sintomas vivenciados em cada amostra, 89
- QUADRO 7: Normalidade da distribuição do número de sintomas vivenciados em cada amostra, 89
- QUADRO 8: Frequência das categorias da variável planeamento da gravidez, 90
- QUADRO 9: Frequências do número de sintomas vivenciados segundo o planeamento da gravidez, 91
- QUADRO 10: Estatísticas descritivas do número de sintomas vivenciados segundo o planeamento da gravidez, 91
- QUADRO 11: Normalidade da distribuição do número de sintomas vivenciados segundo o planeamento da gravidez, 91
- QUADRO 12: Frequência das categorias da variável estatuto da paternidade, 92
- QUADRO 13: Frequências do número de sintomas vivenciados segundo o estatuto da paternidade, 92
- QUADRO 14: Estatísticas descritivas do número de sintomas vivenciados segundo o estatuto da paternidade, 93
- QUADRO 15: Normalidade da distribuição do número de sintomas vivenciados segundo o estatuto da paternidade, 93
- QUADRO 16: Frequências do número de sintomas vivenciados segundo a idade, 93
- QUADRO 17: Normalidade da distribuição do número de sintomas vivenciados e da idade na amostra expectante total, 94
- QUADRO 18: Estatísticas descritivas do número de acontecimentos de vida, 94
- QUADRO 19: Estatísticas descritivas do impacto negativo dos acontecimentos de vida, 95
- QUADRO 20: Estatísticas descritivas do impacto positivo dos acontecimentos de vida, 95
- QUADRO 21: Normalidade das distribuições das variáveis relativas aos acontecimentos de vida, 96
- QUADRO 22: Teste das diferenças entre as amostras em relação ao impacto positivo dos acontecimentos de vida, 97
- QUADRO 23: Correlação entre o número de sintomas vivenciados e as variáveis relativas aos acontecimentos de vida em cada amostra, .

## RESUMO

Enquadrado teoricamente numa abordagem da paternidade, da gravidez e do *Síndrome de Couvade*, foi conduzido um estudo exploratório sobre a ocorrência de sintomas em pais-expectantes portugueses, o qual obedeceu a um desenho de investigação característico de um estudo observacional descritivo-de comparação entre grupos e analítico-transversal. Foi constituída uma amostra de 11 pais-expectantes no primeiro trimestre da gravidez, 21 pais-expectantes no segundo trimestre da gravidez, 20 pais-expectantes no terceiro trimestre da gravidez e 22 homens-não-expectantes, todos de nacionalidade portuguesa, maiores de idade e casados ou em união de facto, tendo-se recorrido a um método *mail type* para a amostragem e recolha dos dados.

Pretendo-se determinar se os sintomas vivenciados por pais-expectantes portugueses são atribuíveis à gravidez e enquadráveis no construto *Síndrome de Couvade*, compararam-se os pais-expectantes em cada trimestre da gravidez e os homens-não-expectantes, no tipo e número de sintomas vivenciados, e analisou-se a relação entre o número de sintomas vivenciados e outros acontecimentos de vida que não a gravidez. Pretendendo-se analisar se a incidência de sintomas nos pais-expectantes portugueses apresenta uma evolução em curva U ao longo da gravidez (considerada típica do *Síndrome de Couvade*), compararam-se pais-expectantes em cada trimestre da gravidez no número de sintomas vivenciados. Pretendendo-se determinar o efeito do planeamento da gravidez (planeada vs não-planeada), estatuto da paternidade (primípara vs não-primípara) e idade na incidência de sintomas durante a gravidez, compararam-se os pais-expectantes cuja gravidez tinha sido planeada e os pais-expectantes cuja gravidez não tinha sido não-planeada, por um lado, e os pais-primíparos e os pais-não-primíparos, por outro, no número de sintomas vivenciados, e determinou-se o grau de relação entre esta variável e a idade.

Para avaliar o tipo e número de sintomas vivenciados foi feita a adaptação do *The Symptomatology Inventory* (Black, Holditch-Davis, Sandelowski e Harris, 1995), cuja versão foi intitulada 'Inventário de Sintomatologia', e para avaliar os acontecimentos de vida foi utilizada uma versão traduzida do *Life Experiences Survey* (Sarason, Jonhson e Siegel, 1978).

Os resultados sugeriram que, em termos médios, os pais-expectantes portugueses vivenciam sintomatologia geral em quantidade equivalente aos homens não-expectantes, embora pareçam ser mais afectados na motivação sexual e social. Em termos de evolução ao longo da gravidez, parece haver uma maior vulnerabilidade à vivência de sintomas no segundo trimestre, mas que não é significativa. Os resultados sugeriram ainda que a incidência de sintomas durante a paternidade-expectante não se associa à idade, planeamento da gravidez ou estatuto da paternidade. Finalmente, os resultados indicaram a pertinência de se explorar a relação entre estatuto gravídico masculino e percepção de outros acontecimentos de vida.

Concluiu-se que, na sua globalidade, os resultados obtidos não provinham de confirmação empírica do *Síndrome de Couvade*, apesar do reconhecimento de que muitos homens-expectantes podem vivenciar constrangimentos físicos e emocionais durante a gravidez.

Considerou-se, no que respeita à investigação sobre o *Síndrome de Couvade*, que estudos futuros deveriam avaliar a percepção dos pais-expectantes do próprio estado geral de saúde e o recurso a tratamento para lidar com os sintomas, e que continuará a ser relevante o estudo das alterações fisiológicas masculinas durante a gravidez e dos factores que medeiam essas mudanças. Considerou-se, no que respeita à prática clínica, a necessidade de um melhor enquadramento das vivências masculinas da gravidez, e de disponibilizar sistemas de apoio mais cedo e a mais vocacionados para lidar com a situação marital durante a gravidez e com a futura parentalidade.

## INTRODUÇÃO

Na Psicologia é assinalável a limitada atenção que até muito recentemente se deu à paternidade e, mais particularmente, à paternidade-expectante, em comparação com a volumosa atenção dada às mães. Quer a teoria psicanalítica, quer a teoria da vinculação, são exemplos de formulações que originalmente tenderam a focar-se no papel materno, em conformidade com toda uma atitude popular, dominante até há pouco tempo, segundo a qual a parentagem era um domínio feminino.

No que respeita ao interesse específico na paternidade-expectante, May e Perrin (1985) assinalaram a sua evolução numa série de quatro estágios. No *estágio antropológico* foram documentadas práticas masculinas associadas à gravidez e nascimento numa variedade de culturas pré-industriais, nomeadamente os *Rituais Couvade*, embora sem consideração de práticas ocidentais modernas. No *estágio psicanalítico*, a falta de interesse na experiência masculina da gravidez, reflectindo a atitude vitoriana para com os padrões sexuais, levou a que apenas se investigassem reacções patológicas, interpretadas como produto de conflitos inconscientes despertados pela gravidez. Esta influência duraria, nos E.U.A. e na Inglaterra, até depois da II Guerra Mundial. O *estágio do 'nascimento natural'* teve início na década de 40 nos E.U.A., quando um grupo organizado de mulheres adoptou a retórica dos médicos Ferdinand Lamaze, de França, e Granty Read, de África do Sul, defensores do parto natural. Read defendeu que os maridos assistissem às classes de preparação para o nascimento, baseando-se no pressuposto que o apoio de um terceiro tornava a experiência materna menos dolorosa. Como resultado, uma nova literatura nesta área emergiu nos finais dos anos 60, que começava a chamar a atenção para os benefícios do envolvimento paterno na gravidez e no nascimento. Contudo, pouca informação acerca da experiência masculina *per se* foi ganha neste estágio. Finalmente, nos anos 70 começa o *estágio da descoberta*, o qual, reflectindo a

re-definição dos papéis sexuais nas sociedades modernas, vem conferir à paternidade e à paternidade-expectante o estatuto de objecto de estudo.

Nesta área, um recente foco de atenção respeita às vivências sintomatológicas dos futuros-pais durante a gravidez, vivências estas que popularmente se admitem como comuns e que, na Psicologia e disciplinas afins, se convenciou designar por *Síndrome de Couvade*, por adopção do termo antropológico.

Os escassos estudos sobre esta matéria têm pretendido aprofundar a caracterização e compreensão dessas ocorrências sintomatológicas, assim contribuindo para um conhecimento mais completo da experiência da paternidade-expectante e da gravidez e, esperadamente, para a respectiva adequação das práticas de prestação de cuidados.

De acordo com o nosso conhecimento, o *Síndrome de Couvade* não foi objecto de qualquer estudo no nosso país até à data, além de que raramente aparece referenciado na literatura e se nos apresenta como um fenómeno genericamente mal conhecido, conforme temos tido oportunidade de constatar em comunicações pessoais. Assim, considerámos pertinente a realização de um estudo exploratório sobre esta matéria em Portugal, enquadrado teoricamente numa abordagem da paternidade e da gravidez.

O trabalho presente reporta à realização desse estudo, respeitando os capítulos 1, 2 e 3 à revisão teórica que nos orientou.

Entendendo-se que o *Síndrome de Couvade* não pode ser isolado, do ponto de vista teórico, de toda a vivência psico-afectiva da paternidade-expectante e que esta, por sua vez, constitui uma fase do processo desenvolvimental mais amplo que é a paternidade, o capítulo 1, intitulado Caminhos da Paternidade, procura contextualizar o tema numa perspectiva de ciclo de vida. O ponto 1.1. dá conta concretamente dos pressupostos desta abordagem para, no ponto 1.2., se considerarem os factores de mudança histórica que têm influenciado, em cada momento, a concepção e o exercício do papel paterno. No mesmo âmbito, o ponto 1.3. aborda

a influência da importância social dada à procriação e o ponto 1.4. dá conta de outros factores, nomeadamente desenvolvimentais, que influenciam o desejo da paternidade.

O capítulo 2, intitulado Paternidade-Expectante, procura sintetizar os conhecimentos entretanto reunidos nesta área. Começamos, no ponto 2.1., por nos referirmos à experiência psico-afectiva da gravidez ao longo dos três trimestres, considerando separadamente as experiências materna e paterna dado que as duas se influenciam mutuamente. O ponto 2.2. respeita a factores sócio-psicológicos relacionados com o envolvimento paterno durante a gravidez, enquanto o ponto 2.3. conclui este capítulo com a consideração de reacções mal-adaptativas que têm sido documentadas em relação à paternidade-expectante.

Tendo-se procurado fazer uma cobertura global dos fenómenos designados *Couvade*, o capítulo 3, começa por rever a literatura sobre os *Rituais Couvade*, considerando-se o que tem sido documentado quanto à sua origem e distribuição geográfica (ponto 3.1.1.) e as teorias sobre o seu significado (ponto 3.1.2.). O ponto 3.2. respeita exclusivamente ao *Síndrome de Couvade*, começando por rever o que tem sido conceptualizado quanto à sua incidência, distribuição e evolução (ponto 3.2.1.) e quanto ao seu significado (ponto 3.2.2.). O ponto 3.2.3. faz a revisão dos estudos empíricos em termos das metodologias usadas e dos resultados gerais reportados, considerando-se em separado a investigação sobre variáveis de 'risco' (ponto 3.2.3.1.). Finalizando a revisão teórica, o ponto 3.2.4. apresenta um balanço crítico da investigação sobre o *Síndrome de Couvade*.

O capítulo 4 relata o estudo exploratório realizado, fazendo a descrição dos objectivos e questões de investigação definidos (4.1.) e da metodologia utilizada (4.2.), a análise dos resultados (4.3.) e a sua discussão (4.4.).

O trabalho conclui com um balanço global, onde são reflectidas eventuais implicações para a prática clínica.

## 1. CAMINHOS DA PATERNIDADE

### 1.1. Paternidade: Perspectiva do Ciclo de Vida

Horvath (1995) identificou dois factores que influenciaram a constatação, a partir dos anos 70, da necessidade do estudo e da reforma do papel do pai.

Quanto à primeira influência, o movimento das mulheres veio mediar, em primeiro lugar nos E.U.A, uma nova conceptualização dos papéis feminino e masculino. A teoria tradicional do papel sexual estipulava que os indivíduos, para estarem adaptados, deveriam adoptar um papel sexual que fosse congruente com o seu sexo biológico. Na década de 70, Bem (1974, cit. por Horvath, 1995; Petzold, 1995; Berthiaume et al., 1996) apresentava uma nova conceptualização da orientação do papel sexual com o conceito de *androgenia*, o qual se tornou central na descrição feminista do ser humano e da sociedade. Na *família andrógina*, a criança deixaria de ter um pai e uma mãe para ter dois progenitores ou, na posição perspectivada por Shaffer (1977; cit. por Jackson, 1987), os papéis familiares seriam assumidos com base no temperamento e inclinação pessoal em vez do sexo/género.

Quanto ao segundo argumento, novos dados sobre as competências do recém-nascido e sobre as interacções pais-bebé, que vieram indicar uma receptividade mútua bem mais precoce do que classicamente admitido, despertaram na Psicologia do Desenvolvimento o interesse pelo papel paterno. Nos anos 80, Franz Veldman, inventor da *haptonomia* ou «ciência do tacto e do olfacto na sua dimensão íntima e afectiva» (cit. por Cyrulnik, 1989), verificou que o bebé mudava de postura quando o pai pressionava suavemente a barriga da mulher em fim de gravidez, estabelecendo assim uma vinculação pai-bebé ainda durante este período.

Contudo, os primeiros estudos desenvolvimentais tenderam a incorporar os pais como variáveis independentes e não dependentes, isto é, reportando-se aos efeitos das suas reacções no desenvolvimento das crianças mas não a como a paternidade afecta o homem (Seltzer e Ryff, 1994).

Uma abordagem do desenvolvimento ao longo do ciclo de vida proporcionou, para além de uma visão integradora do desenvolvimento, o interesse pela paternidade enquanto experiência desenvolvimental por si mesma. Neste âmbito, Pedersen (1985) assinalou que apenas uma perspectiva do ciclo de vida, explicitamente desenvolvimental, permite conceptualizar plenamente a paternidade e integrar o conjunto de dados empíricos que entretanto se têm vindo a acumular nesta área.

Segundo a perspectiva do ciclo de vida, a transição para a paternidade começa mais concretamente com o nascimento do primeiro filho, mas o processo de tornar-se pai tem início muito antes, reflectindo todo o desenvolvimento prévio (Hanson e Bozett, 1985; Roopnarine e Miller, 1985; Pedersen, 1985; Seltzer e Ryff, 1994; Neville e Parke, 1997). Neste sentido, já em 1975 Thérèse Benedek (cit. por Gurwitt, 1976) substituiu o conceito de parentalidade como uma *fase desenvolvimental* pelo de *processo desenvolvimental*, ao considerar que este conceito não é tão específico e limitado no tempo.

Por outro lado, de acordo com esta abordagem a forma como a paternidade é implementada varia segundo a localização quer dos pais, quer dos filhos, nas suas trajectórias desenvolvimentais. Resulta que há mudanças esperadas no papel paterno ao longo do ciclo de vida. Neste contexto, Roopnarine e Miller (1985) fazem mesmo uma distinção entre *paternidade* (*'fatherhood'*), enquanto o estatuto obtido por ter um filho, e *paternagem* (*'fathering'*), enquanto o conjunto de actividades, complexo e intensivo, de longo termo.

Outra faceta da perspectiva do ciclo de vida é a atenção para a mudança histórica, especialmente mudanças sociais e culturais que influenciam as concepções divulgadas dos

papéis paternos e a diversidade de circunstâncias sociais que constroem ou modificam a sua expressão.

O enquadramento de dois níveis diferentes no tempo, o tempo desenvolvimental e o tempo histórico, implica que nenhuma definição única ou rígida do papel paterno é suficientemente adaptativa porque as crianças e pais se desenvolvem e a sociedade muda.

## 1.2. Mudança Histórica e Papéis Paternos – *Nova Paternidade*

No debate recente sobre o papel paterno, sublinha-se a passagem do interesse pelos pais enquanto pessoas primordialmente envolvidas no sustento económico e eventualmente na disciplina e educação dos filhos mais velhos, para um ponto de vista em que os homens podem assumir os cuidados directos da criança de qualquer nível etário (Lamb, 1987; 1992).

Esta evolução, no que respeita à história social americana dos dois últimos séculos, foi diferenciada por Pleck (1984, cit. por Lamb, 1992) em quatro fases, sobressaindo em cada um motivo dominante:

1. Função de Formação Moral - Durante esta fase, que se estendeu desde os tempos Puritanos, passando pelo período colonial, até aos tempos Republicanos, o papel do pai foi dominado pela responsabilidade da supervisão e ensinamento moral.

2. Função de Sustento Económico - Com a Revolução Industrial, o prover económico tornou-se o motivo dominante do papel paterno e critério para avaliar os 'bons pais', prolongando-se esta fase até à Grande Depressão. Como também referem Nunes e Gonçalves (1996), nesse papel o pai era visto como reservado e firme, era respeitado e temido, o que impossibilitava a intimidade com os filhos.

3. Modelo de Tipificação Sexual - Talvez como produto conjunto da Grande Depressão, do *New Deal* e da Segunda Guerra Mundial, surgiu no período pós-guerra um

terceiro foco para a função paterna, o de modelo de tipificação social, especialmente para os filhos varões.

4. O Novo Pai Envolvente - A partir da década de 70, na sequência de uma série de mudanças económicas, sociais e culturais, assiste-se a uma diluição da linha que separa a maternidade da paternidade, e defende-se a imagem do *novo pai envolvente*, um progenitor activo e empenhado em todas as dimensões dos cuidados e educação das crianças. Estas qualidades passam a ser as unidades de medida dos 'bons pais'.

A redefinição do aspecto mais louvável da paternidade ocorreu primeiro nos meios populares de comunicação social, seguindo-se depressa o interesse profissional pela *nova paternidade* (Lamb, 1987; 1992). Este processo constitui uma nova forma de conceber e sentir a paternidade, que obriga a uma nova forma de interpretar as teorias sobre os papéis sexuais dentro da família e as consequências para os filhos, que no futuro também serão pais.

Ironicamente, a disseminação da imagem do *novo pai* coincidiu com a instalação progressiva do que Éveline Sullerot (1993) denominou, para a actualidade, como *crise da paternidade*, produto da falência do patriarcado.

De facto, historicamente as famílias patrilineares/patriarcais do Ocidente caracterizaram-se pela soberania parental do pai, ou *pater familias* (Belo e Macedo, 1996), onde a dicotomia interior/exterior nos papéis feminino/masculino se desdobrava na dicotomia inferior/superior nos papéis parentais. Ao longo de séculos, o pai foi gestor único dos bens da família, a quem os filhos deviam respeito e reverência total, enquanto a mãe, prestadora dos cuidados, não podia ser tutora nem fazer parte do concelho de família. Com a Revolução Francesa, iniciava-se um movimento de resistência ao poder paterno, datando dessa época algumas reformas jurídicas, como a revogação do poder paterno sobre os filhos maiores de idade, a supressão do direito de deserdar os filhos e a limitação do direito paterno de punição, movimento que se acentua ao longo do século XIX (Belo e Macedo, 1996).

No século XX, as relações de poder no casal parental conheciam uma inversão dramática, sobretudo com as lutas femininas pela igualdade de direitos e com o advento da contracepção, o qual conferiu à mulher, para além da liberdade sexual, o poder sobre a natalidade e sobre a descendência (Sullerot, 1993; Maça e Andrade, 1996).

Como refere Sullerot, ao movimento de emancipação feminina correspondeu um outro movimento, de anulação do homem-pai. Repentinamente expropriado do controlo da parentalidade, o homem passa a ver este ser-lhe negado em todas as frentes: decisão, reconhecimento, educação, habitação. Favorecida na lei, a mulher escolhe o pai para o seu filho e assume a autoridade parental, sobretudo nos casos de divórcio, tornando o exercício da paternidade mais dependente da relação entre pai e mãe do que entre pai e filho. Sullerot denominou estas famílias por *matricentradas* pois, não sendo nem matrilineares nem matriarcais, giram em torno do eixo mãe/filho, sendo o pai o elo fraco que eventualmente se solta. Conhecida como activa defensora dos direitos das mulheres, esta socióloga defende hoje uma nova valorização do papel paterno.

Na verdade, a crescente necessidade de aceitação do homem na prestação de cuidados infantis tem vindo a conduzir a uma aproximação igualitária da parentalidade (Nunes e Gonçalves, 1996). Hoje, grupos activistas masculinos reclamam por acesso igual aos filhos após o divórcio, mais mulheres encorajam um maior envolvimento dos homens na parentagem e têm sido registrados aumentos nos níveis médios de envolvimento paterno (Jackson, 1987; Lamb, 1992).

No âmbito desta discussão, alguns estudos investigaram as consequências, para o desenvolvimento infantil, do maior envolvimento paterno, concluindo-se que as crianças com pais muito envolvidos caracterizam-se por maior competência cognitiva, maior empatia, ideias menos estereotipadas acerca da tipificação sexual e um *locus de controlo* mais interno (Lamb, 1992). Um nível elevado de envolvimento paterno permite também a ambos os

progenitores maior satisfação: aos pais, por poderem satisfazer o seu desejo de estarem mais próximos da família, e às mães por lhes permitir manter uma relação próxima com eles e ao mesmo tempo preservar objectivos de carreira (Lamb, 1992). Ou seja, o envolvimento do pai pode levar a que ambos os progenitores se sintam realizados, donde as relações são provavelmente mais calorosas e ricas do que noutras circunstâncias.

Não obstante, a *nova paternidade* parece ser ainda um fenómeno minoritário, já que a maioria das famílias continua a enquadrar-se no modelo tradicional. De facto, estudos recentes mostram que as mães continuam a assumir os cuidados do dia-a-dia e a dedicar mais tempo aos filhos, enquanto os pais assumem o papel de principal ganha-pão e, na interacção com os filhos, identificam-se mais com as actividades lúdicas como 'brincar' (Parseval e Hurstel, 1987; Horvath, 1995). Alguns autores verificaram que os novos pais, ao desviarem-se da norma, sentiam-se pressionados socialmente, por colegas e amigos, a desempenharem o papel tradicional (Horvath, 1995).

Uma área da investigação nesta área tem-se centrado nos factores que influenciam o envolvimento paterno.

A teoria do papel na família (Nye, 1976, cit. por Entwisle e Doering, 1988) sublinha que a adaptação masculina aos novos papéis, nesta fase histórica de transição, é complicada pela falta de modelos. A este nível, os pais de nível sócio-económico baixo podem estar temporariamente favorecidos na sua adaptação a um novo filho, já que os seus papéis parecem ser mais estereotipados e requerer menos negociação do que no nível médio-alto, que mostra maior amplitude na definição dos seus papéis e parece fazê-lo de forma menos estereotipada (Entwisle e Doering, 1988).

O modelo dos determinantes do comportamento parental de Belsky (1984, cit. por Canavarro, 1997, Pires, 1990) salienta a importância do estatuto ocupacional, relação conjugal e rede social. Estudos deste autor mostraram, por exemplo, que níveis elevados de satisfação

profissional estavam relacionados com níveis elevados de envolvimento paterno no primeiro e terceiro mês de idade dos filhos (Pires, 1990). No mesmo sentido, quando a relação conjugal era positiva e havia frequente comunicação acerca do bebê, os pais pareciam também muito envolvidos com os seus filhos de quinze meses, na presença ou ausência da mãe (Pires, 1990). Quanto à rede social, sobretudo a rede de amigos pode proporcionar apoio emocional e instrumental, aparecendo associada ao bem-estar psicológico e atitudes parentais mais positivas e competentes. Para as mães, Tietjen e Bradley (1986, cit. por Pires, 1990) mostraram que as grávidas com uma rede social mais forte tinham níveis mais baixos de ansiedade e depressão, uma atitude mais positiva quanto à gravidez e melhor ajustamento conjugal.

Outros estudos têm documentado a importância da idade de entrada na paternidade, à qual também se associam variações naqueles contextos sociais. A paternidade tardia, segundo estimativas recentes, constitui uma tendência actual e parece estar ligada 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, são percebidos pelos filhos como mais tolerantes que outros pais e são também descritos pelas parceiras como mais interessados e participativos nos cuidados infantis (Entwisle e Doering, 1988). Por outro lado, os pais mais velhos tendem a estar mais satisfeitos e mais firmemente estabelecidos a nível profissional, e a rede de amigos parece ocupar maior proporção nas suas redes sociais totais, em comparação com os pais mais novos (Entwisle e Doering, 1988), variáveis que, como já referido, têm sido positivamente implicadas no comportamento parental.

Lamb (1992) identificou quatro condições que fomentam o envolvimento dos pais: 1) motivação; 2) competência e auto-confiança; 3) suporte, sobretudo da companheira; e 4) práticas institucionais.

No que respeita à motivação, dados de sondagens revelaram que 40% dos pais gostariam de ter mais tempo para dedicar aos filhos, o que significa que um número substancial de homens está motivado para o envolvimento (Lamb, 1992).

Contudo, mesmo quando os pais estão motivados, a ausência de competência e auto-confiança pode formar uma barreira ao envolvimento. De facto, como dizem Ferketich e Mercer (1994), «atingir o papel paternal ocorre por um processo de aquisição de competência em comportamentos e aptidões para cuidar de uma criança específica e integrar estes com outros papéis, assim criando sentimentos de confiança e harmonia» (p.80). Na opinião de Lamb, programas formais de desenvolvimento de competências podem ser da maior utilidade quando os pais estão motivados. O seu objectivo deve ser que os homens desenvolvam, por um lado, um sentimento de auto-confiança, de forma a que possam desfrutar de estar com os filhos, e, por outro, a sua sensibilidade, de modo a que aprendam a ler os sinais da criança e a responder adequadamente.

Em terceiro lugar, os pais tendem a confiar nas parceiras para suporte (Antonucci, 1985, cit. por Ferketich e Mercer, 1994), donde a importância do funcionamento das relações conjugais para a aquisição da competência paterna. No entanto, os mesmos inquéritos que mostram que muitos homens estão motivados para um maior envolvimento, revelaram que 60 a 80% das mulheres está satisfeita com o *status quo* (Lamb, 1992). Como refere Lamb, algumas mulheres podem temer a falta de competência dos parceiros, mas uma razão mais profunda poderá ser o facto do maior envolvimento masculino pôr em causa o sistema de poder dentro da família, comprometendo a proeminência da mulher na única área em que o seu papel não foi questionado. Na opinião daquele autor, este problema provavelmente permanecerá até que se observem mudanças sociais fundamentais na distribuição do poder entre homens e mulheres.

Finalmente, o envolvimento paterno é também condicionado pelas práticas institucionais. Entre as razões mais citadas pelos pais relativamente ao baixo envolvimento, inclui-se a necessidade de prover o sustento económico e as barreiras impostas pelo local de trabalho (Lamb, 1992; Shuster, 1994).

Neste âmbito, a licença de paternidade tem sido o incentivo mais discutido. A este nível, assistiu-se muito recentemente a uma positiva evolução jurídica no nosso país, que veio reforçar os direitos dos progenitores, em especial os do pai (*Público*, 10/1/2000). Os pais podem agora gozar, em alternativa à mãe, a licença de parto a partir das primeiras seis semanas, e têm direito a cinco dias de licença no primeiro mês a seguir ao nascimento. O progenitor ganhou ainda uma licença parental de 15 dias, subsidiada pela Segurança Social, se optar por cuidar do filho após os 120 dias iniciais, e pai ou mãe podem ter duas horas por dia de dispensa de aleitação até o bebé perfazer um ano. Os pais podem também gozar, consecutiva ou alternadamente e a *'part-time'*, uma licença sem vencimento de três meses 'para cuidar dos filhos' até aos seis anos, acumulável com a licença especial já antes existente, ficando garantidos todos os demais direitos laborais.

Espera-se que estas medidas possam traduzir-se em níveis maiores de envolvimento e de partilha da parentalidade. No entanto, como adverte Lamb, a ênfase quase exclusiva na licença de paternidade dificilmente será a solução, pois esta medida facilita o envolvimento apenas num período de tempo muito curto e parece ter um efeito limitado no envolvimento e comportamento paterno posterior.

Para concluir, é pertinente referir que em alguns países com maior tradição no encorajamento à partilha da parentalidade, como a Suécia, discutem-se já os eventuais efeitos do envolvimento paterno precoce no desenvolvimento da criança (Hwang, 1987). Com base nas teorias de Mahler (Mahler et al., 1975), teme-se que os pais que ficam em casa com o filho possam perturbar a simbiose materno-infantil cedo demais ou interferir com a

identificação sexual da criança. Os incipientes estudos sobre esta questão indicam, contudo, que não há relação entre a prestação paterna dos primeiros cuidados e problemas no desenvolvimento posterior da criança (Hwang, 1987).

