

Aos meus pais

pelo amor,
pela confiança,
pelo esforço,
pela educação,
pela sabedoria,
pelo que hoje sou.

Agradecimentos

Para a realização desta dissertação vários foram os intervenientes que, directa ou indirectamente, colaboraram merecendo o meu reconhecimento e gratidão.

Ao meu orientador, Prof. Doutor Francisco Nunes, agradeço ter contribuído com a sua ciência e experiência na orientação deste trabalho.

O meu reconhecimento estende-se, ainda, a todos os docentes deste mestrado, na pessoa do seu Director, o Prof. Doutor Luís Martins, que, com os conhecimentos transmitidos na parte lectiva, muito contribuíram para o enriquecimento dos meus conhecimentos na área da gestão, incentivando-me à realização deste trabalho.

Às Organizações de Saúde que amavelmente se disponibilizaram para possibilitar a realização deste estudo e, em particular, às utentes e profissionais de saúde que gentilmente se dispuseram a colaborar, respondendo às entrevistas, o meu muito obrigada.

Agradeço de um modo especial ao meu querido marido pelo apoio dispensado, pela paciência e pelo amor demonstrado durante esta longa jornada.

Aos meus pais, irmãos, familiares e amigos, agradeço pela compreensão, motivação e pelo incentivo, fundamentais para atingir este objectivo.

A Deus, fonte da suprema sabedoria, que com a sua protecção e inspiração me conduziu e fortaleceu ao longo deste difícil caminho. *O Senhor é o meu pastor, nada me faltará.*

(Salmos 23:1)

Resumo

O bem-estar do utente adquire actualmente o estatuto de um requisito mensurável incorporado num conceito de qualidade dos cuidados de saúde. Concretamente, a incorporação da perspectiva dos utentes dos serviços de saúde nas avaliações sobre a qualidade tem sido objecto de maior atenção.

Pretende-se, com este estudo, evidenciar as concepções das mulheres (clientes) e dos profissionais de saúde relativamente à experiência do parto num contexto público e privado, designadamente, identificando os aspectos / áreas de excelência e de menor qualidade.

O estudo, de natureza descritiva e com uma abordagem qualitativa, utilizou entrevistas, aplicadas a uma amostra de 16 mães (8 do sector privado e 8 do sector público) e de 16 enfermeiras (8 do sector privado e 8 do sector público).

Os resultados obtidos evidenciam que a qualidade da experiência do parto oscila em função de uma multiplicidade de factores individuais, sociais e situacionais. A análise destes factores leva-nos a dizer que as mães do sector privado vivenciam a experiência do parto de um modo positivo, ao passo que as mães do sector público caracterizam esta experiência, essencialmente, como negativa. A análise dos dados demonstra a diversidade e oscilação da concepção da experiência do parto entre as enfermeiras do sector público e as do sector privado. Os resultados revelam, ainda, que a qualidade de serviço centrada no cliente constitui um aspecto diferenciador das organizações de saúde.

Palavras Chave:

Experiência do Parto – Maternidade Pública

Maternidade Privada – Enfermeira Parteira

Abstract

The welfare of the user currently acquires the status of a measurable requirement built on a health quality concept. Specifically, the incorporation of the perspective of health services users on the quality evaluations has been given greater attention.

The aim of this study is to highlight the concepts of women (customers) and health professionals on the experience of childbirth in a public and private sector, in particular, identifying the issues / areas of excellence and of lower quality.

The study, with a descriptive and a qualitative approach, made use of interviews applied to a sample of 16 mothers (8 in the private sector and 8 in the public sector) and 16 nurses (8 in the private sector and 8 in the public sector).

The results show that the quality of the childbirth experience varies depending on a variety of individual, social and situational factors. The analysis of these factors leads us to the conclusion that mothers in the private sector experience the childbirth experience in a positive way, while the mothers of the public sector characterize this experience, essentially as negative. The data analysis shows the diversity and oscillation on the birth experience design among the nurses in the public and the private sector. The results also show that the service quality, focused on the client, is a differentiating aspect of health care organizations.

Key Words:

Childbirth Experience – Parenting Service

Private Parenting – Nurse Midwife

Résumé

Le bien-être de l'usant acquiert actuellement le statut d'une condition mesurable incorporée dans un concept de qualité des soins de santé. Concrètement, l'incorporation de la perspective des usants des services de santé dans les évaluations sur la qualité a été objet d'une plus grande attention.

On prétend, avec cette étude, mettre en évidence les conceptions des femmes (usantes) et des professionnels de santé par rapport à l'expérience de l'accouchement dans un contexte public et dans un contexte privé, nommément en identifiant les aspects d'excellence et ceux de moindre qualité.

Dans cette étude, de nature descriptive et avec un abordage qualitatif, on a utilisé des interviewes appliquées à un échantillon de 16 mères (8 du secteur privé et 8 du secteur public) et de 16 infirmières (8 du secteur privé et 8 du secteur public).

Les résultats obtenus mettent en évidence que la qualité de l'expérience de l'accouchement oscille en fonction d'une multiplicité de facteurs individuels, sociaux et situationnels. L'analyse de ces facteurs nous conduit à dire que les mères du secteur privé vivent l'expérience de l'accouchement d'une forme positive, pendant que les mères du secteur public caractérisent cette expérience d'une façon essentiellement négative. L'analyse des données démontre la diversité et l'oscillation de la conception de l'expérience de l'accouchement entre les infirmières du secteur public et celles du secteur privé. Les résultats révèlent encore que la qualité de service centrée sur le client est un aspect différenciateur des organisations de santé.

Mots clé:

Expérience de l'Accouchement – Maternité Publique

Maternité Privée – Infirmière Accoucheuse

Índice Geral

— PRIMEIRA PARTE —

Capítulo 1 – Introdução	2
Capítulo 2 – Enquadramento Teórico	6
2.1 – Qualidade: conceito e gestão	7
2.2 – Conceito de serviço e as suas especificidades	11
2.3 – A conceptualização da qualidade de serviço	13
2.4 – Satisfação do cliente	16
2.5 – Expectativas e percepções dos clientes de serviços de saúde.....	19
2.5.1 – Percepção de serviço.....	19
2.5.2 – Expectativa de serviço	20
2.6 – As organizações de serviços de saúde: sector público e sector privado	23
2.6.1 – Organizações de serviços de saúde	23
2.6.2 – Mudanças no sector dos serviços de saúde em Portugal.....	26
2.6.3 – Sector público e sector privado da saúde.....	28
2.7 – A experiência do parto	34

— SEGUNDA PARTE —

Capítulo 3 – Enquadramento Metodológico	38
3.1 – Questões de investigação	39
3.2 – Metodologia	40
3.2.1 – População e amostra	40
3.2.1.1 – Caracterização das instituições.....	41
3.2.1.2 – Caracterização da amostra do estudo	41
3.2.2 – Técnica e instrumentos de recolha de dados.....	43
3.2.3 – Metodologia da análise dos dados	44

Capítulo 4 – Estudo Empírico	46
4.1 – Categorização conceptual – perspectiva das mães	47
4.1.1 – Expectativas relativamente ao parto	50
4.1.2 – Experiência do parto	52
4.1.3 – Percepção como influência de atitudes futuras	57
4.2 – Categorização conceptual – perspectiva das enfermeiras.....	59
4.2.1 – Expectativas relativamente ao parto	61
4.2.2 – Experiência do parto	62
Capítulo 5 – Conclusão	69
5.1 – Discussão dos resultados e conclusões	70
5.2 – Implicações para a prática	80
5.3 – Limitações e sugestões para investigação futura	82
Capítulo 6 – Bibliografia.....	83
Capítulo 7 – Anexos.....	90
Anexo I – Guia de entrevista – Mães	91
Anexo II – Guia de entrevista – Enfermeiras	92

Índice de Quadros

Quadro 1 – Caracterização da amostra – enfermeiras	41
Quadro 2 – Caracterização da amostra – mães.....	42
Quadro 3 – Categorização conceptual – perspectiva das mães	49
Quadro 4 – Categorização conceptual – perspectiva das enfermeiras.....	60
Quadro 5 – Categorização conceptual – perspectiva das mães: sector público e privado...	67
Quadro 6 – Categorização conceptual – perspectiva das enfermeiras: sector público e privado	68

— *PRIMEIRA PARTE* —

1 – Introdução

A qualidade dos serviços de saúde revela-se como o resultado das políticas de saúde, da imagem da organização percebida pelos prestadores e receptores dos cuidados e da definição de serviço prestado ao cliente. É, segundo Frederico e Leitão (1999), um dos elementos estratégicos em que se fundamenta a transformação e melhoria dos sistemas de saúde modernos.

O atendimento das necessidades e expectativas dos utilizadores dos serviços de saúde tem sido considerado como um dos aspectos norteadores dos pressupostos estratégicos das organizações. Neste contexto, a qualidade pode ser entendida como o que representa para os consumidores dos serviços sendo estes os responsáveis pelo julgamento da mesma. A qualidade no atendimento significa a satisfação das exigências do cliente.

Na gestão contemporânea, a qualidade é definida pelos clientes. Torna-se, por isso, relevante conhecer as suas necessidades e as suas expectativas, de modo que sejam oferecidos produtos e serviços que os mesmos reconheçam como tendo um padrão elevado, sendo que esse desempenho diz respeito à organização. Cada vez mais, os clientes do sector da saúde e não só estão mais capazes para discernir quanto ao valor agregado dos serviços e ao desempenho dos colaboradores, valorizando atitudes que reflectem características intrínsecas das dimensões da qualidade.

Nas sociedades modernas e evoluídas, os cidadãos situam-se no centro do modelo de prestação de cuidados de saúde, sendo importante ouvir as suas opiniões e as suas preferências que devem ser respeitadas, tentando satisfazer as suas necessidades (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2003).

Os sinais de abertura dos serviços de saúde ao exterior são cada vez mais evidentes, questionando-se a organização tradicional e a qualidade do serviço oferecido. De entre estes sinais, destaca-se a alteração dos estereótipos dominantes dos utilizadores dos serviços. Passa-se da ideia de utente como alguém privado de autonomia e inteligência que recorre aos serviços, para a noção de que o utente é credor de direitos e desta à de cliente como alguém que assume uma postura activa e faz opções. Fundamentalmente, esta postura implica a consideração do doente como verdadeiro consumidor, pelo que importa

conhecer as suas necessidades como forma de promover os melhores níveis de saúde e de satisfazer os cidadãos com os cuidados recebidos.

Seja qual for o vocábulo utilizado neste trabalho – utente, cliente ou consumidor - referimo-nos sempre ao cidadão consumidor de cuidados de saúde, possuidor de direitos relativamente à qualidade dos mesmos.

Neste contexto, o presente trabalho tem como objectivo ser um contributo para a compreensão da importância do cliente no processo de prestação dos cuidados de saúde como elemento central para a avaliação da sua qualidade.

A perspectiva do cliente é insubstituível e o seu conhecimento é um contributo importante para o sucesso das organizações. O utilizador dos serviços de saúde deve ser encarado como um verdadeiro cliente, no sentido de que a relação hospital / utilizador deixe de ser de subordinação para ser de paridade (SMA, 1993). No plano empírico, pretende-se verificar em que medida a perspectiva do cliente é tida como um elemento fulcral para a prestação dos cuidados de saúde nas organizações de serviços de saúde públicas e privadas.

Como objectivos específicos, neste estudo procurámos compreender: quais as *expectativas* das mulheres e das enfermeiras relativamente ao parto; qual a percepção das mulheres e das enfermeiras acerca da *experiência do parto*; qual a discrepância existente entre as expectativas dos consumidores e as percepções dos prestadores de cuidados relativamente a essas mesmas expectativas.

Este estudo, de carácter exploratório, é, então, dirigido às utentes internadas no serviço de Obstetrícia em duas organizações de saúde distintas, uma de cariz privado e a outra de cariz público.

O gosto que a investigadora apresenta pela área Obstétrica despertou-lhe o interesse por efectuar esta investigação neste serviço. Por outro lado, é visível, na actualidade, a crescente procura das grávidas pelo sector privado para efectuarem o parto. Deste modo, é

também do interesse da investigadora compreender como se processa a experiência do parto nos sectores público e privado da saúde.

O presente trabalho divide-se em duas partes e cinco capítulos. A primeira parte inclui a introdução e o enquadramento teórico. A segunda parte corresponde à fase empírica do trabalho e compreende a descrição do método, o estudo empírico e as conclusões do mesmo.

O capítulo 2 – Enquadramento Teórico – engloba a qualidade dos serviços de saúde, iniciando primeiramente uma breve definição dos conceitos envolvidos no tema.

Relacionado com a perspectiva do cliente quanto à qualidade da prestação dos cuidados de saúde, contemplamos ainda a satisfação do utente, salientando a importância de conhecer as suas expectativas e percepções. De acordo com o cariz da investigação, abordamos também as características que distinguem as organizações dos sectores público e privado da saúde. Finalmente, referimo-nos à experiência do parto em concreto e às variáveis que poderão influenciar a percepção da mesma e condicionar a satisfação do cliente bem como a sua percepção da qualidade do serviço prestado.

O capítulo 3 – Metodologia – apresenta a metodologia utilizada neste estudo, que constituiu uma abordagem qualitativa. Descreve as questões de investigação, população e amostra e os instrumentos de recolha de dados.

No capítulo 4 – Estudo Empírico – analisa-se os dados do estudo principal, numa abordagem qualitativa, apresentando uma descrição detalhada das categorias identificadas, com a exemplificação de cada uma delas.

Por último, no capítulo 5 – Conclusão – são apresentadas as reflexões finais onde se destacam os alicerces teóricos relacionando-os com os resultados obtidos a partir do estudo empírico. Efectua-se uma reflexão acerca dos contributos do estudo para a prática e das limitações identificadas, as quais constituem oportunidades para investigação futura.

2 – Enquadramento Teórico

2.1 – Qualidade: conceito e gestão

O conceito de qualidade assume-se como vasto e complexo, sendo que, na actualidade, o mesmo faz parte da linguagem comum de cada hospital ou unidade prestadora de cuidados de saúde.

Existem algumas razões específicas que levaram ao desenvolvimento da qualidade na saúde, nomeadamente razões sociais, tecnológicas, económicas e financeiras. Sociais, porque os cidadãos e os profissionais são cada vez mais exigentes, tanto na qualidade de consumo como na de produção; tecnológicas, devido à constante inovação que nos obriga a actualizar procedimentos para melhorar o desempenho de acordo com as novas tecnologias; económicas, porque, sendo a concorrência uma constante e a oferta cada vez maior, a oportunidade de escolha depende da relação custo-benefício; financeiras, visto ser importante diminuir os custos e, assim, há que fazer bem a primeira vez, evitando o supérfluo, a negligência e a omissão (Frederico, 2001).

Definir qualidade não é uma tarefa fácil, visto que aquilo que pode representar a qualidade para umas pessoas poderá, eventualmente, ser inapropriado para outras. Contudo, de acordo com Ferreira (2001), a boa qualidade é, regra geral, reconhecida por todos. Deste modo, independentemente de ser de alto nível ou não, a qualidade varia de pessoa para pessoa dependendo, tal como acrescenta Gomes (1994), do que cada um sente e espera receber. Assim, poder-se-à afirmar que um produto ou um serviço prestado tem qualidade quando, como refere “ Frederico e Leitão (1999:178) “...atende às necessidades e expectativas dos seus utilizadores...”.

Qualidade significa oferecer a baixo custo produtos e serviços que satisfaçam o cliente, implicando, como refere Mezomo (2001), um compromisso com a inovação e constante melhoria.

A qualidade implica rapidez de atendimento às solicitações dos clientes, satisfação com o produto, ausência de falhas ou deficiências, correspondendo à totalidade dos atributos que

deve ter um produto ou serviço para atender às expectativas dos seus clientes, superando-as.

Existem cinco perspectivas que podem definir a qualidade: *qualidade transcendente*, em que existe uma característica inerente e mensurável da qualidade, e que é reconhecida por nós quando a vemos; *qualidade baseada no produto*, em que existem variáveis mensuráveis e precisas que se identificam com a qualidade do produto; *qualidade baseada na construção*, em que a qualidade é determinada pela procura do produto, partindo do princípio que o produto é bom; *qualidade baseada no utilizador*, que pressupõe uma perspectiva idiossincrática e pessoal da qualidade, pelo que é muito subjectiva; *qualidade valor*, que envolve a qualidade e o preço, podendo aqui ter-se em conta qualquer uma das medidas de qualidade anteriormente referidas, existindo sempre uma comparação preço/produto (Ferreira, 2001).

Aplicada ao sector da saúde, a qualidade tem também um papel determinante. É da responsabilidade das instituições de saúde garantirem um compromisso com os cidadãos que vise a qualidade nos cuidados de saúde prestados.

A qualidade na saúde deve satisfazer e diminuir as necessidades do cliente, é, segundo Biscaia (2000 p. 8), “não responder à procura oferecendo mais”, é ser proactivo para “prevenir e dar resposta e não servir de pretexto para a procura de novas oportunidades no mercado” e é reunir “integradamente como atributo, a efectividade, eficiência, aceitabilidade e a equidade, e não a exigência única da aceitabilidade”. Ainda na perspectiva de Biscaia, a qualidade em saúde significa um conjunto integrado de actividades planeadas, baseado na definição de metas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objectivo principal a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Um dos principais objectivos de um sistema de qualidade, apontado pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América, é o de tornar o mais efectivos possível os cuidados, melhorando o estado de saúde e a satisfação dos cidadãos, de acordo com os recursos disponibilizados. As cinco dimensões que constituem o conceito, envolvendo

preocupações clínicas e não clínicas, são as seguintes: eficácia, competência do prestador, eficiência, acessibilidade e aceitabilidade.

Relativamente à qualidade dos cuidados, existem duas noções distintas dentro de uma mesma organização. Se, por um lado, uma organização pode ter uma óptima qualidade externa ao satisfazer plenamente os seus utilizadores, pode, no entanto, não garantir a qualidade interna por uma fraca utilização dos recursos disponíveis. Barros (1999) refere-se a estas duas dimensões como “ a qualidade centrada na organização interna da entidade prestadora” e, por outro lado, “a qualidade centrada na satisfação do utilizador”.

Na gestão contemporânea, a qualidade é definida pelos consumidores do serviço. É fundamental conhecer as suas necessidades e expectativas para que se possam oferecer produtos e serviços que sejam reconhecidos como tendo um elevado padrão de qualidade, responsabilizando todos os elementos da organização pelo seu desempenho.

