



**Este artigo** está licenciado sob uma licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial 3.0 Unported.

**Você tem direito de:**

Compartilhar — copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato

Adaptar — remixar, transformar, e criar a partir do material

**De acordo com os termos seguintes:**

**Atribuição** — Você deve dar o crédito apropriado, prover um link para a licença e indicar se mudanças foram feitas. Você deve fazê-lo em qualquer circunstância razoável, mas de maneira alguma que sugira ao licenciante a apoiar você ou o seu uso.

**NãoComercial** — Você não pode usar o material para fins comerciais.

**Sem restrições adicionais** — Você não pode aplicar termos jurídicos ou medidas de caráter tecnológico que restrinjam legalmente outros de fazerem algo que a licença permita.



**This article** is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 3.0 Unported License.

**You are free to:**

Share — copy and redistribute the material in any medium or format.

Adapt — remix, transform, and build upon the material.

**Under the following terms:**

**Attribution** — You must give appropriate credit, provide a link to the license, and indicate if changes were made. You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggests the licensor endorses you or your use.

**NonCommercial** — You may not use the material for commercial purposes.

No additional restrictions — You may not apply legal terms or technological measures that legally restrict others from doing anything the license permits.



## INCIDÊNCIA DE EMOÇÕES AMBIVALENTES EM UM CONTEXTO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

### AMBIVALENT EMOTIONS INCIDENCE IN THE HEALTH CARE SERVICES RENDERING CONTEXT

*Gabriel Sperandio Milan* <sup>(1)</sup>

*Juliana Raquel de Souza Luchesi* <sup>(2)</sup>

*Universidade de Caxias do Sul/UCS, Caxias do Sul, RS*

*Rafael Barreiros Porto* <sup>(3)</sup>

*Universidade de Brasília/UNB, Brasília, DF*

*Deonir De Toni* <sup>(4)</sup>

*Fabiano Larentis* <sup>(5)</sup>

*Universidade de Caxias do Sul/UCS, Caxias do Sul, RS*

#### RESUMO

Este estudo abordou as emoções ambivalentes (positivas e negativas) vivenciadas por usuárias de serviços obstétricos. Identificar tais emoções pode auxiliar na definição de prioridades e aumento da qualidade dos serviços prestados, incrementando a satisfação das pacientes. Trata-se de uma pesquisa qualitativo-exploratória, com a realização de entrevistas individuais, com abordagem semiestruturada. Os dados foram analisados e interpretados mediante análise de conteúdo, observação direta e sua triangulação. Como principais resultados, destacam-se a compreensão da incidência de emoções ambivalentes, principalmente o medo e a alegria/prazer e a identificação de direcionamentos para maximizar as emoções positivas e minimizar as emoções negativas, repercutindo na qualidade percebida dos serviços e na satisfação das clientes.

**Palavras-chave:** Emoções; Emoções Ambivalentes; Comportamento do Consumidor; Qualidade em Serviços; Serviços de Saúde.

#### ABSTRACT

This study focuses on the ambivalent emotions (positive and negative) experienced by obstetric services users. Identifying these emotions can help in setting priorities and improve services quality, increasing patient satisfaction. It was implemented a qualitative and exploratory research, by means individual interviews with semi-structured approach. The data were analyzed and interpreted using content analysis, direct observation and its triangulation. As main results, we highlight the understanding of ambivalent emotions incidence, especially fear and joy / pleasure and identification of directions for maximizing positive emotions and minimize negative emotions, reflecting on the perceived services quality and customer satisfaction.

**Key Words:** Emotions; Ambivalent Emotions, Consumer Behavior; Service Quality; Health Services.

## INTRODUÇÃO

Tendo em vista a consolidação do setor de serviços na economia mundial, estudos que ampliem o entendimento a respeito da relação existente entre os usuários e os prestadores de serviços são prementes. O cliente, ao interagir com o provedor de serviços, neste instante representado pelo seu pessoal de linha de frente, reage, mental e fisicamente, avaliando a qualidade dos serviços (MILAN, 2006). É evidenciado, na área da saúde, que os hospitais devem adotar novas políticas, estratégias e técnicas para mudar seus processos, incrementar a qualidade dos serviços e suportar outras mudanças organizacionais necessárias para uma melhor performance (CACCIA-BAVA; GUIMARAES; GUIMARAES, 2009; KLINGER; PRAVEMANN; BECKER, 2015).

Especificamente, cada usuária de serviços ligados à maternidade terá experiências que irão variar dependendo do local para o nascimento do bebê, tipo de cuidado realizado no acompanhamento pré-natal, durante o trabalho de parto e no pós-natal. Para que o serviço obstétrico seja efetivo é necessário que os profissionais sejam responsivos em relação às características e às necessidades das parturientes. A gestante não é considerada uma mulher doente e as emoções que vivencia têm um efeito poderoso sobre as suas expectativas e as suas percepções e sua habilidade de pensar racionalmente (TINSON, 2000).

Identificar o que é relevante para elas é útil para descobrir os pontos fortes e as vulnerabilidades da unidade de trabalho e para ajustar as estratégias inerentes aos serviços. Dessa forma, pode-se promover o serviço internamente, obtendo um feedback para as equipes, motivando-as ao

melhoramento contínuo da qualidade dos serviços. Determinar as fontes e os níveis das expectativas e percepções e o grau de satisfação ou insatisfação destas gestantes podem ajudar a diagnosticar em que aspectos a performance está adequada e em quais deles deve ser melhorada. Estas informações auxiliam na gestão dos riscos operacionais, na minimização das reclamações e do surgimento de fatores geradores de insatisfação (PROCTOR; WRIGHT, 1998; OLIVER, 2010; ZEITHAML; BITNER; GREMLER, 2011).

No 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 transformações físicas, emocionais e psicossociais. A gestação se configura como uma fase em que o organismo se modifica para receber uma nova vida em um período de, geralmente, quarenta semanas. Muitos sintomas surgem durante estes nove meses. Em média, a mulher ganha, nesta fase, de nove a doze quilos, o que, logicamente repercute em seu olhar sobre o mundo, sobre a sua afetividade e o seu comportamento (PEIXOTO; AMORIM, 2007; CUNHA et al., 2009; BERGSTRÖM et al., 2013).

