

**UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – PPGA
CURSO DE MESTRADO**

**A EMOÇÃO NO CONTEXTO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS:
UM ESTUDO APLICADO JUNTO A USUÁRIAS DOS SERVIÇOS
DE OBSTETRÍCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO**

JULIANA RAQUEL DE SOUZA LUCHESI

Caxias do Sul, maio de 2012.

JULIANA RAQUEL DE SOUZA LUCHESI

**A EMOÇÃO NO CONTEXTO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS:
UM ESTUDO APLICADO JUNTO A USUÁRIAS DOS SERVIÇOS
DE OBSTETRÍCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO**

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Mestrado em Administração da Universidade de Caxias do Sul, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Título de Mestre em Administração. Área de Concentração: Gestão da Inovação e Competitividade.

Orientador: Prof. Dr. Gabriel Sperandio Milan

Caxias do Sul, maio de 2012.

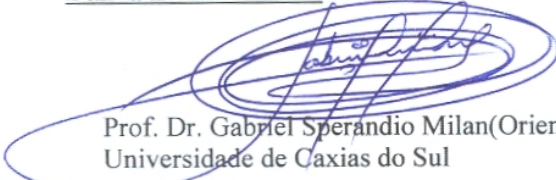
“A emoção no contexto da prestação de serviços: um estudo aplicado junto à usarias dos serviços de obstetrícia de um hospital público”

Juliana Raquel de Souza Luchesi

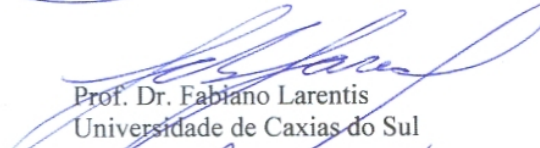
Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Caxias do Sul, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Administração, Área de Concentração: Administração da Produção.

Caxias do Sul, 17 de maio de 2012.


Banca Examinadora:




Prof. Dr. Gabriel Sperandio Milan(Orientador)
Universidade de Caxias do Sul



Prof. Dr. Fabiano Larentis
Universidade de Caxias do Sul



Prof. Dr. Deonir De Toni
Universidade de Caxias do Sul



Prof. Dr. Rafael Barreiros Porto
Universidade de Brasília

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Universidade de Caxias do Sul
UCS - BICE - Processamento Técnico

L936e Luchesi, Juliana Raquel de Souza, 1973-

A emoção no contexto da prestação de serviços : um estudo aplicado junto a usuárias dos serviços de obstetrícia de um hospital público / Juliana Raquel de Souza Luchesi.- 2012.

109 f. : il. ; 30 cm.

Apresenta bibliografia e apêndices.

Dissertação (Mestrado) – Universidade de Caxias do Sul,
Programa de Pós-Graduação em Administração, 2012.

“Orientação: Prof. Dr. Gabriel Sperandio Milan.”

1. Serviços de saúde – Administração. 2. Comportamento do consumidor. 3. Saúde – Planejamento. 4. Hospital Geral de Caxias do Sul. I. Título.

CDU 2.ed.: 614.2:005

Índice para o catálogo sistemático:

- | | |
|--------------------------------------|---------------------|
| 1. Serviços de saúde – Administração | 614.2:005 |
| 2. Comportamento do consumidor | 658.56 |
| 3. Saúde – Planejamento | 614.2:005.51 |
| 4. Hospital Geral de Caxias do Sul | 614.21CAXIAS DO SUL |

Catalogação na fonte elaborada pelo bibliotecário
Marcelo Votto Teixeira – CRB 10/1974

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, a minha família e aos meus amigos que, incessantemente, me incentivaram e não me permitiram esmorecer na concretização deste sonho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, especialmente, ao meu orientador, o Prof. Dr. Gabriel Sperandio Milan, a todo o corpo docente do PPGA/UCS e a minha família e amigos por acreditarem tanto em mim.

EPÍGRAFE

Nem tudo o que conta pode ser contado e nem
tudo que pode ser contado conta.

Albert Einstein

RESUMO

Este estudo tem o intuito de identificar as emoções ambivalentes (positivas e negativas) vivenciadas no parto pelas usuárias dos serviços de obstetrícia do Hospital Geral de Caxias do Sul (RS). O processo de identificação de tais emoções poderá auxiliar a Instituição na definição de prioridades de ação, na qualificação dos funcionários, na redução de riscos e de desperdícios e no aumento da qualidade dos serviços prestados, bem como no incremento na satisfação das usuárias dos serviços. A metodologia de pesquisa adotada se caracteriza como uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, com a realização de entrevistas individuais em profundidade, com uma abordagem semi-estruturada, mediante a aplicação de um Roteiro Básico de Questões. Cabe ressaltar que os dados foram analisados e interpretados por meio de análise de conteúdo e como métodos complementares de pesquisa foram realizadas a observação direta e a triangulação. Os principais resultados obtidos a partir da realização do trabalho foram: compreender a incidência de emoções positivas e negativas, ou seja, emoções ambivalentes, simultaneamente vivenciadas pelas usuárias dos serviços de obstetrícia no momento do parto, que para este estudo foram o medo e a alegria/prazer e, analisando tal contexto, a proposição de direcionamentos no sentido de maximizar as emoções positivas e minimizar as emoções negativas, repercutindo na melhoria da qualidade percebida dos serviços prestados.

Palavras-chave: comportamento do consumidor, emoções em serviços, emoções ambivalentes, serviços de saúde, serviços de obstetrícia, qualidade em serviços.

ABSTRACT

This study aims to identify ambivalent emotions (positive and negative) experienced by delivering mothers using obstetric services at the Caxias do Sul General Hospital (RS). The process of identifying such emotions may assist the Institution to set priority actions for employees' classification, risk and waste reduction and service quality improvement, as well as to increase the service users' satisfaction. The research methodology used is characterized as a qualitative research, with exploratory input, by means in-depth interviews with a semi-structured approach, by applying a Basic Writing Questions Guide. It is worth noting that the data was analyzed and interpreted through analysis of content and, for complementary methods of research, direct observation and triangulation methods were used. The main results obtained from this work were: to understand the incidence of positive and negative emotions, that is, ambivalent emotions, simultaneously experienced by users of obstetric services at birth delivery, which, for this study, were fear and happiness/joy and, by analyzing such context, to propose directions towards maximizing positive emotions and minimizing negative emotions, resulting in the improvement of the perceived quality services provided.

Key-words: consumer behavior, emotions in services, ambivalent emotions, health services, obstetric services, quality service.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	13
LISTA DE TABELA	14
INTRODUÇÃO	15
1. DELIMITAÇÃO DA PESQUISA.....	18
1.1 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO	18
1.2 PROBLEMA DE PESQUISA	20
1.3 OBJETIVOS DO TRABALHO	21
1.3.1 Objetivo Geral	21
1.3.2 Objetivos Específicos.....	22
2. AMBIÊNCIA DA PESQUISA.....	23
2.1 SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	23
2.2 HOSPITAL GERAL (HG)	27
2.2.1 Centro Obstétrico (CO)	30
2.2.2 Serviços Obstétricos	31
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	34
3.1 SENTIMENTOS E EMOÇÕES.....	34
3.2 TIPOS DE EMOÇÕES.....	43
3.3 ESCALAS PARA O ENTENDIMENTO E MENSURAÇÃO DAS EMOÇÕES.....	46
3.4 QUALIDADE PERCEBIDA, SATISFAÇÃO DE CLIENTES E AS EMOÇÕES VIVENCIADAS PELOS USUÁRIOS EM SERVIÇOS	48
3.4.1 Qualidade em Serviços: Definição e Dimensões	48
3.4.2 Satisfação de Clientes: Definição, Antecedentes e Consequências.....	51
3.4.3 Influência das Emoções Vivenciadas pelos Usuários do Serviço e suas Percepções de Qualidade e Nível de Satisfação Resultante	54
4. METODOLOGIA DA PESQUISA.....	56
4.1 PESQUISA QUALITATIVA.....	56
4.2 ENTREVISTAS INDIVIDUAIS EM PROFUNDIDADE	59
4.3 ANÁLISE DE CONTEÚDO.....	62
4.4 REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS.....	64
4.5 OBSERVAÇÃO DIRETA	65
5. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	67

5.1 PERFIL DAS ENTREVISTADAS	67
5.2 RESULTADOS DA OBSERVAÇÃO DIRETA.....	69
5.2.1 Formação de Grupos de Trabalho e Relacionamentos	70
5.2.2 Presença dos Familiares, Horário de Visitas e Sala de Espera do CO	71
5.2.3 Relacionamento dos Profissionais com as Parturientes e Outras Pacientes com os Recém Nascidos	73
5.2.4 Reuniões Periódicas entre as Equipes de Trabalho.....	74
5.2.5 Outras Necessidades e Observações Realizadas	75
5.3 DIMENSÕES EMOCIONAIS AMBIVALENTES IDENTIFICADAS.....	76
5.4 VALIDAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA	82
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
6.1 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	85
6.2 RECOMENDAÇÕES GERENCIAIS	89
6.3 LIMITAÇÕES DA PESQUISA	92
6.4 DESENVOLVIMENTO DE PESQUISAS FUTURAS.....	93
REFERÊNCIAS	95
APÊNDICES	106
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO INDIVIDUAL ...	107
APÊNDICE B – ROTEIRO BÁSICO DE QUESTÕES	108

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

art.	Artigo
AIDS	<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i> ou SIDA – (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
AMIU	Aspiração Manual Intra-Útero
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCIH	Centro de Controle de Infecção Hospitalar
CES	<i>Consumption Emotion Descriptors</i>
CO	Centro Obstétrico
COREDE	Conselho Regional de Desenvolvimento
COREME	Comissão de Residência Médica
DESII	<i>Differential Emotions Scale II</i>
DOE	Diário Oficial do Estado
FEE	Fundação de Economia e Estatística
FUCS	Fundação Universidade de Caxias do Sul
HG	Hospital Geral
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MEC	Ministério da Educação e Cultura
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAD	<i>Pleasure-Arousal-Dominance</i>
PRAVIVIS	Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual
RH	Recursos Humanos

RS	Rio Grande do Sul
SAC	Serviço de Atendimento ao Cliente
SAME	Arquivo Geral de Documentos do HG
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TI	Tecnologia da Informação
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
UUEM	Unidade de Urgências e Emergências Médicas

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Acontecimentos marcantes na história do SUS	26
Figura 2 – Mapa do COREDE - Serra.....	28
Figura 3 – Fachada do Hospital Geral de Caxias do Sul.....	29
Figura 4 – Estrutura física do HG distribuída por andares	30
Figura 5 – Bebê prematura atendido em unidade de tratamento intensivo neonatal.....	33
Figura 6 – Natureza das emoções	38
Figura 7 – Níveis de regulação da vida	39
Figura 8 – Formulação do medo – sintomas fisiológicos.....	40
Figura 9 – Respostas físicas à emoção na formulação do medo	40
Figura 10 – Modelo estímulo-resposta de Mehrabian-Russel.....	41
Figura 11 – Modelo de estado emocional de Russell	41
Figura 12 – Linha do tempo dos estudos sobre emoções	43
Figura 13 – Escalas para Mensuração das Emoções	48
Figura 14 – Critérios da boa qualidade percebida em serviços	51
Figura 15 – Caracterização da amostra.....	69
Figura 16 – Incidência das emoções identificadas durante o parto	81
Figura 17 – Incidência da ambivalência emocional	82
Figura 18 – Transcrição parcial da entrevista com obstetra do CO.....	84

LISTA DE TABELA

Tabela 1 – Volume de partos realizados no ano de 2010	31
---	----

INTRODUÇÃO

Com a consolidação do setor de serviços na economia mundial, tornam-se prementes estudos que abordem e/ou ampliem o entendimento a respeito da relação existente entre os clientes (usuários dos serviços) e os prestadores de serviços (MILAN, 2006). Nesta direção, Milan (2006) afirma que, tendo em vista a característica da simultaneidade dos serviços, o cliente, ao interagir com o provedor de serviços, neste instante representado pelo seu pessoal de linha de frente ou de contato direto, reage, mental e fisicamente, avaliando a qualidade dos serviços. Inclusive, Hartline, Maxham e McKee (2000) salientam que o comportamento do pessoal de linha de frente é crucial para a avaliação dos serviços. Consoante isso, o papel da emoção vem ganhando atenção como elemento central de compreensão das experiências de compra ou de consumo (OLIVER, 1997).

Levando em consideração tal contexto e no sentido de melhor compreender as relações entre prestadores e usuários de serviços, evidencia-se que os hospitais, como instituições prestadoras de serviços, em essência, devem adotar novas políticas, métodos e técnicas para mudar seus processos, incrementar a qualidade dos serviços prestados e suportar outras mudanças organizacionais necessárias para uma melhor *performance* (CACCIA-BAVA; GUIMARAES; GUIMARAES, 2009).

Especificamente, cada usuária dos serviços ligados à maternidade terá diferentes experiências que irão variar dependendo do local para o nascimento do bebê, do tipo de cuidado realizado no acompanhamento pré-natal, durante o trabalho de parto e no pós-natal, entretanto, para que o serviço seja efetivo é necessário que o provedor de serviços seja responsivo em relação às características e às necessidades das parturientes (TINSON, 2000). Inclusive, Tinson (2000) evidencia, ainda, que muito embora a mulher gestante não seja considerada uma mulher doente, as emoções têm um efeito poderoso sobre as suas expectativas e percepções e sobre a sua habilidade de pensar racionalmente.

Neste estudo, o foco de análise foi direcionado às emoções ambivalentes intrínsecas ao parto, visto que, durante a gravidez, a mulher passa por uma série de mudanças ou transformações físicas e emocionais. A gestação se configura como uma fase em que todo o organismo se modifica para receber uma nova vida em um período de, geralmente, quarenta semanas. Muitos sintomas surgem durante estes nove meses, ficando o útero dez vezes maior e as mamas também com maior volume. Em média, a mulher ganha, nesta fase, cerca de nove

a doze quilos (PEIXOTO; AMORIM, 2007), o que, logicamente acarreta em seu olhar sobre o mundo, sobre a sua afetividade e seu comportamento.

Entrar em um hospital para ter o seu bebê significou para a mulher aceitar as regras e os regulamentos existentes (protocolos de atendimento) em nome da sua segurança, da segurança de seu bebê e do atendimento em si, o que é gerido pelo prestador de serviços. Todo o cerimonial da internação hospitalar despiu a mulher de suas roupas, de seus costumes, a separou de sua família, determinou sua alimentação e seus cuidados (COSTA, 2001), o que para lhe dar todo um sentimento de segurança, também lhe traz uma sensação de vulnerabilidade, de incertezas, de não poder tomar decisões de forma individual e autônoma.

A vida de uma mulher se modifica muito quando ela concebe um filho (WINNICOTT, 1982; PEIXOTO; AMORIM, 2007). Segundo Winnicott (1982), ocorre uma gradual transformação, tanto nos sentimentos quanto no corpo da mulher. Para Brazelton (1988), a maioria das mulheres experimenta uma combinação de sentimentos de desamparo, de ansiedade e mesmo de uma sensação de agradável expectativa. A energia que é retirada de suas vidas diárias é utilizada para solucionar estes conflitos emocionais. O período de gravidez, segundo o autor, é uma época para que se aprenda muito sobre si mesma e sobre o novo papel que será exercido no futuro, o de mãe, o quanto seja possível. Cabe ressaltar que a presença de conflitos emocionais está associada a fatores fisiológicos e emocionais e a situações de vida da mulher, como, por exemplo, características socioeconômicas, dificuldades do casal, nível de suporte familiar ou, até mesmo, o fato de não querer engravidar (SCHERMANN; ALAFAYA, 2000; SILVA; BOTTI, 2005).

A maternidade também é um papel ou, de forma mais operacional, uma tarefa que envolve um processo de identificação entre a mãe e a criança. Um processo que envolve tanto as vivências reais e subjetivas da mãe quanto as características da própria criança. Sabe-se que mulheres que tiveram experiências de maus-tratos, de abandono e de pobreza e não tiveram um apego seguro podem apresentar dificuldades na relação mãe-bebê, principalmente pela falta de afetividade, dificultando a criação de vínculos afetivos sólidos. A angústia no momento do parto é de natureza catastrófica, pois há na mulher um sentimento de perda e de esvaziamento de partes importantes de si mesma e de medo de ser arrebatada por algo desconhecido (o bebê e suas necessidades) (ALT; BENETTI, 2008). O nascimento do bebê é um período emocionalmente vulnerável, devido às profundas mudanças intra e interpessoais desencadeadas pelo parto (SILVA; BOTTI, 2005). Com o parto, quebra-se a imagem idealizada do bebê e ao mesmo tempo em que este passa a se tornar um ser independente da

mãe, recebendo todo o carinho e atenção, que antes era desprezado ou voltado somente à gestante. Este momento é, portanto, quando a mãe irá atribuir um novo significado à experiência da maternidade (SAVASTANO; NOVO, 1981; BORSA; DIAS, 2004), sendo que tal experiência poderá ser positiva ou negativa.

Para Grönroos (2009, p. 74) “é bastante óbvio que as emoções sentidas, tais como raiva e depressão, culpa ou felicidade, deleite e esperança, afetam, de alguma forma, a percepção cognitiva dos processos de serviço”. Dessa forma, as emoções são consideradas como filtros que intervêm nas experiências ligadas ao cotidiano e que são inerentes à utilização dos serviços. Sendo assim, este trabalho tem o intuito de identificar as emoções positivas e negativas vivenciadas por mulheres no momento do parto, a fim de analisar se estas emoções, intrínsecas à experiência dos serviços, determinam ou influenciam na percepção de qualidade dos serviços obstétricos prestados pela Instituição que servirá de ambiente de estudos e sobre a qual, mais adiante, será apresentada a sua caracterização.

O estudo se inicia com a apresentação dos fatores (ou argumentos) que justificam e apontam a relevância do tema (Capítulo 1). Na sequência, encontra-se o capítulo que descreve a ambiência de pesquisa e que objetiva caracterizar o funcionamento do local onde foi realizado o estudo (Capítulo 2). A seguir, tem-se a fundamentação teórica necessária ao trabalho e que contempla a abordagem científica e teórica sobre: sentimentos, emoções, qualidade e satisfação de clientes e a influência na percepção destes fatores com relação aos serviços (Capítulo 3). Depois disso, expõem-se a metodologia empregada na pesquisa (Capítulo 4) e que guiou o estudo, a coleta de dados, sua análise e interpretação (Capítulo 5). Por fim, são apresentadas as considerações finais, que compreendem as implicações teóricas e gerenciais do estudo, as limitações da presente pesquisa e algumas possibilidades para o desenvolvimento de pesquisas futuras (Capítulo 6).

1. DELIMITAÇÃO DA PESQUISA

1.1 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Uma população saudável, caracterizada pelo equilíbrio entre nascimentos e óbitos (mortes), além de sugerir um baixo nível de incidência de doenças, é fundamental para o crescimento e para a prosperidade de uma nação. Este objetivo pode ser atingido se a qualidade dos serviços de saúde providos à população é exitosa na gestão apropriada das doenças, principalmente no que diz respeito à sua prevenção, e disponível em larga escala com custos suportáveis. Neste horizonte, a qualidade dos serviços de saúde pode ser um dos principais aspectos a serem considerados pelos sistemas nacionais de saúde (DUGGIRALA; RAJENDRAN; ANANTHARAMAN, 2008), sejam públicos e/ou privados.

Os aspectos emocionais relacionados à gestação são reconhecidos, tendo em vista ser esta experiência um marco para a maioria das mulheres, por trazer-lhes uma série de modificações físicas, emocionais e psicossociais (SILVA; BOTTI, 2005; CUNHA et al., 2009). Há muitas e diferentes respostas possíveis perante uma gravidez. É importante perceber que cada uma reflete as experiências de vida e da personalidade da mulher, que são próprias. Para algumas mulheres, a gravidez é um estado altamente desejado, que contém gratificações, como, por exemplo, a promessa de um filho para criar e educar, uma identificação positiva com a sua mãe ou ainda a construção de sua própria família (NOYA; LEAL, 1998). No entanto, Noya e Leal (1998) refletem que, para outras mulheres, ou para as mesmas, em outro momento da vida, a gravidez pode ser vista como algo extremamente penoso e até mesmo indesejado. Pode ser experimentada como uma invasão do corpo ou pode trazer à tona conflitos e sentimentos relativos a uma mãe desvalorizada e odiada. Isto porque a gravidez surge, muitas vezes, como resposta inconsciente a perdas ou a situações estressantes.

De acordo com Oliveira (2010), portanto, tornar-se mãe pode vir a ser uma tarefa fácil ou não, pois se trata de meses de preparação, de vivência, de aprendizado, que vão desde o descobrimento da gravidez até o momento do parto, logicamente, repercutindo no futuro, no cuidado e na atenção ao desenvolvimento do filho. A gestação é um evento complexo, no qual ocorrem diversas mudanças na vida da mulher. Trata-se de uma experiência repleta de sentimentos intensos, variados e ambivalentes, que estão intimamente relacionados à história

e às experiências vividas pela gestante ao longo da sua vida, e que podem dar vazão a conteúdos inconscientes da mãe (BORSA, 2007).

Para Beretta et al. (2008), o período gravídico-puerperal é a fase de maior incidência de transtornos psíquicos na mulher, necessitando de atenção especial para manter ou recuperar o bem-estar, prevenindo dificuldades futuras para o filho. A intensidade das alterações psicológicas dependerá de fatores familiares, conjugais, sociais, culturais e de personalidade da gestante. Por sua vez, Dencker et al. (2010) enfatizam que experiências negativas no primeiro parto incrementam os riscos de incidência de depressão pós-parto e afetam negativamente as atitudes das mães em relação a uma futura gravidez, bem como na escolha do método de nascimento (parto) do bebê. Para Lopez e Campos Jr. (2010), existem aspectos da história da vida da mãe que podem influenciar os cuidados com o bebê, tais como: (i) vivências da infância; (ii) planejamento ou não da gestação; (iii) gestações anteriores interrompidas por aborto(s) ou parto(s) prematuro(s); (iv) história familiar quanto à ocorrência de doenças e a preocupação com a saúde do bebê; (v) tabus e preconceitos discutidos, ou não, nas consultas médicas no pré-natal; (vi) preocupações financeiras; (vii) a presença, ou a falta, do pai do bebê ou de outros membros da família durante o período de gestação; e (viii) a segurança transmitida pelo médico obstetra à mulher.

Dando continuidade aos seus estudos, os mesmos autores afirmam que o nascimento é descrito como uma experiência multifacetada, visto que a sensação de segurança e de percepção de controle, o nível da dor durante o trabalho de parto, o suporte pessoal, os cuidados dos profissionais (médicos, enfermeiras ou parteiras), as experiências com partos tardios, a anestesia durante o parto e as informações disponibilizadas contribuem para a formação da experiência do nascimento. Por isso, o conhecimento sobre os fatores que afetam a satisfação materna é fundamental para o provimento dos cuidados no parto.

Para Proctor e Wright (1998), a identificação do que é positivo e importante para as usuárias deste tipo de serviços é útil para descobrir as forças (pontos fortes) da unidade de trabalho (empresa ou instituição), ou seja, dos serviços obstétricos, a partir das perspectivas destas mulheres. Assim sendo, pode-se promover o serviço internamente em termos de obter um *feedback* positivo para a equipe e motivá-la ao melhoramento contínuo da qualidade dos serviços prestados. Determinar as fontes e os níveis das expectativas e das percepções e, em consequência, o grau de satisfação ou de insatisfação experimentada pelas usuárias dos serviços pode ajudar a diagnosticar em que aspectos (atributos da qualidade dos serviços) a *performance* está adequada e em quais deles precisa ser melhorada. Os autores salientam,

também, que estas informações auxiliam na gestão dos riscos e na minimização das reclamações ou do surgimento de fatores geradores de insatisfação.

Em acréscimo, Martin et al. (2008) comentam que o processo de recrutamento, de seleção e de contratação adequado, bem como ações ou um programa de capacitação e aperfeiçoamento das equipes de colaboradores do provedor de serviços podem auxiliar na identificação das oportunidades de melhoria e na resposta assertiva ao reforço das emoções positivas vivenciadas pelas pacientes, visto que em um ambiente de delegação de poder às pessoas estas podem ajudar a criar emoções positivas e a reduzir o efeito das emoções negativas no contexto das experiências ou dos encontros de serviços (MARTIN et al., 2008; MILAN, 2006). Vale ressaltar que as equipes de obstetrícia, incluindo médicos, enfermeiras ou parteiras, podem incrementar os cuidados com a saúde das mulheres atendidas, visto que podem elevar o nível de cuidados e de atenção dispensados às pacientes, direcionando o tempo necessário para questões concernentes ao processo de atendimento, impactando, positivamente, no entendimento e na filosofia de concordância mútua do tratamento ou procedimentos escolhidos (DRENNAN et al., 2011).

1.2 PROBLEMA DE PESQUISA

Proctor e Wright (1998) destacam a importância de se entender as percepções dos consumidores, o que é algo consensual e conhecido há bastante tempo. Este fato tem-se mostrado ainda mais relevante na área da saúde no que se refere a incorporar a visão do usuário do serviço, bem como, na sua avaliação sobre o mesmo. Os autores justificam que realizar uma pesquisa com o foco no cliente pode mostrar à organização prestadora de serviços de saúde aspectos relevantes aos usuários e não tão somente o que pode ser mensurado objetivamente. É enfatizado por estes mesmos autores que os serviços de maternidade provêm uma oportunidade única de explorar as prioridades atinentes aos serviços, credos e percepções do grupo de usuárias, visto que elas têm um papel central no serviço realizado. A maternidade e o nascimento do bebê são considerados eventos de significado muito relevante e que podem ser considerados de forma diferenciada nos estudos acerca da qualidade em serviços.

Avortri, Beke e Abekah-Nkrumah (2011) e Martin e Fleming (2011) afirmam que, em se tratando de serviços de saúde, mais especificamente, de serviços de obstetrícia, a satisfação

com o nascimento é importante. Tais autores apontam que custo e qualidade são os parâmetros para prover altos níveis de satisfação, embora não sejam os únicos fatores a serem considerados. Os autores enfatizam ainda que, aspectos relacionados com: respeito (à mulher, no momento do parto em situação vulnerável), alívio da dor (ter condições de suportar o desconforto e o sofrimento), sentir-se no controle (saber exatamente o que está acontecendo e quais serão os próximos procedimentos e poder opinar a respeito), estar bem preparada (consciente e participante do trabalho de parto) e receber a atenção devida dos profissionais (médicos, enfermeiros, parteiras e auxiliares) são quesitos fundamentais e são avaliados em termos de satisfação atrelados à qualidade dos serviços prestados nesta área específica.

Reconhecer as emoções das parturientes e poder dar a elas o atendimento de suas necessidades, no momento do trabalho do parto, podem dar maior segurança e satisfação sobre a experiência da maternidade. Os profissionais têm melhores condições de realizar a abordagem sobre tratamentos aconselhados em cada caso e explicar com maior clareza todo o processo de trabalho de parto até que o bebê nasça, evitando que uma emoção negativa domine a situação e gere um impacto muito maior sobre a percepção e a satisfação da paciente.

Consoante isso, propõe-se para o presente estudo a busca por elementos ou conteúdos que possam embasar a resposta à seguinte questão central, a qual representa o problema de pesquisa identificado: quais são as emoções, positivas e negativas, portanto, emoções ambivalentes, vivenciadas pelas usuárias dos serviços de obstetrícia no momento do parto?

1.3 OBJETIVOS DO TRABALHO

1.3.1 Objetivo Geral

Conforme Fonseca (2007), o objetivo geral relata onde se quer chegar com a pesquisa, isto é, qual o resultado final (geral) que se procura alcançar. Wolcott (1994), Gummesson (2000) e Victora, Knauth e Hassen (2000) enfatizam em suas obras que a partir da definição apropriada dos objetivos a pesquisa tende a ser melhor organizada, planejada e executada com foco, com direcionamento. O objetivo geral, portanto, mostra ao leitor ou aos demais

interessados, que há a necessidade de observação e maior conhecimento sobre um fato ou acontecimento, reforçando, assim, os resultados ou produtos esperados com a investigação.

Para tanto, o objetivo geral desta pesquisa é compreender a incidência de emoções positivas e negativas, simultaneamente (emoções ambivalentes), vivenciadas pelas usuárias dos serviços de obstetrícia no momento do parto.

1.3.2 Objetivos Específicos

Para Lakatos e Marconi (2009), os objetivos específicos apresentam caráter mais concreto. Têm função intermediária e instrumental, permitindo, de um lado, atingir o objetivo geral e, de outro, aplicar este a situações particulares, seguindo a linha de pensamento estabelecida. Inclusive, Fachin (2003) menciona que os objetivos específicos procuram descrever ações pormenorizadas, aspectos detalhados das raízes que se supõe merecerem uma verificação científica. Devem conter os aspectos mais significativos, como a correlação entre causa e efeito de determinado problema.

Sendo assim, como objetivos específicos para o trabalho, foram definidos:

- a) Caracterizar a rotina do ambiente de serviços em estudo, no caso, o Centro Obstétrico (CO) do Hospital Geral (HG);
- b) identificar as principais emoções, positivas e negativas, vivenciadas e que compõem a experiência da maternidade no momento do parto;
- c) verificar a ambivalência emocional (incidência de emoções positivas e negativas simultaneamente) vivenciada durante o parto a partir da percepção das parturientes.

