

Síndrome de Couvade: um estudo exploratório da ocorrência de sintomas em pais-expectantes¹

Rita M. Gomez*, Isabel Leal**, Eurico Figueiredo***

Resumo

O objectivo desta investigação é o de identificar diferenças entre 2 grupos de homens expectantes e não expectantes, no que concerne ao Síndrome de Couvade. Conduziu-se um estudo observacional, descritivo, de comparação entre grupos, no qual se comparam pais-expectantes (N=52) e homens-não-expectantes (N=22), todos de nacionalidade portuguesa, maiores de idade e casados ou em união de facto, no número e tipo de sintomas vivenciados e nos acontecimentos de vida percebidos, através, respectivamente, do *The Symptomatology Inventory* e da *Secção I do Life Experiences Survey*. Avalia-se ainda o efeito, no número de sintomas vivenciados pelos pais-expectantes, do planeamento da gravidez (planeada/não-planeada), estatuto da paternidade (primípara/não-primípara) e idade. Os

resultados sugerem que os pais-expectantes portugueses não diferem de homens-não-expectantes na quantidade de sintomatologia geral vivenciada, mas podem ser mais afectados por diminuição do desejo sexual e do interesse social, e que a vivência de sintomas durante a gravidez não se associa à idade, planeamento da gravidez ou estatuto da paternidade. Finalmente, é indicada a pertinência de se explorar a relação entre o estatuto expectante e percepção de acontecimentos de vida. Conclui-se que, na globalidade, os resultados não provêm confirmação do Síndrome de Couvade, apesar do reconhecimento de que muitos homens podem vivenciar constrangimentos físicos e emocionais durante a gravidez.

Palavras-chave: Síndrome de Couvade; Gravidez; Pais expectantes.

INTRODUÇÃO

O Síndrome de Couvade

No seu uso comum, o termo 'síntoma' sugere um afastamento do estado normal de saúde, um indicador de condições patológicas ou doença. Para o contexto da gravidez, Black *et al.* (1995) propuseram uma noção mais ampla de sintoma: «aquelas sensações físicas e aqueles estados psi-

*Psicóloga Clínica.

**Professora Associada do I.S.P.A..

***Professor Catedrático do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

¹ Realizado no âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica/Edição 1997-1999 do Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

cológicos que são reconhecidos pela pessoa que os experiencia e que são desconhecidos para o mundo exterior a não ser por auto-relato.

Historicamente, houve grande interesse no estudo dos sintomas da grávida, os quais foram interpretados frequentes vezes 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 vivência masculina dos chamados 'sintomas simpáticos da gravidez' foi baptizada por *Síndrome de Couvade* por Trethowan e Conlon (1965, cit. por Klein, 1991).

O termo *couvade* tem origem na palavra francesa-basca *couver*, que significa *incubar* (Menget, 1989; Khanobdee *et al.*, 1993). O termo foi primeiro adoptado na Antropologia para designar um conjunto bastante heterogéneo de comportamentos observados em homens de culturas pré-industriais durante a gravidez e o nascimento de um filho, tais como isolamento, restrições dietéticas, restrições ocupacionais, simulação do parto, uso de vestuário feminino durante o nascimento ou evitamento de substâncias poluidoras (Munroe *et al.*, 1973; Gray e Ellington, 1984; Clinton, 1986;

Menget, 1989; Chernela, 1991; Klein, 1991; Elwood e Manson, 1994; Boyarin, 1995; Manson e Elwood, 1995). Designados por *Rituais Couvade*, estes comportamentos socialmente aprendidos e prescritos foram geralmente 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 partir daquele que é considerado o primeiro estudo controlado do *Síndrome de Couvade* (Bogren, 1989), Trethowan e Conlon concluíram que os sintomas mais comuns eram gastro-intestinais, dermatológicos, musculares e outras dores gerais, nomeadamente: indigestão, náusea, vómitos, alteração do apetite, aumento de peso, diarreia, tremores musculares, irritações da pele, dor de cabeça e dores de dentes. Posteriormente, o termo *Síndrome de Couvade* divulgou-se para designar genericamente a ocorrência em 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» (p. 57; tradução nossa). Alguns investigadores têm vindo a englobar na definição também sintomatologia psicológica (Fawcett e York, 1986), como Clinton, segundo quem o fenómeno «inclui uma variedade de sintomas físicos e emocionais experienciados pelos homens durante a gravidez das suas companheiras» (1986, p.290; 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).

Embora os sintomas possam aparecer em qualquer altura até ao nascimento (Williams, 1997), geralmente admite-se que eles se distribuem de forma típica 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, desaparecendo com o nascimento. 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.

Para Clinton, enquanto os *Rituais Couvade* são «um comportamento voluntário e consciente das sociedades pré-industriais», o *Síndrome de Couvade* «é um fenómeno involuntário,

inconscientemente determinado, das sociedades industriais» (Clinton, 1987, p.91; tradução nossa). Em termos de distribuição geográfica, também Khanobdee *et al.* (1993) referem que o *Síndrome de Couvade* ocorre nas sociedades onde os *Rituais Couvade* não são praticados. Contudo, assinalando que a maioria dos estudos se limitou à Europa Ocidental e à América do Norte, e tendo documentado a sua ocorrência na população tailandesa, estes autores concluíram que o fenómeno não é específico dos países ocidentais.

No que respeita à incidência do *Síndrome de Couvade* 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% em Inglaterra, embora acreditassem que a frequência real era maior. Nos EUA as estimativas variam entre 22 a 79%, e na Grã-Bretanha entre 11 a 50% (Klein, 1991).

A etiologia do *Síndrome de Couvade* tem sido objecto das mais diversas interpretações. Segundo 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), podendo o *Síndrome de Couvade* ser considerado o equivalente psicossomático dos rituais primitivos. Davis (1978, cit. por Clinton, 1986) sugeriu que se trata de uma for-

ma 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), apoiados por estudos que documentam alterações hormonais masculinas durante a gravidez, consideram que o *Síndrome de Couvade* «é melhor explicado como sendo devido a mudanças fisiológicas que medeiam a responsividade paterna» (p.153; tradução nossa).

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* um *acting out* do desejo e inveja da feminilidade. 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.

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

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. 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*.