A maioria das mulheres experimenta uma combinação de desamparo, ansiedade e uma sensação de agradável expectativa. A energia que é retirada de suas vidas diárias é utilizada para solucionar estes conflitos emocionais. O período da gravidez é uma época em que deve aprender muito sobre si mesma e sobre o novo papel que será exercido no futuro, o de mãe (BRAZELTON, 1998; PARKER, 2003). A angústia no momento do parto é acentuada, pois há na mulher um sentimento de perda, esvaziamento e medo do desconhecido, o bebê e suas necessidades (ALT; BENETTI,

2008). Com o parto, a imagem idealizada do bebê se desfaz na medida em que este passa a se tornar um ser “independente”, recebendo todo o carinho e atenção, que antes eram voltados à gestante. Este momento é quando a mãe irá atribuir um novo significado à maternidade (SAVASTANO; NOVO, 1981; BORSA; DIAS, 2004). E tal experiência poderá ser positiva ou negativa.

Daí a importância dos gestores de serviços de saúde em reconhecerem as emoções das parturientes e prestar um bom atendimento, transmitindo-lhes maior segurança e satisfação com o parto (AVORTRI; BEKE; ABEKAH-NKRUMAH, 2011; MARTIN; FLEMING, 2011) e, conseqüentemente, com os serviços prestados, como um todo, e com o próprio prestador de serviços, o que está diretamente associado ao desempenho dos negócios (YOO; PARK, 2007; KLINGER; PRAVEMANN; BECKER, 2015).

As emoções sentidas, portanto, afetam a percepção cognitiva, sendo consideradas como filtros que intervêm nas experiências do cotidiano e que são inerentes à utilização dos serviços (GRÖNROOS, 2009; LIN; MATTILA, 2010; BIRON; van VELDOHOVEN, 2012). Sendo assim, o trabalho teve o intuito de identificar elementos que possam embasar a resposta à seguinte questão central, que traduz o problema de pesquisa: quais são as emoções, positivas e negativas, portanto, emoções ambivalentes, vivenciadas pelas usuárias dos serviços de obstetrícia no momento do parto?

Em decorrência disso, foi definido o objetivo geral desta pesquisa, que foi o de compreender a incidência de emoções positivas e negativas simultaneamente (emoções ambivalentes), vivenciadas por usuárias de serviços de obstetrícia no

momento do parto. Além do objetivo geral, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos: identificar as principais emoções, positivas e negativas, vivenciadas e que compõem a experiência da maternidade no momento do parto; e verificar a ambivalência emocional (incidência de emoções positivas e negativas simultaneamente) vivenciada durante o parto a partir da percepção das parturientes, no sentido de possibilitar evidências para possíveis direcionamentos para a qualificação dos serviços prestados no ambiente em estudos.

Para tanto, o estudo foi ambientado no Centro Obstétrico de um hospital público, o qual tem a totalidade de seus atendimentos realizados por meio do SUS – Sistema Único de Saúde. O hospital, localizado no interior do Estado do Rio Grande do Sul (RS), foi fundado em 1998 e está vinculado a uma universidade, sendo certificado pelo MEC – Ministério da Educação e Cultura e pelo Ministério da Saúde como um hospital de ensino. Este hospital atende pacientes de 49 cidades da região. Está instalado em um prédio de seis pavimentos, com cerca de 12,5 mil m<sup>2</sup>, com instalações para tratamentos clínicos, cirúrgicos e serviços de diagnóstico e de apoio. São 236 leitos, 49 na UTI – Unidade de Tratamento Intensivo, 33 de pediatria e outros 155 leitos nas diversas áreas de internações clínicas e cirúrgicas. Sua área de abrangência compreende 48 municípios da região.

Vale destacar que o foco do Centro Obstétrico é o atendimento às gestantes em todas as fases da gravidez: pré-natal, trabalho de parto e pós-parto. Ao ano, são realizados aproximadamente 1.500 partos, sejam partos cesarianos (42%), sejam partos normais (58%), o que ilustra a importância dos

serviços prestados para a população da região.

## REVISÃO DA LITERATURA

### *Definição e Tipos de Emoção*

As emoções não emergem isoladamente, visto que a cultura, as interações sociais e a forma como a vida é organizada têm forte influência sobre as emoções (FIELDS; KLEINMANN, 2006). Por isso, as emoções podem surgir a partir de experiências do corpo, ou do inconsciente, emergindo de um processo interpretativo inerente a uma situação social específica ou relacional vivenciada (WHITEMAN; MÜLLER; JOHNSON, 2009). As emoções, portanto, podem ser compreendidas como um tipo de resposta psicológica afetiva, não-cognitiva, que está relacionada aos sentimentos. E são vivenciadas em diferentes níveis de alerta ou de excitação corporal, como, por exemplo, nervosismo, transpiração e, até mesmo, com o aumento dos batimentos cardíacos (PETER; OLSON, 2004; SALZMAN; FUSI, 2010). Ou seja, incluem estados de excitação e diversas formas de afeto, às quais podem ser dadas interpretações singulares (OLIVER, 2010). São como um estado mental de prontidão, que surge a partir de avaliações cognitivas provenientes de um evento ou do próprio pensamento da pessoa (LAZARUS, 1991; BAGOZZI; GOPINATH; NYER, 1999).

As emoções configuram um conjunto de reações que podem ser publicamente observáveis (DAMÁSIO, 2000). Isto significa dizer que o estado emocional de usuários de um serviço pode gerar pistas comportamentais (MILAN, 2006). Conforme Damásio (2000; 2005), 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.

Autores como Mehrabian e Russell (1974), que originaram a escala PAD - *Pleasure-Arousal-Dominance*, Izard (1977), com a escala DESII - *Differential Emotions Scale II*, Plutchik (1980), Batra e Holbrook (1990), Liljander e Strandvik (1997) e Richins (1997), com a escala CES - *Consumption Emotion Descriptors* propuseram tipologias e instrumentos para mensurar emoções humanas. Todavia, até o momento, tais instrumentos são estudados e questionados quanto ao seu grau de validade, sendo que a tipologia / escala desenvolvida por Izard (1977) ainda é a mais utilizada (RICHINS, 1997; LEITE; ARRUDA, 2007).

