

SINTOMATOLOGIA DE COUVADE E O ENVOLVIMENTO PATERNO VIVENCIADO DURANTE A GRAVIDEZ

Liliana Sousa Ferreira, Isabel Leal & João Maroco

ISPA Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde, Lisboa, Portugal.

Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Lisboa, Portugal.

RESUMO: Com o objectivo de verificar a existência de sintomatologia de Couvade e qual a sua relação com o envolvimento paterno, desenhou-se um estudo observacional-descriptivo transversal no qual participaram 200 pais expectantes numa amostra não probabilística de conveniência. O material utilizado foi, para lá de um questionário sócio-demográfico construído para o efeito, um questionário versando aspectos relacionados com a gravidez (planeada vs não planeada/ desejada vs não desejada; idade, idade gestacional, estatuto da paternidade e risco associado à gravidez), o *Inventário de Sintomatologia* (*The Symptomatology Inventory*, Black, Holditch-Davis, Sandelowski, & Harris, 1995) e a *Escala de Envolvimento Emocional Pré-natal* (*Antenatal Emocional Attachment Scale* de Condon, 1993. Versão portuguesa de Gomez & Leal, 2007). As principais conclusões do nosso estudo são a confirmação da existência de sintomatologia de Couvade na nossa amostra e não associação entre estes sintomas e o envolvimento paterno.

Palavras-chave: Síndrome de Couvade; pais-expectantes; envolvimento paterno; gravidez.

COUVADE SYMPTOMATOLOGY AND PATERNAL INVOLVEMENT EXPERIENCED DURING PREGNANCY

ABSTRACT: In order to assess the existence of Couvade symptoms and their relation with the paternal involvement, an observational, descriptive and cross-sectional study was designed, in which a convenience sample of 200 expectant fathers participated. The materials used were: a socio-demographic questionnaire, developed for this study; a questionnaire regarding different pregnancy related aspects (planned vs. unplanned/unwanted vs. wanted, age, gestational period, parenthood status and risks associated to the pregnancy); the Symptomatology Inventory (Black, Holditch-Davis, Sandelowski, & Harris, 1995); and the Portuguese version of the Antenatal Emocional Attachment Scale (Condon, 1993; Gomez & Leal, 2007). The main findings of our study were the confirmation of Couvade symptoms in our sample, and the non-association between these symptoms and paternal involvement.

Keywords: Couvade Syndrome; expectant-fathers; parental involvement; pregnancy.

Recebido em 9 de Maio de 2010/ Aceite em 29 Novembro de 2010

Tradicionalmente foi considerado, que os efeitos físicos e psicológicos da gravidez seriam sentidos apenas pelas mulheres, repercutindo-se o seu interesse em estudos que recaíram nos sintomas da grávida, relacionando a sua sintomatologia com

alterações fisiológicas e ambivalência face à gravidez (Brennan, Ayers, Ahmed, & Marschall; Lucette, 2007a; Gomez, 2000).

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

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

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

Para Brennan et al. (2007a), Clinton (1987), Khanobdee, Sukratanachaiyakul, e Templeton (1993) e Klein (1991), o Síndrome de Couvade afecta os pais – expectantes durante o primeiro e terceiro trimestres da gravidez com diminuição gradual dos sintomas no pós-parto. Contudo, muitos estudos não confirmam esta evolução (Bogren, 1983; Clinton, 1986; Fawcett & York, 1986; Gomez, Leal, & Figueiredo, 2002), podendo os sintomas surgir em qualquer altura até ao nascimento (Williams, 1997).

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

Assumindo como critério a presença de pelo menos cinco sintomas somáticos, Trethowan e Conlon, reportaram uma incidência de 14% no Reino Unido, mas de acordo com estimativas recentes varia entre 11% e 50% (Dickens & Trethowan, 1971; Trethowan & Conlon, 1965). A incidência global varia entre 11 – 97%, sendo a mesma significativamente proporcional a todas as gravidezes (Brennan et al., 2007a).

Em termos de distribuição geográfica, Khanobdee et al. (1993), referem que o Síndrome de Couvade, ocorre nas sociedades onde os rituais de Couvade não são praticados, contudo estes autores concluíram que não é específico dos países ocidentais.

A maioria dos estudos relativos ao Couvade, são contraditórios no que diz respeito à sua relação com os factores sócio-demográficos. Tal trata-se particularmente

evidente, ao examinar a sua relação com a idade, educação e classe social (Brennan et al., 2007a).

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

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

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

O síndrome não é exclusivo em homens com primeiros filhos, afectando igualmente homens com filhos anteriores, sendo no entanto estes dados igualmente inconsistentes (Brennan et al., 2007a).

Trethowan e Conlon (1965), não encontraram diferenças significativas entre homens que esperavam o primeiro filho e homens que já tinham filhos. No entanto Clinton (1986), Condon (1987), e Ferketich e Mercer (1989), demonstraram estatisticamente uma correlação significativamente positiva entre a ocorrência do síndrome e o número prévio de filhos.

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

Clinton (1986), encontrou uma correlação positiva entre o Síndrome de Couvade e minorias étnicas, prematuridade, estado de saúde antes da gravidez, envolvi-

mento afectivo na gravidez, stress e preocupação, gravidez não planeada, insegurança económica, baixa formação, religião e desarmonia do casal.

A incidência do Síndrome com o planeamento da gravidez também foi investigada. Clinton (1986,1987) e Strickland (1987), confirmaram uma maior incidência do Síndrome nos homens que não planearam a gravidez ou não a desejavam.