Munroe e Munroe (1971, cit. por Klein, 1991) verificaram que pais-expectantes com sintomas somáticos davam respostas femininas em medidas cobertas da identidade sexual, e respostas hiper-masculinas em medidas directas dessa mesma variável. Estas respostas foram interpretadas como defesa contra a identidade feminina latente. No mesmo sentido, 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.

Trethowan e Conlon (1965, cit. por Bogren, 1989) consideraram que o *Síndrome de Couvade* 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.

Segundo Colman e Colman, «por vezes, um sintoma pode ser uma simples manifestação de ansiedade (...). 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).

Investigação Empírica do Síndrome de Couvade

A ocorrência do *Síndrome de Couvade* tem sido avaliada através da administração de *checklists* de sintomas, construídas para o efeito pelos investigadores ou adaptadas de *checklists* de sintomas para grávidas (Holditch-Davis et al., 1994). O recurso a diferentes instrumentos e critérios de análise tem conduzido a grande diversidade no tipo de resultados e conclusões que os vários estudos

reportam, conforme revela a revisão nesta área.

Por exemplo, Bogren (1983; 1984; 1986; 1989) conduziu um estudo empírico na Suécia, entrevistando 81 casais-expectantes primíparos na 13^a/14^a 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 eram 'anorexia', 'ganho de peso', 'dor de dentes' e sintomas gastrointestinais, e normalmente tinham início no 3^o/4^o mês.

Khanobdee *et al.* (1993) analisaram as respostas de 172 pais-expectantes em classes de preparação para o parto a uma *checklist* 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 tri-

mestre, 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 do *Síndrome de Couvade*.

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. Verificou-se que todos os sintomas eram menos frequentes nos pais-expectantes do que no grupo de referência, à exceção do sintoma 'náusea', referido mais vezes pelos pais-expectantes nos dois primeiros trimestres da gravidez, mas sem que esta diferença fosse estatisticamente significativa. Segundo os autores, de entre todos os sintomas avaliados, aquele pode ser o único específico do *Síndrome de Couvade*.

No que respeita à investigação de variáveis de 'risco', os diversos estudos têm produzido resultados pouco consensuais entre si. Segundo os estudos 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 co-

mun em homens de nível educacional mais baixo. Bogren (1983), pelo contrário, não encontrou relação com essa variável, nem com outros factores 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.

Para além de Clinton, Wapner (1975, cit. por Clinton, 1986) e Davis (1978, cit. por Clinton, 1986) documentam maior incidência em minorias étnicas, enquanto Lamb e Lipkin, reportam não haver relação com esse estatuto (*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 no-

vos) e Lamb e Lipkin não encontraram qualquer relação com essa variável.

Liebenberg (1969, cit. por Clinton, 1986) e Munroe e Munroe documentam uma incidência maior entre os homens que sofreram uma perda paterna durante a infância, mas Moore (1975, cit. por Clinton, 1986), Walton (1983, cit. por Clinton, 1986) e Bogren não encontram qualquer relação nesse sentido. Entretanto, Moore observou que o *Couvade* era mais pronunciado nos pais-expectantes que sentiam maior vinculação à própria mãe do que ao pai, e Bogren nos homens com níveis mais elevados de vinculação e identificação com a mãe.

Enquanto Deutscher (1969, cit. por Holditch-Davis *et al.*, 1994) concluiu pela equivalência dos sintomas físicos e psicológicos entre os esposos durante a gravidez, Bogren, Drake *et al.* (1988, Holditch-Davis *et al.*, 1994) e Holditch-Davis *et al.* (1995) encontraram fracas correlações entre as respostas dos dois progenitores.

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, 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, e 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.

Moore concluiu 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.

Balanco da Investigação sobre o *Síndrome de Couvade*

No estado actual da investigação do *Síndrome de Couvade*, uma limitação grave deriva do facto de não se ter operacionalizado uma definição ou medida de diagnóstico deste fenómeno. 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. Conforme anotaram Holditch-Davis *et al.* (1994), é difícil determinar em que medida os vários critérios descrevem o mesmo fenómeno, e se são legítimas comparações.

Outra limitação respeita ao carácter retrospectivo de muitos dos estudos. 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.

Neste âmbito, é também pertinente a advertência de Black *et al.* (1995) quanto ao facto da maioria dos estudos se basear em *checklists* que sugere sintomas específicos, as quais não traduzem necessariamente todos os sintomas que seriam comunicados pelos pais-expectantes noutro contexto, ou podem levar os sujeitos a referirem sintomas que anteriormente ignoravam ou que viam como pouco importantes.

É também problemático o facto de a definição genérica do *Síndrome de Couvade* não diferenciar este fenómeno de um estado de ansiedade. Na verdade, os sintomas que têm sido avaliados na investigação do *Síndrome de Couvade* incluem-se entre aqueles que têm sido implicados na ansiedade (Ponciano, 1980; Vaz Serra, 1980; Guelfi, 1987; Perse, 1987).

Por último, tal como Holditch-Davis *et al.* (1994) assinalaram, todas as explicações e estudos baseiam-se na assunção de que os sintomas masculinos são manifestações efectivas do *Síndrome de Couvade*, não se tendo explorado outros factores não relacionados com a gravidez, como condições pré-existentes ou outros acontecimentos de vida.

Objectivos e Questões de Investigação

Em face das limitações encontradas na investigação sobre o *Síndrome de Couvade*, as quais colocam em causa a própria validade do construto, definiu-se como objectivos deste estudo exploratório:

- avaliar se os sintomas vivenciados por pais-expectantes ao longo da gravidez são atribuíveis a este acontecimento e enquadráveis no conceito de *Síndrome de Couvade*;
- avaliar se os sintomas vivenciados por pais-expectantes apresentam 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 avaliar o efeito, na incidência de sintomas durante a paternidade-expectante, de algumas variáveis que têm sido implicadas noutros estudos como eventuais 'factores de risco'.

Tendo em conta os objectivos e o prazo de realização deste estudo, prazo que inviabilizava um desenho de investigação longitudinal, considerou-se controlar a questão da causalidade atribuível à gravidez pela realização de um estudo transversal com amostra de controlo e pela análise de outros acontecimentos de vida. Neste âmbito, delimitaram-se as seguintes questões de investigação:

- 1 - Os pais-expectantes portugueses em cada trimestre da gravidez diferem de homens-não-expectantes em termos do tipo e número de sintomas vivenciados?
- 2 - O tipo e número de sintomas vivenciados por pais-expectan-

tes difere ao longo dos três trimestres da gravidez?

