

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
Área de Concentração: Organizações, Empreendedorismo e Mercado

LAIR BARROSO ARRAES ROCHA SILVA

**APLICAÇÃO DA TEORIA DAS CADEIAS MEIOS-FINS (MEC) NO
ESTUDO DO CONSUMO DO PARTO HUMANIZADO**

MARINGÁ

2016

LAIR BARROSO ARRAES ROCHA SILVA

**APLICAÇÃO DA TEORIA DAS CADEIAS MEIOS-FINS (MEC) NO
ESTUDO DO CONSUMO DO PARTO HUMANIZADO**

Dissertação apresentada para banca de defesa
como requisito parcial para obtenção do grau
de mestre em Administração do Programa de
Pós-Graduação em Administração da
Universidade Estadual de Maringá

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Olga Maria Coutinho
Pépece

MARINGÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá, PR, Brasil)

S586a Silva, Lair Barroso Arraes Rocha
Aplicação da teoria das cadeias meios-fins (MEC)
no estudo do consumo do parto humanizado / Lair
Barroso Arraes Rocha Silva -- Maringá, 2016.
130 f. : il., color., figs., tabs.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Olga Maria Coutinho
Pépece.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de
Maringá, Centro de Ciências Sociais Aplicadas,
Programa de Pós-Graduação em Administração, 2016.

1. Consumo. 2. Parto humanizado. 3. Cadeia meios-
fins. 4. Valores humanos e Laddering. I. Pépece,
Olga Maria Coutinho, Orient. II. Universidade
Estadual de Maringá. Centro de Ciências Sociais
Aplicadas. Programa de Pós-Graduação em
Administração. III. Título.

CDD 21.ed. 658.8342

AHS-002882

LAIR BARROSO ARRAES ROCHA SILVA

**APLICAÇÃO DA TEORIA DAS CADEIAS MEIOS-FINS (MEC) NO
ESTUDO DO CONSUMO DO PARTO HUMANIZADO**

Dissertação apresentada para banca de defesa como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Administração do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Estadual de Maringá, sob apreciação da seguinte banca examinadora:

Aprovada em 30 de maio de 2016



Prof.^a. Dr.^a. Olga Maria Coutinho Pépece (PPA-UEM)
(presidente)



Prof. Dr. Sérgio Silva Dantas (PPGA-MACKENZIE)
(membro convidado)



Prof. Dr. Márcio Pascoal Cassandre (PPA-UEM)
(membro)

MARINGÁ

2016

A Luiz Antônio, fonte de toda minha inspiração.

AGRADECIMENTOS

Aos Correios, graças a vocês esta mestranda pôde estudar e ter a certeza de ter suas contas pagas. Obrigada pela bolsa de estudos e pelo investimento em minha vida.

Aos colegas do Centro de Tratamento de Cartas e Encomendas de Londrina (CTCE) desejo manifestar minha gratidão pelo apoio e compreensão para a concretização deste projeto.

A coordenação e aos docentes do PPA, em especial aqueles que foram meus professores – Elisa, Hilka, Valter, Priscilla, Deisy, Giovanni, ao Bruhmer e aos colegas da turma 2014. Cada um deixou uma marca preciosa em mim. Gratidão.

Aos irmãos queridos, de Norte a Sul, amo caminhar ao lado de vocês. Um beijo especial em Laudvan, Angélica, Gildo e Alexandra pelas orações sempre presentes.

Aos meus amigos. Sim, vocês mesmos, que mal troco uma palavra faz dois anos e meio, que não telefono para saber como estão, que não parablenizo em seus aniversários, mas, que ainda assim, seguem me amando. Obrigada pela paciência. Fico grata em saber que relacionamentos sólidos nunca estão em jogo. Hoje eu vou chegar em casa e telefonar para vocês. Prometo!

A Sanderson, ainda me sinto grata pelo seu sorriso. Você torcia para que eu chegasse aqui. Cheguei.

Juliana, Jéssica, Jamille, Robert e Fabíola. A amizade de vocês faz o dia mais cinzento explodir em cor. Amo vocês!

A Giovanna, pelas vezes que você acreditou mais em mim do eu mesma.

A Mayara, que dádiva é você! Sabe do que preciso antes mesmo que eu peça!

A Letícia, uma amiga e uma irmã cujo entusiasmo é contagiante. Quando fazer um mestrado ainda era só uma ideia, você ajudou a regar a semente. Isso é o que amigos fazem.

A Roberta, pela criatividade ilimitada e pela amizade em forma de *illustrator* estampada ao longo desse trabalho.

Davi, thank you for your support. I still loving you.

A Fernanda, aprendi muito com você. Obrigada por todo apoio e incentivo.

A Suzie, que você encontre na sua vida pessoas tão generosas quanto você.

A Anna, você me abençoou de maneira grandiosa. Meu profundo agradecimento. Quero você sempre por perto.

A Fafita. Sua amizade me foi inestimável em cada quilômetro dessa jornada. Ainda estou pensando como agradecer por tudo. Duvido que um dia eu consiga.

A Thaís e Leandro, vocês são o que todo amigo deveria ser. Obrigada por confiar a mim a chave da casa (e do coração) de vocês.

A Escola Meu Chocolate e as professoras que cuidaram e cuidam do Luiz Antônio enquanto estudo: Tia Helen, Tia Camila, Tia Sandra, Tia Ingrid, Tia Regi, Tia Mari. Obrigada pelo carinho com o meu pequeno. Deixo ele todos os dias aí com o coração em paz.

Ao grupo Doulas em Londrina e ao Gesta Londrina, obrigada, parabéns e continuem!

A minha orientadora, professora Olga. Obrigada por me acolher, por me orientar, pelos seus insights e por deixar que sua caneta vermelha fluísse. Você me ensinou muito mais do que pode imaginar.

A todas as mulheres, “curumães” e “curuamigas” que gentilmente concederam as entrevistas, foi uma HONRA poder ouvi-las. Nos trechos que minhas palavras soarem muito como as suas, me perdoem. O mérito é todo de vocês. Vocês são demais!

A minha família, meus sogros e cunhada, se existe uma família melhor, eu nunca vi.

A minha irmã Liana, meu cunhado Diego e meu sobrinho amado, obrigada por acreditarem nos meus sonhos.

Estou batendo palmas. Vocês não estão ouvindo porque papéis não têm alto falantes, mas estou aplaudindo meus pais, Luiz e Nair Rocha. Eu jamais poderia ter feito isto sem a fé, o suporte e o encorajamento de vocês.

A meu esposo Halécyo. Quando eu estudava de madrugada, você não reclamava. Quando eu trocava o cinema por uma pilha de artigos, você não resmungava. Quando eu achava que não conseguiria, você sorria, e me fazia sorrir. Se no céu estiver faltando um anjo, sei onde encontrá-lo.

Ao Luiz Antônio, sinto muito pelas mães que não podem ter você como filho.

A ti Jesus, me coloco de pé para agradecer. Porque tu me guiaste, nada me faltou. Porque ungieste minha cabeça com óleo, meu cálice transbordou. Meu coração descansa em ti.

“Melhor é o fim das coisas do que o princípio delas” (Ec 7:8)

RESUMO

Paralelamente ao crescimento da procura de produtos e serviços que possuem o apelo do mais saudável cresce também a percepção de que o consumo destes não se dá apenas por suas funções utilitárias, mas também por suas funções simbólicas, sendo esse conhecimento uma importante ferramenta dos empreendedores e dos profissionais de marketing na elaboração de suas estratégias. Esta dissertação teve como objetivo investigar, sob a ótica da Teoria das Cadeias Meios-Fins, a motivação para o consumo do parto humanizado, tomando como referência a identificação dos atributos e benefícios esperados do consumo do parto humanizado relacionando-os com os valores das consumidoras. A sustentação teórica baseou-se na pesquisa de marketing que trata do comportamento do consumidor, da motivação para o consumo, das metas do consumidor e na Teoria das Cadeias Meios-Fins e buscou o campo da psicologia para entender valores humanos. A pesquisa qualitativa utilizou-se da técnica *laddering* para entrevistar 32 mulheres. O grande número de atributos, consequências e valores identificados, revelou como complexa a estrutura que caracteriza a perspectiva cognitiva destas consumidoras. Tomando como base os resultados das entrevistas realizadas, conclui-se que os principais valores que norteiam a decisão de compra das consumidoras são “a segurança”, “a auto direção” e “a realização”, isto implica que estas mulheres são guiadas por valores de natureza individual visando, primeiramente, a satisfação da própria mulher. Além disso, foi possível identificar que o parto humanizado hospitalar é a opção mais cara de parto, seguindo-se da cesariana eletiva e, por fim, do parto humanizado domiciliar. Assim, o status também aparece como um dos motivos para a intenção de se realizar um parto humanizado, uma vez que sem recursos financeiros, dentro do sistema complementar e privado de saúde, delimitação desta pesquisa, não se obtém um parto humanizado hoje. Desse modo, valores como “a segurança” e “a realização” aparecem associados à questão do status que o preço do parto traz. Também foi observado que o grupo exerce grande influência sobre o comportamento das consumidoras e questões de gênero permeando o consumo. Em relação a estratégias de publicidade, sugere-se sejam direcionadas para os benefícios esperados pelas consumidoras. No que diz respeito a técnica, a *laddering* mostrou-se uma ferramenta bastante eficiente para avaliação da motivação em consumos de alto envolvimento.

Palavras chaves: consumo, parto humanizado, cadeia meios-fins, valores humanos e *laddering*.

ABSTRACT

In parallel to the growth of products and services that appeal to a healthier lifestyle search, also grows the consciousness that the consumption of those is not only for the utility functions, but also because of the symbolic functions, being that knowledge a very important tool for entrepreneurs and marketing professionals in the strategy creation process. This thesis had as goal the search of the humanized birth consumption motivation, under the Means-End Chain Theory, having as reference the predicate and benefits identification awaited with the humanized birth consumption, regarding to the consumer's values. The theoretical support is based on a marketing research regarded to the consumers behave, consumption motivation, consumer's goals and the Mean-End Chain Theory, and sought the psychology field to perceive human values. The quantity research used the laddering to interview 32 women. the high number of attributes, consequences and identified numbers, revealed the complex structure that characterize the cognitive perspective of this consumer group. Based on the results of interviews conducted, it is concluded that the main values that guide the consumers buying decision are "the security", "the self-direction" and "the achievement", implying that these women are guided by individual nature values aiming, firstly, the satisfaction of the woman herself. Moreover, it was possible to identify the hospital humanized birth is the expensive child-bearing option, followed by elective caesarean section and, finally, the humanized home delivery. Thus, the status also appears as one of the reasons for the intention to hold a humanized birth, since without financial resources, within the supplementary and private health system, delimitation of this research, it is not possible to get a humanized birth these days. Thereby, values like "security" and "achievement" appear associated with the issue of the status that the price of labor brings. It was also noted that the group has great influence on the consumers' behavior and gender issues permeating consumption. Regarded to advertising strategies, it is suggested to be leaded to the expected benefits from costumers. As regards the technique, the laddering was shown to be a very efficient tool for evaluation of motivation in the high involvement consumption.

Key words: consumption, humanized birth, means-ends chain theory, human values and laddering.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Mapa dos índices de cesariana no mundo	16
Figura 2 Roda de gestantes em Londrina	17
Figura 3 Taxas de parto no Brasil.....	20
Figura 4 Foto de parto humanizado domiciliar em Londrina assistido por enfermeiras obstétricas e da atuação de uma doula em parto humanizado hospitalar	22
Figura 5 A modelo Giselle Bündchen com os filhos, a foto de capa do documentário “O renascimento do parto”, Adelir Lemos e foto de manifestação a favor do parto humanizado.....	24
Figura 6 Comportamento de compra do consumidor baseado em Assael (1992).....	33
Figura 7 Representação das metas do consumidor.....	40
Figura 8 Conexão entre conhecimento do produto e autoconhecimento	42
Figura 9 Representação do MEC neste trabalho	54
Figura 10 Matriz de implicação.....	95
Figura 11 Mapa Hierárquico de Valor (HVM) do comportamento de consumo do parto humanizado.....	97
Figura 12 Cadeias mais representativas estabelecidas a partir do atributo 01 Natural.....	101
Figura 13 Cadeias mais representativas estabelecidas a partir do atributo 02 Preço Alto	101
Figura 14 Cadeias mais representativas estabelecidas a partir do atributo 03 Personalizado	101
Figura 15 Cadeias mais representativas estabelecidas a partir do atributo 04 Autonomia.....	102
Figura 16 Cadeias mais representativas estabelecidas a partir do atributo 05 Belo	102
Figura 17 Cadeias mais representativas estabelecidas a partir do atributo 06 Companhia Escolhida	102
Figura 18 Cadeias mais representativas estabelecidas a partir do atributo 07 Seguro	103
Figura 19 Cadeias mais representativas estabelecidas a partir do atributo 08 Respeitoso	103
Figura 20 Cadeias mais representativas estabelecidas a partir do atributo 09 Sagrado	103

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Lista de Valores Terminais e Valores Instrumentais Segundo Rokeach.....	35
Quadro 2 Domínios motivacionais (valores pessoais) segundo Schwartz	35
Quadro 3 Marcos históricos da humanização do parto no Brasil	48
Quadro 4 Livros lidos sobre parto humanizado.....	57
Quadro 5 Documentários assistidos sobre parto humanizado	58
Quadro 6 Quadro explicativo do procedimento e identificação dos códigos resumo referentes a atributos identificados pelas consumidoras de assistência humanizada no parto.....	62
Quadro 7 Códigos resumos dos atributos, benefícios e dos valores.....	63
Quadro 8 Quadro-resumo das etapas de coleta e análise de dados	67
Quadro 9 Atributos do parto humanizado	84
Quadro 10 Benefícios do parto humanizado	87
Quadro 11 Valores (domínios motivacionais) das consumidoras de parto humanizado.....	91
Quadro 12 Somatório das relações diretas e indiretas evidenciadas entre os elementos da matriz	98

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Quantidade de sujeitos entrevistados em estudos que utilizaram a técnica laddering....	56
Tabela 2 Perfil socioeconômico das consumidoras de parto humanizado da cidade de Londrina-PR	70
Tabela 3 Hábitos de consumo das consumidoras de parto humanizado da cidade de Londrina-PR	72
Tabela 4 Informações sobre os partos	74
Tabela 5 Informações sobre assistência no pré-natal e no parto	75
Tabela 6 Formas de pagamento dos serviços no pré-natal e no parto	76
Tabela 7 Fontes de financiamento do parto humanizado	77
Tabela 8 Valores médios desembolsados pelas entrevistadas com partos na cidade de Londrina-PR*	77
Tabela 9 Principais fontes para busca de profissionais humanizados	80
Tabela 10 Atributos escolhidos x atributos não escolhidos pelas entrevistadas para realização da escalada.....	86

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CI	Cesariana após Indução
CE	Cesariana Eletiva
CIT	Cesariana Intraparto
CREMERJ	Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (),
HVM	Mapa Hierárquico de Valor (<i>Hierarchical Value Map</i>)
MEC	Teoria das Cadeias Meios-Fins (Means-End Chain)
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PD	Partos Domiciliares
PDD	Parto Domiciliar Desassistido
PH	Parto Humanizado
PHD	Parto Humanizado Domiciliar
PHH	Parto Humanizado Hospitalar
PNI	Parto Normal com Intervenções de Rotina
PIB	Produto Interno Bruto
PNH	Política Nacional de Humanização
VBAC	Vaginal Birth after Cesarean

SUMÁRIO

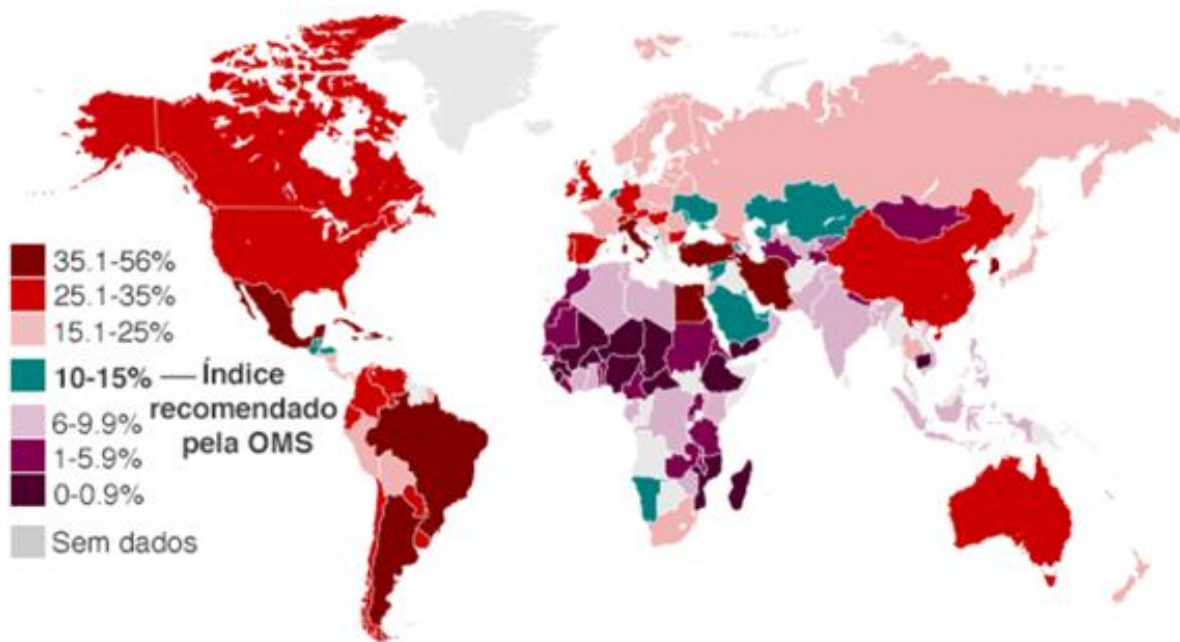
1	INTRODUÇÃO	16
2	FORMULAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA	27
2.1	OBJETIVO GERAL	27
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
3	JUSTIFICATIVA	27
4	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	30
4.1.	COMPORTAMENTO DO CONSUMIDOR E MOTIVAÇÃO PARA O CONSUMO....	31
4.2	VALORES HUMANOS E O CONSUMO	34
4.3	METAS DO CONSUMIDOR	38
4.4	MODELO DE CADEIAS MEIOS-FINS (MEC).....	40
5	O PARTO HUMANIZADO	43
5.1	CONCEITOS E CARACTERÍSTICAS DO PARTO HUMANIZADO.....	43
5.2	HISTÓRICO E SITUAÇÃO ATUAL DO PARTO HUMANIZADO	46
6	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	50
6.1	NATUREZA E TIPO DE PESQUISA	50
6.2	A TÉCNICA <i>LADDERING</i>	51
6.3	SUJEITOS DA PESQUISA.....	54
6.4	PROCESSO DE COLETA DE DADOS	56
6.4.1.	Primeira etapa de entrevistas.....	59
6.4.2.	Segunda etapa de entrevistas.....	59
6.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	61
6.5.1	Análise de conteúdo e codificação dos elementos.....	61
6.5.2	Elaboração da matriz de implicação.....	64
6.5.3	Elaboração do Mapa Hierárquico de Valor (HVM).....	65
6.6	VALIDADE E CONFIABILIDADE DOS DADOS	68
7	ANÁLISE DE DADOS	69
7.1	CARACTERIZAÇÃO DAS CONSUMIDORAS DE PARTO HUMANIZADO	69
7.1.1	Perfil socioeconômico	69
7.1.2	Hábitos de consumo	71
7.1.3	Informações sobre os partos	73
7.2	ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O PARTO HUMANIZADO	78