May (1980), usou o método grounded theory para explorar as atitudes e comportamentos de 20 pais – expectantes, primíparos, durante a gravidez de suas esposas. A investigadora concluiu, que o desejo da gravidez, era determinante para a ocorrência do Síndrome. Bogren (1983,1984), contrariou os resultados de May, ao concluir que o desejo da gravidez, não tinha qualquer influência para o impacto ou susceptibilidade para o Síndrome.

Mason (1995), refere ainda que os factores de risco variam de acordo com os pais e a cultura. O Síndrome de Couvade deve ser considerada como uma percepção e interpretação de um processo fisiológico normal no homem que envolve as responsabilidades paternas, no entanto o ritual Couvade nas sociedades não industrializadas pode ser considerado como a ritualização do Síndrome de Couvade (Mason, 1995).

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

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

Uma das causas prováveis para o aparecimento do síndrome de Couvade é a sua associação com sintomas psicológicos como a ansiedade relativa à gravidez e ao parto (Bogren, 1983; Clinton, 1987). Para outros investigadores, o Síndrome de Couvade pode expressar o envolvimento subjectivo do pai, sendo nesta última que irá reflectir a análise do nosso estudo (Clinton, 1986; Clinton, 1987; Condon, 1993; Cronenwett & Newmark, 1974; Drake, Verhulst, & Fawcett, 1988; Elwood & Manson, 1994; Fekertich & Mercer, 1989; Gomez & Leal, 2007; Lemmer, 1987; Lorensen,

Wilson, & White, 2004; Masoni, Trimarchi, De Punzio, & Fioretti, 1994; May, 1980,1982; Piccinini, 2004, 1983; Raphael-Leff, 1991; Weaver & Cranley).

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

O grau de envolvimento depende de factores como a personalidade, expectativas do papel sexual, da experiência prévia com serviços hospitalares ou o facto de a gravidez ter sido planeada e desejada, podendo ser diferente ao longo da gravidez (May & Perrin, 1985).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tendo por base a literatura existente pretendemos responder às seguintes questões:

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

MÉTODO

Participantes

Do presente estudo fazem parte 200 pais – expectantes, cuja companheira esteja em qualquer estágio de gestação. Trata-se de uma amostra não probabilística, de conveniência, constituída por todos os homens que acompanharam as suas companheiras (futuras mães), a três instituições da área da grande Lisboa (uma maternidade Pública, uma unidade de Saúde Familiar, também pública, e uma clínica de preparação para o parto privada) e que se mostraram disponíveis para o preenchimento do protocolo de investigação a pedido dos técnicos da saúde desses serviços.

Material

O questionário sócio – demográfico, construído para o efeito e de forma a poder caracterizar a amostra e a influência das variáveis, inclui informação relativa à caracterização sócio – demográfica (idade; estado civil; etnia; nacionalidade; escolaridade e profissão) e à gravidez (gravidez planeada e desejada; idade gestacional; existência de filhos prévios e risco associado à gravidez). Para avaliação da sintomatologia somática em pais – expectantes, foi utilizada a versão traduzida do *The Symptomatology Inventory* (Black, Holditch-Davis, Sandelowski, & Harris, 1995). Esta é uma *checklist* de 42 sintomas físicos e emocionais comuns na gravidez, que constitui uma remodelação do *Pregnancy Symptom Diary* de Erikson, já antes modificado por Leifer (Black, Holditch-Davis, Sadelowski, & Harris, 1995). Os 42 sintomas dividem-se em três categorias: 29 sintomas físicos; 9 sintomas afectivos negativos e 4 sintomas afectivos positivos.

Para avaliação do envolvimento emocional pré-natal nos homens expectantes, foi utilizada a forma paterna da *Antenatal Emocional Attachment Scale* (Condon, 1993), adaptada para a população portuguesa por Gomez e Leal (2007). Esta escala avalia a vinculação dos pais ao feto, representando duas dimensões distintas da vinculação pré-natal. A primeira – Qualidade da Vinculação – representa a qualidade das experiências afectivas e inclui sentimentos positivos de proximidade, ternura, prazer na interacção, tensão perante a fantasia da perda do bebé e conceptualização do feto como uma pessoa pequena. A segunda – Intensidade da Vinculação – representa a força e intensidade da preocupação com o feto, o que inclui a quantidade de tempo passado a pensar, falar sobre, sonhar sobre ou palpar o feto, bem como a intensidade dos sentimentos que acompanham estas experiências (Gomez & Leal, 2007).

Cada item é o início de uma afirmação com cinco opções de resposta para completar a frase. Alguns itens têm pontuação crescente de 1 a 5, mas a maioria tem pontuação inversa de 5 a 1. Os totais de cada sub-escala são obtidos pela soma dos respectivos itens, embora seja desaconselhado o uso isolado das sub-escalas propostas pelo modelo original (Gomez & Leal, 2007). Genericamente notas mais altas in-

dicam um estilo de vinculação mais positivo, mas não há um padrão standart relativamente ao qual os resultados possam ser comparados para estabelecer um ponto de corte e definir níveis de vinculação saudáveis e não saudáveis. A escala demora aproximadamente cinco minutos a responder e é apropriada para progenitores com e sem filhos prévios (Gomez & Leal, 2007).