- 3 - 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?

MÉTODO

Desenho e Método da Investigação

No conjunto dos estudos empíricos que o constituem, a presente investigação obedece a um desenho característico de um *estudo observacional descritivo-de comparação entre grupos e analítico-transversal*, segundo a definição de Aday (1989, cit. por Ribeiro, 1999, p. 41-42). 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.

Amostragem e Procedimento

Dados os objectivos do estudo, definiram-se como requisitos de participação ser do sexo masculino, ser maior de idade, ter estatuto civil de casado ou em união de facto e ter nacionalidade portuguesa.

Tendo em conta a especificidade da população alvo e o prazo de reali-

zação do estudo, recorreu-se a um método *mail type* (Ribeiro, 1999) para a constituição das amostras e recolha dos dados, que consistiu em fazer chegar aos participantes um envelope pré-selado com o pedido de participação no estudo e os instrumentos de avaliação. Para tal foi requerida colaboração a técnicos de serviços particulares de Ginecologia/Obstetrícia localizados em Lisboa, e a pessoas da nossa rede social que conheciam indivíduos elegíveis como participantes. Esta colaboração consistiu na entrega de um envelope a um dos membros de casais, expectantes e não-expectantes, com a explicação de se tratar de um pedido para o homem colaborar num estudo de Psicologia. O pedido de participação, incluído no envelope, 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.

Tendo sido devolvidos 91 dos 850 envelopes distribuídos, 17 participantes foram eliminados por preenchimento incompleto ou incongruente (6 e 2 casos, respectivamente), ou por não preenchimento dos requisitos (1 por nacionalidade não portuguesa, 8 por estatuto civil de solteiro e 1 por estatuto civil de divorciado). Da amostra final de 74 participantes elegíveis, constituíram-se quatro sub-amostras com os seguintes participantes: 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 (amostra de controlo).

Instrumentos

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

Para análise do tipo e número de sintomas vivenciados pelos participantes, foi adoptado o 'The Symptomatology Inventory' de Black *et al.* (1995), que é uma *checklist* de 42 sintomas físicos e emocionais que pede aos sujeitos para assinalarem os sintomas vivenciados na semana anterior à avaliação e a sua intensidade (*mild, moderate, intense*). Este inventário 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), e Black *et al.* utilizaram-no para comparar a sintomatologia de casais-expectantes com e sem história prévia de infertilidade ao longo da gravidez. Sendo a versão original dirigida à grávida, a linguagem de alguns itens foi modificada de modo a se adaptarem à população masculina (por exemplo, o item '*vaginal itching/irritation*' foi modificado para '*genital itching/irritation*'). A validade de conteúdo foi estabelecida através da consulta de técnicos e da literatura sobre a gravidez e o *Síndrome de Couvade*. A fidelidade teste-reteste foi ainda estabelecida pelos

autores para cada um dos 42 sintomas, considerando-se como aceitável o valor $r \approx 0,40$ dada a natureza altamente transitória daqueles. Nesse estudo piloto, 28 sintomas (67%) tiveram um valor de $r \approx 0,40$ em todos os sujeitos; 59% dos sintomas referidos pelas mães-expectantes e 57% daqueles referidos pelos pais-expectantes alcançaram também o valor mínimo estipulado.

Tendo-se considerado aspectos metodológicos relativos à validade da tradução (Ribeiro, 1999), o *The Symptomatology Inventory* foi traduzido por nós para a língua portuguesa, com revisão de vários juízes que igualmente dominavam as duas línguas e o conteúdo do estudo. A versão resultante, intitulada *Inventário de Sintomatologia*, 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 *checklist* (Ribeiro, 1999), as respostas podem valer por si ou podem ser somadas, em termos do número de sintomas assinalados ou da sua intensidade. A fidelidade teste-reteste do *Inventário de Sintomatologia* 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. O valor da correlação relativa ao número de sintomas vivenciados por cada sujeito foi de 0,923 ($p < 0,01$), e o valor da correla-

ção relativa ao número de sujeitos que vivenciaram cada sintoma foi 0,885 ($p < 0,01$).

Para análise dos acontecimentos de vida vivenciados foi utilizada uma versão traduzida da Secção 1 do *Life Experiences Survey* (LES) de Sarason *et al.* (1978), 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, de que são exemplo os itens 'morte de um amigo' e 'mudança de residência', incluindo ainda três alternativas de resposta em aberto para eventuais acontecimentos não contemplados na lista. 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' a 'extremamente positivo', passando por uma posição intermédia 'sem impacto'. 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. 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: 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, encontrou-se 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. Segundo os autores, estes resultados levam a crer que a medida da mudança negativa é o melhor indicador do grau de *stress* a que a pessoa está sujeita, embora a não-correlação entre a nota do impacto positivo e aquelas medidas dependentes possa ter-se devido à mais baixa estabilidade daquela nota e não por acontecimentos positivos não poderem ser geradores de *stress*.

Finalmente, o questionário sócio-demográfico, anónimo, incluía informação para a elegibilidade dos participantes e sua caracterização demográfica (idade, nacionalidade, local de residência, estado civil, profissão e nível de escolaridade) e informação relativa ao estatuto gravídico (a companheira/esposa estar ou não grávida). 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).

RESULTADOS

Caracterização 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 em anos. No que respeita ao estado civil, os sujeitos foram diferenciados entre *casados* e em *união de facto*. Foram considerados quatro níveis de escolaridade: *básico* (até ao 9º ano de escolaridade), *secundário* (do 9º ao 12º ano), *médio* (correspondente a cursos médios ou profissionais) e *superior* (licenciatura, mestrado ou doutoramento). As informações relativas à área de residência (localidade, concelho, distrito) permitiram classifi-

cá-la, segundo a classificação do Instituto Nacional de Estatística (INE, 1999), em *Área Predominantemente Urbana* (APU), *Área Medianamente Urbana* (AMU) e *Área Predominantemente Rural* (APR). Por último, o nível sócio-económico foi classificado em *baixo*, *médio* e *elevado* de acordo com os critérios de Simões (1994; cit. por Lourenço, 1996).

O Quadro 1 sumariza as características demográficas dos participantes em cada amostra. As quatro amostras eram homogéneas ao nível da área de residência, com os sujeitos a residirem em área predominantemente humana, e eram equivalentes em relação à idade (Teste de Kruskal-Wallis: $\chi^2=3,264$, g.l.=3; p=0,353).