7.3	<i>ANÁLISE LADDERING</i>	83
7.3.1	Atributos	83
7.3.2	Benefícios	86
7.3.3	Valores	90
7.3.4	Matriz de implicação hierárquica por meio do LadderUX	94
7.3.5	Construção do Mapa Hierárquico de Valor (HVM)	96
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
8.1	CONTRIBUIÇÕES	106
8.2	LIMITAÇÕES E DIFICULDADES DO ESTUDO	107
8.3	SUGESTÕES PARA FUTURAS PESQUISAS	108
	REFERÊNCIAS	109
	APÊNDICES	116

1 INTRODUÇÃO

De modo não planejado, ainda cursando as disciplinas do mestrado descobri-me grávida, o que fez com que eu procedesse uma busca por profissionais que me atenderiam durante a gestação e o parto. Assim, deparei-me com um universo até então desconhecido, que envolviam mais nuances e personagens do que eu poderia imaginar. Em qualquer leitura que eu fizesse o parto normal apresentava-se como a opção mais saudável e segura, entretanto, as cesarianas eram praticamente a regra entre as pessoas com as quais eu me relacionava. Buscando dados estatísticos, percebi que isso acontecia devido a chamada “epidemia de cesarianas”, um fenômeno percebido no Brasil de modo muito mais pujante que em outros países do mundo. A figura um retrata essa situação:

Figura 1 Mapa dos índices de cesariana no mundo



Fonte: BBC, baseado no relatório da Organização Mundial da Saúde 2015 (2015)

Tendo um histórico médico delicado, não almejava a cirurgia como primeira opção. Foi quando percebi que não haviam muitas escolhas a serem feitas. Ou eu teria uma cesariana

marcada conforme agenda médica. Ou dirigia-me a maternidade municipal para ter um parto normal cujos relatos de quem passara pela experiência eram, no mínimo, desencorajadores. Ou eu buscava um parto humanizado (PH). Este último, por sua vez, aparecia quase sempre acompanhado de expressões como: taxa de disponibilidade, médico humanizado, serviço das doulas, taxa do pediatra, plano de parto. Comecei a buscar mais informações. Li na internet sobre “rodas de gestantes” em Londrina. Imaginei um lugar alternativo, com velas, e uma decoração um pouco *hippie*. Fui preparada para encontrar gestantes mais jovens, saradas, com uma alimentação restrita e praticantes de yoga. Chegando lá vi uma casa comum, com uma sala ampla, um notebook ligado a um aparelho de datashow (uau!) e algumas almofadas para que o público pudesse ficar mais confortavelmente acomodado. As pessoas começaram a chegar. E qual não foi minha surpresa quando as pessoas começaram a se apresentar. As mulheres tinham diferentes idades, formações; eram mães de primeira viagem, mães de dois, mães de três; umas se apresentavam vegetarianas enquanto outras duas combinavam de ir ao *fast food* quando acabasse a reunião. Parecia um público muito heterogêneo, contudo, eram unidas por um objetivo em comum: ter um parto humanizado.

Figura 2 Roda de gestantes em Londrina



Fonte: Arquivo do grupo Doulas em Londrina (2015)

Na época eu cursava uma disciplina do programa de mestrado intitulada “Cultura, consumo e mercado”. As leituras aguçavam a minha curiosidade em compreender o que fazia com que essas mulheres procurassem os serviços de parto humanizado. Seria um modismo? Consumismo? Ou um consumerismo? O que as motivava nessa direção? Os próprios prestadores de serviços não sabiam ao certo. As suposições eram vagas e não sistematizadas. Resolvi ir à procura de respostas. Entendi como relevante a questão tanto do ponto de vista do mercado quanto do ponto de vista da sociedade. Foi assim que esse caminho começou a ser trilhado.

A legislação brasileira define consumidor como sendo “toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produtos ou serviços adquiridos no mercado de consumo” (BRASIL, 1990, p. 1). Assim, o consumidor pode tanto usufruir diretamente destes produtos ou serviços, como presentear outros, desde que estes lhes proporcionem um retorno, seja ele sentimental, emocional ou pela simples satisfação de presentear, independente da retribuição (CHURCHILL; PETER, 2005). É por essa razão que os profissionais de marketing buscam compreender o porquê das escolhas do consumidor.

A partir dessas definições tem-se algumas características do consumidor. Primeiro: é uma pessoa física ou jurídica. Para fins desse trabalho, adotaremos como consumidor, ou melhor, consumidora, uma pessoa física que esteja gestando. Segundo, “que adquire ou utiliza”. Oras, à medida que o consumidor paga por algo, ou aquele algo passa a ser seu (ele passa a ter posse sobre o bem) ou ele se utiliza desse algo para satisfazer uma necessidade. A gestante em questão pagou por um parto humanizado. Produtos ou serviços. Aqui é preciso atenção. Comumente produtos e serviços são diferenciados em função de sua tangibilidade, entretanto, os serviços possuem outras características que os distinguem dos produtos. Segundo Grönroos (1993), os serviços são ações realizadas de modo processual, produzidos e consumidos simultaneamente com participação do cliente, sugerindo uma forte ideia de interação ao invés de troca como fenômeno principal. Por fim, no mercado de consumo. Não se pode negar que parto humanizado vem sendo oferecido no mercado.

Sem dúvida uma mulher pode dar à luz de maneira desassistida, sem aparatos, em qualquer local, sem profissionais preparados para assisti-la, sem ser preciso ir ao mercado consumidor. Mas, como visto, o parto possui as características que o permitem ser comercializado,

possui clientes que a partir de motivações pagam por ele com vista a suprir determinadas necessidades.

As organizações com fins lucrativos, por sua vez, vivem justamente da busca incessante dos consumidores em satisfazer suas necessidades e desejos. Estas necessidades, levam ao desenvolvimento de novos produtos e serviços, e a variação das razões de compra dos consumidores exige que as empresas identifiquem estes motivos, já que:

Uma necessidade básica pode ser satisfeita de vários modos, e o caminho específico que uma pessoa escolhe é influenciado por seu conjunto único de experiências e pelos valores instilados pela cultura em que foi educada (SOLOMON, 2002, p. 95).

Assim, é através do levantamento desses motivos que as necessidades e desejos dos consumidores serão atingidos pelos produtos e serviços disponíveis no mercado.

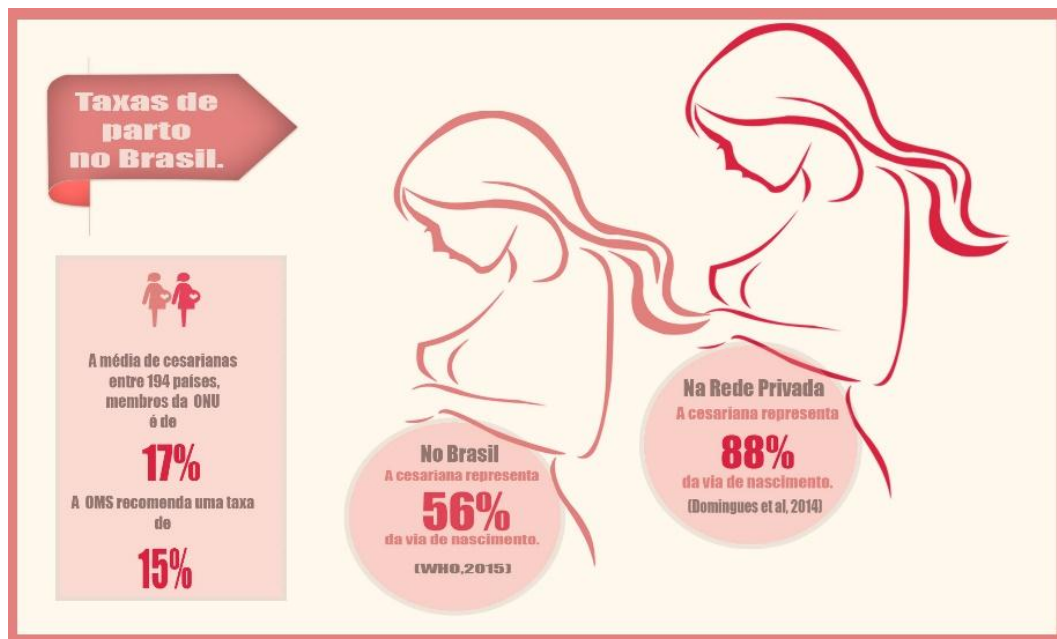
De acordo com Vilas Boas (2005) uma necessidade de consumo precisa ser satisfeita, sendo que necessidades biológicas, fisiológicas e psicológicas se conectam, de forma a definir o comportamento de compra, que é, portanto, cultural e individualmente determinado. Nisto resulta a importância prática da compreensão das necessidades e desejos do consumidor, fazendo com que empresas gastem uma quantidade grande de recursos em pesquisa para entender o modo por meio do qual um indivíduo é motivado a consumir (MOWEN; MINOR, 1998).

Ainda em relação ao consumo, em todo o mundo é crescente a preocupação com a degradação do meio ambiente (natural, social ou cultural) tornando-se este um dos assuntos mais importantes dos últimos anos (VILAS BOAS, 2005). Por isso, observam-se algumas tendências no resgate de itens “politicamente corretos”, mais naturais e menos invasivos, fazendo com que parte da sociedade viva, no momento, em busca de um consumo mais saudável, sustentável e consciente. Um exemplo clássico é o aumento do consumo de produtos orgânicos (ÇABUK; TANRIKULU; GELIBOLU, 2014). O vegetarianismo/veganismo, a troca de meios de transporte poluentes pela bicicleta, o uso da homeopatia ao invés da alopatia para prevenção e tratamento de doenças podem ser enquadrados nesse tipo de consumo. Cobb-Clark, Kassenboehmer e Schurer (2014) falam que esses hábitos saudáveis são praticados por pessoas que acreditam em um controle interno ao invés

de uma manipulação externa e isso os faria sentir satisfação. E é nesta linha de retorno ao saudável e natural que se encontra também o consumo do parto humanizado.

O parto e o nascimento são temas que dizem respeito a todos enquanto sociedade organizada e constituída, sendo um dos eventos mais importantes na vida de uma mulher, podendo afetá-la física e emocionalmente (BEHRUZI et al, 2010). Assim, após a descoberta da gravidez, uma das decisões mais importantes a serem tomadas é a escolha dos profissionais que acompanharão a gestante até o que seria o ápice dessa fase, ou seja, o parto. No Brasil, a cirurgia cesariana representa 56% da via de nascimento (WHO, 2015) – na rede privada esse valor é de 88% (DOMINGUES et al, 2014) – enquanto a média entre os 194 países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) é de 17%. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda uma taxa de 15%.

Figura 3 Taxas de parto no Brasil



Fonte: Elaborado pela autora com base no relatório 2015 da OMS e em Domingues et al. 2014 (2016)

Os partos vaginais, por outro lado, apesar de serem preferência inicial de 70% das consumidoras de serviços obstétricos, comumente estão associados a um quadro de “desumanização” (DOMINGUES et al, 2014), levando com que a mulher desista da escolha por

medos como a dor, o mal atendimento e a violência obstétrica. Deslandes (2005a) diz que essa construção desumanizada é feita por múltiplos agentes, como médicos (em geral mal remunerados e não praticantes de uma medicina baseada em evidências) e hospitais (por falta de estrutura). Desse modo, surge um terceiro caminho para resolver essa equação marcada pelo excesso de cesarianas eletivas¹ e o medo do parto normal intervencionista²: o parto humanizado.

Parto humanizado pode ser definido como sendo:

Aquele centrado na mulher, individualizado, fundamentado na medicina baseada em evidências, no respeito à evolução fisiológica do parto e, portanto, na indicação criteriosa das cirurgias cesarianas, que não devem ultrapassar a taxa de 15% do total de partos, conforme recomenda a Organização Mundial de Saúde (OMS) (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011, p. 416).

No Brasil, dos anos 80 em diante, dizem Santos et al (2015), iniciou-se uma discussão sobre os modelos de assistência ao parto, cujo discurso vem evocando um retorno ao protagonismo feminino, resgatando a naturalização do parto e deixando para trás a medicalização do evento. Os mesmos autores afirmam ainda que esta tendência na prestação dos serviços está em ascensão (SANTOS et al, 2015). A difusão do modelo humanizado de assistência ao parto tem se expandido em todo o mundo (TORNQUIST, 2002), fazendo com que surjam novos atores neste cenário, sendo reconhecido como um comportamento de consumo novo (PASTORE; NOGUEIRA, 2014), podendo: ser realizado no hospital, em casas de parto ou em domicílio; ser assistido por médicos

1 Cesariana eletiva: procedimento agendado em consultório médico, fora do trabalho de parto, sem indicação fisiológica que justifique a escolha, feita, em geral, por conveniência ou comodidade do paciente, do médico ou do hospital onde será realizado o procedimento

2 Por intervencionista entenda-se o parto normal (vaginal) centrado na autoridade médica, cujos procedimentos a serem adotados no trabalho de parto serão feitos conforme rotina pré-estabelecida, sem a participação ou aceitação da mulher em sua adoção.

obstetras ou pelas chamadas parteiras urbanas – enfermeiras obstétricas ou obstetrizes³ – (OSAVA, 1997) e contam, geralmente, com a presença de doulas⁴ (PITALUGA, 2014).

Figura 4 Foto de parto humanizado domiciliar em Londrina assistido por enfermeiras obstétricas e da atuação de uma doula em parto humanizado hospitalar



Fonte: Arquivo do grupo Doulas em Londrina (2016)

Esta modalidade de serviço (ou de assistência) é uma alternativa de consumo ao modelo obstétrico predominante no Brasil. Assim, por meio da comparação entre o que é predominantemente consumido no mercado⁵ (a cirurgia cesariana) e a alternativa que a ela se delineia (o parto humanizado), a identificação dos motivadores para o consumo deste foi tida como propícia para maior compreensão do comportamento dessa consumidora.

Em relação aos aspectos práticos, pode-se dizer que o parto e o nascimento movimentam grandes cifras econômicas, como pode ser visto na reportagem publicada pelo jornal O Globo (06/10/2013) onde o mercado da maternidade no Brasil movimenta anualmente em torno

³ Obstetrizes: No Brasil existe um curso de graduação em Obstetrícia, com duração de 9 (nove) a 14 (quatorze) semestres pela Universidade de São Paulo (USP). O profissional após o recebimento da titulação está apto para realização de partos em pacientes de baixo risco. Em caso de gravidezes de alto risco ou de intercorrências, o profissional habilitado para o atendimento é o médico obstetra, sendo, inclusive, o único apto a realização de uma cirurgia cesariana. (Notas de campo da autora, 2015).

⁴ Doulas: nome dado à profissional não-médica que acompanha as mães durante a gestação e o parto. Durante o trabalho de parto auxiliam com apoio emocional e físico, através de métodos não farmacológicos para alívio da dor, como técnicas de respiração e distração, acupressão, acupuntura, massagem, cromoterapia, aromaterapia, uso da água quente (bolsas térmicas, banheira e chuveiro). (Notas de campo da autora, 2015).

⁵ Mercado refere-se aos serviços de parto oferecidos pela rede suplementar de saúde (planos de saúde) e/ou de modo particular, pelos prestadores de serviços.

de 50 bilhões de reais, cerca de 1% do Produto Interno Bruto (PIB) do país no referido ano (IBGE, 2016). Segundo a revista Exame (25/11/2013) o valor do parto no Brasil, entre honorários do obstetra, do anestesista e da internação hospitalar, pode chegar ao valor de um carro popular. Especificamente em relação ao parto humanizado, há um aumento da procura dos serviços humanizados no parto no Brasil (O GLOBO, 2014), serviços estes que incluem a escolha do profissional obstetra para acompanhamento da gestante durante o pré-natal, parto e pós-parto, a contratação de doulas e, se for o caso, a escolha de parteiras para realização de partos domiciliares (PD) ou hospitalares, caso essa seja a preferência da consumidora. Enquanto os serviços de uma doula custam, em média, entre 500 e 1.500 reais (GAZETA DO POVO, 2015) os serviços de uma equipe de parteiras flutuam entre 2 a 5 mil reais, em média (UOL, 2012). Assim, a busca pelo cuidado humanizado ao parto é um tema de crescente interesse (SANTOS et al, 2015), ainda que os sentidos, conteúdos e finalidades dessa forma de cuidado sejam um grande desafio, uma vez que, quem presta esse tipo de assistência precisa estar preparado para atender à gestante e seus acompanhantes, conforme demanda, respeitando os significados desse momento para essas pessoas (DA SILVA et al, 2013).

No Brasil, o parto humanizado começou a ganhar popularidade por volta do ano 2000 fruto de ações de políticas públicas nesse sentido, possuindo o assunto uma grande importância na sociedade em termos de consumo e dos seus desdobramentos, uma vez que está diretamente relacionado a vida da gestante e do bebê. Pastore e Nogueira (2014) lembram que essa escolha de consumo já atraiu apoiadores como a modelo Gisele Bündchen, que deu à luz seus dois filhos, Benjamin e Vivian, em casa, nos Estados Unidos. O parto humanizado conta ainda com um documentário próprio, “O Renascimento do Parto”, de Erica de Paula e Eduardo Chauvet, lançado em 2013 que busca retratar o cenário obstétrico do Brasil.

O tema também rendeu alguns episódios de repercussão nacional, como a publicação de resoluções, em 2012, pelo Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ), que taxavam de infração ética a participação de médicos nos partos domiciliares, bem como a de parteiras e doulas nos partos em hospitais. A resolução foi suspensa até março de 2016, quando voltou a valer, após o Tribunal Regional Federal do Rio de Janeiro acatar o recurso do CREMERJ. A exemplo de Belo Horizonte e outros municípios brasileiros, tramita na Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro um Projeto de Lei cujo objetivo é autorizar a doula nos hospitais durante o

trabalho de parto. Na Câmara dos Deputados também tramita o Projeto de Lei 7.633/2014 que versa sobre o parto humanizado, cujos efeitos seriam de âmbito nacional.