2. AMBIÊNCIA DA PESQUISA

2.1 SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema público, organizado e voltado ao interesse coletivo, ou seja, a todas as pessoas (cidadãos brasileiros), independente de raça, crença, cor, situação de emprego, classe social e local de moradia. O SUS surgiu como resposta à insatisfação e ao descontentamento existente em relação aos direitos de cidadania, acesso, serviços e forma de organização do sistema de saúde do Brasil. A Constituição Federal de 1988 determinou ser dever do Estado garantir saúde a toda população. Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde, que detalha o funcionamento do sistema. O SUS resultou de um processo de lutas, de mobilização, de participação e de esforços desenvolvidos por um grande número de pessoas (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A partir das informações disponíveis no *site* do Ministério da Saúde (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010), é possível dizer que o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde¹, o SUS foi criado para ser o sistema de saúde dos mais de 195 milhões de brasileiros (IBGE, 2011). Além de oferecer consultas, exames e internações, o SUS promove campanhas de vacinação e ações de prevenção e de vigilância sanitária, tais como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos, buscando preservar, assim, a vida de cada um dos brasileiros.

O SUS tem seus serviços administrados pelos governos federal, estaduais e municipais e por organizações cujo objetivo é garantir a prestação de serviços gratuitos a qualquer cidadão. Em locais onde há falta de serviços públicos, o SUS realiza a contratação de serviços de hospitais e/ou de laboratórios particulares (organizações privadas), para que não falte assistência às pessoas. Deste modo, estes prestadores de serviços contratados, de forma terceirizada, também se integram à rede pública, tendo que seguir suas diretrizes e seus

¹ Moreira (2007) cita o conceito ampliado de saúde como sendo a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços da saúde.

procedimentos (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Vale destacar que o SUS é uma estrutura hierarquizada, composta de várias unidades interligadas, cada qual com suas responsabilidades e tarefas. Em um primeiro nível, estão os centros de saúde, que todos podem procurar diretamente. Em um segundo nível, há outros estabelecimentos que ofertam serviços mais complexos, como é o caso das policlínicas e dos hospitais. Quando necessário, as pessoas serão encaminhadas para eles, sempre referenciadas a partir dos centros de saúde (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010; SUS, 2011).

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, publicada no *site* do Ministério da Saúde, traz informações para que se conheçam os direitos no momento em que o cidadão precise procurar atendimento de saúde. Ela reúne os seis princípios básicos de cidadania que asseguram ao brasileiro o ingresso digno nos sistemas de saúde, seja ele público ou privado. Este documento é uma importante forma para que o cidadão brasileiro conheça os seus direitos. Os seis princípios da Carta são os seguintes. Todo o cidadão brasileiro tem o direito: (i) ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; (ii) a tratamento adequado e efetivo para seu problema de saúde; (iii) ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; (iv) a atendimento que respeite a sua pessoa (individualidade), seus valores e princípios (crenças) e seus direitos; (v) tendo, ainda, responsabilidades para que o seu tratamento transcorra da forma adequada; e (vi) ao comprometimento dos gestores e dos profissionais da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

De acordo com as informações disponíveis, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal define ações estratégicas para a melhoria da qualidade da atenção à saúde das mulheres, dos adolescentes e das crianças. O Pacto foi lançado em 2004, e inseriu a luta pela redução da mortalidade materna e neonatal como política de Estado, preservando os direitos humanos das mulheres e dos recém-nascidos. Constam do Pacto, as seguintes ações estratégicas: (i) efetivação de pactos municipais e estaduais; (ii) qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher e da criança; (iii) acolhimento ao parto; (iv) garantia ao direito ao acompanhante e ao alojamento em conjunto; (v) geração de resolutividade à atenção ao parto e ao nascimento; (vi) garantia de atenção humanizada ao aborto (quando necessário e amparado legalmente); (vii) organização de acesso e adequação da oferta de serviços à demanda; (viii) qualificação do atendimento às

urgências/emergências²; (ix) melhoria da rede hospitalar e ampliação dos centros de parto normal; (x) expansão da atenção à saúde da mulher e da criança; (xi) ampliação das ações de planejamento familiar; (xii) redução da transmissão vertical do HIV/AIDS; (xiii) proteção à saúde da mulher trabalhadora; (xiv) atenção às mulheres e aos recém-nascidos negros e indígenas, respeitando as suas particularidades étnicas e culturais; (xv) acompanhamento de planos e seguros privados de saúde (responsabilidade da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar³); (xvi) promoção à educação permanente dos profissionais envolvidos com a atenção obstétrica e neonatal; (xvii) garantia à vigilância ao óbito materno e infantil (registros e identificação de causas); e (xviii) fortalecimento dos projetos de premiação de serviços exemplares (em termos de qualidade) (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Na Figura 1 tem-se compilados, cronologicamente, os principais acontecimentos ocorridos desde a estruturação do SUS até os dias de hoje, explicitando as várias e complexas etapas de construção deste serviço no Brasil.

Anos	Acontecimentos Marcantes na História do SUS
1988	O SUS é criado e aprovado pela Constituição Federal, que reconhece o direito de acesso universal à saúde para toda a população.
1989	Registro do último caso de poliomielite no Brasil. Criação do Programa de Saúde do Adolescente.
1990	Regulamentação da organização e do funcionamento dos serviços do SUS. Regulamentação da participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos. Implantação do Sistema de Informações Hospitalares e o Sistema de Informações Ambulatoriais.
1991	Implantação do Programa Agentes Comunitários da Saúde. Realização da primeira campanha da mídia sobre hanseníase, “quebrando” o preconceito a respeito da doença.
1992	Realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema: “Municipalização é o caminho”.
1993	Regulamentação do processo de descentralização da gestão dos serviços e das ações do SUS, por meio da Norma Operacional Básica. Extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).
1994	A organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) ligada à Organização Mundial da Saúde (OMS) concede ao Brasil o certificado de erradicação da poliomielite. Criação do Programa Saúde da Família.
1995	Recomendação para que as emissoras de televisão evitem a transmissão de imagens em que personalidades públicas apareçam fumando.
1996	Implantação da distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV/AIDS. Redefinição do modelo de gestão do SUS que disciplina as relações entre União, Estados, Municípios e Distrito Federal, por meio da Norma Operacional Básica. Realização da 10ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema: “SUS: construindo um novo modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”.

² Para Braga (2003), emergência é toda situação crítica, incidente, acontecimento perigoso ou fortuito; urgência, por sua vez, é a qualidade de tudo que exige uma ação imediata ou indispensável. Conforme Vilarinho (2010), emergência, no âmbito da medicina, é a circunstância que exige uma cirurgia ou intervenção médica de imediato, enquanto que uma ocorrência de caráter urgente necessita de tratamento médico, contudo, apresenta um caráter menos imediatista.

³ A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde e responsável pelo mercado de planos de saúde no Brasil, foi criada em 28 de janeiro de 2000 através da Lei número 9.961 (ANS, 2011).

1997	Criação do Sistema Nacional de Transplantes. Implantação do Serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica para o atendimento de portadores de HIV/AIDS. Criação do Disque Saúde.
1998	Instituição do Piso de Atenção Básica para viabilizar a organização de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros.
1999	Criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). O medicamento genérico é estabelecido no país, assim como a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos. Início da Campanha Nacional de Vacinação para a Terceira Idade contra a gripe, o tétano e a difteria.
2000	Criação da Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS). Realização da 11ª Conferência Nacional da Saúde, com o tema: “Efetivando o SUS: acesso, qualidade, humanização na atenção à saúde com controle social”. Registro do último surto de sarampo no Brasil. São assegurados os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços público de saúde nas três esferas de governo.
2001	O Brasil alcança a marca de 150.000 Agentes Comunitários de Saúde, antecipando a meta prevista para o fim de 2002. Aprovação da Norma Operacional de Assistência à Saúde, que define a regionalização e a descentralização da assistência à saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece o Brasil como o país com a maior e a mais complexa Rede de Bancos de Leite Humano do mundo.
2002	Instituição do Dia Nacional de Mobilização contra a dengue. Criação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Criação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.
2003	Criação da nova estrutura do Ministério da Saúde com as secretarias: Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde, Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Gestão Participativa e Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Realização da 12ª Conferência Nacional da Saúde, com o tema: “Saúde: um direito de todos e um dever do Estado – a saúde que temos, o SUS que queremos”. Criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Criação do programa “De Volta para Casa”, que contribuiu com o processo de reinserção social de pessoas com longa história de internação psiquiátrica. Criação do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário. Implantação do tratamento para fumantes na rede de atenção básica.
2004	Instituição da Política Nacional de Humanização no SUS. Lançamento do programa “Brasil Sorridente”, um conjunto de ações do Ministério da Saúde para melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. Lançamento do programa “Farmácia Popular do Brasil”. Criação da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia. Publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.
2005	Publicação do Plano Nacional da Saúde. Lançamento da Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Inauguração do Banco Nacional de Tumores, do Instituto Nacional do Câncer.
2006	Aprovação do Pacto pela Saúde em três dimensões: Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Instituição da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Incorporação da vacinação contra o rotavírus no Calendário Básico de Vacinação da Criança, tornando-se o primeiro país do mundo a oferecer essa vacina na rede pública de saúde. Lançamento da Política da Pessoa Idosa.
2007	Realização da 13ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema: “Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento”. Lançamento do Programa Mais Saúde, em quatro vertentes: Promoção e Atenção; Gestão, Trabalho e Controle Social; Ampliação do Acesso com Qualidade; Desenvolvimento e Inovação em Saúde. Lançamento do Programa Nacional de Telesáude. Licenciamento compulsório do anti-retroviral Efavirenz, remédio utilizado no tratamento da HIV/AIDS ⁴ .
2008	Implantação das ações do Programa Mais Saúde. Governo estimula mudanças estruturais nas unidades de saúde para incentivar o parto normal humanizado, controlar riscos e reduzir a mortalidade materna neonatal. Lançamento da Campanha Nacional contra a Rubéola, a maior campanha de vacinação do mundo.

Figura 1 – Acontecimentos marcantes na história do SUS

Fonte: Elaborada pela autora com base em dados disponibilizados pela Fundação Oswaldo Cruz (2011).

⁴ HIV é a sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana. Causador da AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome ou SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, que ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças (VILARINHO, 2010).

2.2 HOSPITAL GERAL (HG)

A partir das informações disponíveis no Manual do Residente, desenvolvido pela Comissão de Residência Médica (COREME) e pela área de Recursos Humanos do Hospital Geral (HG), no ano de 2011, foi declarado que, por meio do convênio celebrado entre o Estado do Rio Grande do Sul (RS), representado pela Secretaria Estadual da Saúde, e a Fundação Universidade de Caxias do Sul (FUCS), publicado no Diário Oficial do Estado (DOE) de 10 e 22 de outubro de 1997, ficou delegado à FUCS a administração do HG – Hospital Geral. Evidencia-se que a totalidade de atendimentos realizados nas dependências do HG, estão diretamente ligadas ao SUS (HG, 2011).

O HG foi inaugurado oficialmente no dia 19 de março de 1998, iniciando assim seu atendimento à comunidade, completando, em 2012, quatorze anos de existência, prestando serviços para os municípios da região que compreendem o Conselho Regional de Desenvolvimento (COREDE) – Serra, que são: Antônio Prado, Bento Gonçalves, Boa Vista do Sul, Carlos Barbosa, Caxias do Sul, Coronel Pilar, Cotiporã, Fagundes Varela, Farroupilha, Flores da Cunha, Garibaldi, Guabiju, Guaporé, Montauri, Monte Belo do Sul, Nova Araçá, Nova Bassano, Nova Pádua, Nova Roma do Sul, Paraí, Protásio Alves, Santa Tereza, São Jorge, São Marcos, São Valentin do Sul, Serafina Corrêa, União da Serra, Veranópolis, Vila Flores e Vista Alegre do Prata. A população total destes municípios totaliza 862.305 habitantes (FEE, 2011).

A Instituição está localizada em Caxias do Sul, município localizado na Serra, Nordeste do Estado do RS. A cidade conta com uma população de 435.564 habitantes, uma densidade demográfica de 265 hab/km², um coeficiente de mortalidade infantil de 14,20/1.000 nascidos vivos e uma expectativa de vida ao nascer de 74,11 anos (FEE, 2011).

O HG estabeleceu como sua definição de negócio, em sua filosofia de atuação, o foco em Saúde, Ensino e Pesquisa. Inclusive, a Instituição tem como visão: “Ser um hospital ligado ao SUS, auto-sustentável e universitário, integrado às atividades de ensino e de pesquisa. Como princípios institucionais, apresenta os seguintes: (i) atendimento humanizado, universal e integral; (ii) ética e integridade nas relações; (iii) qualidade no atendimento; (iv) auto-sustentação; (v) integração acadêmica; (vi) compromisso com a comunidade local e regional; (vii) responsabilidade social e ambiental; e (viii) inquietação científica. Sua missão é a de: “Promover a assistência à saúde de forma qualificada, humanizada e integrada a

programas de ensino e pesquisa, atendendo as necessidades da comunidade local e regional” (HG, 2010).

Na Figura 2, tem-se o mapa do COREDE – Serra com a disposição geográfica dos municípios que o compõem, bem como da abrangência territorial de atendimento do HG de Caxias do Sul.

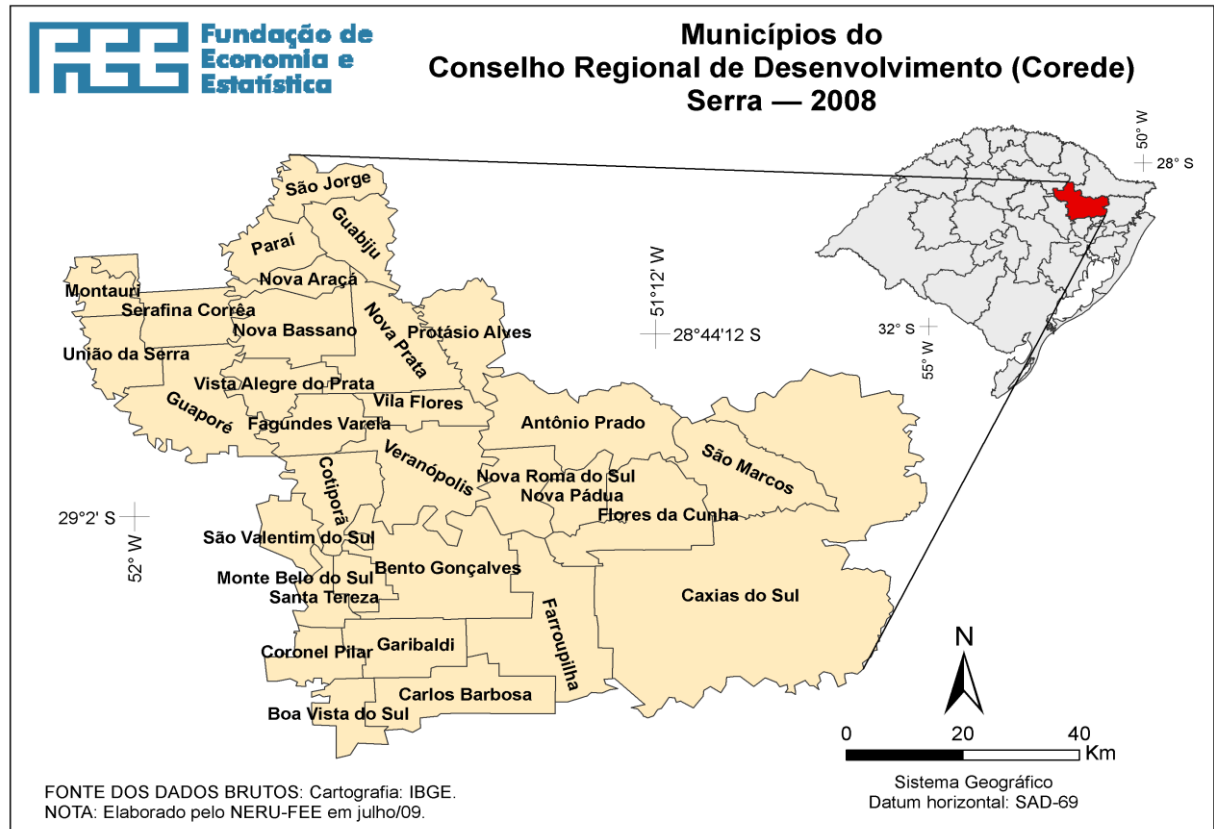


Figura 2 – Mapa do COREDE - Serra

Fonte: FEE (2012).

O HG está instalado em um prédio de seis pavimentos, de aproximadamente 12,5 mil m², com instalações para tratamentos clínicos, cirúrgicos, diagnóstico e apoio. No final do ano de 2002, o HG recebeu a visita do Ministério da Saúde para avaliação das normas e das rotinas referentes ao Incentivo do Hospital Amigo da Criança, que preconiza o Aleitamento Materno exclusivo. Em março de 2003, o HG recebeu o Prêmio de Hospital Amigo da Criança e, em outubro de 2005, foi certificado como Hospital de Ensino pelo MEC – Ministério da Educação e Cultura e pelo Ministério da Saúde. A Instituição conta, atualmente, com uma estrutura física de 236 leitos, sendo 49 de UTI – Unidade de Tratamento Intensivo, 33 de

pediatria e outros 155 leitos nas diversas áreas de internações clínicas e cirúrgicas. Para ilustrar, segue a Figura 3, com uma imagem ilustrativa da fachada do hospital.



Figura 3 – Fachada do Hospital Geral de Caxias do Sul

Fonte: Google Maps (2011).

Para possibilitar compreensão sobre a estrutura física dos principais serviços prestados pela Instituição, segue Figura 4, que apresenta a distribuição física do HG por andares, bem como a identificação dos respectivos serviços oferecidos:

Identificação do Andar	Funções, Departamentos e Atividades
1º Andar (Térreo)	Recepção, vestiários, lavanderia, costura, serviço social, serviço de nutrição e dietética, refeitório, lancheria, serviços de radiologia e ecografia, recepção de exames, patrimônio e Pronto Socorro (UUEM), SAMU pediátrico, agência transfusional, internações e Setor de Atendimento aos Clientes (SAC), ressonância magnética (em construção).
2º Andar	Administração (direções, secretaria executiva, compras, faturamento, financeiro), salas de aula e biblioteca, laboratórios de patologia e análises clínicas, informática (área de TI – Tecnologia da Informação), central de cópias, SAME (necrotério), serviço de oncologia ambulatorial, capela, serviço de hemodiálise, oncologia pediátrica, Liga Feminina de Combate ao Câncer e hemodinâmica.
3º Andar	Centro obstétrico, UTI Neonatal, centro de materiais e esterilização, centro cirúrgico, sala de recuperação e UTI para adultos.
4º Andar	Unidade de internação pediátrica, sala de recreação, unidade de internação gineco-obstétrica, hospital dia – alto risco obstétrico/pravivis e unidade de internação oncológica pediátrica.
5º Andar	UTI pediátrica, unidade de internação clínica leste (oncologia) e unidade de internação clínica oeste, eletroencefalograma, sala de estudos da clínica médica, da pediatria e da equipe multidisciplinar de terapia nutricional.
6º Andar	Psiquiatria, unidade de internação clínica e médica, unidade de internação clínica cirúrgica, controle de infecção (CCIH), serviço de fisioterapia e serviço de psicologia clínica. Sala das gerências assistenciais e das coordenadoras de enfermagem e sala de estudos da cirurgia.
Parte Externa	Recursos humanos, serviço de manutenção, caldeira, segregação de resíduos e medicina do trabalho, secretaria de ensino e educação continuada, necrotério e geradores. Salas das gerências de recursos humanos e operacional, bem como da arquitetura hospitalar.

Figura 4 – Estrutura física do HG distribuída por andares

Fonte: Elaborada pela autora com base em dados e informações disponibilizados pela Instituição (HG, 2011).

2.2.1 Centro Obstétrico (CO)

O Centro Obstétrico (CO) do HG está localizado no terceiro andar da Instituição e é formado pela seguinte equipe de profissionais. Durante o dia (por turno), por uma enfermeira, cinco técnicas de enfermagem, uma higienizadora, um médico plantonista e dois residentes em média. Durante a noite, por uma enfermeira, quatro técnicas de enfermagem, um médico plantonista e um residente.

A infraestrutura do CO é composta, por uma sala para parto normal e uma sala para parto cesariano, duas salas cirúrgicas, duas salas para pré-parto, uma sala de recuperação, um consultório médico e uma sala para admissão de pacientes, uma sala de observação, uma sala para expurgo e dois vestiários. O setor ainda conta com uma sala de estar para médicos, enfermeiros e residentes, uma farmácia constituída com medicamentos associados ao fim do

centro obstétrico e uma sala de atendimento aos recém-nascidos. A Tabela 1 mostra o volume de partos realizados no CO durante o ano de 2010:

Tabela 1 – Volume de partos realizados no ano de 2010

Tipos de Parto	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Total	%
Cesariano	40	47	53	40	40	52	45	33	45	50	45	28	518	36,3
Cesariano com laqueadura tubária	8	11	0	2	2	2	3	4	1	3	0	5	41	2,9
Cesariano em gestação de alto risco	2	2	1	1	3	3	4	6	3	6	6	5	42	3
Normal	52	56	83	65	70	66	65	65	69	87	62	74	814	57
Normal em gestação de alto risco	0	0	4	0	0	2	0	0	1	1	2	2	12	0,8

Fonte: HG (2010).

2.2.2 Serviços Obstétricos

Os serviços obstétricos oferecidos no CO do HG são: o atendimento à gestante em todas as fases da gravidez: durante o pré-natal, trabalho de parto e pós-parto (normal ou cesariano), Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual⁵ (PRAVIVIS), curetagens, Aspiração Manual Intra-Uterina⁶ (AMIU) e laqueaduras tubárias.

O parto é considerado um evento de transição para a maternidade. É quando a mãe se depara com o bebê real, é o momento mais temido, pelas incertezas e pelos riscos inerentes, a partir de todas as possíveis expectativas que existem (PEIXOTO; AMORIM, 2007). Segundo Lopez e Campos Jr. (2010), basicamente, existem dois tipos de parto: cesariana (cesárea ou cesariano) e vaginal, cada um com suas peculiaridades técnicas. A cesariana é uma ótima alternativa de parto e, muitas vezes, necessária, principalmente quando houver alguma dificuldade ou impedimento para o parto normal. Ainda de acordo com os autores, o parto vaginal é o ideal para a mulher e o bebê, porque o risco de complicações para ambos é menor que no parto cirúrgico, no caso, a cesariana. As variações técnicas dos partos vaginais são: parto normal, parto natural, parto na água, parto de cócoras e parto vaginal cirúrgico.

⁵ Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual do HG – Hospital Geral da FUCS – Fundação Universidade de Caxias do Sul (MADI et al., 2010).

⁶ A Aspiração Manual Intra-Uterina é um procedimento médico, de esvaziamento uterino, indicado preferencialmente, pela Organização Mundial da Saúde e pelas mais importantes instituições na área de saúde reprodutiva, para o tratamento do aborto incompleto e para a biópsia endometrial. A tecnologia consiste na aspiração do conteúdo uterino através de um aspirador a vácuo acoplado a cânulas de plástico semi-flexível de diferentes espessuras (de 3mm a 12mm) (AADS, 2012).

A maior parte da humanidade, cerca de 90%, vem ao mundo por meio natural, isto é, pelo parto vaginal (em suas variações). Embora muitas vezes a cesariana seja mencionada como um método “natural”, ela é, na verdade, uma cirurgia de grande porte, em que seis camadas de tecido são lesionadas ou rompidas para dar passagem ao bebê, e logo depois suturadas. Há ocasiões em que se torna necessário induzir o parto. E isto pode ser feito de diversas formas, e a decisão de fazê-lo deve ser programada com antecedência, já que a mãe deve ser internada na noite anterior ao procedimento (SALLET, 2009).

A indução do parto, conforme apontado por Sallet (2009), pode ser feita com oxitocina, um hormônio natural produzido pelo lobo posterior da hipófise no cérebro, que é responsável pela estimulação do parto. Tal substância é sintetizada em laboratório, e é introduzida no organismo ou na forma de pastilhas ou de forma intravenosa. É importante registrar, conforme ênfase da autora, que esse método de indução (oxitocina intravenosa por gotejamento) possui um êxito em torno de 85%, o que significa que a decisão por esse meio deve estar cercada de todos os cuidados possíveis.

A cesariana é uma cirurgia feita com programação de algumas semanas de antecedência. A anestesia utilizada é a epidural, que possibilitará à parturiente se manter consciente durante a intervenção e ver o bebê assim que for retirado de seu abdome. Em uma cesariana, o primeiro contato da mãe com o bebê vai depender das condições gerais do bebê, sendo observados os regulamentos do hospital (SALLET, 2009). A autora salienta, ainda, que apesar da operação durar cerca de quarenta e cinco minutos, o nascimento ocorre nos primeiros dez, o restante do tempo é utilizado para a sutura. A escolha pela cesariana é reservada ao médico, que só a fará se perceber que há uma necessidade real. Alguns dos motivos para este procedimento cirúrgico são: (i) placenta prévia; (ii) desprendimento precoce da placenta da parede uterina; (iii) sinais de sofrimento fetal profundo; (iv) parto de urgência: ocorrência frequente nos hospitais públicos, quando a parturiente, geralmente, não realizou acompanhamento pré-natal e não existe um histórico da sua gravidez; (v) desproporção cefalopélvica: cabeça do bebê é bem maior do que a cavidade pélvica; (vi) infecção uterina e/ou vaginal de qualquer tipo; e (vii) incompatibilidade séria do fator Rh (incompatibilidade de tipos sanguíneos) (SALLET, 2009).

Em acréscimo, Rico (2010) ressalta que, para o bebê, a cesárea programada, em um momento em que não houve o início do trabalho de parto e quando nada o havia preparado para uma rápida transição para a vida aérea, é percebida como tendo sido arrancado

violentamente de seu meio sem que ele e sua mãe tivessem manifestado um sinal biológico ou desejo para tal, podendo-se até inferir que seja uma experiência um tanto quanto traumática.

Entretanto, Silveira et al. (2000) afirmam que toda gestação traz em si mesma riscos para a mãe e/ou para o feto. Aliás, em pequeno número delas, estes riscos podem ser muito aumentados e é então incluído entre as chamadas gestações de alto risco que abrange primeiramente as doenças obstétricas, tais como: (i) síndromes hipertensivas da gravidez; (ii) síndromes hemorrágicas; (iii) desvios do crescimento fetal; (iv) alterações da duração da gravidez; (v) alterações do volume de líquido amniótico; (vi) êmese (vômitos) e hiperêmese (excesso de vômitos, especialmente, na gravidez).

Na Figura 5, apresenta-se uma imagem ilustrativa de um bebê que teve nascimento prematuro, possivelmente, em virtude da intercorrência de um problema ou doença da mãe durante a gravidez.



Figura 5 – Bebê prematura atendido em unidade de tratamento intensivo neonatal

Fonte: Site da Associação dos Diplomados da Escola Superior de Guerra (ADESG).

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fim de que se compreendam os objetivos propostos para o presente estudo (objetivos geral e específicos), torna-se imprescindível a inserção de informações que fundamentem a construção dos pensamentos sobre os temas que foram direta e indiretamente abordados neste projeto de pesquisa, tais como: sentimentos, emoções, qualidade e satisfação em serviços, os quais são abordados a seguir.

3.1 SENTIMENTOS E EMOÇÕES

Para Damásio (2004), há uma distinção entre emoções e sentimentos, apesar de, na linguagem corrente, os dois termos serem considerados com o mesmo significado, o que, na verdade, denota a forte conexão dos conceitos na prática. Os sentimentos surgem quando toma-se consciência das emoções vividas pelo corpo, no momento em que estas são transferidas para zonas do cérebro onde são codificadas sob a forma de uma atividade neural (SALZMAN; FUSI, 2010). Ballone (2012) afirma que os sentimentos em termos de intensidade vivencial são mais tênues, bem como em suas demonstrações fisiológicas, se comparados com as exuberantes emoções. No entanto, os sentimentos se mostram muito mais duradouros e, além disso, numericamente em maior quantidade que os estados afetivos básicos dos quais têm origem.

Sendo assim, Damásio (2005, p. 104) afirma que “um sentimento é uma percepção (um pensamento) de um certo estado do corpo, acompanhado pela percepção de pensamentos com certos temas e pela percepção de um certo modo de pensar”. O sentimento de uma emoção é “a idéia do corpo a funcionar de uma certa maneira”. O conteúdo do sentimento é a representação de um estado particular do corpo, mas os sentimentos podem resultar de qualquer conjunto de reações homeostáticas e não apenas das reações que identificam-se como emoções. Ainda sob a perspectiva deste autor (2005, p. 107), um sentimento é “uma idéia de um certo aspecto do corpo quando o organismo é levado a reagir a um certo objeto ou situação”. Sem esta passagem pelo corpo os sentimentos não se distinguiriam de outros pensamentos, não faria sentido dizer “sinto-me feliz”, dever-se-ia dizer apenas “penso-me feliz” (DAMÁSIO, 2005, p. 105). O mesmo autor (2005) ainda afirma que os sentimentos são

“privados” do organismo em cujo cérebro ocorrem, invisíveis para o público, escondidos de todos, menos daquele que “tem o sentimento”.