Quadro 1 - Características demográficas das amostras

	<i>Primeiro trimestre</i>	<i>Segundo trimestre</i>	<i>Terceiro trimestre</i>	<i>Amostra controlo</i>
Estado Civil				
Casado	100%	95%	90%	86%
Em União de Facto	-	5%	10%	14%
Nível de Escolaridade				
Superior	64%	52%	55%	91%
Médio	18%	5%	15%	-
Secundário	18%	43%	25%	9%
Básico	-	-	5%	-
Área de Residência				
APU	100%	100%	100%	100%
AMU	-	-	-	-
APR	-	-	-	-
Nível Sócio-Económico				
Elevado	64%	62%	55%	60%
Médio	36%	38%	40%	40%
Baixo	-	-	5%	-
Idade				
média	33	33	34	32
d.p.	4,90	3,57	5,23	5,97

Tipo de sintomas vivenciados

O Quadro 2 apresenta a frequência relativa dos 42 sintomas nas 4 amostras, valor equivalente à proporção de sujeitos que vivenciaram cada sintoma. No Quadro 3 apresenta-se a ordenação dos dez sintomas mais incidentes em cada amostra, incluindo-se também essa ordenação na amostra expectante total.

Da análise do Quadro 2 verifica-se que a amostra de pais-expectantes no segundo trimestre é aquela onde mais sintomas apresentam a sua incidência máxima (18, contra 11 e 3 nas amostras do primeiro e terceiro trimestre, e 7 na amostra de controlo). Esta amostra é onde também se contam mais sintomas com incidência superior a 50 % (2, contra 0 nas restantes amostras) e a 20% (13, contra 10 nas restantes amostras), e menos sintomas com incidência de 0%, isto é, que não foram vivenciados por qualquer sujeito (5, contra 16 e 15 nas amostras do primeiro e terceiro trimestre, e 10 na amostra de controlo).

O sintoma *diminuição do desejo sexual* corresponde ao único sintoma vivenciado nas três amostras expectantes e não vivenciado na amostra de controlo, incluindo-se entre os dez sintomas mais incidentes naquelas três amostras e apresentando uma incidência de 27% no total de pais-expectantes. Quando considerada no seu conjunto, a amostra expectante apresenta ainda os sintomas *dores musculares*, *insónia*, *diminuição do interesse social* e *nervosismo* na listagem dos sintomas mais incidentes, ao contrário da amostra de controlo. Por

oposição, o sintoma *falta de ar* foi unicamente vivenciado pelos homens-não-expectantes, e os sintomas *rubor da face* e *aumento do desejo sexual* incluem-se entre os dez mais incidentes apenas nesta amostra. Ainda a este nível, os sintomas *prisão de ventre* e *insónia* incluem-se apenas no primeiro trimestre e o sintoma *micção mais frequente* inclui-se apenas no terceiro trimestre.

Número de sintomas vivenciados

O Quadro 4 apresenta as frequências relativas do número de sintomas vivenciados em cada amostra. Verifica-se que a amostra de pais-expectantes no segundo trimestre apresenta a maior proporção de sujeitos cujo número de sintomas vivenciados é igual ou superior a 2 (Critério de diagnóstico do *Síndrome de Couvade* de Bogren, 1983), (95%); a 5 (Critério de diagnóstico do *Síndrome de Couvade* de Trethowan e Conlon, 1965), (62%) ou a 10 (20%); proporções que são, respectivamente, 82%, 55% e 9% na amostra do primeiro trimestre, 85%, 30% e 10% na amostra do terceiro trimestre e 82%, 50% e 9% na amostra não-expectante.

A análise da distribuição do número de sintomas vivenciados através das estatísticas descritivas (Quadro 5) apoia a observação que os pais-expectantes no segundo trimestre vivenciaram mais sintomas do que os outros sujeitos, e que, por oposição, a amostra do terceiro trimestre foi aquela onde menor número de sintomas foi

Quadro 2 - Frequência dos sintomas em cada amostra

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

Quadro 3 - Dez sintomas mais incidentes em cada amostra

PRIMEIRO TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE			TERCEIRO TRIMESTRE		
Posto	Sintoma	%	Posto	Sintoma	%	Posto	Sintoma	%
1	<i>Dor de cabeça</i>	45	1	<i>Fadiga</i>	52	1	<i>Fadiga</i>	45
1	<i>Insônia</i>	45	1	<i>Ansiedade</i>	52	2	<i>Dores nas costas</i>	35
1	<i>Azia do estômago</i>	45	3	<i>Dor de cabeça</i>	43	2	<i>Micção mais frequente</i>	35
4	<i>Fadiga</i>	36	4	<i>Tensão</i>	38	4	<i>Dor de cabeça</i>	30
4	<i>Diminuição do interesse social</i>	36	5	<i>Dores nas costas</i>	33	4	<i>Tensão</i>	30
6	<i>Prisão de ventre</i>	27	6	<i>Diminuição do desejo Sexual</i>	29	4	<i>Dores musculares</i>	30
6	<i>Sentir-se inchado/ /cheio</i>	27	6	<i>Irritabilidade</i>	29	7	<i>Ansiedade</i>	25
6	<i>Diminuição do desejo Sexual</i>	27	8	<i>Sentir-se incha- do/cheio</i>	24	7	<i>Diminuição do dese- jo sexual</i>	25
6	<i>Ansiedade</i>	27	8	<i>Nervosismo</i>	24	7	<i>Nervosismo</i>	25
6	<i>Nervosismo</i>	27	8	<i>Dores musculares</i>	24	10	<i>Diminuição do interes- se social</i>	20
TOTAL DE PAIS-EXPECTANTES			HOMENS NÃO-EXPECTANTES					
Posto	Sintoma	%	Posto	Sintoma	%			
1	<i>Fadiga</i>	46	1	<i>Fadiga</i>	41			
2	<i>Dor de cabeça</i>	38	1	<i>Ansiedade</i>	41			
3	<i>Ansiedade</i>	37	1	<i>Sentir-se inchado/cheio</i>	41			
4	<i>Dores nas costas</i>	31	3	<i>Dor de cabeça</i>	32			
5	<i>Tensão</i>	29	3	<i>Dores nas costas</i>	32			
6	<i>Diminuição do desejo sexual</i>	27	3	<i>Tensão</i>	32			
7	<i>Dores musculares</i>	25	3	<i>Rubor da face</i>	32			
7	<i>Nervosismo</i>	25	8	<i>Azia do estômago</i>	27			
9	<i>Insônia</i>	23	9	<i>Irritabilidade</i>	23			
10	<i>Diminuição do interesse social</i>	21	9	<i>Aumento do desejo sexual</i>	23			