Outro episódio envolvendo o parto humanizado muito noticiado pela mídia foi, em 2013, o caso envolvendo Adelir Carmen Lemos, 29, moradora de Torres (RS). Grávida de 42 semanas, Adelir procurou um hospital alegando dores lombares e no ventre. Foi examinada por uma médica que recomendou a realização imediata de uma cesárea, sob o argumento de que a posição do feto dentro da barriga implicava em risco de morte e, além disso, a mulher já havia passado por duas cesáreas anteriores, o que implicaria em risco de rompimento do útero. Decidida a ter um parto humanizado, a grávida assinou um termo de responsabilidade e voltou para casa, onde, na companhia do marido e de uma doula, aguardou a evolução do seu quadro. A médica acionou então o Ministério Público, pretextando risco de vida para a mãe e o bebê. Adelir foi retirada de casa pela polícia e obrigada a fazer a cesárea. Ambos os acontecimentos, promoveram manifestações em algumas cidades brasileiras, tendo, inclusive, a Secretaria de Direitos Humanos e o Ministério da Saúde manifestado solidariedade a Adelir (PASTORE; NOGUEIRA, 2014).

Figura 5 A modelo Giselle Bündchen com os filhos, a foto de capa do documentário “O renascimento do parto”, Adelir Lemos e foto de manifestação a favor do parto humanizado.



Fontes: UOL (2013), Sociedade em cena (2014), Extra (2014) e Fotos públicas.com (2014)⁶

Diante dos cenários anteriormente relatados, abre-se a possibilidade de maior entendimento do fenômeno, uma vez que o consumo do parto humanizado é uma realidade, mas não se sabe ao certo as motivações claras que levam ao mesmo. Autores como Veleda e Gerhardt (2014) e Behruzi et al (2010) apresentam uma descrição de assistência humanizada como sendo a maneira pela qual o nascimento se torna uma experiência positiva para a mulher e para sua família, destacam, entretanto, que não existe detalhamento do que as motivam a essa escolha. Este trabalho pretende contribuir para este levantamento.

Assim, para compreensão dos motivadores do consumo do parto humanizado, foi aplicada a Teoria das Cadeias Meios-Fim (Means-End Chain - MEC) (GUTMAN, 1982), procedimento este já validado na academia para estudos com essa finalidade (SATO, 2014; JUNG, 2014; PORTUGAL et al, 2013; NIADA; BAPTISTA, 2013; PÉPECE; PRADO, 2012; JÄGEL et al, 2012; NUNKOO; RAMKISSOON, 2009; ESCUDERO; PRADO, 2008a; ALONSO, 2007; ESCUDERO, 2006; VILAS BOAS et al, 2006; VILAS BOAS; SETTE; BRITO, 2006; VILAS BOAS, 2005; IKEDA; VELUDO-DE-OLIVEIRA, 2005; LEÃO; DE MELLO, 2002). **O modelo MEC busca explicar de que modo a escolha de um determinado produto ou serviço auxilia no alcance de desejos e das necessidades do consumidor.** Isso é feito através de ligações entre atributos de um determinado serviço às suas consequências (ou benefícios), e estas servindo como meios de alcançar estados desejados finais. Para isso, foi feita uma análise das metas do consumidor de Ratneshwar, Huffman e Mick (2000), que hierarquizam as metas de consumo em três grandes níveis: “ter”, “fazer” e “ser”. De acordo com a proposta, determinado objetivo seria alcançado através do alcance de objetivos menores. Assim, o nível “ter”, que se encontra na base da cadeia, é formado pelos atributos de determinado serviço. Um nível acima encontra-se o nível “fazer”, composto pelas intenções de consumo e preocupações momentâneas, traduzidos como sendo as consequências ou benefícios, advindos dos atributos de determinado serviço. E por fim, no topo da hierarquia, encontra-se o nível “ser” que aborda os projetos de vida do consumidor e os seus valores e temas de vida. Entender os motivadores do consumo do parto humanizado por meio dessa hierarquia de metas foi o desafio proposto por esta dissertação.

⁶ Disponível em: <<http://celebridades.uol.com.br/album/2013/05/06/gisele-bundchen-se-diverte-com-os-filhos-em-parque-de-nova-york.htm#fotoNav=3>>; <<http://www.sociedadeencena.com/2014/05/o-renascimento-do-parto.html>>; <<http://extra.globo.com/noticias/brasil/apos-caso-de-cesarea-forcada-ato-reune-mulheres-em-22-cidades-577.html>>; <<http://fotospublicas.com/manifestacao-maternidade-rio-janeiro-defende-parto-humanizado-reducao-cesarianas>>.

2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

Sustentado por esse contexto, o tema de pesquisa pode ser assim enunciado: **MOTIVADORES DO CONSUMO DO PARTO HUMANIZADO**. Dessa forma, o problema a que esta pesquisa se volta é: “Quais são os fatores motivadores do consumo do parto humanizado?”.

2.1 OBJETIVO GERAL

O presente estudo tem como objetivo geral: Identificar os fatores motivadores do consumo do parto humanizado considerando o modelo de cadeias meios-fins.

Para atingir o objetivo geral do trabalho, os objetivos específicos compreendem:

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar as metas “ter”, ou seja, os atributos relevantes para o consumo do parto humanizado;
- b) Levantar as metas “fazer”, ou seja, os benefícios, as intenções de consumo e preocupações momentâneas relevantes para o consumo do parto humanizado;
- c) Descrever as metas “ser”, ou seja, os projetos de vida da consumidora e os seus valores e temas de vida relevantes para o consumo do parto humanizado;
- d) Construir o Mapa Hierárquico de Valor que retrate o comportamento da consumidora de parto humanizado.

3 JUSTIFICATIVA

As pesquisas sobre motivação para o consumo mostram-se de extrema utilidade para os prestadores de serviços, uma vez que são essenciais para uma melhor compreensão do processo de procura, escolha, e consumo desses serviços, dado o seu caráter intangível (JUNG, 2014;

PORTUGAL et al, 2013; NUNKOO; RAMKISSOON, 2009; IKEDA; VELUDO-DE-OLIVEIRA, 2005) desse modo é possível estar alinhado para atender aquilo que é solicitado pelos consumidores.

Por esse motivo, Deslandes (2004) pondera que a fundamentação teórico-prática nesse campo necessita ainda de exploração e investimento, pois embora pareça um comportamento de consumo óbvio (VELEDA; GERHARDT, 2014), já que se fala entre a escolha do que é humanizado *versus* o que é não humanizado, poucos esforços foram dedicados pelos pesquisadores de comportamento do consumidor a respeito do ato de consumir parto humanizado. A maioria dos estudos encontrados sobre o tema pertence às áreas de enfermagem, antropologia e sociologia (SANTOS et al, 2015; DESLANDES, 2005a; CAMACHO E PROGIANTI, 2013) demonstrando uma carência de conhecimento para as teorias de comportamento do consumidor.

Assim, este estudo pretende beneficiar em especial, dentro do setor de serviços, os profissionais liberais, autônomos, empreendedores que prestam serviços de atenção ao parto e que têm como foco aumentar a valorização dos serviços prestados por meio da transformação do seu modo de agir para atendimento do que está sendo demandado pelas consumidoras, ou seja, a prestação de serviços não somente por suas funções utilitárias, mas por suas funções simbólicas. Além disso, identificar como um profissional de assistência ao parto é reconhecido no mercado como sendo “humanizado” é uma contribuição a que este trabalho se propõe. Na prática, surge um novo campo de possibilidades no que concerne ao aumento da qualidade nos serviços prestados e ao desenvolvimento de uma nova ordem relacional entre prestadores de serviços e consumidoras, podendo o movimento culminar em uma nova práxis para a assistência ao parto (DESLANDES, 2004). Além disso, serão investigados os perfis das consumidoras de parto humanizado.

Alguns autores falam sobre as características de uma assistência humanizada no parto (VELEDA; GERHARDT, 2014; CAMACHO; PROGIANTI, 2013; DA SILVA et al, 2013; BEHRUZI et al, 2010; DESLANDES; MITRE, 2009; DESLANDES, 2005a; DESLANDES, 2005b; DESLANDES, 2004; dentre outros) diferenciando-a do modelo tradicional de assistência à parturiente. Porém, os autores não destacam o reflexo desses achados no consumo, pontuando apenas características comuns a um atendimento humanizado e não chegando ao nível do sujeito para compreender as motivações específicas do indivíduo. Basso e Monticelli (2010) relatam, por exemplo, uma pessoa que gostaria de “negociar” com a equipe os cuidados, produtos e serviços

que considera melhor, de acordo com a visão que ela tem de parto. Em função disso também será explorada a identificação das motivações subjetivas para o consumo, visando identificar o que orienta as consumidoras em sua decisão de compra.

Segundo Vilas Boas (2005) o MEC oferece aos gerentes de marketing um caminho para o posicionamento de produtos e serviços mediante a associação de meios (aspectos tangíveis) com propagandas que buscam “amarrar” o consumo destes ao alcance de fins desejados (estados de valor). Logo, um entendimento aprofundado sobre o consumo de parto humanizado, pode ser tanto do interesse dos pesquisadores da área de comportamento do consumidor quanto dos prestadores de serviços de atenção a parturiente. Para Reynolds e Gutman (1988), pesquisadores e gestores terão que adotar a percepção do consumo para além das características dos produtos e serviços – eles precisarão entender os valores pessoais que permeiam esse consumo.

A teoria das cadeias meios-fins, neste sentido, vem demonstrando ser uma estrutura teórica de grande aplicabilidade para que se compreenda a relação estabelecida pelo consumidor entre seus objetivos e o consumo de produtos e serviços (VILAS BOAS, 2005). No mercado do parto humanizado, esta estrutura se evidencia pelo seu potencial em identificar, mediante a determinação da estrutura cognitiva das consumidoras, elementos que possam explicar a ascensão desse tipo de parto, no Brasil e no mundo, em relação a outros tipos de parto da contemporaneidade. Além disso, pode auxiliar na compreensão do porquê um movimento iniciado na década de 70 nos Estados Unidos apenas agora tem ganhado expressividade. Assim, a grande aplicabilidade deste modelo teórico, nos estudos do comportamento do consumidor, aliado à perspectiva teórica de domínios motivacionais relacionados a valores, viabiliza, portanto, a sua utilização, para que se alcancem os objetivos traçados para este estudo.

Embora a literatura sobre parto humanizado mostre cada etapa do evento como sendo carregada de simbolismos e significados (BASSO; MONTICELLI, 2010), não foi possível identificar quais os atributos e benefícios que devem estar presentes neste tipo de assistência, o que será tratado através do modelo MEC. Além do mais, Castro e Clapis (2005) dizem não existir um consenso em relação ao parto humanizado, deste modo é necessário entender porque, mesmo com a ausência desse consenso, algumas mulheres optam por esse tipo de parto.

Outro ponto pouco explorado na citada literatura são as metas de vida, ou os valores das mulheres que praticam o ato de consumir o parto humanizado, informações estas que

igualmente demandarão esforço neste trabalho, uma vez que pouco se sabe sobre o modo como estas metas são representadas na memória da consumidora (ESCUDERO, 2006). Além do mais, diz Escudero (2006), a formação de conceitos de metas e a execução de ações relacionadas a eles aparecem em diversos estágios do processo de decisão do consumidor, sendo de vital importância, para o avanço da teoria e direcionamento de futuras pesquisas, o desenvolvimento de um quadro teórico que se refira à estrutura hierárquica das metas do consumidor. Este trabalho busca contribuir para o preenchimento desta lacuna.

Por fim, o estudo da motivação para o consumo pode ainda ser relevante para identificar consumos com motivações distintas e novas motivações para consumir que o mercado desconheça.

Tendo em vista as justificativas acima apresentadas, a seguir encontra-se a fundamentação teórica que forneceu a base de desenvolvimento deste trabalho.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para que os objetivos propostos neste trabalho fossem alcançados, a fundamentação teórica foi dividida em 4 seções. Na primeira, busca-se entender o comportamento do consumidor e a motivação para o consumo. A segunda seção tem como finalidade entender a relevância dos valores humanos para o estudo do consumo. Em sequência, na terceira seção, serão apresentadas as metas de consumo. Por fim, a quarta e última seção, tratará dos fundamentos do modelo de cadeias meios-fins (MEC).

4.1. COMPORTAMENTO DO CONSUMIDOR E MOTIVAÇÃO PARA O CONSUMO

Sheth, Mittal e Newman (2001) caracterizam comportamento do consumidor como sendo um conjunto de atividades mentais, físicas e sociais empreendidas pelos consumidores, cujo resultado são decisões e ações de pagar, comprar, usar e descartar produtos e serviços, conforme a situação. Na perspectiva de Solomon (2002), diz respeito aos processos envolvidos na seleção, compra, uso e disposição de produtos, serviços, ideias ou experiências a fim de satisfazer necessidades e desejos. Este autor, vai além do binômio produto x serviço. Ele sustenta que ideias e experiências também podem ser consumidas.

Segundo Wells e Prentsky (1996), o estímulo inicial (ou força motora) – que possui uma natureza cognitiva, fisiológica ou emocional – leva o consumidor a buscar (ou evitar) determinado comportamento. Assim, o processo de compra é iniciado com o reconhecimento de uma necessidade e a determinação de satisfazê-la. Ao final, o consumidor experimentará um novo estado que pode ser positivo ou negativo.

Assim, o levantamento da razão do consumo é o grande desafio para a compreensão do comportamento do consumidor (VILAS BOAS, 2005). Aqui, a razão do consumo pode ser entendida também como o motivo do consumo, ou seja, a motivação para consumir. A palavra motivação tem sua origem no latim *movere* (mover) e diz respeito a um impulso interno que leva à ação; logo, o estudo da motivação, tenta compreender porque um indivíduo se comporta de determinada maneira. A motivação se trata de um processo complexo e representa o ponto de partida de todo o comportamento humano (WELLS; PRENSKY, 1996) – inclusive os comportamentos de consumo.

É importante ressaltar que a motivação para o consumo não se restringe à sua função utilitária. A escolha de um produto ou serviço está fortemente atrelada ao que estes significam para os consumidores – função hedonista – (SOLOMON, 2002), pois é a partir disso que ocorre o processo de diferenciação dos outros produtos e serviços, permitindo ao consumidor comunicar uma “imagem” ou “personalidade” coerente com suas necessidades. Estas funções “se inter-relacionam, criando um estado de tensão que precisa ser satisfeito; o “balanço” “entre estas questões e as influências do ambiente externo e valores estabelecidos pela cultura na qual o consumidor foi educado, determina sua ação” (VILAS BOAS, 2005, p. 41). Segundo este autor, a

utilização de ambas perspectivas não só é uma tendência, mas também uma necessidade nos dias de hoje.

As tomadas de decisão do consumidor recebem influência de suas características individuais, ambientais (sociais), culturais e situacionais, que agem diretamente sobre todo o processo de compra (LARENTIS, 2012). Desse modo, o comportamento do consumidor pode ser influenciado por informações episódicas (experiências anteriores), por linguagens não verbais (GRUNERT; BECKMAN; SORESEN, 2001), por emoções e condições situacionais vivenciadas pelo consumidor (RUTH; BRUNEL; OTNES, 2002). Assim, em relação a influência do ambiente na motivação para o consumo, tanto o ambiente externo quanto o mental influenciam no processo de compra, sendo a escolha dirigida em eventos ambientais que acompanham o comportamento em questão (FOXALL, 2003). Para Sassateli (2007, p.53), neste sentido “não há relação simplesmente racional ou irracional que permeia a decisão de compra do consumidor, pois trata-se de um fenômeno social que envolve uma série de variáveis”.

Um importante influenciador do comportamento do consumidor, de acordo com Assael (1992), é o nível de envolvimento com a compra, podendo ser este elevado ou baixo. Por envolvimento entenda-se “a relevância pessoal percebida de um produto por um indivíduo, baseada nas suas necessidades inerentes, nos seus valores e nos seus interesses” (DHOLAKIA, 1997, p. 160). Segundo Kapferer e Laurent (1985) o envolvimento tem cinco antecedentes: i) A importância percebida do produto; ii) O risco associado à compra do produto (que pode ser percebido a partir de consequências negativas no caso de uma má escolha ou pela probabilidade de ter cometido um erro de aquisição); iii) O valor simbólico atribuído pelo consumidor e iv) O valor hedônico e o apelo emocional da compra. Deste modo, entender o grau de envolvimento ajuda na compreensão dos motivos de compra do consumidor.

Baseado no exposto, Assael (1992) apresenta 4 tipos de comportamentos de compra classificados em função do grau de envolvimento do consumidor: comportamento de compra complexo, comportamento de compra que busca variedade, comportamento de compra com dissonância reduzida e comportamento de compra habitual.

A figura seis representa o cruzamento entre o grau de envolvimento e a diferenciação feito por Assael.

Figura 6 Comportamento de compra do consumidor baseado em Assael (1992)

	Alto Envolvimento	Baixo Envolvimento
Diferenças significativas entre as marcas	Comportamento de compra complexa	Comportamento de compra que busca variedade
Poucas diferenças entre as marcas	Comportamento de compra com dissonância reduzida	Comportamento de compra habitual

Fonte: Assael, H. Consumer behavior and marketing action. Boston: Kent Publishing (1992)

Pela figura, pode-se perceber que os consumidores possuem diferentes comportamentos de compra de acordo com o seu grau de envolvimento com o produto/serviço a ser adquirido. Quanto maior o envolvimento com a compra e mais elevada a busca de informações, tendo em conta as alternativas de consumo, mais complexa será a decisão. Geralmente comportamento de compras complexo envolvem produtos que não são comprados com frequência, são caros, possuem algum risco e possuem um apelo de auto expressão (ASSAEL, 1992).

Luppe e Angelo (2010) abordam outra questão que permeia o comportamento do consumidor: a racionalidade do processo de escolha. De acordo com os autores, baseados nos trabalhos seminais de Simon e de Tversky e Kahneman, a mente humana seria limitada na sua capacidade de tomar decisões valendo-se de heurísticas (ou regras práticas) para simplificação desse ambiente complexo. Assim, a racionalidade seria diretamente influenciada pelo “modo como as pessoas combinam desejos (utilidades, valores pessoais, objetivos, entre outros) e crenças (expectativas, conhecimentos) na escolha de um curso de ação” (LUPPE; ANGELO, 2010, p. 86).

Deste modo, tanto aspectos simbólicos, como por exemplo o sagrado e o profano (BELK et al, 1989), quanto aspectos funcionais orientam o processo de avaliação de alternativas e decisão de compra (SOLOMON, 2002).