Procedimentos

Foram solicitadas as necessárias autorizações a todas as instituições envolvidas no protocolo e os participantes. O pedido de participação por escrito, informava sobre os objectivos genéricos do estudo, autoria e orientação, âmbito da realização, garantia de confidencialidade e orientações para o preenchimento dos instrumentos de recolha de dados e para a sua devolução. Os pais – expectantes assinaram um documento no qual deram o seu consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Características gerais da amostra

A nossa amostra tem uma média de idades de 31.9% (mínimo de 17 e máximo de 51 anos), sendo que 86% são casados ou vivem em união de facto, 15% são solteiros e 3% divorciados. 31.5% da amostra possui 12 anos de escolaridade, 30% tem 9 anos de escolaridade, 19.5 % tem 17 anos de escolaridade, 2% 19 anos e apenas 1.5% possui 4 anos de escolaridade.

Relativamente ao planeamento da gravidez, a maior parte dos sujeitos (79%), planejaram a gravidez, enquanto 21% não planejaram. Verificou – se que 99% da amostra desejava a gravidez, existindo apenas 1% (2 sujeitos da amostra), que não a desejam.

Quando à distribuição da amostra de acordo com a idade gestacional, verifica-se, que a maioria da amostra se encontra no terceiro trimestre de gestação, com 80% dos sujeitos; seguindo-se o segundo trimestre, com 12.5% e 7.5% no primeiro trimestre de gestação.

A maior percentagem da amostra (68.5%) é primípara; 19.5% tem o segundo filho; 9% tem o terceiro filho; 2.5% o quarto filho e 0.5% o sétimo filho.

Não existe risco associado à gravidez, na maior parte da amostra com 63.5%, sendo que 36.5% refere existir risco associado à gravidez.

Tipo e número de Sintomas vivenciados na amostra

Para o cálculo do tipo de sintomas vivenciados pelos participantes, foram calculadas as frequências absolutas e as percentagens relativas dos sintomas em cada trimestre da gravidez na amostra, sendo os valores equivalentes ao número e proporção de sujeitos que vivenciaram cada sintoma.

Recorrendo às categorias que Holditch, Davis, Black, Saldelowski, Harris, e Belyea (1995), estabeleceram em termos da qualidade dos sintomas, observa-se que dentro dos sintomas afectivos positivos apenas a *euforia* se inclui entre os mais frequentes no primeiro trimestre (26.7%), com ligeiro aumento no segundo trimestre (32%) e diminuição no terceiro trimestre (19,4%). Relativamente aos sintomas físicos, os mais frequentes são: *dor de cabeça* (40%), *dores nas costas* (33.3%) e *fadiga* (33.3%) no primeiro trimestre, no segundo trimestre: *dor de cabeça* (32%), *dores nas costas* (64%), *fadiga* (56%) e *dores musculares* (60%), sendo este último o único sintoma físico que se surge com mais frequência no segundo e terceiro trimestre. No terceiro trimestre os sintomas físicos mais frequentes são: *dor de cabeça* (41.9%), *dores nas costas* (51.9%), *dores musculares* (33.8%) e *insónia* (33.8%). A categoria referente aos sintomas afectivos negativos mais frequentes abrange no primeiro trimestre: *ansiedade* (26.7%), *tensão* (40%) e *nervosismo* (33.3%); no segundo trimestre: *ansiedade* (44%), *tensão* (56%), *nervosismo* (44%) e *irritabilidade* (40%), que surge no segundo e terceiro trimestres. No terceiro trimestre os sintomas afectivos negativos mais frequentes são: *irritabilidade* (27.5%), *ansiedade* (43.1%) e *nervosismo* (33.8%), havendo uma diminuição da frequência do sintoma *tensão* (18.8%) no presente trimestre.

Quadro 1

Tipo de sintomas vivenciados

Sintomas	1º Trimestre (n=15)		2º Trimestre (n=25)		3º Trimestre (n=160)	
	n	%	n	%	n	%
Dor de cabeça	6	40.0	8	32.0	67	41.9
Dores nas costas	5	33.3	16	64.0	83	51.9
Dores musculares	3	20.0	15	60.0	54	33.8
Dor genital	2	13.3	4	16.0	15	9.4
Prisão de ventre	3	20.0	5	20.0	30	18.8
Diarreia	4	26.7	4	16.0	18	11.3
Aumento do apetite	3	20.0	8	32.0	43	26.9
Perda do apetite	0	0.0	4	16.0	26	16.3
Vertigens/tonturas	2	13.3	4	16.0	21	13.1
Insónia	3	20.0	7	28.0	54	33.8
Mãos/pés inchados	0	0.0	5	20.0	29	18.1
Falta de ar	3	20.0	4	16.0	21	13.1
Movimento no abdómen	0	0.0	5	20.0	25	15.6
Dor nas virilhas	1	6.7	2	8.0	17	10.6
Náusea	1	6.7	4	16.0	14	8.8
Sentir-se inchado/cheio	3	20.0	6	24.0	36	22.5
Micção mais frequente	2	13.3	3	12.0	14	8.8
Fadiga	5	33.3	14	56.0	67	41.9
Arrepios	1	6.7	5	20.0	15	9.4
Azia	3	20.0	8	32.0	41	25.6
Rubor da face	0	0.0	2	8.0	15	9.4

Quadro 1 (Cont.)