### 1.3. Realce Social do Ter-se Filhos

Como refere Leal (1997), no mundo ocidental actual a mais banal gravidez reveste-se de um significado particular, quer para os pais, quer para a sociedade, já que cada vez mais se afigura como um fenómeno em remissão. Muito mais do que valorar a gravidez por si mesma, põe-se a tónica na dimensão existencial da própria continuidade do indivíduo, das sociedades ou da espécie.

Neste contexto, Busfield (1983) escreve: «O padrão de reprodução de uma sociedade ou de um grupo social ocorre num contexto ideológico em que crenças particulares, tanto acerca da reprodução *per se* como outras que têm consequências reprodutivas, afectam e são afectadas por aquele padrão de reprodução. Estas crenças oferecem uma trama cognitiva que estrutura a acção individual» (p.25; tradução nossa).

Segundo este autor, um dos primeiros aspectos da *estrutura ideológica da reprodução*, que desempenha um papel essencial no encorajamento às pessoas para se tornarem pais, é a existência de um traço definido entre casamento e gravidez. Em primeiro lugar, espera-se e considera-se desejável que os casais tenham filhos e que os que querem ter filhos se casem. Os homens e mulheres sem filhos são confrontados com uma certa pressão no sentido de se conformarem a um calendário social que inclui o casamento e, depois, o ter filhos; os homens e mulheres que não se enquadram neste padrão estão sujeitos a uma grande variedade de críticas (como serem pessoas egoístas, sexualmente inadequadas ou imaturas) e deparam com várias dificuldades, especialmente ao tentarem arranjos domésticos de alternativa. Em

segundo lugar, existe a crença de que as crianças ajudam a manter o casamento, de que asseguram estabilidade. O corolário desta crença é a ideia de que o divórcio é mais frequente entre os casais sem filhos.

Apesar da crescente disseminação de novas formas familiares (famílias monoparentais, famílias de pais homossexuais, famílias recombinadas, entre outras), estas crenças ainda parecem relevantes na actualidade.

Relacionando-se com o movimento de valorização da criança, fundador da família moderna, outro conjunto de crenças acentua a importância de ter filhos. Como também nota Busfield, os filhos são vistos como fonte de satisfação emocional e como dando interesse e variedade à vida. Para além de fornecerem recompensas emocionais por si, os filhos tornam também as actividades instrumentais mais compensadoras, já que é considerado necessário dar-lhes recursos, educação e cuidados. Em terceiro lugar, os filhos são encarados como oferecendo segurança e prazer mais tarde na vida, quando já não viverem dentro do núcleo familiar.

Segundo Lipovetsky (1994, cit. por Maça e Andrade, 1996), o movimento de valorização da criança conduziu a que se invertesse a velhíssima ideia do respeito e dedicação filial. A supremacia dos direitos individuais da criança/filho acentuou ainda mais os deveres dos pais, embora essa exigência ética não seja vivida como imposição ou sacrifício, mas como via de realização pessoal (Trost, 1995).

Na opinião de Roussel (1995), esta é a principal diferença entre a família tradicional do Antigo Regime e a família moderna. Enquanto a primeira se caracterizou por um precário equilíbrio entre a grande mortalidade e a grande fecundidade, onde ter filhos era 'natural', hoje, com o controlo da fecundidade, toda a criança é uma criança desejada. Apesar da diminuição crescente das taxas de natalidade (a este nível, a situação nos países da Europa é muito semelhante: os casais esperam mais tempo por casar, adiam o nascimento do primeiro

filho e têm menos filhos), hoje a criança já existe no imaginário dos pais antes de nascer e dela espera-se, não uma anónima existência, mas um ser singular detentor de qualidades singulares.

Enfim, como conclui Busfield, ser pai ou mãe não só faz parte do realce geral da importância social da família, como ajuda a manter esse realce.

#### 1.4. Paternidade Prospectiva: O Desejo de Ser-se Pai

No sentido da melhor compreensão do papel do pai, é importante atender também ao processo desenvolvimental que está envolvido no 'tornar-se pai'. Na expressão de Gurwitt (1976), a *paternidade prospectiva*, enquanto planeamento da paternidade já anterior à gravidez, é um estágio crítico nesse processo e reflecte a maior parte, senão tudo, o que ocorreu no desenvolvimento prévio.

Segundo Clerget (1980), ser pai é ter começado por desejar um filho, e «apresentar o homem como ser que deseja obriga a considerar de modo diferente a Paternidade, que se torna então pertença de um ser votado à falta e ao símbolo» ( p.36).

O tema do desejo de ser-se pai ou mãe foi especialmente abordado na psicanálise (Boehm, 1930; Jacobson, 1950; Benedek, 1960; Leeuwen; 1965; Ross, 1979). Para Benedek (1960), pela resolução de conflitos desenvolvimentais - entre identificações masculinas e femininas -, o homem adulto inclui no *Ideal do Ego* a aspiração de completar o seu papel na procriação pela paternidade.

Segundo a concepção psicanalítica, esse desejo começa, em ambos os sexos, pelo desejo de ter bebés de si próprio, a partir da identificação nuclear com a mãe, primeiro objecto de amor (Jacobson, 1950). Trata-se, pois, de um pensamento que remonta já ao estágio pré-edipiano do desenvolvimento, reflectindo inicialmente apenas a ligação mãe-criança, sem

envolver fantasias sobre a relação entre os pais. Nesta fase, as fezes e a urina fornecem à criança modelos de fantasia da concepção, simbolizam a sua capacidade criadora, e são identificados como filhos (Vicente, 1995).

Durante a transição para o estágio edipiano, o pai entra em cena como rival e objecto de amor, e a criança desenvolve fantasias sobre a relação parental. O conjunto anterior de fantasias de gravidez e nascimento é gradualmente transformado e relacionado com conceitos sobre a 'cena primária'. Segundo Jacobson (1950), a criança pode imaginar que o pai impregna a mãe pela defecação ou micção, ou que as mães ficam grávidas por beber a sua urina ou parte do seu pénis. Consequentemente, surgem nos dois géneros impulsos activos de competir com o pai e ter um filho da mãe. Estas fantasias, ainda que apenas no nível pré-genital, reflectem já a insipiente distinção entre os papéis feminino e masculino na relação sexual e reprodução.

Durante o período edipiano, a descoberta da diferença dos sexos dará uma nova direcção e significado às fantasias das raparigas e dos rapazes. Nas raparigas, a realização da sua feminilidade intensifica o desejo de engravidar de forma a poder substituir o pénis supostamente perdido (resolução do *complexo de castração*). No rapaz, a descoberta do genital feminino, embora mobilizando o medo da castração, normalmente afirma a identificação fálica com o pai. Daqui, impulsos activos masculinos de impregnar a mãe por relação sexual vencem os desejos homossexuais femininos. Na concepção de Jacobson, o avanço para fantasias edipianas e a renúncia a desejos de gravidez são, no homem, um passo decisivo para o desenvolvimento normal do desejo de ter filhos e da sua futura atitude como pai.

No mesmo sentido, Brazelton e Cramer (1989) assinalaram que a futura condição de pai é modelada pela solução desse 'paradoxo da masculinidade': o de ter de integrar a identificação nuclear com a mãe na identificação crescente com o comportamento masculino.

Perante este dilema, várias soluções são possíveis, desde problemas de identificação sexual à negação de quaisquer atributos femininos. Uma solução equilibrada permitirá que um rapaz venha a aceitar o seu papel de educador, que tenha a capacidade de se identificar com a gravidez de uma mulher e que venha a contribuir para a educação do filho enquanto pai.

A renúncia a desejos de gravidez expressa-se caracteristicamente, durante a fase de latência, pela recusa em brincar ou cuidar de crianças mais novas, ou em brincar com bonecas, o que é considerado 'brincadeiras de raparigas'. No caso do nascimento de um irmão mais novo, frequentes vezes os rapazes reprimem a inveja do 'rival' e da condição da mulher-mãe afastando o seu interesse deles e virando-se para actividades com outros rapazes e com o pai, sobretudo se o novo bebé é uma menina. Em geral, estas atitudes indicam a desistência definitiva dos desejos pré-edipianos de ter um bebé ou de ser um bebé (Jacobson, 1950).

Segundo Ross (1979), o desapontamento do rapaz face a esta barreira pode ser ultrapassado, e ser parcialmente atendida a sua urgência pela criação, quando ele se identifica com o pai percebido como nutridor e procriativo.

A diferença de comportamento entre os sexos durante a adolescência e posteriormente mostra os vestígios da história psico-sexual infantil. O meio externo tem também grande influência na diferença de atitudes, encorajando o rapaz/homem a assumir comportamentos que marquem a diferença de sexo com a mulher e a reprimir a inveja da maternidade (Leeuwen, 1965). Tipicamente, o homem não assume o desejo de ter filhos até ao momento em que considera o casamento. Nesta altura, a afirmação desse desejo exprime o amor pela companheira e a preparação para assumir a responsabilidade de ser pai, baseada em identificações com o próprio pai.

Na idade adulta, estas tendências realistas aparecem também fusionadas com desejos irracionais mais profundos.

Como Freud (1966-1974) fez notar, o medo da morte favorece desejos de onipotência que podem ser satisfeitos com o ter filhos, 'o nosso único caminho para a imortalidade'. No *Mahabharata*, um dos principais textos sagrados indianos, diz-se que, com o nascimento, o próprio pai renasce como filho e que, ao colocar a sua semente no útero, se concebeu a si mesmo (Brazelton e Cramer, 1989).

Como anotam Brazelton e Cramer, entre os motivos narcisistas que alimentam o desejo de ter um filho, conta-se o desejo de manter um conceito idealizado de si próprio como ser completo e onipotente, o desejo de união e fusão com o outro, o desejo de se duplicar ou ver-se ao espelho e o desejo de realização de ideais e oportunidades perdidas.

A necessidade de responder a dúvidas sobre a própria potência pode também traduzir-se pelo desejo de criar um filho que ostente todos os sinais de virilidade, duplicando a masculinidade e o poder do pai. De facto, o desejo de reproduzir o próprio sexo parece ser mais forte nos homens do que nas mulheres, e pode traduzir uma necessidade maior de se sentirem apoiados e confirmarem a sua identidade masculina.

Em termos da antiga rivalidade edipiana, ter um filho permitirá também ao homem igualar-se ao próprio pai ou mesmo superá-lo, ao desempenhar melhor o papel de pai (Brazelton e Cramer, 1989).

Como se desenvolve na próxima parte deste trabalho, o conflito infantil e os componentes narcísicos do desejo de ter filhos são facilmente reavivados durante a gravidez da esposa, conferindo à vivência e atitudes do pai uma coloração especial. Na generalidade dos casos, o nascimento factual conduz ao último passo decisivo, do desejo de ter um filho à relação objectal com ele, permitindo eliminar gradualmente elementos infantis e narcisistas e transformar as fantasias em relações paternas saudáveis.

## 2. PATERNIDADE-EXPECTANTE

### 2.1 Experiência Psicológica da Gravidez

A transição para a parentalidade foi tradicionalmente vista como *crisis oriented*, mas hoje é privilegiada a concepção deste processo como um evento desenvolvimental normal (Roopnarine e Miller, 1985).

Antecedendo um estágio muito mais longo - a condição de ser-se pai ou mãe -, a gravidez constitui um período de transição de uma identidade para outra. Como referem Colman e Colman (1994), durante o ano da reprodução alteram-se as percepções do mundo exterior, das relações, da auto-imagem e do próprio corpo. A preparação psicológica, simultaneamente consciente e inconsciente, faz reviver acontecimentos prévios e cria um equilíbrio delicado entre expansão e regressão, mas tratam-se maioritariamente de reacções normais à mudança que terminam com uma re-definição de papéis e uma integração maturacional (Bibring et al., 1961; Brazelton e Als, 1979; Cordeiro, 1987; Brazelton e Cramer, 1989; Colman e Colman, 1994)

A experiência individual única que cada pai ou mãe tem deste acontecimento varia segundo uma série de condições, entre as quais a estrutura da personalidade, o estilo de adaptação, a solução de conflito com que entra na gravidez, o contexto de vida ou a constelação familiar particular (Bibring et al., 1961).

Não obstante, o estudo nesta área tem permitido identificar alguns fenómenos psicológicos comuns, os quais passamos a descrever, primeiro com respeito à experiência materna e depois com respeito à experiência paterna.

### 2.1.1. A Experiência Materna

Colman e Colman (1994) propuseram uma sequência de três fases para caracterizar a experiência psicológica da maternidade-expectante ao longo dos três trimestres da gravidez:

- *Primeiro Trimestre/Fase de Integração*: Nesta fase inicial, a futura mãe tem que aceitar que está grávida e integrar a gravidez na sua vida, o que significa, entre outras coisas, mudar hábitos e preparar-se a si e à família para a chegada do novo ser.

Como também faz notar Mascoli (1990), nesta fase a grávida tende a diminuir o investimento no seu meio normal e a centrar-se sobre si mesma e a unidade mãe-feto. A identificação regressiva manifesta-se em várias áreas do comportamento, como o aumento da necessidade de dormir, o incremento dos hábitos alimentares e a redução das relações sexuais, esta última também associada à fantasia de dano do feto (Justo, 1990).

É também no primeiro trimestre que tende a instalar-se uma re-avaliação da relação com a própria mãe na infância, entrando em jogo sentimentos opostos de amor e rivalidade, de frustração e de satisfação, anteriormente experimentados e superados ou não consoante o equilíbrio interno de cada mulher (Cordeiro, 1987).

Cruz (1990), que analisou a evolução da ansiedade materna ao longo da gravidez, refere que neste período a ansiedade resulta quer da incerteza da gravidez, quer da ambivalência afectiva entre querer e não querer estar grávida. Esta ambivalência, produto dos sentimentos de culpa infantil, constitui um fenómeno natural e manifestar-se-á ao longo dos nove meses.

- *Segundo Trimestre/Fase de Diferenciação*: No segundo trimestre muitos dos sintomas físicos terão diminuído, mas as alterações corporais são mais visíveis. Com a percepção dos primeiros movimentos fetais, começa a processar-se a diferenciação

psicológica mãe-feto. A grávida apercebe-se da autonomia do feto, a qual tem regras e ritmos próprios que ela não pode controlar.

Esta constatação, bem como as evidentes mudanças corporais, geram ansiedade associada ao medo de mal-formações ou morte do feto ou à angústia do próprio corpo disforme. Além da negação e da projecção, a gestante recorre normalmente a defesas 'maníacas', como a fantasia de um bebé bom e bonito, refúgio que permite prosseguir com a gravidez (Cruz, 1990).

Enquanto no primeiro trimestre a grávida regride a um nível de relacionamento em que disputa com a própria mãe as qualidades maternas, no segundo trimestre passa a uma situação de competição com o marido e de maior necessidade de protecção conjugal (Mascoli, 1990; Colman e Colman, 1994). Segundo Colman e Colman, esta transferência da necessidade de dependência da mãe para o marido constitui a tarefa psicológica essencial do segundo trimestre.

As relações sexuais tendem a sofrer um aumento nesta fase, comparativamente à redução do período anterior, o que aparece associado à constatação da autonomia do feto (Justo, 1990).

- Terceiro Trimestre/*Fase de Separação*: No último trimestre, a grávida começa a antecipar o 'trabalho de parto', processo pelo qual se vai desligar do feto. Como verificou Cruz, nesta fase a mulher pode experimentar sentimentos contraditórios, como a vontade de terminar a gravidez e ter o bebé e a vontade de a prolongar para adiar a perda dos privilégios relacionais a que se habituou e a necessidade de novas adaptações que o nascimento irá exigir.

Sentimentos de orgulho e de realização normalmente coexistem com ansiedades relativas à obrigatoriedade do confronto com o desconhecido e ao medo da dor física ou da morte.

O relacionamento sexual do casal tende a sofrer nova redução nestes últimos meses, associada ao desconforto provocado pelo volume do feto (Justo, 1990).

É importante sublinhar que na generalidade dos casos a ansiedade pré-natal e as fantasias maternas constituem mecanismos saudáveis, que contribuem para a reorganização da mulher face ao novo papel (Bibring, 1961; Brazelton e Cramer, 1989; Klaus e Kennell, 1993).

### 2.1.2. A Experiência Paterna

Como referem Colman e Colman (1994), a vivência paterna da gravidez não parece ser despoletada por alterações hormonais ou corporais, mas a transformação pessoal é tão grande como na companheira, exigindo uma re-orientação total do significado da vida. Nas palavras de Gurwitt (1976), durante este período o homem precisa ligar o masculino e o feminino, o real e a fantasia, o passado e o presente, o início de uma nova vida e o medo de dano e morte, ser uma criança/filho e um pai/mãe.

Ao considerarem-se mais especificamente as experiências paternas, dois níveis inter-relacionados emergem: um claramente reactivo ao estatuto físico e psicológico da esposa e influenciado pelos diferentes estágios da gravidez, e outro mais genericamente respeitante à experiência real da futura paternidade e das suas implicações para o próprio (Gurwitt, 1976).

Quanto ao primeiro nível, se antes da gravidez parte da relação era baseada numa esposa maternal, agora o homem é confrontado com a crescente subjectividade, passividade e dependência dela em relação a ele. Além disso, ao longo de toda a gravidez as suas necessidades tendem a ser secundarizadas, podendo ser-lhe pedido que desista das relações sexuais, que tenha tarefas domésticas suplementares ou mesmo um emprego adicional (Colman e Colman, 1994). Muitas vezes a satisfação marital sofre um declínio. A este

respeito, têm sido documentados decréscimos na qualidade da comunicação e na satisfação relacional (Coffman et al., 1994).

Brazelton e Cramer (1989) descreveram os principais sentimentos do homem face ao relacionamento do casal durante a gravidez. Uma das primeiras reacções é um sentimento de exclusão. Não só a mulher canaliza a sua atenção e energia para si própria e para o futuro filho, como tende a tornar-se o centro das atenções. O sentimento de exclusão normalmente complica-se com o sentimento de responsabilidade pela esposa grávida – o que quer que lhe aconteça ou sinta é interpretado como culpa própria. A rivalidade entre os progenitores é também natural, sobretudo quando o pai se envolve na preparação para o nascimento. À competição com a esposa pelo filho, junta-se a competição, com o feto, pela atenção da mulher/mãe. Se o homem não se colocar numa posição de ‘dependência fetal’ e não tentar transformar a relação conjugal numa relação narcísica, à partida pouco aceitável para a mulher (Dias Cordeiro, 1987), a competição com o feto pode ser positiva, pois fomenta a vinculação ao filho e reforça os laços entre o casal (Brazelton e Cramer, 1989).

Um sentimento de ambivalência facilmente resulta destas emoções, e também do facto genérico e simbolismo da gravidez, que fazem anteciper a paternidade. De facto, outra parte crucial da experiência do pai-expectante será constituída pelos seus sentimentos sobre a paternidade. O homem pode perguntar-se que tipo de pai vai ser e como será aceite por aquela criança que, em última instância, pode perceber nele o fracasso e a mediocridade.

Esta experiência é natural não só nos pais-pela-primeira-vez, que podem nunca ter pensado em si como progenitores, mas também nos pais-experientes, que já conhecem o seu potencial. Enquanto as fantasias dos primeiros podem centrar-se nos aspectos desconhecidos e não testados de si mesmos, os segundos terão que avaliar o que será ser pai de outra criança e, por implicação, que tipo de pai já foi para os outros filhos (Colman e Colman, 1994). Neste contexto, o peso da responsabilidade pode tornar-se mais forte com cada gravidez. A este

respeito, Kreppner (1995) fez notar que o nascimento de um segundo filho, mais concretamente, implica novas exigências sobretudo para o pai (que terá que estabelecer uma relação com o novo filho, apoiar mais a companheira e submeter-se ao novo papel de principal 'sócio' do primeiro filho).

O ressurgimento de sentimentos inconscientes e das memórias infantis assumem também um papel importante na reacção emocional e ajustamento à gravidez por parte do pai-expectante. A gravidez pode por a descoberto todas as memórias e emoções de como foi ser filho dos próprios pais e fazer reviver velhos medos de rejeição e abandono parental (Cordeiro, 1987; Benvenuti et al., 1989; Colman e Colman, 1994). Muitas vezes, a rivalidade com o feto remonta, a nível inconsciente, à gravidez da própria mãe e nascimento de um irmão mais novo durante a infância, e faz reviver o conflito experimentado nessa situação (Estevão, 1995).

A problemática relacionada com a figura feminina ou conflitos de identidade sexual podem também ser reactivados com a gravidez, mas estas experiências, tal como as anteriores, estão maioritariamente enraizadas numa reacção normal à mudança (Cordeiro, 1987; Colman e Colman, 1994).

Para uma análise da evolução da experiência paterna ao longo da gravidez, Colman e Colman propuseram uma sequência em termos dos três trimestres e das 'tarefas psicológicas' que se destacam mais em cada um:

- Primeiro Trimestre:

A principal questão que se coloca ao futuro pai no primeiro trimestre é descobrir e aceitar a gravidez. Em geral, os homens atrasam-se em relação às mulheres em acreditar que a gravidez é real, pelo que podem ter um período mais curto de gestação psicológica da identidade parental. No entanto, o grande mito de que os homens são cegos aos primeiros sinais e ficam surpresos com a notícia nem sempre se confirma. Num estudo de May (1982),

muitos homens aperceberam-se dos primeiros sinais e disseram-se sob stress na situação de dúvida do diagnóstico, independentemente do seu desejo da gravidez. Normalmente, a confirmação era recebida com grande alegria e excitação, se a gravidez tinha sido desejada, ou com dor e choque, no caso contrário.

Na maioria das vezes vivem-se emoções misturadas. Mesmo os homens que têm receio de ser pais podem sentir orgulho por engravidar uma mulher, prova da sua masculinidade. De raízes tão primitivas como esta pode também surgir o medo e incerteza da paternidade, se o filho é mesmo seu.

Segundo Colman e Colman, por volta do fim do primeiro trimestre é normal que o homem comece a sentir algum ciúme e inveja, e também o sentido da responsabilidade. As questões financeiras e habitacionais são reais, mas por vezes ultrapassam a proporção das necessidades da família, tornando-se centrais porque é assumida a exclusiva responsabilidade sobre elas. Nestes casos, a actividade excessiva pode esconder uma insegurança mais primitiva sobre a própria competência.

- Segundo Trimestre:

Trata-se de um período relativamente calmo da gravidez, em que o pai-expectante pode explorar aspectos psicológicos mais profundos.

Para além das responsabilidades da paternidade e da evolução das relações conjugais, a activação de memórias infantis e o desafio de aspectos femininos dentro da própria personalidade são problemas com que lida nesta fase e que podem intensificar sentimentos de ciúme, inveja e competição relativamente à companheira. Quanto mais o homem se identifica com a grávida, mais estas emoções o podem afectar. Não obstante, a capacidade em identificar-se com a grávida é importante, já que dela depende a capacidade de tolerar a regressão dela; a sua impossibilidade não só ameaça a relação marital, como a relação com o feto (Cordeiro, 1987).

Durante este período intermédio é também natural reavaliar os próprios pais da família de origem, já que a procura de modelos bons faz parte da evolução da identidade de ser-se pai. Para Cordeiro (1987), desordens da identificação com o próprio pai formam a base para dificuldades em assumir o papel de marido ou de pai. Na opinião de Colman e Colman, a esperança é que o pai-expectante retenha as qualidades do progenitor que são valorizadas e deite fora as identificações não desejadas e negativas, enquanto desenvolve a aceitação pelo que essa pessoa é de verdade, com as suas virtudes e os seus defeitos. Parte deste processo serve também para perceber que os pais já não são responsáveis por cuidar da família, responsabilidade que passou para a nova geração.

- Terceiro Trimestre:

A experiência crucial dos últimos meses da gravidez é dominada pelo sentido de antecipação, aumentando a tensão à medida que a gravidez avança para o seu fim inevitável. As ansiedades são agora mais concretas e a necessidade de o casal trabalhar em conjunto é mais óbvia. As 'falsas contracções', que podem começar logo no sexto mês, tornam-se motivos para o medo e ansiedade, bem como a antecipação de eventuais problemas durante o parto e da culpa percebida pelos mesmos. A certificação de que foram feitos todos os preparativos para um parto seguro e a viagem para o hospital tornam-se aspectos centrais, muitas vezes traduzindo sentimentos de incompetência e impotência. É ainda comum o sentimento de isolamento com o decréscimo da mobilidade social e o fim das classes pré-natais (May, 1982).

O terceiro trimestre pode trazer também recompensas, sobretudo se antes foi forjada uma aliança marital e se o homem esteve psicologicamente aberto à experiência da gravidez. Muitos casais vivem uma renovação da sua relação, uma ligação romântica que pode ter estado a faltar nos últimos meses. Como parte da intensidade acrescida da relação, o homem sente um novo sentido de ternura e de protecção em relação à esposa, o que, juntamente com

os aspectos práticos relativos à futura criança, o ajuda a integrar a identidade parental (Colman e Colman, 1994).

Contudo, se o pai-expectante não se envolveu na gravidez é pouco provável que mude na última fase. Como dizem Colman e Colman, muitos homens apenas se prestam a levar a esposa ao hospital e a pagar a conta.

Esta questão leva-nos a considerar, de seguida, os aspectos socio-psicológicos relacionados com o envolvimento paterno durante a gravidez.

## 2.2. Gravidez e Envolvimento Paterno

No princípio do século XX, Bernard Shaw descrevia ironicamente o parto típico:

«Quando chega o momento terrível do parto, a sua importância suprema e o seu esforço e perigo sobre-humanos, em que o pai não toma parte, reduzem-no à insignificância: ele esquivava-se do caminho da mais humilde saia, feliz se for suficientemente pobre para ser empurrado para fora de casa para encarar a sua ignomínia, embebedando-se a comemorar. Mas quando a crise acaba ele vingava-se, assumindo-se ares de superioridade como o ganha-pão e falando da esfera da mulher com condescendência, mesmo com cavalheirismo, como se a cozinha e o quarto do bebé fossem menos importantes que o escritório na cidade» (cit. por Colman e Colman, 1994, p. 153).

De facto, classicamente o pai-expectante teve um papel marginal durante a gravidez e parto, o que decorria de uma forte separação entre masculino/feminino e respectivos papéis. Ter um filho era um problema da mulher e o homem preferia não se envolver no desenrolar do processo de gestação, em conformidade com todo um papel sexual estereotipado segundo o qual sentimentos de vinculação com o feto eram incompatíveis com a noção de masculinidade (Gerzi e Berman, 1981; Jordan, 1990).

Como já assinalámos, uma *nova paternidade* surgiu em meados da década de 70, na sequência das modificações económicas, sociais e nos valores tradicionais, assistindo-se na maioria das sociedades ocidentais a uma diluição da linha que separa a maternidade da paternidade. Relativamente à experiência concreta da gravidez, o homem passa a ser incluído como parte importante deste período de transição, estabelecendo-se um modelo de cuidados maternos centrado na família (Gerzi e Berman, 1981)

A imagem idealizada do pai-expectante de hoje é a de um homem que é activamente apoiante da companheira, um participante sensível nas classes pré-natais e tão investido emocionalmente na gravidez como a mulher (May e Perrin, 1985).

Na verdade, o envolvimento dos pais nestes momentos não só reforça a sua identidade como agentes participativos, reduzindo a sensação de exclusão, como influencia fortemente a adaptação materna. Quanto ao primeiro aspecto, alguns estudos indicam, por exemplo, que os homens que se envolvem activamente na gravidez e nascimento melhoram a auto-estima e estima pelas esposas e sentem-se mais vinculados aos bebés (Cronenwett e Newmark, 1974, cit. por May, 1982). Quanto ao segundo aspecto, as grávidas com companheiros envolvidos sofrem menos sintomatologia depressiva na gravidez e pós-parto, e menos complicações e menor necessidade de medicação no parto (Block e Block, 1975, cit. por May, 1982; Tavares, 1990). A investigação indica que as mulheres consideram como contribuições especialmente importantes a aceitação da gravidez, o suporte em lidar com as mudanças corporais, o suporte na preparação do nascimento e a continuidade ou aumento da intimidade (May e Perrin, 1985).

Em consideração destes aspectos, alguns investigadores centraram-se na análise da ‘carreira gravídica’ dos pais em termos de envolvimento.

May (1980) considera que a imagem do pai-expectante ‘ideal’ corresponde a uma minoria de homens, sendo que a maioria dispõe de uma gama de estilos de envolvimento.

Tendo em conta a distinção entre envolvimento comportamental e envolvimento emocional, esta autora caracterizou três estilos de pais-expectantes: *observador*, *instrumental* e *expressivo*. O pai *observador*, adoptando a visão de que a gravidez é uma ocorrência 'normal' e da responsabilidade da mulher, nega que a mesma tenha qualquer impacto sobre si e dá assistência apenas quando solicitada. O pai *instrumental*, embora pouco confortável para partilhar os aspectos emocionais da gravidez, pode oferecer suporte em questões práticas. Finalmente, o pai *expressivo* envolve-se quer a nível emocional, quer a nível comportamental; consciente da importante transição na sua vida, deseja partilhar ao máximo essa experiência e oferece assistência e suporte emocional maiores.