Por fim, um comportamento em particular adquire um significado porque é visto como um instrumento no atingimento de uma meta ligada a um valor. Então, partindo-se do pressuposto que o comportamento do consumidor, interesse dos estudiosos e dos profissionais de marketing, é dirigido por valores, que por sua vez, relacionam-se a metas, estudar estes construtos é de fundamental importância para o direcionamento teórico desta pesquisa, importância essa reforçada pela utilização do MEC.

4.2 VALORES HUMANOS E O CONSUMO

De acordo com Vriens e Ter Hofstede (2000) os valores pessoais podem ser definidos como crenças e crenças relativamente estáveis que exercem um grande impacto motivacional nos indivíduos. Estão localizados dentro de um sistema de crenças único, são formados por meio da socialização, possuem uma grande influência no comportamento, provendo uma base para a ação, são amplamente usados para se examinar tendências sociais e culturais na sociedade (VILAS BOAS, 2005) e representam três requisitos universais: as necessidades básicas biológicas do organismo, as exigências de interação social para coordenação interpessoal e as demandas sociais para sobrevivência e bem estar do grupo, resultando em uma busca de interesses, tanto individuais quanto coletivos, bem como da associação destes (SCHWARTZ; BILSKY, 1987).

Schwartz e Bilsky (1987) descrevem cinco características dos valores, que são: i) conceitos ou crenças; ii) referem-se a comportamentos ou estados finais desejados; iii) vão além de situações específicas; iv) norteiam a seleção ou avaliação de comportamentos ou eventos e v) possuem uma importância relativa a partir da qual serão ordenados.

Em sua obra *The Nature of Human Values* Rokeach (1973) apresenta uma divisão dos valores baseada em estágios finais e comportamentos, dando origem a uma relação de valores terminais e instrumentais. Os valores terminais – descritos por um substantivo – estão relacionados a estados finais desejados (felicidade, segurança, liberdade) enquanto os instrumentais – descritos por um adjetivo (capaz, independente, corajoso) – estão relacionados ao comportamento e são compostos de ações necessárias para que os valores terminais sejam atingidos (ROKEACH, 1973).

A lista de valores terminais e instrumentais estão apresentados no quadro um.

Quadro 1 Lista de Valores Terminais e Valores Instrumentais Segundo Rokeach

Valores Terminais	Valores Instrumentais
Uma vida confortável (uma vida próspera)	Ambicioso (esforçado, tem aspirações)
Uma vida excitante (estimulante, ativa)	Mente aberta
Um sentimento de realização (contribuição duradoura)	Capaz (competente, efetivo)
Um mundo em paz (livre de guerras e conflitos)	Alegre
Um mundo de beleza (beleza da natureza e artes)	Limpo (puro, arrumado)
Igualdade (fraternidade, oportunidades iguais a todos)	Corajoso (defende suas crenças)
Segurança familiar (cuidar de seus entes queridos)	Piedoso (disposto a perdoar outros)
Liberdade (independência, livre para escolher)	Solícito (trabalha pelo bem-estar de outros)
Felicidade (contentamento)	Honesto (sincero, verdadeiro)
Memória interna (livre de conflito interno)	Imaginativo (ousado, criativo)
Amor maduro (intimidade sexual e espiritual)	Independente (autoconfiante, autossuficiente)
Segurança nacional (proteção contra ataques)	Intelectual (inteligente, reflexivo)
Prazer (uma aproveitável e longa vida)	Lógico (consistente, racional)
Salvação (salvo, vida eterna)	Amoroso (afetuoso, tenro)
Respeito próprio (auto estima)	Obediente (respeitoso)
Reconhecimento social (respeito, admiração)	Educado (cortês)
Amizade verdadeira (companheirismo próximo)	Responsável (confiável)
Sabedoria (conhecimento maduro da vida)	Autocontrolado (contido, autodisciplinado)

Fonte: Rokeach, M., The Nature of Human Values, 1973, p. 28.

Schwartz e Bilsky (1987) ao analisarem a classificação de valores de Rokeach, a partir de um formulário aplicado em duas culturas diferentes, perceberam que durante as entrevistas valores terminais e instrumentais eram frequentemente confundidos pelos entrevistados, e, dependendo da região em que se aplicasse a entrevista, uma tradução destes valores variava significativamente (SCHWARTZ; BILSKY, 1990). Assim, através de uma espécie de mapa, os autores chegaram a sete “posturas universais”. Posteriormente, o estudo foi aprofundado em 20 culturas e a quantidade de posturas aumentou de sete para 11 (SCHWARTZ, 1992).

Essas posturas, foram agrupadas em domínios motivacionais (SCWARTZ, 1992), podendo estes terem características mais individualistas ou coletivas, podendo ou não serem compatíveis entre si. O quadro dois apresenta esses domínios motivacionais.

Quadro 2 Domínios motivacionais (valores pessoais) segundo Schwartz

Domínio Motivacional (Valores)	Descrição
---------------------------------------	------------------

Individualista	A auto direção	Diz respeito a ação e o pensamento independente, da necessidade de domínio, do poder da escolha, da autonomia e independência, não se sujeitando a limites impostos externamente.
	A estimulação	Necessidade de excitação, desafios, emoção e novidade.
	O hedonismo	Valorização do prazer e da gratificação pessoal.
	A realização	Sucesso pessoal medido a partir de parâmetros impostos socialmente.
	O poder	Status, prestígio social e controle de recursos e pessoas.
Coletiva	A conformidade	Abstenção de ações, inclinações e impulsos que possam contrariar ou prejudicar outros, violando expectativas ou normas sociais.
	A tradição	Respeito, compromisso e aceitação dos costumes e ideias impostas pela sociedade, pela cultura ou pela religião.
	A espiritualidade	Trata da significação da vida e da harmonia interior por meio da transcendência da realidade diária.
	A benevolência	Preservação e aumento do bem-estar daquelas pessoas que se relacionam proximamente com o indivíduo.
Mista	O universalismo	Diz respeito a compreensão, apreciação, tolerância e proteção do bem-estar de todas as pessoas e da natureza.
	A segurança	Refere-se a harmonia, estabilidade social e de relacionamentos e de si próprio.

Fonte: Schwartz, S. H. Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries. (1992)

Uma observação pertinente diz respeito ao esclarecimento dos termos “valores”, “posturas universais” e “domínios motivacionais”. Segundo Asendorpfe Neyer (2012) postura diz respeito ao traço de personalidade delineado pela tendência no julgamento de determinada situação como desejável ou não. O valor seria o juízo que se faz sobre determinada coisa. Nos estudos dos valores, o termo “postura” do alemão é frequentemente traduzido para o inglês através do termo “valor” e, dentro deste contexto, seriam expressões que designariam a mesma coisa. Já os domínios motivacionais são o agrupamento desses valores mais amplos (ou posturas) em categorias mais resumidas. Foi deste modo que os 36 valores identificados por Rokeach (1973) foram agrupados em domínios motivacionais por Schwartz (1992).

O agrupamento que conceitua valores em um nível individual ou em um nível de grupo utilizado por Schwartz (1992) é também sustentado por Oyserman (2001). Em uma perspectiva individual, segundo o autor, estão as internalizações de representações sociais ou crenças morais que as pessoas utilizam para justificar suas ações, contendo elementos cognitivos e afetivos manifestados sob forma de preferência, julgamento e ação. Em um nível de grupo, valores seriam ideais culturais valorizados por um grupo que torna possível a manutenção das relações sociais. Seriam o coração da vida em sociedade.

Cabe a observação que dos 11 domínios encontrados, um em específico – a *espiritualidade* – não se demonstrou estável em todas as culturas pesquisadas até o momento (Schwartz, 2011), carecendo de mais pesquisas para a validação. Este valor estaria situado em um lugar entre a benevolência e a tradição (SCHWARTZ, 1992).

Asendorpfe Neyer (2012), entretanto, traça algumas críticas a classificação proposta por Schwartz. Segundo o autor, os objetivos instrumentais nas culturas estudadas não seriam tão homogêneos quanto os valores finais apresentados. Outro problema diz respeito à arbitrariedade dos valores, pois, embora estes sejam compreendidos de maneira similar em diferentes culturas, isso não significa que eles sejam os valores mais importantes dessas culturas. O autor cita, por exemplo, a saúde como sendo o valor mais importante para os alemães, mas que não está especificada no modelo. Para fins desse trabalho optou-se por utilizar os 11 domínios, conforme será justificado no capítulo destinado à metodologia.

Oyserman (2001) acrescenta ainda que se sabe também que os valores existem baseado no testemunho individual (valores que as pessoas dizem carregar), por escolhas de comportamento, por estruturas culturais e sociais e pela observação do comportamento em situações de conflito (recompensa x punição; elogio x difamação). E porque as pessoas se comportam de acordo com seus valores? Bardi e Schwartz (2003) apontam que uma razão é a necessidade de manter a coerência entre a própria crença (valores) e as ações. A outra razão é que a ação baseada em valores consistentes ajudaria as pessoas a conseguirem o que querem ao possibilitarem uma tomada de decisões focada em objetivos.

Dessa maneira, em termos de consumo, os valores dizem respeito a metas ou maneiras de se comportar, sendo os estados finais que os consumidores buscam alcançar para si mesmos (valores terminais) e a representação de modos preferidos de conduta (valores instrumentais) (ROKEACH, 1973), estando posicionados, de acordo com Gutman (1997), no nível superior de uma ordem hierárquica. Assim, os valores pessoais, na perspectiva do marketing do consumidor, podem ser, na visão de Reynolds (1985), classificados em uma perspectiva sociológica (macro) ou psicológica (micro).

Relacionando valores ao consumo, Woodruff (1997) diz que valores têm a ver com a preferência e avaliação relativas a atributos de um produto e das consequências advindas do uso que facilitam (ou dificultam), para esse cliente, a tarefa de atingir seus objetivos e propósitos em

situações de uso. Solomon (2002) acrescenta que cada cultura é caracterizada por um conjunto de valores essenciais aos quais muitos de seus membros aderem e as motivações para consumir, são muitas vezes impulsionadas por estes valores. Daí tem-se que o significado de um produto/serviço pode ser diferente de acordo com os valores dos consumidores (VRIENS; TER HOFSTEDE, 2000). Assim, por exemplo, a prestação de determinado serviço prestada a dois consumidores distintos, embora executada seguindo os mesmos protocolos e usando os mesmos insumos, gerará resultados diferentes, pois a avaliação do resultado final está diretamente relacionada aos valores que cada consumidor carrega consigo. Deste modo, o valor para o cliente, quando analisado de forma individual, possui um sentido particular e significados bastante peculiares e distantes um dos outros (VELUDO-DE-OLIVEIRA; IKEDA, 2006).

Isto posto, tem-se que o marketing se interessa em “valores” para tentar compreender os processos de avaliação de produtos/serviços pelos consumidores, essência da Teoria das cadeias meios-fins (VILAS BOAS, 2005), e que os conceitos anteriormente expostos convergem com a explicação para metas de vida proposta por Ratneshwar, Huffman e Mick (2000), como será visto adiante.

4.3 METAS DO CONSUMIDOR

Por metas pode-se entender um objetivo ou fim de uma ação, ou ainda, uma imagem mental ou outra representação de estado final com relação a que ação pode ser feita para alcançá-la (PIETERS et al, 1995), possuindo ainda funções motivacionais ao passo que influenciam a direção do comportamento – através do entendimento “do quê”, “como” e “por quê” as pessoas estão tentando realizar algo e da intensidade de comportamento (o quanto de energia a pessoa está disposta a gastar para o alcance dessa meta) (VILAS BOAS, 2005).

Bagozzi, Bergami e Leone (2003), apontam Locke em 1668 como um dos primeiros a trabalhar motivação baseada em metas através da seguinte sequência: um estímulo externo gera um desconforto/desejo de um estado de existência, o que por sua vez desencadeia um processo cognitivo de compreensão da situação, a avaliação das possibilidades e determinação de metas para satisfazer as necessidades geradas; o resultado final é diretamente afetado por todo o processo.

Na hierarquia de metas proposta por Gutman (1997) a vinculação entre metas de nível inferior e superior é utilizada pelos consumidores para organizar seus objetivos e o atingimento dos mesmos. Bagozzi e Dholakia (1999) dizem que as metas inferiores são racionalizadas com base nas metas superiores, sendo organizadas em função do seu grau de abstração. Com base nisso, Ratneshwar, Huffman e Mick (2000) hierarquizaram as metas do consumidor em três grandes níveis: “ter”, “fazer” e “ser”.

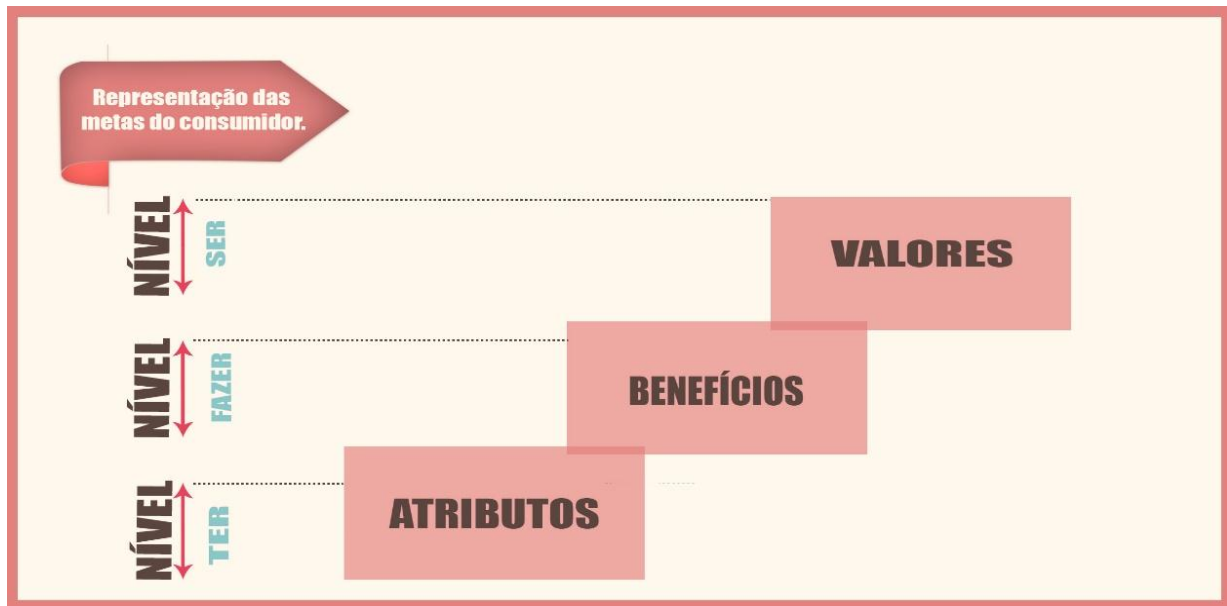
As metas do nível “ter”, como descrito por Ratneshwar, Huffman e Mick (2000), constituem a base da cadeia e abrangem as preferências por atributos (características). Atributos nada mais são que construtos físicos e psicológicos usados na diferenciação de produtos e serviços, podendo ser tanto tangíveis (concretos, físicos e objetivos - como por exemplo, preço, cor, tamanho) como intangíveis (abstratos e subjetivos - observados através da percepção do consumidor, como por exemplo, ser seguro, ser bonito), sendo o principal estímulo que influencia o consumidor em suas escolhas (ALONSO, 2007). Para Ligas (2000) as metas do nível “ter” associam o consumo de determinado produto/serviço aos atributos relacionados a ele, ou seja, refletem o desejo do consumidor com base em determinadas características do produto ou do serviço.

Já as metas do nível “fazer” dizem respeito aos benefícios pretendidos (consequências desejadas), ou seja, à busca de um resultado desejado em uma determinada situação, podendo ser a combinação de diversos atributos (VRIENS; HOFSTEDE, 2000). Benefícios possuem natureza mais objetiva e são resultado do que os consumidores esperam atingir através do consumo, podendo ocorrer imediatamente ou após um certo período de tempo (GUTMAN, 1982), podendo ser classificados como funcionais (quando satisfazem necessidades práticas e imediatas) ou psicossociais (são simbólicos e intangíveis, devendo ser compartilhados por outros para que assumam significado). No nível “fazer” encontram-se as “preocupações” e “intenções de consumo ou comportamento”. As preocupações são atividades, tarefas ou missões que precisam ser feitas pelo consumidor no curto prazo. Já as intenções de consumo são objetivos ou desejos de um indivíduo em se engajar no comportamento de uso ou consumo de um determinado produto ou serviço (RATNESHWAR; HUFFMAN; MICK, 2000).

Por fim as metas do nível “ser” englobam os objetivos mais abstratos e são pertencentes aos valores e temas de vida do indivíduo. O “tema de vida” nada mais é que o conceito pessoal do

que é “ser” e os “projetos de vida” são o que contribuem para a construção e manutenção dos temas de vida. Os valores seriam fatores dominantes no padrão de compra dos consumidores, já que estes realizam escolhas no intuito de produzir consequências desejadas, e estas ocorrem justamente com a função de satisfazer esses valores (GUTMAN, 1982). A figura sete traz essa representação.

Figura 7 Representação das metas do consumidor



Fonte: Elaborado pela autora com base em Ratneswar, Huffman e Mick (2000).

Por fim, é importante fazer duas diferenciações. A primeira diz respeito a atributos e benefícios. Gutman (1982) diz que produtos/serviços têm atributos e pessoas recebem benefícios, estando a motivação do consumidor direcionada para os benefícios que eles podem oferecer. A segunda diferenciação é feita por Oyserman (2001) que diferencia valores de metas. Os valores proveem uma lógica geral para o atingimento destas através de métodos específicos. Já as metas seriam representações internas de estados desejados perseguidos por consumidores com base em padrões de referência (ORSINGHER; MARZOCCHI; VALENTINI, 2011).

4.4 MODELO DE CADEIAS MEIOS-FINS (MEC)

O modelo de Cadeias Meios-Fins, por presumir uma hierarquia de níveis, tem sido utilizado para compreender as metas que orientam o consumidor nas suas escolhas (RATNESHWAR; HUFFMAN; MICK, 2000). As metas, por sua vez, encontram-se distribuídas

ao longo desses níveis da cadeia, apresentando ligações entre si e um aumento do grau de abstração a partir do momento que se sobe essa cadeia.

De acordo com Vilas Boas (2005, p.56) “meios são objetos (produtos) ou atividades nas quais as pessoas se dedicam. Fins são “estados de espírito” valorizados (*valued states of being*) como felicidade, segurança, realização, pertencimento, etc.”. Através do MEC, Gutman (1982) buscou, por meio da categorização feita pelo consumidor, entender como um produto é útil na busca de saciar um desejo por um estado final de existência.

De acordo com Reynolds e Gutman (1988), a teoria de cadeias meios-fins possui um paralelo com a teoria expectativa-valor de Rosenberg, de 1956, que postula que as ações dos consumidores produzem consequências e que os consumidores aprendem a associar consequências a atributos que os fizeram ter determinado comportamento. O MEC veio explicar porque essas consequências são importantes, relacionando-as aos valores pessoais.