Quanto mais elevados forem os padrões de qualidade de uma organização, melhores serviços ou produtos essa organização produz, sendo da exigência dos clientes que nasce esta evolução, dado que são eles os vectores de pressão sobre os fornecedores de bens e serviços. Assim, a qualidade é “ instrumental (...), não é um fim em si mesmo, mas uma condição necessária para a competitividade (...) e a competitividade assenta no trinómio qualidade, ambiente, inovação”, sendo neste quadro que se situa a importância da qualidade numa organização (Magrinho, 2001, p.4).

A consideração, claramente expressa por alguns autores, da necessidade de conhecer o grau de satisfação do utente e o seu grau de aceitabilidade social é uma aquisição importante. Muitas das definições da qualidade são feitas apenas como sendo o ponto de vista dos profissionais. É, hoje, fundamental a integração da opinião dos utilizadores dos serviços de saúde e dos cidadãos em geral nos processos de tomada de decisão no que respeita às suas necessidades e expectativas. Assim, o desenvolvimento da qualidade tem de ser feito no âmbito de um sistema de qualidade na saúde que deve caracterizar-se por corrigir erros do sistema, reduzir a variabilidade indesejada e ser um processo de melhoria contínua num quadro de responsabilidade e participação colectiva.

Na actualidade, a gestão da qualidade, nascida no seio da actividade produtiva e centralizada para os objectivos de zero defeitos na produção, encaminha-se para a qualidade total, enquanto filosofia mais extensa, baseada na consciencialização de que não é possível conseguir objectivos excelentes, se, paralelamente, as técnicas de organização, gestão e controlo não o forem também (Echevarría, 1997). A gestão da qualidade de serviços permite, segundo Ruiz-Olalla (2001), identificar as actividades que não criam valor e que devem ser eliminadas o quanto antes, para melhorar a eficiência empresarial, repercutindo-se positivamente na satisfação dos clientes. Este é o objectivo prioritário da planificação estratégica de muitas organizações.

Actualmente, o conhecimento relativo à gestão das organizações está disponível e acessível a todos. O grande desafio é, talvez, colocá-lo em prática. Esse é o grande objectivo da gestão da qualidade - procurar o modo de conseguir que as ideias, os conhecimentos e os temas adequados sobre a gestão sejam intensamente utilizados pelas organizações (Montes 1996).

A qualidade da assistência adquiriu um particular significado nos diversos sectores da saúde, sobretudo nas instituições privadas, cujo objectivo é prestar um atendimento excelente ao consumidor, visando a competitividade do mercado, o aumento da produtividade, a optimização dos recursos e, conseqüentemente, o aumento dos lucros.

Os serviços hospitalares estão cada vez mais preocupados com o grau de exigência dos seus clientes. O conceito de qualidade deve também fazer parte da filosofia destes serviços, sendo necessária a interiorização da ideia de que o cliente é portador de direitos e necessidades e deve ser o centro da atenção no processo de gestão. A melhoria da qualidade dos serviços de saúde começa pela educação continuada dos agentes prestadores destes serviços. Somente assim os serviços terão uma missão definida, terão valores e princípios consistentes, processos e resultados adequados.

2.2 – Conceito de serviço e as suas especificidades

O serviço é um processo constituído por uma série de actividades mais ou menos instantâneas que ocorrem nas interações entre o cliente e o funcionário. A maior parte desses serviços apresenta três características básicas: processos constituídos por actividades e não por coisas; produzidos e consumidos simultaneamente; participação do cliente no processo de produção (Grönroos, 1994). É a combinação dos resultados e experiências proporcionadas ao cliente e recebidas por ele. O cliente julga a qualidade do serviço tanto pela experiência quanto pelo resultado.

Zeithalman e Bitner (2003) também apresentam uma definição de serviço que, segundo os mesmos, parece simples e suficientemente generalizada: - *services are deeds, processes, and performance*. De facto os serviços correspondem a acções, processos e desempenhos.

Já é longa e inconclusiva a polémica conceptual em torno das características distintivas dos serviços e do seu impacto no desenho e implementação de estratégias de *marketing* adequadas e de sucesso. De modo a esclarecer a elevada complexidade associada ao conceito de serviço desde a sua concepção, desenvolvimento e comercialização, Vieira (2000) enuncia cinco características distintivas dos serviços. Essas características são:

- *Intangibilidade* - traduz o facto de os serviços serem acções e desempenhos e não objectos e, por isso, não poderem ser vistos, sentidos, saboreados ou tocados. Segundo Kotler *et al* (1999), esta é a característica básica dos serviços, a mais mencionada e da qual derivam as restantes características. A *intangibilidade* demonstra a impossibilidade de o consumidor experimentar ou sentir o serviço antes da compra, criando incerteza na sua aquisição. Como refere Lovelock (2001), os serviços são acções levadas a cabo pelos prestadores e dirigidos ao cliente, não podem ser inventariados, sofrem flutuações na procura, não podem ser legalmente patenteados podendo facilmente ser reproduzidos e, como não podem ser expostos, a sua qualidade pode ser de difícil avaliação.

- *Simultaneidade* - refere o facto de produção e consumo ocorrerem em simultâneo. O serviço é produzido e consumido no momento em que o cliente o recebe, intervindo, assim, o cliente e o prestador, influenciando-se reciprocamente. Pelo facto de o serviço ser inseparável de quem o proporciona, realça a importância da interacção entre o prestador do serviço e o cliente.
- *Heterogeneidade* - relaciona-se com o facto de os serviços serem dependentes das relações humanas em que, muitas vezes, os funcionários são o próprio serviço aos olhos dos clientes. Tanto os clientes como os funcionários são intervenientes nos serviços e o desempenho das pessoas varia de momento para momento (os prestadores devem inspirar confiança, ser responsáveis, corteses e competentes). A qualidade dos serviços depende de muitos factores nem sempre controláveis pelo prestador, como as necessidades do cliente, a capacidade e a vontade de satisfazer essas necessidades e o nível da procura que geralmente é irregular. De modo que, como afirmam Brito e Lencastre (2001), é importante minimizar as diferenças da prestação, através da formação, criando linhas orientadoras e assegurando a qualidade. Esta variabilidade única de cada serviço, tem como principal consequência o facto de o nível de qualidade de uma prestação de serviço ser altamente influenciada por quem, como e onde é prestado, tornando a *standardização* de difícil controlo.
- *Percibilidade* - traduz o facto de os serviços não poderem ser economizados, armazenados, adiados ou devolvidos. Esta característica leva a que os gestores sejam confrontados com períodos de baixa e de elevada procura. Os serviços têm que ser usados no momento da produção, o que leva à necessidade de criação de estratégias, tais como de recuperação, ou garantias, ou o incentivo à utilização em períodos de menor procura, como sugerem Brito e Lencastre (2001).

Os serviços e mesmo os produtos têm de estar aptos para o uso que se lhes designou e, além disso, têm de igualar e inclusivamente sobrepujar, na medida do possível, as expectativas que os clientes depositaram neles.

2.3 – A conceptualização da qualidade de serviço

A qualidade tornou-se um aspecto de extrema importância em todos os ramos de actividade não sendo a saúde excepção. Existem cinco razões que sustentam essa evolução: profissionais, visto o pessoal aspirar a uma melhoria do seu desempenho e ser cada vez mais prestigiado; ética, dada a sua responsabilidade face à confiança depositada pelos cidadãos no profissional de saúde; políticas, uma vez que a qualidade passou a ser uma preocupação estratégica; sociais, porque o cidadão se tornou cada vez mais exigente; por último, económicas, uma vez, que sendo os recursos financeiros escassos comparados com as necessidades, têm que ser bem utilizados (Ministério da Saúde, 1997).

A qualidade nos serviços assume, assim, um papel cada vez mais importante no seio das organizações, designadamente nas instituições de saúde onde as expectativas de qualidade dos utentes e profissionais estão a aumentar. De modo que, para assegurar uma prestação de serviços de qualidade, os gestores necessitam de informação precisa relativamente às necessidades dos seus utentes e dos recursos necessários para a satisfação dessas mesmas necessidades.

As primeiras conceptualizações de qualidade de serviços basearam-se no paradigma da desconfirmação utilizado na literatura de produtos físicos. Os estudos de Churchill e Surprenant (1982), Oliver (1980) e Cardozo (1965) sugeriram que a qualidade de serviço resulta de uma comparação no que concerne à expectativa e à percepção do desempenho desse serviço.

Rodriguez (2000) salienta que o conceito de qualidade percebida pelos consumidores não coincide com o de investigadores e profissionais de *marketing*, que adoptam uma definição conceptual que distingue a qualidade mecanicista da qualidade humanista. A *qualidade mecanicista* diz respeito a um aspecto de ordem objectiva, enquanto a *qualidade humanista* procede do afectivo, aplicando-se à reacção subjectiva dos indivíduos face a objectos ou eventos. Rodriguez acrescenta que a qualidade de serviços pode ser “assimilada” como uma construção que sintetiza as atitudes e as características do produto ou serviço, numa

definição próxima da qualidade humanista e variando em função do indivíduo que faz o respectivo juízo.

A qualidade nos serviços deve ser definida pelos clientes. Dito de outra forma, é a percepção de qualidade que o cliente tem do serviço que deve ser estudada.

No que diz respeito aos serviços de saúde, Parasuraman *et al.* (1985) identificaram dez critérios utilizados pelos consumidores para avaliar a qualidade do serviço, os quais foram posteriormente agregados em cinco grandes dimensões: aspectos tangíveis (aspecto dos elementos físicos); confiança (desempenho de acordo com as expectativas); conformidade (prontidão e utilidade); garantia (competência, cortesia, credibilidade e segurança); empatia (acesso, comunicação e compreensão do cliente).

Evans *et al* (2001) colocaram a questão da qualidade do sistema de saúde como uma questão de resultados nos diferentes níveis do próprio sistema, em detrimento da avaliação dos vários processos a ela inerentes. A perspectiva deste autor coloca uma dificuldade maior, que é tentar correlacionar resultados com uma variável específica. Ou seja, não é fácil, por exemplo, tentar relacionar o facto de que um maior nível de investimento na formação do pessoal de um serviço de obstetrícia num hospital contribui para uma diminuição da mortalidade infantil. Estes autores basearam a sua investigação num modelo da Organização Mundial de Saúde que é suportado por três grandes objectivos: melhoria da saúde da população; conformidade com expectativas legítimas, mas não relacionadas com a saúde, propriamente dita (isto é, respeito pelas pessoas e orientação para os clientes); equidade no financiamento. Uma ideia sobre a qualidade do sistema de saúde surge como questionável a partir deste modelo, dado que, em algumas situações, qualidade do sistema e equidade desse mesmo não se podem relacionar. Ou seja, ao desenvolver uma visão global de qualidade na saúde é importante separar os aspectos técnicos dos aspectos humanos.

Um outro aspecto determinante prende-se com o nível de expectativa dos utentes, face ao sistema de saúde, em termos de capacidade de resposta. Constata-se que o resultado global do sistema de saúde tem vindo a ser cada vez melhor (a esperança média de vida continua

a aumentar), o que contribui para uma constante elevação das expectativas dos utentes. Este facto poderá contribuir para criar expectativas irracionais, uma vez que um aumento ou melhoria do resultado do sistema de saúde, ao desencadear expectativas demasiado elevadas por parte dos utentes, pode, no limite, significar algum desapontamento quando tais expectativas não são satisfeitas e, neste caso, os utentes poderão concluir que se verifica uma diminuição da qualidade do serviço.

A qualidade dos serviços de saúde será o resultado das políticas de saúde, da imagem da organização percebida pelos prestadores e pelos receptores dos cuidados de saúde, da definição de serviço prestado ao cliente interno e externo e da adequada interacção entre estes.

2.4 – Satisfação do cliente

Pesquisas relacionadas com o tema da satisfação do cliente tiveram início nos anos 50 e foram efectuadas por sociólogos como Parsons, Szasz e Hollender. A partir dos anos 60 e 70, este conceito ganhou diferentes contornos marcados pela valorização da opinião do utente, sendo que só nos anos 80 é que a satisfação do consumidor ganhou grande popularidade começando a ser vista como um importante indicador da qualidade dos serviços de saúde.

Efectivamente, ao longo da história, a satisfação dos doentes era um aspecto que raramente as organizações de saúde englobavam nas suas acções de promoção da garantia da qualidade. Os profissionais, cada vez mais qualificados e especializados, tendem a considerar-se os únicos juízes da sua prática, apresentando resistência a mecanismos de controlo externo. Os médicos, que durante anos têm dominado a actividade dos cuidados de saúde, não têm, por uma questão de tradição, integrado o ponto de vista dos doentes e a qualidade técnica. De facto, muitos desses profissionais partilham da opinião de que devem ser eles, e não os doentes nem outros elementos integrantes do sistema, a definir os padrões de qualidade. Em apoio desta visão, os médicos apontam o relacionamento médico-doente como potencialmente perturbado, visto que o que o doente procura é segurança e o restabelecimento da sua saúde. Nestas ocasiões é necessário tomar decisões clínicas que requerem a interpretação de informação complexa e técnica que só os médicos estão preparados para fazer. Outras opiniões divergentes sobre as vantagens e fundamentos, isto é, sobre o real interesse em conhecer a opinião do doente, costumam invocar a falta de conhecimentos técnicos por parte do utente, a diversidade cultural e, conseqüentemente, a variabilidade da noção de qualidade e a situação mais ou menos crítica do doente, quer física, quer psicologicamente.

No entanto, um grande corpo de conhecimentos alerta para a incongruência entre a perspectiva médica e a perspectiva do doente. Assim, é curial medir os resultados na perspectiva dos utentes, onde se inclui a satisfação com os cuidados prestados e a percepção dos profissionais sobre o estado de saúde do doente e o seu bem-estar (Fisher 1996).

A satisfação humana é um conceito complexo que se relaciona com um grande número de factores, incluindo o estilo de vida, experiências anteriores, expectativas futuras, valores individuais e da sociedade. Este conceito deve ser visto como uma reacção aos cuidados de saúde recebidos, para salientar aspectos do contexto, processo e resultado das suas experiências.

A avaliação feita pelos clientes sobre a qualidade dos cuidados que recebem constitui, para a organização, uma das fontes de informação mais acessíveis e práticas, não existindo melhor ferramenta da qualidade que detenha ou veicule os valores dos doentes e as suas opiniões. Num futuro próximo, o factor que permitirá distinguir os hospitais e garantir a sua sobrevivência num mercado competitivo é o valor dos serviços prestados aos cidadãos consumidores - a qualidade dos serviços.

Começa por ser consensual afirmar-se que a opinião dos utentes constitui um precioso indicador em determinados aspectos dos cuidados relativos ao tratamento pessoal, às informações que recebe, à acessibilidade aos cuidados, à agradabilidade das instalações, enfim, às amenidades e aos aspectos interpessoais (Linder-Pelz, 1982). Mas igualmente importante é considerar que ela contribui directamente para melhores resultados pela incorporação dos saberes do doente no processo de cuidados e pela maior predisposição para seguir as orientações médicas (Ware *et al*, 1988).

Considerando indispensável ouvir o doente, Santos (1993) afirma que quaisquer que sejam as forças ou limitações enquanto indicador de qualidade, a informação sobre a satisfação do utente deveria ser tão indispensável para as avaliações da qualidade, quanto o desenho e a gestão dos sistemas de cuidados de saúde.

Existem fortes razões para a necessidade de ouvir os doentes, visto que as avaliações que os doentes fazem sobre a qualidade dos cuidados recebidos constituem uma das mais acessíveis e práticas fontes de informação. A satisfação dos doentes com os cuidados tem mostrado afectar tanto a relação com o prestador como o seu estado de saúde. Para além das razões apontadas, conhecer a satisfação do cliente é também um dado importante do

ponto de vista da imagem da organização junto dos seus utilizadores, o que valoriza a crescente abertura da organização à comunidade num ambiente cada vez mais competitivo.

Para Noronha (1996), existem quatro principais factores que estão na base da satisfação do utente:

- Características dos utentes, que englobam variáveis sócio-demográficas, expectativas de encontro médico e o estado de saúde;
- Características dos profissionais, tais como traços de personalidade, a arte e a técnica da qualidade dos cuidados prestados;
- Aspectos da relação médico/utente, incluindo uma comunicação clara entre o utente e o profissional e o resultado do encontro;
- Factores estruturais e de localização, que incluem o acesso, forma de pagamento, tempo de tratamento e marcação de consultas que podem potenciar sentimentos de satisfação/insatisfação.

Procurando determinar quais os aspectos da qualidade dos cuidados a atender tendo em conta a perspectiva dos clientes, Delbanco *et al.* (1995), realizaram um estudo onde se concluiu ser necessária uma maior atenção sobre os seguintes potenciais problemas: atenção por parte dos profissionais de saúde, informação sobre a rotina hospitalar, a quem pedir ajuda e resposta pronta no caso de queixas de dor e melhor informação sobre a alta.

A medida da satisfação nos serviços deve ser um processo contínuo e pode considerar-se, simultaneamente, como um ponto de partida e um ponto de chegada. Ao avaliar a satisfação das necessidades e expectativas dos consumidores, o hospital está a identificar os aspectos chave da sua estratégia e a aferir até que ponto a sua performance na prestação do serviço está a ser bem recebida pelos utentes.

2.5 – Expectativas e percepções dos clientes de serviços de saúde

Pesquisadores em *marketing* dirigem, frequentemente, os seus estudos para o momento de interacção entre o cliente e o prestador de cuidados. Segundo Jerome McCarthy, *marketing* é um processo social que dirige o fluxo dos bens e serviços dos produtores para os consumidores. O Chartered Institute of Marketing do Reino Unido define *marketing* como o processo de gestão responsável por identificar, antecipar e satisfazer os requisitos esperados pelos clientes, que lhes traga proveitos.

O estudo deste tema revela que as percepções do cliente acerca da interacção com o cuidador são importantes elementos para a sua satisfação e, pela percepção da qualidade, conduzem à fidelização.

2.5.1 – Percepção de serviço

Actualmente, a *percepção* é um conceito bastante utilizado pelos gestores, em termos de medida da qualidade, considerada como a opinião final do cliente sobre o produto ou serviço, representando a principal fonte de informação sobre o sucesso ou o fracasso dos mesmos.

Na década de 80, observou-se que a dimensão técnica e objectiva, dentro da gestão estratégica da qualidade, era um sucesso. No entanto, como refere Aidar (1994), a dimensão humana, que envolve interacções, expectativas, aspirações, opiniões e valores das pessoas ainda carecia de alguma atenção.

A gestão pela qualidade total coloca os interesses do cliente em primeiro lugar. As organizações têm como objectivo conquistar e fidelizar os seus clientes e a sua meta não se restringe apenas a ter clientes satisfeitos, mas sobretudo leais à organização.