Seguindo o pensamento de Damásio (2004), o cérebro recebe continuamente sinais provenientes do corpo, tal como um espectador, o que definiria que os sentimentos nascem das emoções. Cada estado é representado sob a forma de uma combinação de atividades de neurônios, singularmente, em centros denominados somatossensoriais. Cada ser humano possui um mapa pessoal dos sentimentos, cada vez que o conjunto de modificações dos parâmetros fisiológicos for ativada, experimenta-se um novo sentimento. Estes emergem, segundo o mesmo autor, da leitura de mapas em que estão marcadas as alterações e emocionais: são como reproduções instantâneas do nosso estado corporal (LEDOUX, 1998; DAMÁSIO, 2004).

Entretanto, em consonância com os estudos de Damásio (2004) nem todos os sentimentos nasceriam de uma reação corporal, visto que, uma vez registrado o sentimento, pode ser reavivado do “interior” do corpo, em certa medida sem a intervenção do organismo. As principais funções dos sentimentos encontram-se no papel social e moral que desempenham na convivência humana sob o contexto de regras da vida social.

Doron e Parot (2001) definem emoção como um estado particular de um indivíduo, que ocorre em condições bem definidas, uma situação chamada emocional, acompanhada de uma experiência subjetiva e de manifestações somáticas e viscerais. Já para Dorsch, Hacker e Stapf (2001), sob a perspectiva da psicanálise, a emoção significa mais afeto.

Para Soto (2002), a emoção é definida como qualquer agitação e transtorno da mente, o sentimento, a paixão; qualquer estado mental veemente ou excitado. Seguindo a linha de raciocínio deste autor, a emoção também é conhecida geralmente pelos termos sentimento ou estado de ânimo (estado anímico), mesmo que alguns estudiosos os concebiam como categorias diferenciadas, reveladoras de situações pré-emocionais. Pode-se dizer, então, que a emoção é um estado interno (mental e fisiológico) do organismo de um indivíduo que pode ser analisado a partir de uma dupla perspectiva provocada pela resposta interna do sujeito diante de um estímulo percebido como agradável ou desagradável (SOTO, 2002).

Cabe ressaltar que as emoções não emergem isoladamente, visto que a cultura, as interações sociais e a forma como a vida é organizada têm forte influência sobre os sentimentos e as emoções (FIELDS; KLEINMANN, 2006). Por isso, as emoções podem surgir a partir de experiências do corpo, ou até mesmo do inconsciente, emergindo de um

processo interpretativo inerente a uma situação social específica ou relacional vivida pelo sujeito (WHITEMAN; MÜLLER; JOHNSON, 2009).

A vida das pessoas são ordenadas e organizadas de acordo com suas necessidades, seus motivos e seus interesses, mas são as emoções que dão sentido à vida (AMARAL, 2009). Logicamente, há aspectos que são incontroláveis por parte das pessoas. Todavia, as ações humanas são guiadas e motivadas, primeiro, por necessidades biológicas e por todo o plano instrumental que é desenvolvido para atingir estas necessidades intrínsecas ao ser humano. E, segundo, por motivos, metas sócio-cognitivas e por planos que são desenvolvidos para atingi-las (CHRISTIANSON, 1992).

As emoções também podem ser compreendidas como um tipo de resposta psicológica afetiva, não-cognitiva, que está relacionada aos sentimentos. As emoções são vivenciadas em diferentes níveis de alerta ou de excitação corporal, como, por exemplo, nervosismo, transpiração e, até mesmo, o aumento dos batimentos cardíacos de uma pessoa (PETER; OLSON, 1994). Para Oliver (1997), as emoções incluem estados de excitação e diversas formas de afeto, às quais podem ser dadas interpretações singulares. Segundo Lazarus (1991) e Bagozzi, Gopinath e Nyer (1999), a emoção pode ser definida como um estado mental de prontidão, que surge a partir de avaliações cognitivas provenientes de um evento ou do próprio pensamento da pessoa.

As emoções, portanto, configuram um conjunto de reações que podem ser publicamente observáveis. Isto significa dizer que o estado emocional de clientes ou consumidores pode gerar pistas comportamentais (DAMÁSIO, 2000). Isto posto, Damásio (2000; 2005) defende que a emoção é a combinação de um processo avaliatório mental, no qual emergem respostas dirigidas frequentemente ao corpo e ao cérebro, produzindo alterações mentais adicionais. De acordo com este autor (2000), as emoções são padrões de reação complexos e apresentam uma natureza fundamentalmente estereotipada que incluem emoções primárias, ou universais, as quais são inatas; emoções secundárias, ou sociais, e emoções de fundo, que fazem parte dos mecanismos biorreguladores dos seres humanos visando a sua sobrevivência.

Neste horizonte, Damásio (1999, p. 45) defende que as emoções precedem os sentimentos: “A grande importância dos sentimentos pode levar à falsa ideia de que os sentimentos ocorrem primeiro e, subsequentemente, se exprimem em emoções. Este ponto de vista é incorreto e é uma das causas do atraso no estudo neurobiológico dos sentimentos”.

A idéia de que as emoções precedem os sentimentos, aliás, a própria ideia de distinguir emoções e sentimentos, é evidente nas teorias do autor, visto que se torna um dos fundamentos de sua investigação. O autor assume que há um nível de análise ligado ao corpo (emoções) e um nível de análise ligado à mente (sentimentos); e que a ciência não tem de momento uma idéia aceitável de como o funcionamento das estruturas cerebrais dá origem à consciência; sendo a sua investigação centrada no cérebro (no corpo, portanto). Consoante isso, o autor enfatiza que é essencial poder separar um nível que está ao alcance das suas técnicas (o nível das emoções, no corpo) e um nível que não pertence tradicionalmente a nenhuma ciência madura (o nível da experiência subjetiva, privada, o nível dos sentimentos).

Em acréscimo, Tedesco (1999, p. 268) afirma que “o conteúdo emocional de todo o ser humano é o resultado da soma e da interação dos conteúdos intrapsíquicos preexistentes, adquiridos ao longo da vida, com aqueles vivenciados no momento atual da vida, isto é, ambientais”. O autor evidencia ainda que o mundo emocional de uma gestante é composto por suas vivências passadas e os conteúdos atuais pertinentes e próprios da gravidez, o que modifica sobremaneira o comportamento e as emoções, fazendo com que a mulher grávida seja única entre as mulheres e diferente de como se via até então.

Na obra de Damásio (2005), evidenciam-se ainda outros aspectos que caracterizam as emoções, tais como: (i) as emoções são conjuntos complexos de respostas químicas e neurais que formam um padrão, cuja finalidade é manter o organismo em posição de sobrevivência e bem-estar e para isso desempenham um papel regulador; (ii) os dispositivos cerebrais que produzem as emoções fazem parte das estruturas que regulam e que representam os estados corporais; (iii) os mecanismos básicos das emoções são respostas inatas, determinadas biologicamente, embora a sua expressão e o seu significado possam ser modificados culturalmente; (iv) as respostas são produzidas automaticamente pelo cérebro que detecta um estímulo emocionalmente competente: objeto ou evento que, atual ou obtido da memória, desperta a emoção; (v) certas respostas estão inscritas no cérebro pela evolução, outras são aprendidas na experiência da vida; e (vi) as respostas emocionais modificam temporariamente quer o estado do corpo quer o estado das estruturas cerebrais que cartografam o corpo e suportam o pensamento.

A Figura 6 apresenta a sequência que compõe a emoção a partir dos estímulos ambientais externos. Percebe-se que os sentimentos surgem após a interpretação orgânica das emoções. Tal fato corrobora a concepção das diferenças entre sentimentos e emoções apesar das ligações estabelecidas empiricamente entre os termos.

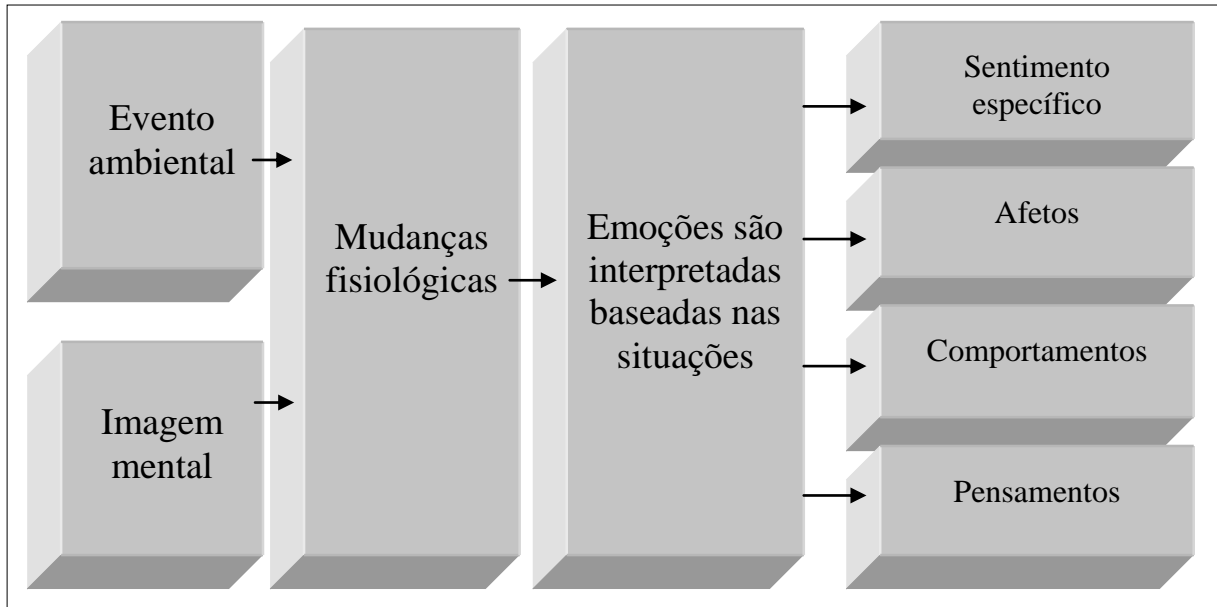


Figura 6 – Natureza das emoções

Fonte: Adaptada de Hawkins, Mothersbaugh e Best (2007).

A função das emoções é proporcionar ao organismo um nível de *arousal* (estar desperto ou de excitação) adequado segundo a emissão da resposta mais idônea em cada situação específica. As emoções, portanto, são um elo de grande importância na cadeia causal do comportamento humano e assume papel significativo no processo motivacional do indivíduo (LAZARUS, 1991; SOTO, 2002).

Na Figura 7 ficam caracterizados os níveis de regulação da vida a partir dos estudos de Damásio. Pode-se observar que as emoções caracterizam-se como padrões complexos, visto que se manifestam de forma somática e visceral no organismo e exercem uma função importante na manutenção da sobrevivência humana.

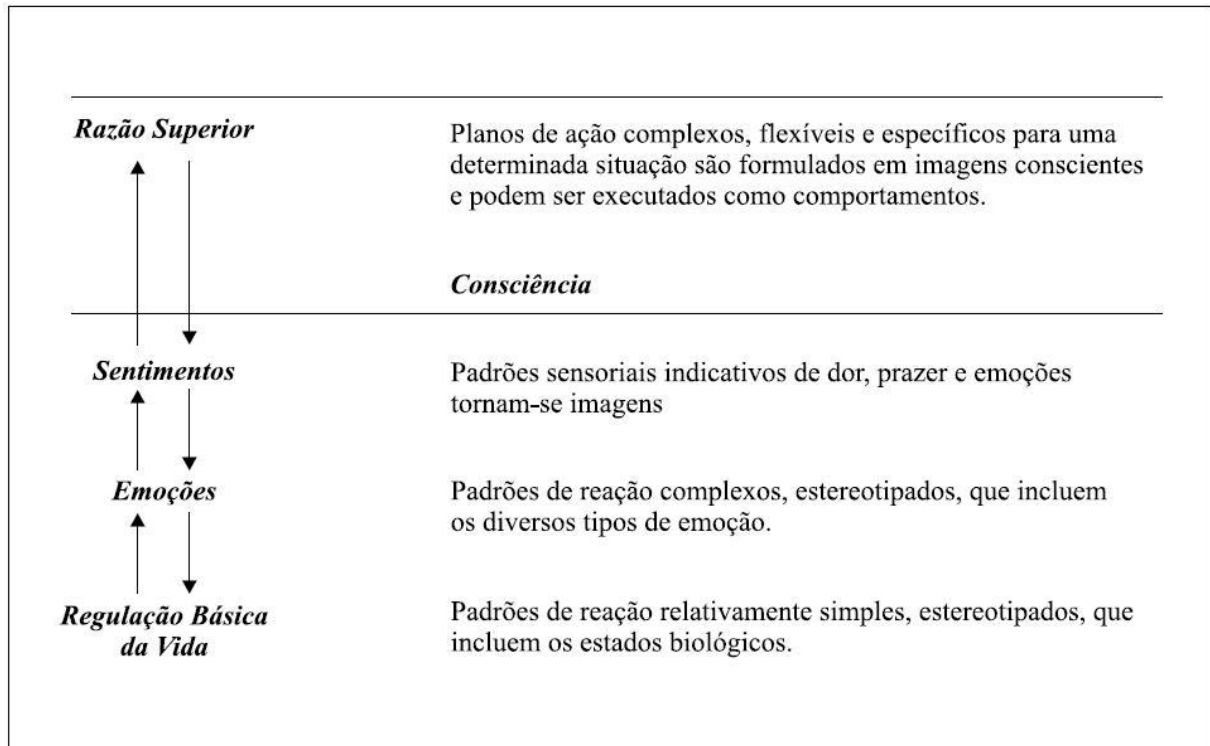


Figura 7 – Níveis de regulação da vida

Fonte: Damásio (2000, p. 79).

A emoção implica em uma mobilização de todo o nosso sistema fisiológico, e seus respectivos elementos constituintes, entre eles: (i) o **sistema nervoso central**: este sistema é o regulador da atividade muscular, controla o nível de *arousal* (estar desperto ou de excitação) ou tom hedônico (referente ao hedonismo ou ao prazer); (ii) o **sistema nervoso vegetativo**: este sistema se mobiliza pela ação do sistema anterior (sistema nervoso central) e é responsável pela regulação das atividades dos distintos órgãos internos e compreende dois sistemas com diferentes fibras nervosas, os sistemas simpático e parassimpático⁷; e (iii) o **sistema endócrino**: os processos emocionais produzem secreções hormonais em cadeia, e a atividade secretora se inicia no hipotálamo, segue para a hipófise e conclui a trajetória nas glândulas supra-renais, sendo que estas últimas desembocam na corrente sanguínea, estendendo-se por todos os tecidos do organismo (SOTO, 2002).

⁷ O sistema nervoso simpático faz parte do sistema nervoso autônomo, e tem com função estimular ações que permitem ao organismo responder a situações de estresse, como as reações de lutar ou fugir. Já o sistema nervoso parassimpático, também parte do sistema nervoso autônomo, tem seus neurônios localizados no tronco cerebral ou na medula sacral. É responsável por estimular ações que permitem ao organismo responder a situações de calma, tais como: a desaceleração dos batimentos cardíacos, diminuição da pressão arterial, redução dos níveis de adrenalina e açúcar no sangue (DORON; PAROT, 2001).

Neste sentido, Soto (2002) evidencia que o medo é uma das emoções mais extremas e se faz acompanhar por mudanças fisiológicas, como demonstrado, ilustrativamente, na Figura 8 e na Figura 9. O processo de formulação desta emoção, o medo, se dá conforme segue:

Ordem	Sintomas Fisiológicos Inerentes à Formulação do Medo
1	Ao pensar no medo, ativa-se o lóbulo frontal do córtex cerebral, estimulando o hipotálamo à ação,...
2	... o hipotálamo ativa a glândula supra-renal,...
3	... a glândula supra-renal envia adrenalina ao sangue, sucedendo-se numerosas respostas ao corpo,...
4	... as pupilas dos olhos se dilatam,...
5	... o cabelo se eriça,...
6	... na pele ferida, o sangue se coagula instantaneamente impedindo perda de sangue importante,...
7	... o tórax se alarga para aumentar o volume de ar inalado,...
8	... os brônquios se relaxam, permitindo a entrada nos pulmões de um maior volume de oxigênio,...
9	... o coração se dilata, aumentando a provisão de sangue,...
10	... eleva-se a tensão sanguínea,...
11	... os músculos se contraem ,...
12	... os vasos sanguíneos periféricos se contraem e a pele empalidece,...
13	... os demais vasos sanguíneos se dilatam e o fígado libera glicose, o combustível dos músculos,...
14	... e, em caso de medo extremo, a bexiga se esvazia da urina acumulada.

Figura 8 – Formulação do medo – sintomas fisiológicos

Fonte: Adaptada de Soto (2002).

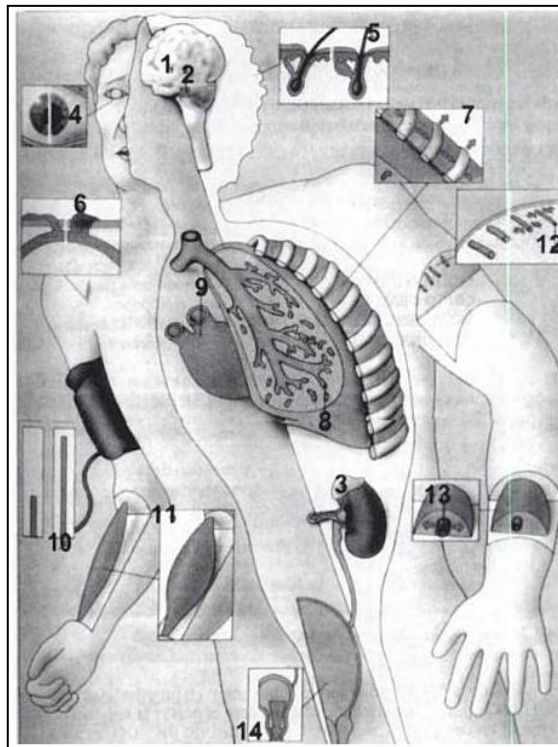


Figura 9 – Respostas físicas à emoção na formulação do medo

Fonte: Soto (2002, p. 50).

O modelo estímulo-resposta de Mehrabian-Russell, criado em 1974, como é possível observar na Figura 10, é uma proposta de mensuração do comportamento do consumidor que envolve aspectos emocionais por meio de uma abordagem dimensional. Para os autores, o ambiente interfere na percepção e na interpretação, consciente ou não, das pessoas e nos seus sentimentos e em suas emoções. Tal modelo considera que são os sentimentos que estimulam o comportamento das pessoas e não as percepções ou os pensamentos (LOVELOCK; WIRTZ, 2006).

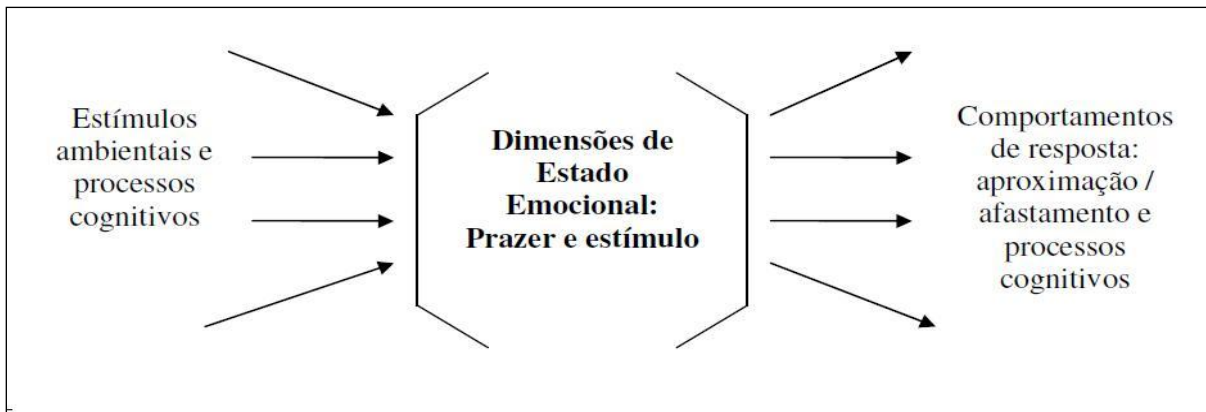


Figura 10 – Modelo estímulo-resposta de Mehrabian-Russell

Fonte: Adaptado de Lovelock e Wirtz (2006).

Aliás, Amaral (2009) comenta que, conforme representado na Figura 11, os estímulos de determinado ambiente podem gerar respostas de afastamento ou de aproximação. O modelo sugere que as reações emocionais a certos ambientes e/ou determinadas situações podem ser explicadas por duas dimensões principais, que são respectivamente: o estímulo e o prazer.

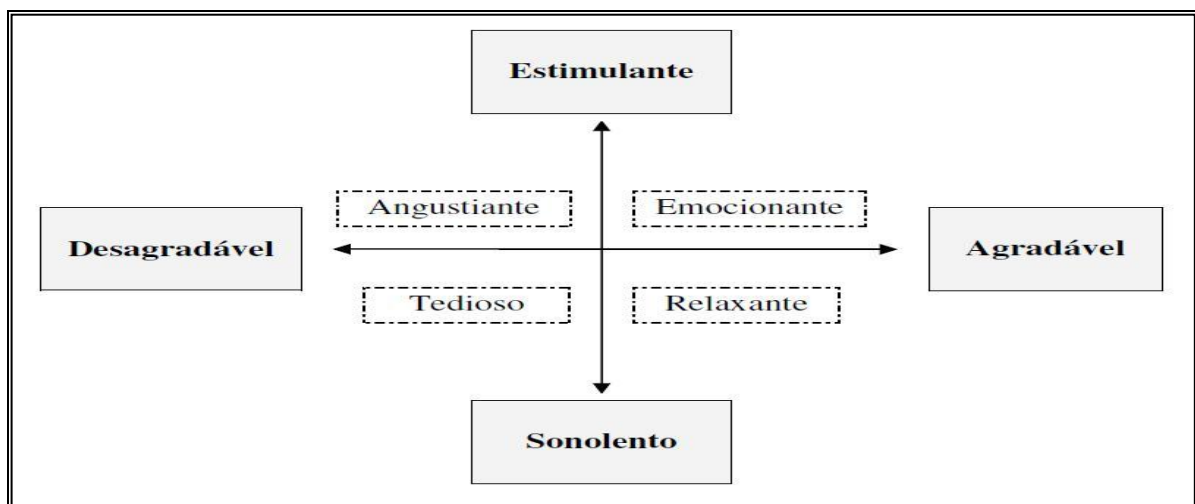


Figura 11 – Modelo de estado emocional de Russell

Fonte: Lovelock e Wirtz (2006, p. 239).

Amaral (2009) pondera, ainda, que a vantagem do modelo proposto por Russell em 1974, que aborda o estado emocional, está na sua simplicidade, pois permite averiguar de forma direta como os clientes se sentem em um ambiente de serviços.

É oportuno comentar que as emoções são dinâmicas e imprevisíveis, e que os consumidores tendem a não usar níveis de comparação como, por exemplo, a qualidade do serviço, para julgar ou medir uma experiência de serviço. Eles usam a forma como se sentem em vários pontos ou momentos da experiência e a forma como se sentem, em geral, o que serve como medida de sucesso, ou não do serviço prestado, resultando no seu nível de satisfação (WESTBROOK, 1987; HUME, 2008). Hume (2008) ressalta que a reação subjetiva a um serviço que é experimentado é o fator mais importante na determinação do seu valor para o cliente e, conseqüentemente, repercutindo na sua satisfação, ou insatisfação com o mesmo. Ou seja, o sucesso de um serviço está profundamente enraizado na capacidade de o provedor de serviços, ou do próprio serviço em si, evocar e provocar reações subjetivas positivas, favoráveis, no consumidor.

Além do mais, o estudo acerca das emoções acontece há muito tempo. Para facilitar tal contextualização, a Figura 12 ilustra a Linha do Tempo dos principais acontecimentos ou estudos desenvolvidos sobre as emoções, em ordem cronológica:

Ano ou Década	Acontecimentos ou Estudos Desenvolvidos sobre Emoções
1872	As emoções são adaptativas: Charles Darwin publica <i>Expression of Emotion in Man and Animals</i> , em que argumenta que, para muitas espécies, as emoções são adaptativas e são programadas pelo processo de seleção natural.
1884	As reações causam emoções: William James e Carl Lange, trabalhando separadamente, afirmam que as reações físicas podem causar emoções.
1927	As emoções causam reações corporais: Walter Cannon, em contraste com James, argumenta que as pessoas experienciam estados emocionais que subseqüentemente levam a respostas fisiológicas.
Década de 30	Síndrome da adaptação geral: o endocrinologista Hans Selye propõe que os estressores levam a reações corporais e que o estresse prolongado pode levar a deficiências no sistema imune. O trabalho de Selye lança o campo da psicologia na saúde.
1937	As bases neurais da emoção: James Papez apresenta a hipótese de que a expressão emocional é medida por vários sistemas neurais que formam um circuito (conhecido como o “Circuito de Papez”).
1962	Teoria dos dois fatores: Stanley Schachter e Jerome Singer propõem que as emoções são o resultado da excitação física e da atribuição, ou explicação cognitiva, da fonte da excitação.
1963	Hipótese do <i>feedback</i> facial: com base nos textos de Darwin, Silvan Tomkins propõe que as expressões faciais desencadeiam a experiência das emoções.
Décadas de 70 e 80	Expressões emocionais universais: Paul Ekman e seus colegas descobrem que pessoas de culturas diversas reconhecem expressões faciais semelhantes. Carroll Izard demonstra que os bebês também manifestam suas emoções básicas em suas expressões faciais. Estilos de <i>coping</i>: Susan Folkman e Richard Lazarus propõem que a maneira pela qual as pessoas manejam o estresse determina o seu impacto. Eles estabelecem uma distinção entre as estratégias de <i>coping</i> que focalizam a emoção e aquelas que focalizam a solução de problemas.
Década de 90	As funções interpessoais das emoções: os pesquisadores começam a estudar as emoções que têm função interpessoal, como a vergonha, a culpa e o embaraço, com a idéia de que as emoções evoluíram para resolver problemas adaptativos.
Década de 2000	O cérebro emocional: pesquisadores como Joseph Ledoux desenvolvem modelos de como o cérebro processa as emoções. O trabalho de Ledoux demonstra que a amígdala é especialmente importante para a experiência da percepção da emoção. Neurociência afetiva: as técnicas de imagem cerebral permitem aos pesquisadores estudar o cérebro emocional em ação. As emoções dependem da atividade de estruturas cerebrais inter-relacionadas, especialmente o sistema límbico e o córtex pré-frontal.

Figura 12 – Linha do tempo dos estudos sobre emoções

Fonte: Adaptado de Gazzaniga e Heatherton (2005).

3.2 TIPOS DE EMOÇÕES

As emoções sentidas, tais como a raiva e a depressão, a culpa e a felicidade, o deleite e a esperança, apesar de não estarem incluídas diretamente nos instrumentos ou modelos de avaliação da qualidade percebida dos serviços, a influência de forma óbvia. As emoções

constituem um filtro que intervém nas experiências do processo de serviços como um todo, bem como podem ser consideradas como elementos que influenciam as experiências intrínsecas à utilização de um serviço, lado a lado com os atributos atinentes à qualidade do mesmo, percebidos cognitivamente (como, por exemplo, rapidez e agilidade no atendimento e nível das instalações da empresa). Aliás, alguns estudos iniciais apontam que as emoções negativas podem causar um efeito mais forte sobre a satisfação com a qualidade de um serviço do que as emoções positivas (GRÖNROOS, 2009).

Segundo Watson e Spence (2007), na literatura acerca de falhas em serviços e sobre experiências pós-compra, a raiva é causada por situações negativas que os consumidores acreditam que poderiam ter sido controladas ou mesmo evitadas por alguma pessoa da organização (provedor de serviços). Portanto, a raiva está associada a altos níveis de insatisfação ou de descontentamento e de intenções de reclamar em situações de protesto, segundo a percepção de que alguém poderia ter feito alguma coisa para evitar tal resultado negativo.

A ambivalência das emoções humanas é observada nos casos de ligação emocional intensa com uma pessoa. Pode-se descobrir isto, por exemplo, em situações nas quais por trás do amor expresso haja uma hostilidade inconsciente (FREUD, 1913). Sob a análise de Freud (1913), existe a possibilidade de que a ambivalência emocional é inata, presente em maior ou menor grau, e quando existe em abundância, é expressada onde menos se espera encontrá-la, nas relações das pessoas com aqueles de quem ela mais gosta.

A psicanalista Melaine Klein, em 1937, também atribuiu grande relevância ao conceito de ambivalência em sua teoria. Desta forma, a análise de seus textos pode ser útil à reflexão feita sobre a ambivalência materna (VERÍSSIMO, 2009). Ainda nos estudos da psicanalista, é apontado que a ambivalência está relacionada às mais variadas experiências, tais como: amizades, relações amorosas adultas ou mesmo com o exercício de papéis com a paternidade e a maternidade, pois o elemento fundamental do amor e de todas as relações humanas é o ato de reparar.

De acordo com Veríssimo (2009), as experiências próprias da maternidade produzem inevitavelmente flutuações da intensidade dos sentimentos e das emoções vividas, e que estão presentes na ambivalência. Esta não é uma condição estática, e sim uma experiência dinâmica de conflito ante as flutuações sentidas por uma mãe em momentos ou situações diferentes.

A ambivalência materna é vivenciada, geralmente, por todas as mães, coexistindo lado a lado, em relação aos seus filhos, sentimentos de amor e ódio. A inaceitabilidade do elemento odioso é que levou ao excesso a utilização da expressão ambivalência, fugindo do termo psicanalítico, que são sentimentos e impulsos bastante contraditórios em relação à mesma pessoa e não à referência dos sentimentos ou das emoções misturadas (PARKER, 2003).

