

JANINY LIMA E SILVA¹

ELIZÂNGELA DA FONSECA FERREIRA²

MARCELLE MEDEIROS²

MARISTELA LOPES ARAÚJO²

ANA GABRIELA CÂMARA BATISTA DA SILVA²

ELIZABEL DE SOUZA RAMALHO VIANA³

Avaliação da adaptação psicossocial na gravidez em gestantes brasileiras

Assessment of psychosocial adaptation to pregnancy in Brazilian pregnant women

Artigo original

Palavras-chave

Assistência pré-natal
Adaptação
Gravidez
Tradução
Avaliação em saúde

Keywords

Prenatal care
Adaptation
Pregnancy
Translating
Health evaluation

Resumo

OBJETIVO: Avaliar a adaptação psicossocial na gravidez, por intermédio da tradução e adaptação de instrumento específico, para ser usado em gestantes brasileiras. **MÉTODOS:** Estudo observacional de corte transversal. Foi realizada a tradução e adaptação transcultural do PSEQ (Prenatal Self-Evaluation Questionnaire) seguindo todas as etapas metodológicas exigidas. Aplicou-se um questionário contendo perguntas abertas e fechadas de forma a caracterizar os dados sócio-demográficos e clínicos das gestantes (n=36). A análise estatística constou de média, desvio padrão (DP), frequência absoluta e relativa. Para análise da consistência interna utilizou-se o coeficiente alfa de Cronbach, por meio do SPSS versão 17.0. **RESULTADOS:** As voluntárias apresentaram baixo nível sócio-econômico, média de idade de 25,1 anos ($\pm 5,5$), idade gestacional média de 25,9 semanas ($\pm 8,1$). Destas, 58,3% não haviam planejado a atual gravidez. O pré-teste mostrou que 75% das gestantes consideraram o questionário de fácil entendimento. Quanto ao instrumento PSEQ, a identificação com o papel materno foi a sub-escala que apresentou maior média 24,8 ($\pm 5,6$), enquanto o relacionamento com a mãe apresentou a menor média 15,4 ($\pm 7,7$). A consistência interna variou entre 0,52-0,89. **CONCLUSÃO:** A avaliação psicossocial materna no pré-natal mostra-se importante no acompanhamento da progressão da gestação e permite a intervenção mediante ações de promoção e prevenção no bem-estar materno-infantil.

Abstract

PURPOSE: To evaluate psychosocial adaptation to pregnancy by translating and cross-culturally adapting a specific assessment instrument to be used with Brazilian women. **METHODS:** This was a cross-sectional observational study. The translation and cross-cultural adaptation and of the Prenatal Self-Evaluation Questionnaire (PSEQ) was performed following all the required methodological steps. Another questionnaire was applied to characterize the sociodemographic and clinical status of the pregnant women (n=36). Statistical analysis consisted of the determination of the mean and standard deviation (SD) and of absolute and relative frequency. The statistical test used for the analysis of internal consistency was Cronbach's alpha coefficient, using SPSS version 17.0. **RESULTS:** The volunteers were of low socioeconomic status, aged on average 25.1 years (± 5.5), and had an average gestational age of 25.9 weeks (± 8.1). 58.3% of these volunteers had not planned their current pregnancy. The pretest showed that 75% of the pregnant women found the questionnaire easy to understand. Regarding the PSEQ instrument, the identification with the maternal role was the subcategory which showed the highest average, 24.8 (± 5.6), while the relationship with the mother had the lowest average 15.4 (± 7.7). The internal consistency ranged from 0.52 to 0.89. **CONCLUSION:** The assessment of psychosocial adaptation to pregnancy in pregnant women is very important during the progress of pregnancy and permits intervention through obstetric-neonatal actions of promotion and prevention regarding the well-being of mother and child.

Correspondência

Janiny Lima e Silva
Departamento de Fisioterapia,
Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN
Avenida Senador Salgado Filho, 3000
Caixa Postal 1524 CEP: 59072-970
Natal (RN), Brasil

Recebido

15/03/2011

Aceito com modificações

30/05/2011

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN - Natal (RN), Brasil.

¹ Mestranda em Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN – Natal (RN), Brasil.

² Acadêmica do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN – Natal (RN), Brasil.