Segundo Parasuraman *et al.* (1985), as percepções que o cliente tem relativamente à prestação de um serviço têm por base dois factores: a prestação do serviço e a

comunicação transmitida ao cliente durante ou depois do processo do serviço proporcionado.

A percepção do cliente é o resultado da capacidade do indivíduo de sintetizar as experiências do passado e os sinais sensoriais presentes. Como dimensão da qualidade, é a experiência adquirida e expressa pelo indivíduo e que, em muitos momentos, não mantém relação com aspectos científicos e técnicos, mas antes se relaciona com necessidades de afecto, compreensão, protecção, bem-estar, lazer e informação (Orrego *et al*, 2001). É ainda influenciada pelo contexto sociocultural, hábitos e costumes, aliado ao ambiente físico no qual os profissionais prestam cuidados.

Como refere Parasuraman *et al* (1991a), os consumidores de saúde não compreendem o conceito de qualidade apenas numa única dimensão, mas a partir de múltiplos factores, tais como confiabilidade, responsabilidade, empatia, segurança e elementos tangíveis. Portanto, a melhor ferramenta para a avaliação da qualidade global do serviço é a percepção do cliente.

Conhecer a percepção dos clientes internos (funcionários) e externos (consumidores) no que diz respeito à qualidade do serviço prestado pode ser um bom início para o desenvolvimento de acções que levarão a melhorias, tanto por parte da gestão de topo, que necessita de conhecer ambos os clientes para melhor poder direccionar as suas estratégias e acções, como por parte dos próprios funcionários que, compreendendo a qualidade sob a óptica dos clientes, estarão mais capazes para ir de encontro às suas expectativas. Mesmo que as percepções de um serviço dependam de um certo grau de julgamento pessoal, é importante que o profissional tente conhecer as expectativas dos clientes de modo a otimizar o seu desempenho provocando no cliente uma percepção positiva.

2.5.2 – Expectativa de serviço

Recentemente, a oferta dos serviços de saúde está a sofrer algumas modificações com o propósito de proporcionar respostas às necessidades e expectativas da população

relativamente aos seus problemas de saúde. A opinião dos consumidores dos serviços de saúde é fundamental para melhorar a qualidade do atendimento.

No estudo da qualidade, as expectativas têm um papel fundamental, já que estas permitem conhecer o que o cliente espera do serviço. Por isso, é importante que os profissionais envolvidos na organização conheçam as expectativas dos clientes de modo a conseguirem não apenas satisfazê-las mas também superá-las.

Lovelock (2001) referem que existem factores que contribuem para a formação das expectativas dos clientes, a saber, a opinião de pessoas próximas, as necessidades pessoais do cliente, a existência de experiências anteriores. Portanto, as expectativas constituem os desejos ou as necessidades dos consumidores relativamente aos serviços. Os autores citados referem ainda que a identificação dos critérios segundo os quais os clientes avaliam os serviços é uma forma de compreender melhor a expectativa do cliente.

Também Parasuraman *et al* (1985), no seu modelo, identificaram quatro grandes factores que influenciam o serviço esperado pelo cliente: o desejo e necessidades, as experiências anteriores, a comunicação externa e o *passa-a-palavra*. Emerge no cliente a expectativa do que ele espera de um bem adquirido, o serviço prestado por uma organização.

O *passa-a-palavra* consiste na comunicação que o cliente estabelece com os outros clientes, amigos ou colegas, ou seja, escutar informações uns dos outros em forma de comentários positivos ou depreciativos e recomendações. Este tipo de diálogo e interacção ajuda a criar expectativas no cliente positivas e negativas, relativamente aos serviços e às organizações que os prestam. As necessidades pessoais do cliente são também um outro factor importante pois são circunstâncias específicas de cada cliente. Os desejos e expectativas diferem de ocasião para ocasião e estão de acordo com as necessidades determinadas pela personalidade e individualidade do cliente. Um terceiro factor é determinado pela experiência anterior do cliente com o serviço ou organização com o qual contactará no futuro. Um quarto factor tem a ver com a comunicação externa. Consiste na comunicação que a organização divulga junto dos seus clientes. São mensagens directas ou

indirectas veiculadas por meios publicitários e informações prestadas pelos clientes internos da empresa.

Assim, as expectativas dos clientes não são completamente estáticas e têm sobretudo um carácter heterogéneo. Para uma organização assente num modelo de gestão estratégica, alicerçado numa política de gestão de qualidade de serviço prestado e orientação para a satisfação do cliente, devem ser tidos em consideração os factores que influenciam a formação e a modificação das expectativas do cliente.

2.6 – As organizações de serviços de saúde: sector público e sector privado

O sistema de saúde encontra-se num contexto de recursos finitos, no seio de uma administração pública burocratizada e resistente à mudança, com uma forte discriminação negativa. Paralelamente, a saúde é considerada um bem social, verificando-se a necessidade de evidência objectiva que os cuidados de saúde são de qualidade (apropriados e efectivos, com baixo risco e de custos socialmente suportáveis). Acrescenta-se ainda que deve ser garantido a todos os cidadãos equidade face aos cuidados de saúde e à doença, bem como assegurar a continuidade da assistência (Biscaia, 2000).

Neste ponto, pretende-se fazer uma breve leitura das organizações dos serviços de saúde apoiada na literatura relevante, evidenciando desta literatura as variáveis determinantes na distinção entre dois importantes sectores da saúde – público e privado.

2.6.1 – Organizações de serviços de saúde

Nas palavras de Kaluzny e Veney (1980), estudar as organizações de serviços de saúde com base em generalizações de conhecimentos das empresas industriais seria um procedimento difícil e inapropriado.

As organizações de serviços de saúde distinguem-se, à partida, pela função social que detêm. Efectivamente, quer ao nível do indivíduo, quer ao nível da comunidade, as organizações que prestam serviços de saúde, ao promoverem a prevenção da doença ou a sua cura, contribuem para a protecção da saúde e, conseqüentemente, para o aumento da qualidade e da esperança de vida, tendo um valor social inestimável.

Kaluzny *et al* (1982) recorrendo a uma classificação de Hasenfeld e English (1977), identificam as seguintes características distintivas das organizações de serviços de saúde, em termos genéricos:

- São agentes da evolução humana, a sua "matéria - prima" é um ser humano e o seu "produto" é um doente curado, um ser humano modificado (Drucker, 1990). Este facto confere uma responsabilidade acrescida a todos os profissionais de saúde pelo motivo de o seu objecto de trabalho ser um ser humano, um igual a si, e que se apresenta numa situação de doença, de fragilidade. É, por isso, uma área onde questões morais e éticas se colocam com muita frequência.
- A definição de objectivos é problemática e ambígua a dois níveis: primeiro, porque ao nível comunitário cada um tem o seu conceito de saúde e de nível razoável de saúde, pelo que é difícil estabelecer objectivos consensuais sem que estes sejam demasiado amplos; depois, porque, ainda que existam objectivos, estes correm sempre o perigo de não serem postos em prática na organização, pelo facto de os diversos grupos de interesses alterarem as prioridades de acordo com o seu poder de influência.
- Indeterminismo tecnológico que resulta da imprecisão dos resultados médicos da utilização de determinada tecnologia. Actualmente, muitas práticas médicas estão a ser postas em causa por serem inseguras, não eficazes, custosas ou até mesmo perigosas (Kaluzny e Veney, 1980), contudo, a avaliação da eficácia tecnológica e a definição de padrões de práticas médicas eficientes é um trabalho complexo que ainda se encontra em aberto.
- Interdependência na relação médico/doente na qual este último têm um papel cada vez mais activo, colocando em causa a autoridade e a capacidade técnica do prestador de serviço e que, em última instância, poderá determinar a permanência da relação.
- O papel percebido e desenvolvido pelos profissionais de saúde é determinante do funcionamento das organizações de saúde. Assim, quando entram nas organizações, estes profissionais têm expectativas pessoais e profissionais que nem sempre se enquadram com as da organização. Esta divergência resulta

normalmente em conflitos entre a sua autonomia profissional e a responsabilização burocrática.

- Carência de indicadores de eficiência credíveis e válidos. Apesar da pressão constante por parte da comunidade para a responsabilização e elevação do nível de serviços prestados pelas organizações de saúde, é complexo definir (pelo menos a este nível macro) indicadores de eficiência, pelas razões anteriormente assinaladas, entre as quais se destacam a dificuldade em se definir objectivos e a indeterminação tecnológica. Por outro lado, a melhoria do nível de saúde de uma comunidade resulta da interligação de inúmeras áreas socioeconómicas, o que condiciona em grande medida a avaliação da eficiência das organizações de saúde (Kaluzny e Veney, 1980).

Ao nível do desempenho organizacional, Kaluzny e Veney (1980) consideram que as organizações de saúde procuram assegurar processos para lidar com cinco problemas básicos: a produção; a aquisição de matérias-primas; a manutenção de um conjunto de objectivos, valores e regras internas que promovam a coesão dos comportamentos, actividades e expectativas dos intervenientes; a adaptação ao meio envolvente e à sua mudança; e a gestão global de todos os elementos e departamentos participantes. Embora estes problemas estejam presentes em todas as organizações, nas prestadoras de serviços de saúde assumem especificidades que importa salientar.

Assim, em termos de produção, a actividade desenvolve-se caso a caso, sendo pouco apropriada a *standardização* de tarefas, quanto mais não seja, pelo facto de o utente ser pouco receptivo a esse tipo de tratamento. A "matéria-prima" (elemento sujeito a modificação) de um serviço de saúde é o doente que, por sua vez, recorre aos serviços de saúde com uma certa margem de decisão pessoal e de acordo com a sua percepção do estado de doença em que se encontra, o que constitui uma fonte de incerteza para a organização. A manutenção de valores internos coesos é, muitas vezes, posta em causa pela actuação dos grupos dos profissionais que, ultrapassando a esfera clínica, condicionam a gestão. A capacidade de mudança como forma de adaptação e resposta ao meio é restringida pela dificuldade de conhecer as necessidades reais da população e pelas

condicionantes tecnológicas. Por fim, a gestão deste tipo de organizações constitui um verdadeiro desafio pela existência de duas estruturas paralelas: a profissional e a administrativa, que nem sempre concorrem para os objectivos organizacionais.

De forma semelhante, Knover e Neuhauser (1978) defendem que as organizações de saúde, tal como as demais organizações, preocupam-se com quatro requisitos de performance: a capacidade de adaptação, o cumprimento dos objectivos, a manutenção do sistema e a integração de valores.

A capacidade de adaptação envolve o desempenho da organização na medida em que esta para sobreviver e atingir os seus objectivos terá de ser inovadora e proactiva face às alterações da envolvente. O cumprimento dos objectivos resulta da concretização da performance definida na organização pela administração, em colaboração com os diversos gestores, e relaciona-se com a eficácia e a eficiência organizacional. A manutenção do sistema comporta a renovação e a inovação da organização, ao mesmo tempo que assegura a integração e a estrutura adequadas. Finalmente, a integração de valores relaciona-se com a performance, uma vez que os objectivos pessoais dos membros da organização deverão ser concordantes com os da organização que, por sua vez, devem ter em conta os valores da comunidade em que esta se insere.

2.6.2 – Mudanças no sector dos serviços de saúde em Portugal

Até ao início da década de 90, a maioria das organizações de serviços de saúde em Portugal pertenciam ao sector público. Presentemente, assiste-se a mudanças na propriedade e gestão de muitas dessas unidades. Empresas ou grupos económicos orientados para o lucro e mesmo cotados em bolsa estão a entrar no negócio da saúde, de forma directa ou em associação com entidades de carácter cooperativo ou associativo.

Em 2003, o Governo português aprovou uma nova lei de gestão hospitalar visando a mudança na forma como estão organizados os hospitais públicos em termos jurídicos e administrativos. Simultaneamente, lançou as parcerias público-privadas como um dos

modelos de gestão hospitalar. Um dos principais objectivos que levaram a esta iniciativa governamental é o controlo e racionalização da despesa pública. Esta nova lei, em conjunto com outras alterações na regulamentação do sector, levam a que aumente a oferta de serviços de saúde que, em simultâneo, poderão vir a contribuir para um maior poder de escolha dos utentes.

Neste contexto, pode afirmar-se que existem mudanças regulamentares que elevam a expectativa dos utentes e estes, por sua vez, estão progressivamente a exigir maior sofisticação, eficácia e eficiência dos serviços de saúde. Tudo isto ocorre também num contexto em que os utentes exibem maior disponibilidade de rendimento para os serviços de saúde, levando-os, inclusive, a procurar fornecedores alternativos.

Num outro sentido, verificou-se que a eficácia dos serviços de saúde em Portugal registou melhorias significativas nos últimos 30 anos. Segundo dados do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2003), a esperança média de vida dos portugueses aumentou de 64,2 anos, no caso dos homens, e 70,8 anos, no caso das mulheres, em 1970, para 73,5 anos, para os homens, e 80,3 anos, para as mulheres, em 2001.

Apesar do elevado nível de gastos do Estado português na saúde, a satisfação dos utentes não é a melhor. Um estudo levado a cabo em 2002 pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde, mostra que 21,2 por cento dos inquiridos estão insatisfeitos com os serviços fornecidos nas urgências dos hospitais. Tal como noutros países, o tempo de espera para algumas consultas de especialidade é considerado elevado, enquanto as listas de espera para cirurgias continuam a ser um problema. De acordo com o mesmo estudo, 34,8 por cento dos inquiridos recorreram a consultas no sector privado pelo menos uma vez durante o último ano, algo que indicia que os serviços públicos, em alguns casos, ou não existem ou, mesmo sendo mais baratos, não compensam face à oferta privada. Em 1995, os gastos de saúde no sector privado, em Portugal, representavam cerca de 39,0 por cento dos custos totais com a saúde, enquanto o mesmo rácio na União Europeia era de 21,5 por cento.

Tendo o país atingido níveis bons de saúde, níveis já aceitáveis de resposta, a geometria dos sectores público e privado está a alterar-se de uma forma significativa. A oferta privada é agora mais abundante, geralmente de maior qualidade e, em alguns casos, tecnologicamente apetrechada, ao mesmo tempo que o sector público tende a organizar-se em termos jurídicos, com vista a uma melhor gestão conducente a melhores cuidados e resultados em saúde. Segundo dados recentes do INE, publicados no Anuário Estatístico de Portugal (2007), a produção privada em saúde já atingiu o valor de 30%.

A evolução do sector da saúde em Portugal tem sido significativa, quer nas organizações com fins lucrativos, quer naquelas que não têm fins lucrativos. Os serviços de saúde, em Portugal, estão a entrar numa nova era, muito mais orientada para o consumidor e para o *marketing*.

Neste contexto, as organizações prestadores de serviços de saúde, com ou sem fins lucrativos, procuram uma orientação acrescida para o mercado. Estas organizações percebem, ainda, que o seu sucesso depende largamente de vários actores (médicos, enfermeiros, administradores hospitalares e até mesmo dos familiares e amigos dos pacientes), com os quais precisam de reforçar relações. Por exemplo, a possibilidade de escolha do prestador de saúde por parte do utente induz rapidamente a orientação do prestador para a fidelização desse utente baseada em serviços de qualidade. Da mesma forma, a capacidade de atracção de bons profissionais de saúde requer relações de proximidade que as organizações procuram cultivar com esses profissionais.

2.6.3 – Sector público e sector privado da saúde

Actualmente, as organizações públicas têm sido confrontadas com uma diferente trajectória de gestão. Box (1999) refere que as organizações públicas devem importar os processos e comportamentos das organizações privadas. Assim, os gestores públicos devem tentar imitar o suposto sucesso dos seus congéneres do sector privado recorrendo, por exemplo, à gestão por objectivos, à gestão da qualidade total, à descentralização da gestão e ao desempenho relacionado com a remuneração. No entanto, a implementação de

modelos de gestão do sector privado no sector público tem sido vista com algum cepticismo. Sayre's (1953) considera que as organizações públicas e privadas são “fundamentalmente iguais em todos os aspectos sem importância”.

Nos últimos anos, têm sido desenvolvidas pesquisas com o intuito de estabelecer uma comparação entre organizações públicas e privadas, utilizando uma variedade de abordagens para analisar os atributos organizacionais que são partilhados entre os sectores e principalmente os específicos de cada um deles.

Embora o debate sobre as diferenças entre organizações públicas e privadas ainda seja uma realidade, Falcone e Scott (1998) adiantam a existência de três quadros teóricos subjacentes a esta questão - a abordagem genérica, a abordagem do núcleo central e a abordagem dimensional ou da *publicness*.

Segundo os autores, a *abordagem genérica* apoia que as funções desempenhadas pelos gestores, os seus valores e os processos organizacionais são idênticos tanto para o sector público como para o sector privado, sendo que os critérios fundamentais que orientam as decisões não são únicos. Seria incorrecto afirmar-se que organizações privadas procuram somente o lucro. Ainda que os sectores de actividade sejam diferentes e os objectivos das organizações distintos, a abordagem genérica prevê que a distinção entre o sector público e privado não seja significativa, visto usarem os mesmos modelos organizacionais.

A *abordagem do núcleo central* prevê que o estatuto legal das organizações constitui, por si só, um elemento suficientemente diferenciador das mesmas, ainda que existam semelhanças entre os modelos de gestão. Factores externos como o mercado e a possibilidade de transferência da propriedade condicionam inevitavelmente a actuação dos gestores. Ao alcance do gestor de uma organização privada está a possibilidade de apropriação de lucros, o que o torna mais eficiente do que o gestor público. Além disso, as organizações privadas possuem indicadores de desempenho relacionados com o mercado, ao invés das organizações públicas que se baseiam em critérios como a eficácia, o aumento do orçamento ou o crescimento das unidades que gerem. Existem ainda outras diferenças significativas entre a gestão pública e a privada, tais como os gestores públicos estarem

sujeitos a múltiplas influências, terem um menor controlo sobre a situação de trabalho, em virtude das hierarquias, ou a ausência de correspondência entre o desempenho demonstrado e possíveis recompensas.

Efectivamente, de acordo com a abordagem do núcleo central e devido às razões enunciadas, as organizações públicas são menos inovadoras, mais burocráticas e menos orientadas para elevados índices de desempenho do que as organizações privadas.

Scott e Falcone (1998) propõem ainda uma abordagem dimensional. Esta abordagem apoia-se na teoria de Bozeman's (1987), de acordo com a qual nenhuma organização é totalmente pública ou privada. Assim, segundo Bozeman's (1987), todas as organizações são públicas. No entanto, os seus argumentos implicam que seja igualmente válida a conclusão de que todas as organizações são privadas. Assim, a hipótese central abordada por Bozeman indica que todas as organizações podem ser tanto públicas como privadas em variadas dimensões (a aquisição de recursos, a composição do *output*, a diversidade da missão e as relações com a envolvente), dependendo de variáveis políticas e económicas.