Por isso, na presente pesquisa foi adotada a tipologia proposta por Izard (1977), como base para a categorização das emoções a serem identificadas e suas respectivas ambivalências. Este autor sugere dez tipos de emoções, sendo duas emoções positivas (+), uma emoção neutra (=) e sete emoções negativas (-), que são: **interesse** (+): considerada uma emoção fundamental e relevante em indivíduos normais e saudáveis; **alegria/prazer** (+): 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;



**surpresa** (=): 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; **tristeza** (-): tem diversas funções, tais como mostrar quando algo está errado e motivar o indivíduo a reduzir ou a eliminar a causa de desconforto; **raiva** (-): é resultante de frustração ou restrições, ou seja, nestes casos, o sentimento de auto-preservação se torna iminente; **medo** (-): afeta todas as pessoas em diferentes circunstâncias, de alguma forma. Dependendo de sua intensidade, o medo é sentido como preocupação ou como falta de segurança; **vergonha** (-): tem 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 grupos de indivíduos; **culpa** (-): está 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; **repulsa/desgosto** (-): 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; e **desprezo** (-): 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.

### *A Influência das Emoções nas Percepções de Qualidade e de Satisfação de Clientes*

Respostas emocionais são particularmente influenciadoras nas

avaliações de serviços de alto contato (JOHNSON; ZINKHAN, 1991; JAYANTI, 1996; FOX, 2001; SILVESTRO, 2005; MILAN, 2006), como é o caso dos serviços da área da saúde. Nestes serviços, a proximidade física, psicológica e emocional dos profissionais com os clientes os torna, normalmente, aptos a perceberem e a predizerem as expectativas de qualidade dos clientes (MATTILA; ENZ, 2002; LIN; MATTILA, 2010).

Um dos pré-requisitos para gerar um nível de qualidade elevado é ter colaboradores que compreendem as necessidades e os desejos, as preferências e os hábitos e as expectativas e as percepções dos clientes. Para individualizar o atendimento, o pessoal de linha de frente precisa estar apto para adaptar a execução dos serviços em tempo real ao perfil e comportamento dos clientes (BITNER; BROWN; MEUTER, 2000; NAIDU, 2009; NARANG, 2010; OWUSU-FRIMPONG; NWANKWO; DASON, 2010). A atenção extra dada pelos profissionais ajuda a criar emoções positivas nos usuários do serviço e vínculos sociais e afetivos entre as partes. Já as emoções negativas emergem mais facilmente em situações com falhas no padrão mínimo de qualidade esperado (PRICE; ARNOULD; DEIBLER, 1995; LIN; LIANG, 2011; BIRON; van VELDOHOVEN, 2012).

Neste horizonte, Baker, Choi e Henshaw (2005) destacam três características como essenciais para a satisfação de mulheres no âmbito dos serviços relacionados à maternidade: a escolha, a continuidade e o controle sobre o que pode acontecer no parto. Esta última é apontada como um aspecto central no processo de nascimento da criança e um vetor essencial para o nível de satisfação das pacientes (GREEN; COUPLAND; KITZINGER, 1990;

WALDENSTRÖM, 1999; WALDENSTRÖM et al., 2000; BERGSTRÖM et al., 2013). Além disso, a sensação de controle é apontada por Dencker et al. (2010) como um fator determinante relacionado às emoções positivas, principalmente nas primíparas, ou seja, as mulheres grávidas e em trabalho de parto do primeiro filho.

Resultados de pesquisas indicam que as percepções de qualidade dos serviços de saúde estão fortemente relacionadas à competência dos profissionais, ao seu elevado nível de conhecimento, à confiança depositada pelos clientes, ao profissionalismo, à empatia, à cortesia e aos aspectos tangíveis, que são cruciais na avaliação qualidade dos serviços e que repercutem diretamente na satisfação das pacientes (HALLIDAY; HOGARTH-SCOTT, 2000; BADRI; ATTIA; USTADI, 2009; VINAGRE; NEVES, 2008; 2010). E tais relações, por sua vez, também são influenciadas pelas emoções vivenciadas nestes momentos (JAYANTI, 1996; LILJANDER; STRANDVIK, 1997; WATSON; SPENCE, 2007; MARTIN et al., 2008; LIN; LIANG, 2011).

## MÉTODO DE PESQUISA

O estudo pode ser caracterizado como uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório (ALVESSON; KÄRREMAN, 2011; HENNINK; HUTTER; BAILEY, 2011; SCOTT; GARNER, 2013), a qual foi operacionalizada por meio da condução de entrevistas individuais, com uma abordagem semiestruturada, mediante a aplicação de um roteiro básico de questões (RIBEIRO; MILAN, 2004; KING; HORROCKS, 2010; GUBRIUM et al., 2012), elaborado a partir da literatura (COSTA, 2001; TUCKER III, 2002; MILAN; DE TONI; BARAZETTI, 2005;

SILVA; CAETANO; SILVA, 2006; LARSSON; WILDE-LARSSON, 2009; 2010; DRENNAN et al., 2011). Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Instituição, para a validação de conteúdo, o roteiro básico de questões foi submetido à apreciação de dois *experts* da área (docentes e pesquisadores), finalizando-se o instrumento de coleta de dados a ser utilizado na condução das entrevistas, conforme recomendações encontradas na literatura (REMLER; VAN RYZIN, 2011; MALHOTRA; BIRKS; WILLS, 2012).

Tendo em vista o julgamento dos pesquisadores, o número pré-estabelecido de entrevistadas que compreenderiam a pesquisa foi de cinquenta pacientes (parturientes), acreditando-se que este conjunto de participantes geraria um volume razoável de dados para posterior análise e interpretação. A partir desta definição, as entrevistas foram conduzidas na instituição hospitalar em sessão única, em datas acordadas, no pós-parto, com a autorização formal das pacientes, as quais assinaram o Termo de Consentimento Informado Individual, e sem prejuízos à sua recuperação. Todas as entrevistas foram gravadas em meio magnético e transcritas para facilitar, posteriormente, o processo de análise e interpretação dos dados (RIBEIRO; MILAN, 2004; KVALE; BRINKMANN, 2009; GUBRIUM et al., 2012).