³ Professora Adjunta do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN – Natal (RN), Brasil.

Conflito de interesses: não há.

Introdução

Durante o período gestacional, não só a mulher, mas todos aqueles que compõem o seio familiar se envolvem com as mudanças inerentes à gestação. Essas alterações se desenvolvem, de forma temporária ou definitiva, na vida pessoal, profissional e social de cada indivíduo independentemente da situação econômica e cultural em que se vive¹.

O processo do nascimento de uma criança permanece o mesmo desde o início da humanidade, o que mudou com o passar dos anos foi a percepção das pessoas diante desse evento². Um estudo qualitativo mostra que a experiência do nascimento é definida pelo desenvolvimento dos papéis paternos e maternos³. Por outro lado, o desenvolvimento desses papéis é que caracteriza a adaptação à gravidez, ou seja, a uma nova realidade pessoal e familiar diante a expectativa do nascimento de um filho⁴.

O período gestacional humano normal tem duração de 40 semanas⁵. Nessa etapa acontece uma intensa transformação de uma vida sem filho para uma vida com filho ou com mais um filho. A adaptação feminina no período gestacional é influenciada por três fatores da vida da mulher: seu bem-estar psicossocial, sua família e a sociedade em que ela vive⁶.

Diante dessa complexidade, o foco na saúde materno-infantil se justifica por ser esta um determinante social da saúde, que influencia as políticas de saúde atuais e contribui de forma contundente na construção de uma comunidade mais saudável no presente e no futuro⁷.

Não se tem conhecimento, atualmente, de instrumento específico para a avaliação da adaptação psicossocial materna no pré-natal para uso no Brasil, havendo, dessa forma, a necessidade da tradução e adaptação transcultural de um questionário desenvolvido em outro idioma.

O uso de um instrumento de avaliação desenvolvido em uma língua e para uma cultura diferente daquela de origem, requer um processo metodológico rigoroso de tradução e adaptação transcultural. O objetivo desse processo é garantir as características conceituais do instrumento original.

Após a tradução, é fundamental para a plena adaptação transcultural do instrumento, a composição de um comitê ou painel de especialistas que tenham conhecimento da área de saúde, de metodologia, de linguística e que conheçam bem os dois idiomas envolvidos. O comitê deverá obter consenso quanto à equivalência semântica, idiomática, funcional e conceitual⁸.

O objetivo deste foi traduzir e adaptar transculturalmente o instrumento de avaliação *Pregnancy Self-Evaluation Questionnaire* (PSEQ) de forma a avaliar a adaptação psicossocial em gestantes brasileiras.

Métodos

Esse estudo caracterizou-se como observacional de corte transversal. Inicialmente foi realizado o contato com a autora do instrumento original, obtendo-se a permissão da tradução para o português e adaptação transcultural do PSEQ para o uso no Brasil.

O instrumento de avaliação PSEQ foi criado em 1984, pela autora norte-americana Regina Lederman, buscando analisar o desenvolvimento do papel materno no período pré-natal⁴.

O PSEQ se trata de um questionário autoadministrável com escala do tipo Likert, que apresenta as seguintes opções de respostas: bastante (4), moderadamente (3), um pouco (2) e de forma alguma (1). Há afirmativas positivas e negativas, nas quais as gestantes devem classificar a intensidade de concordância.

Os itens são afirmativas que estão subdivididas em sete subescalas: bem-estar da mãe e do bebê (10 itens), aceitação da gravidez (14 itens), identificação com o papel materno (15 itens), preparação para o trabalho de parto (10 itens), controle no trabalho de parto (10 itens), relacionamento com a mãe (10 itens) e relacionamento com o companheiro (10 itens).

A pontuação total pode variar de 79–316, sendo que quanto maior a pontuação menor é a adaptação materna. A variação de escore por subescala é dada da seguinte forma: bem-estar da mãe do bebê (10–40), aceitação da gravidez (14–56), identificação com o papel materno (15–60), preparação para o trabalho de parto (10–40), controle no trabalho de parto (10–40), relacionamento com a mãe (10–40) e relacionamento com o companheiro (10–40).

O PSEQ foi traduzido em várias línguas, dentre elas: espanhol, italiano, alemão, grego, chinês, sueco e norueguês, sendo utilizado por pesquisadores em obstetrícia de várias partes do mundo^{6,9,10}.