Rosenberg (2004) relata que mães novatas se sentem confusas e inseguras com a diversidade de tarefas que precisam realizar com o bebê, nada familiar (uma experiência bastante nova, até assustadora), o que faz com que tudo pareça sem sentido. As mães novatas podem se sentir perdidas e solitárias, incompetentes, inadequadas e pouco femininas. Em alguns casos, estas mães, sem ter o apoio necessário, podem desencadear uma depressão pós-parto ou até mesmo uma psicose puerperal⁸, com resultados freqüentemente desastrosos. Embora a maternidade seja maravilhosa, e quase todas as mães adorem sua nova condição, a maioria luta para se adaptar às mudanças na sua identidade, ao seu corpo, aos seus relacionamentos, ao trabalho e à vida que a nova função passa a exigir (ROSENBERG, 2004).

Tedesco (1999) afirma que a gravidez, pela atuação dos conteúdos emocionais, pode ser considerado um período de crise, momento de transformação. Considera que a mulher que concebeu, gerou e deu à luz, nunca mais será a mesma. Quando o bebê nasce, a mulher perde o estado gravídico, com todos os ganhos emocionais, o que pode representar figurativamente a morte da mulher anterior e o renascimento para novas etapas. A gravidez e o parto tornam-se o renascimento para a mãe, o filho e pai, e o nascimento de uma família.

O período de gestação é como um terremoto hormonal, físico e psicológico que encerra os maiores desafios, segredos e incertezas do ser humano (CARON, 2000). Por isso, a gravidez é considerada um período de grande vulnerabilidade, no qual a presença marcante de emoções ambivalentes são características, ou seja, geralmente, presentes (SAVASTANO; NOVO, 1981; MALDONADO, 2002; SILVA; BOTTI, 2005).

⁸ Psicose Puerperal é um distúrbio de humor psicótico apresentando perturbações mentais graves. A manifestação da doença inicia de forma abrupta nas duas ou três semanas após o parto. Seus principais sintomas: confusão mental, agitação psicomotora, angústia, insônia, evoluindo para formas maníacas, melancólica ou, até mesmo, catatônicas. Seu prognóstico se dá a partir da evolução do quadro para uma depressão e depende da identificação precoce e intervenções no quadro. O tratamento pode ser feito com psicoterapia, farmacologia, eletroconvulsoterapia e internação para casos especiais (SAVASTANO; NOVO, 1981; SILVA; BOTTI, 2005; BERETTA et al. 2008).

3.3 ESCALAS PARA O ENTENDIMENTO E MENSURAÇÃO DAS EMOÇÕES

Autores como Mehrabian e Russell (1974), que originaram a escala PAD – *Pleasure-Arousal-Dominance*), Izard (1977), com a escala DESII – *Differential Emotions Scale II*, e Richins (1997), com a escala CES – *Consumption Emotion Descriptors*, propuseram instrumentos para mensurar emoções humanas. Entretanto, até o momento, tais instrumentos são estudados e questionados quanto ao seu grau de validade, sendo que a escala DESII (IZARD, 1977) ainda é a mais utilizada (RICHINS, 1997; LEITE; ARRUDA, 2007).

Izard (1977), por meio da escala DES II, explora os mecanismos que operacionalizam a relação entre as emoções e a satisfação do consumidor, apontando dez emoções básicas a serem aferidas:

- a) **Interesse:** emoção positiva, considerada como sendo uma emoção fundamental e relevante em indivíduos normais e saudáveis;
- b) **Alegria / Prazer:** emoção positiva, fenomenologicamente caracterizada com o sentimento de confiança, contentamento e, frequentemente, com a afetuosidade. Psicologicamente o prazer pode incrementar o nível de tolerância em relação à frustração;
- c) **Surpresa:** considerada uma emoção neutra, mas tem importante função, pois representa o estado da transição e como oposição para outras emoções. Tem como utilidade funcional de liberar o sistema nervoso para agir ou reagir a ações eminentes;
- d) **Tristeza:** considerada uma emoção negativa, com diversas funções, tais como mostrar quando algo está errado e motivar o indivíduo a reduzir ou a eliminar a causa de desconforto;
- e) **Raiva:** emoção negativa, resultante de frustração ou de restrições, ou seja, nestes casos, o sentimento de auto-preservação se torna iminente;
- f) **Medo:** emoção negativa, que afeta todas as pessoas em diferentes circunstâncias e que afetará a todos, de alguma forma. Dependendo de sua intensidade, o medo é sentido como preocupação ou como falta de segurança;

- g) **Vergonha:** é uma emoção negativa e uma função social e pode ser ativada em qualquer situação na qual o foco está direcionado à atenção sobre atitudes inadequadas ou inapropriadas de indivíduos ou de grupos de indivíduos;
- h) **Culpa:** emoção negativa relacionada com uma discriminação entre o que é certo ou o que é errado. Normalmente é ligada a algo que é consciente e que não é moral;
- i) **Repulsa / Desgosto:** emoção negativa, frequentemente associada à raiva e às situações que podem provocar um sentimento de aversão e que estão ligadas aos cheiros ou gostos ruins, Neste caso, procura-se eliminar a origem ou o estímulo que provocou tal aversão;
- j) **Desprezo:** emoção negativa, surge com uma perspectiva evolucionária e pode emergir como uma forma de preparar o indivíduo face a uma situação perigosa. Acontece em situações em que o indivíduo precisa se sentir mais forte ou melhor do que outras pessoas.

Além da escala proposta por Izard (1977), compreendida pelas dez emoções apresentadas anteriormente, também foram resgatadas outras escalas para que se possa verificar o que outros autores propõem em seus estudos ou instrumentos de mensuração das emoções. Para tanto, a Figura 13 é elucidativa.

Richins (1997) evidencia que a escala PAD, desenvolvida por Mehrabian e Russell, em 1974, tem sido utilizada nas escolas de marketing a fim de acessar respostas emocionais sobre alguns tipos de estímulos de marketing. O autor afirma, ainda, que a escala desenvolvida por Plutchik, em 1980, foi desdobrada em outras escalas menores por outros autores, como por exemplo, Holbrook, após alguns anos. O foco de Plutchik foi o de utilizar uma perspectiva evolucionária a fim de identificar emoções primárias do ser humano. Richins (1997) continua seus estudos afirmando que Batra e Holbrook (1990) ao definirem sua escala identificam através dela tipos de respostas afetivas às propagandas em marketing. Por fim, o autor evidencia que as emoções percebidas no consumo podem ser caracterizadas de forma distinta em comparação com emoções vivenciadas em outros contextos, como exemplo, cita as experiências no contexto interpessoal (RICHINS, 1997).

Autores (Ano)	Escala	Emoções Contempladas
Mehrabian and Russell (1974)	PAD – <i>Pleasure-Arousal-Dominance</i>	Escala utilizada por escolas de marketing para acessar respostas emocionais para determinados tipos de estímulos mercadológicos
Plutchik (1980)	Não há denominação definida	1. medo, 2. raiva, 3. prazer, 4. nervosismo, 5. aceitação, 6. desgosto, 7. surpresa e 8. expectativa
Batra and Holbrook (1990)	Não há denominação definida	1. ativação, 2. tensão, 3. ceticismo, 4. confiança, 5. raiva, 6. dominação, 7. descanso; 8. aborrecido, 9. sonolento, 10. medo, 11. desejo, 12. deleite, 13. moral, 14. afeição social, 15. gratidão, 16. tristeza, 17. irritação, 18. desdenho, 19. calmo e 20. agitado
Liljander e Strandvik (1997)	Não há denominação definida	1. feliz (felicidade), 2. esperançoso (esperança), 3. surpreso positivamente, 4. raiva, 5. depressivo, 6. culpado, 7. desapontado, 8. humilhado e 9. pesaroso
Richins (1997)	CES – <i>Consumption Emotion Set</i>	1. raiva, 2. descontentamento, 3. preocupação, 4. tristeza, 5. medo, 6. vergonha, 7. inveja, 8. solidão, 9. amor romântico, 10. amor, 11. tranquilidade, 12. contentamento, 13. otimismo, 14. alegria, 15. excitação e 16. surpresa

Figura 13 – Escalas para Mensuração das Emoções

Fonte: Adaptada de Batra e Holbrook (1990) e Richins (1997).

3.4 QUALIDADE PERCEBIDA, SATISFAÇÃO DE CLIENTES E AS EMOÇÕES VIVENCIADAS PELOS USUÁRIOS EM SERVIÇOS

3.4.1 Qualidade em Serviços: Definição e Dimensões

Serviços são uma série de processos cuja produção e consumo não podem ser separados, e nos quais muitas vezes o cliente participa do processo de produção (interações em serviços), que seguramente serão percebidos como complexos. Todavia, para desenvolver modelos de gerenciamento em serviços, é importante entender o que os clientes estão procurando e o que avaliam. Quando o provedor de serviços entende como os serviços serão avaliados pelos seus usuários, é possível identificar modos de gerenciar essas avaliações e influenciá-los na direção desejada. A relação entre o conceito de serviço, o serviço oferecido aos clientes e os benefícios para o cliente tem de ser esclarecida (GRÖNROOS, 2009).

Para Liljander e Strandvik (1997), a qualidade em serviços precede a satisfação. É um processo cognitivo, onde consumidores consideram benefícios e custos sobre os diferentes componentes dos serviços. De acordo com Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) conceitua-se qualidade do serviço como: avaliações cognitivas de longo prazo, por parte dos clientes, sobre a entrega do serviço de uma empresa.

Naidu (2009) conceitua a qualidade em serviços como um vetor de *performance* em uma corporação. Enfatiza, ainda que, a qualidade em serviços de saúde é difícil de ser mensurada em função das suas características e peculiaridades, tais como: intangibilidade, heterogeneidade, perecibilidade e inseparabilidade. Os serviços em saúde, como todos os serviços, são dinâmicos e as avaliações sobre a qualidade podem versar sobre fatores, tais como: tamanho da instituição de saúde, complexidade do serviço, especialização e *expertise* dos profissionais.

Conway e Willcocks (1997) destacam que a qualidade em serviços de saúde pode ser, fortemente, influenciada pelos seguintes fatores: conhecimento e experiência do paciente, risco/dor/estresse percebidos pelo paciente, informações oriundas do provedor de serviços, personalidade do paciente, imagem do provedor de serviços, experiência e fluência de informações da equipe de profissionais. Segundo Badri, Attia e Ustadi (2009), a qualidade em serviços de saúde pode ser representada por quatro variáveis principais: atributos físicos e tangíveis do ambiente; atenção e empatia dos profissionais, competência e conhecimento; credibilidade e confiança, além da cortesia e do profissionalismo. Assim sendo, Oliver (1993) sugere que a qualidade percebida nos serviços estará disposta antes de qualquer avaliação de satisfação do usuário.

Zeithalm, Parasuraman e Berry (1990), por sua vez, comentam que a qualidade em serviços é um *gap* (diferença ou lacuna) entre a percepção do serviço e a expectativa do consumidor e no contexto dos cuidados com a saúde uma das formas de superar estes *gaps* na qualidade dos serviços é utilizando o conhecimento dos usuários para prover a melhoria de processo. Nesta direção, Fitzsimmons e Fitzsimmons (2010) afirmam que, em serviços, a avaliação da qualidade surge ao longo do processo de prestação dos serviços. Cada contato ou interação com o cliente é referido como sendo uma oportunidade de satisfazer ou não ao cliente.

Por isso, Lovelock e Wright (2001) comentam que quando os clientes avaliam a qualidade de um serviço, eles a estão julgando em função de algum padrão interno (próprio do

usuário do serviço) que existia antes da experiência do serviço. Este padrão interno é a base para as expectativas do cliente. Os mesmos autores enfatizam que as expectativas dos clientes envolvem diversos elementos diferentes, inclusive serviço desejado, serviço adequado, serviço previsto e uma zona de tolerância que se estende entre os níveis de serviço desejado e adequado.

A partir do pensamento de Lovelock e Wright (2001), conceitua-se o serviço desejado como o nível ansiado de qualidade de serviço que um cliente acredita que possa e deva ser entregue; enquanto que o serviço adequado diz respeito ao nível mínimo de serviço que um cliente aceitará sem ficar insatisfeito. Além destes dois níveis de serviço, pode ser destacado o serviço previsto, ou seja, o grau de qualidade do serviço que um cliente acredita que uma empresa de fato entregará e a zona de tolerância: o grau em que os clientes estão dispostos a aceitar variações na entrega dos serviços (LOVELOCK; WRIGHT, 2001). Consoante isso, Grönroos (2009) e Papanikolaou e Ntani (2008) destacam que as expectativas do cliente têm um impacto decisivo sobre suas percepções de qualidade. Seguindo o pensamento dos autores, as situações em que o cliente se depara com os recursos e modos de operação do prestador de serviços são críticas para a experiência com a qualidade.

Em acréscimo, Lovelock e Wirtz (2006) comentam que qualidade e produtividade caminham lado a lado na criação de valor para clientes e empresas. Em termos gerais, a qualidade foca os benefícios criados para o cliente e a produtividade são os custos financeiros incorridos pela empresa, que depois podem ser repassados aos clientes em forma de preço. Os mesmos autores enfatizam que a cuidadosa integração do programa de melhorias da qualidade e da produtividade provocará uma melhoria na lucratividade e na rentabilidade das empresas em uma perspectiva de longo prazo. Ainda sob a ótica de análise destes autores, foram identificadas as cinco primeiras dimensões que os clientes utilizam para julgar a qualidade dos serviços: confiabilidade, responsabilidade, segurança, empatia e aspectos tangíveis (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988).

Além disso, Grönroos (2009) traz a idéia de duas dimensões sobre qualidade: a técnica e a funcional. Tais dimensões são a base para os critérios de qualidade apresentados na Figura 14:

Crêterios de Qualidade	Descri�o dos Crêterios de Qualidade
Profissionalismo e Capacidade	Os clientes percebem que o prestador de serviços, seus funcionários, sistemas operacionais e recursos físicos possuem o conhecimento e a capacidade requeridos para resolver seus problemas de um modo profissional (critério relacionado com resultado).
Atitudes e Comportamento	Os clientes sentem que os funcionários de serviço (pessoas de contato) preocupam-se com eles e estão interessados em resolver seus problemas de maneira amigável e espontânea (critério relacionado com processo).
Acessibilidade e Flexibilidade	Os clientes sentem que o prestador de serviços, sua localiza�o, horário de opera�o, funcionários e sistemas operacionais são projetados e executados de modo que seja fácil conseguir acesso ao serviço e estão preparados para demonstrar flexibilidade em ajustar-se às demandas e desejos do cliente (critério relacionado com processo).
Confiabilidade e Integridade	Os clientes sabem que, seja o que for que aconteça e o que foi combinado, eles podem confiar que o prestador de serviços, seus empregados e sistemas cumpram as promessas e realizem o trabalho tendo em mente o melhor interesse do cliente (critério relacionado com processo).
Recupera�o de Falhas no Serviço	Os clientes percebem que sempre que alguma coisa d� errado ou acontece algum imprevisto, o prestador de serviços tomar� providências imediatas e ativamente para manter a situa�o sob controle e descobrir uma nova e aceitável soluço (critério relacionado com o processo).
Panorama dos Serviços	Os clientes sentem que o ambiente físico circundante e outros aspectos do ambiente do encontro de serviço apóiam uma experiência positiva do processo de serviço (critério relacionado com o processo).
Reputa�o e Credibilidade	Os clientes acreditam que podem confiar na empresa do prestador de serviços, o valor percebido equilibra o dinheiro, e defende bom desempenho e valores que podem ser compartilhados pelo cliente e pelo prestador de serviços (critério relacionado com a imagem).

Figura 14 – Crêterios da boa qualidade percebida em serviços

Fonte: Adaptada de Gr nroos (2009).

Para Westbrook e Oliver (1991), Papanikolaou e Ntani (2008), Owusu-Frimpong, Nwankwo e Dason (2010), a empresa prov  qualidade, portanto, quando seus serviços atendem ou excedem as expectativas dos clientes e, principalmente, quando este sentimento   correspondido pelo cliente de forma positiva.

3.4.2 Satisfa o de Clientes: Defini o, Antecedentes e Consequências

De acordo com Lovelock e Wright (2001), a satisfa o do cliente conceitua-se como uma rea o emocional de curto prazo ao desempenho específico de um serviço. Não se pode minimizar ou ignorar a importância da satisfa o do cliente. Sem clientes, a empresa de serviços não tem razão de existir. Estas precisam definir e medir proativamente a satisfa o do cliente, pois esperar por reclama es ou queixas recebidas   uma atitude ing nuas.

A satisfação dos clientes é uma medida de curto prazo, específica da transação, ao passo que a qualidade do serviço decorre da avaliação geral, de longo prazo, de um desempenho (TUCKER; ADAMS, 2001; HOFFMAN; BATESON, 2003).

Segundo Fitzsimmons e Fitzsimmons (2010), a satisfação do cliente com a qualidade do serviço pode ser definida pela comparação da percepção do serviço prestado com as expectativas do serviço desejado. Para Naidu (2009) a cura é a maior expectativa em sérios de saúde. Para Zineldin (2006) a satisfação é uma resposta emocional. Para Bernna (1995) a satisfação do paciente existe quando o provedor de serviços os entrega de acordo com as expectativas deste usuário, a satisfação encontra-se vinculada ainda nos sentimentos e valores dos pacientes além de suas experiências anteriores de consumo.

Assim sendo, Tucker e Adams (2001) definem a satisfação do paciente pela avaliação das distintas dimensões dos serviços em saúde, tais como: cuidados, empatia, responsividade e confiabilidade. Ware et al. (1978) apontam outros fatores que afetam a avaliação dos pacientes e, conseqüentemente, seu nível de satisfação: condução médica, disponibilidade dos serviços, continuidade, confiança e eficiência, saídas ou resultados do atendimento. Tucker (2002) e Fowdar (2005) incluem ainda como fatores relevantes a serem considerados: serviços centrais ou essenciais, customização, credibilidade profissional, competência e comunicação, acesso e qualidade.

Tucker (2002) afirma, ainda, que as decisões e avaliações dos pacientes derivam de seus valores pessoais atrelados à experiência com o serviço de saúde. Além disso, Linder-Pelz (1982) e Haslam et al. (1993) enfatizam que, de acordo com as teorias de identidade social, as atitudes pessoais podem ser definidas a partir de aspectos demográficos, econômicos, ambientais e psicossociais, visto que a teoria de satisfação do paciente apresenta a satisfação com relação aos serviços de saúde, prioritariamente, como uma atitude do paciente acima de tudo.

Berry (2001) e Larsson e Wilde-Larsson (2009) acrescentam que a competência de uma empresa de serviços é um instrumental-chave para estabelecer a confiança do cliente, assim, o risco existente ao comprar produtos intangíveis torna-se uma vantagem competitiva para as empresas que conseguem conquistar a confiança dos clientes com serviços confiáveis e precisos. Ainda sob a ótica de Berry (2001) que continua seu raciocínio afirmando que a confiabilidade nos serviços traz desafios especiais, pois a presença dos clientes nas instalações e sua participação no processo dos serviços os expõem a erros e lhes dá um senso

de imediatismo, sendo assim, a competência no serviço constrói a confiança do cliente na capacidade da empresa em manter as suas promessas em serviços.

A avaliação do processo é crítica para representar à satisfação do cliente em relação ao serviço prestado. No caso dos cuidados com a saúde esta avaliação inclui aspectos como: responsividade, cortesia, competência, acesso, comunicação, afeição e a possibilidade de avaliação da estrutura e pessoas do hospital. A comunicação e a interação entre as partes são apontadas como de vital importância no acesso ao tratamento e dá a oportunidade às partes de se engajarem em um diálogo efetivo (LARSSON; WILDE-LARSSON, 2009; OWUSU-FRIMPONG; NWANKWO; DASON, 2010).

A satisfação do paciente com os serviços médicos é um construto multi-dimensional que reflete as expectativas, valores e experiências destes, independentemente, de terem ou não qualificação sobre seu próprio estado de saúde (BAKER; STREATFIELD, 1995; TUCKER; ADAMS, 2001). Braunsberger e Gates (2002), Naidu (2009) e Narang (2010) destacam alguns fatores de influência relevantes quanto à satisfação dos pacientes: gênero (sexo), idade, estado de saúde, complexidade da doença, grau de instrução, utilização e *performance* do serviço. Em acréscimo, Vinagre e Neves (2008), bem como, Martin e Fleming (2011), salientam que o envolvimento do paciente soa como uma variável a ser considerada na mensuração de sua satisfação e na análise de respostas emocionais inerentes ao contexto dos serviços prestados.

Especificamente no caso da saúde pública, conhecer os atributos e as dimensões de qualidade percebidas pelos pacientes e a sua relação com as emoções decorrentes, suas expectativas e percepções, suas experiências com o serviço e o envolvimento existente entre as partes, além de serem fatores relacionados, definem ou ajudam a definir os níveis de satisfação destes usuários dos serviços (BRAUNSBERGER; GATES, 2002; VINAGRE; NEVES, 2008; NAIDU, 2009; NARANG, 2010).

Inclusive, Ford e Fottler (2000), McCarthy et al. (2000) e Papanikolaou e Ntani (2008) sugerem em seus estudos que pesquisas de satisfação com os pacientes podem prover alinhamentos informacionais básicos, afim de que os servidores avaliem a qualidade dos serviços, bem como planejar sistematicamente o incremento de valor destes mesmos serviços.

3.4.3 Influência das Emoções Vivenciadas pelos Usuários do Serviço e suas Percepções de Qualidade e Nível de Satisfação Resultante

Respostas emocionais são particularmente influenciadoras nas avaliações de “consumo” (ou melhor, de utilização) em serviços de alto contato, como é o caso de serviços de saúde e de outros serviços profissionais (JOHNSON; ZINKHAN, 1991; JAYANTI, 1996; FOX, 2001; SILVESTRO, 2005). Nos serviços de alto contato, a proximidade física e psicológica ou emocional dos colaboradores do provedor de serviços com os clientes torna estes primeiros, normalmente, aptos a perceberem e a predizerem quais são as expectativas de qualidade dos clientes quanto aos serviços (LANGHEARD et al., 1981; SCHNEIDER; BOWEN, 1985 apud MATTILA, ENZ, 2002).

Um dos pré-requisitos para prover um nível de qualidade elevado em serviços é ter pessoas (colaboradores) que compreendem as necessidades e os desejos, os gostos, as preferências e os hábitos, e as expectativas e as percepções dos clientes. Para individualizar o atendimento nos serviços, o pessoal de linha de frente ou pessoal de contato direto com o cliente precisa estar apto para adaptar a execução dos mesmos em tempo real ao perfil e ao comportamento dos clientes (BITNER; BROWN; MEUTER, 2000; NAIDU, 2009; NARANG, 2010). De acordo com Price, Arnould e Deibler (1995), a atenção extra dada pelos provedores de serviços ajuda a criar emoções positivas nos usuários do serviço, e vínculos sociais e afetivos entre as partes, enquanto que as emoções negativas são resultantes de encontros com falhas no padrão mínimo de qualidade esperado. Os autores enfatizam que em quaisquer encontros de serviços muitas emoções são manifestadas e reportadas.

Neste horizonte, Baker et al. (2005) evidenciam três características dos serviços como fundamentais para sustentar a satisfação de mulheres no âmbito dos serviços de maternidade: a escolha, a continuidade e o controle sobre o que pode acontecer no parto. Inclusive, esta última é apontada por diversos como sendo um aspecto central a ser identificado no processo de nascimento da criança e como vetor de identificação do nível de satisfação da mulher em sua experiência de maternidade (GREEN; COUPLAND; KITZINGER, 1990; SLADE et al., 1993; WALDENSTRÖM et al., 1996; WALDENSTRÖM, 1999). Além disso, o controle também é apontado por Dencker et al. (2010) como um fator determinante de emoções positivas nas parturientes primíparas, ou seja, as mulheres grávidas e em trabalho de parto do primeiro filho.

Por outro lado, Halliday e Hogarth-Scott (2000), Badri, Attia e Ustadi (2009) e Vinagre e Neves (2010) indicam nos resultados de suas pesquisas que a qualidade dos serviços de saúde estão fortemente relacionados à competência dos profissionais, ao conhecimento (dos profissionais e da empresa como um todo), à confiança depositada pelos clientes, ao profissionalismo, à empatia, à cortesia e aos aspectos tangíveis, que são cruciais na avaliação da satisfação dos pacientes, e que esta mesma satisfação é influenciada pelo *status* de saúde do momento em que é realizada a coleta das informações relacionadas à qualidade dos serviços prestados e, em última instância, à satisfação dos clientes. Tais informações, portanto, auxiliam no aprimoramento contínuo dos serviços prestados.

Verifica-se, assim, que a capacitação, o treinamento e a preparação técnica dos profissionais da saúde, que interagem diretamente com as pacientes, podem auxiliar na construção do que é considerada uma experiência positiva ou negativa nos serviços, reforçando o processo de identificação das emoções das parturientes, neste caso, sobre a experiência do parto.

4. METODOLOGIA DA PESQUISA

4.1 PESQUISA QUALITATIVA

Hennink, Hutter e Bailey (2011) definem a pesquisa qualitativa como um método que permite a aproximação, no detalhe, das experiências das pessoas utilizando um conjunto específico de etapas de pesquisa úteis para este fim. A pesquisa qualitativa permite identificar os fatos a partir da perspectiva dos participantes e compreender os significados e a interpretação dada aos comportamentos, eventos ou objetos. Algumas das características pessoais dos pesquisadores, apontadas pelos mesmos autores, para este tipo de pesquisa são: mente aberta, curiosidade, empatia, flexibilidade e a capacidade para ouvir as pessoas. Os pesquisadores podem, também, estudar as pessoas em seus ambientes a fim de identificar como o comportamento é formado a partir da inserção contextual, além dos ambientes social, econômico, cultural ou físico de vida (HENNINK; HUTTER; BAILEY, 2011).

Em complemento, os mesmos autores destacam que os pesquisadores, ao realizarem estudos qualitativos, identificam e podem interpretar os fenômenos em termos de significado. É importante salientar que a condução de uma pesquisa qualitativa requer treino, experiência, conhecimento do método e a internalização dos assuntos relacionados a este.

Mercado-Martínez e Bosi (2007) enfatizam que a pesquisa qualitativa constitui, por um lado, uma modalidade de investigação cada vez mais empregada e aceita na área da saúde e das ciências humanas e sociais. E Victora, Knauth e Hassen (2000), por sua vez, ressaltam que uma das principais características dos métodos qualitativos é o fato de que as pesquisas são formuladas para fornecerem uma visão de dentro do grupo pesquisado, uma visão êmica, ou seja, é o conhecimento próprio do indivíduo pertencente a uma cultura determinada, expresso na lógica interna do seu sistema de conhecimento.

Para Remler e Van Ryzin (2011), a pesquisa qualitativa envolve diversos tipos de dados não numéricos obtidos através de entrevistas (comunicação oral); textos escritos e outros documentos; imagens visuais; a observação do comportamento e estudos de caso. A análise qualitativa se baseia sob a ótica da interpretação do comportamento humano e a linguagem se torna o acesso principal aos pensamentos, experiências e motivações. Os mesmos autores afirmam ainda que, os pesquisadores qualitativos, por sua vez, ativam através de sistemas simbólicos suas capacidades de interpretação do comportamento humano sendo a

linguagem não-verbal e as imagens visuais as provas disso. Neste contexto, destacam-se algumas situações específicas onde a pesquisa qualitativa se torna especialmente útil: (i) estudos exploratórios de algo novo ou vagamente compreendido nos comportamentos sociais ou organizacionais; (ii) para a ocorrência de casos únicos ou singulares onde a pesquisa quantitativa não traria resultados; (iii) para o entendimento de culturas ou subculturas, principalmente, pelo fato delas serem majoritariamente explicadas pela expressão da linguagem e pelo uso de sistemas simbólicos; e (iv) para a análise de imagens visuais ou comunicação.

Hennink, Hutter e Bailey (2011) também destacam que a pesquisa qualitativa é indicada nas seguintes situações: (i) compreender comportamentos, crenças, opiniões e emoções a partir da própria perspectiva do participante do estudo; (ii) entender ou explicar pontos de vista e comportamentos das pessoas; entender processos, tal como as pessoas tomam decisões, negociam o trabalho ou conduzem negócios; (iii) descobrir o sentido que as pessoas dão às suas experiências; (iv) compreender as interações sociais a partir das normas e valores compartilhados pelas pessoas; (v) identificar contextos: social, cultural, econômico ou físico onde certas atividades acontecem; (vi) dar voz a certos aspectos de determinada população sob estudo; (vii) prover profunda e detalhada análise do contexto do objeto da pesquisa; (viii) examinar detalhadamente assuntos delicados como sexualidade, violência e relações pessoais; e (ix) estudar complexos temas como o tráfico ou uso de drogas entre outros problemas sociais. O principal objetivo da realização de uma pesquisa qualitativa se dá no desenvolvimento de uma compreensão, mesmo que inicial, da identificação e explicação de comportamentos, crenças e ações.

Segundo Minayo (1998, p.22), a pesquisa qualitativa possibilita o trabalho “com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”. Para Pope e Mays (2005), a pesquisa qualitativa visa explorar as compreensões subjetivas das pessoas a respeito de sua vida diária. Em complemento a isso, Victora, Knauth e Hassen (2000) comentam que os métodos qualitativos de pesquisa são, basicamente, úteis para quem busca entender o contexto onde algum fenômeno ocorre, permitindo a observação de vários elementos simultaneamente em um pequeno grupo. Esta abordagem é capaz de propiciar um conhecimento aprofundado de um evento, possibilitando a explicação de comportamentos.