A teoria sustenta que a forma como os consumidores se relacionam com os produtos e serviços pode ser representada por um modelo hierárquico de três níveis interconectados: atributos, consequências de consumo e valores pessoais (LEÃO; DE MELLO, 2002) sendo que o foco não reside na quantidade de ligações e sim quais as ligações existentes entre estes níveis (VRIENS; TER HOFSTEDE, 2000; REYNOLDS; GUTMAN, 1988), possuindo, por esse motivo, uma abordagem mais micro (GUTMAN, 1982). Desse modo, a estrutura do MEC, permite a compreensão de como os valores são assumidos por proporcionar a motivação para a escolha de um produto ou serviço com certos atributos (VILAS BOAS, 2005), facilitando o alcance de estados finais desejados.

De acordo com Grunert, Beckmann e Soresen (2001) o MEC está na família dos modelos de rede (nós e ligações), sendo também posicional (pois os nós se referem a conceitos específicos), semântico (requer conhecimento sobre produtos/serviços, seus atributos e consequências), verbal (pois a linguagem é usada na mensuração e na apresentação dos resultados do modelo), hierárquico (categorias listadas de acordo com o seu grau de abstração) e causal (um atributo leva a uma consequência e uma consequência leva a um valor).

De maneira ampla, estabelece-se uma relação entre valores – consequências – atributos cujos links serão interpretados. O link entre consequências e valores é considerado o mais crítico do modelo, uma vez que os valores são ordenados em importância e as consequências que levam a

importantes valores devem ser mais importantes para uma pessoa do que aquelas que levam a valores menos importantes (Vilas Boas, 2005). Os links entre atributos e consequências mostram que um indivíduo é capaz de fazer uma escolha com base em características que causarão uma consequência desejada e essas características podem ser fisiológicas, psicológicas ou sociais (psicossociais) (Gutman, 1982).

Assim, ao longo dos anos, o modelo proposto por Gutman em 1982 vem sofrendo algumas alterações. Olson e Reynolds (1983) ampliaram essa estrutura de modo a permitir uma melhor compreensão dos aspectos que determinam a percepção do consumidor (VILAS BOAS, 2005). Posteriormente Reynolds e Gutman (1988) estabeleceram uma hierarquia simples na aplicação da teoria: atributos concretos, atributos abstratos, consequências percebidas do consumo, consequências psicológicas, valores terminais, percebidos ou imaginados, e estados finais resultantes do consumo. Walker e Olson (1991), por sua vez, continuaram classificando os atributos como concretos ou abstratos, mas as consequências passaram a ser chamadas de funcionais ou psicossociais e os valores foram desmembrados em instrumentais ou terminais, estabelecendo uma conexão entre conhecimento do produto e autoconhecimento por meio da cadeia meios-fins, conforme figura oito.

Figura 8 Conexão entre conhecimento do produto e autoconhecimento



Fonte: adaptado por Vilas Boas (2005) de Walker e Olson (1991).

Numerosos estudos têm demonstrado que as técnicas baseadas na teoria MEC são adequadas para uma ampla gama de aplicações de marketing, como segmentação de mercado baseada em benefícios, promoção e desenvolvimento de estratégias de publicidade, análise de metas de consumo e expectativas dos clientes, conhecimento e compreensão do produto ou serviço,

marketing industrial, engenharia financeira, análise de percepções dos consumidores e assim por diante (KACIAK; CULLEN, 2009).

Entretanto, Grunert, Beckmann e Soresen (2001) ressaltam que o MEC não é um modelo completo da estrutura cognitiva do consumidor e que mais estudos nesse sentido precisam ser realizados, a fim de determinar sob que circunstâncias esses aspectos da estrutura cognitiva podem explicar ou prever um comportamento, uma vez que motivação não é algo estático, podendo os valores e consequências serem mais ou menos motivadores em diferentes situações. No modelo o indivíduo valoriza estados finais e escolhe entre alternativas os meios para atingir essas metas.

5 O PARTO HUMANIZADO

Até então o trabalho versou sobre aspectos teóricos do comportamento do consumidor no que diz respeito às motivações para o consumo e a utilização do MEC. Neste capítulo, busca-se discorrer sobre o parto humanizado, seus conceitos, as características desse tipo de assistência, bem como seu histórico com a sua situação atual.

5.1 CONCEITOS E CARACTERÍSTICAS DO PARTO HUMANIZADO

De acordo com a Política Nacional de Humanização - PNH (Brasil, 2004) entende-se a proposta de humanização como sendo um conjunto de princípios e diretrizes cujo objetivo principal é a valorização dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde - usuários, trabalhadores e gestores – fomentando sua autonomia, protagonismo e corresponsabilidade, bem como o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; a identificação das necessidades sociais de saúde e o compromisso com a ambiência, com a melhoria das condições de trabalho e do atendimento.

Para Deslandes (2004) o conceito de “humanização” ainda carece de uma definição mais clara, uma vez que o vocábulo é extremamente polissêmico – ganhando interpretações de diversos matizes e influências ideológicas (DESLANDES, 2005a, DESLANDES 2005b) – e

carrega em seu bojo um certo estranhamento, pois subtende-se que se a prática em saúde era (des)humanizada (não era feita por e para humanos).

Desse modo, é necessário compreender a humanização em uma perspectiva evolutiva ao longo do tempo. O conceito saiu de uma acusação unilateral e culpabilizante de maus-tratos ao usuário do serviço; ultrapassou a perspectiva caritativa, messiânica de “doar-se ao próximo”; chegando hoje a era ao direito do consumidor em ter serviços de saúde de qualidade (DESLANDES, 2005a), devendo ser evitada a banalização dos desafios que o termo anuncia (DESLANDES; MITRE, 2009).

Assim, Deslandes (2004) entende por assistência humanizada aquela que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais, implicando ainda a valorização do profissional e do diálogo intra e interequipes. Da Silva et al (2013) dizem que humanizar a assistência é reunir competência técnica e científica aos preceitos éticos, respeitando a individualidade do ser humano atendendo às suas especificidades e necessidades.

Nesta perspectiva, humanizar seria antítese da violência física e psicológica (maus-tratos) e simbólica (compreensão de suas demandas e expectativas) e da incomunicabilidade (não compreensão do processo do ser humano como um ser de linguagem e, portanto, capaz de construir redes de significados que, ao serem compartilhadas, conformam uma identidade cultural). “Desumanizantes”, seriam as condições precárias de trabalho, o positivismo da racionalidade biomédica (focado na patologia e não na pessoa que sofre) e o uso da tecnologia como substitutivo da relação profissional-paciente (desvalorização da comunicação e da empatia) (DESLANDES, 2005a).

O termo “humanização” vem sendo utilizado com frequência no âmbito da saúde e nas iniciativas identificadas com a humanização do parto e com o respeito aos direitos reprodutivos das mulheres, participando da pauta dos movimentos feministas em saúde há mais de cinquenta anos (DESLANDES, 2004), de modo que o atendimento através de uma concepção humanizada, diferentemente de uma abordagem tradicional, torne o nascimento uma experiência positiva e satisfatória para a mulher e toda família (BEHRUZI et al, 2010).

Assim, o parto humanizado seria a alternativa entre o binômio cirurgia cesariana eletiva x parto normal intervencionista e pode ser definido como sendo:

Aquele centrado na mulher, individualizado, fundamentado na medicina baseada em evidências, no respeito à evolução fisiológica do parto e, portanto, na indicação criteriosa das cirurgias cesarianas, que não devem ultrapassar a taxa de 15% do total de partos, conforme recomenda a Organização Mundial de Saúde (OMS) (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011, p. 416).

Behruzi et al (2010) compreendem como características de uma assistência humanizada aquela que promove participação ativa da mulher nas decisões, levando em conta os aspectos físicos e emocionais bem como uma medicina baseada em evidências. Veleda e Gerhardt (2014) acrescentam que através do processo de humanização do nascimento, inserem-se novas formas de agir e cuidar das mulheres, seus filhos e suas famílias, articulando mudanças através do empoderamento das mulheres, permitindo-as alcançar os seus desejos em relação à entrega e a assumir o controle de seus corpos e seus direitos. Assim, dizem os autores:

O desejo real expresso pela humanização do movimento nascimento é, mesmo que pareça redundante, garantir que as mulheres possam humanamente dar à luz, além de receber ações de cuidados com base na melhor evidência científica, com respeito aos seus corpos, desejos e conhecimentos, realizando, assim, esse cuidado através do conhecimento de suas culturas e acolhendo-os como sujeitos autônomos que têm plenos direitos (VELEDA; GERHARDT, 2014, p. 48).

Com base em pesquisa realizada no ano de 2004 com gestores de maternidades do Rio de Janeiro, Deslandes (2005a) caracterizou parto humanizado como sendo um serviço (ou um tipo de assistência) com as seguintes características: i) Bom relacionamento entre profissionais e consumidores (acolhimento aberto à escuta e atento às necessidades - psíquicas, culturais e sociais – da gestante e da família, bem como empatia e respeito durante o pré-natal, pré-parto, parto e pós-parto); ii) Reconhecimento dos direitos do paciente (como, por exemplo, ter um acompanhante de sua escolha na sala de parto; receber informações de forma clara e contínua sobre as etapas do processo de parto e sobre o estado de saúde e terapêutica do bebê e ter mais autonomia no processo do trabalho de parto, com a possibilidade de deambular⁷ e de escolher a posição mais confortável para permanecer durante o trabalho de parto e o parto); iii) Democratização das relações de poder

⁷ Deambular: andar à toa, passear, vaguear. Seria o oposto de ficar presa à uma cama ou maca, sem possibilidade de locomoção.

entre profissionais e pacientes (diminuição da assimetria das relações, permitindo que as gestantes, uma vez bem informadas, possam participar com maior protagonismo nas decisões tomadas); iv) Desmedicalização (minimização das intervenções de rotina praticadas por obstetras e pediatras, ficando restritas para serem empreendidas prontamente quando houver necessidade clínica, praticando uma “medicina baseada em evidências”); v) Promoção do vínculo entre familiares, mãe e recém-nascidos (contato físico, ocular e sonoro, amamentando quando possível e participando dos cuidados ao recém-nascido, bem como cuidados ambientais como controle de luminosidade e ruídos) e vi) Valorização dos profissionais de saúde (melhoria nas condições de trabalho dos profissionais).

Assim, diz Santos et al (2015) as práticas de cuidado humanizado envolvem diversos aspectos e trazem inovações nas práticas da assistência ao parto. A mulher é valorizada na sua subjetividade e tem a oportunidade de desfrutar de momentos de prazer e liberdade durante todo o processo de parturição, com o uso de técnicas não farmacológicas de alívio da dor estimuladas pela OMS como: massagens relaxantes, o uso de óleos aromáticos, cromoterapia e musicoterapia.

Desse modo, assistência humanizada no parto e no nascimento diz respeito aos serviços prestados por obstetras, pediatras/neonatólogos, parteiras (enfermeiras obstétricas ou obstetrizes), doulas e outros profissionais da saúde, que tenham atuação direta no parto e no nascimento, reconhecidos pela aplicação das práticas acima destacadas.

5.2 HISTÓRICO E SITUAÇÃO ATUAL DO PARTO HUMANIZADO

As desigualdades na cultura médica profissional entre seus agentes e seus pacientes estão presentes há séculos, dizem Deslandes e Mitre (2009), e foram estabelecidas como o resultado de um processo de medicalização da sociedade como um todo, o que é um fato que se torna evidente quando se analisa a história da maternidade e da institucionalização do nascimento no Brasil.

Segundo Santos et al (2015), o partear fazia parte do universo feminino uma vez que o parto não tinha valor para as atividades médicas e estes só eram chamados em casos de intercorrências. Com novas descobertas nos campos da assepsia, cirurgia e anestesia os riscos hospitalares foram diminuídos e, a partir da década de 40, começou a ocorrer a hospitalização e medicalização do parto. O que antes era vivenciado em um ambiente privado e familiar, perde

espaço e ocupa uma esfera pública e institucionalizada, com vários atores conduzindo o processo parturitivo, tornando a mulher submissa aos procedimentos adotados, em nome do que é científico. Nesse momento, o parto passa a ser um “fenômeno médico” (SANTOS et al, 2015), o parto normal deixa de se configurar como a melhor maneira de parir e a cesariana ascende diante dessa situação, como parto rápido, indolor e seguro.

Em 1970, iniciaram-se os primeiros questionamentos sobre humanização, fruto de uma reflexão crítica à racionalidade, à impessoalidade do modelo médico profissional vigente e à falta de informação e de protagonismo dos pacientes diante de sua terapêutica (DESLANDES, 2005a), levando alguns estudiosos a ver o movimento de humanização, como herança do feminismo das décadas de 1960-1970, em contraposição ao parto medicalizado e impessoal.

Em 1972, ocorreu em São Francisco (EUA) o simpósio “Humanizando o Cuidado em Saúde”. No mesmo período, diz Deslandes (2005a), a base de consulta bibliográfica Medline, a partir da chave de consulta “humanização”, registra 37 textos, sendo 28 textos publicados em periódicos de medicina e enfermagem de várias nacionalidades. Na década de 80, a OMS já realizava conferências e denunciava os excessos da medicalização do parto e preocupava-se em fomentar o consenso sobre as tecnologias mais apropriadas para o pré-natal, parto e nascimento.

No Brasil, a saúde das mulheres foi introduzida na agenda da política de saúde ainda nas primeiras décadas do século XX. Estas reflexões chegam com força no final da década de 1980, a partir de movimentos de redemocratização política, no espírito do movimento sanitário e, especialmente, pelo movimento de mulheres, em torno de pautas de direitos sexuais e reprodutivos, das críticas ao modelo médico hegemônico (CAMACHO E PROGIANTI, 2013; DESLANDES, 2005a) e das diferenças existentes entre os gêneros (VELEDA E GERHARDT, 2014).

A violência institucional contra a mulher praticada na assistência ao parto passa ser percebida através da negligência ao seu direito de opinião, do isolamento da família e da culpabilização por ter vivido sua sexualidade e engravidado. O debate então já demarcava a importância de garantir à mulher o direito a uma assistência “com dignidade”, o que incluía uma intervenção que respeitasse a “fisiologia do parto” (combate aos excessos da medicalização), o direito à escolha de um acompanhante, a privacidade e a opção pelo tipo de parto. O termo humanização já circulava nestes meios, mas ainda não era o lema síntese deste processo, diz Deslandes (2005a).

Dentro desse contexto histórico, tais reflexões, a partir da década de 1990, seriam incorporadas por algumas secretarias municipais e estaduais de Saúde, atingindo uma abrangência nacional apenas na década seguinte. Assim, os marcos históricos da humanização da assistência ao parto e ao nascimento no Brasil estão descritos no quadro três:

Quadro 3 Marcos históricos da humanização do parto no Brasil

Ano	Marco Histórico	Contribuição
1983	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher	Influenciado pelo movimento sanitarista, refletiria reivindicações de uma atenção integral da saúde da mulher em todos os seus ciclos de vida.
1985	Programa de Tecnologia Apropriada para Partos e Nascimentos	Preconizava a informação sobre as várias tecnologias utilizadas no parto. Desse modo, estabeleceu-se uma luta no campo obstétrico, que existe até o momento atual, onde de um lado, estão os defensores da manutenção do modelo biomédico e do outro, os que desejam a transformação do mesmo.
1996	Lançamento do Manual de Assistência ao Parto Normal: um guia prático	Uma iniciativa da OMS, cujo objetivo era minimizar as práticas inapropriadas e desnecessárias ao parto, indicando as práticas obstétricas baseadas em evidências científicas, classificando-as em quatro categorias: práticas claramente úteis e que carecem ser incentivadas; práticas prejudiciais ou ineficazes e que precisam ser eliminadas; práticas com evidência insuficiente para apoiar uma recomendação e que necessitam ser usadas com precaução; e práticas frequentemente utilizadas de forma inapropriada, provocando mais danos que benefício.
1998	Portaria 2815/98 e a Portaria 163/98 do MS	Regulamentação da assistência obstétrica prestada por enfermeiras.
2000	Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso	Método Mãe Canguru enfocando os aspectos psicológicos, biológicos, os cuidados com o prematuro/recém-nascido de muito baixo peso e o acompanhamento ambulatorial.
2001	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar	Seu principal objetivo era valorizar a dimensão humana e subjetiva presente em todo ato de assistência à saúde.
2002	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento	Estruturado sobre o direito das mulheres ao acesso a uma assistência qualificada e humanizada, com garantia de conhecimento prévio da maternidade em que a futura mãe será tratada durante o tempo de entrega, bem como o cuidado digno durante a gravidez e o período puerperal
2004	Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal	Articulação dos diferentes atores sociais historicamente mobilizados na luta para a melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças e contra os altos índices de mortalidade materna e neonatal no país.
2004	Política Nacional de Humanização-Humaniza SUS	Estabelece a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS (Sistema Único de Saúde).
2005	Lei 11.108/2005	Regulamentou o direito das mães em ter um acompanhante de sua escolha durante o parto e puerpério.
2006	Campanha Nacional de Incentivo ao Parto Normal	Estimulou a redução de cesarianas desnecessárias, combatendo nascimentos por procedimentos cirúrgicos sem indicação científica.
2007	Lei 11.634/2007	Previu a garantia de mulheres grávidas de conhecer e vincular-se à maternidade em que elas vão receber ações de cuidados no momento do nascimento do bebê.
2008	RDC nº 36, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)	Regulou o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, com o objetivo de estabelecer padrões de operação para estes serviços com base na qualificação, na humanização e no controle de riscos.
2009	Cursos de formação de profissionais	Aconteceram em todo o país com a proposta de reduzir a mortalidade materna e infantil e complicações no pós-parto, através do qual mais de mil profissionais foram treinados como multiplicadores. Foram treinados

		ainda mais de 10.000 profissionais de saúde, incluindo parteiras, através do programa "Trabalhando com Parteiras Tradicionais", que recomenda a valorização e o resgate da obra de parteiras tradicionais, articulando o parto domiciliar assistido aos serviços da SUS e garantindo o apoio logístico.
2011	Rede Cegonha	Estratégia para organizar uma rede de cuidados para garantir que as mulheres tenham um atendimento humanizado durante a gravidez, parto e puerpério; e que as crianças têm direito ao nascimento seguro e desenvolvimento saudável. Previu a criação de instalações para a prestação de cuidados de ações, tais como Casa de Gestantes, Casa dos Bebês e Centros de Parto Natural, que devem operar em conjunto com as maternidades.
2013	Lançamento do Documentário O Renascimento do Parto	Documentário que retrata o cenário obstétrico do Brasil
2015	Resolução 368 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Estabelece normas para estímulo do parto normal e a redução de cesarianas desnecessárias na saúde suplementar. Ampliam o acesso à informação pelas consumidoras de planos de saúde, que poderão solicitar às operadoras os percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais por estabelecimento de saúde e por médico. Obrigam ainda as operadoras a fornecerem o cartão da gestante, de acordo com padrão definido pelo Ministério da Saúde, no qual deverá constar o registro de todo o pré-natal.