Num estudo correlacional levado a cabo por Scott e Falcone (1998), conclui-se não haver dados que suportem a abordagem genérica, no entanto há sustentabilidade, quer para a abordagem das características centrais, quer para a dimensional. Deste modo, em variáveis relacionadas com investimentos, a abordagem dimensional demonstra maior variação. Por outro lado, em variáveis relacionadas com a gestão de recursos humanos é a abordagem das características centrais que apresenta melhor explicação. É importante salientar que, apesar dos dados obtidos não oferecerem sustentabilidade para a abordagem genérica, esta não pode ser colocada de parte, visto que poderá tornar-se adequada a variáveis não contempladas no estudo como, por exemplo, as relacionadas com a tecnologia das organizações que, à partida, serão idênticas em todos os sectores.

É importante distinguir as três dimensões da *publicness*, uma vez que as mesmas têm diferentes efeitos sobre o comportamento organizacional. Boyne (2001), partindo da noção de *publicness* formulada por Bozeman (1987), delineou como variáveis desta abordagem

a propriedade, a fonte de financiamento e o controlo, na gestão dos sectores público e privado.

Segundo Clarkson (1972), a teoria económica dos direitos de propriedade sugere que a propriedade colectiva leva a uma menor eficiência no sector público.

Nas organizações privadas, tanto os proprietários como os *shareholders* em geral têm um incentivo monetário directo para controlar e monitorizar a acção dos gestores. Os próprios gestores tendem a beneficiar de um desempenho melhor, tanto por possuírem acções da empresa, como por o seu salário estar ligado ao sucesso financeiro através de incentivos e prémios.

Em contrapartida, os direitos de propriedade no sector público são dispersos e vagos. Um cidadão comum não tem muito a ganhar com esforços para monitorizar uma empresa pública. Além disso, uma maior eficiência organizacional não traz, habitualmente, benefício financeiro directo aos gestores.

Bozeman (1987) defende que o controlo político é a essência da abordagem dimensional, referindo que todas as organizações são públicas porque a autoridade política afecta parte dos seus comportamentos e processos. As organizações que são detidas por privados podem ser mais públicas do que outras que sejam formalmente do sector público. Por exemplo, uma empresa privada que cumpra as políticas do governo pode efectuar melhor 'serviço público' do que uma empresa pública que ignore os intentos dos seus líderes políticos.

Essas organizações que estão 'fora de controlo' apresentam um cariz marcadamente privado, devido ao facto de o seu desempenho estar dirigido para atingir objectivos egoístas dos seus burocratas seniores, em vez de estar direccionado por prioridades políticas ou imperativos de mercado.

As três dimensões da publicidade não são apenas conceptualmente, mas também empiricamente distintas. Deste modo, a propriedade, o financiamento e o controlo não são substitutos perfeitos uns dos outros.

Segundo Boyne (2001), existem marcadas diferenças entre a gestão pública e a privada. O autor afirma que as organizações públicas enfrentam uma variedade de actores, cada um com as suas exigências locais e impondo limitações sobre os gestores.

Boyne (2001) propôs um conjunto de diferenças entre a gestão pública e a privada. Como tal, conclui-se que as organizações públicas, face às privadas, são mais abertas a influências ambientais, apresentando-se, por isso, menos estáveis.

A envolvente das organizações públicas é mais complexa, visto enfrentarem as necessidades de corresponderem às expectativas de múltiplos constituintes. Por outro lado, ao invés das organizações privadas, as organizações públicas, normalmente, têm poucos rivais para a prestação de serviços. Nutt e Backoff (1993) argumentam que o que é esperado das organizações do sector público é que colaborem com os seus parceiros e não compitam pelos clientes.

De acordo com Boyne (2001), as organizações públicas têm objectivos distintos face às organizações privadas, tais como a equidade e a imputabilidade. Os gestores públicos, em função da variedade de constituintes a que têm que prestar contas, tendem a seguir múltiplos objectivos, os quais são mais difíceis de definir, ao contrário dos gestores privados. Farnham e Horton (1996) argumentam que empresas privadas devem perseguir um único objectivo - o lucro.

Do ponto de vista estrutural, Boyne (2001) assinala que as organizações públicas tendem a ser mais burocráticas, menos empreendedoras, menos inovadoras e menos orientadas para elevados índices de desempenho. O excesso de burocracia, característico das organizações públicas, implica uma obsessão pelos processos em vez dos resultados. Gestores das organizações públicas têm menos autonomia do que os das organizações privadas.

Na categoria dos valores, o autor evidencia que o nível de empenhamento organizacional é mais baixo no sector público, em grande parte devido à fraca relação entre o desempenho e possíveis recompensas financeiras. No sector privado, muitas vezes, a gestão coincide com a propriedade, o que culmina num maior empenhamento do gestor. De acordo com Boyne (2001), os gestores públicos são menos materialistas do que os seus homólogos privados e são menos propensos a serem motivados por recompensas financeiras. Boyne argumenta ainda que os gestores públicos têm uma maior motivação para servir o interesse público.

Em suma, organizações públicas e privadas diferem numa variedade de aspectos importantes. Essas diferenças agem como barreiras para a transferência das técnicas de gestão do sector privado para o sector público. Por outro lado, esse conjunto notável de diferenças pode ter implicações directas quanto ao atendimento dos clientes de acordo com as motivações e orientações estratégicas de cada sector.

2.7 – A experiência do parto

A Obstetrícia contemporânea, em constante desenvolvimento tecnológico, tem demonstrado um maior interesse pela assistência ao parto, reduzindo, dessa forma, todos os perigos que eventualmente o mesmo possa desencadear para a saúde tanto da mãe como do recém-nascido. Por outro lado, tem-se verificado uma desvalorização da própria grávida em todo o processo da experiência do parto, sem que exista uma preocupação de querer saber mais acerca das suas expectativas, sentimentos e emoções relativas aquele momento.

Têm surgido algumas iniciativas no que diz respeito à atenção humanizada do parto, procurando melhorar a qualidade da assistência na maternidade. Segundo Castro (2005), o parto humanizado é aquele no qual a mulher é a protagonista do processo, existindo respeito pela sua vontade.

O conceito de humanização da assistência ao parto compreende um conjunto de actividades relacionadas com a comunicação, com a relação interpessoal, com o apoio emocional, com o conhecimento da grávida e ainda com o respeito pelo trabalho de parto.

Este conceito não pretende entrar em desacordo com os avanços tecnológicos da obstetrícia moderna, a qual tem um importante papel para prevenção de complicações materno-fetais, mas confere à mulher um lugar de destaque durante a experiência do parto.

Não existe humanização do parto com mulheres “sem voz”. É preciso que esta mulher, consciente da sua posição como figura central no processo, usufrua dos seus direitos, da sua autonomia e do seu valor. O que torna um obstetra (ou profissional envolvido no parto) humanista ou não, é a capacidade de estimular a participação, e o envolvimento efectivo da mãe.

A Organização Mundial de Saúde aconselha a elaboração de um plano de nascimento que determine onde, como e por quem será realizado o parto; o respeito da escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido as necessárias informações; a oferta à mulher de todas as informações e explicações que ela necessitar e desejar; a liberdade de posição e

movimento durante o trabalho de parto, em suma o direito da mulher controlar a experiência do parto.

A maior parte das mães descreve um mesmo conjunto de acontecimentos, que são específicos, a propósito da sua experiência de gravidez e parto.

É, hoje, fundamental a integração da opinião dos utilizadores dos serviços de saúde nos processos de tomada de decisão no que respeita às suas necessidades e expectativas.

Durante a gravidez a futura mãe constrói expectativas relativamente ao parto. O parto é uma experiência extremamente importante, é encarado segundo Halldorsdottir & Karlsdottir (1996) como um momento significativo e marcante na vida familiar, com potenciais consequências, positivas e/ou negativas, permanentes e/ou a longo prazo, na vida da mulher.

Apesar das expectativas construídas em relação ao parto influenciarem, pelo menos em parte, o modo como este é vivido, a forma como a experiência de parto é efectivamente percebida assume um carácter único e, muitas vezes, inesperado (Figueiredo, *et al* 2002).

É da responsabilidade das instituições de saúde garantirem um compromisso com os seus utilizadores que vise a qualidade nos cuidados de saúde prestados. É fundamental conhecer as suas necessidades e expectativas para que se possam oferecer serviços que sejam percebidos como tendo um elevado padrão de qualidade.

Tal como evidenciado por Rizk (2001) existem diversos factores de ordem situacional, social e individual que influenciam a percepção das mulheres acerca da experiência do parto, como sejam a presença de uma pessoa significativa, o envolvimento no processo de tomada de decisões, a utilização de métodos analgésicos, a escolha do tipo de parto, a satisfação que sentem com a experiência de parto, o relacionamento com os profissionais. Larson et al (1996) embora não tenha dirigido os seus estudos para a área obstétrica, acrescenta, relacionando as necessidades de informação dos clientes com a sua percepção

da experiência. Também as características da infra-estrutura têm sido associadas à percepção dos utentes, nomeadamente o tamanho do hospital. Ferreira (1990), refere que o tamanho da instituição de saúde influencia a percepção dos cuidados. Além desses factores, a própria gravidez e as expectativas alimentadas em relação ao parto durante esse período podem influenciar a experiência do parto.

A experiência do parto é assim um período marcado por um conjunto de expectativas que a mãe deseja ver concretizadas. Atender às necessidades e expectativas das mães utilizadoras dos serviços de Obstetrícia significa prestar um serviço de qualidade, o qual deverá ser definido pelos seus clientes.

Deste modo, conhecer a percepção dos clientes no que diz respeito à qualidade do serviço prestado poderá contribuir para o desenvolvimento de acções que conduzirão a melhorias, tanto por parte dos gestores, que necessitam de conhecer os clientes para melhor poder direccionar as suas estratégias e acções, como por parte dos profissionais que, compreendendo a qualidade sob a óptica dos clientes, estarão mais capazes para ir de encontro às suas expectativas.

Cabe às organização de saúde, quer públicas quer privadas evidenciar a preocupação pelo estudo da percepção do cliente acerca da qualidade do serviço prestado, para que assim possa direccionar a sua estratégia para a satisfação e fidelização do mesmo.

— *SEGUNDA PARTE* —

3 – Enquadramento Metodológico

3.1 – Questões de Investigação

Este estudo empírico surge como uma tentativa de resposta à crescente preocupação e mediatização relacionada com a qualidade e a satisfação relativamente ao serviço prestado pelos Serviços de Saúde.

Concentrou-se o estudo num Serviço de Obstetrícia, pois pretende-se que seja um contributo especial para o conhecimento das expectativas e a realidade percebidas nos Serviços onde geralmente ocorre o nascimento dos futuros representantes da nossa sociedade. No sentido de se acentuar a diferenciação entre a prestação de cuidados nos sectores público e privado da saúde, seleccionou-se um hospital público e outro privado, ambos situados na área da grande Lisboa e com a valência do Serviço de Obstetrícia.

Para a concretização deste estudo, procurou-se recolher dados que, especificamente, trouxessem luz sobre:

- Quais as *Expectativas* das mulheres e das enfermeiras relativamente ao parto?
- Qual a *Percepção* das mulheres e das enfermeiras acerca da *Experiência do parto*?
- Qual a discrepância existente entre as expectativas dos consumidores e as percepções dos prestadores de cuidados a respeito dessas mesmas expectativas?

3.2 – Metodologia

3.2.1 – População e amostra

Para estabelecer a amostragem começou-se por definir a população alvo do estudo, ou seja, a população sobre a qual o estudo incidiria e que se destacaria da população ou universo. A população que esteve na base deste trabalho era composta pelas mulheres puérperas, ou seja, toda a mulher que se encontra no período desde o parto até seis semanas após (Didona *et al* 1996), que estiveram internadas nos Serviços de Obstetrícia de um hospital público ou privado.

Escolheram-se duas instituições que usufruíam do Serviço de Obstetrícia, ambas localizadas na grande Lisboa, uma de carácter público e outra de carácter privado. Além disso, a amostra ficou confinada a mulheres primíparas (primeiro filho), de modo que experiências anteriores não pudessem influenciar os resultados e, ainda, que tivessem tido o filho há menos de 48 horas, estando ainda internadas, para que a experiência do parto fosse recente. Relativamente à escolha das enfermeiras intervenientes, a amostra foi escolhida aleatoriamente.

O número da amostra que viria a compor o estudo não foi determinado a priori, uma vez que dependeria da qualidade das informações obtidas em cada entrevista, assim como da profundidade e do grau de convergência dessas informações. À medida que as entrevistas foram efectuadas e dependendo da qualidade do conteúdo de cada uma delas, o material foi analisado, tornando-se cada vez mais denso e consistente. A partir do momento em que o material obtido permitiu uma análise mais ou menos profunda das relações estabelecidas naquele meio e a compreensão de significados, códigos, práticas, valores, atitudes, ideias e sentimentos (Dauster, 1999), definiu-se a amostra do estudo empírico.

Deste modo, o estudo realizou-se com uma amostra de 32 indivíduos - 16 mães e 16 enfermeiras -, sendo que oito mães e oito enfermeiras pertenciam a uma instituição privada e as restantes a uma instituição pública.

3.2.1.1 – Caracterização das instituições

De acordo com o carácter obrigatório de confidencialidade sugerido pelas instituições envolvidas no estudo, não serão divulgados os seus nomes.

Esta investigação desenvolveu-se em duas instituições, uma de carácter público e outra de carácter privado, ambas situadas na área da grande Lisboa.

Tanto a organização pública como a privada dispõem de um vasto leque de valências relacionadas com o sector da saúde, das quais se destaca o Serviço de Obstetrícia, constituído pela Unidade de Bloco de Partos e pelo Serviço de Internamento, em ambos os casos.

3.2.1.2 – Caracterização da amostra do estudo

Neste estudo participaram um total de 32 sujeitos. Destes, 8 eram mulheres que fizeram o parto numa organização privada e outras 8 eram enfermeiras que desenvolviam a sua actividade no mesmo sector. Os restantes intervenientes, também 8 enfermeiras e 8 mulheres, pertenciam ao sector público de actividade.

Os quadros que se seguem caracterizam, respectivamente as mulheres e as enfermeiras.

Organização de saúde		Pública (n=8)	Privada (n=8)
Idade^a		34,0	46,1
Tempo de Função^c (obstetricia)		7,6	15,6
Formação académica	Especialidade em Saúde Materna e Obstétrica	2	8
	Licenciatura	6	0

^a Valores médios ^b Número de casos ^c Número de anos

Quadro 1 – Caracterização da amostra – Enfermeiras

Organização de saúde		Pública (n=8)	Privada (n=8)
Idade^a		25,3	31,5
Escolaridade^b	Básico	7	0
	Secundário	1	0
	Licenciatura	0	8
Estado Civil^b	Casada	6	8
	Solteira	2	0
Ocupação^b	Desempregada	2	0
	Cargos não especializados	4	0
	Cargos especializados	2	8
Tipo de parto^b	Eutócico	8	6
	Cesariana	0	2

^a Valores médios ^b Número de casos

Quadro 2 – Caracterização da amostra – Mães

De acordo com a análise dos dados sócio-demográficos das mães, representados no quadro 2, concluiu-se que a média de idades das mães que recorreram ao sector público é de 25,3 anos, enquanto a média de idades das inquiridas no sector privado é de 31,5 anos.

Sobre a escolaridade das mães, verificou-se que, no sector privado, oito possuem o grau de Licenciatura; já no sector público, sete possuem o Ensino Básico, uma tem o Ensino Secundário completo e nenhuma possui o grau de Licenciatura.

No que diz respeito à ocupação/profissão das mães, verificaram-se também diferenças significativas entre os dois sectores. No sector público, duas estão desempregadas, quatro possuem cargos não especializados e duas desempenham cargos especializados. Das mães utilizadoras do sector privado, constatou-se que oito possuem cargos especializados.

Quanto ao estado civil, seis das mães inquiridas no sector público são casadas e duas são solteiras; já no sector privado, a totalidade das mães em estudo são casadas (oito mães).

A partir da análise dos dados obstétricos, constatou-se que, relativamente ao tipo de parto efectuado, as diferenças entre os dois sectores são significativas. No sector público, todos os partos foram realizados por via vaginal (parto eutócico¹), ao contrário do sector privado, em que, exceptuando dois casos de partos eutócicos, os restantes partos foram efectuados por cesariana.

De acordo com o quadro 1, a média de idades das enfermeiras que desempenham as suas funções no sector privado da saúde é superior à média de idades das enfermeiras do sector público. Concluímos também que, relativamente ao número de anos em exercício de funções das enfermeiras num serviço de Obstetrícia, o sector privado apresenta um valor significativamente superior ao do sector público. Acrescentamos que o sector privado possui um maior número de enfermeiras especializadas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (8 enfermeiras), em relação ao sector público (2 enfermeiras), sendo que as restantes possuem apenas o grau de licenciatura em Enfermagem.

3.2.2 – Técnica e instrumentos de recolha de dados

Neste estudo, para concretizar a pesquisa em causa, utilizou-se como instrumento de recolha de dados a entrevista.

As entrevistas, do tipo semi-estruturado, com perguntas abertas, tiveram por base um “Guião de Entrevista” (Anexo 1), o qual continha sugestões de perguntas a serem usadas pela pesquisadora, a fim de garantir que todos os tópicos de interesse eram abordados.

A entrevista elaborada foi organizada em quatro secções: 1) dados sócio-demográficos e obstétricos; 2) expectativas quanto ao parto; 3) experiência do parto; 4) percepção como influência de atitudes futuras. A entrevista dirigida aos profissionais foi idêntica à que foi dirigida às mães, dado o objectivo do estudo.

¹ O parto eutócico é o que conhecemos por parto normal ou vaginal sem intervenção instrumental onde a expulsão do bebé ocorre apenas com a pressão que as paredes do útero exercem sobre o mesmo.

A recolha dos dados foi efectuada pela própria investigadora, durante o mês de Janeiro, em contexto hospitalar, numa instituição de carácter público e noutra de carácter privado.

3.2.3 – Metodologia da análise dos dados

Ponderadas as vantagens e as limitações das metodologias de investigação, considerámos que a metodologia qualitativa, através da análise de conteúdo, é, pelas suas características, a que melhor serve os objectivos desta investigação.

Este estudo teve em vista obter informação acerca da experiência do parto. Pretendeu-se, sobretudo, que a investigação decorresse com a maior flexibilidade e espontaneidade, com o objectivo de explorar, profundamente, o fenómeno em estudo num ambiente natural, obtendo, essencialmente, descrições acerca das realidades estudadas e a categorização de temas.