May e Perrin (1985) assinalam que o grau de envolvimento com que os pais se sentem confortáveis depende, para além de factores da personalidade, das expectativas do papel sexual, das experiências prévias com serviços hospitalares e do facto da gravidez ter sido planeada e desejada ou não. Segundo Rubin et al. (1974; cit. por Estevão, 1995), o sexo da criança pode também afectar o envolvimento. Tem sido registada a preferência por filhos-rapazes, sobretudo na primeira gravidez, donde os pais podem ser mais entusiastas nessa circunstância do que seriam com o nascimento de raparigas.

May (1982) observou ainda que o envolvimento paterno pode ser diferente ao longo da gravidez. A partir de um estudo longitudinal com pais-expectantes primíparos, a autora concluiu que o envolvimento masculino evolui normalmente em três fases, as quais assinalam alterações no envolvimento comportamental e emocional. Essas fases são:

- 1) *Anunciamiento* – Prolongando-se desde a primeira suspeita da gravidez a poucas semanas após a confirmação, esta fase caracteriza-se pelo facto da gravidez não estar integrada na vida de qualquer um dos parceiros, embora assumida mais rapidamente importância na vida da mulher. O envolvimento paterno permanece como uma preocupação

pequena para ambos – uma vez que a mulher ainda não acredita bem que está grávida, não espera ver mudanças no parceiro.

2) *Moratória* - Decorrendo normalmente entre a 12<sup>a</sup>/19<sup>a</sup> semana e o fim do segundo trimestre, esta fase caracteriza-se pela manutenção de uma certa distância emocional. Muitos homens dizem que a gravidez não é real para si e concentram-se noutras questões das suas vidas. A dessincronia do casal pode constituir um factor de *stress* conjugal, já que ela pode precisar de mais suporte e ele ser incapaz de o prover. Quanto mais ambivalente e menos preparado se sente o homem, de maior distância emocional precisa e mais tempo dura a *moratória*. No estudo de May, os pais definiram a preparação para a gravidez sobretudo em termos da segurança financeira e da estabilidade da relação conjugal, e a ambivalência apareceu também associada a conotações negativas da gravidez.

3) *Focagem* - À medida que a gravidez se torna mais evidente, termina a qualidade ‘não real, não meu’ da *moratória* e inicia-se a fase de *focagem*, que dura até ao nascimento. Nesta fase, a gravidez assume uma nova importância e imediatez para o homem e ele começa a redefinir-se a si próprio e ao mundo envolvente em termos da paternidade futura. Frequentemente, os homens comentam a sua surpresa quando realizaram que os próprios pais iam ser avós e referem mudanças no círculo de amigos, aproximando-se daqueles que têm filhos ou que gostam de crianças. Agora sentem-se também mais sintonizados com as esposas e estas sentem essa mudança, comentando que eles estão mais sensíveis e compreensivos.

As fases descritas por May reflectem a importância, para a emergência do envolvimento, da preparação do homem para a gravidez e paternidade.

No mesmo sentido, Jordan (1990) concluiu que o essencial da experiência da paternidade-expectante é *laboring for relevance*. O pai-expectante esforça-se, por um lado, por integrar o papel paterno como parte relevante do seu sentido de *self* e, por outro, por obter o reconhecimento externo desse seu papel. Neste processo, do qual depende o seu

envolvimento, estão implicados dois sub-processos: assumir a realidade em desenvolvimento da gravidez e da criança e ser reconhecido como pai pelos outros.

Quanto ao primeiro aspecto, lembremos a expressão de Freud: «A maternidade é revelada pelos sentidos, enquanto a paternidade é uma conjectura baseada em deduções e hipóteses» (cit. por Clerget, 1980, p. 48). A mulher tem uma relação privilegiada com o feto, que é corpórea e concreta, enquanto o homem, limitado a fontes exteriores de informação, tem um conhecimento mais descontínuo e abstracto.

Neste contexto, e como adianta Jordan, várias experiências podem servir como catalizadoras da realidade da gravidez e da criança, incluindo: o diagnóstico oficial da gravidez; mudanças corporais na mulher; sentir o bebé na barriga da mãe; ver o bebé na ultrasonografia; falar acerca da gravidez; o bebé entrar no ambiente da casa; e assumir responsabilidades pelos cuidados. No que respeita à ultrasonografia fetal, Sandelowski (1994) fez notar que este procedimento enriquece sobretudo a experiência do pai, em comparação à da mãe, já que reduz a diferença do conhecimento dos dois e, desta forma, o sentimento dele de exclusão. Esperadamente, isso tem o efeito de aumentar o seu envolvimento. Igualmente, Kovacevic (1993) verificou que a visualização do feto através da ultrasonografia conduz à redução dos níveis de ansiedade dos pais.

Jordan sublinhou ainda o facto de a grávida controlar em grande parte o envolvimento e reconhecimento paterno. No seu estudo, as esposas promotoras do envolvimento e do reconhecimento partilhavam com os pais as suas sensações físicas e emocionais, encorajavam-nos a partilhar as deles e activamente demonstravam o reconhecimento deles como figuras centrais, assim mitigando a sua exclusão. Estes dados encontram apoio num estudo de Fein (1976, cit. por Jordan, 1990) em que se verificou que as expectativas pré-natais das mães prediziam o envolvimento paterno de facto ainda mais fortemente do que as expectativas dos pais. Como conclui Jordan, o papel da mãe na promoção do envolvimento

paterno reforça o conceito de Deutscher de '*alliance of pregnancy*'. A falta de reconhecimento e a exclusão do pai reforçam o conceito de May de pai *observador*.

Uma outra implicação das observações de Jordan é que os profissionais podem e devem agir como provedores-chave do reconhecimento paterno.

### 2.3. Reacções Mal-Adaptativas à Paternidade-Expectante

Como já referido, a maioria das vivências da paternidade-expectante constituem reacções normais de preparação para a chegada do novo filho, e maioritariamente os homens sentem-se preparados ao fim dos nove meses da gravidez. Não obstante, têm sido descritas reacções desviantes ou mal-adaptativas.

Muitos homens evitam a experiência da paternidade-expectante dedicando-se mais ao trabalho, fazendo viagens, envolvendo-se em passatempos individuais ou em relações extramaritais (Benvenuti et al., 1989; Colman e Colman, 1994).

Benvenuti et al. (1989) englobam estes padrões de comportamento no conceito *acting out*, já que visam negar os conflitos reactivados com a chegada de um filho. De acordo com estes autores, são particularmente comuns relações extramaritais com início durante a gravidez ou nascimento, e que estas se devem menos à frustração com a relação conjugal do que à reactivação de ansiedades sobre a própria identidade sexual e a relação com a figura materna. Estes aspectos adquirem significado especial nos homens que se envolvem em relações homossexuais neste período.

Segundo Osofsky e Culp (1989, cit. por Klein, 1991), o pânico originado pela gravidez pode expressar-se, nos homens, em impotência ou homossexualidade temporária. Além disso, pode haver uma expressão maior de impulsos homossexuais com o decréscimo, durante a gravidez, do desejo e da actuação do comportamento heterossexual.

Igualmente, Klein (1991) refere que o *voyeurismo*, exibicionismo e violação sexual são cometidos de forma desproporcional por pais-expectantes, que desta forma demonstram comportamento hiper-masculino.

Considerando a perspectiva de *acting out*, é ainda assinalável que os pais-expectantes parecem cometer mais actos de ofensas corporais do que os homens não-expectantes (Hartman e Nicolay, 1966, cit. por Elwood e Manson, 1994) e que alguns sujeitos recaem na toxicoddependência durante a gravidez das companheiras (Kosten et al., 1985).

Em 1951, Freeman (cit. por Elwood e Manson, 1994) advertia também que a gravidez constitui um factor precipitante de doença mental em pessoas vulneráveis. Millet et al. (1978) fizeram notar que distúrbios neuróticos, psicossomáticos e mesmo psicóticos, directamente causados pelas mudanças trazidas pela gravidez e nascimento, são mais frequentes do que é sugerido normalmente.

Para Benvenuti et al., a prevalência de conflitos pré-edipianos pode levar o homem a escapar do esforço de se tornar pai pela psicose. Reacções psicóticas do pai reflectem a incapacidade para estabelecer uma nova relação diádica com o bebé, o que envolveria a ruptura com o laço simbiótico com a própria mãe. Segundo aqueles autores, as *psicoses da paternidade* caracterizam-se sobretudo por sintomas paranóides e aparecem normalmente por volta do nascimento. Os temas mais comuns envolvem negação da paternidade, traição imaginada da esposa, delírios homossexuais, delírios hipocondríacos e delírios de procriação.

Neste contexto, Cavenar e Weddington (1979, cit. por Klein, 1991) relatam o caso de um homem psicótico que expressava sentimentos de raiva em relação ao próprio pai e que veio a desenvolver o delírio de que não era pai do seu filho recém-nascido. Segundo os autores, na origem do delírio esteve a ambivalência quanto a tornar-se pai, resultante de uma re-avaliação negativa do modelo paterno.

Ainda assim, e embora seja desconhecida a frequência deste tipo de reacções, a psicopatologia relacionada com a gravidez parece ser bem menos frequente nos homens do que nas mulheres, devido ao diferente envolvimento, especialmente corpóreo (Benvenuti et al., 1989).

Para concluir, refira-se que o *Síndrome de Couvade* foi considerado uma manifestação mal-adaptativa de homens neuróticos até aos anos 60 (Klein, 1991). Não discutimos o *Síndrome de Couvade* neste âmbito, visto que nos ocupa na próxima parte deste trabalho e visto que hoje é considerado um fenómeno comum e não necessariamente mal-adaptativo.

### 3. PATERNIDADE-EXPECTANTE E O FENÓMENO *COUVADE*

#### 3.1. *Rituais Couvade*

O termo *couvade* tem origem na palavra francesa-basca *couver*, que significa *incubar* (Menget, 1989; Khanobdee *et al.*, 1993). Na Antropologia, ele foi adoptado para designar colectivamente uma série de rituais levados a cabo pelos homens de culturas pré-industriais durante a gravidez e o nascimento de um filho (Munroe *et al.*, 1973; Clinton, 1986; Menget, 1989; Chernela, 1991; Klein, 1991). Tratam-se de comportamentos alterados e exagerados que são socialmente aprendidos e prescritos (Malinowski, 1927, cit. por Elwood e Manson, 1994).

Rocheftort foi quem primeiro baptizou por *Couvade* alguns costumes dos Caribes das Antilhas: «*C'est qu'au meme temps que la femme est delivrée le mari se met au lit, pour s'y plaindre et y faire l'accouchée: coutume qui bien que sauvage et ridicule, se trouve néanmoins à ce que l'on dit parmi les paysans d'une certaine province de France. Et ils appellent cela faire la "Couvade". Mais ce qui est fâcheux pour le pouvre Caraibe, qui s'est mis au lit au lieu de l'accouchée, c'est qu'on lui fait faire diète dix ou douze jours de suite, ne lui donnant rien par jour qu'un petit morceau de cassave et un peu d'eau, dans laquelle on a aussi fait bouillir un peu de ce pain de racine. Après il mange un peu plus (...). Et même il s'abstient après cela, quelquefois dix mois ou un an entier, de plusieurs viandes comme de lamantin, de tortue, de pourceau, de poule, de poisson et de choses délicates: craignant par une pitoyable folie, que cela ne nuise à l'enfant*» (1665, cit. por Menget, 1989, p. 89-90).

Muitas descrições existem, tendo sido documentados sob a designação *Rituais Couvade* práticas como isolamento, restrições dietéticas, restrições ocupacionais, simulação do parto, uso de vestuário feminino durante o nascimento e evitamento de substâncias

poluidoras (Clinton, 1986; Menget, 1989; Klein, 1991; Colman e Colman, 1994; Elwood e Manson, 1994).

Segundo Colman e Colman (1994) documentam, os pais Kurtatchi das Ilhas do Pacífico, têm de parar de trabalhar e ficar no isolamento na altura do parto, não podem comer certas comidas como porco ou peixe e estão proibidos de levantar qualquer peso ou de tocar num objecto aguçado. Entre os Siriona, na Bolívia, o pai sai para ir à caça assim que começa o parto, regressando apenas depois de matar o primeiro animal; a mãe espera pelo sucesso rápido do caçador, uma vez que o corte do cordão umbilical será executado por ele.

Klein (1991) fez notar que na maioria dos rituais desvalorizava-se o papel da mãe durante e depois do nascimento (Klein, 1991). Também Malinowski notou que no *Couvade* «o marido tem que assumir os sintomas de doença e incapacidade, enquanto a mulher continua a vida do dia-a-dia» (1927, cit. por Elwood e Manson, 1994, p. 145; tradução nossa). Em muitas culturas, o *Couvade* incluía práticas de nascimento nas quais a mãe tinha o bebé sozinha, fora de casa, e retomava o trabalho imediatamente depois; entretanto, o pai, acamado durante o parto e pós-parto, era assistido por familiares femininos, incluindo a própria esposa (Elwood e Manson, 1994). Segundo Anonymous (1952, cit. por Klein, 1994), a imitação do comportamento gravídico tinha implícita a convicção de que os ‘espíritos do mal’ podiam ser enganados, perseguindo o pai e deixando a mãe e o bebé a salvo.

Frazer, constatando que a designação *Rituais Couvade* engloba um conjunto bastante heterogéneo de rituais, diferenciou duas formas de apresentação: «Sob o nome geral de *Couvade* dois costumes bem distintos, ligados ao nascimento, foram frequentemente confundidos. Um destes costumes consiste num regime de dieta restrita, que se observa no pai em benefício do seu bebé, porque se acredita que o pai está unido ao bebé por um laço de simpatia física tão íntimo que todos os seus actos afectam-no e podem lesá-lo ou matá-lo. O outro costume consiste numa simulação do nascimento por um homem, em geral o marido,

em benefício da mãe *verdadeira*, de maneira a aliviá-la das suas dores e transferi-las para a mãe *fictícia* (*pretended mother*)» (1910, cit. por Menget, 1989, p. 91; tradução nossa).

Este autor interrogou-se, pois, sobre a legitimidade em utilizar o mesmo termo para duas instituições tão diferentes, e propôs designar a primeira por *Couvade Pós-Natal* ou *Dietético* e a segunda por *Couvade Pré-Natal* ou *Pseudo-Maternal*. Elas resultariam da crença em dois tipos de magia simpática: no primeiro caso, por contágio, e no segundo, por imitação (Menget, 1989).

Numa revisão do tema, Menget (1989) assinala que as descrições mais recentes concordam na observação de 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. Por outro lado, os evitamentos iam-se atenuando à medida do crescimento do bebé, sendo por vezes ritmados por ritos de passagem (por exemplo, a nomeação), e com a multiplicação dos filhos (*idem, ibidem*).

### 3.1.1. Origem e Distribuição Geográfica

Descrições históricas provêm evidência da prática do *Couvade* desde os tempos mais remotos. Segundo Bogren (1989), a descrição mais antiga é de Dioduros Siculus, de 60 A.C. e relativa à Córsega. O ritual foi também mencionado por autores antigos como Plutarco e Apolíneo, e Marco Polo tê-lo-á encontrado na China (Dawson, 1929, cit. por Klein, 1991).

Os rituais parecem ter também uma ampla ocorrência geográfica, tendo sido repetidamente documentados em culturas da América do Sul, África e Ásia (Masoni et al., 1994). Paige e Paige (1981, cit. por Elwood e Manson, 1994) concluíram que este fenómeno era particularmente comum nas sociedades americanas recolectoras de caça.

Klein (1991) faz notar que a enorme variedade geográfica e cultural do *Couvade* leva a crer que os seus determinantes inconscientes são universais ou, como defendeu Dawson (1929, cit. por Klein, 1991), que o costume se difundiu geograficamente. Este autor publicou um trabalho exaustivo sobre o *Couvade* em 1929, recolhendo informações de diários pessoais e descrições antropológicas. Dawson defendeu que a natureza bizarra do *Couvade* tornava improvável que se tivesse originado autonomamente em tão variadas culturas, e conclui que o Chipre foi o berço geográfico a partir do qual o fenómeno se difundiu.

Todavia, a questão relativa à origem geográfica dos rituais não é consensual, variando a sua localização desde o Brasil à Europa, consoante a fonte (Klein, 1991).

Existem também descrições de rituais relativas à Europa, embora mais esporádicas e menos precisas (Menget, 1989). De acordo com Vicente (1995), o *Couvade* manteve-se na Europa até à Idade Média. Durante o Renascimento, com o desenvolvimento da obstetrícia e com o discurso científico que se foi instalando, os costumes tornaram-se ridículos e foram eliminados à medida que o pai deixava de ser considerado uma figura importante no nascimento. Na opinião de Vicente, a ‘versão actual’ do *Couvade* mudou consideravelmente com a introdução dos pais na sala de parto e o envolvimento completo deles na gravidez. No mesmo sentido, Heggennhougen (1980, cit. por May e Perrin, 1985) considera a prática moderna dos homens assistirem às classes pré-natais e ao nascimento um exemplo de *Rituais Couvade*, quer na sua forma, quer na sua função.

Menget (1989) conclui que se encontram ritos pré-natais um pouco por todo o lado, variando a sua apresentação segundo as noções da concepção e do nascimento, pelo que não é permitida nem a comparação sistemática, nem o agrupamento em conjuntos significantes. Uma dificuldade resulta do facto de, quando se comparam sociedades semelhantes nas suas crenças sobre a concepção, nalgumas existir a prática do *Couvade* enquanto noutras não.

### 3.1.2. Teorias Explicativas

Os *Rituais Couvade* foram frequentemente interpretados como comportamento pró-social, significando protecção mágico-religiosa da mãe e do bebé, aceitação da paternidade, reclamação de direitos de paternidade ou controlo social de sentimentos masculinos relativos à gravidez.

A teoria de Tylor (1865, cit. por Klein, 1991; Bogren, 1989), muito difundida, afirma que os *Rituais Couvade* visavam a protecção da mãe e do bebé, em resultado da crença num laço físico entre pai e filho que, por forças mágico-divinas, fazia com que qualquer reacção do pai tivesse efeito sobre a criança.

No mesmo sentido, Menget afirma que «a intuição da imaturidade biológica do ser humano está no coração do *Couvade*, no seio de uma teoria implícita que espiritualiza as substâncias trocadas entre pai, mãe e bebé» (1989, p. 97; tradução nossa). Segundo este autor, a espiritualização das trocas de substâncias não é exclusiva do *Couvade*, mas pertence a uma série de rituais em torno dos 'life critical corners'. Menget faz notar, por exemplo, que entre os Índios da América do Sul existem extraordinárias semelhanças, inclusive no detalhe dietético, entre as prescrições do *Couvade* e a reclusão ritual que se segue a uma morte.

Nas sociedades com uma estrutura matrilinear, o *Couvade* foi interpretado como uma tática para negociar e defender direitos de paternidade, particularmente com respeito à autoridade do pai biológico sobre o próprio filho (Paige e Paige, 1981, cit. por Klein, 1991; Clinton, 1986). Para Khanobdee et al. (1993), os *Rituais Couvade* «servem como uma expressão simbólica da aceitação da paternidade» (p.126; tradução nossa). Malinowsky sugere que quando há um valor social de cuidados bi-parentais e quando os costumes dirigem a atenção masculina para os filhos, então o *Couvade* «é de grande valor e provê o estímulo

necessário à expressão de tendências paternas» (1927, cit. por Elwood e Manson, 1994, p.145; tradução nossa).

Outros autores adiantaram significados psicossociais mais profundos.

Em 1889, Tomlinson (cit. por Klein, 1991) afirmava que os *Rituais Couvade* eram resultado da androgenia masculina. Os homens teriam glândulas mamárias funcionais e o *Couvade* constituiria uma reminiscência de tempos anteriores em que os cuidados às crianças eram bi-parentais.

Bettelheim (1962, cit. por Elwood e Manson, 1994) propõe que os homens dramatizam o *Couvade* para preencher o vácuo emocional criado pela impossibilidade de terem filhos deles próprios, enquanto Burton e Whiting (1961, cit. por Elwood e Manson, 1994) sugerem que o objectivo é expressar a identificação masculina com o papel feminino.

Reik (1931, cit. por Elwood e Manson, 1994) sugere que o objectivo dos tabus alimentares e do isolamento é reprimir inconscientemente impulsos agressivos contra a mãe e filho. Rivière (1974, cit. por Elwood e Manson, 1994) considera, antes, que o objectivo é enaltecer a existência espiritual da criança.

Dois autores, Elwood e Manson (1994; Manson e Elwood, 1995) consideram que o *Couvade* (na forma ritual ou moderna) é melhor visto como uma manifestação ritualizada de mudanças fisiológicas desencadeadas pela gravidez, as quais funcionam para despertar um estado de maior responsividade paterna. Os autores adiantam que existe evidência de mudanças fisiológicas nos machos de certas espécies antes do nascimento das crias (por exemplo, aumento dos níveis da prolactina), paralelamente a comportamentos de incubação.

Como vemos, os *Rituais Couvade* tornaram-se um terreno fértil para interpretações. A este respeito, Bettelheim faz a seguinte advertência: «Formas rudimentares de crenças religiosas e rituais foram provavelmente as primeiras invenções da mente humana desde que esta deixou de estar ocupada unicamente com a sobrevivência (...). Os rituais modernos

representam apenas as fases mais recentes de uma longa, complexa e desconhecível sequência. Não podemos tirar conclusões definitivas quanto à sua origem estudando as características que eles exibem hoje» (1955, cit. por Klein, 1991, p. 62; tradução nossa).

No que ao *Couvade* diz respeito, verificamos que na maioria dos casos uma interpretação não implica a exclusão de outras. Muito provavelmente, como concluíram Munroe et al. (1973), explicações psicológicas e sociais são ambas necessárias para uma compreensão profunda deste fenómeno.

De seguida consideraremos o *Síndrome de Couvade*, fenómeno que tem sido descrito relativamente aos pais-expectantes das sociedades modernas por contraposição ao *Couvade* primitivo.

### 3.2. *Síndrome de Couvade*

As mudanças trazidas pela gravidez manifestam-se frequentemente em sintomatologia.

No seu uso comum, o termo 'sintoma' sugere um afastamento do estado normal de saúde, um indicador de condições patológicas ou doença. Para o contexto da gravidez, Black et al. (1995) propõem uma noção mais ampla de sintoma: «aquelas sensações físicas e aqueles estados psicológicos que são reconhecidos pela pessoa que as experiencia e que são desconhecidos para o mundo exterior a não ser por auto-relato» (p.2; tradução nossa).

Historicamente, houve grande interesse no estudo dos sintomas da grávida. A sintomatologia da grávida foi frequentemente explicada como sinal não só das alterações fisiológicas, mas também da ambivalência face à gravidez. Por exemplo, Cherto (cit. por Cordeiro, 1987) fez equivaler os pares náuseas/vómitos, obstipação/diarreia e amenorreia/hemorragia a um mecanismo de retenção/expulsão, significando a alternância entre aceitação e rejeição da gravidez.

Recentemente, uma linha de investigação na área da paternidade-expectante focou-se na ocorrência de sintomatologia no homem.

Neste domínio, a ocorrência, em pais-expectantes, dos chamados 'sintomas simpáticos da gravidez' foi baptizada por *Síndrome de Couvade* por Trethowan e Conlon (1965, cit. por Klein, 1991). Daquele que é considerado o primeiro estudo controlado do *Síndrome de Couvade* (Bogren, 1989), os autores concluíram que os sintomas mais comuns eram gastro-intestinais, dermatológicos, musculares e outras dores gerais, nomeadamente: indigestão, náusea, vômitos, alteração do apetite, aumento de peso, diarreia, tremores musculares, irritações da pele, dor de cabeça e dores de dentes. De acordo com Trethowan (1968, cit. por Klein, 1991) o sintoma 'dor de dentes', aparentemente menos relacionado com a gravidez, poderia ser expressão de algumas crenças sociais, tais como a de que a gravidez pode causar problemas dentários na mulher grávida.

A partir do estudo de Trethowan e Conlon, a denominação *Síndrome de Couvade* divulgou-se para designar genericamente a ocorrência, nos pais-expectantes, de sintomas somáticos típicos da gravidez (Reid, 1975; Bogren, 1983, 1984, 1986, 1989; Fawcett e York, 1986; Clinton, 1987; Cordeiro, 1987; Klein, 1991; Khanobdee et al., 1993; Masoni et al., 1994; Kiselica e Scheckel, 1995).

Mais concretamente, Reid (1975) definiu o *Síndrome de Couvade* como «um estado no qual sintomas físicos de origem psicogénica relacionados com a gravidez ocorrem nos maridos das mulheres grávidas» (*abstract*; tradução nossa), e Klein (1991) refere que se trata 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. (...) Os sintomas do *Couvade* podem ser distinguidos de uma perturbação psicossomática pela ausência de doença física ou lesão» (p. 57; tradução nossa).

Outras designações utilizadas são ‘*Empathy Belly*’, ‘*Sympathy Symptoms*’ (Black, 1992, cit. por Kiselica e Scheckel, 1995) ou a tradução *Síndrome de Incubação* (Clerget, 1980).

Todavia, se a definição original contemplou apenas sintomatologia somática, muitos investigadores defendem hoje que o *Síndrome de Couvade* engloba também sintomatologia psicológica (Fawcett e York, 1986). Neste sentido, e segundo a definição de Clinton, o *Síndrome de Couvade* «inclui uma variedade de sintomas físicos e emocionais experienciados pelos homens durante a gravidez das suas companheiras» (1986, p.290; tradução nossa).

### 3.2.1. Distribuição Geográfica, Incidência e Evolução

No que respeita à distribuição geográfica do *Síndrome de Couvade*, Clinton (1986; 1987) e Khanobdee et al. (1993) referem que este ocorre nas sociedades onde os *Rituais Couvade* não são praticados. Contrapondo os dois fenómenos, Clinton conclui especificamente que enquanto os rituais são «um comportamento voluntário e consciente das sociedades pré-industriais», o *Síndrome de Couvade* «é um fenómeno involuntário, inconscientemente determinado, das sociedades industriais» (1987, p.91; tradução nossa).

A partir de uma extensa revisão bibliográfica, Conner e Denson concluíram também que «o Síndrome de *Couvade* existe nas culturas industrializadas» (1990, cit. por Khanobdee et al., 1993, p.126; tradução nossa), e referem não ter encontrado qualquer indicação da sua ocorrência numa população oriental.

Contudo, Khanobdee et al. assinalam que a grande maioria dos estudos se limitou à Europa Ocidental e América do Norte. Tendo investigado a ocorrência do *Síndrome de Couvade* na Tailândia, estes autores concluíram que o fenómeno ocorre também nesse país e, como tal, não é específico dos países ocidentais.

No que respeita à incidência, as estimativas variam muito, o que se deve a diferentes critérios de definição e metodologia. Assumindo como critério a presença de pelo menos cinco sintomas somáticos, Trethowan e Conlon (cit. por Bogren, 1989) reportaram uma incidência de 14% numa amostra de pais-expectantes ingleses, embora acreditem que a frequência real é maior. Nos EUA as estimativas variam entre 22 a 79%, e na Grã-Bretanha entre 11 a 50% (Klein, 1991).

Em termos da evolução ao longo da gravidez, embora os sintomas possam aparecer em qualquer altura até ao nascimento (Williams, 1997), a maioria dos autores concorda que eles se distribuem tipicamente numa curva U (Clinton, 1987; Kiselica e Scheckel, 1991; Klein, 1991; Khanobdee et al., 1993). Por outras palavras, os sintomas tenderão a iniciar-se no primeiro trimestre, a declinar no segundo e a reaparecer com mais intensidade no terceiro trimestre, geralmente desaparecendo com o nascimento. Contudo, alguns estudos não confirmam esta tendência. Por exemplo, Haynal (1977) refere um estudo onde se verificou que o pico dos sintomas ocorria no 3º/4º mês da gravidez.

Colman e Colman (1994) referem que os sintomas alternam com períodos de estabilidade emocional e sensações de bem-estar, e Reid (1975) faz notar que na maioria dos casos não é requerido tratamento.

### 3.2.2. Teorias Explicativas

À semelhança do que ocorre com os *Rituais Couvade*, as teorias explicativas do *Síndrome de Couvade* são as mais diversas, desde considerá-lo o equivalente psicossomático dos rituais primitivos a considerá-lo manifestação de envolvimento, mudanças fisiológicas, inveja, rivalidade, ambivalência, identificação com a grávida, identidade feminina latente ou ansiedade.