Os pesquisadores que seguem essa linha estão preocupados em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais, que são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos. Em contrapartida, a limitação dessa metodologia se encontra na dificuldade de generalização dos resultados obtidos (COSTA, 2001; POPE; MAYS, 2005; MERCADO-MARTÍNEZ; BOSI, 2007).

Wolcott (1994) e Cervo e Bervian (2002) apontam a pesquisa qualitativa, de natureza exploratória, como aquela que observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los. Busca conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política e econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo tomado isoladamente como de grupos e comunidades mais complexas. Ainda, sob a análise destes autores, este tipo de pesquisa é desenvolvida, principalmente, nas ciências humanas e sociais, abordando aqueles dados e problemas que merecem ser estudados e cujo registro não consta de documentos.

Além do já exposto, Malhotra et al. (2005) mencionam que a pesquisa qualitativa proporciona melhor visão e compreensão do problema, sendo baseada em amostras pequenas e não-representativas. Os autores afirmam, ainda, que o objetivo de uma pesquisa qualitativa é o de obter uma compreensão das razões e dos motivos básicos de um fenômeno e tem-se como resultado o desenvolvimento de uma compreensão inicial.

Para King e Horrocks (2010), a pesquisa qualitativa não possui protocolo ou padrão universal, tendo como a definição do tipo de questão que será utilizada na pesquisa, ou seja, o tipo de conhecimento que o pesquisador busca com o estudo e através da análise dos dados das entrevistas. Em segundo lugar, e não menos importante, é a definição do escopo da questão e em terceiro lugar, o pesquisador precisa evitar pressuposições nas questões que podem distorcer o processo de pesquisa. Ainda em conformidade com o estudo destes autores, adverte-se que, enquanto as questões da pesquisa qualitativa devem ter seu foco na percepção da causalidade a partir da perspectiva dos participantes da pesquisa. A pesquisa qualitativa é direcionada pelo interesse de como as pessoas diferem em relação a um fenômeno em particular, tanto quanto naquilo que têm em comum.

Isto posto, cabe ressaltar que o presente estudo pode ser caracterizado como sendo, portanto, uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, operacionalizada, basicamente, por meio de entrevistas individuais em profundidade, técnica esta de pesquisa comentada logo na sequência.

4.2 ENTREVISTAS INDIVIDUAIS EM PROFUNDIDADE

Segundo Hair Jr. et al. (2010), a entrevista em profundidade envolve um entrevistador treinado que faz um conjunto de perguntas não ou semi-estruturadas e de sondagem a um respondente, em geral, em uma situação presencial. Destaca-se que uma característica especial das entrevistas individuais em profundidade é que o entrevistador usa perguntas de sondagem para suscitar informações mais detalhadas sobre um tema e de quanto mais o indivíduo falar sobre um tema, maior sua probabilidade de revelar atitudes, motivos, emoções e comportamentos subjacentes.

Hennink, Hutter e Bailey (2011) evidenciam que uma entrevista em profundidade é um método de coleta de dados um-a-um, que envolve um entrevistador e um entrevistado que discutem sobre determinados tópicos, profundamente. Este tipo de entrevista pode ser descrito como uma conversa com um propósito específico, não sendo considerada como um diálogo e sim como o compartilhamento, pelo entrevistado, de uma história, onde o papel do entrevistador, por sua vez, é o de escutar. O pesquisador, ao realizar a entrevista, deve motivar o entrevistado a questioná-lo para que compartilhe suas perspectivas pessoais. Nas entrevistas em profundidade, tanto o entrevistador quanto o entrevistado co-criam conhecimento e sentido, a fim de compreender melhor a construção da realidade. Para que se tenha a profundidade e a perspectivaêmica necessárias, a entrevista em profundidade deveria envolver: (i) o uso de um guia semi-estruturado (Roteiro Básico de Questões) a fim de melhor conduzir a entrevista e facilitar a compilação os dados; (ii) estabelecer uma relação verdadeira e ética entre as partes; (iii) o questionamento de forma aberta e empática; e (iv) motivar o entrevistado a contar a história sob sua perspectiva ou sob seu próprio olhar sobre o fato ou fenômeno.

Para Britten (2005), as entrevistas são a técnica qualitativa mais comumente usada nos estabelecimentos de atenção à saúde. Os estudos com entrevista qualitativa abordam questões diferentes daquelas abordadas pela pesquisa quantitativa. A pesquisa qualitativa também pode revelar áreas diferentes de pesquisa, tais como, a visão dos consultores de hospitais sobre pacientes ou relatos clínicos gerais. As entrevistas individuais em profundidade, segundo Malhotra et al. (2005), são conversas levemente estruturadas com indivíduos escolhidos do público-alvo. São um meio organizado e direto de obter informações. Geralmente, têm

duração média de uma hora e tentam descobrir motivos básicos, preconceitos e atitudes sobre o fenômeno estudado.

As entrevistas individuais em profundidade são aquelas onde o entrevistador fica frente a frente com o entrevistado, tendo a oportunidade de explorar um determinado tema ou objeto de pesquisa. A abordagem é essencialmente qualitativa e o número de entrevistados deve ser pequeno pois, o envolvimento do entrevistador é expressivo, interagindo diretamente com o entrevistado que detém as informações (RIBEIRO; MILAN, 2004).

Para Remler e Van Ryzin (2011), as entrevistas são as ferramentas básicas metodológicas na pesquisa qualitativa, podendo ser usadas unicamente ou como parte da observação participativa ou estudos de caso. Envolve questões abertas ou fechadas, permitindo assim, o detalhamento profundo nas respostas, quando necessário. As entrevistas destinadas à pesquisa qualitativa podem ou não ser completamente estruturadas. Por sua vez, King e Horrocks (2010) apontam a flexibilidade como fator-chave para a realização das entrevistas e o entrevistador deve ser hábil para direcionar o curso do evento a fim de obter o máximo de informações sobre os tópicos de relevância ao estudo, seguindo um roteiro flexível de tópicos que permita ao entrevistado interagir em múltiplas direções.

Quando as entrevistas são semi-estruturadas, as mesmas são conduzidas mediante a aplicação de um Roteiro Básico de Questões, ou seja, um conjunto de questões que eventualmente, ao longo da entrevista, será utilizado. As entrevistas individuais em profundidade nunca seguem uma estrutura rígida, e o entrevistador deve estar propenso a complementar o roteiro previamente construído fazendo perguntas que são diretamente motivadas pelas respostas que o entrevistado articula. Por isso, os entrevistados devem ser cuidadosamente escolhidos, de forma que possam fornecer informações úteis a respeito da população de interesse. A escolha deve recair sobre aquelas pessoas que, potencialmente, possuem maior volume de informações relevantes para a pesquisa e que estão disponíveis para participar das entrevistas (FLICK, 2004; RIBEIRO; MILAN, 2004; BRITTEN, 2005; MALHOTRA, 2006). Considera-se que este tipo de entrevista permite que as pessoas respondam mais nos seus próprios termos do que as entrevistas padronizadas (estruturadas) e ainda forneçam uma estrutura maior de comparabilidade do que nas entrevistas focalizadas (MAY, 2004).

Para tanto, Hair Jr. et al. (2010) propõem um conjunto sequencial de etapas na condução de entrevistas em profundidade, como segue: (i) entender as perguntas e problemas

iniciais; (ii) criar um conjunto de perguntas de pesquisa; (iii) decidir sobre o melhor ambiente para conduzir as entrevistas; (iv) selecionar e “filtrar” os respondentes por meio de critérios específicos para a situação que está sendo estudada; (v) respondentes são recebidos ou recebem orientações para a entrevista e relaxam; (vi) conduzir a entrevista em profundidade, propriamente dita; (vii) analisar as respostas e narrativas do respondente; e (viii) escrever relatório sumário dos resultados.

No Apêndice do trabalho constam os dois formulários utilizados no estudo. O primeiro deles é o Termo de Consentimento Informado Individual (vide Apêndice A), adaptado pela autora deste trabalho com base em Costa (2001). O segundo documento é o Roteiro Básico de Questões, que orientou a pesquisadora no momento da execução das entrevistas (vide Apêndice B). Tal estrutura foi elaborada pela autora deste estudo com base em Costa (2001), Tucker (2002), Milan, De Toni e Barazetti (2005), Silva, Caetano e Silva (2006), Larsson e Wilde-Larsson (2010) e Drennan et al. (2011). As entrevistas aconteceram em sessão única, após o parto, conforme anteriormente citado, e gravadas em meio digital para facilitar sua posterior transcrição e análise. A transcrição e a análise e interpretação dos dados foram realizadas através do método de análise de conteúdo como conceitos dispostos no subcapítulo do relatório a seguir (Capítulo 5).

O Roteiro Básico de Questões foi pré-testado no Centro Obstétrico (CO) do Hospital Geral (HG), imediatamente após o ante-projeto de pesquisa ter sido aprovado pelo Comitê de Ética da FUCS/UCS. É importante salientar que tal instrumento foi submetido à análise de dois docentes e pesquisadores da UCS – Universidade de Caxias do Sul pertencentes ao Centro de Ciências da Administração, responsáveis por ministrar disciplinas na área de Marketing e Comportamento do Consumidor.

Para este estudo, então, foi proposta uma amostra (ou conjunto de entrevistadas) composta por parturientes internadas no HG e que passaram pela experiência do parto normal ou de cesariana. As pacientes foram entrevistadas nas primeiras duas horas após o procedimento de parto. O número pré-estabelecido de entrevistadas que compreenderiam a amostra foi de cinquenta pacientes. Deve-se ressaltar que os dados foram coletados na instituição hospitalar, em datas acordadas previamente, e que as entrevistas individuais em profundidade foram conduzidas com a autorização das pacientes e sem prejuízos à sua recuperação.

Para Glaser e Strauss (1967), Gummesson (2000) e Flick (2004) uma decisão crucial no processo de determinação da amostra é definir quando interromper a integração de casos adicionais. Para tanto, sugere-se seguir a saturação dos dados, ou seja, a saturação significa que não está sendo encontrado nenhum dado adicional através do qual o pesquisador possa desenvolver propriedades da categoria ou quando não houver mais o surgimento de nada novo a ser inserido como conteúdo da pesquisa.

De acordo com King e Horrocks (2010), é sugerido, também, que sejam feitos questionamentos “informais” antes da realização das perguntas foco do estudo, propiciando ao entrevistado uma descontração inicial, mas já direcionada ao tema a ser explorado no trabalho. Evidencia-se que é previsível que no transcorrer da entrevista tenha que se fazer adaptações do roteiro a fim de esclarecer o cerne do estudo ou o conteúdo informativo a ser obtido. Estes autores firmam que o sucesso de uma entrevista individual em profundidade não está baseada somente no teor das questões ou na qualificada análise dos dados ou conteúdos e sim na forma como o estudo é conduzido e reorganizado, podendo ter maior impacto nos resultados.

4.3 ANÁLISE DE CONTEÚDO

A análise de conteúdo é uma técnica de investigação que, a partir de uma descrição objetiva, sistemática e qualitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tendo como finalidade a interpretação das mesmas (BERELSON, 1971). A análise de conteúdo trabalha a palavra, ou seja, a prática da língua realizada por emissores identificáveis, procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se apoiam. É uma busca de outras realidades através das mensagens. O objetivo da análise de conteúdo é a manipulação de mensagens, conteúdo e expressão, para evidenciar os indicadores que permitam inferir sobre uma outra realidade que não a da mensagem (BARDIN, 2007).

Para Hair Jr. et al. (2005), a análise de conteúdo obtém dados através da observação e do conteúdo ou das mensagens de texto escrito. A análise de conteúdo é tipicamente empregada em relatórios, contratos, anúncios, cartas, questões abertas em questionários e conteúdos semelhantes ou qualquer outra ferramenta que o pesquisador tem condições de examinar a frequência com que palavras e temas principais ocorrem e identificar o conteúdo e as características de informações presentes no texto.

Quando os dados a analisar se apresentam sob a forma de um texto ou de um conjunto de textos, ao invés de dados ou valores quantitativos, a análise correspondente assume o nome de análise de conteúdo (LAGARDE, 1995). A análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa para tornar replicáveis e validar inferências de dados de um contexto que envolve procedimentos especializados para processamentos de dados de forma científica (KRIPPENDORFF, 1980). Pode ser utilizada para analisar em profundidade cada expressão específica de uma pessoa ou grupo envolvido num debate. É um método de observação indireto, já que a expressão verbal, ou não (linguagem não verbal), ou escrita dos entrevistados será observada (FREITAS; JANISSEK, 2000).

Weber (1990) apresenta alguns propósitos para o uso da análise de conteúdo, que são: permitir observar motivos de satisfação, insatisfação ou opiniões subentendidas, natureza de problemas, estudando as várias formas de comunicação. A análise de conteúdo possibilita a análise das opiniões das pessoas, não se restringindo unicamente às palavras expressas diretamente, mas também àquelas que estão subentendidas no discurso, fala ou resposta de um respondente. A análise de conteúdo tem como objetivo a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e com a ajuda de indicadores (PERRIEN; CHÉRON; ZINS, 1984; BARDIN, 2007).

Para este estudo, no caso da realização das entrevistas e para a transcrição das mesmas para o relatório de pesquisa, teve-se como foco analisar o conteúdo de cada intervenção para a identificação das efetivas emoções (positivas ou negativas) presentes no momento do parto, a partir da tipologia das emoções estudadas por Izard (1977), visto que tal estudo dá suporte às considerações e relações realizadas com as categorias emocionais (interesse, alegria/prazer, surpresa, tristeza, raiva, medo, vergonha, culpa, repulsa/desgosto e desprezo). Depois de identificadas tais emoções, as mesmas informações foram tabuladas e geraram a análise e interpretação dos resultados e inferências sobre as questões propostas principalmente nos objetivos específicos do trabalho.

A análise do conteúdo foi concretizada com a leitura dos conteúdos das entrevistas, anotações realizadas nos Roteiros Básicos de Questões e na escuta, por repetidas vezes, das gravações digitais. Os excertos, retirados das transcrições, fortaleceram a análise e finalizaram a construção de tal fase da pesquisa.

4.4 REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Durante o período de 02 a 30 de setembro de 2011 foram realizadas as entrevistas individuais em profundidade no CO do HG, com uma média de duração de cada entrevista de sete minutos, em Caxias do Sul (RS), totalizando cento e cinquenta horas de trabalho distribuídos na execução das entrevistas com as parturientes e na observação direta do funcionamento do setor e dos respectivos serviços prestados pela Instituição.

Para a efetiva realização das entrevistas, aconteceu um preparo prévio da pesquisadora sobre a metodologia de abordagem às parturientes e de apresentação da proposta de trabalho. Primeiramente, tomou-se cuidado com a apresentação pessoal da pesquisadora. Fisicamente, ela esteve paramentada com as roupas do CO, com crachá da Instituição para identificação e munida do material de gravação dos relatos e formulários para a assinatura dos termos individuais de consentimento.

Cada abordagem foi precedida pela apresentação pessoal (nome e identificação como pesquisadora), propósito da pesquisa e formato da coleta de dados (primeiro: assinatura do termo, segundo: coleta de dados do perfil da parturiente, terceiro: gravação da entrevista). De todas as abordagens realizadas não houve nenhuma recusa, ao contrário, apesar de estarem em trabalho de parto, a maioria delas, preferiu iniciar a coleta dos dados entre os intervalos das contrações uterinas. Ao final de cada abordagem, muitas parturientes pediam à pesquisadora que permanecesse no local para conversar um pouco e até para distraí-las durante o trabalho de parto. Nestas ocasiões era inevitável o convite para que a pesquisadora presenciasse o parto e, com consentimento da equipe médica, a mesma o fazia sem nenhuma objeção.

Muitos dos partos assistidos pela pesquisadora tiveram uma narrativa posterior mais detalhada pelas parturientes, principalmente, por elas terem visto que a pesquisadora acompanhou todo o processo de nascimento dos filhos delas. Foram momentos de extrema alegria para a pesquisadora. Além disso, é importante destacar que não houve nenhum caso de solicitação da parturiente para que os dados coletados fossem descartados. Acredita-se, assim, que a abordagem obedeceu aos princípios éticos e normas institucionais que preveem o bem estar e segurança dos pacientes. A pesquisadora já havia lido nas narrativas, em estudos anteriores, que a ausência de experiências pessoais diretas para estes estudos eram muito importantes para a interpretação das informações e, certamente, foram. Se a pesquisadora tivesse passado pela experiência da maternidade alguma vez em sua vida, certamente, o olhar

sobre a emoção das parturientes, em cada abordagem, poderia ter sido muito diferente. Este foi um fator determinante para que as entrevistas tivessem sido conduzidas com a imparcialidade necessária em cada caso observado.

Todas as vezes que o estudo era identificado como uma pesquisa para a dissertação de um mestrado, invariavelmente, as participações das respondentes ficavam mais comprometidas, ou seja, elas também se sentiam valorizadas por terem a oportunidade de estarem participando de um estudo científico. O tom de voz das parturientes, a linguagem não-verbal e as expressões faciais também auxiliaram na observação da pesquisadora sobre se aquilo que estava sendo dito, realmente, estava sendo sentido ou demonstrado coerentemente pela parturiente.

Ainda sobre a efetiva realização da pesquisa, King e Horrocks (2010) indicam três aspectos ambientais importantes para a realização das entrevistas: conforto, privacidade e silêncio, sendo considerado o primeiro fator particularmente importante e relacionado com o teor e qualidade das respostas. Evidencia-se que para este estudo, a maioria absoluta das entrevistas foi realizada na sala de recuperação do centro obstétrico e que apesar da estrutura do local, as pacientes já se encontravam sem dor física e com nível de conforto aceitável (deitadas, cobertas por lençóis e cobertor, com soro e outras medicações prescritas e com as necessidades fisiológicas satisfeitas).

4.5 OBSERVAÇÃO DIRETA

Para Remler e Van Ryzin (2011), uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, pode envolver, por vezes, a observação direta do comportamento dos indivíduos que fazem parte do contexto pesquisados. Além das entrevistas, o pesquisador pode observar o comportamento dos entrevistados ou o conjunto que o acompanha (ambiente), por meio de anotações, de gravações ou de filmagem. Os autores classificam os níveis de observação-participação do pesquisador na observação direta conceituando o completo observador como aquele pesquisador que não interfere ou não se engaja ativamente no ambiente, onde os fatos acontecem, mas que observa o funcionamento do conjunto. Os mesmos exemplificam a classificação com o caso do pesquisador que senta em uma sala de espera de uma emergência e observa as interações entre pacientes e profissionais da área.

Além disso, Hennink, Hutter e Bailey (2011) enfatizam que a observação direta é um método de pesquisa que permite aos pesquisadores observar, sistematicamente, o comportamento das pessoas, ações e interações. O método também permite ao pesquisador obter uma detalhada descrição do contexto social, a ordem de ocorrência de determinados comportamentos de forma a situar estas pessoas em seus próprios contextos sócio-culturais. O foco da observação, bem como o local a ser observado são guiados, com frequência, pelo propósito da pesquisa ou da necessidade de observação.

Ainda sob a ótica destes autores, evidencia-se que a observação é outra importante ferramenta para pesquisas qualitativas em paralelo às entrevistas em profundidade ou grupos de foco, sendo mais apropriado de ser utilizado: (i) quando explora um novo tópico de pesquisa; (ii) promove um contexto para o estudo através de um conjunto de fatos sociais; (iii) descreve um local específico ou ações e interações interpessoais; (iv) entende ou explica as ações das pessoas em um determinado contexto; (v) descobre normas e valores sociais; (vi) complementa outros métodos de pesquisa; e (vii) proporciona um entendimento contextual das descobertas de outros métodos de pesquisa, como: entrevistas em profundidade ou questionários. A observação direta não deveria ser utilizada como único método de pesquisa e sim como um complemento a outros métodos de coleta de dados.

5. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

5.1 PERFIL DAS ENTREVISTADAS

Ao todo, foram entrevistadas cinquenta pacientes, conforme previamente definido e apresentado na parte relativa à Metodologia de Pesquisa (vide seção 4.2). A Figura 15 caracteriza a amostra das parturientes entrevistadas para este estudo, onde foram destacados os aspectos que definem detalhadamente o perfil que as tornam aptas para a coleta de dados.

N.	Entrevistadas (*)	Idade (anos) e Estado Civil	Credo (Religião)	Partos Anteriores	Pré-Natal	Parto Atual
1	T.C.D.	21, casada	Evangélica	2 cesarianas	sim	Cesariana
2	C.M.R.	36, casada	Test. de Jeová	2 cesarianas	sim	Cesariana
3	M.M.S.	31, solteira	Evangélica	1 normal	sim	Normal
4	C.N.V.	30, solteira	Evangélica	primípara	sim	Normal
5	N.F.B.	34, casada	Católica	2 normais	sim	Normal
6	R.L.L.	19, solteira	Luterana	primípara	sim	Cesariana
7	D.C.R.	31, solteira	Católica	1 normal	não	Normal
8	F.S.D.	27, casada	Evangélica	2 normais	sim	Normal
9	Descartada	-	-	-	-	-
10	F.S.	35, casada	Católica	3 cesarianas	sim	Cesariana
11	R.F.	22, união estável	Evangélica	primípara	sim	Cesariana
12	P.M.	25, união estável	Sem credo	primípara	sim	Normal
13	G.S.B.	34, união estável	Umbanda	4 cesarianas	sim	Cesariana
14	P.R.K.F.	26, casada	Sem credo	1 cesariana	sim	Cesariana
15	C.B.N.	42, casada	Católica	2 cesarianas	sim	Cesariana
16	J.C.S.	23, união estável	Católica	3 cesarianas	sim	Cesariana
17	C.J.S.	18, união estável	Católica	primípara	sim	Normal
18	C.L.	19, união estável	Católica	primípara	sim	Cesariana
19	N.G.B.	33, união estável	Evangélica	6 normais	sim	Normal
20	M.M.	25, solteira	Evangélica	2 normais	sim	Normal
21	J.C.C.	40, união estável	Católica	5 normais	sim	Normal
22	B.M.C.	27, união estável	Sem credo	2 normais	sim	Normal
23	R.F.F.M.	29, união estável	Evangélica	4 normais	sim	Normal
24	M.M.C.	39, separada	Sem credo	primípara	sim	Cesariana
25	N.O.A.	14, solteira	Evangélica	primípara	sim	Normal
26	S.E.M.	28, solteira	Católica	2 normais	sim	Normal
27	L.I.S.O.	30, casada	Católica	1 normal	sim	Normal
28	P.B.S.	26, casada	Católica	1 cesariana	sim	Cesariana
29	M.P.	30, união estável	Católica	1 cesariana	sim	Cesariana
30	M.R.B.	27, união estável	Católica	1 cesariana	sim	Cesariana
31	E.F.G.H.	31, casada	Mórmon	1 cesariana	sim	Cesariana
32	S.C.S.	26, casada	Evangélica	2 cesarianas	sim	Cesariana
33	L.V.O.	21, união estável	Sem credo	1 cesariana	sim	Cesariana
34	M.S.D.A.	15, união estável	Sem credo	primípara	sim	Cesariana
35	T.C.	15, solteira	Católica	primípara	sim	Normal
36	M.O.M.	21, união estável	Sem credo	primípara	sim	Cesariana
37	C.F.S.V.	21, união estável	Católica	primípara	sim	Normal

38	A.S.	18, união estável	Evangélica	primípara	sim	normal
39	R.A.F.	41, união estável	Católica	4 normais	sim	Normal
40	D.B.	31, casada	Evangélica	primípara	sim	Normal
41	H.R.	19, união estável	Católica	primípara	sim	Normal
42	P.O.C.	33, casada	Católica	1 normal	sim	Normal
43	K.F.D.	22, união estável	Budista	1 normal	sim	Normal
44	L.S.B.	34, união estável	Evangélica	4 normais e 1 cesariana	sim	Normal
45	R.P.S.	25, união estável	Evangélica	primípara	sim	Cesariana
46	D.H.T.	24, união estável	Evangélica	primípara	sim	Cesariana
47	T.D.B.	33, casada	Católica	primípara	sim	Cesariana
48	F.A.Z.	38, união estável	Católica	5 normais	sim	Normal
49	R.P.A.	34, união estável	Católica	1 normal	sim	Normal
50	F.B.J.	34, união estável	Sem credo	1 cesariana	sim	Cesariana
51	N.L.G.	42, casada	Católica	3 normais	sim	Normal

Figura 15 – Caracterização da amostra

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados coletados nas entrevistas realizadas para este estudo.

Obs.: (*) Para preservar a identidade das entrevistadas, foram registradas, apenas, as iniciais dos nomes das mesmas.

Observa-se, pela Figura 15, que a entrevista 9 foi descartada. Justifica-se tal acontecimento pelo fato da coleta de dados ter iniciado na sala de pré-parto, enquanto a paciente estava em trabalho de parto, e este ter acontecido, efetivamente, seis horas depois. O nascimento aconteceu de madrugada e a pesquisadora somente voltou ao local após trinta horas, o que invalidava a realização da entrevista em profundidade para aquele caso, ou seja, a coleta de dados se caracterizou como sendo fora dos padrões dos outros casos estudados.

5.2 RESULTADOS DA OBSERVAÇÃO DIRETA

A observação direta aconteceu durante o período de espera entre a realização das entrevistas com as parturientes e foi estruturada com o intuito de identificar as rotinas de trabalho do CO, além de contextualizar o ambiente da pesquisa e acercar acuracidade às informações declaradas nos testemunhos registrados das pacientes. Tal etapa serviu como base para algumas das constatações, as quais são apresentadas a seguir.

5.2.1 Formação de Grupos de Trabalho e Relacionamentos

Entre os profissionais do CO (médicos obstetras e pediatras, residentes, enfermeiros, técnicos de enfermagem, membros da UTI Neonatal/Pediatria/Serviço Social) existe uma coesão maior entre os profissionais de mesmo nível de formação e turno de trabalho. Percebeu-se um descontentamento, principalmente, dos técnicos e auxiliares de enfermagem em relação aos médicos em detrimento ao tratamento interpessoal, existe uma “distância” na forma e contexto de comunicação. Parece haver uma divisão hierárquica entre as funções, apesar de não haver um organograma que formalize o fato. Entre os diferentes turnos, a comunicação também é diferenciada, alguns profissionais comentam a respeito do “turno do dia” e “turno da noite”, como equipes distintas e com formas de realização de tarefa, rotinas, protocolos e atribuições de diferentes.

Não foi percebido, em um primeiro momento, alguma rivalidade, mas o fato de não haverem reuniões setoriais, por exemplo, que consigam juntar todo o grupo, simultaneamente, dificulta ainda mais a fluência da comunicação e o entendimento de necessidades comuns ou problemas que poderiam ser solucionados mais rapidamente. Parecem territórios divididos e distintos dentro de um mesmo setor. Um dos comportamentos comuns, observados, é uma expectativa por um volume de trabalho menor no turno em que se esteja trabalhando, ouviu-se o seguinte comentário: “a lua vai trocar na terça-feira de noite... xiiii, vai ter trabalho pro turno da noite... elas vão sofrer”. Foi inusitado perceber que a maioria absoluta dos profissionais do CO sabia as datas mais próximas de alteração da fase lunar e atribuíam à lua cheia como influenciadora do volume de partos a serem realizados naqueles dias. Alguns obstetras têm mais “simpatia” por parte de alguns profissionais, tornando o clima organizacional mais propício ao trabalho em equipe e à efetividade das tarefas. O ambiente ficava mais calmo e também mais alegre. Era de comum percepção quem eram os “agitadores” do ambiente e quem eram os mais “coerentes” e equilibrados.

O uso de jargões era bastante comum, principalmente, de siglas que resumiam a comunicação. Havia um acontecimento peculiar: quando a parturiente estava pronta para o parto (dilatação completa e bolsa rompida), efetivamente, a responsável pela respectiva sala de pré-parto gritava “parto” e sabia-se, por senso comum, que a paciente já estava sendo encaminhada ao local para o nascimento do bebê (a parturiente ia caminhando, com o auxílio de técnicos e segurando o “forro” até a sala de parto). Sabia-se que, neste momento, deveria ser chamado o pediatra e que no caso da cesariana, o anestesista já estava presente no recinto

e pronto para o procedimento. Havia uma sincronia muito particular nestas horas. Denotou-se aí o trabalho em equipe.

Todos os profissionais sabiam de suas responsabilidades e estavam a postos para quaisquer intercorrências. Quando era necessária que a UTI neonatal estivesse preparada para um parto prematuro ou de urgência, havia uma comunicação bastante respeitosa entre os diferentes setores. Não foi percebida nenhuma solicitação, durante o período da pesquisa, que tenha sido realizada pelo CO e não tenha sido prontamente atendida pela UTI, desde a reserva de um leito até a solicitação de leite “NAN”. Durante a pesquisa, houve a ocorrência de uma baixa social (denominação para os partos que ocorrem e que as mães não ficarão, primeiramente, com a guarda legal dos bebês) em virtude de uma parturiente ser dependente química de *crack* e ter usado a droga 48 horas antes do nascimento do bebê. A assistente social do HG que atendeu ao pedido foi extremamente bem tratada e respeitada por toda a equipe do CO, comprovando assim, que existe um relacionamento bastante forte entre os setores e com um clima bastante favorável à execução efetiva do trabalho. O mesmo ocorre com membros do laboratório, lavanderia e copa do hospital.