Quadro 4 - Frequências do número de sintomas vivenciados em cada amostra

Número de Sintomas	Primeiro trimestre %	Segundo trimestre %	Terceiro trimestre %	Amostra controle %
0	9,1%	-	10%	18,2%
1	9,1%	4,8%	5%	-
2	27,3%	9,5%	20%	9,1%
3	-	9,5%	15%	13,6%
4	-	14,3%	20%	9,1%
5	27,3%	23,8%	5%	9,1%
6	-	9,5%	-	9,1%
7	9,1%	-	5%	9,1%
8	-	-	5%	-
9	-	9,5%	-	9,1%
10	9,1%	-	5%	4,5%
11	-	4,8%	5%	4,5%
	-	4,8%	5%	-
15	-	4,8%	-	4,5%
20	-	4,8%	-	-
21	9,1%	-	-	-

Quadro 5 - Estatísticas descritivas do número de sintomas vivenciados em cada amostra

	<i>Primeiro trimestre</i>	<i>Segundo trimestre</i>	<i>Terceiro trimestre</i>	<i>Quarto trimestre</i>
Média	5,45	6,57	4,45	5,05
Mediana	5,00	5,00	3,50	4,50
d.p.	5,92	4,84	3,75	3,99
Mínimo	0	1	0	0
Máximo	21	20	14	15

Quadro 6 - Frequência dos sujeitos segundo o planeamento da gravidez e o estatuto da paternidade

<i>Planeamento da gravidez</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>Estatuto da paternidade</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Gravidez planeada	45	86,5%	Paternidade primípara	33	63,5%
Gravidez não-planeada	7	13,5%	Paternidade não-primípara	19	36,5%

vivenciado. O teste da significância estatística destas diferenças revela, contudo, que as mesmas não são significativas (Teste de Kruskal-Wallis: $\chi^2=3,000$, g.l.=3, $p=0,392$).

Efeito das variáveis planeamento da gravidez, estatuto da paternidade e idade no número de sintomas vivenciados

O efeito das variáveis planeamento da gravidez, estatuto da paternidade e idade no número de sintomas vivenciados foi analisado na amostra conjunta dos 52 pais-expectantes. Para a variável planeamento da gravidez foram consideradas as categorias 'gravidez planeada' e 'gravidez não pla-

neada', e 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. O Quadro 6 apresenta as respectivas frequências de sujeitos na amostra, e o Quadro 7 apresenta as respectivas estatísticas descritivas da distribuição do número de sintomas vivenciados.

Como já se antecipava pela comparação da estatísticas descritivas, os resultados do teste de Mann-Whitney revelaram que não são significativas as diferenças entre o grupo de gravidez planeada e o grupo de gravidez não-planeada no que respeita ao número de sintomas vivenciados

Quadro 7 - Estatísticas descritivas do número de sintomas vivenciados segundo o planejamento da gravidez e o estatuto da paternidade

	<i>Gravidez planeada</i>	<i>Gravidez não-planeada</i>	<i>Paternidade primípara</i>	<i>Paternidade não-primípara</i>
Média	5,49	5,71	5,21	6,05
Mediana	4,00	5,00	5,00	4,00
d.p.	4,91	3,50	4,39	5,32
Mínimo	0	0	0	0
Máximo	21	11	21	20

Quadro 8 - Estatísticas descritivas do número de A.V., do impacto negativo dos A.V. e do impacto positivo dos A.V.

	Número de A.V.				Impacto Negativo dos A.V.				Impacto Positivo dos A.V.			
	1ºT	2ºT	3ºT	A.C.	1ºT	2ºT	3ºT	A.C.	1ºT	2ºT	3ºT	A.C.
Média	2,82	4,05	2,70	4,68	2,73	3,29	2,65	3,18	1,73	4,14	1,50	4,50
Mediana	2,00	3,00	2,00	4,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	4,50
d.p.	2,79	3,56	2,81	3,58	4,27	4,33	3,70	4,16	2,41	4,86	1,64	3,61
Mínimo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Máximo	9	12	11	13	15	18	12	15	8	15	5	12

($U=124,000$, $p=0,366$), o mesmo sucedendo entre o grupo de paternidade primípara e o grupo de paternidade não-primípara ($U=297,500$, $p=0,759$).

No que respeita à idade, o valor da correlação entre o número de anos dos sujeitos e o número de sintomas vivenciados – $r=0,022$, $p=0,876$ (coeficiente de correlação de Spearman) – traduz que as variáveis não se correlacionam.

Relação entre o número de sintomas vivenciados e os acontecimentos de vida

Em termos de acontecimentos de vida (A.V.), para este estudo considerou-se quer o número total de aconte-

tecimentos vivenciados, quer os valores totais do impacto positivo e do impacto negativo dos acontecimentos, neste caso não se considerando aqueles referidos como sem impacto. O acontecimento *gravidez da mulher ou namorada*, assinalado pelos pais-expectantes, não foi nunca contabilizado. No Quadro 8 apresentam-se as estatísticas descritivas da distribuição das variáveis relativas aos acontecimentos de vida em cada amostra.

Considerando as medidas de tendência central e da dispersão, verifica-se que na amostra de controlo (A.C.) referiu-se maior número de A.V. e maior impacto positivo dos A.V., sendo a diferença relativamente às restantes amostras maior na úl-

Quadro 9 - Teste das diferenças entre as amostras relativamente ao impacto positivo dos acontecimentos de vida

	<i>U-Mann-Whitney</i>	<i>Para</i>
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.

tima variável. Por oposição, as amostras de pais-expectantes no primeiro e no terceiro trimestres são aquelas com menores valores nestas variáveis. No que respeita ao impacto negativo dos acontecimentos de vida, destaca-se o seu menor valor na amostra expectante no terceiro trimestre.