Fonte: elaborado pela autora com base em SANTOS et al, 2015; DESLANDES, 2005a; BRASIL, 2015.

Atualmente, no Brasil, dizem Da Silva et al (2013), observa-se que as instituições hospitalares ainda estão centradas no atendimento pautado em ações intervencionistas. Na rede privada de saúde o pagamento é calculado por intervenção realizada. Nesta lógica, o que efetivamente interessa é a execução dos procedimentos, e não o modo como o atendimento é feito. Ademais, dizem Santos et al (2015), estudos indicam que a formação dos profissionais é peça chave para a disseminação da humanização nos serviços, no entanto, muitos profissionais ainda estão distantes dos preceitos da humanização.

Tais práticas têm sido combatidas por um intenso movimento de humanização das práticas obstétricas e neonatais (VELEDA; GERHARDT, 2014), cenário este que tem impulsionado muitas consumidoras de serviços obstétricos a buscarem alternativas para satisfação de seus anseios. Para Deslandes (2005a) a trajetória e a identidade deste movimento, sejam no campo obstétrico, sejam na área neonatal, são, como em qualquer processo ou vivência social, continuamente atualizadas. As interpretações ganham matizes e concepções próprias, moldadas no conjunto das interações concretas e cotidianas dos serviços, formando um novo nicho de mercado, com demandas e necessidades específicas.

Em Londrina, iniciativas populares envolvendo a humanização começaram a acontecer em 2009 através dos encontros do Gesta Londrina. Os Grupos Gesta são grupos que reúnem gestantes

de todo o estado do Paraná e Santa Catarina em uma lista de discussão virtual e em encontros presenciais gratuitos em Maringá-PR, Londrina-PR, Curitiba-PR, Cascavel-PR, Foz do Iguaçu-PR, Brusque-SC e Indaial-SC na intenção de informar e apoiar as mulheres sobre os benefícios do parto normal, da importância do protagonismo da mulher no parto e do direito de escolha da via de nascimento. Movimentos como este estão presentes em vários estados brasileiros.

6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Todo pesquisador deve, necessariamente, justificar as escolhas metodológicas que permeiam um trabalho acadêmico. Para isso, deve existir um protocolo de pesquisa onde as escolhas teórico-metodológicas, bem como o processo de coleta e interpretação dos resultados de dados serão esclarecidos. Observar as questões éticas e de privacidade em pesquisas relacionadas à saúde, como é o caso do objeto de estudo desta dissertação, também é imprescindível (LÊ, 2008). Assim, com a finalidade de identificar os procedimentos metodológicos que caracterizaram esta pesquisa, este capítulo foi subdividido em seis seções: natureza e tipo de pesquisa, a técnica *laddering*, sujeitos da pesquisa, processo de coleta de dados, análise dos dados e validade e confiabilidade dos dados.

6.1 NATUREZA E TIPO DE PESQUISA

Para que os objetivos propostos pelo trabalho fossem alcançados, foi realizada uma pesquisa qualitativa exploratória. Qualitativa uma vez que se busca entender, descrever e explicar fenômenos sociais em profundidade (MINAYO, 2008; FLICK, 2004). Segundo Denzin e Lincoln (2005) a pesquisa qualitativa é um campo interdisciplinar, transdisciplinar e, às vezes, contra disciplinar, que atravessa as humanidades, as ciências sociais e as ciências físicas, logo, o uso de uma pesquisa com natureza qualitativa de abordagem direta neste trabalho se faz adequada para atingimento dos objetivos do mesmo uma vez que a principal competência da pesquisa qualitativa é, justamente, o mundo da experiência vivida, pois é nele que a crença individual, a ação e a cultura entrecruzam-se (DENZIN; LINCOLN, 2005). Interdisciplinaridade, diz Vilas Boas (2005), é inclusive uma importante característica do estudo do comportamento do consumidor.

A presente pesquisa pode ser classificada também como exploratória, pois tem o objetivo de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, para que o assunto seja melhor conhecido (MALHOTRA, 2001), proporcionando ao pesquisador uma maior familiaridade com o objeto de estudo (VIEIRA, 2002).

Trata-se ainda, quanto ao escopo, de um estudo em profundidade, pois permitiu às entrevistadas construir suas respostas, trazendo à tona uma grande riqueza de informações e a ampliação do entendimento do objeto investigado (OLIVEIRA, MARTINS e VASCONCELOS, 2012), tendo sido as entrevistas gravadas e transcritas para sua melhor interpretação. Ainda sobre as entrevistas, estas tiveram um corte transversal uma vez que não houve acompanhamento desses sujeitos por um período contínuo de tempo (RICHARDSON et al, 2008) pois o fenômeno específico que se pretende investigar se restringe ao consumo do parto humanizado.

Os estudos qualitativos possuem um amplo leque de ferramentas metodológicas. Nesse trabalho, dado seu objetivo, optou-se pela aplicação da técnica *laddering* (ou escalada) que está diretamente incorporada nos estudos que abordam a teoria meios-fins (MEC) (KACIAK; CULLEN, 2009), uma vez que esta se mostra coerente com o tipo de pesquisa e coleta de dados apresentados.

6.2 A TÉCNICA LADDERING

Laddering ou escalada é uma técnica qualitativa onde os entrevistados descrevem o motivo da importância de algo para eles (VILAS BOAS, 2005). O termo *ladder* vem do inglês e significa escada e traduz o objetivo da técnica que é subir do degrau mais baixo ao mais alto através de uma entrevista individual. Tem origem na psicologia e dentro das pesquisas de marketing, busca conectar o produto ou serviço ao “eu” (*self*), especificando o conteúdo e sequência de resultados originados do comportamento de escolha que se prolongam dos atributos desses produtos ou serviços, por meio de consequências para os valores pessoais. A *laddering* é a principal técnica de entrevista profunda utilizada para desvendar estruturas de meios e fins (KACIAK; CULLEN, 2009; VILAS BOAS, 2005; LEÃO; BENICIO, 2002; GRUNERT, BECKMANN; SORESEN, 2001; GUTMAN, 1991).

Segundo Saaka, Sidon e Blake (2004), a aplicação da técnica, a *laddering* possui algumas etapas:

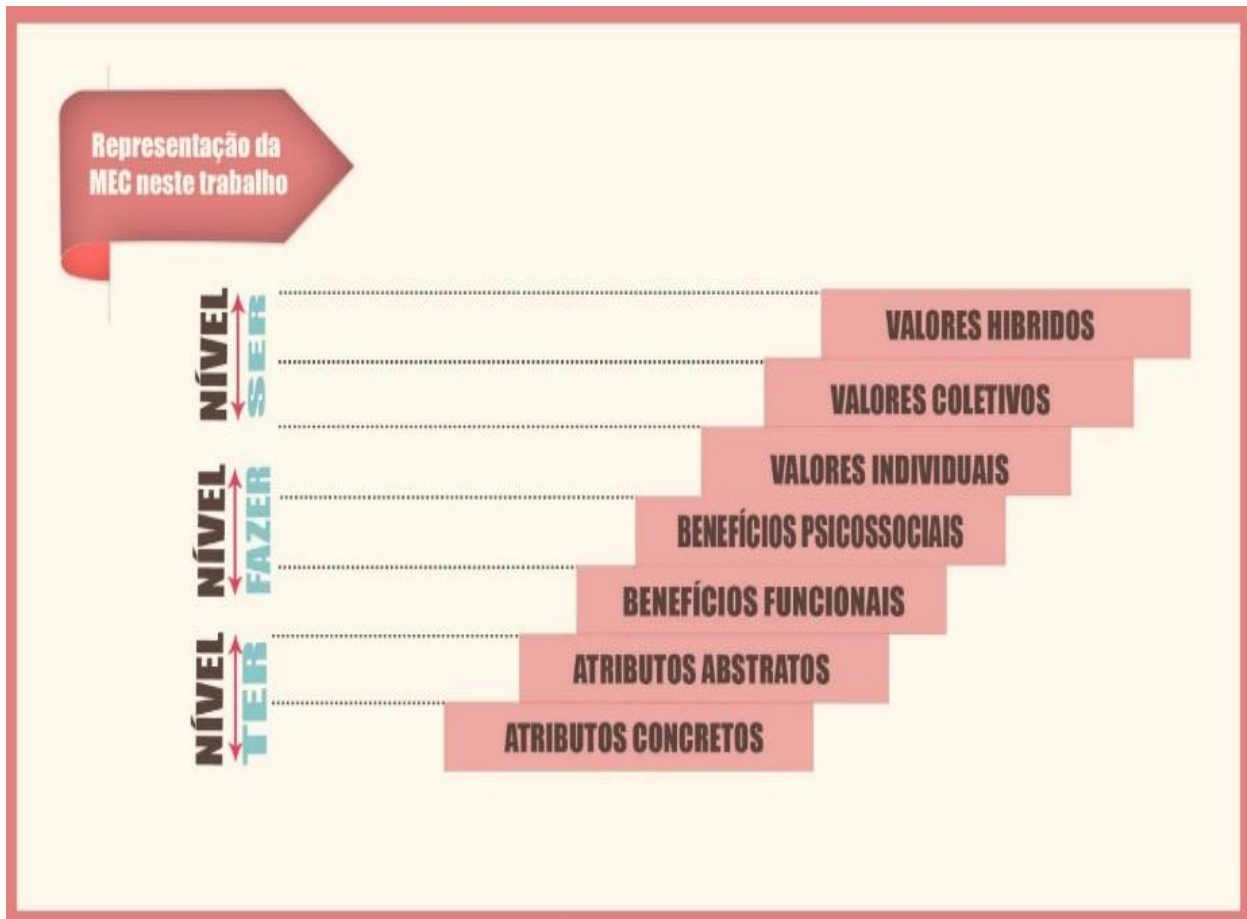
1. Primeiro deve-se fazer a identificação dos atributos tidos como importantes para o consumidor (KACIAK; CULLEN, 2009);
2. Os atributos identificados na primeira etapa são utilizados como ponto de partida para uma escalada. Os entrevistados são perguntados “*por que o atributo... é importante para você?*”. A pergunta é feita de modo repetitivo até que o entrevistado não consiga mais responder. Assim, busca-se desenvolver um entendimento de como o consumidor traduz os atributos identificados em associações significantes com respeito a si mesmo, focando nas conexões existentes entre valores pessoais e a escolha do consumidor (REYNOLDS, GUTMAN, 1988);
3. Na etapa de análise dos dados, é feita uma redução dos dados brutos das entrevistas em critérios de atributos, benefícios e valores (SAAKA, SIDON E BLAKE, 2004), agrupando os conceitos em um pequeno número de categorias;
4. É realizada a contagem dos *ladders* obtidos com cada respondente com a finalidade de representar as ligações entre os atributos, benefícios e valores, e as ligações entre os conceitos são representadas em uma matriz de implicação (SAAKA, SIDON E BLAKE, 2004);
5. Por fim, constrói-se graficamente um Mapa Hierárquico de Valores (*Hierarchical Value Map* - HVM) que apresentará as conexões relativas, indicando as inter-relações entre os atributos, consequências

(benefícios) e os valores pessoais para determinada categoria de produtos ou serviços (GRUNERT; BECKMANN; SORESEN, 2001).

Nesse sentido, pode-se dizer que a *laddering* pode oferecer valiosos esclarecimentos aos pesquisadores e profissionais do marketing ao fazer os consumidores refletirem sobre os motivos do seu comportamento de consumo, possuindo isso um caráter necessariamente qualitativo (GRUNERT; BECKMANN; SORESEN, 2001).

Por fim, uma importante informação para a aplicação da *laddering* é saber a classificação que será utilizada na aplicação do MEC. Para a realização deste trabalho optou-se por utilizar a classificação proposta por Walker e Olson (1991) no nível dos atributos (ou seja, usará a classificação atributos concretos e abstratos) e no nível das consequências (ou seja, classificará as consequências como sendo funcionais ou psicossociais). Entretanto, no nível dos valores, adotar-se-á a classificação proposta por Schwartz (1992) que classifica os valores em domínios motivacionais, podendo estes ter características mais individualistas, coletivas ou um híbrido dos dois. Na sequência a figura nove representa o modelo utilizado neste trabalho.

Figura 9 Representação do MEC neste trabalho



Fonte: elaborado pela autora com base em Walker e Olson (1991), Ratneswar, Huffman e Mick (2000) e Schwartz (1992).

6.3 SUJEITOS DA PESQUISA

O critério para a seleção de consumidores a serem entrevistados normalmente se baseia em aspectos socioeconômicos, demográficos e de estilos de vida (BARROS; SAMARA, 1997). Nesta pesquisa, para a seleção das entrevistadas, foram levados em consideração fatores que viessem a caracterizar cada mulher como sendo consumidora de parto humanizado.

A fim de que as entrevistas pudessem ser analisadas sistematicamente, foi necessária a adoção de alguns critérios (FLICK, 2006), a saber: i) terem buscado serviços de parto humanizado no nascimento, de pelo menos, um filho (serviços médicos, de enfermagem, serviços de doulas); ii) terem tido seus partos através da rede suplementar ou privada de saúde; iii) ter menos de dois

anos da data do parto humanizado; e, iv) terem frequentado, durante a gestação, grupos e rodas de apoio à gestante.

O primeiro critério foi definido devido a necessidade de entrevistar quem de fato já consumiu serviços de assistência humanizada no parto. O segundo critério diz respeito ao investimento de recursos financeiros para concretização do projeto de se ter um parto humanizado. Por esse motivo não foram entrevistadas mulheres que tiveram seus partos realizados pelo SUS. O terceiro critério foi dado como importante, pois permite que as lembranças em relação ao parto ainda estejam mais fáceis de serem acessadas. Gutman (2013) diz que nos dois anos que se seguem a data do parto, a mulher ainda estaria em um estado puerperal que influenciaria diretamente suas percepções, sentimentos e relações sociais. O quarto e último critério diz respeito a fazer parte de uma rede de informações sobre o parto, isso é importante por que ajudará na compreensão da influência do ambiente externo no processo de compra (FOXALL, 2003).

É importante ainda observar que os profissionais contratados para prestação dos serviços devem ser de Londrina e região (um raio máximo de 100km), devendo o parto também ter ocorrido nesse perímetro destacado. Tal critério é importante, pois para agrupar as decisões de consumo das entrevistadas dentro de um mapa em comum, as mesmas devem ter tido acesso às mesmas condições de mercado.

Por ser de natureza qualitativa, de abordagem direta, e entrevista pessoal em profundidade (na primeira etapa, já que na segunda etapa foi utilizado um roteiro estruturado), o número de respondentes se justificou, pelo tempo que foi necessário para a identificação de atributos, benefícios e valores relacionados ao consumo do parto humanizado até que estes começassem a se repetir nos discursos das entrevistadas. Além do mais, por se tratar de um tema desafiador exigiu um esforço adicional da pesquisadora (afinal de contas trata-se de um consumo de alto (altíssimo) envolvimento, pois não se está investigando um consumo qualquer e sim um consumo que envolve o nascimento de um filho).

Assim, tanto a quantidade de 12 sujeitos na primeira etapa quanto 32 sujeitos na segunda etapa foram estabelecidas com base no julgamento (MALHOTRA, 2001), sendo “não probabilística”, ou seja, confiou-se no julgamento pessoal da pesquisadora. Grunert, Beckmann e Soresen (2001) acrescentam que a *soft laddering*, é usualmente utilizada com uma amostra pequena a média, embora seja maior do que geralmente se verifica nas pesquisas qualitativas. Isso acontece

porque às vezes não é possível completar a escalada com um ou mais dos respondentes, invalidando-se essa entrevista. Estudos que além da soft *laddering* fazem também a hard *laddering* usam uma amostragem maior. A tabela um demonstra a quantidade de sujeitos entrevistados em trabalhos, de 2000 a 2014 que se utilizaram da técnica *laddering*.

Tabela 1 Quantidade de sujeitos entrevistados em estudos que utilizaram a técnica *laddering*

Ano	Autor (es)	Título do trabalho	Amostra
2000	Vriens e Hofstede	Linking Attributes, Benefits and Values	30
2004	Saaka, Sidon e Blake	Laddering, A “How to Do it” Manual- With a note of Caution	20
2005	Vilas Boas	Comportamento do consumidor de produtos orgânicos: Uma análise na perspectiva da teoria da cadeia de meios e fins	60
2006	Escudero	Hierarquia de metas do consumidor de automóveis em Curitiba: um estudo na categoria de utilitários esportivos compactos* <i>fase qualitativa</i>	12
2006	Ikeda e Veludo-de-Oliveira	Valor em serviços educacionais	25
2007	Alonso	Valores, benefícios e atributos percebidos pelas consumidoras de perfumes de luxo: uma análise por meio do modelo de Cadeias Meios-Fim* <i>fase qualitativa</i>	9
2012	Pépece e Prado	Plastic Dreams: consumption goals of Melissa collectors* <i>fase qualitativa</i>	12
2013	Portugal et al	Educação a distância – valores que norteiam a escolha	27
2013	Niada e Baptista	Hierarquia de metas do consumidor para diferentes níveis de auto conexão com a marca: um estudo sobre a relação dos corredores de rua com a marca de seu tênis de corrida.	10
2014	Sato	Valores pessoais, benefícios e atributos do ato de presentear com chocolate	29
2014	Jung	What a smartphone is to me: understanding user values in using smartphones	54

Fonte: elaborado pela autora, com base nas referências teóricas (2015/2016)

6.4 PROCESSO DE COLETA DE DADOS

A pesquisa utilizou-se de dados secundários (estudos feitos por terceiros com seus próprios objetivos) e das *surveys* de experiência (busca direta pelas percepções ou ideias das pessoas em relação ao assunto tratado) que, de acordo com Cooper e Schindler (2003), são classificadas como técnicas exploratórias.

Os dados secundários (dados econômicos, matérias de grande repercussão) foram coletados por meio da internet em sites que continham informações sobre o tema com o intuito de trazer informações adicionais e complementares à dissertação.

Para o levantamento dos dados primários uma série de esforços e de preparos foram necessários. Foxall (2003) fala da importância exercida pelo meio no processo de seleção e compra. Por esta razão, a pesquisadora participou de 5 rodas de gestantes presenciais no Gesta Londrina (de junho a novembro de 2015, com duração média de 2h e 30 minutos cada roda, totalizando 12h e 30 minutos de encontros presenciais), cujos temas foram: “Não basta ser pai, tem que participar”, “Parto normal – mitos e fatos”, “Relatos e experiências”, “Perda gestacional: do luto à luta”, “Fases do trabalho de parto”, foram feitas notas de campo como modo de situar a pesquisadora no mundo (DENZIN; LINCOLN, 2005), totalizando 34 páginas.