Segundo Klein (1991), os pais-expectantes dos tempos modernos praticam cobertamente o costume ansião do *Couvade*. Igualmente para Masoni et al. (1994), «o pai moderno, privado de um papel social que o conduza por uma série de cerimónias, procura um ritual individual para aceder ao seu estatuto de paternidade» (p.126; tradução nossa). Desta perspectiva, o *Síndrome de Couvade* pode ser considerado o equivalente psicossomático dos rituais primitivos de iniciação à paternidade. Mais ainda, quer na forma ritual, quer na forma moderna, «o Couvade não é a negação da paternidade mas o seu preenchimento» (Masoni et al., 1994, p.126; tradução nossa).

Nas palavras de Clinton, «à luz do estatuto marginal dos pais-expectantes e do valor dominante da racionalidade nas culturas ocidentais, não constitui qualquer surpresa que preocupações da paternidade-expectante assumam uma forma de expressão psicossomática» (1985, cit. por Klein, 1991, p. 63; tradução nossa). Para esta autora, os sintomas podem traduzir o carinho e preocupação do pai pela esposa e bebé.

Davis (1978, cit. por Clinton, 1986) sugeriu que o *Síndrome de Couvade* é uma forma de os homens poderem participar mais completamente no ciclo do nascimento, e Munroe e Munroe (1971, cit. por Clinton, 1986) descreveram-no como expressão do envolvimento subjectivo do pai.

Elwood e Manson (1994) referem que o *Síndrome de Couvade* pode estar correlacionado com, ou predizer, apego emocional ao feto, preparação para a paternidade e prestação de cuidados pré-natal, apoiados por estudos que encontram resultados nesse sentido.

Estes dois autores negam, contudo, que o *Síndrome de Couvade* constitua uma reminiscência dos *Rituais Couvade*. Pelo contrário, defendem que os rituais primitivos é que podem constituir uma ritualização do *Síndrome de Couvade*, o qual «é melhor explicado como sendo devido a mudanças fisiológicas que medeiam a responsividade paterna (Elwood e Manson, 1994, p.153; tradução nossa). Como noutros animais, estas mudanças seriam

provavelmente desencadeadas pela gravidez, embora se considere a necessidade de maior investigação dos factores que influenciam o seu *timing*. Ainda segundo esta teoria, sendo que a natureza do *Couvade* pode variar segundo as sociedades, e sendo provável que interajam factores psicológicos, sociais e emocionais, o ímpeto biológico subjacente pode constituir o único factor unificador.

A explicação fisiológica encontra apoio numa recente investigação sobre alterações hormonais masculinas durante a gravidez, levada a cabo por uma equipa da *Memorial University* do Canadá e publicada na revista *New Scientist* a 8 de Janeiro de 2000 (*Diário de Notícias*, 6/1/2000). Neste estudo fizeram-se análises sanguíneas a 34 casais-expectantes periodicamente durante a gravidez, verificando-se que os níveis masculinos de cortisol, prolactina e testosterona se alteraram visivelmente ao longo desse período. Segundo os investigadores, as variações hormonais das grávidas são superiores, mas o esquema é similar nos seus companheiros.

Outros autores têm adiantado significados psicológicos mais profundos para o *Síndrome de Couvade*.

'*Parturition Envy*' é um termo de Boehm (1930) para descrever a inveja masculina da capacidade da mulher em conceber e dar à luz. De acordo com Boehm, se o rapaz não for bem sucedido na resolução do conflito edipiano, irá regredir e fixar-se na fase feminina do desenvolvimento, o que se manifesta na vida adulta pela inveja da parturiente. No mesmo sentido, Leeuwen (1965) referiu que a inveja masculina tem sido sub-estimada. Para o autor, «a questão não é se a inveja da gravidez existe no homem, mas em que medida ela tem uma posição nuclear no seu desenvolvimento psico-sexual» (p.323; tradução nossa).

Mais recentemente, vários autores defenderam que a inveja da gravidez estava na origem de certos casos do *Síndrome de Couvade* (Shafiro e Nass, 1976, cit. por Klein, 1991; Osofsky e Culp, 1989, cit. por Klein, 1991). Para Brazelton e Cramer (1989), os sintomas do

*Couvade* mostram claramente que o desejo dos homens de gravidez, e de serem como a mãe e a esposa, se reacende durante o período gravídico. Quando assume a forma de dores e sintomas, é porque este desejo não pode exprimir-se.

Também Boyarin (1994) vê nos fenómenos *Couvade* uma evidência da admiração e inveja masculina do corpo feminino que pode menstruar, ficar grávido, dar à luz e ser lactente. O *mito do falo* (*'phalus mith'*) é considerado um tipo de *Couvade*, que se manifesta pela negação do desejo do homem em ser mulher e pela produção de um oposto mítico – a crença no desejo da mulher em ser homem e de que o falo representa a perfeição humana. Por outras palavras, o *Couvade* seria um *acting out* do desejo e inveja da feminilidade.

Plimmer (1997) refere que o *Couvade* significa genericamente *'womb envy'*, e que empresários inteligentes trabalham já na produção de dispositivos para ultrapassar o problema masculino, como a empresa americana *Birthways Inc.*, que inventou a *'Birthways Inc.'s Empathy Belly'*: uma simulador da gravidez que alegadamente reproduz 20 sintomas, incluindo falta de ar e aumento da tensão arterial.

Noutra concepção, os sintomas do pai podem proteger a grávida dos impulsos agressivos dele contra ela (Ginath, 1974, cit. por Klein, 1991) ou podem significar a auto-punição pela agressividade dirigida ao bebé (Lacoursière, 1972, cit. por Klein, 1991).

Cavenar e Butts (1977, cit. por Klein, 1991) consideraram que no *Síndrome de Couvade* estão envolvidas questões de rivalidade com o feto pela atenção materna, rivalidade que remonta ao período histórico do nascimento de um irmão mais novo. A este respeito, é curioso notar que existem duas referências à ocorrência do *Síndrome de Couvade* em crianças aquando da gravidez da mãe (Clyne, 1964, cit. por Kiselica e Scheckel, 1995; Dally e Mullin, 1954, cit. por Kiselica e Scheckel, 1995).

Outros autores consideram que os pais expressam sintomas somáticos em resultado de uma forte identificação com a grávida. Reik (cit. por Klein, 1991) interpretou esta

identificação como tentativa de resolver a ambivalência relativa à esposa. Também na opinião de Klein (1991), os sintomas podem traduzir a ambivalência quanto ao papel de pai.

Cordeiro (1987) contrapõe a identificação *controlável* com a grávida, que considera um processo normal e desejável da paternidade-expectante, ao *Síndrome de Couvade*, a que se refere como um processo de *identificação patológica*.

Nas palavras de Clerget (1980), «tal como testemunha o *Síndrome de Incubação*, (...) o pai encontra na elaboração da paternidade, durante a gravidez, o que está em si de feminino e também, o que é raramente reconhecido, de 'maternal', avivado pela presença de uma mulher grávida como esteve a sua mãe. (...) Este reconhecimento que realiza no próprio corpo manifesta que não é mãe nem filho» (p.39).

Para Haynal (1977), o *Couvade* é um síndrome que caracteriza uma perda temporária da identidade masculina, e que concerne à alternativa entre identificação masculina e feminina.

Munroe e Munroe (1971, cit. por Klein, 1991) avaliaram pais-expectantes de três sociedades, verificando que aqueles que apresentavam sintomas somáticos davam respostas femininas em medidas cobertas da identidade sexual, enquanto davam respostas hiper-masculinas em medidas directas dessa mesma variável. Estas respostas foram interpretadas como defesa contra a identidade feminina latente.

Na mesma linha de pensamento, Gray e Ellington (1984) sugerem que os homens com o *Síndrome de Couvade* manifestam homofobia num grau maior do que os homens que não sofrem esses sintomas.

Finalmente, uma explicação popular dos sintomas masculinos é a de que estes são sinal da ansiedade pré-natal. Neste âmbito, Gerzi e Berman (1981) fazem notar que, para além de uma série de preocupações específicas à paternidade-expectante, o facto da gravidez não estar sob o controlo dos pais pode contribuir para a ansiedade, já que a possibilidade de se

controlar o processo de mudança influencia o nível de stress resultante. Além disso, o stress e a ansiedade podem resultar não da mudança *per se*, mas da mudança não desejada: o desejo consciente é muitas vezes acompanhado por resistência e medo, conscientes ou inconscientes, e o processo da gravidez e do nascimento pode ser sentido como indesejável.

Estes autores investigaram as origens da ansiedade nos pais-expectantes, tendo encontrado níveis significativamente mais altos na ansiedade geral, tensão e apreensão em pais-expectantes no terceiro trimestre da gravidez do que em homens casados sem filhos. Contudo, um teste projectivo indicou também intensidade edipiana, rivalidade com irmãos e sentimentos de culpa mais intensos no primeiro grupo, e entrevistas clínicas com seis destes sujeitos revelaram ambivalência, frequentemente relacionada com reactivação de fantasias infantis, identificação feminina, ansiedade de castração e temas edipianos, e tentativas de defesa contra esses sentimentos pela negação, isolamento, intelectualização e reacção formativa. Segundo os autores, o nível de ansiedade poderia ser interpretado simplesmente como reflectindo uma situação real de stress, mas os resultados projectivos indicaram que ela é multi-determinada, resultando da conjunção de factores reais com motivos intrapsíquicos.

Trethowan e Conlon (1965, cit. por Bogren, 1989), quem baptizou o *Síndrome de Couvade*, consideraram já que este se relacionava com a ansiedade perante a gravidez e o parto, independentemente de haver à partida variáveis de risco para a saúde da mãe ou bebé.

Bogren (1983; 1989) procurou testar a hipótese da ansiedade somatizada e encontrou uma relação positiva entre a ocorrência de sintomas somáticos e o nível de ansiedade. No entanto, a ocorrência do *Síndrome de Couvade* associava-se ainda mais fortemente à ansiedade da grávida do que à ansiedade do próprio, sobretudo nos homens que se identificavam mais com a própria mãe, o que, na opinião do autor, suporta também a teoria da identificação com a grávida.

Neste contexto, é de notar que alguns estudos sobre a ansiedade da grávida encontram valores mais elevados no primeiro e terceiro trimestres, relativamente ao segundo, e um pico por volta dos 9 meses (Singh e Saxena, 1991, cit. por McIntyre et al., 1997; Rofe et al., 1993, cit. por McIntyre et al., 1997), o que é coincidente com a evolução considerada típica do *Síndrome de Couvade*.

Também no que concerne à relação entre a ansiedade e o *Síndrome de Couvade*, Colman e Colman (1994) referem que «por vezes, um sintoma pode ser uma simples manifestação de ansiedade, tal como acontece com um marido que tende sempre a reagir à tensão comendo exageradamente e que aumenta onze quilos durante a gravidez da sua mulher. Noutros momentos, o significado de um sintoma particular pode tornar-se muito mais simbólico, como quando um estômago dilata mas não há aumento de peso. Depois, as raízes emocionais estão mais directamente relacionadas a sentimentos profundos sobre a gravidez» (1994; p.125).

### 3.2.3. Revisão dos Estudos Empíricos

A ocorrência do *Síndrome de Couvade* tem sido avaliada pela administração de inventários de sintomas a pais-expectantes, construídos para o efeito pelos autores ou adaptadas de *check lists* de sintomas para grávidas (Holditch-Davis et al., 1994).

A revisão da investigação empírica nesta área revela diferenças no tipo de resultados que os estudos reportam, variáveis consoante os níveis de análise considerados, bem como nas conclusões referentes à sintomatologia prevalente e à sua evolução ao longo da gravidez.

Bogren (1983; 1984; 1986; 1989) conduziu um estudo empírico na Suécia, entrevistando 81 casais-expectantes primíparos na 13<sup>a</sup>/14<sup>a</sup> semana da gravidez, uma semana após o nascimento e quatro meses depois. O diagnóstico do *Síndrome de Couvade* era feito se

o pai-expectante reportava que pelo menos dois sintomas somáticos tinham estado presentes durante a gravidez, mas não antes ou depois, e se estes sintomas tinham sido vivenciados como desconfortáveis. Segundo os autores, 20% dos pais-expectantes preencheram este critério. As queixas mais comuns foram 'anorexia', 'ganho de peso', sintomas gastro-intestinais e 'dores de dentes', e normalmente tinham início no 3º/4º mês ou, com menos frequência, no terceiro trimestre. Durante a gravidez, os homens reportaram também mais sintomas psicológicos negativos.

Outro estudo clássico é o de Lipkin e Lamb (1982, cit. por Elwood e Manson, 1994; Klein, 1991). Estes investigadores estimaram a prevalência do *Síndrome de Couvade* entre uma amostra de 267 casais-expectantes utentes de uma clínica de medicina interna, tendo encontrado 23% de casos. Estes homens tinham como principais queixas as 'náuseas', 'vómitos', 'anorexia', 'dores abdominais' e 'sentir-se inchado' (*bloating*), e fizeram o dobro de visitas ao médico comparativamente a homens não-expectantes. Uma revelação importante deste estudo é que apenas 15% dos homens com *Síndrome de Couvade* foram identificados pelo pessoal médico como pais-expectantes e em nenhum caso foi feita a associação entre os sintomas e a gravidez, tendo aqueles sido tratados maioritariamente com medicação.

Clinton (1986) avaliou a ocorrência do *Síndrome de Couvade* em 81 pais-expectantes, através da administração, em cada mês da gravidez e na sexta semana de pós-parto, de um questionário que avaliava, entre outras variáveis, a percepção da incidência, duração e seriedade de 39 sintomas físicos e emocionais. Da análise dos resultados, a autora reporta que a grande maioria dos sujeitos (94 a 97%) referiu pelo menos um sintoma em cada avaliação; o número médio de sintomas vivenciados no primeiro, segundo e terceiro trimestres foi, respectivamente, 9, 12, e 12, e na sexta semana de pós-parto foi 7; finalmente, os sintomas mais comuns na totalidade do tempo de avaliação foram 'dor de cabeça', 'dores de costas',

'incapacidade para descansar', 'irritabilidade' e 'nervosismo', embora no terceiro trimestre e pós-parto, isoladamente, tenha prevalecido o sintoma 'dificuldades de concentração'.

Num estudo adicional (Clinton, 1987), estas respostas foram comparadas com as de uma amostra de 66 homens não-expectantes. Verificou-se que também neste grupo a grande maioria dos sujeitos (92 a 96%) vivenciou pelo menos um sintoma em cada mês de avaliação, e que a duração e a seriedade total de todos os sintomas vivenciados eram equivalentes nos homens não-expectantes e nos pais expectantes no primeiro, segundo e terceiro trimestres da gravidez. Todavia, o grupo de pós-parto reportou maior duração e seriedade total dos sintomas vivenciados do que o grupo de controlo. Em termos do tipo de sintomas vivenciados, os pais-expectantes no primeiro trimestre vivenciaram com maior incidência e duração os sintomas 'irritabilidade' e 'arrepios' do que os homens-não-expectantes; os pais-expectantes no segundo trimestre não se diferenciaram dos homens-não-expectantes em qualquer dos 39 sintomas em incidência, duração ou seriedade; os pais-expectantes no terceiro trimestre, comparativamente ao grupo de controlo, experienciaram maior seriedade de 'aumento de peso', maior prevalência e duração de 'insónia' e maior duração de 'incapacidade para descansar'; o grupo em pós-parto vivenciou maiores problemas, em prevalência, duração ou seriedade, de 'nervosismo', 'dificuldades de concentração', 'fadiga', 'insónia', 'incapacidade para descansar', 'dor de cabeça' e 'irritabilidade', comparativamente ao grupo de homens-não-expectantes.

Fawcett e York (1986) compararam a sintomatologia dos dois elementos do casal durante a gravidez e pós-parto, administrando uma *check list* de 23 sintomas (20 físicos e 3 psicológicos: 'sentir-se ansioso', 'sentir-se deprimido' e 'sentir-se melhor do que o usual') a três grupos de casais: 23 no 3º/4º mês da gravidez, 24 no 9º mês da gravidez e 23 na sexta semana de pós-parto. Aos sujeitos foi pedido que indicassem os sintomas vivenciados desde o início da gravidez, nos grupos expectantes, ou desde o nascimento, no grupo de pós-parto.

Concluiu-se que as grávidas tinham muito mais sintomas do que os companheiros, e que nos homens, quando ocorriam sintomas, estes tinham início cedo na gravidez e persistiam ao longo da mesma. Comparando os sintomas dos homens nos dois momentos da gravidez, verificou-se ainda que do grupo no 3º/4º mês da gravidez, 52% referiram pelo menos um sintoma físico e 48% pelo menos um sintoma psicológico; no grupo no 9º mês da gravidez, esses resultados foram, respectivamente, 29% e 25%.

Khanobdee et al. (1993) analisaram as respostas de 172 pais-expectantes em classes de preparação para o parto a uma *check list* de 25 sintomas somáticos, na qual era pedido que se indicasse os sintomas vivenciados durante a gravidez e em que trimestre. Os autores reportam os seguintes resultados: 61% dos sujeitos relataram ter sofrido 2 ou mais sintomas durante a gravidez, tendo estes tido início no primeiro trimestre na maioria dos casos (75%); 29% dos sujeitos reportaram 2-4 sintomas, 26% reportaram 5-10 sintomas e 6% reportaram mais de 10 sintomas; no primeiro trimestre os sintomas mais comuns foram 'aumento do apetite', 'náusea', 'concentração diminuída' e 'fadiga'; dos sintomas com início no segundo trimestre, os mais comuns foram 'aumento do apetite', 'fadiga' e 'sono aumentado'; os sintomas mais comuns na totalidade do tempo da gravidez foram 'náusea', 'fadiga' e 'sono aumentado'. É ainda referido que em muitos casos se verificou a distribuição por trimestres típica.

Black et al. (1995) compararam 21 casais-expectantes com história prévia de infertilidade com 12 casais-expectantes sem tal história, quanto aos sintomas vivenciados por cada elemento ao longo do período 4º-9º mês da gravidez. O instrumento utilizado foi o '*The Symptomatology Inventory*', uma *check list* de 42 sintomas agrupados em três categorias: 29 sintomas físicos, 9 sintomas 'afectivos negativos' e 4 sintomas 'afectivos positivos'. A principal conclusão deste estudo foi que, apesar de terem histórias reprodutivas diferentes, os casais férteis e 'inférteis' eram mais semelhantes do que diferentes em termos de sintomatologia: em ambos os grupos os homens referiram menos sintomas do que as grávidas;

além disso, em ambos os homens reportaram uma prevalência de sintomas emocionais, enquanto as mulheres tenderam a reportar mais sintomas físicos. Os homens férteis e 'inférteis' concordaram em 7 dos seus 10 sintomas mais frequentes em todo o período de avaliação, os quais, no primeiro grupo, foram: 'ansiedade' (38%), 'tensão' (33%), 'irritabilidade' (33%), 'dor de cabeça' (31%), 'fadiga' (29%), 'dores musculares' (24%), 'nervosismo' (24%), 'depressão' (24%), 'diminuição do desejo sexual' (18%) e 'dores nas costas' (18%). No grupo de homens 'inférteis', os 10 sintomas mais frequentes foram, por ordem decrescente da sua frequência: 'dor de cabeça' (45%), 'tensão' (41%), 'irritabilidade' (39%), 'dores musculares' (38%), 'dores nas costas' (38%), 'ansiedade' (36%), 'fadiga' (35%), 'aumento do apetite' (33%), 'aumento do desejo sexual' (27%) e 'insónia' (27%).

Tal como Black et al., Holditch-Davis et al. (1994) examinaram a sintomatologia de 36 casais-expectantes com história de infertilidade, através das respostas ao '*The Symptomatology Inventory*' nos meses 4º-9º da gravidez. Verificou-se que as mulheres sentiram mais sintomas físicos do que os companheiros, e ambos sofreram um aumento dos sintomas emocionais negativos do segundo para o terceiro trimestre. Nos homens, o número médio de sintomas físicos reportados em cada mês de avaliação variou entre 2,4 (4º e 6º mês) e 3,1 (7º mês); o número médio de sintomas afectivos negativos variou entre 1,5 (5º mês) e 2,5 (7º mês); e o número médio de sintomas afectivos positivos variou entre 0,5 (6º mês) e 0,9 (4º mês). Segundo os autores, 17% dos homens exibiram sintomas do tipo *Couvade*, embora, na maioria dos casos, não os sintomas exactos das esposas mas, antes, 'tipos equivalentes' de sintomas. Face a estes resultados, os autores propõem que se use o termo *Afinamento Sintomático* ('*Symptom Attunement*') relativamente à esposa, em preferência ao termo *Couvade*, para caracterizar a experiência dos pais-expectantes nos casos de infertilidade. Segundo os autores, o *afinamento* caracteriza-se pela exibição de quantidades e alterações

equivalentes na sintomatologia geral ao longo da gravidez, e pode resultar da identificação do homem com a esposa, identificação que, por sua vez, deriva da luta mútua com a infertilidade.

Num estudo posterior com a mesma metodologia, Holditch-Davis et al. (1995) compararam aqueles resultados com os de um grupo de 21 casais-expectantes férteis, concluindo que estes casais eram menos consistentes do que os 'inférteis' no número e tipo de sintomas reportados por cada elemento do casal. Nos homens férteis, o número médio de sintomas físicos reportados em cada mês de avaliação variou entre 1,4 (8º mês) e 2,9 (5º mês); o número médio de sintomas afectivos negativos variou entre 1,0 (9º mês) e 1,9 (7º e 8º meses); e o número médio de sintomas afectivos positivos variou entre 0,3 (5º e 6º meses) e 0,7 (4º mês).

Masoni et al. (1994) compararam a ocorrência de sintomas entre 73 pais-expectantes no 9º mês da gravidez e 73 homens-não-expectantes, usando uma *checklist* de 37 sintomas agrupados em 7 categorias ('sintomas gastrointestinais', 'variações de peso', 'sintomas cardíacos', 'sintomas dermatológicos', 'perturbações do sono', 'sintomas psicológicos' e 'outros sintomas'. Os sujeitos expectantes deveriam referir o momento da gravidez em que os sintomas foram vivenciados. Surpreendentemente, verificou-se que todos os sintomas eram menos frequentes nos pais-expectantes do que no grupo de referência, à excepção do sintoma 'náusea', o qual foi referido com maior frequência pelos pais-expectantes relativamente aos dois primeiros trimestres da gravidez, mas sem que esta diferença alcançasse significância estatística. Segundo os autores, o sintoma 'náusea' pode constituir o único sintoma específico do *Síndrome de Couvade* de entre aqueles avaliados no estudo. Por outro lado, os pais-expectantes podem ter testado mais interessados em sentir o bebé do que o próprio corpo, o que explicaria a menor frequência de sintomas neste grupo do que no grupo de referência.

Outros dois estudos não encontraram diferenças entre pais-expectantes e homens-não-expectantes no que respeita à ocorrência de sintomas (Fordor, 1981, cit. por Clinton, 1987; Quill et al., 1984, cit. por Clinton, 1987).

Por último, refira-se que a nossa revisão bibliográfica não identificou qualquer estudo relativo à ocorrência do *Síndrome de Couvade* no nosso país. Não obstante, um estudo (Tavares, 1990) comparou, entre outros aspectos, as respostas dos dois parceiros-expectantes ao *Inventário de Depressão de Beck* durante o segundo e terceiro trimestres da gravidez e a sexta semana de pós-parto. Sendo que o *Inventário de Depressão de Beck* é constituído por uma sub-escala cognitiva-afectiva e uma sub-escala somática (Diegas e Cardoso, 1986; Clark et al., 1994), foi possível verificar, neste estudo, que os 34 pais-expectantes portugueses da amostra referiram sempre mais sintomas cognitivos-afectivos do que sintomas somáticos. Por outro lado, conforme os resultados reportados, a sintomatologia depressiva total decresceu ao longo das avaliações nos dois esposos, e foi sempre mais elevada na mulher do que no homem.

### 3.2.3.1. Factores de 'Risco'

Muitos estudos tentaram definir variáveis de 'risco' para desenvolver o *Síndrome de Couvade*. A este respeito, porém, os resultados dos vários estudos nem sempre são consistentes uns com os outros.

Segundo os resultados de Trethowan (1968, cit. por Clinton, 1986), Munroe e Munroe (1971, cit. por Clinton, 1986) e Lamb e Lipkin (1982, cit. por Clinton, 1986), o *Síndrome de Couvade* seria mais comum em homens de nível educacional mais baixo. Bogren (1983), pelo contrário, não encontrou qualquer relação com essa variável, nem com outros factores sociais como estatuto marital, número de parceiros sexuais anteriores, perda precoce dos pais,

situação financeira e nível habitacional. Igualmente, Khanobdee et al. (1993) não encontraram efeito do nível educacional e nível sócio-económico, enquanto Clinton (1987) concluiu que «os homens particularmente vulneráveis ao *Síndrome de Couvade* são minorias étnicas, aqueles com filhos prévios, aqueles com rendimento mais baixo, aqueles que tiveram problemas de saúde no ano anterior à gravidez e aqueles que mostram um nível elevado de envolvimento emocional na gravidez» (p. 194; tradução nossa).

Ao contrário de Clinton, Trethowan e Conlon (1965, cit. por Khanobdee et al., 1993), Lipkin e Lamb (1982, cit. por Kiselica e Scheckel, 1995), Strickland (1987, cit. por Khanobdee et al., 1993) e Khanobdee et al. (1993) não encontraram diferenças entre pais-pela-primeira-vez e pais-experientes.

Em termos do efeito do estatuto étnico e da idade, os estudos revelam também disparidade nos resultados. Enquanto alguns autores, para além de Clinton, documentam maior incidência em minorias étnicas (Davis, 1978, cit. por Clinton, 1986; Wapner, 1975, cit. por Clinton, 1986), outros reportam não haver relação com esse estatuto (Lamb e Lipkin, *ibidem*). Por outro lado, enquanto Brown (1983, cit. por Clinton, 1986) encontrou uma correlação negativa com a idade, Bogren documentou uma correlação positiva (os sintomas eram mais comuns nos homens com mais de 30 anos do que nos mais novos) e Lamb e Lipkin não encontraram qualquer relação com essa variável.

Há também falta de coerência quanto à associação entre o *Síndrome de Couvade* e o relacionamento com terceiros, particularmente com os próprios pais durante a infância. Assim, Liebenberg (1969, cit. por Clinton, 1986) e Munroe e Munroe documentaram uma incidência maior entre os homens que sofreram uma perda paterna durante a infância, enquanto Moore (1975, cit. por Clinton, 1986), Walton (1983, cit. por Clinton, 1986) e Bogren não encontram qualquer relação nesse sentido. Moore observou que o *Couvade* era mais pronunciado nos pais-expectantes que sentiam maior vinculação à própria mãe do que ao

pai, em consonância com os resultados de Bogren, que revelaram também uma incidência maior nos homens com níveis mais altos de vinculação e identificação com a mãe.

Quanto à relação entre a sintomatologia dos dois progenitores-expectantes, apenas encontramos referido um estudo em que se concluiu pela equivalência dos sintomas físicos e psicológicos entre os esposos durante a gravidez (Deutscher, 1969, cit. por Holditch-Davis et al., 1994). Pelo contrário, Bogren, Drake et al. (1988, Holditch-Davis et al., 1994) e Holditch-Davis et al. (1995) encontraram fracas correlações entre as respostas dos dois.

Não obstante, Bogren (1989) encontrou que o *Síndrome de Couvade* era mais comum quando a esposa estava ansiosa quanto à gravidez.

Três autores (Davis, 1978, cit. por Kiselica e Scheckel, 1995; Clinton, 1985, cit. por Klein, 1991; Conner et al., 1990, cit. por Masoni et al., 1994) documentam maior incidência do *Síndrome de Couvade* nos casos de gravidez não-planeada, e Moore (*ibidem*) nos casos em que a gravidez não foi desejada pelo pai.

Libkin e Lamb não referem qualquer relação com complicações da gravidez ou com a participação do pai-expectante em treino de preparação para o nascimento.

Entretanto, em aparente contradição com o último dado, Munroe (1964, cit. por Clinton, 1986) e Clinton (1987) encontraram mais sintomas somáticos nos homens mais envolvidos afectivamente na gravidez e mais motivados para a participação nos cuidados. Em termos da relação entre o *Síndrome de Couvade* e o envolvimento paterno, também Longobucco e Freston (1989, cit. por Elwood e Manson, 1994) constataram que os homens com mais sintomatologia reportavam mais actividades relacionadas com a preparação para a paternidade. Além disso, de acordo com os resultados de Munroe e Munroe (1971, cit. por Elwood e Manson, 1994), a presença do *Couvade* e o envolvimento na gravidez têm ambos uma relação positiva com a prestação de cuidados ao bebé no pós-parto.