De uma forma interactiva, foram analisados os aspectos qualitativos dos dados recolhidos, percorrendo as entrevistas da frente para trás e de trás para a frente, de modo a que fosse possível organizá-los segundo uma estrutura, a partir dos argumentos das entrevistas (Miles & Huberman, 1994).

Uma vez na posse do conjunto de textos a serem analisados, ou pelo menos de uma parte dos mesmos, iniciou-se o processo de análise propriamente dito. O primeiro passo foi a desconstrução dos textos e a sua uniformização, de modo a evidenciar os seus elementos constituintes. Pretendeu-se compreender os sentidos das entrevistas relativamente aos seus pormenores, definindo as unidades de análise de acordo com os objectivos deste estudo.

Após a construção das unidades de análise, foi efectuada um processo de categorização das mesmas. Da comparação constante entre as unidades definidas no processo inicial da análise, foram construídos grupos de elementos semelhantes, aos quais se deu o nome de categorias.

A metodologia adoptada para a construção das categorias relativas às entrevistas aos sujeitos envolvidos na pesquisa foi a indutiva. Por um processo de comparação e contrastação constantes entre as unidades de análise, a pesquisadora foi organizando conjuntos de elementos semelhantes, geralmente com base no seu conhecimento tácito, conforme descrevem Lincoln e Guba (1985).

4 – Estudo Empírico

Concepções das mães e das enfermeiras em evidência:

Para a análise das entrevistas às mães e às enfermeiras, a investigadora concentrou-se de forma atenta no que os seus discursos apresentavam em comum, procurando as convergências ou similaridades apontadas para aspectos como as expectativas relativamente ao parto, os sentimentos vividos no momento do parto e a percepção quanto à assistência recebida. Por outro lado, através da análise das entrevistas com as profissionais, procurou-se, ainda, compreender se existe convergência entre as concepções das mães e as das enfermeiras relativamente à experiência do parto.

Assim, neste estudo, as entrevistas foram analisadas sequencialmente, originando duas fases de resultados que contemplam: 1) a análise dos discursos das mães do sector privado e do sector público; 2) a análise dos discursos das enfermeiras do sector privado e do sector público. Procurou-se, com esta análise faseada, contribuir, posteriormente, para o estabelecimento de relações e significados que respondam às questões de partida.

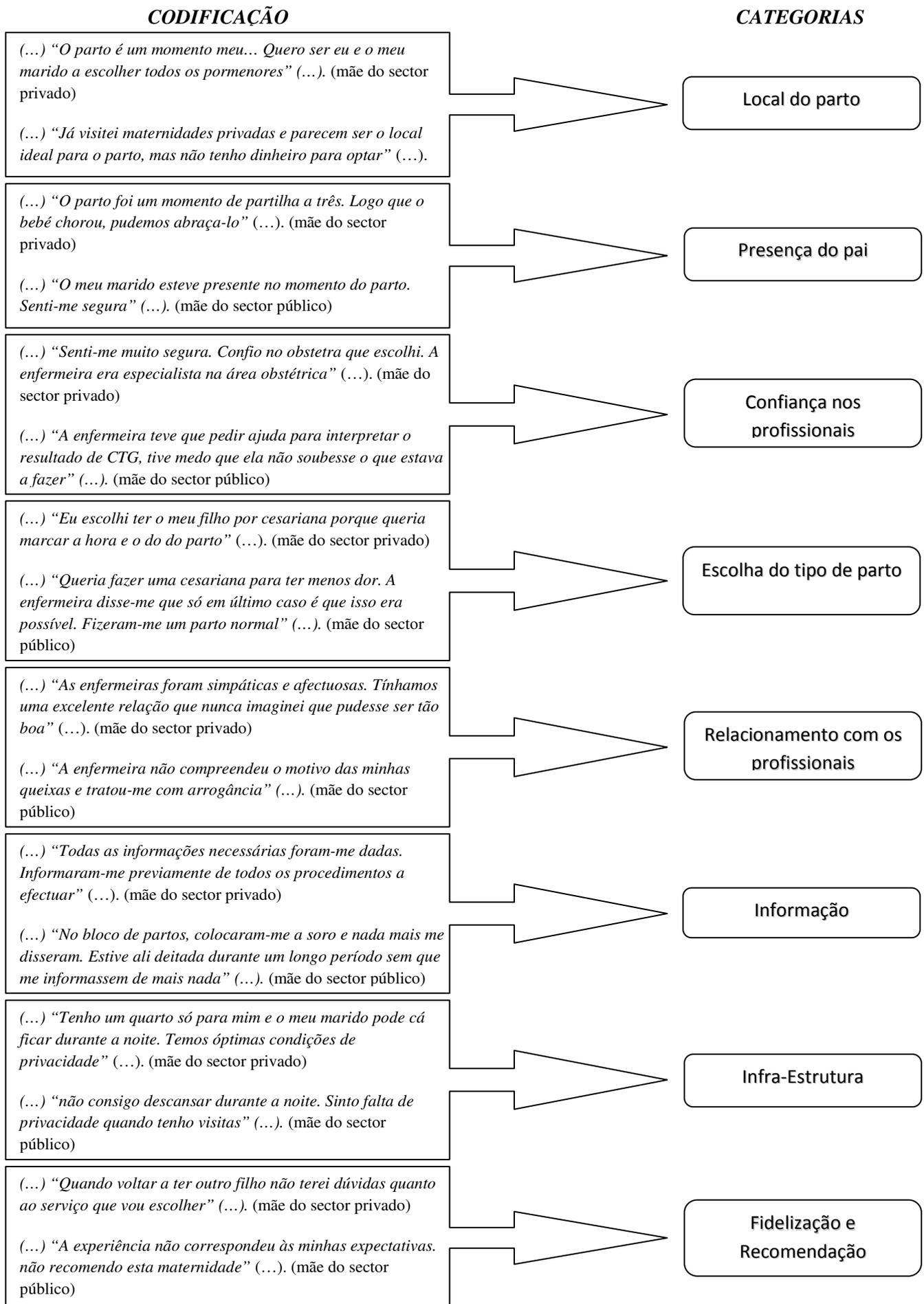
A análise qualitativa das 32 entrevistas realizadas e transcritas foi efectuada após a leitura exaustiva dos seus conteúdos. Após (re) leituras, os discursos foram agrupados em categorias e subcategorias, respectivamente, de acordo com a similaridade dos seus conteúdos.

4.1 – Categorização conceptual – perspectiva das mães

O quadro 3 ilustra o processo de categorização conceptual. A análise detalhada do mesmo, apoiada em exemplos retirados dos discursos das entrevistadas, possibilita uma compreensão mais aprofundada dos diferentes temas e categorias, bem como das relações existentes entre os mesmos.

Foram identificados três temas principais, dos quais emergiram as seguintes categorias: Expectativas relativamente ao parto (categorias: escolha do local do parto; vigilância da

gravidez); Experiência do parto (categorias: presença do pai, escolha do tipo de parto, confiança nos profissionais, informação, infra-estrutura, relacionamento com os profissionais); Percepção como influência de atitudes futuras (categorias: fidelização, recomendação).



Quadro 3 – Categorização conceptual – perspectiva das mães

4.1.1 – Expectativas relativamente ao parto

De modo a compreender a experiência do parto na visão das mães, estas foram questionadas acerca das expectativas que tinham relativamente ao seu parto.

Na descrição das expectativas relativamente ao parto, as mães do sector privado idealizam o parto como um momento único e delas, partilhado com o pai que esperam estar presente. Manifestam o desejo de poderem marcar o dia e a hora do parto e escolher o tipo de parto que querem fazer. Um outro aspecto importante para estas mães, diversas vezes salientado, prende-se com o facto de desejarem contar, no momento do parto, com a presença do obstetra que vigiou a gravidez. Reforçam, ainda, que gostariam de ser cuidadas por enfermeiras experientes, de preferência especialistas na área obstétrica. Dão ênfase à qualidade da infra-estrutura e ao relacionamento estabelecido com os profissionais como um aspectos influenciadores na sua experiência.

Referem terem efectuado diversas leituras acerca da experiência do parto e que estas as ajudaram a formar as suas expectativas.

(...) “Idealizei o parto como um momento sem dor e rápido. (...) Queria fazer uma cesariana, por achar que é mais indolor, e também porque desejava marcar o dia e a hora do parto para poder contar com a presença da minha família naquele momento (...)”.

(...) “A presença do meu obstetra no momento do parto é fundamental. Certamente que tudo correrá melhor. Sentir-me-ei mais acompanhada e mais segura. Ele conhece-me perfeitamente e sabe o que espero daquele momento único (...)”.

As expectativas relativamente ao parto evidenciadas pelas mães cujo parto ocorre no sector público, não são tão específicas e concretas como as das que recorrem ao sector privado. Estas esperam que o parto seja um momento único, tranquilo e na companhia do pai. As expectativas colocadas no papel do profissional no momento do parto são evidenciadas nos discursos das mães e aparentemente muito importantes para este grupo de mulheres.

Desejam ser atendidas por profissionais que demonstrem preocupação pelas suas necessidades e que as apoiem emocionalmente.

(...) “ Respeito e amizade era o que procurava na enfermeira. Desejava que não fosse arrogante e que tivesse paciência comigo (...) ”.

Constata-se que uma das mães do sector público demonstra um especial desejo em efectuar um parto eutócico e duas outras esperam fazer uma cesariana.

Os sentimentos vividos pelas mães dos dois sectores no período pré-natal são divergentes. Medo, dúvida, incerteza são os sentimentos demonstrados pelas mães que vigiaram a sua gravidez no sector público (Centro de Saúde) e não tiveram acesso às aulas de preparação para o parto por ausência de vagas no Centro de Saúde.

(...) “Durante a gravidez tive muitas dúvidas. Queria perceber, por exemplo, quando é que devia ir para o hospital. Falavam-me em contracções e em ‘rompimento da bolsa’, mas concretamente ninguém me explicou o que isso era. Tive muito medo de não conseguir saber se estava em trabalho de parto (...)”.

As mulheres que fizeram a vigilância da gravidez em consultórios privados e frequentaram aulas de preparação para o parto experimentaram sentimentos de tranquilidade.

(...) “Frequentei as aulas de preparação para o parto e adorei. Sobretudo para as mães pela primeira vez, como eu, é normal que tenhamos muitas dúvidas e poder esclarecê-las antes do parto é fundamental. Tornei-me muito mais confiante e segura. (...) ”.

A escolha do local do parto

Para as utentes do sector privado, a escolha do local do parto é influenciada por diversos factores. As mães que decidiram fazer o parto no sector privado justificaram a sua escolha

com a possibilidade de puderem marcar o dia e hora do parto, contarem com a presença do seu obstetra no momento do nascimento e, sobretudo, a possibilidade de escolherem o tipo de parto. Salientam, ainda, que as condições físicas do local, relacionadas com a infraestrutura, contribuíram para a sua escolha.

(...) “O parto é um momento que diz respeito a mim e ao meu marido. Queríamos ter a possibilidade de escolher, dentro do que é possível, todos os pormenores. Penso que os profissionais devem dar-nos esse direito e aceder aos nossos desejos. Penso que não deverá ser o médico a decidir por que tipo de parto devo optar (...) é esta liberdade que encontro nos hospitais privados e o motivo pelo qual fiz a minha escolha (...)”.

Contrariamente, as mulheres que optaram por recorrer ao serviço público explicam que o fizeram por não terem viabilidade financeira para escolherem um hospital privado. Algumas referem que gostariam de ter tido essa possibilidade, uma vez que acreditam que no sector privado seriam melhor tratadas pelos profissionais e teriam melhores condições físicas.

(...) “Já visitei algumas maternidades privadas e achei que era o local ideal para ter o bebé. As condições físicas pareciam excelentes e os profissionais muito acessíveis (...)”

4.1.2 – Experiência do parto

Consideramos importante evidenciar neste estudo a percepção da mulher relativamente à experiência do parto.

Para as mulheres que escolheram efectuar o parto no sector privado, este momento ficou marcado por uma experiência maravilhosa e sublime, aspecto comum em todos os discursos.

(...) “O parto foi, para mim, uma experiência maravilhosa. É difícil de explicar o sentimento vivido. Correu tudo como tinha programado (...)”.

(...) “A assistência que recebi foi de excelente qualidade. Os profissionais demonstraram competência e dedicação. Fui bem orientada relativamente a todos os procedimentos (...).”

Por outro lado, no grupo de mães que experimentaram o momento do parto no sector público os discursos são de maior insatisfação.

(...)“Foi uma experiência dolorosa. Os profissionais não foram carinhosos e simpáticos. Senti-me desamparada pelos profissionais (...).”

A presença do pai

O facto de puder contar com a presença do marido/companheiro no momento do parto foi um aspecto destacado nos discursos de todas as mães. Em ambas as instituições, a mãe teve a possibilidade de sentir a presença do marido/companheiro durante o parto, o que constituiu para elas um factor de redução da ansiedade e sobretudo um momento de partilha.

(...) “O meu marido esteve presente no momento do parto o que me deu muita segurança (...).” (mãe do sector público)

(...) “O parto foi um momento de partilha a três - a mãe, o pai e o bebé. Logo que ouvimos o bebé chorar pudemos abraça-lo em conjunto e desfrutar do nosso momento (...).” (mãe do sector privado)

A confiança nos profissionais

Ainda como parte da experiência do parto, alguns dos discursos destas mulheres demonstram a importância da confiança nos profissionais de saúde.

Constatou-se que as mães do sector privado demonstram uma total confiança nos profissionais de saúde. Referem terem sido elas a escolher o obstetra que lhes pareceu ser um bom profissional e que, apesar de não terem tido contacto com as enfermeiras no

período pré-parto, a idade das mesmas, já avançada, bem como a sua apresentação como enfermeira especialista, lhes transmitiu muita confiança. A atenção e a confiança, para este grupo de mulheres, são justificadas positivamente também pela observação das atitudes das profissionais relativamente à comunicação, onde se inclui a maneira de falar com a mãe e a segurança que demonstram na transmissão dos conhecimentos.

Quanto ao sector público, a confiança que as mães demonstram sentir nos profissionais não é tão evidente. Salientam, como factores de desconfiança, a ausência de um obstetra na sala de partos, a idade das enfermeiras, algumas ainda muito jovens, o que significava para as elas, pouca experiência. Constatou-se que as mulheres que foram atendidas por enfermeiras mais jovens descrevem que o atendimento foi muito demorado e não verificaram consenso nas informações fornecidas, o que gerou desconfiança.

(...) “Demoraram muito tempo a esclarecer-me se estava tudo bem com o bebé, quando me fizeram o CTG. A enfermeira teve que pedir ajuda a uma colega para interpretar o resultado. Tive medo que ela não soubesse o que estava a fazer. Fiquei preocupada quando percebi que era ela que me iria fazer o parto (...)”.

Comparativamente, foi evidente que uma das mulheres que foi atendida por uma enfermeira mais velha e graduada como especialista, refere ter sentido confiança na profissional.

(...) “A Sr.^a enfermeira parecia muito segura do que estava a fazer. Era assertiva e não voltava atrás nas suas decisões (...)”.

A escolha do tipo de parto

A experiência do parto pode também ser influenciada pela possibilidade de escolha do tipo de parto.

No que diz respeito às mães utilizadoras do sector privado, todas tiveram a oportunidade de optar pelo tipo de parto de acordo com a sua preferência. Constatou-se que duas das

mulheres escolheram ter o filho por parto eutócico, sendo que as restantes decidiram efectuar uma cesariana.

(...) “Queria que o meu parto fosse o mais natural possível. De preferência sem anestesia. É um privilégio para mim ter um filho. Fico feliz porque respeitaram a minha decisão e fizeram tudo para que tivesse um parto normal (...)”.

(...) “Eu escolhi ter o meu filho por cesariana porque queria marcar o dia e a hora do parto (...)”.

Já no sector público, a escolha do tipo de parto não cabe à mãe, mas sim aos profissionais. Constatou-se que, apesar de duas das mães ter demonstrado preferência por efectuar uma cesariana, a sua vontade não foi tida em conta. Assim, todos os partos efectuados no sector público, independentemente da opinião da mãe, foram eutócicos.

(...) “A minha cunhada fez uma cesariana e gostou muito. Diz que não teve dor. Foi por isso que desejei ter também o meu filho por cesariana, mas, quando pedi à enfermeira, ela disse-me que só em último caso é que deixaria de ter parto normal. Tive que me contentar com a resposta (...)”.

O relacionamento com os profissionais

A necessidade das mães em estabelecerem um relacionamento com as profissionais parece ter algum impacto na experiência do parto.

No sector privado, as mulheres enfatizam o papel das profissionais como peças fundamentais na experiência do parto. São caracterizados pelas mães, de um modo geral, como pacientes, afectuosas, educada não emitindo opiniões acerca do seu comportamento. Na percepção da mulher, as enfermeiras demonstram preocupação com a saúde da mãe e do bebé, manifestando prontidão e rapidez no atendimento.

Na instituição pública, o relacionamento com as profissionais, em dois dos casos, é caracterizado por simpatia, carinho e disponibilidade demonstrados para com a mãe e o bebé. No entanto, a maioria das mulheres refere ter sido abordada com agressividade.

Referem desrespeito, terem-se sentido ignoradas, e salientam que ouviram conversas entre os profissionais acerca do seu estado de saúde, sem que no entanto, se tenham dirigido a elas.

(...) “A enfermeira não compreendeu o motivo das minhas queixas e tratou-me com arrogância (...)”.

A informação

Relativamente às informações recebidas durante o período de internamento, as mulheres do sector privado referem que todas as informações necessárias foram claras e fornecidas em tempo útil, além de que todos os procedimentos efectuados foram previamente esclarecidos. As profissionais explicaram com paciência e educação, mesmo sem que a utilizadora tivesse colocado dúvidas.

Quanto às mães utilizadoras do sector público, a maioria refere que não lhe foram dadas as informações necessárias. Uma das utilizadoras relata que os profissionais esclareceram as dúvidas acerca da saúde do bebé, mas que a linguagem utilizada nem sempre foi clara para a mãe.

(...) “Já no bloco de partos, deitaram-me numa maca, colocaram-me a soro e nada mais me disseram. Estive ali deitada durante um longo período de tempo, sem que me dissessem mais nada (...)”.

A infra-estrutura

No que se refere à infra-estrutura, no sector privado, as referências a esta questão são todas de satisfação.

(...) “É um espaço arejado, o quarto é grande e bonito. Está tudo impecavelmente limpo (...)”.

(...) “As condições físicas são excelentes. Tenho um quarto e uma casa de banho só para mim e para o meu filho, além de que o meu marido pode cá ficar 24 horas para me ajudar e estar connosco. Efectivamente temos óptimas condições de privacidade (...).”