Os resultados do teste de Kruskal-Wallis revelam que as diferenças entre as quatro amostras não são significativas no que respeita ao número de A.V. ($\chi^2=4,811$, g.l.=3, $p=0,186$) e ao impacto negativo dos A.V. ($\chi^2=0,520$, g.l.=3, $p=0,915$), mas sim no que respeita ao impacto positivo dos A.V. ($\chi^2=9,734$, g.l.=3, $p=0,021$). Os resultados dos Testes de Mann-Whitney, efectuados para essa variável em cada par de amostras (Quadro 9), revelam 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, comparativamente a estas amostras, o impacto positivo dos acontecimentos de vida é significativamente maior na amostra de controlo.

No sentido de analisar a relação entre o número de sintomas vivenciados e cada uma das variáveis relativas aos acontecimentos de vida, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman (sempre que as variáveis não apresentam 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 A.V. e impacto positivo dos A.V.). O Quadro 10 apresenta os valores dessas correlações em cada amostra, verificando-se que: a correlação com o número de A.V. é significativa apenas nas amostras expectantes do primeiro e do terceiro trimestres, sendo moderadamente positiva; a correlação com o impacto negativo dos A.V. é significativa apenas nas três amostras expectantes, sendo moderadamente positiva; a correlação com o impacto positivo dos A.V. é significativa apenas na amostra expectante do terceiro trimestre, onde é positiva mas fraca. Globalmente, as amostras expectantes no primeiro e no terceiro tri-

Quadro 10 - Correlação entre o número de sintomas vivenciados e as variáveis relativas aos acontecimentos de vida em cada amostra

		<i>Nº de acontecimentos de vida</i>	<i>Impacto negativo dos acontecimentos de vida</i>	<i>Impacto positivo dos acontecimentos de vida</i>
Primeiro trimestre	Número de sintomas vivenciados	r= 0,700*	r= 0,624*	r= 0,337 (n.s.)
		p=0,017	p=0,040	p=0,311
Segundo trimestre		r= 0,188 (n.s.)	r= 0,448*	r= 0,065 (n.s.)
		p=0,415	p=0,042	p=0,781
Terceiro trimestre		r=0,687**	r=0,548*	r=0,487*
		p=0,001	p=0,012	p=0,029
Amostra de controlo		r= 0,078 (n.s.)	r= 0,274 (n.s.)	r= - 0,117 (n.s.)
		p=0,731	p=0,218	p=0,603

*A correlação é significativa ao nível 0,05; **A correlação é significativa ao nível 0,01

mestres 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.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na análise dos 10 sintomas mais incidentes, os resultados na amostra expectante total concordam em 6 sintomas com os que Black *et al.* (1995) reportaram quanto a pais-expectantes com história de infertilidade (sintomas 'ansiedade', 'tensão', 'nervosismo', 'dor de cabeça', 'fadiga' e 'dores musculares'), e em 8 sintomas com o verificado por esses autores em pais-expectantes sem tal história (sintomas 'diminuição do desejo sexual',

'dores nas costas' e os seis anteriores). Contudo, vários destes sintomas foram igualmente mais incidentes na amostra de homens-não-expectantes, pelo que não é possível atribuí-los à gravidez ou remetê-los para o *Síndrome de Couvade*. Da mesma forma, os sintomas exclusivamente mais incidentes no conjunto dos pais-expectantes não podem atribuir-se de imediato à paternidade-expectante, já que, por coerência de raciocínio, isso implicaria considerar o sintoma 'rubor da face' (exclusivamente mais incidente na amostra de controlo) como típico de homens não-expectantes, consideração sem fundamento.

Não obstante, verifica-se que as amostras expectantes se diferenciaram com alguma consistência da amostra de controlo nos sintomas 'diminuição do interesse social' (com incidência entre 14% e 36% nas amostras expectantes e de 5% na amostra

de controlo) e 'diminuição do desejo sexual' (com incidência entre 25% e 29% nas amostras expectantes e 0% na amostra de controlo). No último caso, esta diferença 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. Estes resultados parecem indicar que os homens são mais afectados na sua sociabilidade e no seu desejo sexual durante a gravidez, o que é coerente com o que a literatura informa sobre a experiência da paternidade-expectante (Gurwitt, 1976; Millet *et al.*, 1978; Ross, 1979; Clerget, 1980; Gerzi e Berman, 1981; May, 1980; May, 1982; Kosten *et al.*, 1985; May e Perrin, 1985; Entwisle e Doering, 1988; Benvenuti *et al.*, 1989; Brazelton e Cramer, 1989; Cyrulnik, 1989; Jordan, 1990; Tavares, 1990; Klaus e Kennell, 1993; Kovacevic, 1993; Coffman *et al.*, 1994; Colman e Colman, 1994; Sandelowski, 1994; Estevão, 1995; Kreppner, 1995; Vicente, 1995; Neville e Parke, 1997). Por um lado, a dinâmica psico-afectiva que o estatuto de futuro-pai estimula pode torná-los mais centrados em si próprios e na unidade familiar; por outro lado, a experiência masculina e as modificações da companhia afectam-se mutuamente e repercutem-se na relação conjugal.

Na 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 82% dos homens-não-expectantes terem vivenciado 2 ou mais sintomas, e 50% cinco ou mais, revela a desadequação destes critérios de diagnóstico do *Síndrome de Couvade*, os quais foram assumidos, respectivamente, por Trethowan e Conlon (1965, cit. por Bogren, 1989) e por Bogren (1983) em estudos sem amostra de controlo.

O facto de os pais-expectantes não se diferenciarem significativamente em função do trimestre da gravidez contribui também para desmistificar a ideia de que o *Síndrome de Couvade* evolui tipicamente numa curva U, o 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 reforça essa desconfirmação e parece 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) assinalam, no primeiro trimestre a gravidez ainda não é visível e 'real' para o pai-expectante, e no terceiro trimestre 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.

Os 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), e 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' (Colman e Colman, 1994).

Quanto ao facto de não se terem encontrado diferenças em função do planeamento da gravidez, os 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), e podem contribuir para a controvérsia acerca do 'risco' associado a esta variável. No entanto, é necessária confirmação numa amostra mais representativa dado o reduzido número, na amostra, de casos de gravidez não-planeada.

A não verificação de qualquer relação entre a incidência de sintomas e a idade, discordando 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, contribuem para reforçar a conclusão de Lamb e Lipkin (1982) de que essas variáveis são independentes.