Em acréscimo à condução das entrevistas, foi utilizada a observação direta (HENNINK; HUTTER; BAILEY, 2011; REMLER; VAN RYZIN, 2011), no sentido de compreender a formação dos grupos de trabalho e relacionamentos entre as equipes e os profissionais, a presença de familiares, horário de visitas e o ambiente na Sala de Espera do Centro Obstétrico, o relacionamento dos profissionais com as

parturientes e outras pacientes com recém nascidos e a realização de reuniões periódicas entre as equipes de trabalho. Além disso, procedeu-se uma pesquisa documental (HENNINK; HUTTER; BAILEY, 2011; MALHOTRA; BIRKS; WILLS, 2012), acessando-se relatórios provenientes ao funcionamento (operação) dos serviços prestados, os quais foram disponibilizados pela responsável do Centro Obstétrico.

Para o tratamento, análise e interpretação dos dados, foi utilizado o método da análise de conteúdo (SCHREIER, 2012; KRIPPENDORFF, 2013), separando-se os dados e as informações obtidas em categorias de análise (GIBBS, 2008; BERNARD; RYAN, 2010; SCOTT; GARNER, 2013). As categorias de análise compreenderam, basicamente, dados relativos ao perfil de cada participante e às emoções vivenciadas (positivas, neutras, negativas e as ambivalências identificadas), as quais foram categorizadas a partir da tipologia proposta por Izard, com a escala DESII (IZARD, 1977).

Com o intuito de aumentar a validação dos resultados, a categorização das emoções identificadas passou pelo método dos juízes, com a participação de três *experts* (docentes e pesquisadores) da área e pela técnica da triangulação dos resultados (MALHOTRA; BIRKS; WILLS, 2012; SCOTT; GARNER, 2013), implementada por meio de uma entrevista individual realizada junto à obstetra com mais tempo de trabalho (experiência) no Centro Obstétrico do Hospital, estando na Instituição há mais de dez anos.

## PRINCIPAIS RESULTADOS E DISCUSSÃO

### *Perfil das Entrevistadas*

Ao todo, foram entrevistadas cinquenta pacientes. O Quadro 1 caracteriza as parturientes entrevistadas, destacando-se os aspectos que definem detalhadamente o perfil de cada uma delas.

Quadro 1 - Perfil das entrevistadas

Entrevistadas	Idade (anos) e Estado Civil	Credo (Religião)	Partos Anteriores	Pré-Natal	Parto Atual
E1	21, casada	Evangélica	2 cesarianas	sim	Cesariana
E2	36, casada	Testemunha de Jeová	2 cesarianas	sim	Cesariana
E3	31, solteira	Evangélica	1 normal	sim	Normal
E4	30, solteira	Evangélica	primípara	sim	Normal
E5	34, casada	Católica	2 normais	sim	Normal
E6	19, solteira	Luterana	primípara	sim	Cesariana
E7	31, solteira	Católica	1 normal	não	Normal
E8	27, casada	Evangélica	2 normais	sim	Normal
E9	35, casada	Católica	3 cesarianas	sim	Cesariana
E10	22, união estável	Evangélica	primípara	sim	Cesariana
E11	25, união estável	Sem credo	primípara	sim	Normal
E12	34, união estável	Umbanda	4 cesarianas	sim	Cesariana
E13	26, casada	Sem credo	1 cesariana	sim	Cesariana
E14	42, casada	Católica	2 cesarianas	sim	Cesariana



Quadro 1 - Perfil das entrevistadas (continuação...)

Entrevistadas	Idade (anos) e Estado Civil	Credo (Religião)	Partos Anteriores	Pré-Natal	Parto Atual
E15	23, união estável	Católica	3 cesarianas	sim	Cesariana
E16	18, união estável	Católica	primípara	sim	Normal
E17	19, união estável	Católica	primípara	sim	Cesariana
E18	33, união estável	Evangélica	6 normais	sim	Normal
E19	25, solteira	Evangélica	2 normais	sim	Normal
E20	40, união estável	Católica	5 normais	sim	Normal
E21	27, união estável	Sem credo	2 normais	sim	Normal
E22	29, união estável	Evangélica	4 normais	sim	Normal
E23	39, separada	Sem credo	primípara	sim	Cesariana
E24	14, solteira	Evangélica	primípara	sim	Normal
E25	28, solteira	Católica	2 normais	sim	Normal
E26	30, casada	Católica	1 normal	sim	Normal
E27	26, casada	Católica	1 cesariana	sim	Cesariana
E28	30, união estável	Católica	1 cesariana	sim	Cesariana
E29	27, união estável	Católica	1 cesariana	sim	Cesariana
E30	31, casada	Mórmon	1 cesariana	sim	Cesariana
E31	26, casada	Evangélica	2 cesarianas	sim	Cesariana
E32	21, união estável	Sem credo	1 cesariana	sim	Cesariana
E33	15, união estável	Sem credo	primípara	sim	Cesariana
E34	15, solteira	Católica	primípara	sim	Normal
E35	21, união estável	Sem credo	primípara	sim	Cesariana
E36	21, união estável	Católica	primípara	sim	Normal
E37	18, união estável	Evangélica	primípara	sim	normal
E38	41, união estável	Católica	4 normais	sim	Normal
E30	31, casada	Evangélica	primípara	sim	Normal
E40	19, união estável	Católica	primípara	sim	Normal
E41	33, casada	Católica	1 normal	sim	Normal
E42	22, união estável	Budista	1 normal	sim	Normal
E43	34, união estável	Evangélica	4 normais e 1 cesariana	sim	Normal
E44	25, união estável	Evangélica	primípara	sim	Cesariana
E45	24, união estável	Evangélica	primípara	sim	Cesariana
E46	33, casada	Católica	primípara	sim	Cesariana
E47	38, união estável	Católica	5 normais	sim	Normal
E48	34, união estável	Católica	1 normal	sim	Normal
E49	34, união estável	Sem credo	1 cesariana	sim	Cesariana
E50	42, casada	Católica	3 normais	sim	Normal

Fonte: Dados provenientes da pesquisa.