Na organização pública, constata-se que algumas das mães se encontram satisfeitas com as condições físicas. Ainda assim, verifica-se que a questão da falta de privacidade é um factor muito salientado quando se referem às condições físicas. Destacam, ainda, como aspectos negativos a falta de ventilação, a falta de espaço e o reduzido número de casas de banho.

(...)“Não consigo descansar à noite. Os bebés das senhoras do lado choram muito. Sempre que a mãe do lado se levanta toca na minha cama ou no berço do meu bebé (...).”

(...) “Gostaria de ter mais privacidade, sobretudo nos momentos em que o meu marido vem visitar-me. Não podemos conversar nem desfrutar calmamente do nosso bebé. São muitas pessoas no mesmo quarto. (...).”

4.1.3 – Percepção como influência de atitudes futuras

Interessou-nos compreender a visão das mulheres relativamente à intenção de voltarem a usufruir do serviço ou mesmo de o recomendarem a uma pessoa significativa, para que pudessemos concluir até que ponto, na experiência do parto, as suas percepções superaram as expectativas que tinham inicialmente.

A fidelização e recomendação

No sector privado, todas as mulheres afirmaram que recomendariam o serviço a uma pessoa significativa e que, numa próxima oportunidade, voltariam a usufruir do mesmo.

(...) “ Gostei muito. Recomendava esta maternidade à minha irmã (...).”

(...) “Quando voltar a ter outro filho não terei dúvidas quanto ao serviço que vou escolher (...).”

No sector público, seis das mães reponderam que voltariam a usufruir do serviço e também o recomendariam a pessoas significativas. Duas das mães referiram que, numa próxima oportunidade, não voltariam a este serviço e muito menos o recomendariam alguém significativo.

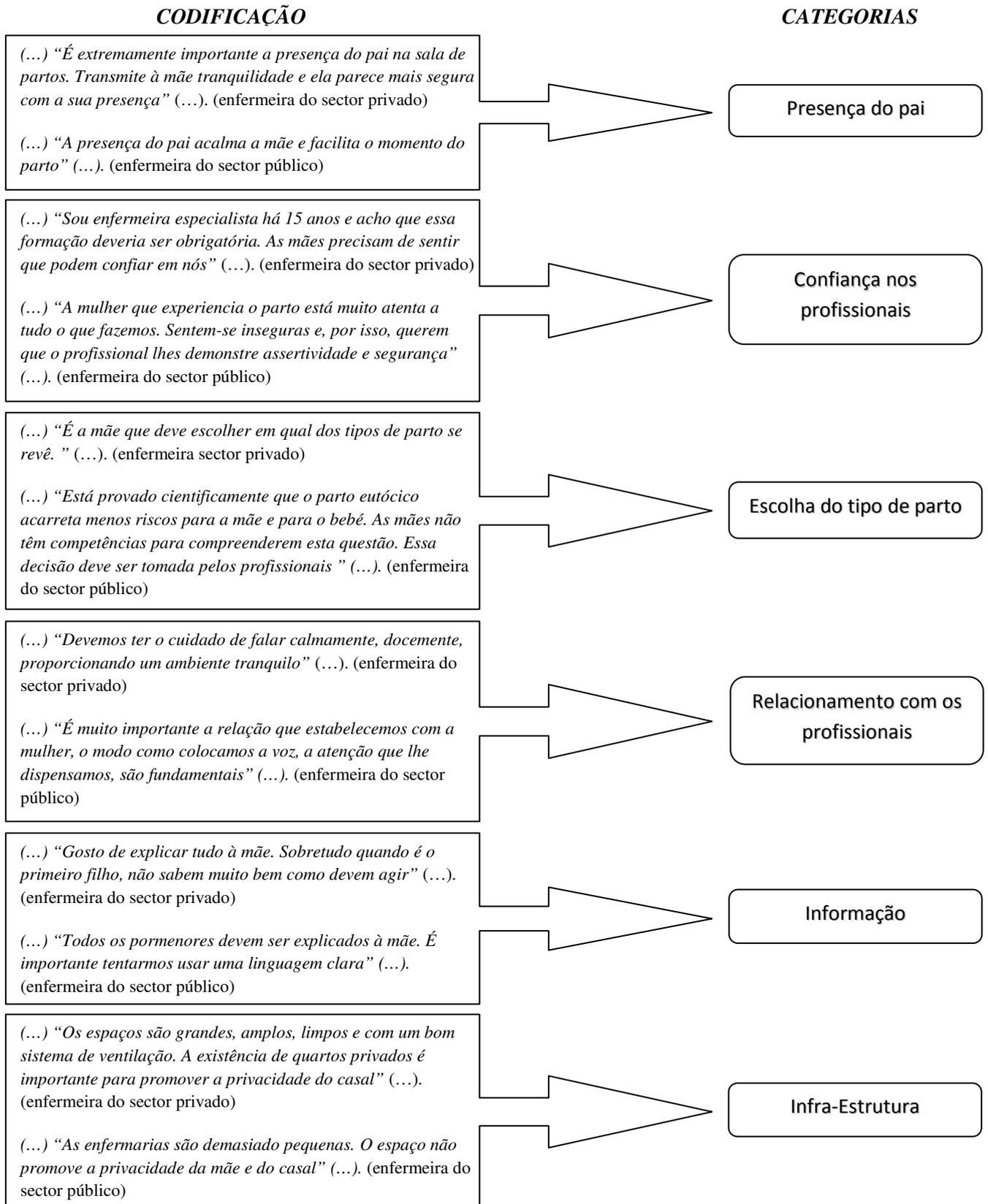
(...) “O atendimento não foi mau. Há alguns aspectos que poderiam ser melhorados, mas voltarei para este serviço quando quiser ter outro filho (...).”

(...) “ Foi uma má experiência que não quero repetir. Não desejo este este tipo de atendimento a ninguém (...).”

4.2 – Categorização Conceptual – perspectiva das enfermeiras

Os profissionais de saúde exercem uma forte e inevitável influência na experiência do parto. Importa que conheçam a perspectiva da mulher relativamente à experiência do parto, promovendo, assim, as condições necessárias para que o momento decorra como a mãe espera. Neste sentido, parece-nos pertinente incluímos neste estudo a perspectiva dos profissionais de saúde – enfermeiras, neste caso – de modo que possamos concluir acerca da importância do seu papel e, ainda, das similaridades existentes entre a visão das mães e a das enfermeiras quanto à concepção sobre a experiência do parto.

As categorias identificadas na análise dos discursos das enfermeiras, evidenciadas no quadro 4, foram praticamente as mesmas que as verificadas nas falas das mães. Nas entrevistas efectuadas às enfermeiras guiámo-nos, para a elaboração das perguntas, pelas categorias que elaborámos a partir dos discursos das mães (Anexo II).



Quadro 4 – Categorização conceptual – perspectiva das enfermeiras

4.2.1 – Expectativas relativamente ao parto

As enfermeiras foram questionadas acerca das expectativas que as mulheres têm relativamente ao parto.

Acerca deste tema, a perspectiva das enfermeiras do sector privado é consensual. Sabem que as mulheres esperam que o parto seja um grande momento das suas vidas e que corra tudo bem. Salientam que o parto é uma experiência que, actualmente, é muito bem planeada entre o casal e, por isso, é importante dar-lhes o apoio que precisam para que as suas expectativas se possam concretizar.

(...) “Para a mãe, o planeamento do parto é vivido de uma forma muito intensa. Esperam que seja um momento mágico (...).”

Para elas, é importante que sejam assistidas por profissionais experientes, para se sentirem mais seguras e confiantes.

(...) “A mulher idealiza o parto desde muito cedo e tem o cuidado de planear tudo ao pormenor. Sabe qual o tipo de parto que quer fazer e até o dia em que quer que o bebé nasça. É impressionante...Efectivamente este momento deve ser vivido com o maior prazer possível pelo casal e a minha função é de suporte e não de comando (...).”

(...) “Escolhem instituições privadas para terem os filhos porque sabem, através de amigas e mesmo da comunicação social, que estas organizações têm à sua disposição profissionais especializados que prestam cuidados de excelência (...).”

As enfermeiras que desenvolvem a sua actividade no sector público evidenciam que o que a mulher espera da experiência do parto é que o nascimento do bebé corra bem, que não tenham dores e que, tanto a mãe como o filho, não tenham complicações durante o parto.

Para elas, a vertente técnica é extremamente importante, não podendo haver falhas nesse sentido.

(...) “O nascimento de um novo ser é uma responsabilidade. A mãe espera nove meses para ter a criança e não podemos falhar. É importante ter sempre o controlo da situação e ter muito cuidado quando chega o momento do nascimento para que nada de mal aconteça (...).”

4.2.2 – Experiência do parto

A percepção que as enfermeiras do sector privado têm relativamente à imagem com que as mulheres ficam da experiência do parto é de grande satisfação e felicidade. Segundo as profissionais, as mães evidenciam terem gostado do internamento de uma forma geral, sendo que algumas delas parecem surpreendidas porque não idealizaram um tratamento tão bom. Existe, nesta instituição, um questionário de “oportunidades de melhorias” que é preenchido pelas mães antes do momento da alta.

(...) “O sorriso que levam nos lábios e as palavras de agradecimento dizem tudo acerca do que estão a sentir. Habitualmente dizem que adoraram o internamento e agradecem sobretudo a simpatia e a dedicação dos profissionais (...).”

Por outro lado, as enfermeiras do sector público referem que as mães não se manifestam muito quanto à sua percepção sobre a experiência do parto. Na perspectiva dos profissionais, as mulheres parecem ter gostado do atendimento, visto não dizerem especificamente nada em contrário.

(...)” De uma forma geral acho que as mães gostaram da experiencia do parto (...).”

A presença do pai

A importância da presença do marido/companheiro no momento do parto evidenciou-se no discurso das enfermeiras. Tanto as do sector privado como as do sector público, referem que essa facilidade constitui um factor de relaxamento para a mulher, bem como desenvolve sentimentos de partilha entre o casal.

(...) “ É extremamente importante a presença do pai na sala de partos. Ele também tem o direito de usufruir do nascimento do seu filho. O pai também transmite à mãe tranquilidade e ela parece mais segura com a sua presença (...)”. (enfermeira do sector privado)

(...) “Habitualmente todos os pais desejam estar presentes no momento do parto. Considero que, para a mulher, a presença do pai acalma muito a mãe e facilita o momento do parto (...)”. (enfermeira do sector público)

A confiança nos profissionais

As enfermeiras do sector privado têm noção de que são pilares importantes para mulher que experiencia o momento do parto. Relatam que as mulheres precisam de sentir que o profissional é experiente e está seguro das suas atitudes. Para estas profissionais, é fundamental que a sua formação seja completa (justificam que são especialistas) de modo que estejam preparadas para dar resposta a todas as situações e sobretudo para que as mães confiem nelas.

(...) “Sou enfermeira especialista na área obstétrica há 15 anos e acho que essa é a formação obrigatória quando queremos trabalhar nesta área. É importante estarmos despertas para a necessidade que as mães têm em confiar em nós (...)”.

Quanto ao sector público, as enfermeiras evidenciam a importância de cativarem a confiança das mulheres para que estas possam colaborar quando necessário. Demonstram que as utentes devem confiar no profissional e deixar que seja este a guiar todo o processo,

visto ser a pessoa indicada para tal. Sentem que as mulheres confiam nas enfermeiras e que as perguntas que fazem, muitas vezes repetidamente, surgem pela falta de conhecimentos da mãe.

(...) “A mulher que experiencia o parto está muito atenta a tudo aquilo que fazemos porque não quer que cometamos erros. Além disso, como se sentem inseguras, porque desconhecem a realidade, querem ver no profissional comportamentos de assertividade e segurança (...).”

A escolha do tipo de parto

Na perspectiva das enfermeiras do sector privado, a escolha do tipo de parto é um direito da mãe. Ao profissional apenas cabe a obrigação de explicar, nas consultas pré-natais, as vantagens e desvantagens de um e de outro tipo de parto, sendo que a decisão final diz respeito à mãe.

(...) “É a mãe que deve escolher em qual dos partos se revê. Afinal é ela que vai ter o bebé e não nós. Apenas nos compete explicar as vantagens e desvantagens do parto normal e da cesariana (...).”

Da análise dos discursos das enfermeiras do sector público, verifica-se que todas acentuam que o parto eutócico é o mais aconselhado. Para estas profissionais, ainda que sejam explicadas à mãe as vantagens e desvantagens de um ou de outro tipo de parto, esta não dispõe dos conhecimentos necessários para decidir o que será o mais aconselhado no seu caso.

(...) “ Está provado cientificamente que o parto eutócico acarreta menos riscos para a mãe e para o bebé do que a cesariana. As mães não têm competências para compreender esta questão. Por vezes pensam que fazendo uma cesariana têm menos dores mas estão erradas. Os profissionais são as pessoas indicadas para perceberem que tipo de parto devem efectuar (...).”

Apenas uma das enfermeiras do sector público refere que a escolha do tipo de parto deveria ser uma decisão da mãe. No entanto, em instituições públicas, devido a questões financeiras, essa escolha não é possível.

(...) “ A escolha do tipo de parto deveria ser da mãe. Certamente que ela sabe o tipo de parto que se adequa a si. Tenho pena que os hospitais públicos não valorizem a opinião da mulher neste momento tão especial para ela (...)”.

O relacionamento com os profissionais

A relação profissional/utente é um aspecto salientado tanto pelas enfermeiras do sector público como pelas do sector privado. Ambos os grupos descrevem que devem demonstrar, na sua relação com as mães, simpatia, sentimentos de carinho e de respeito, educação e, de preferência utilizar um tom de voz meigo e tranquilo.

(...) “Devemos ter o cuidado de falar calmamente, docemente, proporcionando um ambiente tranquilo (...)”.(enfermeira do sector privado)

(...) “É muito importante a relação que estabelecermos com a mulher. O modo como colocamos a voz, a atenção que lhe dispensamos, o apoio e capacidade de resposta às suas necessidades, são fundamentais (...)”.(enfermeira do sector público)

A informação

Relativamente às informações fornecidas durante o período de internamento, tanto as enfermeiras do sector privado como as do sector público referem ser extremamente necessárias para uma melhor articulação da mãe com os profissionais.

Todos os procedimentos efectuados são previamente esclarecidos e executados após o consentimento das mulheres.

(...) *“Gosto de explicar tudo à mãe. Sobretudo quando é o primeiro filho não sabem muito bem como devem agir (...)”*.(enfermeira do sector privado)

(...) *“Todos os pormenores devem ser explicados à mãe. É importante tentarmos usar uma linguagem clara. (...)”*.(enfermeira do sector público)

A infra-estrutura

Relativamente às condições físicas dos serviços de obstetrícia, tanto as enfermeiras do sector privado como as do sector público afirmam que este aspecto influencia a experiência do parto.

As enfermeiras do sector privado referem que as condições físicas da instituição são muito boas.

(...) *“Os espaços são grandes, amplos, limpos e com um bom sistema de ventilação. A existência de quartos privados é importante para promover a privacidade do casal (...)”*.

No sector público, as enfermeiras admitem que as condições físicas não são as ideais.

(...) *“As enfermarias são demasiado pequenas. À noite, sempre que quero ajudar uma das mães, tenho que acender a luz e acabo por acordar todas as outras (...)”*.

(...) *“O espaço não promove a privacidade da mãe e do casal (...)”*.

A análise efectuada evidencia diferenças significativas tanto nos discursos das mães do sector privado e do sector público, como entre os discursos das enfermeiras de ambos os sectores. Os quadros seguintes pretendem ilustrar sumariamente essa discrepância relativamente à experiência do parto num contexto público e privado da saúde.

MÃES		
PÚBLICO	PRIVADO	
(...) “Escolhi este hospital por não se pagar nada para fazer o parto. A minha cunhada já esteve num hospital público e depois num particular e achou o atendimento do particular bem melhor” (...).	(...) “Quero ter um parto por cesariana e sei que só numa maternidade privada me dão esse privilégio” (...).	LOCAL DO PARTO
(...) “Foi bom puder receber o carinho do meu marido naquele momento” (...).	(...) “A presença do meu marido no momento do parto tranquilizou-me” (...).	PRESENÇA DO PAI
(...) “Fiz algumas perguntas à enfermeira e ela pediu que uma colega mais velha a pudesse ajudar. Tive dificuldades em confiar naquela enfermeira que acabou por me assistir no parto” (...).	(...) “Gostei de ser assistida por uma enfermeira que tinha aparentemente 50 anos e era especialista em Obstetrícia, transmitiu-me confiança” (...).	CONFIANÇA NOS PROFISSIONAIS
(...) “Nos hospitais públicos os partos são todos normais, é a regra deles. Eu sempre idealizei fazer uma cesariana mas já sabia que não iria ser possível” (...).	(...) “Decidi efectuar o parto por cesariana para que a minha família pudesse estar disponível para mim e para o bebé naquele momento” (...).	ESCOLHA DO TIPO DE PARTO
(...) “Não senti que as enfermeiras fossem simpáticas e calorosas.” (...).	(...) “As enfermeiras foram muito simpáticas e tratam-me com delicadeza e distinção. Estabelecemos uma excelente relação” (...).	RELACIONAMENTO COM OS PROFISSIONAIS
(...) “Não me disseram que teria que ficar deitada durante 6 horas após o parto por causa da anestesia epidural e eu levantei-me” (...).	(...) “Todas as informações necessárias foram-me dadas. Informaram-me previamente de todos os procedimentos a efectuar” (...).	INFORMAÇÃO
(...) “Os quartos são muito pequenos para três mães e três bebés. Temos que estar sempre sentadas na cama porque não há espaço para cadeiras” (...).	(...) “a maternidade é perfeita. Os quartos são muito confortáveis e permitem que o meu marido passe a noite comigo” (...).	INFRA-ESTRUTURA
(...) “Numa próxima vez não virei para esta maternidade” (...).	(...) “Recomendo esta maternidade à minha melhor amiga” (...).	FIDELIZAÇÃO E RECOMENDAÇÃO

Quadro 5 – Categorização conceptual – perspectiva das mães: sector público e privado