No que respeita ao efeito dos acontecimentos de vida, à luz do modelo

de referência a esperar-se uma relação entre acontecimentos de vida e sintomas (neste caso, impossibilitando atribuir unicamente ao estatuto gravídico os sintomas), ela esperaria quer nas amostras expectantes quer na amostra não-expectante. Assim, apesar de ser consistente com os estudos de referência (Sarason *et al.*, 1978; ver Instrumentos) a maior correlação do número de sintomas vivenciados com o impacto negativo dos acontecimentos de vida do que com o impacto positivo, uma vez 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 com outras medidas 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, tendo em conta que os homens-não-expectantes tiveram valores mais altos no impacto positivo dos acontecimentos do que os pais-expectantes (ainda que as diferenças só fossem significativas em relação às amostras do primeiro e do terceiro trimestre), considere-se que a investigação tem demonstrado que «indivíduos em cuja personalidade predomina o humor negativo tendem a referir a ocorrência de eventos subjectivos como negativos com mais frequência do que indivíduo com valo-

res baixos de humor negativo» (Bret *et al.*, 1990, cit. por Ribeiro e Navalhas, 2000). Parecendo razoável esperar que a mesma relação exista entre humor positivo e percepção de eventos positivos, os resultados levam a considerar a hipótese de a paternidade-expectante poder afectar a qualidade do humor dos sujeitos. Outra hipótese que parece pertinente, sobretudo considerando que os homens não-expectantes assinalaram mais 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-expectantes, embora possam ser mais afectados na sua motivação sexual e social. Em termos de evolução temporal da gravidez, poderá haver uma maior vulnerabilidade à vivência de sintomas no segundo trimestre, mas que não é significativa. A análise dos dados sugere também 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 o estatuto expectante e a percepção de acontecimentos de vida.

Na sua globalidade, os resultados

não provêm confirmação 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.

IMPLICAÇÕES E CONCLUSÃO

A falta de confirmação empírica do *Síndrome de Couvade* 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. 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.

Estabelecer relação com os pais no contexto clínico, informar sobre as mudanças emocionais e físicas que a gravidez pode implicar para ambos os progenitores, ajudar o casal a encontrar formas adaptativas de lidar com as questões maritais levantadas

pela gravidez, dar assistência na identificação e utilização de fontes externas de suporte, disponibilizar sistemas de apoio (como as classes de preparação para o parto) mais cedo e com uma maior ênfase na preparação para a parentalidade, constituem medidas que aumentam a possibilidade de se prevenirem vivências negativas da gravidez. Estas medidas podem, ainda, ter um impacto positivo na determinação de novos modelos de paternidade, fomentando um envolvimento paterno mais activo e gratificante.

No que respeita à investigação futura do *Síndrome de Couvade*, a limitação da investigação transversal para identificar diferenças individuais suscitadas pela gravidez indica que 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 que podem concorrer para a compreensão e 'diagnóstico' do *Síndrome de Couvade* e que não foram explorados no presente estudo, como a percepção dos sujeitos do próprio estado geral de saúde ou o recurso a tratamento para lidar com os sintomas, constituem aspectos pertinentes para considerar em estudos futuros.

Abstract

The aim of the present study is to identify the differences between two groups of expectant fathers (22 non-expectant fathers and 52 expectant fathers) in relation with the couvade

syndrome. Portuguese adult men, married, compose the sample. The variables used in evaluation were the Symptomatology Inventory for the couvades syndrome, and the Life Experiences Survey. We evaluate, also, the following variables related with expectant fathers: planed pregnancy/ no planed pregnancy, first pregnancy/ no first pregnancy. Results show no statistically significant differences between expectant fathers and non-expectant fathers for the general symptoms. Expectant fathers show lower sexual desire and social participation. No relations were found between symptoms during pregnancy and: age, planed pregnancy/ no planed pregnancy, first pregnancy/ no first pregnancy. The results show that there is no confirmation for the existence of the couvade syndrome between the two groups.

Key-words: *Couvade syndrome; Pregnancy; Expectant fathers.*

BIBLIOGRAFIA

- Benvenuti P, Marchetti G, Tozzi G, Pazzagli A. Psychological and psychopathological problems of fatherhood. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 1989; Supl 10: 35-41.
- Black B, Holditch-Davis D, Saldelowski M, Harris B. Comparison of pregnancy symptoms of infertile and fertile couples. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing* 1995; 9(2): 1-9.
- Bogren LY. Couvade. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1983; 68(1): 55-65.
- Bogren LY. The couvade syndrome: Background variables. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1984; 70(4): 316-320.