As funcionárias com mais tempo de serviço no CO são reconhecidas por suas experiências e pelo conhecimento sobre o trabalho a ser realizado diariamente. Em muitas ocasiões elas eram escaladas para permanecerem na sala de parto ou bloco para dar suporte aos procedimentos, principalmente, às cesarianas. Uma das rotinas mais atípicas a ser feita por elas era o encaminhamento da placenta ao laboratório. Às vezes elas saíam “desfilando” pelo CO com o material recolhido em saco plástico transparente, o que parecia bastante normal para os profissionais, mas acabava chocando um pouco a quem estava visitando as pacientes ou até a pesquisadora durante as primeiras visitas ao CO.

5.2.2 Presença dos Familiares, Horário de Visitas e Sala de Espera do CO

No CO não é permitida a permanência de familiares da parturiente estando ela na sala de atendimento, pré-parto, parto ou SARE, exceto nos horários de visita previstos pelo regulamento da instituição. A exceção acontece se a parturiente for menor de idade, para este caso, a mãe ou outro acompanhante permanecem ao seu lado. Em comparação com outras instituições onde os partos são acompanhados por familiares, cinegrafistas, fotógrafos no HG, a parturiente permanece sozinha durante o trabalho de parto e no nascimento do bebê. O pai e os familiares da paciente são informados do nascimento da criança e apresentados à mesma

pelas auxiliares de enfermagem que levam a criança à sala de espera, depois do primeiro banho. Em uma das ocasiões, que pode ser acompanhada pela pesquisadora, a parturiente de 14 anos, primípara, estava em trabalho de parto há algumas horas e chamou a sua mãe. Foi visível a mudança de comportamento frente às contrações e as dores sentidas.

Em um primeiro momento, ela assumiu um comportamento de “vítima”, gritando e realmente, perturbando o pré-parto de outras pacientes, sua mãe conversou com ela e explicou que naquele momento ela seria “mãe” e que teria que enfrentar tudo o que estava acontecendo, imediatamente, a paciente se acalmou, sentia as dores, obviamente, mas conseguiu administrar seus sentimentos até que a dilatação do colo do útero estivesse completa. Outro caso ocorreu com uma parturiente que ao sentir as contrações gritava muito alto, literalmente, desequilibrando emocionalmente outras pacientes, ela estava desacompanhada por ser maior de idade e múltípara, seus gritos eram tão desproporcionais com a medida de dilatação que tinha até o momento, dois dedos, que o marido a escutava na sala de espera e “arrombou” a porta do CO por pensar que estivessem “matando” a sua mulher. Ele foi liberado para acompanhar a esposa por um tempo diferenciado, bem superior ao de visitas, a fim de tranquilizá-la e permitir que as outras parturientes pudessem realizar os próprios trabalhos de parto em “paz”.

Nestes momentos, percebia-se uma completa inflexibilidade dos funcionários ou, fundamentalmente, falta de preparo para lidar com tais situações e a fim de apurar os fatos e tentar solucioná-los com brevidade. Por vezes, parecia tudo muito “normal”, tais como os gritos, palavras de baixo calão ditas pelas parturientes e as manifestações dos familiares na sala de espera. Em outra ocasião bastante peculiar, uma senhora, dependente química de *crack* havia passado por um procedimento cirúrgico, que exigiu a permanência na SARE por mais de dois dias, como havia sido um tratamento pertinente ao CO, ela ficou com as parturientes, ela acordava em abstinência de droga, recusava as transfusões de sangue e na mesma dependência estavam mães recém-chegadas do parto normal ou cesariano e seus respectivos bebês. O ambiente ficava bastante confuso para as mães e impróprio ao trabalho pela equipe (que prontamente tentava atender a todas). Em um dos horários de visitas, um senhor (tinha se identificado como familiar da paciente) quis vê-la, a segurança do hospital foi chamada, pois não se sabia se realmente era um familiar, um traficante ou um amigo. A situação foi constrangedora, principalmente, para a equipe que parou de trabalhar para ficar de prontidão caso alguma emergência acontecesse. Outras mães estavam na SARE com seus bebês e familiares, no mesmo momento. Felizmente, nada de ruim aconteceu, mas a insegurança nos profissionais era evidente.

Um caso bastante comum entre os pais que permanecem na sala de espera é a troca de experiências e de expectativas. Como eles passam muito tempo esperando, sem outras atividades ou acesso às suas esposas, muitos conversam sobre futebol, filhos, emprego e acabam por fazer novas “amizades”, o mais interessante é perceber que quando um bebê nasce e o outro pai permanece esperando a sua vez, o primeiro permanece também fazendo companhia, olhando para as fotos e às vezes “arrumando” até o casamento dos filhos recém-nascidos, quando suas esposas são levadas aos quartos, no andar superior, fora do CO, os pais continuam a se visitar (enquanto estiverem no hospital) levam os bebês para que a outra mãe conheça e contam muitas outras estórias de sala de espera. Muitas dessas estórias são vistas e contadas no CO todos os dias. A equipe do CO vivencia cotidianamente estas experiências, são elas também que acompanham os partos dos natimortos e que auxiliam os médicos nos procedimentos protocolares de encaminhamento dos documentos e dos materiais orgânicos (corpo do bebê para a necropsia), nestes casos, é evidente o estresse emocional vivido por estas profissionais.

5.2.3 Relacionamento dos Profissionais com as Parturientes e Outras Pacientes com os Recém Nascidos

Todos os profissionais que trabalharam no CO, durante o período da pesquisa, demonstraram respeito e carinho para com as pacientes, seus familiares, mas principalmente, com os bebês. Era comumente perceber o amor com que os bebês eram tratados ainda na sala de exames dos recém-nascidos até chegarem aos braços de suas respectivas mães. As enfermeiras e técnicas de enfermagem, principalmente, comentavam a respeito das roupinhas, das feições das crianças, das condições de nascimento e os tratavam com denominações ainda mais carinhosas, tais como: “gatinho(a), amadinho(a), queridinho(a), fofurinha e fofinho(a)”, entre outras expressões do tipo.

Os primeiros cuidados, conforme protocolo médico, eram realizados com muito cuidado, toda a atenção era destinada ao bem estar do bebê, incluindo a verificação da temperatura da água e produtos de higiene e limpeza utilizados para os mesmos (marcas de alta qualidade). Quando os bebês eram entregues para as mães, já aguardando na SARE, era motivo de celebração. As profissionais sempre elogiavam o bebê e instruíam a mãe na primeira amamentação, até que realmente vissem que o bebê já estava sugando e em harmonia completa com sua mãe. Mesmo os profissionais que naquela escala de trabalho, não estavam

exercendo suas atividades na SARE ou com os recém-nascidos observavam a animação e iam conhecer os “pequenos” heróis nascidos no seu dia de trabalho.

O clima organizacional prevalecia bastante positivo nos turnos de trabalho acompanhados: manhã, tarde, noite e plantões nos finais de semana (alternando a ordem dos profissionais dos turnos da manhã e tarde). Em diversas ocasiões os partos eram acompanhados por estudantes de diversos cursos técnicos de enfermagem e graduações da UCS, sob nenhuma forma foi verificado qualquer impedimento de acesso pelos profissionais do CO, ao contrário, acompanhavam os grupos e mostravam o funcionamento das rotinas, atividades e funções desempenhadas pelo profissional nesta área da saúde. Percebia-se algum tipo de desconforto nas técnicas de enfermagem mais antigas (leia-se com mais tempo de trabalho no CO), sempre que os grupos permaneciam muito tempo no CO, elas afirmavam que as pessoas ocupavam muito espaço e tumultuavam o setor, mas estas observações eram exceções no cotidiano do HG.

5.2.4 Reuniões Periódicas entre as Equipes de Trabalho

Trocas de informações, experiências e boas práticas: em uma das ocasiões de pesquisa, a pesquisadora questionou a enfermeira chefe do CO, no turno da manhã, para saber se a equipe fazia reuniões ou algum tipo de treinamento. Ela respondeu que reuniões eram raras em função do ritmo diário de trabalho e que em outros horários, as mesmas profissionais, não poderiam participar, visto que trabalhavam em funções similares em outras instituições de saúde da cidade, e que os treinamentos eram raros.

As reuniões eram feitas sempre que acontecia algo “errado” e quando era solicitado por outras chefias do hospital. Ela, como líder da equipe, sabia o quanto faziam falta estas reuniões e quanto as profissionais precisavam destes momentos. Alguns encontros informais aconteciam na copa que as profissionais ocupavam para tomar água ou fazer um breve intervalo entre um parto e outro, entre atendimentos ou consultas. Poucas experiências eram trocadas, bem como o teor das informações, que na maioria das vezes, não dizia respeito à melhoria de algum método de trabalho. A impressão que se tinha era de pouco tempo, pouca metodologia de gestão e muito esforço sem a mensuração efetiva de resultados.

O *benchmarking* praticamente inexistia, não havia organização de períodos curtos de tempo para que reuniões e aprendizado em grupo acontecessem. As profissionais também foram abordadas pela pesquisadora sobre este tema e, realmente, expressaram o desejo de

poder se reunir, inclusive com equipes de outros turnos, para conversar, discutir sobre os trabalhos realizados e o que poderia ser melhorado na prática cotidiana e com relação à organização de todo o CO do HG.

5.2.5 Outras Necessidades e Observações Realizadas

Torna-se premente o treinamento das equipes, acompanhamento psicológico e social das profissionais que atuam no CO. Não foi observado, pela pesquisadora, nenhum evento de treinamento que tenha acontecido durante o período de realização das entrevistas às parturientes. Também não aconteceu nenhum curso ou treinamento dentro do CO no mesmo período. Sabe-se da importância do treinamento para a melhor gestão das equipes, principalmente, as de alto desempenho, o que, acredita-se, é o caso do CO, urgências e emergências podem acontecer a qualquer momento e profissionais preparados, comprometidos e responsáveis, neste caso, podem salvar vidas.

Falta um acompanhamento psicológico e da assistente social para os profissionais do CO seria de grande valia, visto que a maioria absoluta das profissionais é mãe e as mesmas trabalham diretamente com diversos níveis de risco, mas o principal é o de desequilíbrio emocional. Acompanhar uma parturiente de natimorto, fazer o atendimento no PRAVIVIS e conseguir lidar adequadamente com a pressão e falta de estrutura de trabalho desgastam muito os profissionais. Muitas profissionais são divorciadas, solteiras e têm problemas financeiros e de acompanhar o crescimento dos próprios filhos, fatores que podem desestabilizar o exercício da profissão. Por relatos dos próprios profissionais, a falta de dinheiro, no orçamento pessoal é um dos fatores que mais preocupam no dia a dia, além do cansaço físico e a preocupação com o futuro. Foi surpreendente acompanhar a rotina de trabalho destes profissionais, eram incontáveis atendimentos no setor de consultas e triagem, de preparação para o parto, no parto e na SARE. Cada dia reservava uma “surpresa” para cada um deles.

A pesquisadora teve a oportunidade de acompanhar uma emergência no CO, em que aconteceu uma intercorrência rara: a inversão total do útero de uma paciente. Foram acionados dois anestesistas, mais um médico obstetra e como estava no horário de troca de turno no sábado, toda a equipe do noturno que estava chegando. Felizmente, a paciente teve a vida salva, mas no transcorrer da cirurgia percebeu-se que o carrinho de desfibrilação cardíaca estava com defeito, ou seja, se a paciente tivesse tido um choque anafilático ou parada cardíaca, os responsáveis pelos procedimentos no CO, naquele momento, teriam grandes

problemas, colocando em maior risco ainda a vida da paciente. Após o episódio foi constatado que o conserto para tal equipamento já havia sido solicitado diversas vezes sem sucesso.

Foi percebido que as entrevistas “distraíam” as mães nos primeiros minutos de chegada à SARE, enquanto o recém-nascido era examinado e dado o primeiro banho. As mães estavam, na maioria absoluta das vezes, sem dor e mais pré-dispostas para responder aos questionamentos da entrevista. As que haviam iniciado a coleta de dados na sala de pré-parto estavam aguardando para terminar a entrevista.

5.3 DIMENSÕES EMOCIONAIS AMBIVALENTES IDENTIFICADAS

Com o objetivo de ilustrar e fortalecer a argumentação sobre a ambivalência emocional durante o parto, listam-se a seguir os relatos de algumas das entrevistas realizadas para o estudo. Evidencia-se que a **raiva** e o **desprezo**, caracterizadas como emoções negativas, não foram identificadas junto às entrevistadas. Tais emoções são mais frequentes em casos de nascimentos de natimortos e em casos de partos oriundos de violência sexual, de acordo com o relato dos profissionais que atuam no CO. Neste estudo, especialmente, não houve a incidência de tais fatos, que pudessem ser documentados durante o período de permanência da pesquisadora no CO do HG.

Em cada um dos relatos feitos, verifica-se que a simultaneidade ou ambivalência emocional se apresenta (VERÍSSIMO, 2009). Emoções positivas e negativas evidenciam-se a partir das lembranças recém vividas pelas parturientes. Os excertos a seguir são elucidativos:

[...] Parto é o nascimento do nenê, é ter mais um filho, trazer mais uma criança pro mundo, cuidar de mais um bebê [...] fiquei nervosa, bastante nervosa, depois feliz, curiosa, mais é ansiedade mesmo (ENTREVISTADA 1 – parto cesariano, dois partos anteriores, 21 anos, casada).

[...] Meu filho é o primeiro que me vem na cabeça, é difícil, mas tem recompensa [...] ele vai me ajudar a crescer, talvez [...] vamos ver daqui a uns tempos o que eu vou pensar (ENTREVISTADA 6 – primípara, parto normal, 19 anos, solteira).

Para outras parturientes, independentemente de serem primíparas ou múltiparas, **as emoções negativas prevaleceram** e foram claramente observadas, tornando o parto uma

experiência mais temerosa do que poderia, realmente, ser. Para ilustrar tal situação, segue algumas percepções das entrevistadas:

[...] *Paura* [medo em italiano], minha mãe teve doze filhos. A gente dá valor prá mãe, a gente tem que ser mãe, depois que eu tive o primeiro passou, o parto é importante, é sofrido, não é fácil, mas é bom (ENTREVISTADA 3 – parto normal, um parto normal anterior, religião: testemunha de Jeová, 31 anos, solteira).

[...] Ai, parto é muito pesado, assim, sofrido. A gente não lembra de quase nada de coisas boas, assim, dor, a gente só lembra das dores, isso [...] o parto é o ser ali, que não tem mais o que... muitas pessoas se tivessem como voltar atrás não teriam, voltava atrás, não teriam o parto. É uma palavra forte, depende só de ti ali mesmo (ENTREVISTADA 5 – parto normal, teve dois partos normais anteriores, trabalho de parto: 7 horas, 34 anos, casada).

[...] A primeira coisa que vem na cabeça é o risco de vida, pode se sair bem ou não [...] a dor é o significado do parto prá mim [...] me senti sozinha e também com medo (ENTREVISTADA 13 – parto cesariano, quatro partos cesarianos anteriores e mais um aborto, 34 anos, união estável).

[...] Medo, medo, foi muito estranho, uma sensação ruim parecia que o ar não vinha, que vai estourar o peito, e aí tu não entende o que está acontecendo dentro da tua barriga e isso dá muito medo e aí quando o bebê saiu eu não ouvi o choro e me deu medo de não ver o bebê e elas fazendo, eu não sei o que com o nenê, e dá muito medo, tipo, o que tá acontecendo? Tem alguma coisa errada, é ruim [...] a palavra medo tu vai ouvir muito da minha boca (ENTREVISTADA 24 – paciente de gestação de alto risco, fez cesariana, dois abortos anteriores, 39 anos, separada).

[...] Só tinha um cuidado que era o que desde o começo eu já tive com pressão alta e eu tive medo, bastante medo em relação a isso, de dar algum problema, alguma complicação, porque a doutora disse que caso eu não tivesse cuidado com tudo, não era só o nenê, era eu e o nenê que corriam risco. E eu tinha medo, que assim teve uma amiga minha que ela teve que escolher entre ela e o nenê (ENTREVISTADA 44 – parto normal, sétima gestação, 1 aborto – paciente de alto risco – pré-eclâmpsia, 34 anos, união estável).

A **culpa** é outra das emoções negativas que foi expressa quando da intercorrência médica, ou seja, o parto aconteceu de forma inesperada, por problemas de saúde, risco de morte ou algum incidente que antecipasse o nascimento do bebê. Usualmente, mãe e filho são separados em virtude da necessidade de tratamentos específicos, por exemplo, internação na UTI Neonatal. Consoante isso, os excertos a seguir ilustram tal ocorrência:

[...] Ah, então, quando eu engravidei desse daqui, a gente não pode levar para o lado negativo, quem perdeu um filho sabe o que dói, mas antes que

venha mais um do que não venha, a gente tem expectativa, será que é uma menina ou menino [...] a parte boa: a vida e a ruim: dor que passa e a gente nem lembra mais (ENTREVISTADA 2 – parto cesariano, dois partos cesarianos anteriores, uma filha falecida com seis anos, 36 anos, casada).

[...] Vida, amor, carinho, dor [...] eu acho que a vida é tudo né?!? Ainda mais de um filho [...] dependendo, eu acho que às vezes a gente se sente um pouco culpada, mas a gente sabe que não é culpa da gente, porque é coisa do destino, quem sabe se eu não tivesse feito força demais, se meu parto podia ter sido normal, mas na medida do possível [...] a médica disse que não, mas eu não sei, no momento, às vezes passa que é culpa, depois passa, mas fazer o que, a vida é assim [...] (ENTREVISTADA 12 – primípara, parto normal, bebê prematuro, 36 semanas de gestação, pesou 0,6 kg e foi diretamente encaminhado à UTI Neonatal, 25 anos, união estável).

A incidência de **emoções positivas** também ocorreu, bem verdade, com menor frequência, visto que a ocorrência simultânea com o medo (ambivalência) tomou a maioria absoluta dos relatos. Entretanto, algumas pacientes fazem do parto um momento de realização da capacidade de serem mães e de darem vida a outro ser humano.

[...] Eu me senti bem bonita, bem feliz. Fora a dor, eu senti que foi normal, que é a natureza seguindo o curso (ENTREVISTADA 7 – parto normal, 31 anos, solteira, usuária de *crack* e outras substâncias químicas. Caso de baixa social para o bebê que nasceu. Conforme os profissionais do CO, a criança já nasceu abaixo do peso e em estado de abstinência química).

[...] Dor. Só dor e depois a alegria de ver meu filho [...] não tem explicação. Fico muito feliz, foi no meu aniversário, foi um presente e tanto (ENTREVISTADA 18 – primípara, parto cesariano, trabalho de parto de 14 horas, 19 anos, união estável).

[...] Ai, aquela alegria, aquela emoção, embora tu tenha muita dor, tu está ansiosa ali, esperando prá ver, afinal foram nove meses que tu espera ali, né?! (ENTREVISTADA 22 – parto normal, sem intercorrência, dois partos normais anteriores, 27 anos, união estável).

[...] Eu senti que ia valer a pena aquela dor que eu que tava sentindo. Valeu muito a pena [...] agora estou me sentindo muito feliz, realizada (ENTREVISTADA 42 – parto normal, um parto anterior, 33 anos, casada).

[...] É a caixinha principal, é o ponto G, digamos assim, prá nascer uma criança, é a coisa mais importante prá mim hoje [...] tipo, uma surpresa, como ele vai ser? Será que ele vai ser parecido comigo? Será que vai ser parecido com o pai? Ele tá vindo saudável? É um negócio que é muito forte, que vem dentro de ti, até a minha pressão arterial ficou elevava durante o parto de tão [...] e tu chora, tu chora que é uma alegria que é muito boa, às vezes tu nem sente a dor, tu sente aquele, nossa é muito bom (ENTREVISTADA 46 – parto cesariano, primípara, teve um aborto anterior, é Auxiliar de Enfermagem, 24 anos, união estável).

[...] Sensação de poder, porque a gente faz isso, ninguém mais pode fazer isso, então, é uma sensação de naquele momento ali tu és a mais importante [...] ninguém mais pode fazer isso por você [...] no coração tinha o amor [...] na mente dúvidas de como vai ser a tua vida, tua trajetória [...] no corpo o medo de não saber se tu vais poder chegar até o fim, se tu vai poder trazer essa vida com saúde, se tu vai poder fazer o serviço certo, se tu vai poder ajudar. E então, são três coisas: amor, medo e dúvida de como vai ser o futuro, de como vai fazer para dar uma vida melhor [...] te dá aquela alegria mas te dá ao mesmo tempo aquele medo, tu não sabe o que te espera, o novo [...] (ENTREVISTADA 26 – 2 partos normais anteriores, não fez pré-natal e não tem contato com o pai da criança, 28 anos, solteira).

O **medo** e a **alegria/prazer** foram emoções que caracterizaram a maioria dos partos acompanhados durante o estudo, independente do perfil da parturiente, tipo de parto ou condições de nascimento do bebê. Tais emoções foram as mais incidentes, e claramente identificáveis, como pode ser observado a seguir:

[...] Eu senti medo, eu senti amor pelo meu nenê, nossa, eu sabia, não via a hora de quando ela nascesse de ouvir o chorinho dela e ver o rostinho dela [...] foi o melhor momento da minha vida, é isso (ENTREVISTADA 10 – parto cesariano, outros três partos cesarianos anteriores, 35 anos, casada).

[...] Ser mãe é a melhor coisa que tem, apesar de ter um, ter dois [filhos], mas a emoção sempre é a mesma, sempre a mesma [...] só senti emoção e aquela ansiedade [...] tinha medo de fazer a anestesia (ENTREVISTADA 16 – parto cesariano, três partos cesarianos anteriores, sendo o último com natimorto por nascimento tardio do bebê, causa do falecimento, 23 anos, união estável).

[...] Tive medo, não sabia como fazer a força, fiquei um pouco assustada, a minha mãe segurava meu braço e dizia para fazer força, o coração tava a mil [...] eu tava preparada para ter ele (ENTREVISTADA 25 – primípara, parto normal, longo período de trabalho de parto, teve a inversão total do útero, permaneceu mais de 24 horas na UTI do HG, 14 anos, solteira).

[...] Medo, eu tinha medo do parto normal, preferia uma cesárea. O parto? Acho que não tem coisa melhor no mundo, a felicidade de ficar tendo um pedacinho teu ali, acho que é isso... foi bem tranquilo, eu não me senti, claro que eu senti medo, mas não me senti nada que me deixasse angustiada, agoniada nada [...] fiquei ansiosa, a gente sempre fica um pouquinho mas não assim aquela coisa de ter medo de alguma coisa, bem tranquilo (ENTREVISTADA 29 – parto cesariano, uma cesariana anterior, 30 anos, união estável).

[...] Tudo, coisas boas e coisas ruins, a gente fica preocupada, mas mais foi coisas boas, de ver o rostinho, de ver com que é que é parecido, tudo de bom, os médicos foram bem atenciosos. O, doutor ouvindo os meus gritos e dizia, calma que já vai passar e eu dizia: Não vai [...] mas foi bom. Eu senti como eu imaginava, como eu tinha medo, eu chorava, eu fazia bagunça

(ENTREVISTADA 30 – parto cesariano, parto cesariano anterior foi prematuro, 27 anos, união estável).

[...] Ai, acho que é uma das coisas mais importantes que tem, que tá nascendo uma nova vida, é uma sensação mais bonita que deve existir na vida da gente [...] eu tava com um pouco de medo, não sabia bem como ia ser, mas em relação assim, eu tava tranquila, deu tudo certo, não correu nada de imprevisto e foi bem tranquilo, bem planejado, correu tudo bem mesmo (ENTREVISTADA 32 – parto cesariano, duas cesarianas anteriores e um aborto, 26 anos, casada).

[...] Senti um pouco de medo, não é bom né, depois tudo fica, corre tudo bem [...] sentia assim: alegria, medo, dúvida de como ia ser (ENTREVISTADA 34 – parto cesariano, primípara, 15 anos, união estável).

[...] Eu fiquei bem angustiada, bem nervosa, é uma sensação tipo assim, de felicidade de ver que a minha filha nasceu, mas bem nervosa (ENTREVISTADA 37 – primípara parto normal, 21 anos, união estável).

[...] Nossa é inexplicável o que passa, tudo, no mesmo momento que tu ri, tu chora, tu sente né?! E não é fácil, as dores, as contrações são fortes, mas tu não vê a hora de receber teu bebezinho é bem único (ENTREVISTADA 40 – primípara, parto normal e uso do fórceps para a saída do bebê, 31 anos, casada).

[...] Medo, nervosismo, felicidade, muito só de emoções. Tava ansiosa, tava nervosa, eu não sou daqui, tava num lugar completamente estranho, nada era da minha rotina, então até por isso um pouco mais nervosa, um pouco mais (ENTREVISTADA 47 – primípara, reside no interior de Garibaldi, parto prematuro, bebê na UTI, paciente muito emocionada, 33 anos, casada).

[...] Ao mesmo tempo é ruim e é bom, tu tá dando a vida, é emocionante, depois do nascimento é emocionante. [...] No coração passe o que passar, mas espero que compense depois, só pensava isso (ENTREVISTADA 48 – parto normal, cinco partos anteriores, sendo que os dois últimos de alto risco para a mãe, 38 anos, união estável).

[...] Eu não via a hora dela nascer, prá eu ver a carinha dela, é muita dor, nossa, insuportável, mas depois tudo compensa, nasceu, tirou com a mão [...] tava muito ansiosa, muito mesmo, até achei que ela ia nascer, até pelo fato de ter entrado em trabalho de parto prematura, eu achei que ia nascer bem antes, eu tava desde o início do mês esperando prá ver ela, eu tava muito ansiosa, agora ela tá aí (ENTREVISTADA 49 – parto normal, um parto normal anterior, 34 anos, união estável).

[...] Parto é vida. Durante o parto eu só senti medo do meu filho não estar bem, eu só queria que ele estivesse bem, em mim eu não conseguia pensar, eu só queria ouvir ele chorar, a partir do momento que eu ouvi ele chorar, a dor, tudo que eu tava sentindo passou (ENTREVISTADA 50 – parto cesariano, uma cesariana anterior, teve dois abortos, portadora do vírus HIV (soro positivo), última gravidez de alto risco para a mãe e para o bebê, 34 anos, união estável).

A partir do levantamento teórico realizado anteriormente e com base nos estudos de Izard (1977), apresenta-se, de forma resumida, os dados a seguir, tendo como fundamento os relatos transcritos de cada entrevista realizada para este trabalho. Ressalta-se que somente um caso foi descartado (ENTREVISTADA 9) em virtude da ausência de informações ou de manifestações da parturiente, impedindo a análise e interpretação devida de seus conteúdos. Para tanto, as Figuras 16 e 17 resgatam as emoções identificadas junto às parturientes, bem como as situações de ambivalência que emergiram:

Emoções	Incidência das Emoções na Percepção das Entrevistadas
Interesse (+)	Entrevistadas 6, 10, 14, 16, 17, 22, 25, 27, 30, 31, 33, 37, 39, 40, 42, 48, 49 e 50.
Alegria/Prazer (+)	Entrevistadas 1, 2, 7, 10, 15, 16, 18, 19, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 40, 42, 46, 47, 48, 49 e 50.
Surpresa (=)	Entrevistadas 13, 35 e 46.
Tristeza (-)	Entrevistadas 12, 14 e 47.
Raiva (-)	Não houve incidência.
Medo (-)	Entrevistadas 3, 5, 10, 11, 13, 15, 16, 19, 21, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 38, 39, 40, 41, 44, 47, 48, 50 e 51.
Vergonha (-)	Entrevistada 6.
Culpa (-)	Entrevistadas 2 e 12.
Repulsa/Desgosto (-)	Entrevistadas 1 e 5.
Desprezo (-)	Não houve incidência.

Figura 16 – Incidência das emoções identificadas durante o parto

Fonte: Elaborado pela autora a partir da tipologia das emoções proposta por Izard (1977).

Nota: (+) emoções positivas, (=) emoção neutra e (-) emoções negativas.

Tomando-se por base os estudos de Izard (1977) o quadro a seguir ilustra a incidência da ambivalência emocional presente durante o parto nos casos estudados no CO do HG em Caxias do Sul.

Ambivalências Emocionais Vivenciadas	Incidência da Ambivalência Emocional
Interesse (+) e Vergonha (-)	Entrevistada 6.
Interesse (+), Alegria/Prazer (+) e Medo (-)	Entrevistadas 10, 16, 25, 40, 48 e 50.
Interesse (+) e Medo (-)	Entrevistadas 30, 31 e 39.
Interesse (+) e Tristeza (-)	Entrevistada 14.
Alegria/Prazer (+) e Culpa (-)	Entrevistada 2.
Alegria/Prazer (+) e Medo (-)	Entrevistadas 15, 19, 21, 26, 28, 29, 32, 34, 38.
Alegria/Prazer (+), Surpresa (=) e Medo (-)	Entrevistada 35.
Alegria/Prazer (+) e Surpresa (=)	Entrevistada 46.
Alegria/Prazer (+), Tristeza (-) e Medo (-)	Entrevistada 47.
Alegria/Prazer (+) e Repulsa/Desgosto (-)	Entrevistada 1.
Surpresa (=) e Medo (-)	Entrevistada 13.

Figura 17 – Incidência da ambivalência emocional

Fonte: Elaborada pela autora a partir dos dados coletados.