ENFERMEIRAS		
PÚBLICO	PRIVADO	
(...) “O nascimento de um novo ser é uma responsabilidade. A mãe espera nove meses para ter a criança e não podemos falhar. É importante ter sempre o controlo da situação e ter muito cuidado quando chega o momento do nascimento para que nada de mal aconteça (...)”.	(...) “A mulher idealiza o parto desde muito cedo e tem o cuidado de planear tudo ao pormenor. Sabe qual o tipo de parto que quer fazer e até o dia em que quer que o bebé nasça. É impressionante...Efectivamente este momento deve ser vivido com o maior prazer possível pelo casal e a minha função é de suporte e não de comando (...)”.	Expectativas relativamente ao parto
(...) “A presença do pai no momento do parto diminui a ansiedade da mãe” (...).	(...) “A presença do pai na sala de partos constitui um momento de partilha entre o casal e também de apoio para a mulher” (...).	PRESENÇA DO PAI
(...) “Devemos demonstrar assertividade naquilo que dizemos à mãe para que esta possa confiar em nós e colaborar” (...).	(...) “O profissionalismo demonstrado e a assertividade nas respostas inspiram confiança na grávida” (...).	CONFIANÇA NOS PROFISSIONAIS
(...) “A mãe não possui conhecimentos científicos para decidir acerca do tipo de parto que será melhor para si. Essa decisão deve ser tomada pelos profissionais ” (...).	(...) “O parto é um momento da grávida. É esta que tem o direito de decidir o que quer daquele momento começando pela escolha do tipo de parto. Os profissionais têm que respeitar a sua decisão ” (...).	ESCOLHA DO TIPO DE PARTO
(...) “Devemos estabelecer uma relação de simpatia com a mãe. É importante demonstrar disponibilidade para o diálogo, e dar-lhe a atenção que precisa” (...).	(...) “A enfermeira tem que estar disponível para estabelecer um bom nível de relação com a mãe” (...).	RELACIONAMENTO COM OS PROFISSIONAIS
(...) “Forneço à mãe todas as informações pertinentes acerca dela própria bem como do seu bebé ” (...).	(...) “É muito importante que a enfermeira esteja constantemente a informar a mãe do que se vai sucedendo durante o parto” (...).	INFORMAÇÃO
(...) “As enfermarias são demasiado pequenas. O espaço não promove a privacidade da mãe e do casal” (...).	(...) “Os quartos são grandes e arejados e melhor que isso é a existência de quartos privados que implicam privacidade para a mulher” (...).	INFRA-ESTRUTURA

Quadro 6 – Categorização conceptual – perspectiva das enfermeiras: sector público e privado

5 – Conclusão

5.1 – Discussão dos resultados e conclusões

Sob o ponto de vista histórico, a satisfação dos clientes com os serviços de saúde, no que diz respeito às organizações de saúde, raramente era considerada nas suas acções de promoção da garantia da qualidade. Os profissionais de saúde tendem a considerar-se os únicos juízes da sua prática, apresentando resistência a mecanismos de controlo externo. Muitos destes profissionais são da opinião de que devem ser eles e não os clientes ou outros elementos do sistema a definir os padrões de qualidade. Apontam a falta de conhecimentos técnicos por parte do cliente para defenderem que a necessidade de tomar decisões clínicas, que requerem interpretação complexa e técnica, lhes diz respeito apenas a eles, pois são os únicos que estão preparados para o fazer.

À melhoria do estado de saúde da população, efectivamente, não tem correspondido uma percepção subjectiva da melhoria do estado da saúde e bem-estar. Monteiro (2000) refere que a resolução deste paradoxo e a melhoria da qualidade em saúde passam, de facto, pela melhoria técnica dos serviços prestados, mas também por melhorar o acesso à saúde, melhorar a informação relativa ao estado de saúde do cliente, pelo carinho com que este é tratado, assim como pela atenção dedicada aos seus sentimentos e valores. Ou seja, é sempre necessário considerar a percepção da qualidade de serviço pelos clientes.

Assim, e tendo presente que o serviço é um termo capaz de acolher significados muito diversos, quando nos referimos à qualidade de serviços, sabemos que é algo que definimos no momento como um conjunto de prestações acessórias esperadas pelo cliente.

Significa que, quando duas organizações oferecem ao cliente um mesmo serviço, parecem semelhantes, no entanto, os clientes não o entendem deste modo. De acordo com o nosso estudo, a diferença está na qualidade que a organização providencia. Efectivamente, a qualidade de serviço centrada no cliente constitui um aspecto diferenciador das organizações de saúde na actualidade.

Do exposto, depreende-se a importância dos clientes no processo de orientação da prestação de cuidados de saúde numa organização. Dadas as diferentes concepções que

existem em termos de saúde e de qualidade de serviços de saúde em clientes e profissionais, pensamos que é fundamental o conhecimento e a aproximação das diferentes perspectivas.

Deste modo, o presente trabalho pretende ser um contributo para a compreensão da importância do cliente no processo de prestação dos cuidados de saúde como elemento central da avaliação da qualidade dos mesmos. Esta investigação teve como propósito evidenciar as concepções das mães (clientes) e dos profissionais de saúde relativamente à experiência do parto, em contexto público e privado, designadamente identificando os aspectos / áreas de excelência e os de menor qualidade.

Enquadrou-se esta iniciativa em dois sectores diferentes da saúde, uma vez que se tem verificado uma crescente procura e até preferência dos clientes relativamente ao sector privado da saúde. Tentou-se compreender em que aspectos as organizações de saúde, de ambos os sectores, podem influenciar essa escolha.

Alguns trabalhos que discutem aspectos relacionados com a experiência do parto, como o estudo da satisfação ou da qualidade do atendimento, apontam muitas dificuldades para a realização de um estudo como este, pois, de um modo geral, os utentes têm dificuldades em criticar os serviços de saúde e os profissionais que os atenderam.

Os estudos de Reid (1986) demonstram que, no caso da assistência no parto, essa dificuldade pode ser ainda maior, uma vez que as mulheres têm tendência para se sentirem aliviadas, agradecidas e com sentimentos positivos após o nascimento do seu filho, gerando uma sistemática presença de elevados níveis de satisfação, tanto relativamente aos profissionais, como em relação ao serviço prestado. O presente estudo, aparentemente, não sofreu esse impacto, visto terem sido salientados não apenas aspectos positivos relativamente à experiência do parto, mas também ocorrências negativas evidenciadas pelas mães, como se observou no capítulo anterior.

Constatou-se que o parto é um acontecimento muito significativo para a generalidade das mulheres. Foi possível visualizar que o parto continua a ser visto como uma experiência esperada, única e relevante na vida das mães.

Deste estudo, concluiu-se que a qualidade da experiência do parto oscila em função de uma multiplicidade de factores individuais, sociais e situacionais, tais como as expectativas prévias da mulher, a sua participação activa nas decisões relativas ao seu parto, a presença do pai no momento do parto, a qualidade da informação, o relacionamento estabelecido com os profissionais e a confiança nos mesmos, bem como as condições da infra-estrutura.

No presente estudo, verificou-se que a experiência do parto, em alguns casos, não decorreu de acordo com as expectativas das mulheres.

Para as mães do sector privado, a experiência do parto aconteceu em conformidade com as expectativas prévias. Constatou-se que as principais expectativas das mulheres que escolheram efectuar o parto no sector privado se prenderam com a possibilidade de escolha do tipo de parto e da marcação do dia e da hora do mesmo. Denotou-se também que, para estas mulheres, a da presença do obstetra durante o parto, a presença do pai, a experiência profissional das enfermeiras, o relacionamento estabelecido e a qualidade da infra-estrutura são aspectos importantes.

Os dados recolhidos mostram que, para a maior parte das mães do sector público, as suas expectativas não foram confirmadas e, por isso, a experiência do parto foi negativa.

Deste modo, o presente estudo demonstra que, para a maioria das mães do sector público, e em conformidade com os resultados de outros autores (Rizk, 2001 *et al*), o desconforto emocional marcado pelo medo, insegurança e dúvida, a falta de informação e de participação no processo de decisão (impossibilidade de escolha do tipo de parto), o desagradável relacionamento com os profissionais e a dificuldade em confiar nos mesmos, a falta de privacidade foram factores desencadeantes de uma experiência de parto negativa.

As mulheres que optaram pelo sector público evidenciaram, nas suas expectativas relativamente ao parto, a importância do papel dos profissionais de saúde para a sua experiência, o que parece de acordo com um estudo realizado na China por Ip Chien e Chan (2003) sobre as expectativas de 186 mulheres grávidas pela primeira vez em relação ao seu parto, que revelou uma elevada expectativa de apoio por parte dos profissionais.

Conclui-se que o relacionamento da mulher com a equipa de profissionais é percebido como um dos factores que mais afecta a memória das mães do sector público. Em conformidade com um estudo levado a cabo por Green (1998), verifica-se que as mulheres do sector público valorizam essencialmente os profissionais que se preocupam em promover o conforto emocional e o suporte psicológico e em atender às suas dúvidas e necessidades.

O relato de sentimentos de arrogância manifestado pelas mulheres do sector público foi também verificado por D'Oliveira (2002) que aponta para a frequente ocorrência de situações de agressividade nos serviços de obstetrícia. Em conformidade com os resultados destas autoras, verificou-se, neste estudo, que este tipo de comportamentos se manifestou essencialmente sob a forma de arrogância verbal e violência física caracterizada pela não valorização das queixas da mãe.

Também neste estudo ficou clara a presença de sentimentos ambivalentes permeando as narrativas acerca das vivências relacionadas com o parto, tanto no sector público como no sector privado, aspecto que aponta para a necessidade de valorização por parte dos profissionais de saúde dos aspectos psico-emocionais envolvidos na experiência do parto.

As aulas de preparação para o parto foram evidenciadas pelas mulheres como um bom veículo de transmissão de informação e, acima de tudo, como um atenuante face aos sentimentos negativos vividos no período pré-natal. Verificou-se que as mulheres que não tiveram acesso a essas aulas, a maior parte do sector público, experimentaram sentimentos de dúvida e medo relativamente ao parto. Pode-se concluir que as aulas de preparação para o parto deveriam ser incluídas no período de vigilância pré-parto e acessíveis a todas as

mulheres pela evidência da sua eficácia na melhoria da experiência do parto como se verificou neste estudo.

À semelhança do que referem autores como Murray (1996), observou-se o impacto positivo no estado emocional da mulher de algumas medidas tomadas em ambos os sectores, tais como a presença de uma pessoa significativa durante o parto, preferencialmente o pai.

Tal como evidencia o estudo, a mulher deseja ser o actor principal da experiência do parto, atribuindo aos profissionais um papel secundário.

De facto, é notório que, actualmente, a medicina controla enormes áreas da nossa vida e ela própria não está sujeita a qualquer controlo. Está reservada aos profissionais de saúde e um laico não tem o direito de dar opiniões sobre a actuação do profissional.

À semelhança de Goffman, conclui-se neste estudo que os hospitais, nomeadamente os públicos, se tornaram instituições totais. O mesmo autor considera estas instituições como estabelecimentos de transformações forçadas / obrigatórias da personalidade. Ainda segundo Goffman, nas maternidades, a rotina da posição horizontal da mulher e a instituição do parto normal, entre outros aspectos, explicam-se como sendo o melhor para a mulher por razões médicas.

Estudos bibliográficos levados a cabo por Murray (1996) demonstram que o envolvimento da mulher no processo de decisão e controlo da situação tem sido apontado como uma das questões principais para a satisfação da mulher face à experiência do parto. De um modo geral, a questão do controlo, bem como a possibilidade de idealização do parto e de todos os aspectos que o envolvem - o ambiente, a escolha dos profissionais - são aspectos importantes para as mulheres.

Neste estudo, verificou-se que foram as mulheres academicamente mais diferenciadas que optaram pelo sector privado. Constatou-se que estas apresentam um papel mais activo na idealização da experiência do parto. Através da análise das suas expectativas tornou-se

evidente que conhecem bem a realidade do parto e expressam com segurança o que desejam que seja o seu parto. Demonstram não querer subestimar o momento, mas sim dar-lhe a devida importância, como se fosse único na sua vida, facto que poderá dever-se à idade das mães do sector privado.

Concluimos que o que a mulher procura no parto é a humanização do mesmo, o que, segundo Castro (2005), significa atribuir à mulher o papel de protagonista do processo, existindo respeito pela sua vontade.

É de salientar que as todas as mulheres do sector público optaram por efectuar o parto neste sector por não terem recursos financeiros para o efectuarem no sector privado. No entanto, manifestaram o desejo de poderem optar pelo sector privado de acordo com a possibilidade de idealização do seu parto e da concretização das suas expectativas, tendo em conta a opinião de pessoas significativas acerca das maternidades privadas.

Assim, este estudo permite concluir que, eventualmente, a classe socioeconómica pode determinar as expectativas e as escolhas da mulher relativamente ao parto. Por outro lado, a possibilidade de escolha de um ou outro sector da saúde pode influenciar a concretização dessas expectativas.

Conclui-se que o sucesso da experiência do parto parece mediado essencialmente por dois recursos fundamentais: a informação, que as mães mais diferenciadas procuram antes de fazer a sua escolha, e a condição financeira, que oferece a estas mulheres a possibilidade de optar pelo sector privado.

Zeithaml *et al* (1991) atribuem à qualidade de serviços a discrepância que existe entre as expectativas e as percepções dos clientes sobre um serviço experimentado. Conclui-se, neste estudo, que para as mulheres do sector público essa uma discrepância entre as expectativas e as percepções do serviço resultou numa experiência de parto negativa. Contrariamente, no sector privado, as percepções superaram as expectativas e, assim, a experiência do parto foi caracterizada como positiva.

Os estudos de Donabedian (1980) demonstram que a qualidade é sustentada por três dimensões: a técnica, a interpessoal e a ambiental. A técnica refere-se à aplicação, actualizada, dos conhecimentos científicos para a solução do problema do cliente. A interpessoal refere-se à relação que se estabelece entre o prestador de serviços e o cliente. A ambiental diz respeito às comodidades como o conforto e o bem-estar oferecido ao cliente.

Relativamente a esta questão, a vertente ambiental foi evidenciada como promotora da qualidade no sector privado ao passo que no sector público não se verificou, devido, por exemplo, à falta de privacidade da mulher.

Neste estudo, à semelhança dos estudos realizados por Ansuji, Zenckner e Godoy (2005), conclui-se que a qualidade da experiência do parto é, acima de tudo, sustentada pela vertente interpessoal. Para as mulheres, os aspectos mais significativos na percepção da qualidade são a simpatia dos profissionais, a atenção que demonstram pela mãe e pelo bebé, a preocupação em oferecer informações claras e o respeito demonstrado. Embora a vertente técnica seja uma exigência para o profissional, neste estudo, constata-se, à semelhança de Pascoe (1983), que os utentes tendem a manifestar maior satisfação se o prestador é cuidadoso e sensível do que propriamente se é perfeito na execução da técnica.

É crucial medir os resultados na perspectiva dos utentes, onde se inclui a satisfação com os cuidados prestados e a percepção dos profissionais sobre o estado de saúde do doente e o seu bem-estar (Fisher 1996).

O estudo alerta para a incongruência entre a perspectiva dos profissionais e a perspectiva do doente. Evidencia-se que existe uma discrepância entre as expectativas das mulheres e as percepções dos profissionais sobre essas expectativas, de acordo com as evidências de Zeithaml *et al* (1991) na definição do *gap* 1 do modelo do *Servqual*. Essa discrepância é apenas evidente no sector público.

Eventualmente, a não confirmação das expectativas das mulheres que efectuaram o parto no sector público poderá ser justificada pelo desalinhamento quanto às expectativas destas

mulheres e a percepção dos profissionais relativamente a essas mesmas expectativas, visto que estes valorizaram sobretudo a vertente técnica, descorando, na maioria dos casos, a vertente interpessoal.

Deste modo, pode-se concluir que, eventualmente, a discrepância verificada entre as expectativas das mães do sector público e as percepções das enfermeiras do mesmo sector acerca dessas expectativas poderá estar relacionada com a idade das profissionais, com tempo de exercício das suas funções e, ainda, com o grau académico que apresentam.

A existência de coerência entre as expectativas das mães do sector privado e as percepções das enfermeiras relativas a essas expectativas resulta, como se pode verificar neste estudo, na satisfação da mulher em relação aos cuidados prestados.

Por outro lado, verifica-se que não existe uma preocupação evidente da organização pública e dos respectivos profissionais em querer conhecer a percepção das mulheres, clientes do serviço que prestaram. Assim, conclui-se que também o desconhecimento da percepção do cliente inviabiliza oportunidades de melhoria para o atendimento futuro.

A discrepância entre clientes e profissionais desencadeia uma má *performance* da organização, culminando, como se constata, na prestação de cuidados não orientada para as necessidades do cliente e na conseqüente insatisfação do mesmo.

Foi evidente, no nosso estudo, que as mulheres que efectuaram o parto no sector privado demonstram estar mais satisfeitas com a qualidade dos cuidados do que as mulheres que efectuaram o parto no sector público.

Verifica-se que a organização privada tem conhecimento das expectativas das mulheres, manifestada por uma superação das mesmas.

A organização inerente ao sector público da saúde, por outro lado, como se pode constatar, desconhece as expectativas dos seus clientes e, por isso, não é capaz de lhes dar resposta.

A qualidade dos cuidados prestados e o nível de satisfação dos doentes têm emergido como base de muitas estratégias de *marketing* nos serviços de saúde e servem para distinguir a competência dentro de um mercado cada vez mais competitivo (Taylor, 1994), sobretudo nas organizações privadas. Torna-se, por isso, imperativo que os responsáveis políticos e gestores reconheçam a necessidade de integrar os processos de melhoria de qualidade nas práticas diárias de gestão e planeamento, visando obter uma melhor satisfação dos utentes.

As organizações privadas têm por base, na sua actividade, o desenvolvimento de relações entre a instituição e os seus clientes enquanto indivíduos com vontade própria, inteligência e necessidades específicas. Este estudo evidencia que o atendimento no sector privado se baseia na ideia do *marketing* “one-to-one”, que age de fora para dentro (*input/output*) e tem uma atitude de mercado muito mais proactiva. De espectador o cliente transforma-se em actor, na medida em que a sua percepção dos serviços é fornecida à organização, dando-lhe a oportunidade de desenvolver serviços de acordo com as expectativas dos seus clientes. A organização privada em estudo demonstra esta preocupação através da distribuição de um questionário de satisfação antes da alta.

Por outro lado, as organizações públicas de saúde, embora actualmente tendam a alterar as suas metodologias de gestão, aproximando-se cada vez mais da gestão privada, e procurando de uma forma geral incluir o cliente na delimitação da sua estratégia, não aparentam ter atingido ainda elevados índices de qualidade na área em questão.

O estudo demonstra claramente a insatisfação do cliente face à prestação dos cuidados de saúde no sector público. Efectivamente, esta organização não parece dar aos seus clientes um lugar no topo do organograma para que, dessa forma, os profissionais se tornem capazes de assimilar a sua importância e de prestar cuidados de saúde orientados para o mesmo. Isto significa que o colaborador tem que servir o cliente, atendê-lo da melhor forma possível, satisfazendo-o e fidelizando-o.