De acordo com o Quadro 1, é possível verificar que a maior parte das entrevistadas são mulheres casadas ou vivendo em união estável, entre 18 a 42 anos, de diversas religiões ou credos, embora predominantemente católicas, e muitas delas

com experiências (partos) anteriores. Um aspecto positivo é que somente uma das entrevistadas não passou por um acompanhamento pré-natal. Nota-se, também, que o tipo de parto mais frequente é a cesariana e não o parto normal.

### *Principais Emoções Vivenciadas e Ambivalências Emocionais Identificadas*

Com o objetivo de ilustrar e fortalecer a argumentação sobre a ambivalência emocional durante o parto, são apresentados relatos (excertos) provenientes das entrevistas. Evidenciou-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 setor. Neste estudo, especialmente, não houve a incidência de tais fatos durante o período de coleta de dados.

Em cada um dos relatos, verificou-se que a simultaneidade ou ambivalência emocional se apresentou. Emoções positivas e negativas emergiram 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 (E1).

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 (E6).

Para outras parturientes, independentemente de serem primíparas ou multíparas, as **emoções negativas prevaleceram** e foram observadas, tornando o parto uma experiência mais temerosa do que poderia realmente ser. Para ilustrar tal situação, seguem algumas percepções das entrevistadas:

*Paúra* [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 (E3).

O parto é muito pesado, 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 (E5).

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 (E12).

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 está acontecendo? Tem alguma coisa errada, é ruim [...] a palavra medo tu vai ouvir muito da minha boca (E23).

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 (E43).

A **culpa** é outra das emoções negativas que foi exprimida 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. Desse modo, 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 (E2). 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 [...] (E11).

A incidência de **emoções positivas** também foi percebida, bem verdade, com menor frequência, visto que a ocorrência simultânea com o medo (ambivalência) emergiu na 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 (E7 - usuária de *crack* e outras substâncias químicas. Caso de baixa social para o bebê que nasceu. Conforme os profissionais do Centro Obstétrico, a criança 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 (E17 - trabalho de parto de 14 horas).

Ai, aquela alegria, aquela emoção, embora tu tenhas muita dor, tu estás ansiosa ali, esperando prá ver, afinal foram nove meses que tu espera ali, né?! (E21).

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 (E41).

Nascer uma criança, é a coisa mais importante prá mim hoje [...] uma surpresa, como ele vai ser? Será que ele vai ser parecido comigo? Será que vai ser parecido com o pai? Ele está 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, nossa, é muito bom (E45).

Sensação de poder, porque a gente faz isso, ninguém mais pode fazer isso. Então, é uma sensação naquele momento que 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 [...] (E25).

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 identificáveis, como pode ser observado pelos relatos 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 (E9).

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 (E15).

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 (E24 - longo período de trabalho de parto, teve a inversão total do útero, permaneceu mais de 24 horas na UTI).

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 (E28).

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, ele 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 (E29).

É uma das coisas mais importantes, está 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 eu estava tranquila, deu tudo certo, não correu nada de imprevisto e foi bem tranquilo, bem planejado, correu tudo bem mesmo (E31).

Senti um pouco de medo, não é bom, mas depois tudo fica, corre tudo bem [...] sentia assim: alegria, medo, dúvida de como ia ser (E33).

Eu fiquei bem angustiada, bem nervosa, é uma sensação tipo assim, de felicidade de ver que a minha filha nasceu, mas bem nervosa (E36).

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 (E39).

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 (E46 - parto prematuro, bebê na UTI).

Ao mesmo tempo é ruim e é bom, tu está dando a vida, é emocionante, depois do nascimento é emocionante. [...] No coração passe o que passar, mas espero que compense depois, só pensava isso (E47).

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 está aí (E48).

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 (E49 - teve dois abortos, portadora do vírus HIV (soro positivo), última gravidez de alto risco para a mãe e para o bebê).

De forma resumida, tendo como base os relatos transcritos, os Quadros 2 e 3, respectivamente, resgatam as principais emoções vivenciadas pelas parturientes, bem como as ambivalências emocionais identificadas:

Quadro 2 – Incidência das emoções vivenciadas durante o parto

Emoções Vivenciadas	Incidência das Emoções na Percepção das Entrevistadas
Interesse (+)	Entrevistadas 6, 9, 13, 15, 16, 21, 24, 26, 29, 30, 36, 38, 39, 41, 47, 48 e 49 32,
Alegria/Prazer (+)	Entrevistadas 1, 2, 7, 9, 14, 15, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 28, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 39, 41, 45, 46, 47, 48 e 49 27,
Surpresa (=)	Entrevistadas 12, 34 e 45
Tristeza (-)	Entrevistadas 11, 13 e 46
Raiva (-)	Não houve incidência.
Medo (-)	Entrevistadas 3, 5, 9, 10, 12, 14, 15, 18, 20, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 37, 38, 39, 40, 43, 46, 47, 49 e 50
Vergonha (-)	Entrevistada 6
Culpa (-)	Entrevistadas 2 e 11
Repulsa/Desgosto (-)	Entrevistadas 1 e 5
Desprezo (-)	Não houve incidência

Fonte: Elaborada pelos autores a partir da tipologia das emoções proposta por Izard (1977).

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

Conforme é possível verificar pelo Quadro 2, houve uma maior incidência de certas emoções em relação a outras. Por exemplo, o medo (emoção negativa), a alegria/prazer (emoção positiva) e o interesse (emoção positiva) foram emoções mais frequentemente relatadas pelas parturientes em sua experiência. Embora com baixa

incidência, chama atenção relatos que caracterizam algumas emoções negativas, tais como a tristeza, a culpa e a repulsa/desgosto. Vale ressaltar, também, que não foram identificados conteúdos associados à incidência de duas emoções negativas, a raiva e o desprezo.

Quadro 3 – Incidência da ambivalência emocional

Ambivalências Emocionais Identificadas	Incidência da Ambivalência Emocional
Interesse (+) e Vergonha (-)	Entrevistada 6
Interesse (+), Alegria/Prazer (+) e Medo (-)	Entrevistadas 9, 15, 24, 39, 47 e 49
Interesse (+) e Medo (-)	Entrevistadas 29, 30 e 38
Interesse (+) e Tristeza (-)	Entrevistada 13
Alegria/Prazer (+) e Culpa (-)	Entrevistada 2
Alegria/Prazer (+) e Medo (-)	Entrevistadas 14, 18, 20, 25, 27, 28, 31, 33, 37
Alegria/Prazer (+), Surpresa (=) e Medo (-)	Entrevistada 34
Alegria/Prazer (+), Tristeza (-) e Medo (-)	Entrevistada 46
Alegria/Prazer (+) e Repulsa/Desgosto (-)	Entrevistada 1

Fonte: Elaborada pelos autores a partir da tipologia das emoções proposta por Izard (1977).