Moore documentou que factores de personalidade não predizem o *Síndrome de Couvade*.

De acordo com Clinton, o dado mais consistente na literatura em termos de variáveis associadas é que a ocorrência de sintomas somáticos aumenta com a ocorrência de sintomas psicológicos, como stress, ansiedade e depressão.

#### 3.2.4. Balanço da Investigação Empírica

Holditch-Davis et al. (1994) fizeram notar que todas as explicações e estudos do *Síndrome de Couvade* baseiam-se na assunção de que os sintomas masculinos são manifestações efectivas desse fenómeno. Outras explicações não relacionadas com a gravidez, como condições pré-existentes ou outros acontecimentos de vida, não têm sido exploradas.

Por outro lado, alguns estudos compararam pais-expectantes com homens não-expectantes, outros compararam os sintomas dos homens antes e durante a gravidez e outros, ainda, compararam a sintomatologia nos dois esposos. Como também Holditch-Davis et al. anotaram, é difícil determinar em que medida estes vários critérios descrevem o mesmo fenómeno, e em que medida são possíveis comparações.

Outra limitação respeita ao carácter retrospectivo da maioria dos estudos realizados nesta área. Como afirma Klein (1991), há limitações inerentes à avaliação retrospectiva da incidência do *Síndrome de Couvade* já que os seus sintomas são inespecíficos e limitados no tempo.

Por outro lado, a maioria dos estudos baseiam-se em *check lists* que sugerem sintomas específicos, as quais não traduzem necessariamente todos os sintomas que seriam comunicados pelos pais-expectantes a profissionais de saúde ou com outra metodologia. O instrumento pode também levar os indivíduos a tornarem-se conscientes de sintomas que

anteriormente ignoravam ou que viam como pouco importantes para referir (Black et al., 1995).

Uma limitação grave deriva do facto de não se ter operacionalizado uma definição ou medida de diagnóstico do *Síndrome de Couvade*. Por exemplo, Strickland (1987, cit. por Khanobdee et al., 1993) definiu como critério a ocorrência de um ou mais sintomas, enquanto Bogren (1983) assumiu como indicador a presença, apenas durante a gravidez, de dois ou mais sintomas.

A este respeito, considere-se a advertência de Simões (1994) com respeito à avaliação psicológica: «Anote-se a multiplicidade de *variáveis* ou *unidades de informação* que é possível considerar e avaliar. (...) Estas variáveis constituem-se como uma multiplicidade de determinantes e níveis de expressão da conduta. Ao mesmo tempo, ilustram exemplarmente o alargamento das necessidades de avaliação e, também, a capacidade 'inventiva' dos psicólogos na produção de construtos considerados legítimos. (...) No entanto, a imprecisão caracteriza uma parte importante destas dimensões. Trata-se de construtos psicológicos nem sempre bem fundamentados, simples ou unitários, que não são totalmente isoláveis do ponto de vista da sua definição operacional (delimitação do que é e do que não inclui) através dos instrumentos de medida e relativamente aos quais há apenas um conhecimento parcial. Este aspecto constituem ameaças precisas à validade das medidas ou provas construídas de maneira a potencializar a manifestação destas variáveis consideradas importantes» (p.17).

Neste âmbito, parece-nos também problemático o facto de a definição genérica do *Síndrome de Couvade* não diferenciar este fenómeno de um estado de ansiedade. A este respeito, considere-se que a ansiedade é uma estado emocional que comporta um componente cognitivo e um componente vegetativo. Como Vaz Serra (1980) definiu, o primeiro é de natureza subjectiva e respeita a todos os pensamentos e sentimentos desenvolvidos pela pessoa quando está ansiosa, enquanto o segundo traduz a activação fisiológica que o

indivíduo sofre nesse estado. Em particular, o componente vegetativo pode dar origem a diagnósticos diferenciais difíceis, dada «a grande variabilidade que as pessoas podem apresentar nas suas respostas vegetativas típicas perante os factores de pressão psicológica a que estão sensibilizadas» (Vaz Serra, 1980, p.100). Na verdade, os sintomas que têm sido avaliados na investigação do *Síndrome de Couvade* incluem-se todos entre aqueles que têm sido implicados na ansiedade (Ponciano, 1980; Vaz Serra, 1980; Guelfi, 1987; Perse, 1987).

Quanto a recomendações para investigação, May e Perrin (1985) salientaram: 1) estudos com amostras maiores e mais representativas, com especial atenção a problemas de selecção; 2) informação longitudinal, incluindo avaliações várias ao longo da gravidez e após o nascimento (idealmente, estendendo-se até 5 anos); e 3) controlo mais rigoroso de variáveis que podem ser relevantes na transição para a paternidade.

Gerzi e Berman (1993) acrescentam ainda que os estudos futuros deveriam relacionar a informação com um quadro mais completo da estrutura da personalidade e experiências de vida.

#### 4. CONTRIBUTO PESSOAL: ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE A OCORRÊNCIA DE SINTOMAS EM PAIS-EXPECTANTES PORTUGUESES

##### 4.1. Objectivos e Questões da Investigação

De acordo com Ribeiro (1999), um estudo exploratório justifica-se «se as investigações anteriores ou não se debruçaram sobre o problema ou as evidências encontradas da relação entre as variáveis são contraditórias ou, ainda, se há razões para questionar se o que a investigação tem mostrado para outras culturas se aplicará do mesmo modo na nossa» (p.25).

Em consideração do objectivo inicial de explorarmos a ocorrência do *Síndrome de Couvade* em Portugal, fizemos uma revisão da literatura e dos estudos empíricos a que foi possível termos acesso. Em face das limitações conceptuais e metodológicas que essa revisão nos revelou, as quais colocam em causa a própria validade do construto, definimos como objectivos deste estudo exploratório:

- Avaliar se o tipo e número de sintomas vivenciados por pais-expectantes ao longo da gravidez são atribuíveis a este acontecimento e enquadráveis no conceito de *Síndrome de Couvade*, quando comparados os pais-expectantes com homens-não-expectantes e quando analisada a relação entre a incidência de sintomas e a percepção de outros acontecimentos de vida.
- Avaliar se o tipo e número de sintomas vivenciados por pais-expectantes apresenta a evolução considerada típica do *Síndrome de Couvade* (i.e., se é revelado um pico de sintomatologia no primeiro e terceiro trimestres da gravidez e um atenuamento no segundo).
- Contribuir para determinar melhor o efeito, na incidência de sintomas durante a paternidade-expectante, de certas variáveis que têm sido implicadas na literatura como eventuais 'factores'.

de risco' e que se apresentam como pertinentes do ponto de vista teórico-prático.

Novamente como faz notar Ribeiro, num estudo exploratório em que se pretenda observar a realidade sem manipulação de variáveis não se justifica a formulação de hipóteses, já que o investigador não tem necessariamente um conjunto de assunções bem desenvolvidas para tal formulação. Assim, e em preferência à formulação de hipóteses, delimitámos as seguintes questões de investigação:

- 1- Em Portugal, os pais-expectantes portugueses em cada trimestre da gravidez diferem de homens-não-expectantes em termos do tipo e número de sintomas vivenciados?
- 2- Em Portugal, o tipo e número de sintomas vivenciados por pais-expectantes difere ao longo dos três trimestres da gravidez?
- 2- Qual o efeito do planeamento da gravidez (planeada vs não-planeada), do estatuto da paternidade (primípara vs não-primípara) e da idade no número de sintomas vivenciados pelos pais-expectantes?
- 4- Em que medida o número de sintomas vivenciados se relaciona com acontecimentos de vida que não a gravidez?

## 4.2. Metodologia

### 4.2.1. Desenho e Método da Investigação

O presente estudo, na sua globalidade, isto é, no conjunto dos estudos empíricos que o constituem, obedece a um desenho característico de um *estudo não experimental* ou *estudo pós-facto* segundo a classificação de Kiess e Bloomquist (1985, p.61), ou *estudo observacional* segundo a definição de Aday (1989, cit. por Ribeiro, 1999, p. 41-42), já que se pretende descrever e compreender a realidade em estudo sem haver manipulação de variáveis.

O desenho da investigação é, ainda, simultaneamente *descritivo-de comparação entre grupos* e *analítico-transversal*, de acordo com as categorias dos estudos observacionais definidas por Aday (ibidem): *descritivo-de comparação entre grupos* já que pretende oferecer informação acerca da população em estudo e já que foca dois ou mais grupos, escolhidos com base no critério de pelo menos um possuir uma característica de interesse para o estudo e o(s) outro(s) não, sendo os dados recolhidos num único período de tempo; *analítico-transversal* já que procura explicar os resultados através do exame das relações estatísticas entre variáveis num único momento.

O método de investigação é *epidemiológico-correlacional*, de acordo com a classificação de Bishop (1994, cit. por Ribeiro, 1999, p. 43-44) dos métodos de investigação em Psicologia da Saúde, já que pretende fornecer indicadores acerca da distribuição das variáveis e dos factores que lhe estão associados, ainda que não permitindo estabelecer relações causais.

#### 4.2.2. Amostragem

Dados os objectivos do estudo, foram constituídos três amostras de pais-expectantes portugueses, diferenciadas pelo facto de a gravidez se encontrar no primeiro, segundo ou terceiro trimestre, e uma amostra de controlo, de homens-não-expectantes portugueses.

Tendo em conta a especificidade da população em estudo e o prazo de realização deste trabalho, para a constituição das amostras foi requerida a colaboração de técnicos de serviços privados de ginecologia/obstetrícia (consultórios e centros de diagnóstico) localizados em Lisboa. Esta colaboração consistiu na entrega de um envelope a qualquer um dos membros dos casais utentes dos serviços, com a explicação de se tratar de um pedido para o homem colaborar num estudo de Psicologia. O envelope, no qual estavam contidos o pedido de

participação na investigação e os instrumentos de recolha de dados, era entregue directamente ao homem quando este se dirigia aos serviços, ou, no caso contrário, era entregue à companheira/esposa com a orientação de lhe fazer a entrega e explicação.

Foi ainda requerida a mesma colaboração a pessoas da nossa rede social que conhecessem indivíduos elegíveis para participar neste estudo, totalizando 850 envelopes distribuídos.

As amostras assim constituídas são *não-probabilísticas* (Dommermuth, 1975, cit. por Ribeiro, 1999) ou *intencionais* (Smith, 1975, cit. por Ribeiro, 1999), justificáveis pela impossibilidade de obter a listagem completa dos elementos das populações em estudo e assim classificadas por se desconhecer quão representativas elas são das respectivas populações. O método de amostragem permite ainda designá-las como amostras *de informantes estratégicos* (Smith, 1975, cit. por Ribeiro, 1999), já que envolvem a colaboração de terceiros na identificação de sujeitos representativos das características em estudo, e amostras *de conveniência* (Dommermuth, 1975, cit. por Ribeiro, 1999), já que foram escolhidas por conveniência do investigador a partir da consideração de que satisfazem os objectivos do estudo.

Sendo que os critérios de inclusão eram ser maior de idade, ter estatuto civil de casado ou em união de facto e ter nacionalidade portuguesa, dos 91 conjuntos de dados devolvidos 17 foram excluídos das amostras por preenchimento incompleto (em 6 casos), por incongruência nas respostas (em 2 casos), por nacionalidade não portuguesa (em 1 caso) ou por estatuto civil não elegível (em 8 casos, dos quais 7 eram solteiros e 1 era divorciado).

Os 74 conjuntos de dados devolvidos e elegíveis foram distribuídos por cada amostra de acordo com o estatuto gravídico, resultando os seguintes números de participantes:

- Amostra de pais-expectantes no primeiro trimestre da gravidez: 11 participantes;
- Amostra de pais-expectantes no segundo trimestre da gravidez: 21 participantes;

- Amostra de pais-expectantes no terceiro trimestre da gravidez: 20 participantes;
- Amostra de homens não-expectantes (amostras de controlo): 22 participantes.

### 4.2.3. Recolha de Dados

#### 4.2.3.1. Procedimento

O método de recolha de dados está relacionado com o método de amostragem, podendo ser classificado como *mail type* (Ribeiro, 1999) já que consistiu em fazer chegar aos sujeitos das populações um envelope pré-selado com o pedido de participação no estudo e instrumentos de recolha de dados<sup>1</sup>.

O pedido de participação, em folha de rosto, informava sobre os objectivos genéricos do estudo, autoria, âmbito de realização e garantia de confidencialidade, e dava orientações para o preenchimento dos instrumentos de recolha de dados e para a sua devolução (Anexo B).

#### 4.2.3.2. Instrumentos

Entre os instrumentos de recolha de dados inclui-se, segundo a sua ordenação nos protocolos, um inventário de sintomatologia, um inventário de acontecimentos de vida e um questionário sócio-demográfico.

O questionário sócio-demográfico (Anexo E), anónimo, incluía informação para a elegibilidade dos participantes e sua caracterização demográfica (idade, nacionalidade, local

---

<sup>1</sup> Ribeiro (1995b, cit. por Ribeiro, 1999) verificou que o método *mail type*, isto é, o preenchimento de instrumentos de avaliação enviados pelo correio, não produz resultados diferentes, pela comparação de amostras da mesma população que responderam na presença do psicólogo ou em casa com devolução posterior.

de residência, estado civil, profissão e nível de escolaridade) e informação relativa ao estatuto gravídico (a companheira/esposa estar ou não grávida), no sentido de distinguir entre pais-expectantes e homem-não-expectantes. Para preenchimento exclusivo dos pais-expectantes, o questionário incluía ainda informação relativa ao mês da gravidez, planeamento da gravidez (a gravidez ter sido planeada ou não) e existência de filhos prévios (ser pai pela primeira vez ou não), por forma a diferenciar o trimestre da gravidez, no primeiro caso, e por forma a poder analisar a influência dessas variáveis, nos dois últimos casos.

Para análise da sintomatologia vivenciada pelos sujeitos em estudo, adoptou-se um inventário de sintomas, à semelhança dos estudos anteriores na área do *Síndrome de Couvade*. Dada a inexistência, segundo o nosso conhecimento, de qualquer instrumento português desta natureza, seguimos 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), recorrendo ao *'The Symptomatology Inventory'* de Black et al. (1995). Este instrumento foi também seleccionado por nos ter sido imediatamente cedido pelos seus autores, após contacto da nossa parte (o que não aconteceu no caso de dois outros contactos efectuados, dos quais, num caso, não obtivemos resposta e, no outro, a resposta foi a da impossibilidade de responder ao nosso pedido de material em tempo útil).

O *The Symptomatology Inventory* é uma check list (ou lista de verificação) de 42 sintomas físicos e emocionais comuns na gravidez, que constitui uma re-modificação do *'Pregnancy Symptom Diary'* de Erikson (1967, cit. por Black et al., 1995), já antes modificado por Leifer (1980, cit. por Black et al., 1995).

No seu estudo, Black et al. (1995) utilizaram-no para comparar a sintomatologia de casais-expectantes com e sem história prévia de infertilidade ao longo dos 9 meses da gravidez. Sendo a versão original dirigida à grávida, a linguagem de alguns itens foi

modificada pelos autores de modo a se adaptarem à população masculina (por exemplo, o item '*vaginal itching/irritation*' foi modificado para '*genital itching/irritation*').

Os sujeitos devem indicar se experienciaram qualquer um dos 42 sintomas na semana anterior à avaliação, e com que intensidade (*mild, moderate, intense*), sendo a lista dos sintomas incluídos a seguinte: 1-*headache*; 2-*backache*; 3-*muscular aches*; 4-*genital pain*; 5-*constipation*; 6-*diarrhea*; 7-*hunger*; 8-*loss of appetite*; 9-*dizziness*; 10-*insomnia*; 11-*swollen hands/feet*; 12-*shortness of breath*; 13-*abdominal movement*; 14-*groin pain*; 15-*nausea*; 16-*bloating*; 17-*frequent urination*; 18-*fatigue*; 19-*chills*; 20-*heartburn*; 21-*flushed feeling*; 22-*genital itching/irritation*; 23-*genital bleeding*; 24-*abdominal cramps*; 25-*relaxation*; 26-*cold hands/feet*; 27-*skin breakouts*; 28-*heart pounding*; 29-*decreased sexual desire*; 30-*vomiting*; 31-*nipple/breast pain*; 32-*apathy*; 33-*depression*; 34-*irritability*; 35-*anxiety*; 36-*decreased social interest*; 37-*increased social interest*; 38-*tension*; 39-*crying*; 40-*nervousness*; 41-*increased sexual desire*; 42-*euphoria*.

Esta listagem resultou da consulta de profissionais e da literatura sobre a gravidez e o *Síndrome de Couvade*, ficando desta forma estabelecida a validade de conteúdo. A fidelidade teste-reteste foi ainda estabelecida pelos autores para cada um dos 42 sintomas, considerando-se como aceitável o valor  $r \geq 0,40$  dada a natureza altamente transitória daqueles. Nesse estudo piloto, 28 sintomas (67%) tiveram um valor de  $r \geq 0,40$  em todos os sujeitos; 59% dos sintomas referidos pelas mães-expectantes e 57% daqueles referidos pelos pais-expectantes alcançaram também o valor mínimo estipulado.

Noutro estudo com o *The Symptomatology Inventory* (Holditch-Davis et al., 1995), a mesma equipa de investigadores agrupou os 42 sintomas em três categorias: 29 sintomas 'físicos' (sintomas 1-24, 26-30 e 31), 9 sintomas 'afectivos negativos' (sintomas 29, 32-36 e 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. Holditch-Davis

et al. (1995) esclarecem que, no sentido de estabelecer a consistência interna de cada categoria, três profissionais de obstetrícia agruparam independentemente os 42 sintomas nas três categorias, com um resultado de 100% de concordância entre si. Adicionalmente, o Kuder-Richardson Formula (KR-20) foi calculado para cada categoria em cada mês de avaliação (para além do primeiro, os restantes testes da consistência interna consideram-se replicações já que não se espera que aquela se modifique ao longo da gravidez). O KR-20 para os sintomas físicos variou entre 0,81 e 0,89; o KR-20 para os sintomas afectivos negativos variou entre 0,67 e 0,80; e o KR-20 para os sintomas afectivos positivos variou entre 0,47 e 0,68. Segundo os autores, porque o KR-20 é dependente da variância total da escala e da distribuição dos itens, os baixos valores de consistência para os sintomas emocionais positivos deveu-se provavelmente ao pequeno número de itens nessa categoria e ao baixo número de respostas positivas em cada mês. A estabilidade temporal foi determinada num estudo piloto de teste-reteste com 14 dias de intervalo e considerando como valor aceitável  $r \geq 0,40$ . Para o grupo de 33 mães-expectantes nesse estudo, as correlações foram: 0,77 ( $p < 0,01$ ) para a primeira categoria; 0,79 ( $p < 0,01$ ) para a segunda categoria, e 0,47 ( $p < 0,05$ ) para a terceira categoria. Para o grupo de 35 pais-expectantes do estudo piloto, as correlações foram: 0,85 ( $p < 0,01$ ) para a categoria de sintomas físicos; 0,61 ( $p < 0,01$ ) para a categoria de sintomas emocionais negativos e 0,36 ( $p < 0,05$ ) para categoria de sintomas emocionais positivos.

Na nossa adaptação do *The Symptomatology Inventory* foram tidos em conta aspectos metodológicos relativos à validade da tradução, nomeadamente que a simples tradução dá origem a escalas com propriedades diferentes da original e que «quando se recorre à tradução o elemento essencial consiste na tradução e clarificação do construto subjacente à escala (e não na dos itens). (...) Para avaliar o construto pode, nomeadamente, ter de se alterar o item tal

como ele fica depois de uma tradução correcta do ponto de vista lexical» (Ribeiro, 1995, p.135).

Na consideração desta questão, o *The Symptomatology Inventory* foi traduzido por nós para a língua portuguesa, com revisão de vários juizes que igualmente dominavam as duas línguas e o conteúdo do estudo. A versão traduzida, que intitulámos *Inventário de Sintomatologia* (Anexo C), é constituída pelos 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.

A fidelidade teste-reteste da versão traduzida foi avaliada num estudo preliminar, pela sua administração a 18 pais-expectantes em dois momentos intervalados, no mínimo, por sete dias, não se tendo incluído estes sujeitos na amostra do estudo principal. No Anexo A é feita a descrição do estudo piloto, podendo adiantar-se que o valor da correlação relativa ao número de sintomas vivenciados por cada sujeito foi de 0,923 ( $p < 0,01$ ), e que o valor da correlação relativa ao número de sujeitos que vivenciaram cada sintoma foi 0,885 ( $p < 0,01$ ).

No intuito de analisar a relação da sintomatologia com acontecimentos de vida que não a gravidez, foi utilizada uma versão traduzida da Secção 1 do *Life Experiences Survey* (LES; Anexo D) de Sarason et al. (1978), a qual nos foi cedida por I. Leal (Janeiro de 1999). A Secção 1 do LES indaga sobre a ocorrência de 47 acontecimentos susceptíveis de ocorrer na vida do dia-a-dia da população geral, incluindo ainda três alternativas de resposta em aberto para eventuais acontecimentos não contemplados na lista (para a população estudantil, o LES consta ainda de uma secção 2, constituída por 10 itens). Ao respondente é pedido que assinale os acontecimentos que lhe ocorreram durante o último ano e o grau do impacto que eles tiveram na sua vida, o que é assinalado numa escala de sete posições entre 'extremamente

negativo' (-3) a 'extremamente positivo' (+3), passando por uma posição intermédia 'sem impacto' (0). As notas possíveis de obter são o número de acontecimentos assinalados, as somas diferenciadas dos valores do impacto negativo e positivo, e a soma do valor total do impacto (Sarason et al., 1978; J. L. Pais Ribeiro, comunicação pessoal em Janeiro de 2000).

Subjacente a este escala encontra-se a perspectiva de que mudanças na vida das pessoas requerem adaptação e podem constituir-se como factores de stress, independentemente da sua desejabilidade ou indesejabilidade, ainda que seja esperável que eventos indesejáveis tenham um efeito diferente, e mais detrimental, do que eventos positivos (Sarason et al., 1978). A classificação da desejabilidade e indesejabilidade dos acontecimentos constituiu precisamente uma inovação na investigação sobre os acontecimentos de vida, havendo estudos a indicar uma relação forte entre a ocorrência de acontecimentos de vida e vários indicadores de desconforto psicológico ou físico, mas sobretudo quando considerada a medida de indesejabilidade (Sarason et al., 1978).

Sarason et al. (1978) estabeleceram a fidelidade teste-reteste do LES em dois estudos, com um intervalo de 5-6 semanas entre o teste e o reteste, obtendo as seguintes valores de correlação para cada nota considerada: 0,19 e 0,53 ( $p < 0,01$ ) para a nota do impacto positivo; 0,56 ( $p < 0,01$ ) e 0,88 ( $p < 0,01$ ) para a nota do impacto negativo; e 0,63 ( $p < 0,01$ ) e 0,64 ( $p < 0,01$ ) para a nota do impacto total. Nos estudos de validação do LES, os autores encontraram também uma correlação positiva significativa entre as notas do impacto negativo e do impacto total, por um lado, e medidas da ansiedade traço e da ansiedade estado, por outro, mas não entre estas medidas e a nota do impacto positivo. Estes resultados levaram os autores a considerar que a medida da mudança negativa é o melhor indicador do grau de stress a que a pessoa está sujeita, ainda que seja considerada a possibilidade de não se ter encontrado correlação entre acontecimentos com impacto positivo e aquelas medidas dependentes devido

à mais baixa estabilidade daquela nota, e não por esses acontecimentos não poderem ser geradores de stress.

### 4.3. Análise dos Resultados

#### 4.3.1 Características Gerais das Amostras

As variáveis demográficas consideradas foram a idade, estado civil, nível de escolaridade, área de residência e nível sócio-económico.

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

No que respeita ao estado civil, os sujeitos foram diferenciados entre *casados* e em *união de facto*.

A informação recolhida sobre o nível de escolaridade foi classificada em termos dos níveis de ensino habitualmente considerados (*básico*: até ao 9º ano de escolaridade; *secundário*: do 9º ao 12º anos; *superior*: licenciatura, mestrado ou doutoramento), sendo ainda contemplado um grau designado por *médio* (correspondente a cursos médios ou profissionais).

As informações relativas à área de residência (localidade, concelho, distrito) permitiram classificá-la, de acordo com a classificação do Instituto Nacional de Estatística (INE, 1999), em:

- *Área Predominantemente Urbana* (APU): Integrando as seguintes situações: freguesias urbanas (i.e., freguesias que possuam densidade populacional superior a 500 hab./Km<sup>2</sup> ou que integrem um lugar com população residente superior ou igual a 5000 habitantes); freguesias semi-urbanas (i.e., freguesias não-urbanas que possuam densidade populacional superior a 100 hab./Km<sup>2</sup> e inferior ou igual a 500 hab./Km<sup>2</sup>, ou que integrem

um lugar com população residente superior ou igual a 2000 habitantes e inferior a 5000 habitantes) contíguas às freguesias urbanas, incluídas na área urbana segundo orientações e critérios de funcionalidade/planeamento; freguesias semi-urbanas constituindo por si só áreas predominantemente urbanas segundo orientações e critérios de funcionalidade/planeamento; e freguesias sedes de concelho com população residente superior a 5000 habitantes;

- *Área Medianamente Urbana (AMU)*: Integrando as seguintes situações: freguesias semi-urbanas não incluídas na área predominantemente urbana; freguesias sedes de concelho não incluídas na área predominantemente urbana;

- *Área Predominantemente Rural (APR)*: Integrando os restantes casos.

A informação conjunta sobre o nível de escolaridade e a profissão foi transformada em indicador do nível sócio-económico, classificado de acordo com Simões (1994; cit. por Lourenço, 1996) nas seguintes categorias:

- *Nível sócio-económico baixo*: trabalhadores assalariados por conta de outrem, trabalhadores não especializados da indústria e da construção civil, empregados de balcão no pequeno comércio, contínuos, cozinheiros, empregados de mesa, empregados de limpeza, pescadores, rendeiros, trabalhadores agrícolas, vendedores ambulantes, trabalhadores especializados da indústria (mecânicos, electricistas), motoristas; até ao 8º ano de escolaridade obrigatória.

- *Nível sócio-económico médio*: profissionais técnicos médios independentes, pescadores proprietários de embarcações; empregados de escritório, de seguros e bancários; agentes de segurança, contabilistas, enfermeiros, assistentes-sociais, professores do ensino preparatório e secundário; comerciantes e industriais; do 9º ao 12º ano de escolaridade; cursos médios e superiores.

- *Nível sócio-económico elevado*: grandes proprietários ou empresários agrícolas, do comércio e da indústria; quadros superiores da administração pública, do comércio, da

indústria e de serviços; profissões liberais (gestores, médicos, magistrados, arquitectos, engenheiros, economistas, professores do Ensino Superior); artistas, oficiais superiores das forças militares e militarizadas; pilotos de aviação; do 4º ano de escolaridade (de modo a incluir grandes proprietários e empresários) à licenciatura, mestrado ou doutoramento.

O Quadro 1 sumariza as características gerais das amostras, podendo a distribuição das idades ser observada no Quadro 2.

**Quadro 1. Características Gerais das Amostras**

	Primeiro	Trimestre	Segundo	Trimestre	Terceiro	Trimestre	Amostra	Controlo
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Estado Civil</b>								
Casado	11	100%	20	95%	18	90%	19	86%
Em União de Facto	-	-	1	5%	2	10%	3	14%
<b>Nível de Escolaridade</b>								
Superior	7	64%	11	52%	11	55%	20	91%
Médio	2	18%	1	5%	3	15%	-	-
Secundário	2	18%	9	43%	5	25%	2	9%
Básico	-	-	-	-	1	5%	-	-
<b>Área de Residência</b>								
APU	11	100%	21	100%	20	100%	22	100%
AMU	-	-	-	-	-	-	-	-
APR	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Nível Sócio-Económico</b>								
Elevado	7	64%	13	62%	11	55%	12	60%
Médio	4	36%	8	38%	8	40%	10	40%
Baixo	-	-	-	-	1	5%	-	-
<b>Idade</b>	<b>Média</b>	<b>d.p.</b>	<b>Média</b>	<b>d.p.</b>	<b>Média</b>	<b>d.p.</b>	<b>Média</b>	<b>d.p.</b>
	32,64	4,90	31,48	3,57	33,70	5,23	31,68	5,97

**Quadro 2. Frequência das idades em cada amostra**

Idade	Primeiro Trimestre	Segundo Trimestre	Terceiro Trimestre	Amostra Controlo
	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
25	-	1	-	2
26	-	1	-	2
27	1	1	-	2
28	-	-	3	-
29	4	2	1	4
30	-	3	2	-
31	-	3	-	3
32	-	5	4	2
33	2	1	3	1
34	1	-	2	1
35	1	1	-	-
36	-	-	-	1
37	1	-	-	1
38	-	3	1	1
39	-	-	1	1
40	-	-	2	-
44	1	-	-	-
49	-	-	1	-
51	-	-	-	1

As amostras são homogêneas ao nível da área de residência, com a totalidade dos sujeitos a residir em área predominantemente urbana, tendo-se estabelecido também a sua equivalência em relação à idade através do Teste de Kruskal Wallis ( $\chi^2=3,264$ , g.l.=3;  $p=0,353$ ).