A pesquisadora participou ainda de grupos e comunidades virtuais no Facebook (Doulas em Londrina, Parto do Princípio) e Whatsapp (Doulindas em Londrina) relacionadas à humanização do parto. A participação ajudou a pesquisadora a compreender a linguagem compartilhada pelas frequentadoras desses ambientes, partindo das expressões e atividades das pessoas em seus contextos locais (FLICK, 2004) auxiliando assim na construção dos instrumentos de pesquisa e posteriormente na condução das próprias entrevistas.

Em sua obra, *Researching intimacy in families*, Gabb (2008) diz que ao estudar relações e a vida privada familiar entra-se na seara dos “temas sensíveis” e que quanto mais o pesquisador entende e se identifica com a situação dos entrevistados, melhor serão os dados obtidos. Tendo em vista essa finalidade a pesquisadora leu alguns livros e assistiu a alguns documentários correlatos ao tema que eram mencionados com frequência nas rodas de gestantes, nos grupos virtuais e nas páginas na internet que versam sobre humanização do parto, demonstrados nos quadros quatro e cinco.

Quadro 4 Livros lidos sobre parto humanizado

Título	Autoria	Nº Págs.	Sinopse
Parto Ativo (2008)	Janet Balaskas	320	A preocupação básica deste livro é com o parto normal e suas variações, que normalmente não necessitam de intervenção obstétrica especializada. Mulheres que se prepararam nesse sentido e depois acabaram enfrentando uma complicação inesperada ou necessitaram da ajuda de medicamentos para aliviar a dor, encontraram um modo de combinar o Parto Ativo com os procedimentos obstétricos.
Parto com amor (2011)	Luciana Benatti e Marcelo Min	228	Livro brasileiro. Revela a trajetória percorrida por nove mães - entre elas a autora - para conquistar o parto desejado. Seus medos, fraquezas e dificuldades estão aqui expostos da mesma forma simples e sincera com que suas alegrias e vitórias são compartilhadas.
Total de páginas		548	

Fonte: elaborado pela autora

Quadro 5 Documentários assistidos sobre parto humanizado

Título	Direção	Duração	Sinopse
Microbirth (2014)	Toni Harman e Alex Wakford	60min	Documentário britânico. Mostra o parto através de uma nova ótica: a lente do microscópio. Com imagens incríveis, ele apresenta um estudo sobre como os tipos de parto influenciam a saúde das crianças durante sua vida e incentiva que o parto seja o mais natural possível.
O Renascimento do Parto (2013)	Eduardo Chauvet	90min	Documentário brasileiro. Trata-se de uma crítica à realidade obstétrica no Brasil, marcada pela prática da cesariana eletiva e das intervenções médicas não consentidas ou desnecessárias. Apresenta depoimentos de pesquisadores do tema, médicos, cientistas, mães e pais, a respeito das questões psicológicas, econômicas, culturais, sociais e antropológicas que giram em torno da questão. Levanta a bandeira do parto humanizado e reconhece a importância da cesariana nos casos de real necessidade.
Parto Humanizado (2013)	Isabela Nicastro	27min	Documentário brasileiro (produzido pela turma de jornalismo do quarto ano da UEL). Mostra as vantagens e a importância do parto humanizado e defende o novo modelo como alternativa para redução da mortalidade neonatal. Também levanta a bandeira do parto em casa para gestantes de baixo risco.
The Business of Being Born (2008)	Abby Epstein	87min	Documentário estado-unidense. Apresenta a realidade contemporânea dos partos nos Estados Unidos e compara, inclusive do ponto de vista econômico, vários métodos diferentes, entre eles o parto normal com doulas e parteiras, as cesarianas e os partos domiciliares na água.
OrgasmicBirth (2007)	DebraPas cali-Bonaro	87min	Documentário estado-unidense. Desafia o mito de que o parto é doloroso e perigoso por natureza e deve ser deixado nas mãos dos médicos. O filme mostra as potencialidades emocionais, espirituais e físicas do parto. Faz uma forte associação de parto a prazer.
Total de horas		3h51min	

Fonte: elaborado pela autora

As respondentes foram convidadas a partir de grupos virtuais de humanização do parto da cidade de Londrina (Doulindas em Londrina) e de listas de clientes dos últimos dois anos fornecidas pelo grupo Doulas em Londrina. As mulheres foram contatadas via e-mail ou pessoalmente nas rodas de gestantes. A partir do aceite para participação na pesquisa, foram agendadas entrevistas em local de preferência da entrevistada, na maioria das vezes em suas próprias residências, uma vez que todas possuem filhos pequenos, dificultando a saída para outros ambientes.

Com base nestas informações, as entrevistas foram realizadas na cidade de Londrina e região metropolitana, entre os meses de julho de 2015 a fevereiro de 2016, sendo dividida em dois momentos. Antes do início da primeira etapa, foram realizadas 3 (três) entrevistas pré-testes cujo objetivo foi ajustar o material de coleta e permitir familiarização da pesquisadora à técnica.

6.4.1. Primeira etapa de entrevistas

Em um primeiro ciclo de entrevistas, a partir de um formulário semiestruturado (apêndice A), foram ouvidas 12 mulheres (as três entrevistadas no pré-teste foram contabilizadas nesse total) com o objetivo de identificar os atributos (características) do parto humanizado.

Para auxiliar essa identificação utilizou-se de um procedimento denominado *Triadic sorting* (comparação em tríades), cujo objetivo é fazer uma comparação entre três tipos de produtos/serviços ou marcas, onde o consumidor apontará características comuns a dois deles e que os diferenciem do terceiro (REYNOLDS; GUTMAN, 1988). Assim, foi solicitado às entrevistadas que identificassem os atributos do parto humanizado que o diferencia das outras vias de nascimento – cesariana eletiva e o parto normal intervencionista – e que considerem como determinantes da sua preferência por este tipo de serviço (ou assistência).

Todas as entrevistas foram feitas de forma individualizada, sendo gravadas e, posteriormente, transcritas. Após a transcrição, foi feita a análise de conteúdo; as respostas foram interpretadas e codificadas de forma que os códigos-resumo representassem um conjunto maior de informações. Por se tratar também de uma técnica de entrevista em profundidade, as entrevistas, conforme previsto por Kaciak e Cullen (2009), consumiram entre 30 a 90 minutos.

6.4.2. Segunda etapa de entrevistas

A segunda etapa de entrevistas foi feita a partir de um roteiro estruturado (FLICK, 2004) que continha os atributos identificados na primeira etapa e campos para serem preenchidos com os benefícios e valores identificados (apêndice B). Os atributos foram usados como ponto de partida para a escalada (GRUNERT; BECKMANN; SORESEN, 2001). Nessa etapa, 32 mulheres foram entrevistadas. O objetivo desta etapa foi proceder à *laddering* propriamente dita a fim de identificar as consequências (benefícios) e os valores a partir dos atributos anteriormente levantados. No início da entrevista foi dito que não existia resposta certa ou errada, buscando deixá-las à vontade. A partir disso, iniciou-se a escalada. A entrevistadora apresentava os atributos identificados e as mulheres escolhiam livremente os tidos como relevantes para elas.

A partir de cada atributo escolhido, por meio de uma série de perguntas do gênero “porque este determinado atributo é importante para você?”, a entrevistada foi levada a subir no nível de abstração até o ponto de não conseguir mais responder a esta pergunta, trazendo os conceitos mais concretos (atributos e consequências) para um nível mais abstrato (valores pessoais). Nessa etapa foi crítica a habilidade da entrevistadora em: se mostrar genuinamente interessada nas respostas, conduzir a entrevista de modo flexível (retomando respostas e continuando a escalada) e identificar os elementos e o seu nível de abstração, sendo para isso necessária uma familiaridade com o MEC (GRUNERT; BECKMANN; SORESEN, 2001). O tempo médio para as entrevistas da segunda etapa também variou entre 30 a 90 minutos.

Conforme advertido por Reynolds e Gutman (1988), observou-se nesta etapa o aparecimento de estruturas estratégicas, que são obstáculos reais que podem acontecer durante as entrevistas. Seriam uma espécie de racionalização das respostas que não representam a realidade visando, por exemplo, justificar seus comportamentos de compra (VILLAS BOAS; SETTE; BRITO, 2006). De modo a contornar essas estruturas e lidar com essa situação, foram feitas algumas ações, como: inserir as perguntas em um contexto situacional; desenvolver escalas negativas – questionar o porquê de “não fazer certas coisas” ou “não querer se sentir de determinada maneira”; usar uma terceira pessoa para andamento da conversa (REYNOLDS; GUTMAN, 1988); compartilhar uma experiência pessoal da entrevistadora (GRUNERT; BECKMANN; SORESEN, 2001). Os dados coletados na segunda etapa foram transcritos, analisados e codificados, como determinado pelo MEC.

Somando-se as duas etapas, foram entrevistadas 34 mulheres (12 na 1ª etapa e 22 na 2ª etapa, sendo que 10 mulheres ouvidas na 1ª etapa foram ouvidas novamente na 2ª etapa), totalizando 34 horas 10 minutos e 26 segundos de áudio, transcritos em 688 páginas. Em ambas as etapas também foram respondidos: um levantamento do perfil sócio econômico das entrevistadas (formulário estruturado, respondido pelas próprias entrevistadas) (apêndice C) e o levantamento de alguns hábitos de consumo das entrevistadas, informações sobre seus partos e algumas informações sobre parto humanizado em geral (formulários estruturados) (apêndice D). Na primeira etapa de entrevistas, estes formulários foram preenchidos antes de proceder-se ao levantamento dos atributos, de modo a proporcionar um quebra-gelo entre a entrevistada e a entrevistadora e de adentrar no assunto de forma mais sutil. Já na segunda etapa essa ordem foi invertida, uma vez que

a realização da *laddering* era o principal objetivo e não se queria correr o risco de a entrevistada ficar muito cansada, ou sem paciência, comprometendo a escalada.

Outro aspecto percebido é que as entrevistadas pareceram abertas e confortáveis para se expressarem, o que pode ser justificado pelo fato delas parecerem gostar de conversar sobre o assunto e pelo fato de haver uma identificação com a entrevistadora, nas palavras de Gabb: “pesquisas mostram que as mulheres mais facilmente conversam com outras mulheres sobre assuntos particulares” (GABB, 2008, p.21).

Entre o início de tomada de notas de campo nas rodas de gestantes e a aplicação da *laddering*, foram necessários nove meses para a coleta de dados da pesquisa. Com a finalização da segunda etapa de entrevistas, foi iniciada a etapa de análise dos dados obtidos na segunda fase e a análise da *laddering* propriamente dita.

6.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi dividida em três etapas. A primeira foi a análise de conteúdo e a codificação dos elementos identificados. Em seguida foram analisadas as ligações entre os elementos identificados em cada entrevista individualmente, com a finalidade de elaborar a matriz de implicação. Por fim, procedeu-se a construção do mapa hierárquico de valor (HVM).

6.5.1 Análise de conteúdo e codificação dos elementos

Depois da primeira etapa de entrevistas, foi realizada a transcrição das mesmas, feita uma leitura exaustiva do conteúdo transcrito e o desmembramento dos dados brutos da entrevista (BAUER; GASKELL, 2010) de modo a identificar os elementos relevantes que pudessem ser caracterizados como atributos do parto humanizado. Segundo Bardin (1979), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, cujo objetivo é obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens, sendo importante, pois é a partir disso que a geração de códigos-resumo se torna possível. Um cuidado importante de ser observado nessa primeira etapa é ter atenção para alocar

frases com o mesmo sentido, sob uma mesma oração, numa maneira de limitar, através de seus significados, a quantidade de elementos provenientes da análise (LEÃO; BENÍCIO, 2002).

Assim, foram levantados um conjunto de palavras para, posteriormente, se fazer a escolha do nome que melhor representasse o conceito. Importante destacar que se percebeu um volume grande de palavras citadas, mas que tinham uma explicação comum quanto ao que representavam para as entrevistadas, sendo avaliadas, portanto, como representativas de uma mesma característica. Por exemplo, o atributo companhia escolhida – “poder escolher quem vai estar com você nesse dia”; “indicar quem não vai estar com você no parto” foram reunidos em um mesmo código resumo por terem o mesmo sentido. Desse modo, foram identificados 9 atributos do parto humanizado: **autonomia, belo, companhia escolhida, personalizado, natural, preço alto, respeitoso, sagrado e seguro.**

O quadro seis exemplifica o procedimento para a identificação de códigos-resumo referente a atributos.

Quadro 6 Quadro explicativo do procedimento e identificação dos códigos resumo referentes a atributos identificados pelas consumidoras de assistência humanizada no parto

Palavras, frases ou expressões nas entrevistas	Conceito resumido
Fisiológico, menos intervencionista, da própria natureza da mulher, não ser artificial, etc.	Natural
Ter dinheiro para pagar, quanto mais você paga melhor será a assistência, é um parto pra rico, é pra quem tem mais acesso, com certeza é mais caro, mais glamoroso, etc.	Preço alto
Menor risco, mais confiável, segurança atesta em várias pesquisas, maior garantia de terminar bem, etc.	Seguro
Não ser convencional, único, especial, personalizado, individualizado, ter um plano de parto, diferenciado, mais apreciado etc.	Personalizado
Ser autônoma, participação ativa da mulher, protagonismo da mulher, você não é paciente, empoderamento da mulher, etc.	Autonomia
Mais bonito, mais romântico, maior plasticidade, etc.	Belo
Ter companhia durante o parto; poder escolher quem vai estar com você nesse dia; ter acompanhamento de diversos profissionais, indicar quem não vai estar com você no parto, nomear uma equipe multidisciplinar do seu agrado, etc.	Companhia escolhida
Respeitoso em relação a mulher, mais discreto, espera o tempo do bebê, etc.	Respeitoso
Místico, é um momento sagrado, aparece o sagrado feminino, é um evento também espiritual, etc.	Sagrado

Fonte: Pesquisa de campo (2015)

Os mesmos procedimentos metodológicos de análise de conteúdo utilizados com relação aos atributos foram também realizados na segunda etapa de modo a determinar os elementos principais das categorias de análise – atributos, consequências (benefícios) e valores.

Importante ressaltar que inicialmente foram encontrados 32 benefícios entre funcionais e psicossociais. Entretanto, após releitura das entrevistas, observou-se que os sentidos expressados pelas falas das entrevistadas ao falarem de alguns destes benefícios podiam ser agrupados em outras categorias. Por exemplo, em um primeiro momento existia o benefício “ter liberdade” e “ter o controle”. Ao ser feita uma reanálise das entrevistas percebeu-se que a liberdade almejada era a de ter o poder da escolha, por exemplo da posição e do local do parto. Assim decidiu-se agrupar os dois conceitos em uma única categoria: ter o controle. Para cada elemento categorizado foram ainda atribuídos valores numéricos (códigos resumo) conforme ressaltado na teoria (SAAKA, SIDON E BLAKE, 2004). O quadro sete apresenta os códigos encontrados.

Quadro 7 Códigos resumos dos atributos, benefícios e dos valores

Atributos	Benefícios	Valores
Atributos concretos	Benefícios funcionais	Valores individuais
(1) Natural	(10) Não expor o corpo para desconhecidos	(38) A auto direção
(2) Preço alto	(11) Ter uma assistência de melhor qualidade	(39) A estimulação
(3) Personalizado	(12) Não sofrer violência	(40) O hedonismo
Atributos abstratos	(13) Mantém a integridade do corpo	(41) A realização
(4) Autonomia	(14) Autonomia restabelecida mais rapidamente	(42) O poder
(5) Belo	(15) Facilitar os cuidados com o bebe	Valores coletivos
(6) Companhia escolhida	(16) Evitar medicalização	(43) A conformidade
(7) Segurança	(17) Evitar complicações	(44) A tradição
(8) Respeitoso	(18) Vínculo imediato com o bebê	(45) A espiritualidade
(9) Sagrado	(19) Bebê com mais saúde	(46) A benevolência
	(20) Melhor estabelecimento da amamentação	Valores híbridos
	(21) Evitar depressão pós-parto	(47) O universalismo
	(22) Não ser pressionada	(48) A segurança
	Benefícios psicossociais	
	(23) Conseguir parir	
	(24) Ter um parto diferente do comum	
	(25) Ser reconhecida como sujeito	
	(26) Ter o controle	
	(27) Ser admirada	
	(28) Ser amparada	
	(29) Recepção mais afetuosa do bebe	
	(30) Dividir o momento com pessoas especiais	
	(31) Romper com paradigmas	
	(32) Evoluir como pessoa	
	(33) Ser recompensada	
	(34) Resgate do feminino	
	(35) Acessar o espiritual	
	(36) Vivenciar a experiência	
	(37) Diminuição do sofrimento	

Fonte: Pesquisa de campo(2015/2016)

Conforme dito no referencial teórico, nesse trabalho optou-se por utilizar os 11 domínios motivacionais de Schwartz (quadro 2) ao invés de 10. Isso se deu por algumas razões principais. Primeiro, o próprio autor ainda está em busca de uma classificação universal para os valores, logo ainda não é algo fechado. Segundo, e mais importante, na primeira etapa de realização das entrevistas um atributo identificado foi “sagrado”. Com o aprofundamento da leitura e análise das falas das entrevistadas foi percebido, ao contrário do que propõe Schwartz (1992), que não seria possível vincular o que algumas entrevistadas estavam expressando nem com benevolência (não existia preocupação com o bem-estar do outro), nem com tradição (até por que se trata de uma nova configuração de parto, e não aquele primitivo praticado em áreas remotas e sem assistência). Um exemplo pode ser evidenciado na fala abaixo:

“Eu quis entregar a situação completamente pra Deus, pra eu não me preocupar. E aí, no parto em si, pra mim, foi um dos momentos da minha vida que eu mais me senti conectada com Deus, fui levada totalmente por esse lado espiritual” (Ana Reis, 28 anos, 1 parto humanizado hospitalar)

Assim, tentar forçar o encaixe de algumas falas nos valores benevolência e tradição comprometeria os achados do trabalho.

Os dados da análise referente ao perfil, hábitos de consumo, partos das entrevistadas e informações gerais sobre parto humanizado serão apresentados por meio de suas frequências e também em percentuais, uma vez que esse modo de apresentação de resultados é, conforme cita Bardin (1979), uma das formas de se fazer análise de conteúdo.