Tipo de sintomas vivenciados

Sintomas	1º Trimestre (n=15)		2º Trimestre (n=25)		3º Trimestre (n=160)	
	n	%	n	%	n	%
Comichão/irritação genital	2	13.3	6	24.0	21	13.1
Sangramento genital	0	0.0	1	4.0	8	5.0
Cãibras abdominais	0	0.0	4	16.0	12	7.5
Relaxamento	0	0.0	4	16.0	14	8.8
Mãos/pés frios	1	6.7	4	16.0	18	11.3
Irrupções da pele	0	0.0	2	8.0	17	10.6
Palpitações/dores no peito	3	20.0	5	20.0	19	11.9
Diminuição_do_desejo_sexual	3	20.0	6	24.0	38	23.8
Vômitos	1	6.7	6	24.0	12	7.5
Dor nos mamilos/peito	2	13.3	8	32.0	18	11.3
Apatia	0	0.0	2	8.0	16	10.0
Depressão	1	6.7	3	12.0	15	9.4
Irritabilidade	2	13.3	10	40.0	44	27.5
Ansiedade	4	26.7	11	44.0	69	43.1
Diminuição do interesse social	0	0.0	5	20.0	27	16.9
Tensão	6	40.0	14	56.0	30	18.8
Choro	0	0.0	5	20.0	15	9.4
Nervosismo	5	33.3	11	44.0	54	33.8
Aumento do desejo sexual	2	13.3	9	36.0	30	18.8
Euforia	4	26.7	8	32.0	31	19.4

Em termos do número de sintomas vivenciados pelos sujeitos, foram calculadas as frequências absolutas e percentagens relativas e acumuladas dessa variável em cada um.

A análise dos dados, permite-nos concluir que a maior percentagem dos sujeitos no primeiro trimestre (26.7%), vivenciaram pelo menos três sintomas (critério de diagnóstico do *Síndrome de Couvade* de Bogren, 1983), enquanto no segundo trimestre a maioria dos sujeitos (12%), referiram pelo menos cinco sintomas (critério de diagnóstico do *Síndrome de Couvade* de Trethowan e Conlon, 1965) e no terceiro trimestre a maior percentagem (16.9%), não referiu sintomas.

O maior número de sintomas referido no primeiro trimestre foi dezassete em 6.7% da amostra, no segundo trimestre foi quarenta, em 4% da amostra e no terceiro trimestre 41 sintomas, em 3.8% da amostra respectiva.

Quando se considera o valor mínimo de 5 sintomas de acordo com o critério de diagnóstico do *Síndrome de Couvade* de Trethowan e Conlon, 1965, podemos observar que 26.7 % da amostra no primeiro trimestre apresentam pelo menos cinco sintomas, enquanto no segundo trimestre 60 %, da amostra apresenta pelo menos cinco sintomas e no terceiro trimestre 46.9 % apresenta pelo menos cinco sintomas.

Quadro 2

Número de sintomas vivenciados

Nº de Sintomas	1º Trimestre (N=15)			2º Trimestre (N=25)			3º Trimestre (N=160)		
	n	%	% Cum	n	%	% Cum	n	%	% Cum
0	2	13.3	13.3	2	8.0	8.0	27	16.9	16.9
1	1	6.7	20.0	1	4.0	12.0	8	5.0	21.9
2	0	0.0	20.0	1	4.0	16.0	15	9.4	31.3
3	4	26.7	46.7	2	8.0	24.0	12	7.5	38.8
4	1	6.7	53.3	1	4.0	28.0	10	6.3	45.0
5	3	20.0	73.3	3	12.0	40.0	13	8.1	53.1
6	0	0.0	73.3	1	4.0	44.0	9	5.6	58.8
7	0	0.0	73.3	1	4.0	48.0	9	5.6	64.4
8	0	0.0	73.3	1	4.0	52.0	3	1.9	66.3
9	0	0.0	73.3	0	0.0	52.0	7	4.4	70.6
10	0	0.0	73.3	1	4.0	56.0	8	5.0	75.6
11	1	6.7	80.0	1	4.0	60.0	5	3.1	78.8
12	0	0.0	80.0	1	4.0	64.0	4	2.5	81.3
13	0	0.0	80.0	0	0.0	64.0	2	1.3	82.5
14	0	0.0	80.0	1	4.0	68.0	2	1.3	83.8
15	1	6.7	86.7	0	0.0	68.0	1	0.6	84.4
16	1	6.7	93.3	0	0.0	68.0	3	1.9	86.3
17	1	6.7	100.0	1	4.0	72.0	0	0.0	86.3
18	0	0.0	100.0	0	0.0	72.0	1	0.6	86.9
19	0	0.0	100.0	0	0.0	72.0	2	1.3	88.1
20	0	0.0	100.0	0	0.0	72.0	1	0.6	88.8
21	0	0.0	100.0	0	0.0	72.0	2	1.3	90.0
22	0	0.0	100.0	0	0.0	72.0	0	0.0	90.0
23	0	0.0	100.0	0	0.0	72.0	1	0.6	90.6
24	0	0.0	100.0	2	8.0	80.0	0	0.0	90.6
25	0	0.0	100.0	0	0.0	80.0	1	0.6	91.3
26	0	0.0	100.0	2	8.0	88.0	0	0.0	91.3
27	0	0.0	100.0	0	0.0	88.0	1	0.6	91.9
28	0	0.0	100.0	0	0.0	88.0	1	0.6	92.5
29	0	0.0	100.0	0	0.0	88.0	2	1.3	93.8
30	0	0.0	100.0	0	0.0	88.0	1	0.6	94.4
31	0	0.0	100.0	0	0.0	88.0	0	0.0	94.4
32	0	0.0	100.0	1	4.0	92.0	0	0.0	94.4
33	0	0.0	100.0	1	4.0	96.0	0	0.0	94.4
34	0	0.0	100.0	0	0.0	96.0	0	0.0	94.4
35	0	0.0	100.0	0	0.0	96.0	0	0.0	94.4
36	0	0.0	100.0	0	0.0	96.0	0	0.0	94.4
37	0	0.0	100.0	0	0.0	96.0	0	0.0	94.4
38	0	0.0	100.0	0	0.0	96.0	2	1.3	95.6
39	0	0.0	100.0	0	0.0	96.0	0	0.0	95.6
40	0	0.0	100.0	1	4.0	100.0	1	0.6	96.3
41	0	0.0	100.0	0	0.0	100.0	6	3.8	100.0