#### 4.3.2. Tipo de Sintomas Vivenciados nas Amostras Expectantes e na Amostra de Controlo

O quadro 3 apresenta as frequências absolutas e relativas dos sintomas avaliados em cada amostra, valores equivalentes ao número e proporção de sujeitos que vivenciaram cada sintoma.

Da análise destas frequências observa-se que com incidência máxima no grupo expectante no primeiro trimestre contam-se 11 sintomas, nomeadamente: *dor de cabeça*, *prisão de ventre*, *insónia*, *náusea*, *azia do estômago*, *comichão/irritação genital*, *vómitos*, *apatia*, *depressão*, *diminuição do interesse social* e *nervosismo*. Com incidência máxima na amostra expectante no segundo trimestre contam-se 18 sintomas, a saber: *dor genital*, *diarreia*, *aumento do apetite*, *perda do apetite*, *dor nas virilhas*, *fadiga*, *arrepios*, *mãos/pés frios*, *irrupções da pele*, *palpitações/dores no peito*, *diminuição do desejo sexual*, *vómitos*, *dor nos mamilos/peito*, *irritabilidade*, *ansiedade*, *tensão*, *choro* e *euforia*. Com incidência máxima no grupo expectante no terceiro trimestre somam-se 3 sintomas: *dores nas costas*, *dores musculares* e *micção mais frequente*. Finalmente, 7 sintomas foram mais incidentes na amostra de homens-não-expectantes: *vertigens/tonturas*, *falta de ar*, *movimento no abdómen*, *sentir-se inchado/cheio*, *rubor da face*, *aumento do interesse social* e *aumento do desejo sexual*.

Com incidência superior a 50%, apenas na amostra relativa ao segundo trimestre da gravidez se contabilizam os sintomas *fadiga* e *ansiedade*. Esta amostra apresenta também o

maior número - 13 - de sintomas com incidência superior a 20%, valor alcançado por 10 sintomas em todas as restantes amostras.

Quadro 3. Frequência dos sintomas em cada amostra.

	<i>Sintomas</i>	Primeiro Trimestre (N=11)		Segundo Trimestre (N=21)		Terceiro Trimestre (N=20)		Amostra de Controlo (N=20)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	Dor de cabeça	5	45	9	43	6	30	7	32
2	Dores nas costas	2	18	7	33	7	35	7	32
3	Dores musculares	2	18	5	24	6	30	2	9
4	Dor genital	0	0	1	5	0	0	0	0
5	Prisão de ventre	3	27	1	5	1	5	2	9
6	Diarreia	0	0	2	10	1	5	2	9
7	Aumento do apetite	1	9	5	24	3	15	1	5
8	Perda do apetite	1	9	3	14	1	5	1	5
9	Vertigens/onturas	0	0	1	5	0	0	3	14
10	Insónia	5	45	4	19	3	15	3	14
11	Mãos/pés inchados	0	0	0	0	0	0	0	0
12	Falta de ar	0	0	0	0	0	0	2	9
13	Movimento no abdómen	0	0	1	5	0	0	2	9
14	Dor nas virilhas	0	0	1	5	0	0	0	0
15	Náusea	1	9	1	5	0	0	1	5
16	Sentir-se inchado/cheio	3	27	5	24	2	10	9	41
17	Micção mais frequente	1	9	2	10	7	35	1	5
18	Fadiga	4	36	11	52	9	45	9	41
19	Arrepios	0	0	2	10	1	5	0	0
20	Azia do estômago	5	45	3	14	2	10	6	27
21	Rubor da face	0	0	1	5	1	5	7	32
22	Comichão/irritação genital	2	18	3	14	0	0	2	9
23	Sangramento genital	0	0	0	0	0	0	0	0
24	Caimbras abdominais	0	0	0	0	0	0	0	0
25	Relaxamento	0	0	0	0	0	0	0	0
26	Mãos/pés frios	1	9	5	24	1	5	4	18
27	Irrupções da pele	0	0	3	14	3	15	2	9
28	Palpitações/dores no peito	1	9	2	10	0	0	2	9
29	Diminuição do desejo sexual	3	27	6	29	5	25	0	0
30	Vômitos	1	9	1	5	0	0	0	0
31	Dor nos mamilos/peito	0	0	1	5	0	0	0	0
32	Apatia	2	18	3	14	2	10	1	5
33	Depressão	2	18	3	14	1	5	2	9
34	Irritabilidade	1	9	6	29	2	10	5	23
35	Ansiedade	3	27	11	52	5	25	9	41
36	Diminuição do interesse social	4	36	3	14	4	20	1	5
37	Aumento do interesse social	0	0	2	10	1	5	4	18
38	Tensão	1	9	8	38	6	30	7	32
39	Choro	0	0	2	10	0	0	0	0
40	Nervosismo	3	27	5	24	5	25	1	5
41	Aumento do desejo sexual	2	18	4	19	2	10	5	23
42	Euforia	1	9	5	24	2	10	1	5

O número de sintomas com incidência de 0% (isto é, que não foram vivenciados por qualquer sujeito) é 5 no grupo expectante no segundo trimestre, enquanto esse valor é 16 e 15 nas amostras expectantes no primeiro e no terceiro trimestres, respectivamente, e 10 na amostra de controlo.

Estes resultados dão indicação da maior incidência de sintomas na amostra expectante no segundo trimestre.

A análise das frequências dos 42 sintomas em cada amostra permite observar também que quatro dos sintomas não vivenciados por qualquer sujeito no segundo trimestre - *mãos/pés inchados, sangramento genital, caimbras abdominais e relaxamento* - correspondem aos quatro sintomas com incidência de 0% na amostra total, correspondendo o quinto - *falta de ar* - ao único sintoma exclusivamente vivenciado na amostra de controlo. Por oposição, o sintoma *diminuição do desejo sexual* corresponde ao único sintoma vivenciado nas três amostras expectantes e não vivenciado na amostra de controlo.

No Quadro 4 apresenta-se a ordenação dos dez sintomas mais incidentes em cada amostra, incluindo-se também essa ordenação na amostra expectante total.

**Quadro 4. Dez Sintomas mais incidentes em cada amostra.**

PRIMEIRO TRIMESTRE N=11			SEGUNDO TRIMESTRE N=21			TERCEIRO TRIMESTRE N=20		
Posto	Sintoma	%	Posto	Sintoma	%	Posto	Sintoma	%
1	Dor de cabeça	45	1	Fadiga	52	1	Fadiga	45
1	Insónia	45	1	Ansiedade	52	2	Dores nas costas	35
1	Azia do estômago	45	3	Dor de cabeça	43	2	Micção mais frequente	35
4	Fadiga	36	4	Tensão	38	4	Dor de cabeça	30
4	Diminuição do interesse social	36	5	Dores nas costas	33	4	Tensão	30
6	Prisão de ventre	27	6	Diminuição do desejo Sexual	29	4	Dores musculares	30
6	Sentir-se inchado/cheio	27	6	Irritabilidade	29	7	Ansiedade	25
6	Diminuição do desejo sexual	27	8	Sentir-se inchado/cheio	24	7	Diminuição do desejo sexual	25
6	Ansiedade	27	8	Nervosismo	24	7	Nervosismo	25
6	Nervosismo	27	8	Dores musculares	24	10	Diminuição do interesse social	20

TOTAL DE PAIS-EXPECTANTES N=52			HOMENS NÃO-EXPECTANTES N=11		
Posto	Sintoma	%	Posto	Sintoma	%
1	Fadiga	46	1	Fadiga	41
2	Dor de cabeça	38	1	Ansiedade	41
3	Ansiedade	37	1	Sentir-se inchado/cheio	41
4	Dores nas costas	31	3	Dor de cabeça	32
5	Tensão	29	3	Dores nas costas	32
6	Diminuição do desejo sexual	27	3	Tensão	32
7	Dores musculares	25	3	Rubor da face	32
7	Nervosismo	25	8	Azia do estômago	27
9	Insónia	23	9	Irritabilidade	23
10	Diminuição do interesse social	21	9	Aumento do desejo sexual	23

Em termos dos 10 sintomas com maior incidência, as quatro amostras concordam nos sintomas *dor cabeça, fadiga e ansiedade*. Quando se considera a amostra total de pais-expectantes, esta concorda ainda com a amostra de controlo nos sintomas *dores nas costas e tensão*.

Pelo contrário, os sintomas *diminuição do desejo sexual e nervosismo* encontram-se entre os 10 sintomas com maior incidência exclusivamente nas amostras expectantes. Quando considerada no seu conjunto, a amostra expectante apresenta ainda os sintomas *dores musculares, insónia e diminuição do interesse social* na listagem dos sintomas mais incidentes, ao contrário da amostra de controlo.

Quando se comparam as quatro amostras, os sintomas *prisão de ventre e insónia* incluem-se entre os 10 mais incidentes apenas no primeiro trimestre, enquanto, a este nível, o sintoma *micção mais frequente* é exclusivo do terceiro trimestre e os sintomas *rubor da face e aumento do desejo sexual* são exclusivos da amostra de controlo.

Os sintomas *sentir-se inchado/cheio, azia do estômago e irritabilidade* são ainda exclusivos da amostra de controlo quando comparada com a amostra expectante total, mas não quando comparadas as quatro amostras, incluindo-se os dois primeiros entre os 10 sintomas mais incidentes também no primeiro e no segundo trimestres e o último também no segundo trimestre.

Recorrendo às categorias que Holditch-Davis et al. (1995) estabeleceram em termos da qualidade dos sintomas, observa-se que nenhum sintoma afectivo-positivo se inclui entre os 10 mais incidentes em qualquer das amostras expectantes, enquanto na amostra de controlo se inclui o sintoma *aumento do desejo sexual*. Esta amostra é também aquela que apresenta menor número de sintomas afectivos negativos entre os 10 mais incidentes - 3 -, número que nas amostras expectantes no segundo e terceiro trimestres iguala o número de sintomas 'somáticos' - 5. Na amostra expectante no primeiro trimestre incluem-se, entre os 10 com

maior incidência, 4 sintomas afectivos negativos e, em situação de igualdade com a amostra de controlo, 6 sintomas somáticos.

#### 4.3.3. Número de Sintomas Vivenciados nas Amostras Expectantes e na Amostra de Controlo

No sentido de compararmos os grupos também em termos do número de sintomas vivenciados pelos sujeitos, o quadro 5 apresenta as frequências absolutas e as frequências relativas dessa variável em cada um.

**Quadro 5. Frequências do número de sintomas vivenciados em cada amostra**

Número de Sintomas	PRIMEIRO TRIMESTRE (N=11)		SEGUNDO TRIMESTRE (N=21)		TERCEIRO TRIMESTRE (N=20)		AMOSTRA DE CONTROLO (N=22)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	1	9,1%	-	-	2	10%	4	18,2%
1	1	9,1%	1	4,8%	1	5%	-	-
2	3	27,3%	2	9,5%	4	20%	2	9,1%
3	-	-	2	9,5%	3	15%	3	13,6%
4	-	-	3	14,3%	4	20%	2	9,1%
5	3	27,3%	5	23,8%	1	5%	2	9,1%
6	-	-	2	9,5%	-	-	2	9,1%
7	1	9,1%	-	-	1	5%	2	9,1%
8	-	-	-	-	1	5%	-	-
9	-	-	2	9,5%	-	-	2	9,1%
10	1	9,1%	-	-	1	5%	1	4,5%
11	-	-	1	4,8%	1	5%	1	4,5%
	-	-	1	4,8%	1	5%	-	-
15	-	-	1	4,8%	-	-	1	4,5%
20	-	-	1	4,8%	-	-	-	-
21	1	9,1%	-	-	-	-	-	-

A análise dos dados permite verificar que o segundo trimestre apresenta a maior proporção – 95% - de sujeitos que vivenciaram pelo menos dois sintomas (critério de diagnóstico do *Síndrome de Couvade* de Bogren<sup>2</sup>), proporção que é de 82% no primeiro trimestre e na amostra de controlo e de 85% no terceiro trimestre. Quando se considera o valor mínimo de 5 sintomas vivenciados (critério de diagnóstico do *Síndrome de Couvade* de Trethowan e Conlon<sup>3</sup>), essas proporções são de 55%, 62% e 30% no primeiro, segundo e

<sup>2</sup> Bogren, 1983.

<sup>3</sup> Trethowan e Conlon, 1965, cit. por Bogren, 1989.

terceiro trimestres, respectivamente, e de 50% na amostra de controlo. O segundo trimestre apresenta ainda a maior proporção – 20% - de sujeitos cujo número de sintomas vivenciados é superior a 10, proporção que é de 10% no terceiro trimestre e de 9% no primeiro trimestre e na amostra não-expectante.

Estes dados dão indicação que os pais-expectantes no segundo trimestre vivenciaram mais sintomas do que os sujeitos de qualquer outra das amostras, e que, por oposição, o terceiro trimestre foi aquele em que menor número de sintomas foi vivenciado.

A análise da distribuição desta variável em cada amostra através das estatísticas descritivas (Quadro 6) confirma essa observação. O terceiro trimestre apresenta os menores valores em todas as medidas de tendência central e de dispersão. O primeiro trimestre apresenta valores maiores do que a amostra de controlo em todas as medidas de tendência central, mas menores valores que o segundo trimestre na média e na trimédia a 5%, medidas mais sensíveis do que a mediana aos efeitos da dispersão (Pestana e Gageiro, 1998).

A discrepância máxima entre amostras verifica-se entre o segundo e terceiro trimestres, e a discrepância mínima verifica-se entre o terceiro trimestre e a amostra de controlo.

No sentido de avaliar a significância destas diferenças, utilizou-se o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis para comparar os grupos, após a verificação de que a variável em estudo apenas apresentava distribuição normal na amostra de controlo, conforme se observa no Quadro 7 pelos resultados do teste de Shapiro-Wilk (teste de normalidade alternativo ao teste de Kolmogorov-Smirnov para amostras de tamanho inferior a 50; Pestana e Gageiro, 1998).

O resultado do teste de Kruskal-Wallis ( $\chi^2=3,000$ , g.l.=3,  $p=0,392$ ) revelou que as diferenças entre as amostras quanto ao número de sintomas vivenciados não eram significativas.

**Quadro 6. Estatísticas descritivas do número de sintomas vivenciados em cada amostra**

	PRIMEIRO TRIMESTRE		SEGUNDO TRIMESTRE		TERCEIRO TRIMESTRE		AMOSTRA DE CONTROLO	
	Valor	Erro Padrão	Valor	Erro Padrão	Valor	Erro Padrão	Valor	Erro Padrão
Média	5,45	1,79	6,57	1,06	4,45	,84	5,05	,85
Trimédia a 5%	4,89		6,15		4,17		4,79	
Mediana	5,00		5,00		3,50		4,50	
Variância	35,073		23,457		14,050		15,950	
d.p.	5,92		4,84		3,75		3,99	
Mínimo	0		1		0		0	
Máximo	21		20		14		15	
Amplitude Interquartil	5,00		5,50		4,50		5,50	
Enviezamento	2,048	,661	1,469	,501	1,220	,512	,708	,491
Curtose	4,856	1,279	1,817	,972	,996	,992	,262	,953

**Quadro 7. Normalidade da distribuição do número de sintomas vivenciados em cada amostra**

Número de Sintomas Vivenciados	Teste de Shapiro-Wilk		
	valor	g.l.	p
Primeiro Trimestre	0,774	11	0,010
Segundo Trimestre	0,842	21	0,010
Terceiro Trimestre	0,875	20	0,015
Amostra de Controlo	0,942	22	0,279*

\*A distribuição é normal ao nível 0,05.

Em face destes resultados, deve observar-se que o teste de Kruskal-Wallis avalia as diferenças através de postos, assumindo-se, na sua utilização, a mediana como a medida de tendência central mais correcta para comparar grupos. A mediana é, contudo, menos sensível ao efeito da dispersão do que a média e a trimédia a 5%, medidas que quando tomadas como indicadores tornaram mais expressivas as diferenças entre os grupos, ainda que sem significância estatística.

#### 4.3.4. Efeito das Variáveis de 'Risco' no Número de Sintomas Vivenciados na Amostra Expectante Total

Dada a baixa frequência dos indivíduos em algumas categorias das variáveis planeamento da gravidez e estatuto da paternidade, o efeito destas variáveis no número de sintomas vivenciados é analisado na amostra conjunta dos 52 pais-expectantes, bem como a relação entre a idade e a variável dependente em consideração. De qualquer forma, a análise

do efeito dessas variáveis na sintomatologia vivenciada durante a paternidade-expectante, independentemente do trimestre da gravidez, foi o que tínhamos considerado mais pertinente e definido como objectivo deste estudo.

#### 4.3.4.1. Efeito do Planeamento da Gravidez

Para a variável planeamento da gravidez foram consideradas as categorias 'gravidez planeada' e 'gravidez não planeada', conforme aquilo que os sujeitos assinalaram no questionário sócio-demográfico. O Quadro 8 apresenta as frequências absolutas e relativas destas categorias na amostra expectante, podendo constatar-se que na grande maioria dos casos a gravidez tinha sido planeada.

**Quadro 8. Frequência das categorias da variável planeamento da gravidez**

PLANEAMENTO DA GRAVIDEZ	<i>n</i>	%
Gravidez Planeada	45	86,5%
Gravidez Não-Planeada	7	13,5%

A distribuição do número de sintomas vivenciados nos grupos diferenciados pelo planeamento da gravidez podem observar-se no Quadro 9, enquanto o Quadro 10 apresenta as respectivas estatísticas descritivas.

O grupo em que a gravidez foi planeada apresenta maior dispersão do número de sintomas vivenciados, embora o grupo em que gravidez foi não-planeada, de tamanho menor, apresente valores mais altos nas medidas de tendência central, nomeadamente na mediana.

No sentido de testarmos a significância destas diferenças, utilizámos o teste de Mann-Whitney, após verificação da não normalidade da distribuição no grupo em que a gravidez foi planeada (Quadro 11). O resultado do teste ( $U=124,000$ ,  $p=0,366$ ) revelou, como já era esperável em face das estatísticas descritivas, que as diferenças não são significativas.

**Quadro 9. Frequências do número de sintomas vivenciados segundo o planejamento da gravidez**

Número de sintomas	Gravidez Planeada		Gravidez Não-Planeada	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
0	2	4,4%	1	14,3%
1	3	6,7%	-	-
2	9	20%	-	-
3	5	11,1%	-	-
4	7	15,6%	-	-
5	5	11,1%	4	57,1%
6	2	4,4%	-	-
7	2	4,4%	-	-
8	1	2,2%	-	-
9	1	2,2%	1	14,3%
10	2	4,4%	-	-
11	1	2,2%	1	14,3%
14	2	4,4%	-	-
15	1	2,2%	-	-
20	1	2,2%	-	-
21	1	2,2%	-	-

**Quadro 10. Estatísticas descritivas do número de sintomas vivenciados segundo o planejamento da gravidez**

	GRAVIDEZ PLANEADA		GRAVIDEZ NÃO-PLANEADA	
	Valor	Erro Padrão	Valor	Erro Padrão
Média	5,49	0,73	5,71	1,32
Trimédia a 5%	4,99		5,74	
Mediana	4,00		5,00	
Variância	24,074		12,238	
d.p.	4,91		3,50	
Mínimo	0		0	
Máximo	21		11	
Amplitude				
Interquartil	5,00		4,00	
Enviezamento	1,654	0,354	-0,027	0,794
Curtose	2,513	0,695	0,721	1,587

**Quadro 11. Normalidade da distribuição do número de sintomas vivenciados segundo o planejamento da gravidez**

Número de Sintomas Vivenciados	Teste de Shapiro-Wilk		
	valor	g.l.	p
Gravidez Planeada	0,815	45	0,010
Gravidez Não-Planeada	0,889	7	0,325*

\*A distribuição é normal ao nível 0,05.

#### 4.3.4.2. Efeito do Estatuto da Paternidade

Para a variável estatuto da paternidade foram consideradas as categorias 'paternidade primípara' e 'paternidade não-primípara', conforme aquilo que os sujeitos assinalaram no

questionário sócio-demográfico quanto à existência de filhos prévios ou não. O Quadro 12 apresenta as frequências absolutas e relativas destas categorias na amostra expectante, podendo constatar-se que a maioria dos respondentes eram pais primíparos.

**Quadro 12. Frequência das categorias da variável estatuto da paternidade**

ESTATUTO DA PATERNIDADE	<i>n</i>	%
Paternidade Primípara	33	63,5%
Paternidade Não-Primípara	19	36,5%

A distribuição do número de sintomas vivenciados nos grupos diferenciados pelo estatuto da paternidade podem observar-se no Quadro 13, enquanto o Quadro 14 apresenta as respectivas estatísticas descritivas.

**Quadro 13. Frequências do número de sintomas vivenciados segundo o estatuto da paternidade**

Número de sintomas	Paternidade Primípara		Paternidade Não-Primípara	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
0	2	6,1%	1	5,3%
1	2	6,1%	1	5,3%
2	7	21,2%	2	10,5%
3	3	9,1%	2	10,5%
4	2	6,1%	5	26,3%
5	6	18,2%	3	15,8%
6	2	6,1%	-	-
7	2	6,1%	-	-
8	1	3%	-	-
9	1	3%	1	5,3%
10	2	6,1%	-	-
11	1	3%	1	5,3%
14	1	3%	1	5,3%
15	-	-	1	5,3%
20	-	-	1	5,3%
21	1	3%	-	-

Sendo que as distribuições não são normais (Quadro15) e apresentam ambas elevada dispersão, verifica-se que o grupo de pais não-primíparos apresenta valores mais altos na média e na trimédia a 5%, mas um valor inferior na mediana. Comparados os grupos através do teste de Mann-Whitney ( $U=297,500$ ,  $p=0,759$ ) conclui-se que os dois grupos não diferem entre si no que respeita ao número de sintomas vivenciados.

**Quadro 14. Estatísticas descritivas do número de sintomas vivenciados segundo o estatuto da paternidade**

	PATERNIDADE PRIMÍPARA		PATERNIDADE NÃO-PRIMÍPARA	
	Valor	Erro Padrão	Valor	Erro Padrão
Média	5,21	0,76	6,05	1,22
Trimédia a 5%	4,78		5,61	
Mediana	5,00		4,00	
Variância	19,235		28,275	
d.p.	4,39		5,32	
Mínimo	0		0	
Máximo	21		20	
Amplitude				
Interquartil	5,00		6,00	
Enviezamento	1,741	0,409	1,442	0,524
Curtose	4,185	0,798	1,447	1,014

**Quadro 15. Normalidade da distribuição do número de sintomas vivenciados segundo o estatuto da paternidade**

Número de Sintomas Vivenciados	Teste de Shapiro-Wilk		
	valor	g.l.	p
Paternidade Primípara	0,855	33	0,010
Paternidade Não-Primípara	0,822	19	0,010

#### 4.3.4.2. Efeito da Idade

O Quadro 16 apresenta as frequências do número de sintomas vivenciados por cada idade representada na amostra dos 52 pais expectantes.

**Quadro 16. Frequências do número de sintomas vivenciados segundo a idade**

Idade	Número de Sintomas	Idade	Número de Sintomas	Idade	Número de Sintomas	Idade	Número de Sintomas
25	1	29	11	32	3	34	0
26	5	30	5		0	35	2
27	7		4		5		4
	2		15		1	37	5
28	4		2		3	38	3
	3		7	33	2		5
	8	31	5		5		9
29	0		20		6		4
	1		11		14	39	4
	2	32	4		2	40	2
	5		5		3		4
	14		9	34	10	44	21
	2		6		10	49	2

Após verificação de que o número de sintomas vivenciados e as idades não têm distribuição normal (Quadro 17) nesta amostra, utilizámos o Coeficiente de Correlação de

Spearman para analisar a relação entre as duas variáveis. O valor da correlação ( $r=0,022$ ,  $p=0,876$ ) permite concluir que ela é praticamente nula.

**Quadro 17. Normalidade da distribuição do número de sintomas vivenciados e das idades na amostra expectante total**

	Teste de Kolmogorov-Smirnov		
	valor	g.l.	p
Número de Sintomas Vivenciados	0,236	52	0,000
Idades	0,175	52	0,000

#### 4.3.5. Relação entre o Número de Sintomas Vivenciados e os Acontecimentos de Vida.

Em termos de acontecimentos de vida, para este estudo considerou-se quer o número dos acontecimentos de vida assinalados, quer, separadamente, os valores totais do impacto positivo e do impacto negativo dos acontecimentos de vida, neste caso não se considerando os acontecimentos referidos como sem impacto. O acontecimento *gravidez da mulher ou namorada*, assinalado pelos sujeitos das amostras-expectantes, não foi nunca contabilizado.

No sentido de avaliar a relação destas variáveis com o número de sintomas vivenciados, começou-se por analisar as suas distribuições em cada amostra, as quais se podem observar nos Quadros 18, 19 e 20, relativos às estatísticas descritivas.

**Quadro 18. Estatísticas descritivas do número de acontecimentos de vida**

	PRIMEIRO TRIMESTRE		SEGUNDO TRIMESTRE		TERCEIRO TRIMESTRE		AMOSTRA DE CONTROLO	
	Valor	Erro Padrão	Valor	Erro Padrão	Valor	Erro Padrão	Valor	Erro Padrão
Média	2,82	0,84	4,05	0,78	2,70	0,63	4,68	0,76
Trimédia a 5%	2,63		3,84		2,39		4,49	
Mediana	2,00		3,00		2,00		4,00	
Variância	7,764		12,648		7,905		12,799	
d.p.	2,79		3,56		2,81		3,58	
Mínimo	0		0		0		0	
Máximo	9		12		11		13	
Amplitude Interquartil	4,00		5,00		2,00		5,25	
Enviezamento	1,245	0,661	0,967	0,501	1,667	0,512	0,616	0,491
Curtose	1,110	1,279	-0,097	0,972	3,026	0,992	-0,202	0,953

**Quadro 19. Estatísticas descritivas do impacto negativo dos acontecimentos de vida**

	PRIMEIRO TRIMESTRE		SEGUNDO TRIMESTRE		TERCEIRO TRIMESTRE		AMOSTRA DE CONTROLO	
	Valor	Erro Padrão	Valor	Erro Padrão	Valor	Erro Padrão	Valor	Erro Padrão
Média	2,73	1,29	3,29	0,94	2,65	0,83	3,18	0,89
Trimédia a 5%	2,20		2,67		2,28		2,73	
Mediana	2,00		2,00		1,00		2,00	
Variância	18,218		18,714		13,713		17,299	
d.p.	4,27		4,33		3,70		4,16	
Mínimo	0		0		0		0	
Máximo	15		18		12		15	
Amplitude								
Interquartil	3,00		4,00		3,00		4,25	
Enviezamento	2,795	0,661	2,287	0,501	1,738	0,512	1,619	0,491
Curtose	8,468	1,279	6,091	0,972	2,034	0,992	1,982	0,953

**Quadro 20. Estatísticas descritivas do impacto positivo dos acontecimentos de vida**

	PRIMEIRO TRIMESTRE		SEGUNDO TRIMESTRE		TERCEIRO TRIMESTRE		AMOSTRA DE CONTROLO	
	Valor	Erro Padrão	Valor	Erro Padrão	Valor	Erro Padrão	Valor	Erro Padrão
Média	1,73	0,73	4,14	1,06	1,50	0,37	4,50	0,77
Trimédia a 5%	1,47		3,77		1,39		4,33	
Mediana	1,00		2,00		1,00		4,50	
Variância	5,818		23,629		2,684		13,024	
d.p.	2,41		4,86		1,64		3,61	
Mínimo	0		0		0		0	
Máximo	8		15		5		12	
Amplitude								
Interquartil	3,00		7,50		3,00		4,50	
Enviezamento	1,958	0,661	1,088	0,501	0,598	0,512	0,662	0,491
Curtose	4,489	1,279	0,038	0,972	-0,930	0,992	-0,028	0,953

Considerando as medidas de tendência central, verifica-se que a amostra de controlo apresenta o maior número de acontecimentos de vida, seguindo-se a amostra expectante no segundo trimestre. As amostras expectantes no primeiro e no terceiro trimestres apresentam valores equivalentes, nomeadamente na mediana, correspondendo às amostras em que menor número de acontecimentos de vida foram referidos.