Obs. 1: (+) emoções positivas, (=) emoção neutra e (-) emoções negativas.

Obs. 2: Embora não se caracterize com uma ambivalência, também foram registradas, junto às Entrevistadas 45 e 13, respectivamente, a incidência de Alegria/Prazer (+) e Surpresa (=) e de Surpresa (=) e Medo (-).

Das emoções ambivalentes identificadas, houve maior incidência das ambivalências: (i) a alegria/prazer (emoção positiva) e o medo (emoção negativa); (ii) o interesse e a alegria/prazer (emoções positivas) e o medo (emoção negativa); e (iii)

o interesse (emoção positiva) e o medo (emoção negativa). Percebe-se, portanto, que mesmo que para a maioria das parturientes, o parto seja um momento esperado, desejado, há uma forte ambivalência pelo medo, o medo de sentirem dor, o medo de acontecer



algo a elas ou aos bebês. Daí a importância dos profissionais que prestam o serviço transmitirem segurança, informarem às pacientes (usuárias dos serviços) sobre a evolução do parto, focando mais nas emoções positivas do que nas emoções negativas, dissipando as ambivalências, para evitar algum tipo de sofrimento emocional, e até mesmo físico, para as parturientes.

### Validação dos Resultados

Para a validação dos resultados, mediante a técnica da triangulação, foi conduzida uma entrevista com a médica obstetra mais experiente do setor, o que propiciou evidências para a consolidação dos dados obtidos nas entrevistas realizadas junto às parturientes. As percepções foram congruentes no que diz respeito às emoções vivenciadas, o que fica constatado a partir da leitura de alguns excertos da entrevista apresentados no Quadro 4:

Quadro 4 - Excertos da entrevista com a responsável pelo Centro Obstétrico

Principais Questionamentos Realizados	Respostas da Profissional Entrevistada
Das parturientes atendidas no Centro Obstétrico, fica evidente a ambivalência emocional durante o parto?	“Eu acho que desde a entrada, desde a admissão delas, sim, sempre”.
Das emoções positivas e negativas, quais são as mais observadas?	“Eu acho que das negativas é a insegurança pelo que vai acontecer... talvez os medos são reforçados pelo que elas já ouviram [...]”.
As experiências anteriores podem influenciar os futuros partos?	“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”.
Como as emoções positivas são percebidas durante o parto?	“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 [...]”.
O tipo de parto, normal ou cesariano, influencia nas emoções positivas ou negativas das parturientes?	“Sim, a gente batalha pelo parto normal, mas a sociedade, de um modo geral, não aceita muito bem. Aceita isso mais como uma obrigação do que como uma coisa boa que tem que acontecer, que é normal para a mulher. 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, 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 [medo, dúvidas e insegurança]”.
O perfil socioeconômico da parturiente pode influenciar na experiência do parto?	“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 para todo mundo, eu acho que sim, isso é bem bacana”.
O que os profissionais 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?	“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”.

Fonte: Dados provenientes da pesquisa.

As emoções e as ambivalências emocionais identificadas (vide Quadros 2 e 3) também foram apresentadas a esta profissional, que concordou plenamente com os resultados obtidos. Com tal procedimento, buscou-se validar a análise de conteúdo realizada, verificando-se, na perspectiva de uma profissional experiente, ligada ao ambiente em estudo, se as emoções positivas ou negativas, bem como as emoções ambivalentes identificadas, de fato, são pertinentes à vivência emocional das usuárias dos serviços e que são percebidas pelos profissionais da área, trazendo maior fidedignidade na identificação e na categorização das emoções.

## CONCLUSÃO

As ambivalências emocionais vivenciadas se tornam indícios de que a ligação entre mães e seus bebês é marcada pelas histórias de vida, experiências passadas, informações e nível de conhecimento (VERÍSSIMO, 2009). Ainda mais para as mães de primeiro filho (primíparas), há uma perplexidade com a contradição emocional: alegria, medo, culpa, tudo acontecendo sem harmonia e simultaneamente (ROSENBERG, 2004). Penetrar no universo emocional de uma gestante e identificar os elementos psíquicos

intrínsecos é uma atividade pertinente aos profissionais que cuidarão dela (TEDESCO, 1999). E isto pode influenciar sobremaneira na definição das estratégias dos serviços, em sua infraestrutura e na qualidade do atendimento prestado (MILAN, 2006; JAYANTI, 1996; BERGSTRÖM et al., 2013), bem como no cuidado com os aspectos comportamentais e emocionais intrínsecos aos profissionais envolvidos (FOX, 2001; LIN; MATTILA, 2010; LIN; LIANG, 2011; BIRON; van VELDOHOVEN, 2012).

O comportamento do pessoal de linha de frente da instituição prestadora de serviços de saúde é crucial para a avaliação do serviço por parte de seu respectivo usuário (PRICE; ARNOULD; DEIBLER, 1995; MATTILA; ENZ, 2002; LIN; MATTILA, 2010). Em relação ao contexto pesquisado, verificou-se que, entre as primíparas entrevistadas, incidiu uma ansiedade maior, em comparação às múltiparas (mulheres que passaram pela experiência de mais de um parto). 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). E isto corrobora as evidências de Rosenberg (2004).

A maternidade, embora considerada como sendo uma fase “romantizada” pela mulher, trata-se de uma 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, neste estudo, não foi possível inferir ou determinar a relação entre o perfil socioeconômico das parturientes e a influência sobre as emoções vivenciadas. Não houve evidência empírica suficiente 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.