Correlações lineares entre as variáveis da amostra

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

Para a correlação entre as variáveis: *Idade, Habilitações Literárias, Gravidez Planeada, Gravidez Desejada, Idade Gestacional, Estatuto da Paternidade, Risco associado à Gravidez, Sintomatologia de Couvade e o Envolvimento Paterno*, foram utilizados testes de correlação linear de Pearson (sempre que as variáveis são quantitativas) e de Spearman (sempre que trata de variáveis qualitativas ordinais) (Maroco, 2007), tal como se encontra exposto no quadro abaixo.

Quadro 3

Correlações lineares entre as variáveis da amostra

		Idade	Habilitações Literárias	Gravidez Planeada	Gravidez Desejada	Idade Gestacional	Estatuto da Paternidade	Risco associado à Gravidez
Correlação de Pearson	ISC	-0.20		-0.12	0.04			-0.04
	EEEPN	-0.14*		0.10	0.17*			-0.12
Correlação De Spearman	ISC		-0.11			-0.03	-0.00	
	EEEPN		-0.15*			0.16*	-0.27**	
Sig(2-tailed)	ISC	0.69	0.15	0.11	0.57	0.64	0.95	0.56
	EEEPN	0.04	0.03	0.13	0.01	0.02	0.00	0.08
N		200	200	200	200	200	200	200

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

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

De acordo com o quadro apresentado, podemos concluir que não existe correlação entre a idade e os sintomas físicos de couvade, nem com os sintomas afectivos positivos de couvade.

Relativamente às variáveis, habilitações literárias e o envolvimento paterno, verificámos que a correlação é negativa e significa, o que demonstra que o envolvimento paterno aumenta em pais-expectantes com habilitações literárias mais baixas.

Por sua vez, não existe correlação entre os sintomas de Couvade e as habilitações literárias, assim como não existe correlação entre o planeamento da gravidez e os sintomas de Couvade, nem com o envolvimento paterno.

A correlação entre a gravidez desejada e o envolvimento paterno é positiva e significativa, o que indica que o envolvimento paterno aumenta quando a gravidez é desejada. Por sua vez, não existe correlação entre os sintomas de Couvade e a gravidez desejada.

A correlação entre a idade gestacional e o envolvimento paterno, revela que existe correlação positiva e significativa entre a idade gestacional e o Envolvimento Paterno, o que nos indica que o envolvimento paterno aumenta, com a evolução da gravidez. Relativamente à sintomatologia de Couvade e a idade gestacional, os resultados revelam que não existe correlação.

Existe uma correlação negativa e significativa entre o estatuto da paternidade e o envolvimento paterno, demonstrando que o envolvimento paterno diminui à medida que aumenta o número de filhos. Os sintomas de couvade não se correlacionam com o estatuto da Paternidade.

Podemos concluir que não existe correlação entre o risco associado à gravidez e o envolvimento paterno, nem relativamente ao Síndrome de Couvade.

Perante os resultados apresentados, fizemos um teste correlação entre as variáveis e os sintomas físicos e afectivos de Couvade, que nos permitiu encontrar correlações com significância estatística, relativamente às variáveis idade e planeamento da gravidez.

A correlação entre a idade e os sintomas afectivos negativos de Couvade, é negativa e significativa ($r = -0,20$; $p = 0,029$), o que nos diz que, quanto menor for idade dos pais – expectantes, maior será a existência de sintomas afectivos negativos de Couvade. Por sua vez, não existe correlação entre a idade e os sintomas físicos de Couvade ($p = 0,114$) nem com os sintomas afectivos positivos de Couvade ($p = 0,73$).

Relativamente à correlação entre planeamento da gravidez e as categorias físicas e afectivas de couvade, os resultados demonstram que se trata de uma correlação negativa e significativa para os sintomas afectivos negativos ($r = -0,18$; $p = 0,046$), o que indica, que os sintomas afectivos negativos aumentam quando não existe planeamento da gravidez. Não existe correlação entre o planeamento da gravidez e os sintomas físicos ($p = 0,264$) nem com os sintomas afectivos positivos ($p = 0,90$).

Teste de regressão linear

A análise de regressão linear entre o total da escala da sintomatologia de Couvade e o envolvimento paterno, permite-nos concluir que o envolvimento paterno não influencia significativamente a sintomatologia de Couvade ($\beta = 0,084$; $p = 0,278$). Este resultado está de acordo com a observação de Schodt (1989), que não encontrou qualquer relação entre a sintomatologia de couvade e o envolvimento fetal antenatal.