Nota: (+) emoções positivas, (=) emoção neutra e (-) emoções negativas.

5.4 VALIDAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

Hair Jr. et al. (2010) conceituam a triangulação como uma técnica associada ao fator de credibilidade no contexto da pesquisa qualitativa e útil para a validação de dados ou de resultados (achados de pesquisa). Os autores ainda indicam que a busca de *feedback*, advindo de *experts* externos fortalece a credibilidade dos resultados obtidos.

Para Flick (2004), a palavra triangulação é utilizada para apontar a combinação de diferentes métodos e perspectivas teóricas distintas no tratamento de um fenômeno como uma forma de validação dos resultados obtidos com métodos individuais. Atualmente, o foco tem sido reconsiderado a fim de enriquecer e complementar o conhecimento obtido através de métodos qualitativos. A triangulação representa mais uma alternativa para a validação da consistência nas condutas de método e se caracteriza, também, como uma alternativa para a validação de resultados e procedimentos empregados.

A triangulação torna-se relevante quando o pesquisador consegue obter mais de uma visão sobre o foco do estudo, dando origem a resultados com maior nível de precisão (GIBBS, 2009). Bertuol (2011) indica a aplicação da técnica de triangulação nas investigações, sob o contexto do Comportamento do Consumidor, como alternativa para assegurar maior assertividade nas interpretações dos dados obtidos em uma pesquisa de cunho qualitativo.

Especialmente para este estudo, foi aplicada a técnica de triangulação, implementada por meio de uma entrevista individual em profundidade realizada junto à obstetra com mais tempo de trabalho (experiência) no CO do HG, estando na Instituição há oito anos. Vale destacar que tal entrevista foi realizada em 07 de março de 2012 e teve uma duração de duas horas. Ressalta-se que foram constatados diversos pontos congruentes aos resultados da pesquisa, com base na análise e interpretação dos dados coletados, no que diz respeito aos serviços prestados pela área junto às parturientes, bem como da identificação das emoções e da ambivalência emocional vivenciadas durante o parto, o que fica comprovado a partir da leitura dos excertos da entrevista apresentados na Figura 18:

Questionamentos Realizados	Respostas da Profissional Entrevistada
<p>Das parturientes atendidas no CO, fica evidente a ambivalência emocional durante o parto?</p> <p>Das emoções positivas e negativas, quais são as mais observadas?</p> <p>As experiências anteriores podem influenciar os futuros partos?</p> <p>Como as emoções positivas são percebidas durante o parto?</p>	<p>“Eu acho que desde a entrada, desde a admissão delas, sim, sempre”.</p> <p>“Eu acho que das negativas é a insegurança pelo que vai acontecer... talvez os medos são reforçados pelo que elas já ouvem de fora do hospital”.</p> <p>“Sim, com certeza, até porque a gente nunca sabe se a paciente passou pelo mesmo serviço, ela pode vir de outros serviços e aí a gente não tem como saber qual foi a conduta... as vezes até uma palavra mal dita de alguém, influencia a pessoa... a gente tenta verificar o que teve de bom, se foi rápido, se não teve cirurgia, incisão de útero, a gente tenta levar o lado positivo, tenta priorizar isso para desmitificar um pouco daquilo que elas trazem, mas não é fácil”.</p> <p>“As positivas a gente percebe mais, principalmente, quando elas não estão sozinhas, quando tem outras pacientes que estão em trabalho de parto ao mesmo tempo, elas se ajudam, reforçando que toda a dor logo vai passar, que é assim mesmo [...]”</p>
<p>O que falta no CO, em termos de infraestrutura, para melhorar o atendimento às usuárias dos serviços obstétricos, para que se tenha mais qualidade e um nível de satisfação superior?</p> <p>Se houvesse uma interferência maior, no âmbito administrativo, se houvessem mais reuniões com o objetivo da troca de experiências, de adaptação dos novos profissionais na Instituição, acredita que a</p>	<p>“Tanta coisa [...] quando elas chegam ali na frente (referindo-se à triagem) já começa sendo difícil em função da demora para serem atendidas, muita demanda, faltam funcionários [...] toda a estrutura física [...] poder ter os resultados dos exames mais rapidamente, poder dar prioridade real às emergências”.</p> <p>“[...] com certeza, na minha opinião, não tem gestão de pessoas aqui, se existe a gente não fica sabendo ou não tem resultado[...] nós médicos acabamos discutindo um pouco isso nas reuniões que falamos</p>

<p>interação entre os profissionais junto às pacientes poderia melhorar?</p>	<p>coisas teóricas e técnicas, mas nas discussões dos casos sempre a gente acaba levando em consideração os casos e procedimentos”.</p>
<p>O tipo de parto, normal ou cesariana, influencia nas emoções positivas ou negativas das parturientes?</p> <p>O perfil socioeconômico da parturiente pode influenciar na experiência do parto?</p>	<p>“Sim, a gente batalha pelo parto normal, mas a sociedade de um modo geral, não aceita muito bem isso, aceita isso mais como uma obrigação do que como uma coisa boa que tem que acontecer, que é normal prá mulher, então de um modo geral, sempre que elas vêm pensando já que vai ser um parto normal, elas já vêm com coisas negativas, é uma estatística daqui, se fizermos um levantamento de dados daqui, de todas elas, se a gente ficar um mês analisando, a grande maioria que vem e sabe que vai ser parto normal, já vem com coisas negativas, isso é da sociedade”.</p> <p>“Na admissão até sim, mas a partir do momento que elas estão vivenciando fisiologicamente o parto isso zera [...] podemos comparar com as pacientes que a gente faz parto normal lá no privado, a reação é a mesma, a reação de dor é a mesma, se elas vão gritar é a mesma coisa, a vontade de fazer uma cesárea é a mesma [...] é igual prá todo mundo, eu acho que sim, isso é bem bacana”.</p>
<p>O que os profissionais do CO podem fazer para minimizar o impacto negativo das emoções e potencializar o impacto positivo? Que tipo de preparo os profissionais precisariam ter para que a parturiente se sinta mais protegida ou mais amparada?</p> <p>E quanto às enfermeiras, como elas poderiam desenvolver esta habilidade do diálogo? A Instituição poderia fazer algo para que estas profissionais se tornassem mais sensíveis, humanizando ainda mais o atendimento?</p>	<p>“Primeiro teria que saber que temos que conversar, eu tento dialogar o máximo possível, me fazer presente, me apresentar [...] olha eu sou a plantonista da noite, vou passar a noite com vocês, qualquer coisa me chama, isso já é um alento, às vezes as pacientes relatam que ninguém veio falar com elas, a conversa com a paciente já é meio caminho andado”.</p> <p>“Que elas não entrem no hospital e vistam um colete de ferro, ‘não posso me envolver com as pacientes porque tenho que tocar o meu serviço’, eu acho que falta mais gente trabalhando aqui dentro, porque a paciente está em trabalho de parto e ela precisa de alguém o tempo inteiro com ela e isso não acontece, lá na frente tá cheio, tá acontecendo uma cesárea, tá acontecendo um parto, elas saem ali do pré-parto e vão fazer outras coisas prá ajudar porque precisa. Talvez se tivesse mais funcionários aqui dentro, elas teriam tempo para fazer isso”.</p>

Figura 18 – Transcrição parcial da entrevista com obstetra do CO

Fonte: Elaborada pela autora.

A transcrição e a análise do conteúdo da entrevista com a médica obstetra propiciou à pesquisadora um complemento informacional importante na consolidação dos dados obtidos nas entrevistas anteriormente realizadas junto às parturientes. As percepções são congruentes e definem com maior acuracidade a realidade do CO no HG, fortalecendo assim a relevância do estudo apresentado.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa foi desenvolvida com o intuito de estudar as emoções no contexto da prestação dos serviços, mais especificamente, dos serviços obstétricos. Especialmente, estudou-se sobre a incidência de emoções ambivalentes (emoções positivas e negativas) que ocorrem simultaneamente no momento do parto, sob a ótica das usuárias (parturientes) dos serviços obstétricos de um hospital público, com atendimento via SUS.

6.1 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, amparado por um conceito ampliado de saúde, que tem seus serviços administrados pelos governos federal, estadual e municipal, e que foi criado para ser o sistema de saúde de todos os brasileiros, independente de raça, crença (ou credo), cor e classe social (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Por ser mantido com recursos públicos, torna-se pertinente o estudo se for considerado como relevante o desempenho e a satisfação dos usuários em relação à aplicação direta destes recursos e com a qualidade dos tratamentos ofertados e dos serviços prestados.

Consoante isso, vale ressaltar que este estudo teve como objetivo central a busca pela compreensão da ambivalência emocional das parturientes, usuárias do serviço público, internadas no HG de Caxias do Sul (RS), bem como verificar os fatores que influenciam na percepção da ambivalência, tais como: falta de informação sobre procedimentos; insegurança sobre o que pode acontecer durante o pré-parto, parto e pós-parto; a falta de uma companhia que possa dar suporte emocional durante o trabalho de parto; a imprecisão sobre a evolução do tempo de trabalho de parto e se existe risco de morte para o bebê antes do nascimento e durante o trabalho de parto.

Neste sentido, Maldonado (2002) considera a gravidez como um período preparatório para grandes mudanças, as quais implicam em perdas e em ganhos, justificando por si só a existência da ambivalência emocional. Para Caron (2000), aliás, a gestação é um momento da vida das mulheres cercado de mistérios sem solução e de reações atípicas e inexplicáveis durante todo o período gravídico até o parto. Durante o período de coleta de dados ficou evidente a ambivalência emocional das parturientes. O medo, a alegria e o interesse sobre o parto, bem como o seu resultado, foram registrados pela maioria absoluta das participantes da

pesquisa. Nos relatos destas mulheres, a ambiguidade emocional indicou, até mesmo, uma certa confusão mental com o que estava acontecendo e a grande expectativa criada que se dava pelo desfecho do processo, ou seja, o nascimento e a integridade física do bebê, acrescidos pelas dúvidas, pelas angústias e pelos sonhos mantidos pelas mulheres e potencializados pelos seus familiares ou pessoas de seu entorno.

De acordo com Veríssimo (2009), as ambivalências vividas tornam-se indícios de que a ligação entre mães e seus respectivos bebês é marcada pelas histórias de vida, experiências passadas, informações e nível de conhecimento. Neste horizonte, Rosemberg (2004) evidencia que, principalmente para as mães de primeiro filho (primíparas), existe uma perplexidade com a contradição emocional: alegria, medo, culpa, tudo acontecendo sem harmonia e simultaneamente. Penetrar no universo emocional de uma gestante e identificar os elementos psíquicos intrínsecos é uma atividade pertinente aos profissionais que vão cuidar dela (TEDESCO, 1999) e isto pode influenciar na estrutura e na qualidade do atendimento prestado (MILAN, 2006). Mattila e Enz (2002) enfatizam que o comportamento das pessoas de linha de frente, da empresa prestadora de serviços, é crucial para a avaliação do serviço por parte de seu respectivo usuário. Entre as primíparas entrevistadas, percebeu-se uma ansiedade maior, não menos presente nas múltiparas (mulheres que passaram pela experiência de mais de um parto), mas mais evidente nas primeiras, corroborando as evidências de Rosemberg (2004). Tal constatação foi possível também pela observação direta do comportamento destas mulheres durante o trabalho de parto e pela linguagem corporal (linguagem não verbal), o interesse maior sobre as rotinas e procedimentos e uma “pressa” declarada para que a dor cessasse com mais veemência do que no caso das múltiparas.

A maternidade, embora considerada como sendo uma fase “romantizada” pela mulher, trata-se, na verdade, de uma vivência ou experiência de vida complexa e carregada de ambivalências (VERÍSSIMO, 2009), pois as questões sociais, nível econômico, opção sexual, forma de engravidar e organização da família contribuem para a maneira como a mulher passa pela experiência da maternidade. Entretanto, para este estudo não foi possível inferir ou determinar a relação entre o perfil socioeconômico das parturientes e a influência sobre as emoções vivenciadas. Infelizmente, não houve evidência empírica suficiente, não resultando em elementos robustos para comprovar que a religiosidade, a ocupação, o nível renda, a idade ou grau de instrução (escolaridade) das parturientes pudessem influenciar, potencializar ou variar a ambivalência emocional declarada ou implícita das entrevistadas no que diz respeito às emoções intrínsecas ao parto.

O risco gravídico é um fator adicional a ser considerado como relevante no contexto emocional da gestante. As gestantes com algum fator de risco são rotuladas de “alto risco” em contraposição às de “baixo risco”. Pelo fato de estarem sob uma condição situacional diferenciada, existe uma tendência em tratá-las como doentes, criando sentimentos de incapacidade (TEDESCO, 1999). Além disso, cabe comentar que o parto cesariano é um procedimento adotado em casos clínicos que, por características específicas da gestação, torna-se imprescindível e onde o parto normal não pode ser realizado. Pelas entrevistas realizadas, percebeu-se que nos casos das parturientes que passaram pela cirurgia, ou seja, pelo parto cesariano, a ambivalência emocional ocorreu, entretanto, os relatos sobre o medo, especificamente, eram mais pertinentes à anestesia, à recuperação pós-cirúrgica e à integridade do bebê do que com o medo do desconhecido e da dor física relatado por aquelas mulheres que tiveram seus filhos por meio do parto normal. É importante considerar que tais observações não são definitivas, mas que emergiram no conjunto das mulheres entrevistadas.

Vinagre e Neves (2008; 2010) afirmam que a qualidade dos serviços e a satisfação do cliente são as maiores conquistas almejadas pelas empresas modernas e que os serviços públicos não se excluem deste contexto. Em acréscimo, Tucker III (2002) e Avortri, Beke e Abekah-Nkrumah (2011) enfatizam que a qualidade em serviços de saúde está relacionada ao nível de humanidade (humanização do serviço) e da competência dos profissionais envolvidos, que são despendidos na execução ou na realização dos serviços e, que se estes fatores são percebidos em elevados níveis pelos usuários, então, o grau de satisfação com os serviços tende a aumentar. Badri, Attia e Ustadi (2009) evidenciam que a qualidade nos serviços de saúde são representados por quatro principais variáveis: (i) atributos tangíveis e físicos; (ii) atenção e empatia pessoal; (iii) competência, conhecimento, credibilidade e veracidade; e (iv) profissionalismo e cortesia, sendo estas responsáveis pela avaliação dos serviços prestados.

Naidu (2009) evidencia que, mais do que em outros serviços, como, por exemplo, em serviços financeiros ou ligados ao turismo, a qualidade é mais complexa de ser definida na saúde por levar em conta a vida do respectivo usuário e que as principais influências para a análise do usuário dos serviços paira sobre a cordialidade dos profissionais da área, a competência, o montante de tempo despendido com o paciente e o volume de informação provida. O autor enfatiza que os pacientes procuram por comportamentos de suporte, afetividade, cuidado, ajuda e atenção por parte dos prestadores de serviços na área da saúde.

Proctor e Wright (1998) e Mattila e Enz (2002) argumentam que para prover um serviço de alta qualidade, o prestador de serviços precisa compreender as necessidades, desejos e expectativas dos consumidores. Bitner, Brown e Meuter (2000) e Baker et al. (2005) evidenciam que para responder aos desejos dos usuários dos serviços é necessário individualizá-lo, e os empregados de contato direto com estes devem estar aptos para adaptar o serviço em tempo real. Mattila e Enz (2002) sugerem que as empresas de serviços podem incluir temas como inteligência emocional ou expressividade emocional como critérios nos processos de seleção dos recursos humanos, principalmente, os que irão contatar diretamente com os usuários dos serviços.

Proctor e Wright (1998) afirmam que identificar as motivações para as respostas positivas de pacientes é muito útil em função da descoberta das forças da unidade prestadora de serviços, a partir da perspectiva destes. Tais informações podem dar suporte a mudanças importantes nas rotinas e na compreensão do valor do serviço prestado. Os autores evidenciam o *feedback* como uma ferramenta pró-ativa de gestão, além de desenvolver mecanismo mais acessíveis de avaliação e desenvolvimento dos serviços.

A partir da observação direta e da entrevista realizada com a obstetra do CO, constatou-se que diversas mudanças na infraestrutura, nos processos operacionais e na gestão de pessoas poderiam influenciar positivamente no nível percebido de qualidade dos serviços prestados e, conseqüentemente no nível de satisfação das usuárias dos serviços obstétricos, as parturientes, no HG. Algumas considerações sobre o *layout* e as instalações físicas do CO; interação das pacientes com fisioterapeutas, durante o trabalho de parto; os equipamentos em pleno funcionamento; o pronto atendimento, ou seja, um atendimento mais rápido nas consultas médicas e no processo de triagem; salas de pré-parto mais amplas e que as parturientes pudessem contar com o acompanhamento de um familiar; o treinamento dos profissionais, bem como o acompanhamento psicológico e social dos mesmos; um plano de carreira e remuneração adequados e ginástica laboral, para aliviar as tensões relativas à natureza dos serviços prestados, poderiam ser elementos que repercutissem em um nível aumentado dos serviços. Certamente, tais elementos ou fatores estão relacionados com o nível de satisfação das usuárias dos serviços. É relevante ressaltar que as emoções sentidas durante o parto não evidenciam um julgamento direto sobre a satisfação com os serviços ou a qualidade percebida, entretanto, a melhor estrutura para a prestação dos serviços influencia na minimização das emoções negativas e permite maximizar as positivas.

6.2 RECOMENDAÇÕES GERENCIAIS

Considerando a importância e a abrangência dos serviços prestados pelo HG, como provedor da cura e da saúde à população dos municípios da região, sugerem-se algumas modificações operacionais que, se implantadas, poderiam aperfeiçoar as práticas e métodos de trabalho realizados, incrementando a qualidade dos serviços prestados, a satisfação das usuárias dos serviços obstétricos e a competitividade da Instituição. Para tanto, seguem relacionadas alguns direcionamentos ou sugestões.

Propõe-se a formalização de um período de adaptação aos novos profissionais alocados ao CO e não simplesmente os gestores os colocarem na operação. A realidade cotidiana do CO é bastante diversa de outros setores e/ou serviços prestados no HG, visto que atendem a urgências, a emergências e casos de risco de morte para a parturiente e o bebê. Outros setores conseguem “planejar” melhor o dia a dia, sem tantas intercorrências, o que os diferenciam ainda mais do CO. O objetivo de formalizar um evento ou um momento de adaptação aos profissionais se faz necessário, com o intuito de inseri-los na nova realidade de trabalho, que envolve, além da dimensão técnica, uma forte carga emocional. Os procedimentos da área de saúde são bastante formais, até pela utilização recorrente dos protocolos de atendimento, mas a disposição interna dos materiais, dos diversos e tecnologias recursos disponíveis e do espaço para a realização das tarefas são diferentes e precisam ser absorvidas pelo profissional a fim de dar agilidade à execução do trabalho. Sugere-se, portanto, que médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem possam realizar estas tarefas de acompanhamento e de ambientação ao profissional recém-chegado por algumas horas, como acontece nas organizações mais profissionalizadas. Organizar as rotinas e os procedimentos e estar melhor preparado para o atendimento cotidiano no CO pode ser uma boa alternativa à melhor utilização de recursos e de um menor desgaste profissional.

Tendo em vista a observação realizada junto ao contexto do CO, também cabe sugerir reuniões com as equipes em cada turno de trabalho e entre os turnos de funcionamento do CO. Em função das trocas de plantão ou de turno de trabalho, as equipes e seus respectivos líderes, não dispõem de tempo para organizar reuniões periódicas. Sugere-se a estruturação de um calendário prévio de encontros breves, com pauta pré-estabelecida e com foco para que pequenos problemas sejam resolvidos, ações preventivas sejam tomadas e melhorias contínuas sejam delineadas e implantadas. As reuniões poderiam versar também sobre

melhores práticas, discussões de casos complexos e respectivos desfechos, troca de experiências técnicas e profissionais, além da integração das equipes e dos profissionais, tendo objetivos comuns voltados à excelência na prestação dos serviços, não somente se restringindo ao âmbito obstétrico, mas institucional.

Indica-se a promoção de encontros/reuniões periódicas entre os líderes dos principais setores inter-relacionados: Centro Obstétrico, Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal e Internação: verificou-se uma real interdependência entre os setores citados. Em cada internação a paciente apresenta um caso diferenciado e o atendimento pode depender de outros setores do HG, principalmente da UTI Neonatal. Sugere-se que os líderes ou chefes destes setores possam reunir-se periodicamente a fim de apurar problemas e apontar soluções para questões ou dificuldades comuns, sugerir novos processos, melhores práticas e trocas de experiências, gerando sinergia e, possivelmente, otimização dos recursos e melhorias no Centro Obstétrico como um todo. As reuniões poderiam acontecer, também, com calendários prévios e pautas determinadas para o melhor aproveitamento do tempo, já tão escasso entre os profissionais destas áreas.

Visando a melhoria contínua, propõe-se a formação de comitês internos de caráter multidisciplinar sobre rotinas e metodologia de trabalho junto aos clientes internos e externos da instituição: as organizações contemporâneas que elegem a competitividade como foco de gestão e razão de desenvolvimento já adota esta prática, ou seja, a formação de comitês de melhoria contínua. Sugere-se que o CO, entre outros setores da instituição, possa fazer o mesmo. Deseja-se que este grupo tenha autonomia para discutir e resolver problemas do setor, opinar sobre o funcionamento cotidiano e sobre a forma de prestação dos serviços. O grupo deveria ter acesso a outros níveis hierárquicos da instituição a fim de desburocratizar processos e dar fluência à comunicação. Os membros deste grupo teriam condições de avaliar o funcionamento do setor e a partir da multidisciplinaridade profissional opinar sobre caminhos críticos e resolução de conflitos.

Evidencia-se a importância da realização de um planejamento mais detalhado das rotinas e funções do Centro Obstétrico, principalmente, no que tange o rodízio de funções: para este quesito o objetivo central é tornar todas as tarefas do CO mais atrativas e que possam ser realizadas sem tanto desgaste físico e emocional. Um dos serviços mais desgastantes observados no CO é o atendimento às pacientes em consultas médicas, o volume de trabalho é superior aos outros executados no CO e bastante desgastante fisicamente, em função do número de pessoas que são atendidas diariamente. Analisar a forma como o

trabalho está sendo executado e com vistas à ergonomia do profissional, salubridade da tarefa e desgaste emocional propor novas alternativas de realização dos serviços, possivelmente, tendo mais profissionais no atendimento ou alterando o *layout* do espaço destinado a este atendimento, que atualmente, é bastante restrito fisicamente falando. O profissional que trabalha neste espaço, a partir da designação do rodízio, fica afastado da equipe e ao final do turno muito esgotado, o que pode desencadear frustração e desmotivação do profissional ao atender o usuário do serviço ou aos colegas de trabalho.

Sugere-se a realização de cursos de aperfeiçoamento, atualização e motivacionais para os profissionais do CO a fim de ampliar os conhecimentos dos profissionais e a atuação destes em uma nova cultura de prestação de serviços. Os cursos poderiam versar sobre temas relacionados com técnicas da área da saúde, gestão e qualidade, além, obviamente, da prestação de serviços. Prover palestras motivacionais, que tenham como objetivo, incentivar cada profissional a comprometer-se com seu trabalho, valorizando-o e disseminando este vínculo para outros colegas da instituição e da comunidade. Evidencia-se que a UCS tem nos seus centros, áreas destinadas à captação e formulação de eventos de extensão.

Viabilizar que um profissional da área da psicologia e assistência social acompanhem, periodicamente, os profissionais que trabalham no CO, visto que o clima organizacional e a natureza das tarefas são muito desgastantes. Verificou-se a partir da observação do diálogo entre os profissionais que muitos deles têm dificuldades financeiras, problemas familiares sérios e um comportamento desestimulado e desmotivado para o trabalho. Possivelmente, sessões de terapia em grupo ou atendimentos individualizados pudessem reduzir o impacto negativo percebido pela ansiedade destas pessoas no transcorrer dos períodos de trabalho. Sabe-se que a percepção do valor do trabalho, sua abrangência e responsabilidade podem ser atribuídos e reconhecidos distintamente por profissionais sob diversas circunstâncias e até mesmo frente a uma mesma situação, por isso, sugere-se tal tipo de acompanhamento.

Disseminar a relevância da excelência na prestação de serviços: o HG, como hospital que atende somente ao SUS, realiza suas atividades ao receber recursos governamentais, tais fatores são originados da arrecadação pública de tributos. Acredita-se que uma instituição que prima pela excelência na prestação de serviços, seja efetiva não somente na gestão, mas e principalmente, na alocação e utilização dos recursos. A comunidade poderia vir a se sentir ainda mais comprometida com os objetivos organizacionais do HG se pudessem verificar os cuidados relacionados à excelência na prestação dos serviços e na efetividade de seus esforços em atender cada vez melhor um público continuamente carente.

Incrementar a participação da diretoria do Hospital Geral no Centro Obstétrico tomando conhecimento e agindo sobre suas carências e necessidades: a diretoria do HG poderia estar mais presente no atendimento às demandas do CO, principalmente no que tange à infraestrutura. Percebeu-se uma carência de estrutura em equipamento, o exemplo presenciado foi a falta de manutenção no aparelho desfibrilador do bloco cirúrgico que, na eminência da necessidade, não funcionava. Como o CO é uma área que atende a urgências e emergências é importante que toda a estrutura esteja funcionando plenamente, inclusive, dando maior segurança e tranquilidade aos profissionais que lá atuam.

A partir do reconhecimento das emoções percebidas pelas parturientes, principalmente, no que tange a ambivalência, as rotinas podem ser alteradas com o intuito de minimizar o impacto das emoções negativas e maximizar o impacto das emoções positivas. Pode-se obter assim, melhor compreensão e aceitação dos procedimentos que compõem o trabalho de parto, gerando credibilidade na atuação dos profissionais e maior satisfação com os serviços prestados pela Instituição. Em virtude de tal fato, pode-se trabalhar melhor o desenvolvimento dos profissionais, enquanto linha de frente, da prestação deste tipo de serviço, otimizando tempo de trabalho e utilização de recursos.

6.3 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

As informações obtidas num determinado momento ou período do ano podem mudar em outros, o que pode acarretar na geração de diferentes constatações. O comportamento da parturiente no parto poderá mudar em outros meses do ano? Essa constatação não pôde ser definida a partir do estudo realizado.

Pelos casos observados não ficou comprovado, ou melhor, não houve indícios maiores de que o tipo de parto está associado diretamente ao perfil da usuária dos serviços (faixa etária, características sócio-econômicas, credo) e não se evidencia que se fosse realizado outro estudo, efetivamente, quantitativo o fato poderia ser melhor pesquisado.

Não é possível afirmar, ainda, que outros questionamentos ou um número maior de perguntas no instrumento de pesquisa poderia melhor esclarecer a ocorrência da ambivalência emocional no parto, bem como ampliar o escopo da pesquisa, associando o tipo de parto com emoções ambivalentes ou com o perfil da parturiente. Não foram encontrados casos teóricos

que orientassem novas pesquisas neste sentido ou que reduzam o significado e a relevância das constatações realizadas neste estudo.

Com a abordagem de pesquisa proposta não se pôde inferir, portanto, se o tipo de parto (natural ou cesariano) influenciou nas emoções percebidas pelas pacientes, bem como se o perfil da parturiente interfere ou influencia na intensidade destas mesmas emoções, fazendo prevalecer as emoções positivas em detrimento das emoções negativas e/ou neutra e vice-versa.

6.4 DESENVOLVIMENTO DE PESQUISAS FUTURAS

Propõem-se para pesquisas futuras o desenvolvimento de uma pesquisa qualitativa longitudinal a fim de averiguar se o tipo de parto realizado pelas parturientes e as emoções ambivalentes ocorridas no evento (resultado desta pesquisa), relacionam-se com patologias que ocorrem no pós-parto, principalmente, a incidência da depressão. Outra sugestão é incluir um programa de orientações técnicas no pré-natal, parto e pós-parto, de caráter preventivo, a fim de apurar se influenciam ou não na ocorrência da doença.

Outro estudo poderia ser proposto, dentro dos mesmos propósitos estabelecidos para este, em ambientes hospitalares diferentes, ou seja, parturientes que usufruem de serviços em clínicas particulares ou com outros convênios interinstitucionais, com o objetivo de verificar se a ambivalência emocional ocorre e quais são as mais evidentes. Traçar um comparativo com este estudo realizado e poder inferir sobre mudanças comportamentais ou não a partir de situações ambientais de atendimento.

Sugere-se, também, a estruturação de um estudo quantitativo-descritivo a fim de identificar a relação entre fatores tais como a confiança no pessoal de linha de frente do CO e a respectiva percepção de qualidade e de satisfação das parturientes.

Tomando-se por base a ambivalência emocional e a Instituição prestadora de serviços, que serviu de ambiência de pesquisa, este estudo poderia ser aplicado no contexto de outros atendimentos prestados à saúde pública, tais como: oncologia – tratamentos quimioterápicos, hemodiálise, recuperação de acidentes vasculares cerebrais ou cardiopatias agudas/crônicas.

Sobre as dimensões de análise da emoção escolhidas para balizar este estudo, outros autores sugerem estruturas diferenciadas de análise o que poderia incorrer na alteração dos dados compilados ou dos resultados obtidos. A escolha se deu em virtude da credibilidade e

da robustez do estudo de Izard (1977), corroborado por diversos outros autores disponíveis na literatura referenciada nesta pesquisa.