- Bogren LY. The couvade syndrome. *International Journal of Family Psychiatry* 1986; 7(2): 123-136.
- Bogren LY. Pregnancy symptoms in the expectant man. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 1989; Supl. 10: 43-51.
- Boyarin D. Jewish masochism: Couvade, castration and rabbis in pain. *American Imago* 1994; 51(1): 3-36.
- Brazelton TB, Cramer BG. *A relação mais precoce: Os pais, os bebês e a interação precoce*. Lisboa: Terramar, 1989.
- Clark D, Steer R, Beck A. Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: Implications for the cognitive and tripartite models. *Journal of Abnormal Psychology* 1994; 103(4): 645-654.
- Chernela J. Symbolic inaction in rituals of gender and procreation among the garifuna (black caribs) of Honduras. *Ethos* 1991; 19 (1): 52-67.
- Clerget J. *Ser pai hoje*. Lisboa: Moraes Editores (Tradução do original em francês *Être père aujourd'hui*), 1980.
- Clinton J. Expectant fathers at risk for couvade. *Nursing Research* 1986; 35(5): 290-294.
- Clinton J. Physical and emotional responses of expectant fathers throughout pregnancy and the early postpartum period. *International Journal of Nursing Studies* 1987; 24(1): 59-68.
- Coffman S, Levitt MJ, Brown L. Effects of clarification of support expectations in prenatal couples. *Nursing Research* 1994; 43(2): 111-116.
- Colman LL, Colman AD. *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), 1994.
- Cordeiro JD. Identification processes throughout pregnancy. *Acta Psiquiátrica Portuguesa* 1987; 33: 81-91.
- Cyrulnik B. *Sob o signo do afecto*. Lisboa: Instituto Piaget, 1989.
- Diegas MC, Cardoso R. Escalas de auto-avaliação da depressão (Beck e Zung): Estudos de correlação. *Psiquiatria Clínica* 1986; 7(2): 141-145.
- Elwood R, Mason C. The couvade and the onset of paternal care: A biological perspective. *Ethology and Sociobiology* 1994; 15: 145-156.
- Entwisle DR, Doering S. The emergent father role. *Sex Roles* 1988; 18(3/4): 119-141.
- Estevão A. Fantasias paternas no último trimestre da gravidez. *Análise Psicológica* 1995; 13: 195-202.
- Fawcett J, York R. Spouses' physical and psychological symptoms during pregnancy and the post-partum. *Nursing Research* 1986; 35(3): 144-148.
- Gerzi S, Berman E. Emotional reactions of expectant fathers to their wives' first pregnancy. *British Journal of Medical Psychology* 1981; 54: 259-265.
- Gray J, Ellington J. Institutionalized male transvestism, the couvade and homosexual behavior. *Ethos* 1984; 12(1): 54-63.
- Guelfi JD. *Les aspects somatiques de l'anxiété*. In P Pichot (ed): *L'Anxiété* (pp 17-34). Paris: Masson, 1987.
- Gurwitt AR. Aspects of prospective fatherhood: A case report. *The Psychoanalytical Study of the Child* 1976; 31: 237-271.
- Haynal A. Men facing reproduction. [CD-ROM]. *Dynamische Psychiatrie* 1977; 10(5): 360-368. Abstract from: *PsycLIT Journal Articles* 1974-1990.
- Holditch-Davis D, Black B, Harris B, Saldelowski M, Edwards L. Beyond couvade: Pregnancy symptoms in couples with a history of infertility. *Health Care for Women International* 1994; 15: 537-548.
- Holditch-Davis D, Black B, Saldelowski M, Harris B, Belyea M. Fertility status and symptoms in childbearing couples.

- Research in Nursing and Health* 1995; 18: 417-426.
- Instituto Nacional de Estatística. *Indicadores Urbanos do Continente, Série de Estudos N° 80*, Portugal: Instituto Nacional de Estatística, 1999.
 - Jordan P. Laboring for relevance: Expectant and new fatherhood. *Nursing Research* 1990; 39(1): 11-16.
 - Khanobdee C, Sukratanchaiyakul V, Gay J. Couvade syndrome in expectant Thai fathers. *International Journal of Nursing Studies* 1993; 30(2): 125-131.
 - Kiselica M, Scheckel S. The couvade syndrome (sympathetic pregnancy) and teenage fathers: A brief primer for school counselors. *The School Counselor* 1995; 43: 42-51.
 - Klaus MH, Kennell JH. A família durante a gravidez. In MH Klaus e JH Kennel (eds): *Pais/bebé: A formação do apego* (pp 21-41). Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
 - Klein H. Couvade syndrome: Male counterpart to pregnancy. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 1991; 21(1): 57-69.
 - Kosten TR, Hogan I, Jalali B, Kleber HD. Fatherhood as a precipitant of drug abuse relapse. *International Journal of Family Psychiatry* 1985; 6(3): 265-272.
 - Kovacevic M. The impact of fetus visualization on parents' psychological reactions. *Pre and Peri-Natal Psychology Journal* 1993; 8(2): 82-93.
 - Kreppner K. Padrões comportamentais da família perante um segundo filho. In J. Gomes-Pedro e M. F. Patricio (eds): *Bebé XXI: Criança e família na viragem do século* (pp.431-463). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1995.
 - Manson C, Elwood R. Is there a physiological basis for the couvade and onset of paternal care? *International Journal of Nursing Studies* 1995; 32(2): 137-148.
 - Masoni S, Maio A, Trimarchi G, Punzio C, Fioretti P. The couvade syndrome. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 1994; 15: 125-131.
 - May K. A typology of detachment/involvement styles adopted during pregnancy by first-time fathers. *Western Journal of Nursing Research* 1980; 2: 445-461.
 - May K. Three phases of father involvement in pregnancy. *Nursing Research* 1982; 31(6): 337-342.
 - May K, Perrin S. *Prelude: Pregnancy and birth*. In SM Hanson e FW Bozet (eds): *Dimensions of fatherhood* (pp 64-91). Beverly Hills/USA: Sage Publications, 1985.
 - Menget P. *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, 1989.
 - Millet L, Karkous E, Jorda P, Cabal P. The psychoneuroses of fatherhood: Postpartum neurotic reactions in men. *Annales Medico-Psychologiques* 1978; 136(3): 417-449.
 - Munroe RL, Munroe RH, Whiting JW. The couvade: A psychological analysis. *Ethos* 1973; 1(1): 30-74.
 - Neville B, Parke RD. Waiting for paternity: Interpersonal and contextual implications of the timing of fatherhood. *Sex Roles* 1997; 37(1/2): 45-59.
 - Perse J. *Différentes modalités d'anxiété: Approche psychométrique*. In P Pichot (ed): *L'Anxiété* (pp 35-45). Paris: Masson, 1987.
 - Ponciano E. Como medir a ansiedade. *Psiquiatria Clínica* 1980; 1(2): 133-139.
 - Reid KE. Fatherhood and emotional stress: The couvade syndrome. *Journal of Social Welfare* 1975; 2(1): 3-14.
 - Ribeiro JP. *Investigação e avaliação em psicologia*. Lisboa: Climepsi, 1999.
 - Ribeiro J, Navalhas A. *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 JL Ribeiro (ed): *Actas do*

- III Congresso Nacional de Psicologia da Saúde (pp 109-115). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2000.
- Ross JM. Fathering: A review of some psychoanalytic contributions on paternity. *International Journal of Psychoanalysis* 1979; 60: 317-327.
 - Sandelowski M. Separate but less unequal: Fetal ultrasonography and the transformation of expectant mother/fatherhood. *Gender and Society* 1994; 8(2): 230-245.
 - Sarason IG, Johnson JH, Siegel JM. Assessing the impact of life changes: Development of the Life Experiences Survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1978; 46(5): 932-946.
 - Tavares L. Depressão e relacionamento conjugal durante a gravidez e o pós-parto. *Análise Psicológica* 1990; 4(8): 389-398.
 - Vaz Serra A. O que é a ansiedade? *Psiquiatria Clínica* 1980; 1(2): 93-104.
 - Vicente MG. *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, 1995.