DISCUSSÃO

No que respeita à incidência dos sintomas na nossa amostra, os resultados sugerem a existência da síndrome de Couvade, nos três trimestres de gestação, quando se considera o valor mínimo de cinco sintomas de acordo com o critério de diagnóstico do *Síndrome de Couvade* de Trethowan e Conlon (1965), indo de encontro à incidência internacional (Dickens & Trethowan, 1971; Trethowan & Conlon, 1965) e dentro da percentagem global, proporcional a todas as gravidezes (Brennan et al., 2007a).

Perante a análise do número de sintomas nos três trimestres de gestação, podemos concluir que aumentam de forma crescente, sendo que no primeiro trimestre re-

feriram um total de 30 sintomas, seguindo-se no segundo trimestre, 40 sintomas e no terceiro trimestre 41 sintomas.

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

Recorrendo às categorias que Holditch, Davis, Black, Saldelowski, Harris, e Belyea (1995), estabeleceram em termos da qualidade dos sintomas, observa-se que os sintomas referidos coincidem com os do estudo de Chalmers e Meyer (1996), e de Tsai e Chen`s (1997). A categoria de sintomas psicológicos mais frequentes no nosso estudo foi a referente aos sintomas afectivos negativos, sendo a ansiedade um dos sintomas mais frequentes, com aumento da sua frequência do primeiro trimestre (26.7%), para o segundo e terceiro trimestre (44% e 43.1% respectivamente), tal como nos estudos de Chalmers e Meyer (1996).

A insónia pertencente à categoria dos sintomas físicos apenas se evidenciou com maior frequência no terceiro trimestre (33.8%), tal como no estudo de Brennan et al. (2007b).

Pela análise realizada a partir da maioria dos sintomas referidos, não se confirma que a maioria seja semelhante aos típicos sintomas das mulheres grávidas, como se verifica no estudo de Brennan et al. (2007b), embora alguns dos sintomas menos referidos pelos sujeitos, como as náuseas e vômitos (também coincidentes nos três trimestres), sejam coincidentes com os do estudo de Brennan et al. (2007b) e Chalmers e Meyer (1996).

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

A correlação entre a idade e os sintomas afectivos negativos de Couvade, diz-nos que, quanto menor for idade dos pais-expectantes, maior será a existência de sintomas afectivos negativos de Couvade, o que contraria o estudo de Bogren (1989), Clinton (1986) e de Gomez (2000).

Relativamente ao efeito das Habilitações Literárias no envolvimento paterno, concluímos que o envolvimento paterno aumenta em pais-expectantes com habi-

litações literárias mais baixas, o que contraria o estudo de Saraceno e Naldini (2003).

O nosso estudo vai de encontro aos resultados apresentados por Clinton (1986), que não encontrou correlação entre o nível educacional e a ocorrência do Síndrome de Couvade, contrariando por sua vez, os estudos de Bogren (1989), Lipkin e Lamb (1982), Munroe, Munroe, e Nerlove (1973), Munroe (1980) e Trethowan (1972).

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

A correlação negativa e significativa, entre o planeamento da gravidez e os sintomas afectivos negativos indica, que os sintomas afectivos negativos aumentam quando não existe planeamento da gravidez, indo de encontro aos resultados de Clinton (1986, 1987), e Strickland (1987).

Os resultados entre a gravidez desejada e o envolvimento paterno, indicam-nos que o envolvimento paterno aumenta quando a gravidez é desejada, indo este resultado de encontro ao estudo de May e Perrin (1985).

O efeito da idade gestacional no envolvimento paterno, revela que o envolvimento paterno aumenta, com a evolução da gravidez o que vai de encontro ao modelo de Condon (1993) e aos estudos de Lemmer (1987) e de Piccinini (2004).

O efeito do Estatuto da Paternidade no envolvimento paterno, indica-nos que o envolvimento paterno diminui à medida que aumenta o número de filhos, que vai de encontro ao estudo de Lorensen, Wilson, e White (2004).

Os sintomas de Couvade não se correlacionam com o estatuto da paternidade, indo ao encontro dos resultados de Brennan et al. (2007b) e de Trethowan e Conlon (1965). Por sua vez os nossos resultados contrariam os de Clinton (1986), Condon (1987) e Ferketich e Mercer (1989).

Não existe correlação entre o risco associado à gravidez e o Envolvimento Paterno, nem relativamente ao Síndrome de Couvade, o que contraria os resultados de Clinton (1986).

Concluimos que o envolvimento paterno não influencia a sintomatologia de Couvade, tal como se verificou no estudo de Schodt (1989). Por sua vez este resultado contraria os estudos de Brennan et al. (2007b), Clinton (1987), Drake, Verhulst, e Fawcett (1988), Elwood e Manson (1994), Raphael – Leff (1991) e Weaver e Cranley (1983).

Uma das limitações do presente estudo, prende-se com o facto de as amostras do primeiro, segundo e terceiro trimestres não serem equivalentes, com diferenças significativas entre as mesmas (nomeadamente: $n = 15$; $n = 25$ e $n = 160$), não tendo sido por esse motivo calcular uma média de sintomas em cada trimestre, de modo a poder verificar a evolução dos sintomas ao longo da gravidez.

Outro aspecto que poderia influenciar os resultados do presente estudo, prende-se com os critérios de exclusão da amostra, na medida em que não foi tomada em consideração a existência de qualquer problema de saúde nos pais expectantes, que possa justificar alguma sintomatologia confundente com o Síndrome de Couvade. Sugere-

se em futuras investigações ter em consideração este aspecto, assim como aumentar o tamanho da amostra em cada trimestre de gestação, de modo a poder verificar a evolução dos sintomas ao longo da gravidez.