As constatações deste estudo poderiam ser a base na formação de um grupo de foco multidisciplinar dentro do CO. O intuito seria o de fortalecer, na prática, as averiguações realizadas e sob a ótica profissional formada na área da saúde a indicação de outras informações complementares e enriquecedoras ao que foi proposto nesta pesquisa. Por fim, poder-se-ia organizar estudos aplicados em diversas áreas do hospital e as respectivas constatações serem difundidas em eventos internos do HG, derivando para ciclos de palestras, treinamentos ou debates, a fim de propagar o conhecimento e gerar inovações e, principalmente, elevar a qualidade dos serviços prestados e a satisfação de seus usuários.

REFERÊNCIAS

- AADS – AÇÕES AFIRMATIVAS EM DIREITO E SAÚDE. AMIU – **aspiração manual intra-uterina** Disponível em: http://www.aads.org.br/wp/?page_id=154. Acesso em: 15 abr. 2012.
- ADESG – ASSOCIAÇÃO DOS DIPLOMADOS DA ESCOLA SUPERIOR DE GUERRA. **Site institucional**. Disponível em: www.google.com.br/imgres?imgurl=http://www.adesg.net.br. Acesso em: 28 mai. 2011.
- ALT, M. S.; BENETTI, S. P. C. Maternidade e depressão: impacto na trajetória de desenvolvimento. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 2, p. 389-394, abr./jun. 2008.
- AMARAL, M. B. F. **Mensuração da intensidade das relações entre custos de mudança, comprometimento e emoções no comportamento do consumidor bancário**. 2009. 151 f. Dissertação (Mestrado). Belo Horizonte, Universidade FUMEC – Faculdade de Ciências Empresariais, 2009.
- ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Site institucional**. Disponível em: www.ans.gov.br. Acesso em: 17 mai. 2011.
- _____. **Site institucional**. Disponível em: www.ans.gov.br. Acesso em: 22 abr. 2011.
- AVORTRI; G. S.; BEKE, A.; ABEKAH-NKRUMAH, G. Predictors of satisfaction with childbirth services in public hospitals in Ghana. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 24, n. 3, p. 223-237, 2011.
- BADRI, M. A.; ATTIA, S.; USTADI, A. M. Healthcare quality and moderators of patient satisfaction: testing for causality. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 22, n. 4, p. 382-410, 2009.
- BAGOZZI, R. P.; GOPINATH, M.; NYER, P. U. The role of emotions in marketing. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 27, n. 2, p. 184-206, 1999.
- BAKER, R.; STREATFIELD, J. What type of general practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction. **British Journal of General Practice**, v. 45, p. 654-659, 1995.
- BAKER, S. R.; CHOI, P. Y. L.; HENSHAW, C.; TREE, J. “I felt as though I’d been in jail”: women’s experiences of maternity care during labour, delivery and the immediate postpartum. **Feminism & Psychology**, v. 15, n. 3, p. 315-342, 2005.
- BALLONE, G. J. **A realidade do próximo**: a representação da realidade. Parte 3 - emoções. Disponível em : <http://gballone.sites.uol.com.br/voce/outro3.html>. Acesso em: 15 abr. 2012.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2007.
- BATRA, R.; HOLBROOK, M. B. Developing a typology of affective responses to advertising. **Psychology & Marketing**, v. 7, n. 1, p. 11-25, 1990.

BERELSON, B. **Content analysis in communication research**. New York: Hafner Publ. Co., 1971.

BERETTA, M. I. R.; ZANETI, D. J.; FABBRO, M. R. C.; FREITAS, M. A.; RUGGIERO, E. M. S.; DUPAS, G. Tristeza/depressão na mulher: uma abordagem no período gestacional e/ou puerperal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 966-978, 2008.

BERNNA, F. Patient satisfaction and normative decision theory. **Journal of American Medical Informatics Association**, v. 2, n. 4, p. 450-459, 1995.

BERRY, L. L. **Descobrendo a essência do serviço: os novos geradores de sucesso sustentável nos negócios**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2001.

BERTUOL, M. V. **Uma análise dos significados de consumo de vinho no contexto de uma confraria feminina**. 2011. 163 f. Dissertação (Mestrado). Porto Alegre, PUCRS – Mestrado em Administração e Negócios, 2011.

BITNER, M.; BROWN, S.; MEUTER, M. Technology infusion in service encounters. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 28, n. 1, p. 138-149, 2000.

BORSA, J. C. Considerações acerca da relação mãe-bebê da gestação ao puerpério. **Contemporânea – Psicanálise e Transdisciplinaridade**, n. 2, abr./mai./jun. 2007. Disponível em: www.contemporaneo.org.br/contemporanea.php. Acesso em: 21 mar. 2011.

_____; DIAS, A. C. G. Relação mãe e bebê: as expectativas e vivências do puerpério. **Revista Perspectiva**, v. 28, n. 102, p. 39-53, 2004.

BRAGA, J. L. **Da urgência e emergência médica**. 2003. Disponível em: www.jusvi.com/artigos/217. Acesso em: 17 mai. 2011.

BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf. Acesso em: 07 fev. 2011.

_____. **Conheça a história e como funciona o SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: www.sinmedrj.org.br/clipping/clip/sus.htm. Acesso em: 21 mar. 2011.

BRAUNSBERGER, K.; GATES, R. Patient/enrollee satisfaction with healthcare and health plan. **Journal of Consumer Marketing**, v. 19, n. 7, p. 575-590, 2002.

BRAZELTON, B. **O desenvolvimento do apego: uma família em formação**. Porto Alegre: Artmed, 1988.

BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. (org.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

CACCIA-BAVA, M. do C.; GUIMARAES, V. C. K.; GUIMARAES, T. Testing some major determinantes for hospital innovation success. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 22, n. 5, 2009, p. 454-470.

CARON, N. A. **A relação pais-bebê: da observação à clínica.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

CERVO, A. L.; BERVIAN, A. **Metodologia científica.** 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CHRISTIANSON, S. A. **The handbook of emotion and memory: research and theory.** Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 1992.

CONWAY, T.; WILLCOCKS, S. The role of expectations in the perceptions of health care quality: developing a conceptual model. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 10. n. 3, p. 131-140, 1997.

COSTA, M. C. G. **Puerpério: a ambivalência das estratégias para o cuidado.** Dissertação (Mestrado). 2001. 150 f. Rio Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2001.

CUNHA, E. F. C.; CARVALHO, M. M. S. B.; SANTOS, C. A.; FERREIRA, E. L.; BARROS, M. M. S.; MENDONÇA, A. C. M. Aspectos sócioemocionais de mães de bebês prematuros. **Psicologia em Foco**, v. 3, n. 2, jul./dez. 2009.

DAMÁSIO, A. **O sentimento de si.** São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

_____. **O mistério da consciência: do corpo e das emoções ao conhecimento de si.** São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

_____. A base biológica das emoções. **Revista Viver Mente & Cérebro – Scientific American.** Ano XIII, n. 143. Dezembro.2004. Disponível em: www.vivermentecerebro.com.br. Acesso em: 31 mai. 2011.

_____. **O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano.** 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

DENCKER, A.; TAFT, C.; BERGQVIST, L.; LILJA, H.; BERG, M. Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. **BMC Pregnancy & Childbirth**, 2010. Disponível em: www.biomedcentral.com/1471-2393/10/81. Acesso em: 17 fev. 2011.

DORON, R.; PAROT, F. **Dicionário de psicologia.** São Paulo: Editora Ática, 2001.

DORSCH, F.; HÄCKER, H.; STAPF, K. H. **Dicionário de psicologia Dorsch.** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

DRENNAN, J.; NAUGHTON, C.; ALLEN, D.; HYDE, A.; O'BOYLE, K. FELLE, P.; TREACY, M. P.; BUTLER, M. Patients' level of satisfaction and self-reports of intention to comply following consultation with nurses and midwives with prescriptive authority: a cross-sectional survey. **International Journal of Nursing Studies**, p. 1-10, 2011.

DUGGIRALA, M.; RAJENDRAN, C.; ANANTHARAMAN, R. N. Patient-perceived dimensions of total quality service in healthcare. **Benchmarking: An International Journal**, v. 15, n. 5, p. 560-583, 2008.

FACHIN, O. **Fundamentos de metodologia.** 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

FEE – FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. **Site institucional**. Disponível em: www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/resumo/pg_coredes_detalhe.php?corede=Serra. Acesso em: 30 mai. 2011.

_____. **Site institucional**. Disponível em: <http://mapasdev.fee.tche.br/municipios-do-conselho-regional-de-desenvolvimento-corede-serra-2008.html>. Acesso em: 15 abr. 2012.

FIELDS, J. M.; KLEINMAN, S. Symbolic interactionism, inequality, and emotions. In: STETS, J. B.; TURNER, J. H. (eds.). **Handbook of the sociology of emotions**. New York: Springer, 2006. p. 155-178.

FITZSIMMONS, J. A.; FITZSIMMONS, M. J. **Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia da informação**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FONSECA, R. C. V. **Metodologia do trabalho científico**. Curitiba: IESDE Brasil, 2007.

FORD, R. C.; FOTTLER, M. D. Creating customer-focused health care organizations. **Health Care Management Review**, v. 25, n. 4, p. 18-33, 2000.

FOWDAR, R. Identifying health care attributes. **Journal of Health and Human Services Administration**, v. 27, n. 4, p. 428-443, 2005.

FOX, S. Emotional value: creating strong bonds with your customers. **Personnel Psychology**, v. 54, n. 1, p. 230-234, 2001.

FREITAS, H. M. R.; JANISSEK, R. **Análise léxica e análise de conteúdo: técnicas complementares, sequenciais e recorrentes para exploração de dados qualitativos**. Porto Alegre: Sphinx / Sagra Luzzatto, 2000.

FREUD, S. **Totem e tabu: retorno ao totemismo na infância**. 1913. Edição standard brasileira de obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Volume XIII. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A história do SUS**. Disponível em: www.157.86.8.13/sus20anos/index.php?option=com_content&view=article&id=54:a-historia-do-sus&catid=31:geral. Acesso em: 21 mar. 2011.

GAZZANIGA, M. S.; HEATHERTON, T. F. **Ciência psicológica: mente, cérebro e comportamento**. 2. imp. rev. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. **The discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research**. New York: Aldine, 1967.

GOOGLE MAPS. **Imagem da UCS**. Disponível em: www.google.com.br/imgres?imgurl=http://hermes.ucs.br/cchc. Acesso em: 30 mai. 2011b.

GREEN, J. M.; COUPLAND, V. A.; KITZINGER, J. V. Expectations, experiences and psychological outcomes of childbirth. **Birth**, v.17, p. 15-24, 1990.

- GRÖNROOS, C. **Marketing: gerenciamento e serviços**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- GUMMESSON, E. **Qualitative methods in management research**. 2nd edition. Thousand Oaks: Sage Publication, 2000.
- HAIR Jr., J. F.; BABIN, B.; MONEY, A. H.; SAMOUEL, P. **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005.
- HAIR Jr., J. F.; WOLFINBARGER, M.; ORTINAU, D. J.; BUSH, R. P. **Fundamentos de pesquisa de marketing**. Porto Alegre: Bookman, 2010.
- HALLIDAY, S. V.; HOGARTH-SCOTT, S.; New customers to be managed: pregnant women's views as consumers of healthcare. **Journal of Applied Management Studies**, v. 9, n. 1, p. 55-69, 2000.
- HARTLINE, M.; MAXHAM III, J.; MCKEE, D. Corridors of influence in the dissemination of costumer-oriented strategy to customer contact service employees. **Journal of Marketing**, v. 64, n. 2, p. 35-50, 2000.
- HASLAM, S. A.; McGARTY, C.; OAKES, P. J.; TURNER, J. C. Social comparative context and illusory correlation: testing between in group bias and social identity models of stereotype formation. **Australian Journal of Psychology**, v. 45, n. 3, p. 97-101, 1993.
- HAWKINS, D. I.; MOTHERSBAUGH, D. L.; BEST, R. J. **Consumer behavior: building marketing strategy**. 10th edition. New York: McGraw-Hill, 2007.
- HENNINK, M.; HUTTER, I.; BAILEY, A. **Qualitative research methods**. London: Sage Publications, 2011.
- HG – HOSPITAL GERAL. **Relatório de estatísticas de cirurgias** – ano de referência: 2010. Caxias do Sul: HG, 2011.
- _____. **Manual do residente**. Caxias do Sul: Comissão de Residência Médica (COREME) / Recursos Humanos do Hospital Geral, 2011.
- HOFFMAN, K. D.; BATESON, J. E. G. **Princípios de marketing de serviços: conceitos, estratégias e casos**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.
- HUME, M. Developing a conceptual model for repurchase intention in the performing arts: the roles of emotion, core service and service delivery. **International Journal of Arts Management**, v. 10, n. 2, p. 50-55, 2008.
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Site institucional**. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse_tab_brasil_zip.shtm. Acesso em: 28 mai. 2011.
- IZARD, C. E. **Human emotions**. New York: Plenum Press, 1977.
- JAYANTI, R. Affective responses towards service providers: implications for service encounter satisfaction. **Health Marketing Quarterly**, v. 14, n. 1, p. 49-65, 1996.

JOHNSON, E.; ZINKHAN, G. Emotional responses to a professional service encounter. **Journal of Services Marketing**, v. 5, n. 2, p. 5-15, 1991.

KING, N.; HORROCKS, C. **Interviews in qualitative research**. London: Sage Publications, 2010.

KRIPPENDORFF, K. **Content analysis: an introduction to its methodology**. The Sage CommText Series, 1980.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. 7. ed. 4. reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.

LAGARDE, J. **Initiation à l'analyse des données**. Paris: Dunod, 1995.

LANGHEARD, E.; BATESON, J.; LOVELOCK, C.; EIGLIER, P. Services marketing: new insights from consumers and managers. **Marketing Science Institute**, p. 81-104, 1981.

LARSSON, G.; WILDE-LARSSON, B. Patient's views on quality of care and attitudes towards re-visiting providers. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 22, n. 6, p. 600-611, 2009.

_____; _____. Quality of care and patient satisfaction: a new theoretical and methodological approach. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 23, n. 2, p. 228-247, 2010.

LAZARUS, R. S. Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. **American Psychological Association**, v. 46, n. 8, p. 819-834, 1991.

LEDOUX, J. **O cérebro emocional: os misteriosos alicerces da vida emocional**. 2. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 1998.

LEITE, F. N. H. F.; ARRUDA, D. M. de O. Impacto das experiências emocionais na satisfação dos clientes: um estudo em consultórios médicos. In: ENANPAD – ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 31. 2007. Rio de Janeiro. **Anais**. Rio de Janeiro: ANPAD, 2007.

LILJANDER, V.; STRANDVIK, T. Emotion in service satisfaction. **International Journal of Service Industry Management**, v. 8, n. 2, p. 148-169, 1997.

LINDER-PELZ, S. Toward a theory of patient satisfaction. **Social Science and Medicine**, v. 16, n. 5, p. 577-582, 1982.

LOPEZ, F. A.; CAMPOS Jr., D. **Filhos: da gravidez aos dois anos de idade**. Barueri: Manole, 2010.

LOVELOCK, C.; WIRTZ, J. **Marketing de serviços: pessoas, tecnologia e resultados**. 5. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2006.

_____; WRIGHT, L. **Serviços: marketing e gestão**. São Paulo: Saraiva, 2001.

MADI, S. R. C.; KNOB, L. F.; LORENCETTI, J.; MARCON, N. O.; MADI, J. M. Violência sexual. Experiência de atendimento às vítimas de violência sexual PRAVIVIS, do Hospital Geral de Caxias do Sul, RS, Brasil. **Revista da AMRIGS**, v. 54, n. 1, pp. 13-18, jan.-mar. 2010.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

_____; ROCHA, I.; LAUDISIO, M. C.; ALTHEMAN, É.; BORGES, F. M. **Introdução à pesquisa de marketing**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2005.

MARTIN, C. H.; FLEMING, V. The birth satisfaction scale. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 24, n. 2, p. 124-135, 2011.

MARTIN, D.; O'NEIL, M.; HUBBARD, S., PALMER, A. The role of emotion in explaining consumer satisfaction and future behavioural intention. **Journal of Services Marketing**, v. 22, n. 3, p. 224-236, 2008.

MATTILA, A. S.; ENZ, C. A. The role of emotions in service encounters. **Journal of Service Research**, v. 4, n. 4, p. 268-277, 2002.

MAY, T. **Pesquisa social: questões, métodos e processos**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MCCARTHY, K.; MCGEE, H.; O'BOYLE, C. Outpatient clinic waiting times and non-attendance as indicators of quality. **Psychology, Health and Medicine**, v. 5, n. 3, p. 287-293, 2000.

MERCADO-MARTÍNEZ, F. J.; BOSI, M. L. M. Introdução: notas para um debate. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. (org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MILAN, G. S. A emoção no contexto das interações existentes na prestação de serviços. In: MILAN, G. S.; BRANCHI, N. V. L. (org.). **Administração mercadológica: teoria e pesquisas**. Volume 2. Caxias do Sul: EducS, 2006. cap. 6, p. 129-149.

_____; DE TONI, D.; BARAZETTI, L. Configuração e organização de imagens de serviços: um estudo exploratório. **Revista Produção**, v. 15, n. 1, p. 60-73, jan./abr. 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1998.

MOREIRA, L. F. S. O conceito ampliado de saúde como base para o estabelecimento de uma política intersetorial. **Jornal da Ciência**, 14 jun. 2007. Disponível em: www.jornaldaciencia.org.br. Acesso em: 17 mai. 2011.

NAIDU, A. Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality. **International Journal of Healthcare Quality Assurance**, v. 22, n. 4, p. 366-381, 2009.

NARANG, R. Measuring perceived quality of health care services in India. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 23, n. 2, p. 171-186, 2010.

NOYA, A.; LEAL; I. P. Interrupção voluntária da gravidez: que respostas emocionais? Que discurso psicológico. **Análise Psicológica**, v. 3, n. XVI, p. 431-439, 1998.

OLIVEIRA, L. O. C. P. **A construção do conceito de maternidade e as patologias do puerpério**. 2010. Disponível em: www.webartigos.com/articles/52532/1/A-CONSTRUÇÃO-DO-CONCEITO-DE-MATERNIDADE-E-AS-PATOLOGIAS-DO-PUERPERIO/pagina1.html#ixzz1HKPNmk5M. Acesso em: 21 mar. 2011.

OLIVER, R. L. A conceptual model of service quality and service satisfaction: compatible goals, different concepts. **Advances in Services Marketing and Management**, v. 2, p. 65-85, 1993.

_____. **Satisfaction: a behavioral perspective on the consumer**. New York: Irwin/McGraw-Hill, 1997.

OWUSU-FRIMPONG, N.; NWANKWO, S.; DASON, B. Measuring service quality and patient satisfaction with access to public and private healthcare delivery. **International Journal of Public Sector Management**, v. 23, n. 3, p. 203-220, 2010.

PAPANIKOLAOU, V.; NTANI, S. Addressing the paradoxes of satisfaction with hospital care. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 21, n. 6, p. 548-561, 2008.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. **Journal of Retailing**, v. 64, n. 1, p. 12-40, 1988.

PARKER, R. **A mãe dividida: a experiência da ambivalência na maternidade**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2003.

PEIXOTO, D. F.; AMORIM, V. C. O. Da psicoembriologia ao puerpério: sensibilização à relação mãe-bebê. **Pesquisa Psicológica**, jul. 2007.

PERRIEN, J.; CHÉRON, E.; ZINS, M. **Recherche en marketing: méthodes et décisions**. Quebec: Gaëtan Morin Éditeur, 1984.

PETER, J. P.; OLSON, J. C. **Understanding consumer behavior**. Burr Ridge: Irwin, 1994.

POPE, C.; MAYS, N. Métodos qualitativos na pesquisa em saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. (org.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

PRICE, L. L.; ARNOULD, E. J.; DEIBLER, S. L. Consumer's emotional responses to service encounters: the influence of the service provider. **International Journal of Service Industry Management**, v. 6, n. 3, p. 34-63, 1995.

PROCTOR, S.; WRIGHT, G. Consumer responses to health care: women and maternity services. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 11, n. 5, p. 147-155, 1998.

REMLER, D. K.; Van RYZIN, G. G. V.; **Research methods in practice: strategies for description and causation.** London: Sage Publications, 2011.

RIBEIRO, J. L. D.; MILAN, G. S. Planejando e conduzindo entrevistas individuais. In: RIBEIRO, J. L. D.; MILAN, G. S. (eds.). **Entrevistas individuais: teoria e aplicações.** Porto Alegre: FEEng/UFRGS, 2004. cap. 1, p. 9-22.

RICHINS, M. L. Measuring emotions in the consumption experience. **Journal of Consumer Research**, v. 24, p. 127-146, Sep. 1997.

RICO, A. M. M. da S. **Parto: vaginal ou cesariana.** Disponível em: www.guiado bebe.uol.com.br/psicgestante/parto_vaginal_ou_cesariana.htm. Acesso em: 09 fev. 2011.

ROSENBERG, D. **Guia prático da mamãe de primeira vez.** São Paulo: Makron Books, 2004.

SALLET, C. G. **Grávida e bela: um guia prático de saúde e beleza para a gestante.** São Paulo: Ediouro, 2009.

SALZMAN, C. D.; FUSI, S. Emotion, cognition, and mental state representation in amygdale and prefrontal cortex. **Annual Review of Neuroscience**, v. 33, p. 173-202, 2010.

SAVASTANO, H.; NOVO, D. P. Aspectos psicológicos da gestante sob o ponto de vista da teoria do núcleo do eu. **Revista da Saúde Pública**, v. 15, p. 101-110, 1981.

SCHNEIDER, B.; BOWEN, D. Employee and customer perceptions of service in Banks. **Administrative Science Quarterly**, v. 25, p. 252-267, 1985.

SCHERMANN, L.; ALAFAYA C. Depressão pós-parto, tendências atuais. **Revista de Medicina da PUCRS**, v.10, n. 2, p. 130-148, 2000.

SILVA, E. T.; BOTTI, N. C. L. Depressão puerperal: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 7, n. 2, p. 231-238, 2005.

_____; CAETANO, J. A.; SILVA, A. R. V. Assistência pré-natal de um serviço de atendimento secundário. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 19, n. 4, p. 216-223, 2006.

SILVEIRA, D. M. I.; ARKADER, J.; SCHIRMER, J.; CECATTI, J. G.; TEDESCO, J. J.; SORRENTINO, S. R.; SERRUYA, S. **Gestação de alto risco – manual técnico.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: www.providaanapolis.org.br/gestao.htm. Acesso em: 07 fev. 2011.

SILVESTRO, R. Applying gap analysis in the health service to inform the service improvement agenda. **International Journal of Quality & Reliability Management**, v. 22, n. 3, p. 215-233, 2005.

SLADE, P.; MACPHERSON, S. A.; HUME, A.; MARESCH, M. Expectations, experiences and satisfaction with labour. **British Journal of Clinical Psychology**, v. 32, p. 469-483, 1993.

SOTO, E. **Comportamento organizacional: o impacto das emoções**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Apresentação e o que é o SUS?** Disponível em: www.portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1395. Acesso em: 07 fev. 2011.

TEDESCO, J. J. A. Componentes emocionais da gravidez. In: TEDESCO, J. J. A. (org.). **A grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra**. São Paulo: Editora Atheneu, 1999.

TINSON, J. Is there a “typical” consumer of obstetric services? **The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health**, v. 120, n. 3, p. 158-163, 2000.

TUCKER III, J. L. The moderators of patient satisfaction. **Journal of Management in Medicine**, v. 16, n. 1, p. 48-66, 2002.

_____; ADAMS. S. R. Incorporating patient’s assessments of satisfaction and quality: an integrative model of patient’s evaluations of their care. **Managing Service Quality**, v. 11, n. 4, p. 272-286, 2001.

VERÍSSIMO, D. M. M. **Um estudo sobre a ambivalência materna em mães de crianças com alergia à proteína do leite de vaca**. Dissertação (Mestrado). 2009, 169 f. São Paulo, Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista, 2009.

VICTORA, C. S.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VILARINHO, S. Emergência e urgência, qual a diferença? 2010. Disponível em: www.brasilecola.com/gramatica/emergencia-urgencia-qual-diferenca.htm. Acesso em: 17 mai. 2011.

VINAGRE, H.; NEVES, J. The influence of service quality and patient’s emotions on satisfaction. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 21, n. 1, p. 87-103, 2008.

_____; _____. Emotional predictors of consumer’s satisfaction with healthcare public services. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 23, n. 2, p. 209-227, 2010.

WALDENSTRÖM, U. Experience of labour and birth in 1.111 women. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 47, p. 471-482, 1999.

_____.; BROWN, S.; MCLACHLAN, H.; FORSTER, D.; BRENNECKE, S. Does team midwife care increase satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care? A randomized controlled trial. **Birth**, v. 27, p. 156-167, 1996.

WARE, J. E.; DAVIES-AVERY, A.; STEWART, A. L. The measurement and meaning of patient satisfaction. **Health and Medical Care Services Review**, v. 1, n. 1, p. 1-15, 1978.

WATSON, L.; SPENCE, M. T. Causes and consequences of emotions on consumer behaviour: a review and integrative cognitive appraisal theory. **European Journal of Marketing**, v. 41, n. 5-6, p. 487-511, 2007.

WEBER, R. P. **Basic content analysis**. London: Sage University Paper, 1990.

WESTBROOK, R. A. Product/consumption-based affective responses and postpurchase processes. **Journal of Marketing Research**, v. 24, p. 258-270, 1987.

_____; OLIVER, R. L. The dimensionality of consumption emotion patterns and consumer satisfaction. **Journal of Consumer Research**, v. 18, p. 84-91, 1991.

WHITEMAN, G.; MÜLLER, T.; JOHNSON, J. M. Strong emotions at work. **Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal**, v. 4, n. 1, p. 46-61, 2009.

WINNICOTT, D. W. **A criança e o seu mundo**. Rio de Janeiro: Editora Afiliada, 1982.

WOLCOTT, H. F. **Transforming qualitative data: description, analysis, and interpretation**. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994.

ZEITHAML, V. A.; PARASURAMAN, A.; BERRY, L. L. **Delivering quality service: balancing customer perceptions and expectations**. New York: Free Press, 1990.

ZINELDIN, M. The quality of health care and patient satisfaction: an exploratory investigation of the 5Q model at some Egyptian and Jordanian medical clinics. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 19, n. 1, p. 60-92, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO INDIVIDUAL

APÊNDICE B – ROTEIRO BÁSICO DE QUESTÕES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO INDIVIDUAL

Título da Pesquisa:

A Emoção no Contexto da Prestação de Serviços: Um Estudo Aplicado Junto a Usuárias dos Serviços de Obstetrícia de Um Hospital Público

A presente pesquisa, realizada junto ao Programa de Mestrado em Administração – UCS tem por objetivos: identificar as emoções positivas e negativas vivenciadas no momento do parto, a fim de analisar se estas emoções vivenciadas na experiência do serviço determinam ou influenciam no nível de satisfação das mulheres em relação à Instituição e aos serviços prestados.

Para a coleta de dados serão utilizados a observação, um formulário de entrevista: contendo dados de identificação, informações da gestação, do bebê e das emoções do parto, além de um gravador para facilitar o registro dos conteúdos para facilitar a posterior análise e interpretação dos mesmos.

As informações obtidas serão registradas pela pesquisadora e serão mantidos total sigilo e anonimato das participantes.

.....

Declaro ter sido informada das finalidades e do desenvolvimento da pesquisa e concordo em participar da mesma.

Tenho ciência de que poderei recusar-me a participar da pesquisa ou responder qualquer pergunta.

Caxias do Sul (RS), _____ de _____ de 2011.

Participante da Pesquisa

Juliana Raquel de Souza Luchesi
Pesquisadora

APÊNDICE B – ROTEIRO BÁSICO DE QUESTÕES

Centro Obstétrico – Hospital Geral – Caxias do Sul – RS

Número da entrevista: _____ Data: ____/____/2011 Início: ____:____ Término: ____:____

I) Dados de Identificação:

Idade: _____ Cor: _____

Estado Civil: _____ Cidade: _____

Instrução: _____ Profissão: _____ Ocupação: _____

Praticante de alguma religião: () sim. Qual? _____ () não

Renda familiar, aproximada, em salários mínimos: _____

II) Dados do Parto:

Partos anteriores?

() sim, _____ normal(is)

() sim, _____ cesariana(s)

() não

Obs.: Uso de fórceps, bebê prematuro, parto tardio, alto risco para mãe ou bebê?

III) Parto Atual:

Teve assistência pré-natal? () sim () não

Se sim, quantas consultas foram feitas? _____

O início do acompanhamento aconteceu a partir de qual mês de gestação? _____

Tipo de parto: Parto normal () Cesariana ()

Houve indução medicamentosa? () sim () não

Tempo de trabalho de parto em horas: _____

Está acompanhada por um familiar? _____ Qual? _____

IV) Dados do bebê:

Gênero (Sexo): () feminino () masculino

Peso: _____ Altura (cm): _____

Obs.: os dados referentes ao bebê serão obtidos junto aos profissionais da área do Centro Obstétrico.

V) Questões para a condução das entrevistas individuais em profundidade:

1. Fale da sua gestação. Como você se sentiu durante este período da sua vida?
2. Quando eu falo a palavra PARTO o que vem na sua cabeça (mente)?
3. Qual é o significado do parto para você?
4. O que você sentiu durante o parto em relação ao seu corpo, sua mente e seu coração?
Mais algum comentário?
5. O parto aconteceu como você imaginava ou sonhava? O que poderia ter sido diferente?