As organizações públicas, pelas suas características - múltiplos objectivos, excesso de burocracia, obsessão pelos processos em vez dos resultados e falta de autonomia -

manifestam uma maior dificuldade em se concentrar no seu cliente e no que este espera da organização.

Apesar de as organizações públicas não terem parceiros que estimulem a competição pela captação dos clientes, não devem, no entanto, descorar os aspectos relacionados com a excelência da qualidade dos cuidados de saúde e a procura do interesse do seu determinante – o cliente.

Tem-se verificado que, nos últimos anos, a satisfação dos utentes com a prestação dos cuidados de saúde tem ganho particular importância no seio das organizações, de tal forma que, gradualmente, as actividades de garantia e melhoria da qualidade têm vindo a fazer parte dos processos de cuidados e mesmo dos programas políticos. Torna-se necessário consagrar ao consumidor de cuidados de saúde um papel central na estruturação e funcionamento dos sistemas de saúde, de forma que, cada vez mais, os serviços, quer do sector público quer do privado, correspondam às necessidades dos cidadãos, potenciando ganhos para a saúde.

5.2 – Implicações para a prática

A forma como neste trabalho se olhou para o cuidado ao utente, numa perspectiva mais ampliada, levou a que se considerasse que a organização do processo de trabalho dos hospitais públicos não privilegia a preocupação com a qualidade do atendimento ao cliente. Pensa-se que seria pertinente sistematizar algumas ideias que poderão contribuir para a reflexão da instituição no que respeita à mudança na sua cultura de atendimento ao cliente.

Em primeiro lugar, acredita-se ser necessário agregar à eficiência técnica um compromisso que considere e respeite as necessidades dos clientes, através do deslocamento do foco de atenção do processo saúde-doença, centrado no paradigma biomédico, para a produção de cuidados centrados no utente, partindo para um paradigma Bio-psico-social.

Torna-se necessário que a organização procure estudar os seus clientes de modo que a prestação de cuidados possa ser centrada nas expectativas dos mesmos, criando uma percepção de qualidade dos cuidados de saúde. Através da distribuição de questionários de satisfação aos utentes no momento da alta, a organização ficaria a conhecer melhor o seu público. De espectador o cliente transformar-se-ia em actor, na medida em que a sua percepção dos serviços seria fornecida à organização, dando-lhe a oportunidade de desenvolver serviços de acordo com as expectativas dos seus clientes.

Os hospitais deveriam estar preocupados em criar acções de formação direccionadas para os profissionais, prestadores directos de cuidados ao utente, com o objectivo de os sensibilizar para a importância de cuidarem do utente tendo em conta o que este espera dos cuidados de saúde.

Concretamente acerca da experiência do parto, os profissionais também deveriam ser alertados para a temática da humanização. Não existe humanização do parto com mulheres “sem voz” e, por isso, seria importante educar os profissionais neste sentido. No entanto, compreende-se que “dar voz” às mulheres, em alguns aspectos, não depende apenas dos profissionais, mas envolve mudanças institucionais, de gestão e de investimento. Seria interessante, por isso, a apresentação dos resultados deste trabalho às instituições

envolvidas na pesquisa, de maneira que os mesmos contribuíssem para a construção do processo de melhoria da experiência do parto.

5.3 – Limitações e sugestões para investigação futura

Uma das limitações deste estudo relaciona-se com o tempo determinado pela instituição escolar para a elaboração deste trabalho. Na óptica da investigadora, para explorar a experiência do parto pormenorizadamente, seria necessário disponibilizar mais tempo, visto que a gravidez da mulher se prolonga por um período de nove meses.

Deste modo, em trabalho futuros, talvez fosse interessante estudar a experiência do parto ao longo da gravidez, a partir do momento em que a mulher sabe que está grávida até seis semanas após o parto. Desta forma, poder-se-ia concluir acerca das suas expectativas ainda numa fase precoce da gravidez, sobre a evolução das mesmas e sobre os factores influenciadores nesta experiência.

Em futuras investigações, talvez fosse pertinente efectuar um estudo como este, utilizando uma amostra que envolvesse mães com experiências de parto anteriores, percebendo em que medida tais experiências porventura influenciam a experiência actual.

6 – Bibliografia

Ansuji, A. P. *et al* (2005), *Percepção da qualidade dos serviços de odontologia*, Anais, Porto Alegre.

Aidar, M. M. (1994), *Qualidade humana: as pessoas em primeiro lugar: desenvolvendo uma cultura empresarial orientada para a qualidade, através da melhoria do relacionamento entre clientes internos e externos*, Maltese, São Paulo.

Antunes, M. (2001), *A doença da Saúde: Ineficiência e desperdício*, Quetzal Editores, Lisboa.

Bardin, L. (1995), *Análise de Conteúdo*, Edições 70, Lisboa.

Barros, P. (1999), Eficiência e qualidade: mitos e contradições, <http://ppbarros.fe.unl.pt/textos-saude.html>

Biscaia, J. (2000), Qualidade em saúde uma perspectiva conceptual, *Qualidade em saúde*, Jun. (0): 6-10.

Box, R. (1999), Running government like a business: implications for public administration theory and research, *American Review of Public Administration*, Jan. (29): 19-43.

Boyen, G. A. (2001), Planning, performance and public service, *Public Administration*, (79): 73-88.

Bozeman, B. (1987), *All Organizations Are Public*, Jossey-Bass, London.

Brady, M. K., *et al* (2001), Some new thoughts on conceptualising perceived service quality: A hierarchical approach, *Journal of Marketing*, Jul. (65): 34-49.

Bravo, R. S. (1998), *Técnicas de Investigación Social – Teoría y Ejercicios*, Paraninfo Madrid.

Brito, C. M., Lencastre, P.(2001), *Os horizontes do marketing*, Ed. Verbo, Lisboa.

Cardozo, R. (1965), An Experimental Study of Customer Effort, Expectation and Satisfaction, *Journal of Marketing Research*, Aug. (2): 244-249.

Carvalho, A (1994), Qualidade dos cuidados: da liderança ao cuidado, *Sinais Vitais*, Nov. (1): 31-33.

Castro, J.C. *et al* (2005), Parto Humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n.6, p. 960-967.

Chartered Institute of Marketing do Reino Unido (2001), <http://www.cim.co.uk/cim/abo/html/cover.cfm>

Churchil, G. A., Suprenant, C. (1982), An Investigation into the determinants of customer Satisfaction, *Journal of Marketing Research*, Nov., (19): 491-504.

Clarkson, K. (1972), Some implications of property rights in hospital management, *Journal of Law and Economics*, (15): 363-84.

Clark, G. (1990), *Managing service quality - An ifs executive briefing*, IFS Publications, Bedford, UK.

Cleary Pd, et al. (1991), Patients evaluate their hospital care: a national survey, *Health Aff (Millwood)*, Winter, 10(4): 254-67.

Coelho, M. (2001), Promover a qualidade das PME nacionais, *Estratégias XXI*, Fevereiro (14): 8-9.

Dauster, T. A. (1999), Fabricação de livros infanto-juvenis e os usos escolares: o olhar de editores, *Revista Educação/PUC-Rio*, Nov. (49):1-18.

Delbanco et al. (1995), Medical patients' assessments of their care during hospitalization: insights for internists, *Journal Inter. Med*, (12): 679 -85.

Didona, N. A., et al (1996), *Enfermería maternal*, McGraw-Hill, México.

D'Oliveira A.F.P.L., et al (2002) Violence against women in health-care institutions: an emerging problem, *Lancet* 359:1681-5.

Donabedian, A. (1980), *Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment*, Health Administration Press, v. 1,p. 163, 1980.

Drucker, P. (1990), *As organizações sem fins lucrativos*, Difusão Cultural, Coleções & Empresas, Lisboa, Portugal.

Durval, M. (1994), Qualidade em saúde: responsabilidade institucional, *Enfermagem em foco*, Maio/Julho (15): 3741.

Echevarria, S. C. (1997), *La calidad como ventaja competitiva en el sector agroalimentario Experiencias Sectoriales*, Asociación Española de contabilidad y Administración de Empresas, 69-102, Madrid.

Evans, D. B. et al. (2001), Measuring quality: from system to the provider, *International Journal for Quality in Healthcare*, 13(6): 439-446.

Falcone S., Scott P.G. (1998), Comparing Public and Private Organizations, *The American Review of Public Administration*, 28 (2): 126-145.

Farhangmehr, M., Simões, C. M. N. (1997), *O marketing de serviços*, Braga: Universidade do Minho (Série Documentos de trabalho - DT. n° 14/97-GAP), Braga.

- Farnham, D. and Horton S. (1996), managing Public and Private organizations, *Managing The New Public Services*. Macmillan, London.
- Ferreira, P. (1990), Intemporal Stability of Patient's Quality Judgments, Tese de Doutoramento em Engenharia Industrial, Madison, University of Wisconsin.
- Ferreira, P. (1991), Definir e medir a qualidade dos cuidados de saúde, *Revista Critica de Ciências Sociais*, Outubro (33): 93-109.
- Ferreira, P., Seco, O. (1993) Algumas estratégias para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (37): 159-172.
- Ferreira, P. (2001), Avaliação dos doentes de cuidados primários - enquadramento conceptual, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, (17): 15-5.
- Figueiredo, B., Costa, R., (2002), Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas, *Análise Psicológica*, 2(XX), 203-217.
- Fisher, D. H. (1996), Outcomes Analysis. In: Mark, C. *et al.*, *Textbook of Pediatric Intensive Care*, 3ª ed., Baltimore, Williams & Wilkins.
- Frederico, M., Leitão, M. (1999)., Princípios de administração para enfermeiros, *Formasau*, Coimbra.
- Frederico, M. (2001), Qualidade em cuidados de saúde, *Referência*, Maio (6): 47-51.
- Garvin, D.A. (1987), Competing on the Eight Dimensions of Quality, *Harvard Business Review*, Nov.-Dec., (6): 101 - 109.
- George A. B., (2002), Public and private management: what's the difference? Cardiff Business School, Cardiff University, *Journal of Management Studies*, Jan. 39.
- Goffman, E. (1993), *A Apresentação do eu na vida de todos os dias*, Relógio d'água, Lisboa.
- Gomes, L. (1994), Intervenção na qualidade dos cuidados de saúde, *Enfermagem em foco*, Maio/Julho (15): 12-14.
- Green J. C. V., Kitzinger J. Great (1998), *Expectations– a prospective study of women's expectations and experiences of childbirth*, Cheshire:Books for Midwives Press.
- Grönroos, C. (1994), From scientific management to service management, *International Journal of service Industry Management*, 5 (2): 5-20.
- Halldorsdottir, S., Karlsdottir, S.I. (1996), Journeying through labour and delivery: Perceptions of women who have given birth, *Midwifery*, (12) 48-61.

Hartline, M., Ferrell, O. C. (2001), *O gerenciamento de funcionários de contacto com o cliente: uma investigação empírica*, Marketing de serviços, 4. Ed. Bookman, Porto Alegre.

Hesbeen, W. (2001), *Qualidade em Enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*, Ed. Lusociência, Loures.

Hill, M. M., Hill, A. (2000), *Investigação por questionário*, Edições Sílabo Lda, Lisboa.

Hopkin, A., Fitz,P. (1993), *Measurement of Patients' Satisfaction With Their Care*, RCP Publicotions, Londres.

Instituto Nacional de Estatística, *Anuário Estatístico de Portugal 2007*,
http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_cont_inst&INST=56501

Ip, W. Y., Chien, W. T., Chan, C. L. (2003), Childbirth expectations of chinese first-time,Pregnant, *Journal of Advanced Nursing*, 42(2), 151.

Juran, J. M. (1994), Por qué fracasan las Iniciativas de la calidad, *Harvard Deusto Business Review*, Mai. (63): 58-62.

Kaluzny, A., J. Veney (1980), *Health Services Organizations: a guide to research and assesment*, McCutchan Publishing Corporation, Berckley.

Knover, A., Duncan N. (1978), *Health Services Management: reading and commentary* Health Administration Press, New York.

Kotler, P., *et al.* (1999), *Principles of Marketing*, Prentice Hall Europe, Edinburg.

Larson, C., *et al.* (1996), The relationship between meeting patient's information needs and their satisfaction with hospital care and general health status outcomes, *Health Care*, 8 (5), 447-459

Lincoln, Y. S. (1985), *Naturalistic inquiry*, Sage, Londres.

Linder-Pelz, S. (1982), Towards a theory of patient satisfaction, *Social Science & Medicine* (16):577:582.

Lovelock, C., *et al.* (1996), *Services Marketing- A European Perspective*, Prentice Hall Europe, Harlow.

Lovelock, C. (2001), *Services Marketing: People, Technology, Strategy*, Prentice Hall, New Jersey.

McCarthy, J. *et al* (2005), *Essentials of marketing*, McGraw-Hill College.

Magrinho, A. (2001), Portugal competitivo depende das qualificações, *Estratégias XXI*, Fevereiro (14): 3-4.

Mezomo, J. (2001), *Gestão da qualidade na saúde*, Editora Manole, São Paulo.

- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994), *Qualitative data analysis*, Beverly Hills, CA: Sage.
- Ministério da Saúde (1997), *Princípios de garantia de qualidade*, Ministério da Saúde, Lisboa.
- Montes, F. J. (1996), *Medición de la calidad de servicio: una aproximación a diferentes alternativas*, Universidad de Granada, Granada.
- Murray I., Wilcock A. K. L. (1996), Obstetrical patient satisfaction, *J Health Care Mark*, (16): 54 -7.
- Nelson, E. C. (1991), Gaining customer knowledge: obtaining and using customer judgments for hospital wide quality improvement, *Top Health Rec. Manage*, (113): 13 - 26.
- Noronha, G. (1990), O que fazer da literatura sobre a satisfação do utente: uma proposta para os serviços, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (8): 59-64.
- Nutt, P., Backoff, R. (1993), Organizational publicness and its implications for strategic management, *Journal of Public Administration Research and Theory*, (3): 209–31.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2003), *Relatório de Primavera 2003 - Saúde - Que rupturas?*, Observatório Português dos Sistemas de Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.
- Oliver, R. L. (1980), A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decision, *Journal of Marketing Research*, Nov. (17): 460-469.
- Oliveira, I. (1998), *Melhoria contínua nas organizações de prestação de cuidados de saúde*, Centro de Estudos Management, Lisboa.
- Orrego, S. S., Ortiz, Z. A. (2001), Calidad del cuidado de enfermería, *Revista de investigación y educación en enfermería*, 19 (2): 78-83.
- Parasuraman, A., Zeithaml, A., Berry, L. (1985), A conceptual model of service quality and its implications for future research, *Journal of Marketing*, p. 41-50.
- Parasurarnan, A., et al (1991a), Refinement and reassessment of the Servqual scale, *Journal of Retailing*, 67 (4): 420-450.
- Pascoe G.C. (1983), Patient satisfaction in primary health care: a review and analyses, *Eval Program Plann*, (6): 185-210.
- Peterson, G. (1996), Childbirth: The ordinary miracle: effects of devaluation of childbirth on women's self-esteem and family relationships, *Pre and Perinatal Psychology Journal*, (11): 101-109.

Reid M. (1986), *Non-medical aspects in the evaluation of prenatal care for women at low risk*. In: Comission of the European Communities/Health Services research, editors. *Perinatal care delivery systems: description and evaluation in European community countries*, Series no 1, Oxford University Press, Oxford.

Rizk, D.E., *et al.* (2001), Women's perceptions and experiences of childbirth in United Arab Emirates, *Journal of Perinatal Medicine*, (29): 298-307.

Rodriguez, A. C. M. (2000), Qualidade de Serviços e Satisfação do Consumidor: Aspectos conceptuais Distintos, *Atos do 24º Encontro Anual da Associação Nacional de Programas de Pós-graduação em Administração*, Florianópolis.

Rizk, D.E., *et al.* (2001), Women's perceptions and experiences of childbirth in United Arab Emirates, *Journal of Perinatal Medicine*, 29: 298-307.

Ruiz-Oalla, C. (2001), *Gestión de la calidad del servicio através de Indicadores Externos*, Ed. Gráficas Ortega, Asociación Espanola de Contabilidad y Administración de Empresas, Madrid.

Santos, M. R.(1993), Avaliação da qualidade na perspectiva do utente: importância dos aspectos não técnicos da prestação, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (4): 29 45.

Vieira, J. M. C. (2000), *Inovação e marketing de serviços*, Editorial Verbo, Lisboa.

Sayre, W. (1953), Premises of public administration, *Public Administration Review*, (18): 102–3.

Secretariado para a Modernização Administrativa (1993), *Administração pública e qualidade*, Lisboa.

Taylor, S. A., Thomas L. B. (1994), An assessment of the relationship between service quality and customer satisfaction in the formation of consumers purchase intentions, *Journal of retailing*, 70 (2): 163- 178.

Ware, J. *et al.* (1988), Methods of measuring patient satisfaction with specific medical encounters, *Med Core*, (4): 393 - 402.

Zeithaml, V. A., Bitner, M. (2003), *Services Marketing: Integrating Customer Across the Firm*, McGraw-Hill, New York.

7 – Anexos

Anexo I – Guia de entrevista – Mães

EXPERIÊNCIA DO PARTO EM ENTIDADES PÚBLICAS E PRIVADAS
ENTREVISTA ÀS MÃES

A) Características sócio-demográficas:

Idade: _____

Estado civil: _____

Escolaridade: _____

Ocupação: _____

B) Características obstétricas:

Tipo de parto: _____

C) Questões

- Quais as suas expectativas relativamente ao parto?
- Porque motivo escolheu esta maternidade?
- As suas expectativas foram correspondidas?
- Qual a sua percepção do atendimento que recebeu?
- Voltaria a esta maternidade ou recomendaria a um amigo ou familiar?

Anexo I – Guia de entrevista – Enfermeiras

EXPERIÊNCIA DO PARTO EM ENTIDADES PÚBLICAS E PRIVADAS
ENTREVISTA ÀS ENFERMEIRAS

A) Dados Pessoais:

Idade: _____

Tempo de Função no serviço de Obstetrícia: _____

Formação acadêmica: _____

B) Questões

- Qual a sua percepção acerca das expectativas das mães relativamente ao parto?
- Como profissional o que valoriza mais na experiência do parto?
- O que pensa acerca dos seguintes aspectos relacionados com a experiência do parto:
escolha do tipo de parto; presença do pai; confiança nos profissionais; relacionamento com os profissionais; infra-estrutura; informação?
- Qual a sua percepção do atendimento que oferece à mãe?
- É habitual, as mães expressarem-se acerca do serviço que receberam?