O mesmo acontece em relação ao impacto positivo dos acontecimentos de vida, embora nesta variável seja maior a distância entre a amostra de controlo e as restantes.

No que respeita ao impacto negativo dos acontecimentos de vida, tendo em conta os valores das medidas de tendência central e da dispersão, a amostra expectante no terceiro trimestre destaca-se como aquela com menor valor nessa variável.

No sentido de avaliar a significância das diferenças entre os grupos, utilizou-se o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, após a verificação de que as variáveis em estudo não apresentavam distribuição normal em todas as amostras, conforme se observa no Quadro 21 pelos resultados do teste de Shapiro-Wilk.

**Quadro 21. Normalidade das distribuições das variáveis relativas aos acontecimentos de vida**

Teste de Shapiro-Wilk			
Número de Acontecimentos de Vida	valor	g.l.	p
Primeiro Trimestre	0,871	11	0,090*
Segundo Trimestre	0,882	21	0,016
Terceiro Trimestre	0,817	20	0,010
Amostra de Controlo	0,946	22	0,332*
<b>Impacto Negativo dos Acontecimentos de Vida</b>			
Primeiro Trimestre	0,614	11	0,010
Segundo Trimestre	0,731	21	0,010
Terceiro Trimestre	0,717	20	0,010
Amostra de Controlo	0,762	22	0,010
<b>Impacto Positivo dos Acontecimentos de Vida</b>			
Primeiro Trimestre	0,742	11	0,010
Segundo Trimestre	0,825	21	0,010
Terceiro Trimestre	0,824	20	0,010
Amostra de Controlo	0,916	22	0,066*

\*A distribuição é normal ao nível 0,05.

Os resultados do teste de Kruskal-Wallis revelaram que as diferenças entre as amostras não eram significativas no que respeita ao número de acontecimentos de vida ( $\chi^2=4,811$ , g.l.=3,  $p=0,186$ ) e ao impacto negativo dos acontecimentos de vida ( $\chi^2=0,520$ , g.l.=3,  $p=0,915$ ), mas sim no que respeita ao impacto positivo dos acontecimentos de vida ( $\chi^2=9,734$ , g.l.=3,  $p=0,021$ ), o que equivale a que pelo menos duas amostras diferem significativamente entre si nessa variável.

Em face destes resultados, utilizou-se o teste de Mann-Whitney de forma a apurar o nível de significância das diferenças entre cada par de amostras. Os resultados, apresentados no Quadro 22, revelaram que apenas são significativas as diferenças entre a amostra de controlo, por um lado, e as amostras expectantes no primeiro e no terceiro trimestre, por outro, o que traduz que o impacto positivo dos acontecimentos de vida é significativamente maior na amostra de controlo do que nessas duas amostras.

**Quadro 22. Teste das diferenças entre as amostras em relação ao impacto positivo dos acontecimentos de vida**

	U-Mann-Whitney	p
Primeiro/Segundo Trimestre	86,000	0,228
Primeiro/Terceiro Trimestres	107,500	0,913
Primeiro Trimestre/Amostra de Controlo	62,500	0,024*
Segundo/Terceiro Trimestres	154,500	0,134
Segundo Trimestre/Amostra de Controlo	198,500	0,425
Terceiro Trimestre/Amostra de Controlo	102,500	0,003**

\*A diferença é significativa ao nível 0,05.

\*\*A diferença é significativa ao nível 0,01.

No sentido de analisar o grau de relação entre o número de sintomas vivenciados, por um lado, e cada uma das variáveis relativas aos acontecimentos de vida, por outro, utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Spearman (sempre que as variáveis não apresentavam ambas distribuição normal na amostra) e o Coeficiente de Correlação de Pearson (no caso contrário, que se verifica na amostra de controlo entre as variáveis número de sintomas vivenciados, número de acontecimentos de vida e impacto positivo dos acontecimentos de vida). O Quadro 23 apresenta os valores dessas correlações em cada amostra.

**Quadro 23. Correlação entre o número de sintomas vivenciados e as variáveis relativas aos acontecimentos de vida em cada amostra.**

		Número de Acontecimentos de Vida	Impacto Negativo dos Acontecimentos de Vida	Impacto Positivo dos Acontecimentos de Vida
<b>PRIMEIRO TRIMESTRE</b>	Número de Sintomas Vivenciados	r= 0,700* p=0,017	r= 0,624* p=0,040	r= 0,337 (n.s.) p=0,311
<b>SEGUNDO TRIMESTRE</b>		r= 0,188 (n.s.) p=0,415	r= 0,448* p=0,042	r= 0,065 (n.s.) p=0,781
<b>TERCEIRO TRIMESTRE</b>		r= 0,687** p=0,001	r= 0,548* p=0,012	r= 0,487* p=0,029
<b>AMOSTRA DE CONTROLO</b>		r= 0,078 (n.s.) p=0,731	r= 0,274 (n.s.) p=0,218	r= - 0,117 (n.s.) p=0,603

\*A correlação é significativa ao nível 0,05.

\*\*A correlação é significativa ao nível 0,01.

Verifica-se que o impacto positivo dos acontecimentos de vida é a variável que nas amostras expectantes apresenta a menor correlação com o número de sintomas vivenciados, apenas sendo significativa e moderada no terceiro trimestre. Na amostra de controlo a relação com esta variável apresenta um sentido negativo, mas não é significativa. A correlação com o impacto negativo dos acontecimentos é positiva nas quatro amostras, mas sendo mais forte

nas amostras expectantes do que na amostra de controlo, onde é baixa e sem significância. A correlação com o número de acontecimentos de vida é apenas moderada e significativa nas amostras expectantes no primeiro e no terceiro trimestre, sendo praticamente nula na amostra de controlo.

As amostras expectantes no primeiro e no terceiro trimestres são aquelas onde o número de sintomas aparece mais fortemente correlacionado com as variáveis relativas aos acontecimentos de vida, e a amostra de controlo é aquela onde essas variáveis se apresentam menos correlacionadas.

#### 4.4. Discussão dos Resultados

Ao pretender explorar a ocorrência de sintomas em pais-expectantes portugueses, procurámos delinear um desenho de investigação que, na medida do possível e dos nossos objectivos, correspondesse metodologicamente aos estudos de referência sobre o *Síndrome de Couvade*. A inviabilidade de realizar um estudo longitudinal, levou à opção por um estudo transversal com amostra de controlo e pela análise dos acontecimentos de vida, de forma a controlar de forma mais manifesta a questão da causalidade atribuível ao estatuto gravídico (expectante vs não-expectante). Estamos conscientes que os resultados obtidos necessitam de confirmação numa amostra mais representativa, pelo que são encarados como preliminares.

No que respeita ao tipo de sintomas mais incidentes, os resultados na amostra expectante total concordam em 6 dos 7 sintomas que Black et al. (1995) reportaram como os mais incidentes quer em pais-expectantes com história de infertilidade, quer em pais-expectantes sem tal história. Esses sintomas são 'ansiedade', 'tensão', 'nervosismo', 'dor de cabeça', 'fadiga' e 'dores musculares'. Considerando apenas os sintomas que aqueles autores

reportaram como os mais incidentes nos pais-expectantes sem história de infertilidade, os nossos resultados concordam ainda com os de Black et al. nos sintomas 'diminuição do desejo sexual' e 'dores nas costas'. No entanto, verificámos que vários desses sintomas foram igualmente mais incidentes na amostra de homens-não-expectantes, como os sintomas 'dor de cabeça', 'fadiga', 'ansiedade', 'dores nas costas' e 'tensão', pelo que não é possível atribuí-los à gravidez ou remetê-los para o *Síndrome de Couvade*.

Por outro lado, os sintomas que foram exclusivamente mais incidentes em cada amostra expectante (e.g. 'irritabilidade' no segundo trimestre) não podem ser considerados como caracterizando uma evolução típica ao longo dos três trimestres da gravidez ou como sendo diferenciadores do estatuto gravídico (expectante vs não-expectante), já que foram também vivenciados na amostra de controlo. Da mesma forma, torna-se difícil considerar os sintomas exclusivamente mais incidentes no conjunto dos pais-expectantes (e.g. 'dores musculares', 'insónia', 'nervosismo') como caracteristicamente vivenciáveis durante a gravidez, já que, por coerência de raciocínio, isso implicaria considerar o sintoma 'rubor da face' (exclusivamente mais incidente na amostra de controlo) como caracteristicamente vivenciável por homens não-expectantes, consideração que, na nossa opinião, não teria qualquer razoabilidade teórica.

Não obstante, verificámos que as três amostras expectantes se diferenciaram com alguma consistência da amostra de controlo nos sintomas 'diminuição do interesse social' (com uma incidência entre 14% e 36% nas amostras expectantes e apenas de 5% na amostra de controlo) e 'diminuição do desejo sexual' (com uma incidência entre 25% e 29% nas amostras expectantes e de 0% na amostra de controlo). A diferente incidência do sintoma 'diminuição do desejo sexual' na amostra expectante e na amostra não-expectante é ainda mais significativa quando comparada com a incidência do sentimento oposto 'aumento do desejo sexual', apenas incluído entre os 10 mais incidentes na amostra de controlo. Em face

destes resultados e daquilo que a literatura informa sobre a experiência masculina da gravidez, parece-nos razoável considerar que os homens podem ser mais afectados na sua sociabilidade e no seu desejo sexual durante este período; por uma lado, toda a 'turbulência' psico-afectiva que o estatuto de futuro-pai estimula pode fazê-los estarem mais centrados em si próprios e na unidade familiar; por outro, as modificações da companheira afectam-no e repercutem-se na relação conjugal.

No que respeita à verificação de que os pais-expectantes não se diferenciaram dos homens-não-expectantes no número de sintomas vivenciados, os nossos resultados concordam com os de Fordor (1981, cit. por Clinton, 1987), os de Quill et al. (1984, cit. por Clinton, 1987) e os de Clinton (1987).

O facto de, na amostra de controlo, 82% dos sujeitos terem vivenciado mais do que 2 sintomas, e 50% mais do que 5, revela, na nossa opinião, a desadequabilidade em se assumir qualquer um desses valores mínimos como critério de diagnóstico do *Síndrome de Couvade*, o que fizeram, respectivamente, Trethowan e Conlon (1965, cit. por Bogren, 1989) e Bogren (1983) em estudos sem amostra de controlo.

O facto de as amostras expectantes não se diferenciarem entre si de forma significativa contribui também para desmistificar a ideia de que o *Síndrome de Couvade* evolui tipicamente numa curva U, ideia que se divulgou a partir do primeiro estudo de Trethowan e Conlon (1965, cit. por Klein, 1991) mas que não encontra confirmação também nos estudos de Bogren (1983, 1984, 1986, 1989), de Clinton (1986; 1987) e de Fawcett e York (1986). A maior incidência de sintomas que se verificou no segundo trimestre, ainda que a diferença em relação às outras amostras não fosse significativa, reforça essa desconfirmação, e parece-nos consistente com o que a literatura informa sobre a evolução da experiência psico-afectiva da paternidade-expectante ao longo dos três trimestres da gravidez. Como Colman e Colman (1994) e May (1982) assinalaram, no primeiro trimestre, por um lado, a gravidez ainda não é

visível e 'real' para o pai-expectante, e no terceiro trimestre, por outro, a sintonia entre o casal é maior e a ansiedade do pai é mais exteriorizada pela resolução de questões práticas; pelo contrário, o segundo trimestre é o período em que a gravidez começa a assumir-se com mais imediatez para o homem e em que, normalmente, são explorados os aspectos psicológicos mais profundos da futura paternidade.

No que respeita ao efeito do estatuto da paternidade no número de sintomas vivenciados, os nossos resultados, não diferenciando entre pais primíparos e pais não-primíparos, reforçam os resultados no mesmo sentido de Trethowan e Conlon (1965, cit. por Khanobdee et al., 1993), de Lipkin e Lamb (1982, cit. por Kiselica e Scheckel, 1995), de Strickland (1987, cit. por Khanobdee et al., 1993) e de Khanobdee et al. (1993), deixando isolada a conclusão de Clinton (1986) de que os pais com filhos prévios seriam mais vulneráveis ao *Síndrome de Couvade*. Estes resultados são também consistentes com a consideração, na literatura, que a gravidez pode ser igualmente significativa para os pais 'experientes' e para os pais 'pela-primeira-vez'.

Quanto ao facto de não se terem encontrado diferenças em função do planeamento da gravidez, os nossos resultados discordam dos de Davis (1978, cit. por Kiselica e Scheckel, 1995), de Clinton (1985, cit. por Klein, 1991) e de Conner et al. (1990, cit. por Masoni et al., 1994). Os resultados alcançados podem contribuir para a controvérsia acerca do risco associado a esta variável, embora necessitem de confirmação numa amostra mais representativa, já que na nossa amostra era reduzido o número de casos de gravidez não-planeada.

Finalmente no que respeita a variáveis de 'risco', a não verificação de qualquer relação entre o número de sintomas vivenciados e a idade concorda com os resultados de Lamb e Lipkin (1982) e discorda dos resultados de Brown (1983, cit. por Clinton, 1986), que encontrou uma correlação negativa entre essas variáveis, e de Bogren (1983), que encontrou

uma correlação positiva. A este respeito, parece-nos que os nossos resultados contribuem para reforçar a conclusão de Lamb e Lipkin de que essas variáveis são independentes, já que os outros resultados referidos apresentam um sentido oposto.

No que respeita ao efeito dos acontecimentos de vida, não é possível comparar os resultados alcançados por não conhecermos estudos que tenham avaliado esse aspecto. A este nível, os resultados obtidos causaram-nos surpresa e são de difícil interpretação já que, à luz dos modelos de referência, a esperar-se uma relação entre acontecimentos de vida e sintomas (neste caso, impossibilitando atribuir unicamente ao estatuto gravídico os sintomas), ela esperar-se-ia quer nas amostras expectantes quer na amostra não-expectante.

A este respeito note-se que, tal como assinalam os autores do *Life Experiences Survey* (Sarason et al., 1978), vários estudos encontraram correlações positivas moderadas entre os acontecimentos de vida e variáveis como depressão, ansiedade e queixas físicas, sobretudo quando se considera a medida de indesejabilidade dos acontecimentos (no LES, a medida de impacto negativo). Vinokur e Seltzer concluíram mesmo que «(parece que) o contributo dos acontecimentos de vida para o disfuncionamento psicológico é mediado pelo stress que é evocado por algum aspecto indesejado dos acontecimentos e não pela mudança *per se*» (cit. por Sarason et al., 1978, p.933; tradução nossa).

Neste âmbito, parece consistente ter-se encontrado uma maior correlação entre o número de sintomas vivenciados e o impacto negativo dos acontecimentos de vida do que entre a primeira variável e o valor do impacto positivo dos acontecimentos. No entanto, sendo que essa correlação só se revelou moderada e significativa nas amostras expectantes, fica comprometida qualquer interpretação de causalidade e torna-se pertinente questionar a adequação do LES enquanto medida de stress (questão que os próprios autores colocam ao considerarem que a magnitude das relações encontradas na literatura é na maioria dos casos

fraca ou moderada, sugerindo que os acontecimentos de vida contam com uma proporção baixa para a variância contida nessas medidas).

Não obstante, a comparação dos grupos em termos das variáveis relativas aos acontecimentos de vida revelou que os homens-não-expectantes tiveram valores mais altos no impacto positivo dos acontecimentos do que os pais-expectantes (ainda que as diferenças só tenham sido significativas em relação às amostras do primeiro e do terceiro trimestre). Em face destes resultados, considere-se que a investigação tem demonstrado que «indivíduos cuja personalidade predomina o humor negativo tendem a referir a ocorrência de eventos subjectivos como negativos com mais frequência do que indivíduo com valores baixos de humor negativo»<sup>1</sup> (Bret et al., 1990, cit. por Ribeiro e Navalhas, 2000).

Parecendo-nos razoável esperar que a mesma relação exista entre humor positivo e percepção de eventos positivos, os nossos resultados levam-nos a considerar a hipótese de a paternidade-expectante poder afectar a qualidade do humor dos sujeitos. Embora, nesta eventualidade, fosse esperável também uma diferença entre a amostra expectante e a amostra não-expectante ao nível do impacto negativo, pensamos que esta hipótese merece ser investigada em estudos futuros. Outra hipótese que julgamos pertinente, sobretudo considerando que os homens-não-expectantes assinalaram maior número de acontecimentos de vida do que os pais-expectantes (apesar de que as diferenças não eram significativas), é que os pais-expectantes estejam mais centrados na gravidez e vejam outros eventos como menos importantes para referir.

Em síntese, os resultados sugerem que, em termos médios, os pais-expectantes portugueses vivenciam sintomatologia geral em quantidade equivalente aos homens não-

---

<sup>1</sup> Os construtos 'Humor Negativo' e 'Humor Positivo' referem-se a uma predisposição para entender o mundo de determinada maneira. Tratam-se, segundo Ribeiro e Navalhas (2000), de duas dimensões bipolares da estrutura afectiva que reflectem a estrutura da experiência emocional cuja relação tende a ser ortogonal. De acordo com Watson (1988, cit. por Ribeiro e Navalhas, 2000) e Vassend (1994, cit. por Ribeiro e Navalhas, 2000), o 'Humor Negativo' é um factor geral subjectivo de distress que abrange uma vasta gama de estados de humor desagradáveis, incluindo distress, nervosismo, medo, zanga, culpa e vergonha, tristeza, zanga e ansiedade. Os

expectantes, embora pareçam ser mais afectados na sua motivação sexual e social. Segundo os resultados obtidos, parece também haver uma maior vulnerabilidade à vivência de sintomas no segundo trimestre, mas que não é significativa. A análise dos dados sugere ainda que a vivência de sintomatologia durante a paternidade-expectante não se associa à idade, planeamento da gravidez ou estatuto da paternidade (primípara vs não-primípara). Finalmente, os resultados indicam a pertinência de se explorar a relação entre estatuto gravídico masculino (expectante vs não-expectante) e percepção de acontecimentos de vida.

Na sua globalidade, os resultados obtidos não provêm confirmação empírica do *Síndrome de Couvade* e colocam em causa as conclusões dos estudos que, sem incluírem amostras de referência ou sem fazerem avaliações longitudinais com controlo de outros acontecimentos de vida, classificaram dessa forma as vivências sintomatológicas dos pais expectantes ou, mesmo hesitando fazer tal diagnóstico, as atribuíram à gravidez.

A este respeito, fica-nos a ideia, tão bem expressa por Belsky e Isabella, que «a nossa capacidade de pensar sobre sistemas complexos ultrapassa a nossa possibilidade de testar empiricamente essas relações complexas» (cit. por Canavarro, 1997, p.87). Uma metodologia longitudinal, que dê conta das diferenças individuais antes, ao longo e depois da gravidez, pode constituir a única forma de ultrapassar esta dificuldade.

Por outro lado, outros aspectos importantes poderão concorrer para a compreensão e 'diagnóstico' do *Síndrome de Couvade*, como a percepção dos sujeitos do próprio estado geral de saúde ou o recurso a tratamento para lidar com os sintomas, aspectos que não foram explorados por nós mas que nos parecem pertinentes para considerar em estudos futuros.

Finalmente, consideramos que, no que respeita à investigação sobre o *Síndrome de Couvade*, continuará a ser relevante o estudo das alterações fisiológicas masculinas durante a gravidez e dos factores que medeiam essas mudanças.

---

termos que qualificam o 'Humor Positivo' expressam entusiasmo, energia, alerta mental, determinação, interesse, alegria.

## CONCLUSÃO

Clerget diz que «a paternidade, não visível no corpo masculino, é uma questão de significante» (1980, p.40), e realiza-se no âmbito de determinismos sociais e culturais, variáveis no tempo e no espaço. Esta consideração mais significativa se torna uma vez considerados os fenómenos *Couvade*.

Como assinalou Hubert (1983), uma diferença entre a nossa sociedade e a maior parte das sociedades tradicionalmente estudadas pela Antropologia - sociedades 'simples' e pequenas -, é que dentro de cada uma destas existe uma homogeneidade absoluta nos pontos de vista. Dentro de cada uma, há um conjunto de expectativas socialmente aceites acerca da procriação, da gravidez, do parto e do que é ser mãe e pai.

Na nossa sociedade, este padrão não é satisfatoriamente consistente. Há uma visão 'científica' de tudo isto, mas as expectativas e comportamentos de grande parte da população não só não se conformam com esta visão, como também são as mais diversas. Por outras palavras, continua a haver um amplo fosso entre o conhecimento dos técnicos, sobre o qual baseiam o seu conceito de normalidade da gravidez, e a experiência limitada e única dos pais e mães com quem contactam.

Quando discutimos os resultados do estudo exploratório realizado, algumas considerações foram feitas sobre as suas implicações teóricas, tendo-se questionado, nomeadamente, o suporte empírico do conceito *Síndrome de Couvade* à luz dos estudos de referência. Não obstante, em nossa opinião isso não invalida o reconhecimento, subjacente à investigação nesta área, de que para muitos pais-expectantes a experiência da gravidez pode envolver uma série de constrangimentos emocionais e físicos. A tentativa de confirmar empiricamente esse reconhecimento tem pretendido contribuir para melhorar a forma como essas vivências são enquadradas na prática clínica.

Tradicionalmente, um conjunto de factores levou a que elas fossem negligenciadas. Como Klein (1991) assinalou, não só a experiência dos pais é menos óbvia, como tem sido reduzido o seu envolvimento nos cuidados médicos pré-natais. Por outro lado, habitualmente os homens não discutem os seus sentimentos e são relutantes em admitir sintomatologia, seja pelo receio de serem considerados fracos, seja com a intenção de proteger as companheiras de maior preocupação.

Como evidenciou um dos estudos mais consistentes nesta área (Lipkin e Lamb, 1982, cit. por Elwood e Manson, 1994; Klein, 1991), um risco real é o de que homens com sintomas não procurem ajuda para condições médicas sérias ou que sintomas benignos sejam mal diagnosticados ou sobre-medicados.

Tal como realçaram May e Perrin (1985), os profissionais devem reconhecer que não estão tão habituados a interagir com os pais como o estão com as mães, pelo que podem ter menos facilidade em interpretar os seus padrões de comportamento e comunicação. Logo, deveria ser feito um esforço especial para estabelecer relação com os pais no contexto clínico, encorajando-os a expressar as suas necessidades e experiências, sem que lhes seja transmitido, todavia, o sentimento de serem incómodos ou retirarem a atenção à parceira grávida. Por outro lado, deve ser dada informação sobre as mudanças emocionais e físicas que a gravidez pode trazer a ambos os progenitores, e assistência na identificação e utilização de fontes de suporte, pessoais ou formais.

Os técnicos não só têm um papel-chave na prevenção primária e secundária de vivências negativas da paternidade-expectante, como podem ter um impacto poderoso na determinação de novos modelos de paternidade, fomentando uma participação mais activa e realçando as tendências parentais do homem.

Disponibilizar sistemas de apoio, como as classes de preparação para o parto, mais cedo e com uma maior ênfase na preparação para a parentalidade, para além de aumentar

possibilidade de se prevenirem vivências negativas da gravidez, poderá favorecer sentimento de confiança e competência para um maior envolvimento depois do nascimento.

Da mesma forma, os casais-expectantes podem ser ajudados a encontrar formas adaptativas de lidar com as questões maritais levantadas pela actual situação, no sentido de tornar mais gratificante para ambos as vivências da gravidez e parentalidade. Na expressão de Lindell (1988, cit. por Coffman et al., 1994), estes casais precisam sobretudo de '*guidance on how to tune into themselves*'. Entre outros aspectos, a negociação de um padrão satisfatório de troca de afecto, o investimento em momentos especiais de intimidade, a discussão conjunta dos papéis parentais e a clarificação das expectativas de suporte mútuo, constituem formas de alcançar a comunicação aberta no casal e fortificar a relação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Belo, J., e Macedo, M. (1996). Ascensão e queda do poder do pai: O novo pai emergente. In Leal, I. (ed.), *Actas do Primeiro Colóquio de Psicologia Social Clínica* (pp. 89-99). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Benedek, T. (1960). The organization of the reproductive drive. *The International Journal of Psychoanalysis*, 41, 1-15.
- Benvenuti, P., Marchetti, G., Tozzi, G., e Pazzagli, A. (1989). Psychological and psychopathological problems of fatherhood. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, Suppl. 10*, 35-41.
- Berthiaume, M., David, H., Saucier, J. F., e Borgeat, F. (1996). Correlates of gender role orientation during pregnancy and the postpartum. *Sex Roles*, 35 (11/12), 781-800.
- Bibring, G., Dwyer, T., Huntington, D., e Valenstein, A. (1961). A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child interaction: Some propositions and comments. *The Psychoanalytical Study of the Child*, 16, 9-24.
- Black, B., Holditch-Davis, D., Saldelowski, M., e Harris, B. (1995). Comparison of pregnancy symptoms of infertile and fertile couples. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 9 (2), 1-9.
- Boehm, F. (1930). The feminity-complex in men. *International Journal of Psychoanalysis*, 2, 444-469.
- Bogren, L. Y. (1983). Couvade. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 68 (1), 55-65.
- Bogren, L. Y. (1984). The couvade syndrome: Background variables. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 70 (4), 316-320.
- Bogren, L. Y. (1986). The couvade syndrome. *International Journal of Family Psychiatry*, 7(2), 123-136.
- Bogren, L. Y. (1989). Pregnancy symptoms in the expectant man. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, Supl. 10*, 43-51.
- Boyarin, D. (1994). Jewish masochism: Couvade, castration and rabbis in pain. *American Imago*, 51(1), 3-36.
- Brazelton, T. B., e Als, H. (1979). Four early stages in the development of mother-infant interaction. *The Psychoanalytical Study of the Child*, 34, 349-369.
- Brazelton, T. B., e Cramer, B. G. (1989). *A relação mais precoce: Os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar.

- Busfield, J. (1983). Ideologias e reprodução. In M. P. Richards (ed.), *A integração da criança no mundo social* (pp. 25-54). Lisboa: Livros Horizonte.
- Canavarro, C. S. (1997). *Relações afectivas ao longo do ciclo de vida e saúde mental* (Tese de Doutoramento em Psicologia Clínica). Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Clark, D., Steer, R., e Beck, A. (1994). Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: Implications for the cognitive and tripartite models. *Journal of Abnormal Psychology, 103* (4), 645-654.
- Chernela, J. (1991). Symbolic inaction in rituals of gender and procreation among the garifuna (black caribs) of Honduras. *Ethos, 19* (1), 52-67.
- Clerget, J. (1980). *Ser pai hoje*. Lisboa: Moraes Editores (Tradução do original em francês *Être père aujourd'hui*).
- Clinton, J. (1986). Expectant fathers at risk for couvade. *Nursing Research, 35* (5), 290-294.
- Clinton, J. (1987). Physical and emotional responses of expectant fathers throughout pregnancy and the early postpartum period. *International Journal of Nursing Studies, 24* (1), 59-68.
- Coffman, S., Levitt, M. J., e Brown, L. (1994). Effects of clarification of support expectations in prenatal couples. *Nursing Research, 43* (2), 111-116.
- Colman, L. L., e Colman, A. D. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri (Tradução do original em inglês *Pregnancy – The Psychological Experience*, Rev. and expanded ed., The Noonday Press: New York, 1991).
- Cordeiro, J. D. (1987). Identification processes throughout pregnancy. *Acta Psiquiátrica Portuguesa, 33*, 81-91.
- Cruz, M. M. (1990). Encantos e desencantos da maternidade. *Análise Psicológica, 4* (8), 367-370.
- Cyrułnik, B. (1989). *Sob o signo do afecto*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Diegas, M. C., e Cardoso, R. (1986). Escalas de auto-avaliação da depressão (Beck e Zung): Estudos de correlação. *Psiquiatria Clínica, 7* (2), 141-145.
- Elwood, R., e Mason, C. (1994). The couvade and the onset of paternal care: A biological perspective. *Ethology and Sociobiology, 15*, 145-156.
- Entwisle, D. R., e Doering, S. (1988). The emergent father role. *Sex Roles, 18* (3/4), 119-141.
- Estevão, A. (1995). Fantasias paternas no último trimestre da gravidez. *Análise Psicológica, 13*, 195-202.
- Fawcett, J., e York, R. (1986). Spouses' physical and psychological symptoms during pregnancy and the post-partum. *Nursing Research, 35* (3), 144-148.