Após as etapas de tradução e adaptação transcultural preconizadas pela literatura, o instrumento de avaliação PSEQ, versão em português, foi submetido a um Comitê de Especialistas. Foi considerada uma margem mínima de 80% de concordância entre os especialistas para a alteração de termos presentes no instrumento traduzido¹¹.

A tradução e adaptação de um instrumento de medida deve ser realizada seguindo o rigor metodológico, considerando o consenso entre o pesquisador e o comitê de especialistas, devendo a versão final ser encaminhada para o autor do instrumento para avaliação^{12,13}.

A coleta de dados ocorreu com gestantes em quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), situadas na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, escolhidas aleatoriamente, de acordo com sorteios entre as 25 UBS do município. O número de participantes para a etapa de adaptação transcultural foi de 36, selecionadas de acordo com a ordem de chegada para o atendimento pré-natal.

Para a aplicação do instrumento se cumpriu a seleção e treinamento dos avaliadores ($n=4$), sendo realizado o esclarecimento dos objetivos do estudo, do instrumento testado, bem como dos procedimentos para a coleta de dados, conforme descrito por Lederman e Weiss¹⁴.

Como critérios de inclusão na pesquisa, foram adotados os seguintes requisitos: faixa etária de 18 a 40 anos, capacidade de leitura na língua portuguesa, realização de acompanhamento pré-natal em UBS da cidade de Natal e ausência de intercorrências clínicas ou obstétricas até o momento da avaliação, além da aceitação em participar da pesquisa.

Os questionários aplicados no pré-teste tiveram como objetivos: coletar dados relacionados às características clínicas e sociodemográficas da amostra, mediante um questionário semiestruturado; pesquisar a aceitação e entendimento do questionário PSEQ, por meio de um questionário com perguntas discursivas e analisar a adaptação psicossocial materna, por intermédio da versão em português proposta pelo Comitê de Especialistas.

O questionário de caracterização da amostra constou das seguintes variáveis: idade, idade gestacional, ocupação, renda familiar, escolaridade, hábitos e vícios, situação conjugal, estado nutricional, paridade e planejamento gestacional. Quanto à variável ocupação, considerou-se a existência, ou não, de vínculos empregatícios no momento atual da gravidez. O estado nutricional foi definido conforme a tabela de índice de massa corporal (IMC) por semana gestacional sugerida em um estudo prévio¹⁵. Para classificar o nível de atividade física, a voluntária deveria considerar a prática de exercícios físicos, ou não, e se esse ocorria com regularidade semanal ou apresentava caráter recreativo (lazer sem regularidade).

O questionário para análise e sugestões das participantes sobre a aceitação e o entendimento do PSEQ abordou questões discursivas e continha espaço para comentários sobre o instrumento.

A análise estatística descritiva considerou média, desvio padrão (DP), frequência absoluta e relativa, além do coeficiente Alfa de Cronbach para verificação da consistência interna, da versão em português do PSEQ, proposta pelo Comitê de Especialistas. O software utilizado neste estudo foi o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), em sua versão 17.0 para Windows®. Todas as voluntárias foram informadas a respeito dos objetivos e procedimentos da pesquisa e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal (RN) sob o registro 329/09. O acesso a este instrumento de avaliação pode ser realizado por meio da internet no endereço eletrônico http://bdtd.bczm.ufrn.br/tesdesimplificado/tde_busca/resultadotdes-prog.php?ver=42&programa=42&ano_inicio=&mes_inicio=&mes_fim=&ano_fim=2011&grau=Todos

Resultados

Após as etapas de tradução, retrotradução e análise por parte do comitê de especialistas para a adaptação transcultural do PSEQ, surgiram algumas sugestões em relação aos 79 itens. Houve alterações de alguns itens para garantir uma linguagem mais informal ou para evitar a ambiguidade dos termos.

Outras sugestões consideradas pelo comitê relacionaram-se à apresentação gráfica do instrumento (tamanho da fonte e formatação), objetivando garantir maior conforto e segurança na escolha das respostas. Entretanto, apenas a formatação em tabela obteve consenso entre as participantes.