Tendo em consideração de que os sintomas físicos e afectivos negativos são os vivenciados com maior frequência nos pais-expectantes, o apoio dos técnicos de saúde torna-se essencial, no sentido de prevenir as vivências negativas da paternidade expectante, fomentando uma participação mais activa do homem, envolvendo-o na preparação para a parentalidade através de aulas de preparação para o nascimento e informação relativamente às mudanças emocionais e físicas decorrentes da gravidez. A este nível também poderiam realizar-se novas investigações no sentido de verificar por exemplo, se pais que assistissem a aulas de preparação para o parto poderiam apresentar outra categoria de sintomas de Couvade ou um maior envolvimento fetal durante a gravidez.

REFERÊNCIAS

- Abreu, J. M., Goodyear, R., Campos, A., & Newcomb, M. D. (2000). Ethnic belonging and traditional masculinity ideology among African Americans, European Americans and Latinos. In: *Psychology of Men and Masculinity*, 1, 75-86.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders IV* (6 ed.). Washington, D.C: American Psychiatric Press.
- Beaton, J. M., Doherty, W. J., & Ruerter, M. A. (2003) Family of origin processes and attitudes of expectant-fathers. *Fathering*, 1, 149-168.
- Black, B., Holditch-Davis, D., Saldelowski, M., & Harris, B. (1995). Comparison of pregnancy symptoms of infertile and fertile couples. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 9 (2), 1-9.
- Bogren, L.Y. (1983). Couvade. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 68, 55-65.
- Bogren, L.Y. (1984). The Couvade syndrome: background variables. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 70, 316 – 320.
- Bogren, L.Y. (1989). Pregnancy symptoms in the expectant man. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 10, 43-51.
- Brennan, A., Ayers, S., Ahmed, H., & Marschall-Lucette, S. (2007a). A critical review of the Couvade syndrome: the pregnant male. *Journal of reproductive and infant psychology*, 25(3), 173-189. Consultado a 20 de Setembro de 2008, através de EBSCOHost Academic Search Elite database.
- Brennan, A., Ayers, S., Ahmed, H., & Marschall – Lucette, S. (2007b). A qualitative exploration of the Couvade syndrome in expectante fathers. *Journal of reproductive and infant psychology*, 25(1), 18-39. Consultado a 20 de Setembro de 2008, através de EBSCOHost Academic Search Elite database.
- Brown, M. (1983). Social support and symptomatology: A study of first-time parents. *Dissertation Abstracts International*, 44, 111B.
- Chalmers, B., & Meyer, D. (1996). What men say about pregnancy, birth and parenthood. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 17, 47-52.

- Clinton, J. F. (1986). Expectant fathers at risk of Couvade. *Nursing Research*, 30, 281–284.
- Clinton, J. F. (1987). Physical and emotional responses of expectant fathers throughout pregnancy and the early postpartum period. *International Journal of Nursing Studies*, 24, 59–68.
- Coley, R. (2001). (In) Visible men: Emerging research on low-income, unmarried and minority fathers. *American Psychologist*, 56 (9), 743–753.
- Condon, J. T. (1987). Psychological and physical symptoms during pregnancy: a comparison of male and female expectant parents. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 5, 207–219.
- Condon, J. T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 167–183.
- Cox, M.J., Owen, M.T., Henderson., V.K., & Margand, N.A.(1992). Prediction of infant – father and infant – mother attachment. In: *Developmental Psychology*, 28(3), 474 – 483.
- Cronenwett L, R., & Newmark L. L. (1974). Fathers' responses to childbirth. *Nursing Research*. 23 (3), 210–217.
- Deutsch, F., Servis, L., & Payne, J. (2001). Paternal participation in child care and its effects on children's self-esteem and attitudes toward gendered roles. *Journal of Family Issues*, 22 (8), 1000-1024.
- Dickens, G., & Trethowan, W. A. (1971). Cravings and aversions during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 15, 259 – 268.
- Drake, M. L., Verhulst, D., & Fawcett, J. (1988). Physical and psychological symptoms experienced by canadian women and their husbands during pregnancy and the postpartum. *Journal of Advanced Nursing*, 13, 436–440.
- Elkins, I. J., Megue, M., & Iacono, W. G. (1997). Genetic and environmental influences on parent-son relationships: Evidence for increasing genetic influence during adolescence. *Developmental Psychology*, 33 (2), 351-363.
- Elwood, R., & Mason, C. (1994). The Couvade and onset of paternal care: A biological perspective. *Ethology and Sociobiology*, 15, 145-156.
- Fawcett, J., & York, R. (1986). Spouses' physical and psychological symptoms during pregnancy and the post-partum. *Nursing Research*, 35 (3), 144-148
- Fekertich, S. L., & Mercer, R. T. (1989). Men's health status during pregnancy and early fatherhood. *Research in Nursing and Health*, 12, 137-148.
- Gomez, R. M. (2000). *Paternidade, gravidez e o 'síndrome de Couvade': Estudo exploratório sobre a ocorrência de sintomas somáticos em pais-expectantes portugueses*. Tese de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica, apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Gomez, R. M., Leal, I., & Figueiredo, E. (2002). Síndrome de Couvade: um estudo exploratório da ocorrência de sintomas em pais – expectantes. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 4 (2), 95-120.
- Gomez, R., & Leal, I (2007). Vinculação Parental durante a Gravidez: Versão Portuguesa da forma Materna e Paterna da Antenatal Emocional Attachment Scale. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (2), 153-165.
- Holditch – Davis, D., Black, B., Saldelowski, M., Harris, B., & Belyea, M. (1995). Fertility status and symptoms in childbearing couples. *Research in Nursing and Health*, 18, 417-426.
- Khanobdee, C., Sukratanachaiyakul, V., & Templeton, G.J. (1993). Couvade syndrome in expectant Thai fathers. *International Journal of Nursing Studies*, 30, 125–131.