- Ferketich, S. L., e Mercer, R. T. (1994). Predictors of paternal role competence by risk status. *Nursing Research*, 43 (2), 80-85.
- Freud, S. (1966-1974). *The standart edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (24 Vol.)*. Trad. J. Strachey, A. Freud, A. Strachey e A. Tyson. London: The Hogarth Press.
- Futuros pais têm 'sintomas' das companheiras grávidas (2000, 6 de Janeiro). *Diário de Notícias*, Secção 'Ciência e Tecnologia', p. 21.
- Gerzi, S. e Berman, E. (1981). Emotional reactions of expectant fathers to their wives' first pregnancy. *British Journal of Medical Psychology*, 54, 259-265.
- Gomes-Pedro, J. (1995). Desenvolvimento, identidade e educação: perspectivas para o bebé XXI. In J. Gomes-Pedro e M. F. Patrício (eds.), *Bebé XXI: Criança e família na viragem do século* (pp. 3-23). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gray, J. e Ellington, J. (1984). Institutionalized male transvestism, the couvade and homosexual behavior. *Ethos*, 12 (1), 54-63.
- Guelfi, J. D. (1987). Les aspects somatiques de l' anxiété. In P. Pichot (ed.), *L' Anxiété* (pp.17-34). Paris: Masson.
- Gurwitt, A. R. (1976). Aspects of prospective fatherhood: A case report. *The Psychoanalytical Study of the Child*, 31, 237-271.
- Hanson, S. M. e Bozet, F. W. (1985). Preface. In S. M. Hanson e F. W. Bozet (eds.), *Dimensions of fatherhood* (pp.14-16). Beverly Hills/USA: Sage Publications.
- Harrison, N. V. (1991). The feminine man in late antique ascetic pity. [On-line]. Available: <http://www.wuts.columbia.edu/~usqr/harrison.htm>
- Haynal, A. (1977). Men facing reproduction. [CD-ROM]. *Dynamische Psychiatrie*, 10 (5), 360-368. Abstract from: PsycLIT Journal Articles 1974-1990.
- Holditch-Davis, D., Black, B., Harris, B., Saldelowski, M. e Edwards, L. (1994). Beyond couvade: Pregnancy symptoms in couples with a history of infertility. *Health Care for Women International*, 15, 537-548.
- Holditch-Davis, D., Black, B., Saldelowski, M., Harris, B. e Belyea, M. (1995). Fertility status and symptoms in childbearing couples. *Research in Nursing and Health*, 18, 417-426.
- Horvath, I. (1995). O pai como força na família. In J. Gomes-Pedro e M. F. Patrício (eds.), *Bebé XXI: Criança e família na viragem do século* (pp. 151-157). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Hubert, J. (1983). Crenças e realidades: Os factores sociais na gravidez e parto. In M. P. Richards (ed.), *A Integração da Criança no Mundo Social* (pp. 25-54). Lisboa: Livros

- Hwang, C. (1987). The changing role of Swedish fathers. In *The father's role: Cross cultural perspectives* (pp. 59-87). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Instituto Nacional de Estatística (1999). *Indicadores Urbanos do Continente, Série de Estudos N° 80*, Portugal: Instituto Nacional de Estatística.
- Jackson, S. (1987). Great Britain. In *The father's role: Cross cultural perspectives* (pp. 29-57). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Jacobson, E. (1950). Development of the wish for a child in boys. *The Psychoanalytical Study of the Child*, 5, 139-152.
- Jordan, P. (1990). Laboring for relevance: Expectant and new fatherhood. *Nursing Research*, 39 (1), 11-16.
- Justo, J. M. (1990). Gravidez e mecanismos de defesa: Um estudo introdutório. *Análise Psicológica*, 4 (8), 371-376.
- Khanobdee, C., Sukratanachaiyakul, V. e Gay, J. (1993). Couvade syndrome in expectant Thai fathers. *International Journal of Nursing Studies*, 30 (2), 125-131.
- Kiess, H. O. e Bloomquist, D.W. (1985). *Psychological research methods: A conceptual approach*. London: Allyn & Bacon.
- Kiselica, M. e Scheckel, S. (1995). The couvade syndrome (sympathetic pregnancy) and teenage fathers: A brief primer for school counselors. *The School Counselor*, 43, 42-51.
- Klaus, M. H. e Kennell, J. H. (1993). A família durante a gravidez. In M. H. Klaus e J. H. Kennel (eds.), *Pais/bebé: A formação do apego* (pp. 21-41). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klein, H. (1991). Couvade syndrome: Male counterpart to pregnancy. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 21 (1), 57-69.
- Kosten, T. R., Hogan, I., Jalali, B. e Kleber, H. D. (1985). Fatherhood as a precipitant of drug abuse relapse. *International Journal of Family Psychiatry*, 6 (3), 265-272.
- Kovacevic, M. (1993). The impact of fetus visualization on parents' psychological reactions. *Pre and Peri-Natal Psychology Journal*, 8 (2), 82-93.
- Kreppner, K. (1995). Padrões comportamentais da família perante um segundo filho. In J. Gomes-Pedro e M. F. Patrício (eds.), *Bebé XXI: Criança e família na viragem do século* (pp.431-463). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lamb, M. (1987). The emergent American father. In *The Father's Role: Cross Cultural Perspectives* (pp. 3-25). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lamb, M. (1992). O papel do pai em mudança. *Análise Psicológica*, 1 (10), 19-34.

- Leal, I. (1997). Transformações sócio-culturais da gravidez e da maternidade: Correspondente transformação psicológica. In J. L. Ribeiro (ed.), *Actas do II Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 200-214). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Leeuwen, K. (1965). Pregnancy envy in the male. *International Journal of Psychoanalysis*, 47, 319-324.
- Licenças de parto: Pais com mais tempo (2000, 10 de Janeiro). *Público*, p. 3.
- Lourenço, M. C. (1996). *Textos e contextos da gravidez na adolescência: A adolescente, a família e a escola* (Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação). Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Maça, L. e Andrade, N. (1996). Mulheres, crianças e amor: Para uma história das mentalidades contraceptivas. In Leal, I. (ed.), *Actas do Primeiro Colóquio de Psicologia Social Clínica* (pp. 9-25). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Mahler, M., Pine, F. e Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and the individuation*. New York: Basic Books.
- Manson, C. e Elwood, R. (1995). Is there a physiological basis for the couvade and onset of paternal care? *International Journal of Nursing Studies*, 32 (2), 137-148.
- Mascoli, L. (1990). Fantasias, atitudes e ajustamento materno ao primeiro mês de vida da criança: Abordagem psicológica a puérperas em isolamento e no pós-parto distócico. *Análise Psicológica*, 4 (8), 377-388.
- Masoni, S., Maio, A., Trimarchi, G. Punzio, C. e Fioretti, P. (1994). The couvade syndrome. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 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*, 31 (6), 337-342.
- May, K. e Perrin, S. (1985). Prelude: Pregnancy and birth. In S. M. Hanson e F. W. Bozet (eds.), *Dimensions of fatherhood* (pp.64-91). Beverly Hills/USA: Sage Publications.
- Mcintyre, T., Carvalho, P. e Milhazes, G. (1997). Ansiedade e depressão no processo gravídico: dados preliminares. In J. L. Ribeiro (ed.), *Actas do II Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 231-251). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Menget, P. (1989). La couvade: Un rite de paternité. In M. Augé (ed.), *Le père, métaphore paternelle et fonctions du père: L'interdit, la filiation, la transmission* (pp. 87-103). Paris: Editions Denoel.
- Millet, L., Karkous, E., Jorda, P. e Cabal, P. (1978). The psychoneuroses of fatherhood. Postpartum neurotic reactions in men. *Annales Medico-Psychologiques*, 136 (3), 417-449.

- Munroe, R. L., Munroe, R. H. e Whiting, J. W. (1973). The couvade: A psychological analysis. *Ethos*, 1 (1), 30-74.
- Neville, B. e Parke, R. D. (1997). Waiting for paternity: Interpersonal and contextual implications of the timing of fatherhood. *Sex Roles*, 37 (1/2), 45-59.
- Nunes, P. e Gonçalves, S. (1996). Que paternidade nos anos 90? In Leal, I. (ed.), *Actas do Primeiro Colóquio de Psicologia Social Clínica* (pp. 101-109). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Parseval, G. D. e Hurstel, F. (1987). Paternity 'a la française'. In *The father's role: Cross cultural perspectives* (pp. 59-87). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Pedersen, F. A. (1985). Research and the father: Where do we go from here. In S. M. Hanson e F. W. Bozet (eds.), *Dimensions of fatherhood* (pp. 437-449). Beverly Hills/USA: Sage Publications.
- Perse, J. (1987). Différentes modalités d' anxiété: Approche psychométrique. In P. Pichot (ed.), *L' Anxiété* (pp.35-45). Paris: Masson.
- Pestana, M. H. e Gageiro, J. N. (1998). Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS. Lisboa: Edições Sílabo.
- Petzold, M. (1995). Aprender a ser pai. In J. Gomes-Pedro e M. F. Patrício (eds.), *Bebé XXI: Criança e família na viragem do século* (pp. 133-150). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Pires, A. (1990). Determinantes do comportamento parental. *Análise Psicológica*, 4 (8), 445-452.
- Plimmer, M. (1997). *To womb, it may concern*. [On-Line]. Available: <http://slt.pobox.com/revenge/couvade.html> .
- Ponciano, E. (1980). Como medir a ansiedade. *Psiquiatria Clínica*, 1(2), 133-139.
- Reid, K. E. (1975). Fatherhood and emotional stress: The couvade syndrome. *Journal of Social Welfare*, 2 (1), 3-14.
- Ribeiro, J. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia*. Lisboa: Climepsi.
- Ribeiro, J. e Navalhas, A. (2000). As mulheres que se submeteram a interrupção voluntária da gravidez experienciam o dia-a-dia de modo mais negativo do que as que não se submeteram? In J. L. Ribeiro (ed.), *Actas do III Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 109-115). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Roopnarine, J. L. e Miller, B. C. (1985). Transitions to fatherhood. In S. M. Hanson e F. W. Bozet (eds.), *Dimensions of fatherhood* (pp. 49-63). Beverly Hills/USA: Sage Publications.
- Ross, J. M. (1979). Fathering: A review of some psychoanalytic contributions on paternity. *International Journal of Psychoanalysis*, 60, 317-327.

- Roussel, L. (1995). Família: Justificação ou facto? Que futuro para o bebé XXI?. In J. Gomes-Pedro e M. F. Patrício (eds.), *Bebé XXI: Criança e família na viragem do século* (pp. 81-98). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Sandelowski, M. (1994). Separate but less unequal: Fetal ultrasonography and the transformation of expectant mother/fatherhood. *Gender and Society*, 8 (2), 230-245.
- Sarason, I.G., Johnson, J. H. e Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes. Development of the Life Experiences Survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46 (5), 932-946.
- Seltzer, M. e Ryff, C. (1994). Parenting across the life span: The normative and nonnormative cases. In D. Featherman, R. Lerner e M. Perlmutter (eds.), *Life span development and behavior*, Vol. 12 (pp. 1-40). Hous/UK: Lawrence and Erlbaum Associates.
- Shuster, C. (1994). First-time fathers' expectations and experiences using child care and integrating parenting and employment. [CD-ROM]. *Early Education and Development*, 5 (4), 261-276. Abstract from: PsycLIT Journal Articles 1991-9/97.
- Simões, M. (1994). Notas em torno da arquitectura da avaliação psicológica. *Psychologica*, 11, 7-44.
- Sullerot, E. (1993). *Que pais? Que filhos?*. Lisboa: Relógio D'Água.
- Tavares, L. (1990). Depressão e relacionamento conjugal durante a gravidez e o pós-parto. *Análise Psicológica*, 4 (8), 389-398.
- Trost, J. (1995). O processo de formação da família. In J. Gomes-Pedro e M. F. Patrício (eds.), *Bebé XXI: Criança e família na viragem do século* (pp. 55-67). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vaz Serra, A. (1980). O que é a ansiedade? *Psiquiatria Clínica*, 1(2), 93-104.
- Vicente, M. G. (1995). *Aspectos psicodinâmicos relacionados com a paternidade no período da gravidez: Fantasias acerca do bebé e a sua relação com a representação das figuras parentais* (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Williams, H. (1997). Couvade syndrome: Dad to be sympathy pains (Canadian Parents Online – General Articles). [On-line]. Available: [www.Canadianparents.com](http://www.Canadianparents.com)

## ESTUDO PRELIMINAR:

## FIDELIDADE TESTE-RETESTE DO 'INVENTÁRIO DE SINTOMATOLOGIA'

Para determinar a fidelidade teste-reteste do 'Inventário de Sintomatologia' (versão traduzida do *The Symptomatology Inventory*), foi considerado um intervalo entre o teste e o reteste de sete dias e um valor de correlação mínimo de 0,60, dada a natureza transitória dos sintomas.

No estudo participaram 18 pais-expectantes no terceiro trimestre da gravidez, contactados pessoalmente em classes de preparação para o parto.

Para a caracterização demográfica da amostra, utilizou-se um questionário sócio-demográfico (o mesmo utilizado no estudo principal - Anexo E), que foi anexado ao 'Inventário de Sintomatologia' na situação de teste.

A informação sócio-demográfica recolhida permitiu verificar que 17 (94,4%) sujeitos eram casados e 1 (5,6%) era divorciado; 10 (55,6%) sujeitos tinham nível de escolaridade superior, 4 (22,2%) tinham nível médio e 4 tinham nível secundário (22,2%); 12 (66,7%) sujeitos pertenciam ao nível sócio-económico médio e 6 (33,3%) ao nível elevado; todos os sujeitos residiam em área predominantemente urbana; as idades variavam entre 24 e 40 anos, sendo a média 30 anos.

No primeiro contacto, correspondente ao teste, ao participante era explicado o âmbito do estudo e as condições da sua colaboração, atribuía-se o código de identificação do teste e do re-teste (identificável pelo nome) e entregava-se um envelope pré-selado que continha os instrumentos (o recurso ao *mail* decorreu da impossibilidade, por parte do serviço acolhedor, que o preenchimento fosse feito ali). Era ainda pedido ao participante que preenchesse os instrumentos 'obrigatoriamente' nesse dia e os devolvesse depois pelo correio ou no serviço. No contacto correspondente ao re-teste, sete dias depois, era entregue o segundo envelope

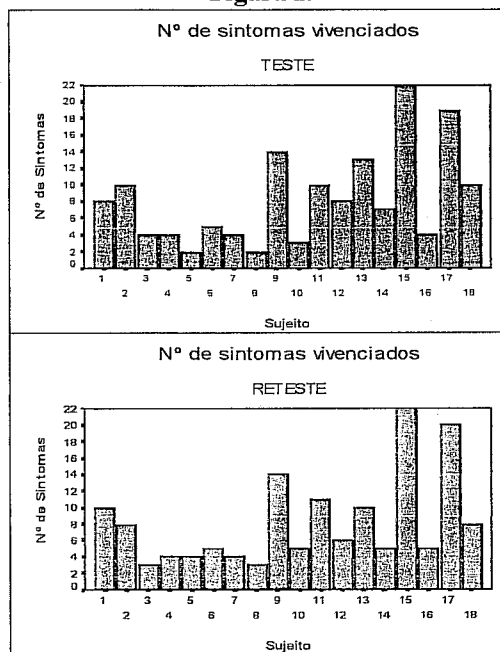
(mediante a identificação do seu código) com o 'Inventário de Sintomatologia', e fazia-se o mesmo pedido de devolução.

O Quadro 1 apresenta os resultados obtidos em cada avaliação com respeito ao número de sintomas vivenciados, podendo-se observar as respectivas distribuições de frequências na Figura 1.

**Quadro 1.**

Número de Sintomas Vivenciados		
Sujeito	TESTE	RETESTE
1	8	10
2	10	8
3	4	3
4	4	4
5	2	4
6	5	5
7	4	4
8	2	3
9	14	14
10	3	5
11	10	11
12	8	6
13	13	10
14	7	5
15	22	22
16	4	5
17	19	20
18	10	8
Total	149	147
Média	8,28	8,17
d.p.	5,74	5,59

**Figura 1.**



Para determinar a estabilidade temporal do número de sintomas vivenciados, utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Spearman, após verificação de que as distribuições não eram normais (Quadro 2). O valor da correlação é de 0,923 ( $p < 0,01$ ).

**Quadro 2. Normalidade da distribuição do número de sintomas vivenciados no teste e no reteste**

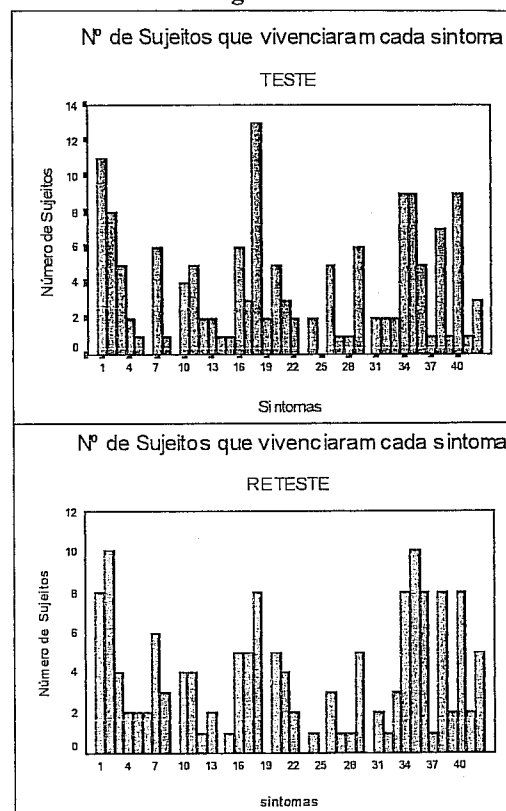
Número de Sintomas Vivenciados	Teste de Shapiro-Wilk		
	valor	g.l.	p
TESTE	0,886	18	0,036
RETESTE	0,811	18	0,010

O Quadro 3 apresenta os resultados obtidos em cada avaliação com respeito ao número de sujeitos que vivenciou cada sintoma, podendo-se observar as respectivas distribuições de frequências na Figura 2.

Quadro 3.

Número de sujeitos que vivenciaram cada sintoma			
Sintoma	TESTE		RETESTE
1-Dor de cabeça	11		8
2-Dores nas costas	8		10
3-Dores musculares	5		4
4-Dor genital	2		2
5-Prisão de ventre	1		2
6-Diarreia	0		2
7-Aumento do apetite	6		6
8-Perda do apetite	1		3
9-Vertigens/tonturas	0		0
10-Insônia	4		4
11-Mãos/pés inchados	5		4
12-Falta de ar	2		1
13-Movimento no abdômen	2		2
14-Dor nas virilhas	1		0
15-Náusea	1		1
16-Sentir-se inchado/cheio	6		5
17-Micção mais frequente	3		5
18-Fadiga	13		8
19-Arrepios	2		0
20-Azia do estômago	5		5
21-Rubor da face	3		4
22-Comichão/irritação genital	2		2
23-Sangramento genital	0		0
24-Caimbras abdominais	2		1
25-Relaxamento	0		0
26-Mãos/pés frios	5		3
27-Irrupções da pele	1		1
28-Palpitações/dores no peito	1		1
29-Diminuição do desejo Sexual	6		5
30-Vômitos	0		0
31-Dor nos mamilos/peito	2		2
32-Apatia	2		1
33-Depressão	2		3
34-Irritabilidade	9		8
35-Ansiedade	9		10
36-Diminuição do interesse social	5		8
37-Aumento do interesse social	1		1
38-Tensão	7		8
39-Choro	1		2
40-Nervosismo	9		8
41-Aumento do desejo sexual	1		2
42-Euforia	3		5

Figura 2.



Para determinar a estabilidade temporal do número de sintomas vivenciados, utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Spearman, após verificação de que as distribuições não

eram normais (Quadro 3.). O valor da correlação é de 0,885 ( $p < 0,01$ ).

Perante os elevados valores das duas correlações, assumiu-se como estabelecida a fidelidade teste-reteste do 'Inventário de Sintomatologia', o que permitiu a sua utilização no estudo exploratório.

**ASSUNTO: Pedido de participação em estudo de Psicologia, dirigido a homens casados ou em situação de união de facto.**

Exmo. Sr.

Vimos por esta forma solicitar a sua colaboração num estudo que estamos a realizar sobre a Paternidade; mais concretamente, sobre o período que antecede o nascimento de um filho. Trata-se de um estudo inédito no nosso país, pelo que a sua participação será de enorme valor.

Caso aceite participar, pedimos-lhe que responda aos questionários que se seguem, sozinho. No final, **por favor devolva-nos os questionários preenchidos pelo correio, no envelope que lhe foi entregue (não é preciso colocar selo, nem escrever o seu nome e morada)**. Como o tempo para realizar este estudo é limitado, pedimos-lhe, por último, que nos faça chegar o envelope o mais rapidamente possível. Toda a informação nele contida é confidencial.

Sem outro assunto, gostaríamos de expressar o nosso agradecimento pelo seu contributo.

A investigadora

---

(Rita Morgado Gomez)

Nota: Este estudo está a ser realizado por Rita Morgado Gomez, sob a orientação do Prof. Doutor Eurico Figueiredo e da Prof. Doutora Isabel Leal, no âmbito do Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica – Edição 1997/1999 do Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

## INVENTÁRIO DE SINTOMATOLOGIA

**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 que intensidade ele foi sentido [Levemente (LEV), Moderadamente (MOD) ou Intensamente (INT)], colocando uma cruz (X) na coluna correspondente. No caso de não ter experienciado o sintoma ou sentimento nos últimos sete dias, não coloque qualquer cruz (x) nas colunas à direita.

DATA: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

	LEV	MOD	INT
DOR DE CABECA			
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 ABDOMÊN			
DOR NAS VIRILHAS			
NÁUSEA			
SENTIR-SE INCHADO/ CHEIO			
MICÇÃO MAIS FREQUENTE			
FADIGA			
ARREPIOS			
AZIA DO ESTÔMAGO			
RUBOR DA FACE			

	LEV	MOD	INT
COMICHÃO/ IRRITAÇÃO GENITAL			
SANGRAMENTO GENITAL			
CAIMBRAS 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			
AUMENTO DO INTERESSE SOCIAL			
TENSÃO			
CHORO			
NERVOSISMO			
AUMENTO DO DESEJO SEXUAL			
EUFORIA			

## Inventário de Experiências Vitais (Sarason, Johnson & Siegel; 1978)

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

### INSTRUÇÕES

A lista a seguir apresentada contém uma série de acontecimentos que às vezes modificam a vida das pessoas, e que provocam um reajustamento social. Verifique, por favor, quais destes acontecimentos lhe sucederam recentemente, indique o período durante o qual eles aconteceram ('0 a 6 meses' se nos últimos seis meses; '7 meses a 1 ano' se nos primeiros seis meses do último ano).

Para cada acontecimento indique também em que medida ele teve um impacto positivo ou negativo na sua vida, isto é, o tipo e o grau do impacto que o acontecimento teve. O valor -3 indicará um impacto extremamente negativo. O valor 0 indicará que não houve impacto nem negativo nem positivo. O valor +3 indicará um impacto extremamente positivo.

	0 a 6 meses	7 meses a 1 ano	Extremamente Negativo	Moderadamente Negativo	Ligeiramente Negativo	Sem Impacto	Ligeiramente Positivo	Moderadamente Positivo	Extremamente Positivo
1. Casamento			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
2. Prisão ou detenção em instituição semelhante			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
3. Morte do cônjuge.			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
4. Alteração do sono (muito mais ou muito menos sono)			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
5. Morte de familiar próximo:			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
a) Mãe			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
b) Pai			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
c) Irmão			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
d) Irmã			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
e) Avô			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
f) Avó			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
g) Outro (especifique: _____)			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
6. Alteração importante dos hábitos alimentares (aumento ou redução da ingestão)			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
7. Vencimento da hipoteca ou empréstimo			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
8. Morte de um amigo			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
9. Fracasso em atingir um objectivo pessoal			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
10. Pequenas infracções da lei (multas, zaragatas, etc.)			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
11. <u>Homens</u> : Gravidez da mulher ou namorada			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
12. <u>Mulheres</u> : Gravidez			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

	Último mês (x)	1 a 3 meses	Extremamente Negativo	Moderadamente Negativo	Ligeiramente Negativo	Sem Impacto	Ligeiramente Positivo	Moderadamente Positivo	Extremamente Positivo
13. Mudança da situação profissional (diferente responsabilidade, alteração das condições de trabalho, horas extraordinárias, etc.)			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
14. Novo emprego			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
15. Doença grave ou acidente de um familiar próximo			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
a) Mãe			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
b) Pai			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
c) Irmão			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
d) irmã			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
e) Avô			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
f) Avó			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
g) Cônjuge			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
h) Outro (especifique: _____)			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
16. Dificuldades Sexuais			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
17. Dificuldades no emprego (perigo de perder o emprego, suspensão, demissão, etc.)			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
18. Problemas com familiares por afinidade (cunhada, sogro, etc.)			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
19. Alteração importante na situação financeira (grande melhoria ou agravamento)			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
20. Alteração importante nos laços familiares (aumento ou diminuição da intimidade)			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
21. Entrada de um novo membro da família (nascimento, adoção, familiar que vem viver na casa)			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
22. Mudança de residência			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
23. Separação conjugal ou do companheiro (a), devido a conflito			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
24. Modificação importante das actividades religiosas (muito mais ou muito menos)			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
25. Reconciliação conjugal ou com o companheiro (a)			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
26. Alteração importante do número de discussões com o cônjuge (aumento ou diminuição)			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
27. <u>Homens casados</u> : modificação das condições de trabalho da esposa (começar ou deixar de trabalhar, mudança de emprego, etc.)			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
28. <u>Mulheres casadas</u> : modificação das condições profissionais do marido (perda de emprego, novo emprego, reforma, etc)			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

	Último mês (x)	1 a 3 meses	Extremamente Negativo	Moderadamente Negativo	Ligeiramente Negativo	Sem Impacto	Ligeiramente Positivo	Moderadamente Positivo	Extremamente Positivo
29. Alteração importante no tipo ou duração dos passatempos			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
30. Empréstimo de mais de 1.000 contos (para compra de casa, negócios, etc)			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
31. Empréstimo de menos de 1.000 contos (para comprar carro, TV, etc)			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
32. Ser despedido do emprego			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
33. <u>Homens</u> : Aborto da mulher ou namorada			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
34. <u>Mulheres</u> : Aborto			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
35. Doença ou acidente pessoal grave			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
36. Alteração importante nas actividades sociais, como idas a festas, cinema, visitas, (aumento ou diminuição da participação)			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
37. Modificação importante nas condições habitacionais da família (construção de casa nova, remodelação, deterioração da casa, vizinhança, etc)			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
38. Divórcio			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
39. Doença ou acidente grave de amigo			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
40. Reforma			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
41. Saída de casa de um filho (a), devido a casamento, estudos, etc.)			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
42. Acabar um curso			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
43. Separação temporário de cônjuge (devido a trabalho, viagens, etc)			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
44. Noivado			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
45. Ruptura com o namorado (a)			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
46. Saída de casa pela primeira vez			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
47. Reconciliação com o namorado (a)			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Outros acontecimentos que tenham tido importância na sua vida. Escreva-os e avalie.									
48. _____			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
49. _____			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
50. _____			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

**Finalmente, seguem-se algumas questões sobre a sua situação de vida. Por favor, leia atentamente cada uma e circunde a resposta que corresponde à sua situação ou escreva a sua informação no espaço em branco.**

Data: \_\_ / \_\_ / \_\_

1. Idade: \_\_\_\_\_

2. Nacionalidade (País de Origem): \_\_\_\_\_

3. Residência:  
Localidade \_\_\_\_\_ Concelho \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_

4. Estado Civil:

1. Solteiro
2. Casado
3. Relação marital (vive com companheira, mas não estão casados)
4. Separado
5. Divorciado
6. Viúvo

5. Profissão: \_\_\_\_\_

6. Nível de escolaridade:

1. Licenciatura, mestrado ou doutoramento).
2. Curso técnico ou profissional (curso médio).
3. 10º - 12º ano do ensino secundário
4. 5º - 9º ano do ensino básico
5. 1º - 4º ano do ensino básico
6. Outro: \_\_\_\_\_

9. De acordo com o seu actual conhecimento, a sua esposa/companheira encontra-se grávida?

1. Sim
2. Não

**Se na questão anterior respondeu 'Não', o questionário termina aqui. Por favor, certifique-se de que respondeu anteriormente a todas as questões.**

**Se na questão anterior respondeu 'Sim', isto é, se a sua esposa/companheira está grávida, por favor responda ainda às questões que se seguem.**

10. Em que mês se encontra a gravidez da sua esposa/companheira? \_\_\_\_\_

11. Esta gravidez foi:

1. Planeada
2. Não planeada/ 'Acidental'

12. Vai ser pai pela primeira vez?

1. Sim
2. Não

**O questionário termina aqui. Por favor, certifique-se de que respondeu a todas as questões.**