No âmbito da gestão deste tipo de serviços e a decisão por estratégias mais efetivas; a qualidade dos serviços e a satisfação do cliente (paciente) são as maiores conquistas almejadas (VINAGRE; NEVES, 2008; 2010) e os serviços públicos não se excluem deste contexto. A qualidade em serviços de saúde está relacionada ao nível de humanização dos serviços e da competência dos profissionais envolvidos na execução dos serviços e, se estes fatores são percebidos em elevados níveis pelos usuários, o grau de satisfação com os serviços tende a aumentar (TUCKER III; ADAMS, 2001; TUCKER III, 2002; AVORTRI; BEKE; ABEKAH-NKRUMAH, 2011; CHAHAL; KUMARI, 2011; GAUR et al., 2011). Além disso, a qualidade nos serviços de saúde é representada por quatro dimensões, relacionadas a atributos tangíveis (físicos), à atenção e empatia pessoal, à competência,

conhecimento, credibilidade e veracidade das informações prestadas e ao profissionalismo e cortesia, sendo responsáveis pela avaliação global dos serviços prestados (BADRI; ATTIA; USTADI, 2009; LARSSON, G.; WILDE-LARSSON, 2009; LIN; LIANG, 2011).

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 das pessoas e que as principais influências para a análise do usuário dos serviços pairam sobre a cordialidade dos profissionais da área, a competência, o tempo despendido (atenção) com o paciente e o volume de informação provido. Os pacientes procuram por comportamentos de suporte, afetividade, cuidado, ajuda e atenção por parte dos prestadores de serviços na área da saúde (NAIDU, 2009; BERGSTRÖM et al., 2013), impactando diretamente sobre o seu nível de satisfação com os serviços (LARSSON; WILDE-LARSSON, 2010).

A partir da observação direta e da entrevista realizada com a médica obstetra do Centro de Obstetrícia, 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. Algumas considerações sobre o *layout* e as instalações físicas do Centro Obstétrico; interação das pacientes com fisioterapeutas, durante o trabalho de parto; 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 repercutir em um nível aumentado da qualidade percebida dos serviços.

Certamente, tais aspectos estão relacionados com o nível de satisfação das usuárias dos serviços, mas, também, levam em consideração a atividade dos profissionais envolvidos, exige-lhes uma maior flexibilidade comportamental e auto controle emocional (BIRON; van VELDOHOVEN, 2012). É relevante ressaltar que as emoções vivenciadas durante o parto não evidenciam um julgamento direto ou completo sobre a qualidade percebida ou a satisfação com os serviços. Todavia, uma melhor estrutura de atendimento mais adequada influenciará fortemente na minimização das emoções negativas, permitindo a maximização das emoções positivas, fazendo desta uma experiência não traumática.

Como limitações do estudo é possível destacar o possível viés no processo de análise e interpretação dos dados, e na

própria categorização das emoções identificadas. Além disso, há outras tipologias de emoções, embora a tipologia proposta por Izard (1977) tenha se demonstrado bastante adequada. Talvez, pela natureza da abordagem feita às entrevistadas (pós-parto), momento no qual a coleta de dados devesse ser breve, pode ter prejudicado a coleta de dados mais robustos, como também o registro audiovisual, caso fosse permitido, poderia trazer outras evidências importantes para a identificação e melhor categorização das emoções.

Em relação ao desenvolvimento de estudos futuros, métodos tais como experimentos e a aplicação de pesquisa do tipo *survey* possam ser úteis para a coleta de dados e a construção de evidências mais sólidas em relação à identificação das emoções no contexto de serviços (de saúde ou em outros ambientes). Além disso, seriam oportunos estudos que associassem às emoções (positivas, negativas e ambivalentes), construtos tais como a qualidade percebida, o valor percebido, a satisfação dos clientes, o envolvimento com o serviço e o risco percebido e seus possíveis impactos sobre a possível recompra dos serviços ou sobre a retenção ou mesmo a lealdade dos clientes.

## REFERÊNCIAS

ALVESSON, M.; KÄRREMAN, D. **Qualitative research and theory development: mystery as method**. Thousand Oaks: Sage Publications, 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, 2008.

- 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, 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.
- BATRA, R.; HOLBROOK, M. B. Developing a typology of affective responses to advertising. **Psychology & Marketing**, v. 7, n. 1, p. 11-25, 1990.
- BERGSTRÖM, M.; RUDMAN, A.; WALDENSTRÖM, U.; KIELER, H. Fear of childbirth in expectant fathers, subsequent childbirth experience and impact of antenatal education: subanalysis of results from a randomized controlled trial. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 92, n. 8, p. 967-73, 2013.
- BERNARD, H. R.; RYAN, G. W. **Analyzing qualitative data: systematic approaches**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2010.
- BIRON, M.; van VELDOHOVEN, M. Emotional labour in service work: psychological flexibility and emotion regulation. **Human Relations**, v. 65, n. 10, p. 1.259-1.282, 2012.
- 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.; DIAS, A. C. G. Relação mãe e bebê: as expectativas e vivências do puerpério. **Revista Perspectiva**, v. 28, n. 102, p. 39-53, 2004.
- BRAZELTON, B. **O desenvolvimento do apego: uma família em formação**. Porto Alegre: Artmed, 1998.



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

CHAHAL, H.; KUMARI, N. Consumer perceived value and consumer loyalty in the healthcare sector. **Journal of Relationship Marketing**, v. 10, n. 2, p. 88-112, 2011.

COSTA, M. C. G. **Puerpério: a ambivalência das estratégias para o cuidado**. Dissertação (Mestrado). 2001. 150 f. Ribeirão 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 socioemocionais de mães de bebês prematuros. **Psicologia em Foco**, v. 3, n. 2, p. 35-44, 2009.

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

DAMÁSIO, A. R. **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**, v. 10, n. 1, p. 81, 2010.

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**, v. 48, n. 17, p. 808-817, 2011.

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.

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

GAUR, S. S.; XU, Y.; QUAZI, A.; NANDI, S. Relational impact of service providers' interaction behavior in healthcare. **Managing Service Quality**, v. 21, n. 1, p. 67-87, 2011.

GIBBS, G. **Analyzing qualitative data**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2008.

GREEN, J. M.; COUPLAND, V. A.; KITZINGER, J. V. Expectations, experiences and psychological outcomes of childbirth. **Birth**, v.17, n. 1, p. 15-24, 1990.