- Klaus, M.H., & Kennell, J.H. (1993). A família durante a Gravidez. Em: Klaus, M.H. & Kennell, J.H (eds.), *Pais/bebê: A formação do apego*, 21 – 41. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klein, H. (1991). Couvade syndrome: male counterpart to pregnancy. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 21, 57–69.
- Lamb, M. (1992). O papel do pai em mudança. *Análise Psicológica*. 1 (10): 19-34.
- Lima, M. G. (2006). *Representações sociais das gestantes sobre a gravidez e a consulta de enfermagem no pré-natal*. Tese de mestrado apresentada na Universidade de Brasília. Faculdade de ciências da saúde. Acedido em 26 de Maio de 2009, através de EBSCOHost Academic Search Elite database.
- Lamb, M. (1992). O papel do pai em mudança. *Análise Psicológica*. 1 (10), 19-34.
- Lemmer, C. (1987). Becoming a father: a review of nursing research on expectant fatherhood. *Maternal Child Nursing Journal*, 16, 261 – 275.
- Lipkin, M., & Lamb, G.S. (1982). The Couvade syndrome: an epidemiological study. *Annals of Internal Medicine*, 96, 509–511.
- Lorensen, M., Wilson, M., & White, M. (2004). Norwegian Families: Transition to Parenthood. *Taylor & Francis*, 25(4), 334-348.
- Mason, C. & Elwood, R. (1995). Is there a physiological basis for the Couvade and the onset of paternal care? *International Journal of Nursing Studies*, 32, 137–142.
- Marsiglio, W., Amato, P., Day., R. D., & Lamb, M.E. (2000). Scholarship on fatherhood in the 1990`s and beyond. *Journal of Marriage and The Family*, 63, 309-321.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística* (3ª ed.). Lisboa: Edições Silabo.
- Masoni, S., Maio, A., Trimarchi, G., De Punzio, C. & Fioretti, P. (1994). The Couvade syndrome. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 15, 125–131.
- May, K. (1980). A typology of detachment/involvement styles adopted during pregnancy by first-time fathers. *Western Journal of Nursing Research*, 2, 445-461.
- May, K. (1982). Three phases of father involvement in pregnancy. *Nursing Research*. 21 (6), 337-342.
- May, K., & Perrin S. (1985). Prelude: Pregnancy and birth. In: Hanson, M & Bozet, F (eds). *Dimensions of fatherhood*, pp 64-91. Beverly Hills/USA: Sage Publications.
- Munroe, R. L., & Munroe, R. H. (1971). Male pregnancy symptoms and cross-sex identity in three societies. *Journal of Social Psychology*, 84, 11–25.
- Munroe, R. L., Munroe, R.H., & Nerlove, S. B. (1973). Male pregnancy symptoms and cross-sex identity: two replications. *Journal of Social Psychology*, 89, 147–148.
- Munroe, R. L. (1980). Male transvestism and the Couvade: a psycho-cultural analysis. *Ethos*, 8, 49–59.
- Phares, V. (1992). Where`s Poppa?: The relative lack of attention to the role of fathers in child and adolescent psychopathology. In: *American Psychologist*, 47 (5), 656 – 664.
- Piccinini, C. A. et al (2004). O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17 (3), 303-314.
- Rapheal-Leff, J. (1991). *Psychological process of childbearing*. London: Chapman and Hall.
- Saraceno, C., & Naldini, M. (2003). *Sociologia da Família*. 2ª Edição actualizada. Lisboa: Estampa.
- Schodt, C. M. (1989). Paternal–fetal attachment and Couvade: a study of patterns of human–environment integrality. *Nursing Science Quarterly*, 2, 88 – 97.

- Strickland, O.L. (1987). The occurrence of symptoms in expectant fathers. *Nursing Research*, 36, 184 – 189.
- Sizaret, P., Degiovanni, A., Gaillard, P. & Benichou, C. (1991). Study on the somatic symptoms of Couvade. *Annals of Medical Psychology*, 149, 230–233.
- Trethowan, W. H., & Conlon, M.F. (1965). The Couvade syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 111, 57 – 66.
- Trethowan, W. H. (1972). The Couvade syndrome. In: J. G. Howells (ed.), *Perspectives in international child psychiatry*, 67–93. Edinburgh: Oliver and Boyd.
- Tsai, S., & Chen, C. (1997). Somatic symptoms, stress and social support of expectant fathers (Chinese). *Nursing Research*, 5, 439–451.
- Weaver, R.H., & Cranley, M.S. (1983). An exploration of paternal–fetal attachment behaviour. *Nursing Research*, 32, 68–72.
- Williams, H. (1997). "Couvade syndrome: dad to be sympathy pains" in *Canadian Parents Online – General Articles*. Acedido em Dezembro de 2008, através de <http://www.canadian-parents.com.html>.
- World Health Organization. (1993). *International Classification of Diseases* (10th ed.). Geneva: World Health Organization.