A análise do perfil sociodemográfico e clínico, da amostra ($n=36$), observada no pré-teste, mostra que a idade média das voluntárias foi de $25,1\pm 5,5$ anos, a média de tempo gestacional de $25,9\pm 8,1$ semanas e a renda familiar de $1,7\pm 0,78$ salários mínimos. Esses dados caracterizam uma amostra de adultos jovens e de baixo nível socioeconômico. Dentre as participantes, 58,3% não haviam planejado a atual gravidez e haviam realizado uma média de $4,3\pm 2,79$ consultas de pré-natal até o momento da aplicação do instrumento, sendo que 86,1% receberam assistência pré-natal exclusivamente pública. A maior parte das voluntárias (69,4%) era multípara e 30,5% tinha mãe ausente ou falecida. Outros resultados estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1. Dados sociodemográficos e clínicos das participantes do pré-teste para validação do Prenatal Self-Evaluation Questionnaire por frequências absoluta e relativa ($n=36$)

Variáveis	n	%
Escolaridade		
Ensino fundamental	18	50,0
Ensino médio	15	41,6
Ensino superior	3	8,3
Ocupação		
Desempregada	11	30,5
Do lar	15	41,6
Estudante	2	5,5
Autônoma	5	13,8
Outra	3	8,3
Situação conjugal		
Vive com companheiro	30	83,3
Vive sem companheiro	6	16,6
Estado Nutricional		
Baixo peso	8	23,5
Peso adequado	18	52,9
Sobrepeso	6	17,6
Obesidade	2	5,8
Nível de atividade física		
Sedentarismo	25	69,4
Atividade física regular	5	13,8
Atividade física recreativa	6	16,6
Tabagismo		
Tabagista	2	5,5
Ex-tabagista	3	8,3
Nega tabagismo	28	77,7
Tabagista passiva	3	8,3
Etilismo		
Etilista	1	2,7
Nega etilismo	35	97,2

Tabela 2. Análise da adaptação psicossocial e consistência interna dos itens pelo *Prenatal Self-Evaluation Questionnaire* na versão em português (pré-teste) e versão original

Subescala	Pré-teste		Lederman, 1996 ²³	
	Média (DP*)	α Cronbach (n)	Média (DP*)	α Cronbach (n)
Aceitação da gravidez	24,2 (7,8)	0,8 (36)	22,3 (7,0)	0,9 (119)
Identificação com o papel materno	24,8 (5,6)	0,6 (36)	20,2 (4,6)	0,7 (119)
Relacionamento com a mãe	15,4 (7,7)	0,8 (30)	17,3 (6,9)	0,9 (115)
Relacionamento com o companheiro	16,9 (7,6)	0,8 (35)	16,2 (5,1)	0,8 (115)
Preparação para o trabalho de parto	19,1(4,2)	0,5 (36)	15,9 (4,5)	0,8 (119)
Controle no trabalho de parto	22,6 (5,6)	0,7 (36)	18,2 (4,2)	0,7 (118)
Bem-estar da mãe e do bebê	24,3 (5,9)	0,6 (36)	16,5 (4,8)	0,8 (119)

*DP=Desvio Padrão

O pré-teste mostrou que 75,0% das gestantes consideraram o questionário PSEQ de fácil entendimento. Houve uma média de 76,9 \pm 3,2 itens respondidos (69–79) entre as participantes. Dessa forma, nenhuma participante atingiu taxa de não resposta superior a 20%.

A identificação com o papel materno foi a subescala que apresentou maior média 24,8 \pm 5,6, enquanto o relacionamento com a mãe obteve a menor média 15,4 \pm 7,7. Esses resultados do presente estudo apontam o relacionamento com a mãe como o principal fator para uma melhor adaptação psicossocial materna, já a identificação da gestante com o papel materno mostrou-se como o construto que mais afetou negativamente essa adaptação.

A consistência interna variou entre 0,5–0,8, sendo que três subescalas expressaram o alfa de *Cronbach* menor que 0,7: identificação com o papel materno, preparação para o trabalho de parto e bem-estar da mãe e do bebê.

As questões com maiores índices de não resposta foram aquelas referentes à subescala de relacionamento com a mãe. Esses itens (14, 20, 21, 28, 31, 37, 44, 55, 59, 65) foram respondidos por uma média de 31,4 \pm 1,07 participantes (30–33).