GRÖNROOS, C. **Marketing: gerenciamento e serviços**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

GUBRIUM, J. F.; HOLSTEIN, J. A.; MARVASTI, A. B.; McKINNEY, K. D. **The sage handbook of interview research: the complexity of the craft**. 2<sup>nd</sup> edition. Thousand Oaks: Sage Publications, 2012.

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.

HENNINK, M.; HUTTER, I.; BAILEY, A. **Qualitative research methods**. Thousand Oaks: Sage Publications, 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.

KLINGER, S.; PRAVEMANN, S.; BECKER, M. Service productivity in different industries – an empirical investigation. **Benchmarking: An International Journal**, v. 22, n. 2, p. 238-253, 2015.

KRIPPENDORFF, K. **Content analysis: an introduction to its methodology**. 3<sup>rd</sup> edition. Thousand Oaks: Sage Publications, 2013.

KVALE, S.; BRINKMANN, S. **Interviews: learning the craft of qualitative research interviewing**. 2<sup>nd</sup> edition. Thousand Oaks: Sage Publications, 2009.

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

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.

- LARSSON, G.; WILDE-LARSSON, B. 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.
- LEITE, F. N. H. F.; ARRUDA, D. M. 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.
- LIN, I. Y.; MATTILA, A. S. Restaurant servicescape, service encounter, and perceived congruency on customers' emotions and satisfaction. **Journal of Hospitality Marketing & Management**, v. 19, n. 8, p. 819-841, 2010.
- LIN, J. S. C.; LIANG, H. Y. The influence of service environments on customer emotion and service outcomes. **Managing Service Quality: An International Journal**, v. 21, n. 4, p. 350-372, 2011.
- MALHOTRA, N. K.; BIRKS, D.; WILLS, P. **Marketing research: applied approach**. 4<sup>th</sup> edition. New York: Pearson, 2012.
- 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.
- MEHRABIAN, A.; RUSSELL, J. A. **An approach to environmental psychology**. Cambridge: MIT Press, 1974.
- MILAN, G. S. ; DE TONI, D.; BARAZETTI, L. Configuração e organização de imagens de serviços: um estudo exploratório. **Revista Produção**, v. 15, n. 1, p. 60-73, 2005.

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.

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.

OLIVER, R. L. **Satisfaction: a behavioral perspective on the consumer**. 2<sup>nd</sup> edition. New York: M. E. Sharpe, 2010.

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.

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. **Revista Eletrônica de Psicologia**, v. 1, n. 1, 2007.

PETER, J. P.; OLSON, J. C. **Consumer behavior and marketing strategy**. New York: McGraw-Hill/Irwin, 2004.

PLUTCHIK, R. **Emotion: a psychoevolutionary synthesis**. New York: Harper and Row, 1980.

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. **Research methods in practice: strategies for description and causation**. Thousand Oaks: 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, n. 2, p. 127-146, 1997.

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

SALZMAN, C. D.; FUSI, S. Emotion, cognition, and mental state representation in amygdale and prefrontal cortex. **Annual Review of Neuroscience**, v. 33, n. 1, 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, n. 1, p. 101-110, 1981.

SCOTT, G.; GARNER, R. **Doing qualitative research: designs, methods, and techniques**. 1<sup>st</sup> edition. Upper Saddle River: Pearson, 2013.

SCHREIER, M. **Qualitative content analysis in practice**. London: Sage Publications, 2012.

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

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.

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: 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.

TUCKER III, J. L.; 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, v. 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.

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.

VINAGRE H.; NEVES, J. 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, n. 5, p. 471-482, 1999.

WALDENSTRÖM, U.; 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, n. 3, p. 156-167, 2000.

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.

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.

YOO, D. K.; PARK, J. A. Perceived service quality: analyzing relationships among employees, customers, and financial performance. **International Journal of Quality & Reliability Management**, v. 24, n. 9, p. 908-926, 2007.

ZEITHAML, V. A.; BITNER, M. J.; GREMLER, D. D. **Marketing de serviços: a empresa com foco no cliente.** 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2011.

## NOTAS

(1) Doutor em Engenharia de Produção na Área de Sistemas da Qualidade pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS. Mestre em Engenharia de Produção na Área de Qualidade e Gerência de Serviços pela UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS. Especialista em Administração em Marketing e em Planejamento Econômico: Gestão Econômica da Empresa, ambos pela Universidade de Caxias do Sul/UCS. Bacharel em Administração de

Empresas pela Universidade de Caxias do Sul/UCS. Professor e pesquisador da Universidade de Caxias do Sul/UCS, Caxias do Sul, RS.

(2) Mestre em Administração pela Universidade de Caxias do Sul/UCS. Especialista em Administração Estratégica de Serviços e em Comércio e Relações Internacionais ambos pela Universidade de Caxias do Sul/UCS, e em Gestão Empresarial pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul/ UFRGS. Bacharel em Administração de Empresas - Habilitação: Comércio Exterior pela Universidade de Caxias do Sul/UCS. Professora na Universidade de Caxias do Sul/UCS, Caxias do Sul - RS.

(3) Doutor em Ciências do Comportamento pela Universidade Brasília/UNB. Mestre em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações pela Universidade Brasília/UNB. Especialista em Estratégia Empresarial Fundação Getúlio Vargas/FGV. Graduado em Publicidade e Propaganda pela Escola Superior de Propaganda e Marketing/ESPM. Professor e pesquisador na Universidade de Brasília/UNB, Brasília - DF.

(4) Doutor em Administração na Área de Marketing pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS. Mestre em Administração na Área de Marketing pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS. Bacharel em Administração de Empresas e Bacharel e Licenciado em Filosofia Universidade de Caxias do Sul/UCS. Professor e pesquisador na Universidade de Caxias do Sul/UCS, Caxias do Sul, RS.

(5) Doutor em Administração na Área de Marketing pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS. Mestre em Administração na Área de Marketing pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS. Especialista em Gestão Estratégica em Marketing pela Universidade de Caxias do Sul/UCS. Bacharel em Administração de Empresas - Habilitação: Comércio Exterior pela Universidade de Caxias do Sul/ UCS. Professor e pesquisador na Universidade de Caxias do Sul/ucs, Caxias do Sul, RS - Professor e pesquisador

*Enviado: 19/03/2015*

*Aceito: 28/07/2015*

*Publicado: 14/12/2015*