As médias, os DP dos escores de cada subescala e a consistência interna, no pré-teste, podem ser observados concomitantemente aos dados encontrados pela autora do questionário original em uma amostra de gestantes norte-americanas (Tabela 2).

Discussão

A avaliação da adaptação psicossocial materna no período pré-natal no Brasil ainda apresenta uma carência de instrumentos disponíveis. O instrumento PSEQ foi traduzido para o português como Questionário de autoavaliação do pré-natal. Pode-se considerar que o instrumento apresentou boa aceitação pelas voluntárias, sendo considerado de fácil entendimento pela grande maioria das respondentes.

As questões com maiores índices de não resposta foram vinculadas à subescala relacionamento com a mãe. Essa ocorrência pode ser atribuída ao fato de que 30,5% das participantes terem mães falecidas ou ausentes, acarretando o impedimento ou inibição do preenchimento das respostas.

As características sociodemográficas e clínicas das gestantes deste estudo mostram baixo nível socioeconômico e que mais da metade delas não haviam planejado a atual gravidez. Trabalhos recentes mostram um alto índice de gravidez não planejada, não só entre mulheres brasileiras de baixa renda (40,7%)¹⁶, mas também nos Estados Unidos da América, onde metade (49%) das gestações não é planejada¹⁷.

O planejamento da gestação permite à mulher adotar hábitos de vida mais saudáveis e se prevenir de vários fatores teratogênicos como: tabagismo, ingestão de álcool e drogas ilícitas, depressão, entre outros, antes mesmo de engravidar¹⁸. Muitos trabalhos associam a intenção de engravidar a uma mudança positiva no comportamento da mulher durante o pré-natal^{19,20}. Contudo, o planejamento da gravidez parece não ser fundamental para o estado de humor da mulher durante a gestação. Estudos prévios têm mostrado que nem todas as mulheres que não pretendiam engravidar ou não planejaram a gravidez estavam infelizes com a gestação^{21,22}.

Os dados obtidos neste estudo mostraram que o domínio com melhor adaptação materna foi o relacionamento com a mãe, diferindo de Lederman, onde a preparação para o trabalho de parto mostrou-se como o fator que gera melhor adaptação²³. Da mesma forma, o domínio com pior adaptação encontrado neste estudo foi a identificação com o papel materno, enquanto que para a autora do PSEQ foi a aceitação da gravidez.

As diferenças culturais influenciam os hábitos e comportamentos das mulheres durante o período gestacional, sendo a cultura característica de todo grupo populacional específico. Existe um conceito de cultura como “conhecimentos, valores, percepções e práticas que são compartilhadas pelos membros de

uma determinada sociedade e passados de uma geração para a seguinte”²⁴.

Sabe-se que, culturalmente, as mulheres grávidas norte-americanas se preparam para o parto e a maternidade, diferentemente das gestantes brasileiras. A preparação para o trabalho de parto é um item que precisa ser avaliado quanto: à busca por informações sobre o assunto, percepção sobre esse momento, dúvidas, medos e presença de sonhos relacionados ao trabalho de parto¹⁴. Estudo qualitativo sobre a ação educativa com gestantes observou que a prática terapêutica educativa colaborou na vivência do processo gravidez-parto e na satisfação da mulher nesse período²⁵.

A promoção em saúde durante a gestação é um meio de mudança de comportamento e adoção de um estilo de vida mais saudável, mediante o conhecimento do processo da gravidez e dos cuidados básicos de saúde²⁶. Um estudo recente comparou 26 gestantes brasileiras saudáveis, que participaram de uma abordagem interdisciplinar de preparação para o parto e para a maternidade com um grupo controle (n=20), quanto à qualidade de vida materna, utilizando o SF-36. A análise intergrupos, após a intervenção, apresentou uma diferença significativa em três domínios: saúde geral, capacidade funcional e vitalidade, com maior qualidade de vida no grupo experimental²⁷. Outro estudo comparou dois grupos de gestantes e observou mais baixo nível de ansiedade entre aquelas que participaram de uma intervenção educativa em relação as que não participaram da proposta terapêutica²⁸. Tudo isso mostra a importância desse tipo de abordagem terapêutica no período pré-natal, independentemente da nacionalidade materna.

A adaptação materna quanto ao relacionamento com a mãe se mostrou ser mais satisfatória entre as gestantes brasileiras nos dados encontrados neste estudo. Alguns fatores podem influenciar tal relacionamento, dentre eles: disponibilidade da mãe desde a infância até a descoberta da gestação de sua filha, reação materna à gestação de sua filha, respeito à autonomia da filha no período gestacional e o compartilhamento de experiências relacionadas ao nascimento da gestante por sua mãe. Esses componentes definem a empatia entre mãe e filha, que é avaliada, no período da gravidez, como um ponto relevante para a adaptação materna. O relacionamento entre a gestante e sua própria genitora tem sido estudado por vários pesquisadores ao longo dos anos. Um estudo qualitativo com adolescentes primigestas descreveu que mães e parceiros foram percebidos como as principais fontes de apoio, provendo as dimensões afetiva e material²⁹. Não apenas para gestantes adolescentes, mas alguns estudos apontam o relacionamento positivo entre mãe e filha como fator

importante para uma boa adaptação materna durante o pré-natal e o pós-parto^{30,31}.

Neste estudo observou-se alta taxa de gravidez não planejada referida pelas voluntárias, o que se pode associar com a baixa identificação com o papel materno. A aceitação da gravidez é considerada uma variável de caráter multifatorial. Os resultados deste estudo corroboram com estudo prévio, onde não houve boa adaptação materna em relação a esse construto²³.

Para a autora, se uma mulher quer ser mãe, ela, invariavelmente, aceita a gravidez, contudo, o contrário não é verdade: mesmo se a mulher aceita a gravidez, não se pode afirmar que ela queira, verdadeiramente, a criança e a maternidade no momento¹⁴. Dessa forma, aceitar a gravidez não significa que a mulher esteja preparada para ser mãe, pois o desenvolvimento do papel materno está associado a fatores como: motivação pela qual a mulher deseja a gestação e sua preparação para a vida como mãe¹⁴.

Os resultados obtidos neste estudo confirmam, em parte, aqueles referidos no estudo de origem²³. Em três subescalas do PSEQ, entretanto, o valor do coeficiente alfa de *Cronbach* ficaram abaixo de 0,7, valor preconizado como aceitável na literatura¹². Em um estudo de validação do PSEQ, esse valor oscilou em relação às subescalas (0,6–0,8)³², apesar do tamanho da amostra considerada entre cinco a vinte vezes maiores que o número de questões do instrumento como o indicado por Tabachnick e Fidell³³.

A tradução e adaptação transcultural do PSEQ para a língua portuguesa foram realizadas com rigor metodológico e mostraram que esse instrumento tem boa consistência interna.

A versão final, em português, do Questionário de Autoavaliação do Pré-natal, em português, encontra-se em fase de validação para uso no Brasil, considerando um maior número amostral e a análise das propriedades psicométricas.

Este estudo destacou a importância da avaliação psicossocial materna no pré-natal, como uma forma de acompanhar a progressão da gestação e intervir por meio de ações de promoção e prevenção no bem-estar materno-infantil.

Agradecimentos

À professora Regina Lederman, pela disponibilização do questionário para tradução e uso no Brasil; as tradutoras, Herta Nunes, Fiona Porpino, Theresa O’Brien e Michelle Cote pelo empenho na tradução e retrotradução do questionário original e às professoras Lilian Lisboa, Eulália Maia, Ana Cristina Pinheiro e Nilba Lima, pelo trabalho de adaptação transcultural desse instrumento.

Referências

- Glynn LM, Schetter CD, Hobel CJ, Sandman CA. Pattern of perceived stress and anxiety in pregnancy predicts preterm birth. *Health Psychol.* 2008;27(1):43-51.
- Simkin P. The experience of maternity in a woman's life. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1996;25(3):247-52.
- Hoga LAK, Manganiello A. Atitudes masculinas diante da gravidez não planejada: histórias orais de homens de uma comunidade brasileira de baixa renda. *SBPN Sci J.* 2003;7:86-8.
- Lederman RP. Anxiety and conflict in pregnancy: relationship to maternal health status. *Annu Rev Nurs Res.* 1984;2:27-61.
- Brasil. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. 3a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
- Kiehl EM, White MA. Maternal adaptation during childbearing in Norway, Sweden, and the United States. *Scand J Caring Sci.* 2003;17(2):96-103.
- Santos Neto ET, Alves KCG, Zorzal M, Lima RCD. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde Soc.* 2008;17(2):107-19.
- Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res.* 1998;7(4):323-35.
- Lederman RP, Miller DS. Adaptation to pregnancy in three different ethnic groups: Latin-American, African-American, and Anglo-American. *Can J Nurs Res.* 1998;30(3):37-51.
- Lin CT, Cheng CP, Kuo SH, Chou FH. Development of a Chinese short form of the Prenatal Self-Evaluation Questionnaire. *J Clin Nurs.* 2009;18(5):659-66.
- Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol.* 1993;46(12):1417-32.
- Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures. Rosemont: American Academy of Orthopedic Surgeons; 2002.
- Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. Equivalence and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Qual Life Res.* 1997;6(3):237-47.
- Lederman RP, Weiss K. Psychosocial adaptation to pregnancy: seven dimensions of maternal role development. 3rd ed. New York: Springer; 2009.
- Atalah Samur E, Castillo LC, Castro Santoro R, Aldea PA. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas. *Rev Méd Chile.* 1997;125(12):1429-36.
- Rea MF. Gravidez, parto, puerpério e amamentação. In: Berquó E, organizador. *Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil.* Campinas: Editora da Unicamp; 2003. p. 197-227.
- Finer LB, Henshaw SK. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *Perspect Sex Reprod Health.* 2006;38(2):90-6.
- Lin YH, Tsai EM, Chan TF, Chou FH, Lin YL. Health promoting lifestyles and related factors in pregnant women. *Chang Gung Med J.* 2009;32(6):650-61.
- Cheng D, Schwarz EB, Douglas E, Horon I. Unintended pregnancy and associated maternal preconception, prenatal and postpartum behaviors. *Contraception.* 2009;79(3):194-8.
- Rayburn WF, Phelan ST. Promoting healthy habits in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2008;35(3):385-400, viii.
- Sable MR, Libbus MK. Pregnancy intention and pregnancy happiness: are they different? *Matern Child Health J.* 2000;4(3):191-6.
- Peacock NR, Kelley MA, Carpenter C, Davis M, Burnett G, Chavez N, et al. Pregnancy discovery and acceptance among low-income primiparous women: a multicultural exploration. *Matern Child Health J.* 2001;5(2):109-18.
- Lederman RP. Psychosocial adaptation in pregnancy: assessment of seven dimensions of maternal development. 2nd ed. New York: Springer; 1996.
- Leighton AH. Culture and psychiatry. *Can J Psychiatry.* 1981;26(8):522-9.
- Darós DZ, Hess PT, Sulsbach P, Zampieri MFM, Daniel HS. Socialização de conhecimentos e experiências sobre o processo de nascimento e tecnologias do cuidado. *Rev Eletr Enf.* 2010;12(2):308-14.
- Beldon A, Crozie S. Health promotion in pregnancy: the role of the midwife. *J R Soc Promot Health.* 2005;125(5):216-20.
- Silva JL, Monteiro RA, Viana ESR, Lisboa LL, Araújo ML. Orientações pré-natais e a influência na qualidade de vida de gestantes saudáveis. *Fisioter Bras.* 2010;11(4):249-53.
- Consonni EB, Calderon IM, Consonni M, De Conti MH, Prevedel TT, Rudge MV. A multidisciplinary program of preparation for childbirth and motherhood: maternal anxiety and perinatal outcomes. *Reprod Health.* 2010;7:28.
- Schwartz T, Vieira R, Geib LTC. Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(5):2575-85.
- Lau Y, Wong DF. The role of social support in helping Chinese women with perinatal depressive symptoms cope with family conflict. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2008;37(5):556-71.
- Fonagy P, Steele H, Steele M. Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Dev.* 1991;62(5):891-905.
- Chou FH, Avant KC, Kuo SH, Cheng HF. Assessing the psychometric and language equivalency of the Chinese versions of the Index of Nausea, Vomiting and Retching, and the Prenatal Self-Evaluation Questionnaire. *Kaohsiung J Med Sci.* 2005;21(7):314-21.
- Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 5th ed. Boston: Allyn and Bacon; 2007.