6.5.2 Elaboração da matriz de implicação

Uma vez feita a identificação e codificação de todos os elementos da hierarquia, foi elaborada uma tabela numérica de dados brutos de todos os *ladders* por respondente (apêndice F), de modo que se possa observar as relações diretas (quando nenhum elemento - atributo, consequência ou valor - intermediário ocorreu entre os elementos analisados) e as indiretas (quando ocorreu a existência de elementos intermediários entre os analisados) (LEÃO; BENÍCIO, 2002),

assim, a relação entre os elementos passa a ser relevante e não os elementos em si (SAAKA, SIDON E BLAKE, 2004).

São essas contagens que levarão à matriz de implicação, que nada mais é que o número de vezes que cada elemento leva a outro, ou seja, o número de vezes que determinado atributo levou a uma consequência ou valor e que determinada consequência levou a um determinado valor. Importante observar que, para efeitos desta dissertação, apenas as ligações que chegaram até o nível dos valores foram contabilizadas para elaboração da matriz de implicação e do mapa hierárquico de valor. Assim, as ligações Atributo-Benefício que não fizeram ligação com um valor foram excluídas. Essa opção foi feita por duas razões principais: primeiro porque o nível SER é o nível que orienta as análises que envolvem o MEC (VILAS BOAS, 2005). Se ele não está presente, não há justificativa para análise das outras ligações. Segundo, quando aparece apenas o atributo e o benefício, pode estar acontecendo a replicação de uma fala do grupo, que não expressará necessariamente o que a entrevistada pensa a respeito do atributo/benefício, comprometendo assim os resultados.

A construção da matriz foi realizada com a ajuda de um *software* específico para esse fim, o programa on-line LadderUX. O programa é um *software* livre, entretanto, para fazer a exportação dos dados da matriz e a impressão do mapa hierárquico de valor foi necessário o pagamento de uma taxa de 5 euros.

6.5.3 Elaboração do Mapa Hierárquico de Valor (HVM)

Por fim, o último passo da análise consiste em fazer a construção do mapa hierárquico de valor (HVM) com base nos dados gerados pela matriz de implicação. Para isso, deve-se mapear todas as relações existentes a partir de um ponto de corte, explicam Leão e Benício (2002), podendo este ponto se referir a todas as relações, sejam diretas e indiretas, ou apenas as diretas, entre dois elementos.

O nível de corte fornece o que seria o mínimo necessário de entradas em uma célula da matriz de implicação para ser representado como um link no mapa. As relações abaixo desse ponto de corte seriam relações “fracas” sendo o nível de corte um poderoso dispositivo para reduzir a complexidade do mapa. Como não existem critérios teóricos ou estatísticos para orientar a seleção

do nível de corte, uma das premissas para a construção de um HVM é que o grupo de respondentes é homogêneo, ou, mais precisamente, que a sua estrutura cognitiva possa ser considerada como homogênea no que diz respeito ao que se quer medir.

Leão e Benício (2002) sugerem, a partir de seus experimentos, um nível de corte entre 3 e 5. Baseado na quantidade de respondentes e na quantidade de ligações encontradas, optou-se por usar nesse trabalho um nível de corte igual a 3, feito tanto para relações diretas quanto para relações indiretas. As implicações dessa escolha serão mais bem detalhadas no capítulo que trata da análise dos resultados.

Segundo Grunert, Beckmann e Soresen (2001), seriam possíveis dois pontos de vista sobre o HVM: um modesto e um ambicioso. No primeiro caso, o mapa seria um dispositivo que mostra os principais resultados de um estudo de *laddering* de um grupo de entrevistados sem ter que passar por todas as escadas individuais.

A visão mais ambiciosa é que o HVM é uma estimativa da estrutura cognitiva coletiva, ou seja, representaria as relações agregadas de todas as escalas construídas a partir das perspectivas individuais de cada entrevistado. Desse modo, neste trabalho, o mapa representaria a estrutura cognitiva coletiva das consumidoras de parto humanizado.

Nas palavras de Vilas Boas, Sette e Brito (2006, p. 8-9) este procedimento metodológico permite que o pesquisador “compreenda não só as associações “direcionadas” entre as consequências e os valores, mas também aquelas construídas pelos consumidores entre estes últimos e as escolhas dos consumidores” e tem sido empregado nos processos de segmentação de mercado e de desenvolvimento de estratégias de posicionamento de produtos.

Assim, a estrutura de levantamento de dados e a análise propiciada pela técnica *laddering* e suas técnicas de representação relacionadas, associadas à teoria de meios e fins, demonstram robustez e coerência de forma a alcançar os objetivos traçados na identificação dos processos cognitivos que permeiam o comportamento de consumo (VILAS BOAS, 2005).

O desenho com todas as etapas da pesquisa, conforme anteriormente exposto, está apresentado a seguir através do quadro oito.

Quadro 8 Quadro-resumo das etapas de coleta e análise de dados

ETAPAS DA LADDERING				NOTAS DE CAMPO Gesta Londrina
	ETAPA	OBJETIVO (S)	INFORMAÇÕES RELEVANTES	
jun/15			-	1ª Coleta
jul/15	REALIZAÇÃO PRE TESTE	Avaliar os instrumentos pesquisa	3 ENTREVISTADAS	2ª Coleta
			1h 44min 48s de entrevistas gravadas	
			Identificação dos atributos (apêndice A)	
ago/15		Familiarizar-se à técnica <i>laddering</i>	Perfil sócio econômico (apêndice C)	3ª Coleta
			Informações sobre consumo, seus partos e PH em geral (apêndice D)	
set/15			-	
out/15	REALIZAÇÃO 1ª ETAPA DE ENTREVISTAS	Identificar os atributos do parto humanizado	9 ENTREVISTADAS	4ª Coleta
			7h 08min 49s de entrevistas gravadas	
			Levantamento dos atributos (apêndice A)	
			Perfil sócio econômico (apêndice C)	
			Informações sobre consumo, seus partos e PH em geral (apêndice D)	
nov/15	ANÁLISE DA 1ª ETAPA DE ENTREVISTAS	Identificar os atributos do parto humanizado	Transcrição das entrevistas realizadas no pré-teste e na 1ª etapa de entrevistas - 189 páginas transcritas	5ª Coleta
dez/15			Análise de conteúdo	Transcrição e análise de 34 páginas no total
			Criação de códigos-resumo para os atributos (Quadro 6)	
jan/16			-	
fev/16	REALIZAÇÃO 2ª ETAPA DE ENTREVISTAS	Realização da <i>laddering</i> a partir dos atributos identificados na 1ª etapa - levantamento dos benefícios e valores	32 ENTREVISTADAS	-
			25h 16min 49s de entrevistas gravadas	
			Levantamento dos benefícios e valores pessoais (apêndice B)	
			Perfil sócio econômico (apêndice C)	
			Informações sobre consumo, seus partos e PH em geral (apêndice D)	
mar/16	ANÁLISE DA 2ª ETAPA DE ENTREVISTAS	Realizar o levantamento dos benefícios e dos valores relevantes para o consumo do PH	Transcrição das entrevistas realizadas na 2ª etapa de entrevistas - 499 páginas transcritas	-
			Análise de conteúdo e tabulação dos dados do perfil	
			Criação de códigos-resumo para os benefícios e valores (Quadro 7)	
abr/16	MATRIZ DE IMPLICAÇÃO	Elaborar a matriz de implicação	Contagem dos <i>ladders</i> por respondente (apêndice F)	-
			Lançamento dos dados obtidos na contagem no software LADDERUX - exportação para o Excel	
	MAPA HIERÁRQUICO DE VALOR (HVM)	Elaborar o mapa hierárquico	Contagem das cadeias predominantes	-
			Somatório das relações diretas e indiretas entre os elementos da matriz (Quadro 12)	
mai/16	ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA			

Fonte: Dados da pesquisa (2015/2016)

6.6 VALIDADE E CONFIABILIDADE DOS DADOS

Um ponto que merece destaque em uma pesquisa qualitativa é a validade e confiabilidade dos dados. Buscou-se, durante a etapa da análise de dados, identificar claramente o que é uma declaração do entrevistado e o que é interpretação do pesquisador, sendo, por esse motivo, mantidas cópias (em áudio e escritas) das entrevistas e das notas de campo (BAUER; GASKELL, 2010).

A técnica da triangulação é outra maneira de se aumentar a confiabilidade desses dados, não sendo uma ferramenta ou uma estratégia de validação, mas uma alternativa para a validação (FLICK, 2004). Na etapa de análise de dados foram comparadas as informações provenientes das entrevistas individuais realizadas, das notas de campo obtidas através das reuniões dos grupos de apoio (roda de gestantes) e dos documentários e livros sobre parto humanizado e dos autores referenciados, de modo a permitir uma maior validação dos achados.

Para garantir que as questões éticas fossem atendidas, cada entrevistada foi informada previamente a respeito dos objetivos da pesquisa e sobre os procedimentos adotados, bem como possíveis desconfortos e riscos, e os benefícios esperados. Um termo de consentimento (apêndice E) foi assinado pela participante confirmando o recebimento dessas informações e firmando concordar voluntariamente em participar da pesquisa. As entrevistadas escolheram ainda um nome fictício pelo qual suas falas foram identificadas, tendo algumas solicitado o uso do seu nome real e outras transferindo à pesquisadora a escolha do nome. Todas as entrevistas foram devidamente gravadas com o devido consentimento das entrevistadas (KACIAK; CULLEN, 2009).

Em relação as fotos utilizadas, as mesmas fazem parte do arquivo do grupo Doulas em Londrina e foram fornecidas gratuitamente para ilustração do trabalho. O grupo possui autorização das mulheres fotografadas para divulgação das imagens em redes sociais bem como para fornecimento das mesmas para ilustração de trabalhos com finalidade científica, como é o caso desta dissertação.

7 ANÁLISE DE DADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados desta dissertação. Primeiramente, será feita uma caracterização das entrevistadas, posteriormente algumas considerações sobre parto humanizado obtidas por meio das entrevistas e, na sequência a análise da *laddering*. Os trechos de entrevistas citados serão referenciados por parênteses que conterão as seguintes informações das entrevistadas: nome fictício, idade, profissão/formação e tipos de parto. Os tipos de parto⁸ serão abreviados conforme segue: parto humanizado hospitalar (PHH), parto humanizado domiciliar (PHD), parto domiciliar desassistido (PDD), parto normal com intervenções (PNI), cesariana eletiva (CE), cesariana após indução (CI) e cesariana intraparto (CIT) A relação com a caracterização de todas as entrevistadas encontra-se no apêndice G.

7.1 CARACTERIZAÇÃO DAS CONSUMIDORAS DE PARTO HUMANIZADO

Primeiramente será apresentado o perfil socioeconômico das entrevistadas, alguns comportamentos e hábitos de consumo das mesmas e algumas informações sobre o parto e o nascimento de seus filhos.

7.1.1 Perfil socioeconômico

As consumidoras de parto humanizado que formaram o grupo de sujeitos da pesquisa totalizaram 34 entrevistadas e foram caracterizadas em sua maioria como sendo com idade entre 31 e 35 anos (53%), com pós-graduação completa (62%), sendo que destas 8 (38%) têm mestrado/doutorado. Observe-se que este achado não foi intencional, uma vez que a relação com o nome e contato das mulheres foi fornecida pelo grupo Doulas em Londrina e participaram da pesquisa aquelas que aceitaram o convite.

⁸ Fez-se necessário criar as abreviações para descrever os casos pelo fato de algumas entrevistadas já terem passado por outros partos antes do parto humanizado (geralmente um parto normal com intervenções ou uma cesariana eletiva) ou pela tentativa do parto humanizado ter resultado em uma cirurgia cesariana (geralmente uma cirurgia intraparto ou após tentativa de indução). Também se achou oportuno especificar se o parto humanizado foi hospitalar ou domiciliar.

Apesar do elevado grau de escolarização, no que diz respeito a ocupação, apenas 56% das entrevistadas exercem profissão em sua área de formação. Após o nascimento dos filhos, parte delas passou a se dedicar aos cuidados com a casa/filho (s) em período integral (12%), a uma atividade artesanal como forma de aumentar a renda e ter flexibilidade de horários (15%) ou dedicam-se a outra atividade (18%). As frequências totais estão apresentadas na tabela dois.

Tabela 2 Perfil socioeconômico das consumidoras de parto humanizado da cidade de Londrina-PR

	Frequência	Percentual
Idade		
De 21 a 25 anos	2	6%
De 26 a 30 anos	13	38%
De 31 a 35 anos	18	53%
De 36 a 40 anos	1	3%
Grau de instrução		
Ensino médio completo	1	3%
Ensino superior incompleto	2	6%
Ensino superior completo	10	29%
Pós-graduação completa	21	62%
Ocupação		
Em sua área de formação	20	59%
Em tempo integral nas atividades domésticas	2	6%
Fabricam produtos artesanais para comercialização	6	15%
Exercem ocupação divergente de sua área de formação	7	18%
Renda Familiar		
De R\$1.501,00 a R\$3.500,00	5	15%
De R\$3.501,00 a R\$5.500,00	10	29%
De R\$5.501,00 a R\$7.500,00	5	15%
Acima de R\$7.500,00	9	26%
Não responderam	5	15%
Estado Civil		
Casada	34	100%
Etnia		
Branca	27	79%
Parda	1	3%
Negra	3	9%
Amarela	2	6%
Indígena	1	3%
Religião/Doutrina		
Católica	12	35%
Evangélica/protestante	6	18%
Cristãs	4	12%
Ecumênicas	2	6%
Umbandista	1	3%
Budista	1	3%
Espírita	1	3%
Ateístas	2	6%
Sem religião, mas não ateístas	5	14%
Total de respondentes	34	100%

Fonte: Dados da pesquisa (2015/2016)

A renda familiar das entrevistadas variou de R\$ 2.500,00 a R\$15.000,00, perfazendo uma média de R\$4.500,00 (5 salários mínimos), sendo que 53% das entrevistadas possuem renda familiar igual ou superior a este valor.

Ainda em relação aos dados socioeconômicos, todas são casadas (100%), a maioria identificou-se como sendo de etnia branca (79%) e disseram ter alguma religião ou doutrina (76%), sendo a religião católica predominante.

7.1.2 Hábitos de consumo

Em relação a comportamentos e hábitos de consumo, todas as entrevistadas (100%) estão inseridas em redes sociais, possuindo, todas elas, Facebook e Whatsapp. A presença maciça em redes sociais apareceu como sendo uma característica bem forte da consumidora de parto humanizado, como será visto na próxima seção.

A maioria das entrevistadas disseram não praticar atividades físicas (68%). De acordo com notas de campo, algumas gestantes que participaram do Gesta Londrina, diziam-se preocupadas se teriam condições de ter um parto natural uma vez que eram sedentárias. Segundo os achados desta pesquisa, a maioria das mulheres que procuram um parto humanizado são sedentárias, não sendo, portanto, praticar atividades físicas com regularidade, uma condição necessária para se buscar um parto normal (independentemente se humanizado ou não).

Ainda sobre hábitos 100% das mulheres disse não ser fumante, embora a maioria consuma bebida alcoólica (53%). Oitenta e cinco por cento das entrevistadas disseram ter algum cuidado com a alimentação (consumir orgânicos, evitar industrializados, frituras e refrigerantes, ter uma dieta vegetariana são alguns exemplos) e não realizar trabalhos voluntários (85%).

Por fim 41% disse ter outros hábitos sustentáveis, naturais e saudáveis em sua rotina particular (usar bicicleta ou andar a pé para evitar carro, fazer meditação, são alguns exemplos) e nos cuidados com o bebê (44%) (usam fralda de pano, homeopatia). As frequências totais estão apresentadas na tabela três.

Tabela 3 Hábitos de consumo das consumidoras de parto humanizado da cidade de Londrina-PR

	Frequência	Percentual
Uso de Redes Sociais		
Facebook/ Whatsapp	34	100%
Instagram	25	74%
Twitter	4	12%
Outras	2	6%
Realizam algum tipo de voluntariado		
Sim	5	15%
Não	29	85%
Se sim, a quanto tempo?		
A menos de um ano	1	20%
De 2 a 3 anos	2	40%
Há mais de 10 anos	2	40%
Praticam de Atividades Físicas		
Não	23	68%
Sim	11	32%
Se sim, qual a frequência?		
1 a 2 vezes na semana	19	55%
3 vezes na semana	6	18%
4 ou mais vezes na semana	9	27%
Atividades físicas praticadas		
Musculação	4	36%
Balé/ Pilates/Yoga	6	54%
Outras	1	10%
Fumantes		
Não	34	100%
Consumem bebida alcoólica		
Não	16	47%
Consumem habitualmente	4	12%
Consumem raramente	14	41%
Possuem cuidados com a alimentação		
Sim	29	85%
Não	5	15%
Se sim, quais os principais cuidados?		
Consumem orgânicos e evitam industrializados	9	39%
Não consomem frituras ou refrigerantes	8	35%
São vegetarianas	3	13%
Possuem hábitos sustentáveis, naturais e saudáveis no dia a dia		
Não	17	50%
Sim	14	41%
Não responderam	3	9%
Se sim, quais os principais hábitos?		
Usam homeopatia	6	43%
Trocam o uso do carro pela bicicleta ou andam a pé	5	36%
Fazem meditação	2	14%
Possuem hábitos sustentáveis, naturais e saudáveis com o bebê		
Sim	15	44%
Não	11	32%
Não responderam	8	24%
Se sim, quais os principais hábitos?		
Manter uma alimentação saudável	5	42%
Usam homeopatia	3	25%
Usam fraldas de pano	3	21%
Total de respondentes	34	100%

Fonte: Dados da pesquisa (2015/2016)

Outro importante achado da pesquisa, no que diz respeito a hábitos de consumo, é a afirmação de 53% das entrevistadas de terem consumido durante a gravidez algum produto ou serviço no intuito de se preparar para o parto natural (yoga, fisioterapia, acupuntura, hidroginástica, natação). Segundo anotações nas rodas do Gesta Londrina e conforme observado nos grupos virtuais, as mulheres que se encontram grávidas comumente procuram as que já tiveram partos humanizados ou as doulas para ter indicações de profissionais que as atendam nessas áreas.

7.1.3 Informações sobre os partos

Em relação aos partos e nascimentos a maioria possui um filho (68%) e tiveram um parto vaginal no nascimento do primeiro filho (71%) e do segundo filho (91%). Nenhuma possui três filhos ou mais.

Na tabela 4 observa-se com os dados que a taxa de parto vaginal cresce no nascimento do segundo filho. Isso deve-se a alguns fatores. Primeiramente, uma mulher que já possui a experiência de uma cesariana anterior, é mais difícil de ser levada a uma cirurgia desnecessária, uma vez que isso já aconteceu anteriormente e na segunda gestação ela procura assegurar-se de que estar nas mãos de profissionais humanizados que não repitam a situação. Das 34 entrevistadas 5 tiveram um parto vaginal após uma cesárea (*vaginal birth after cesarean* - VBAC). Segundo, como elas já passaram por um parto vaginal, o segundo parto, em regra, seria fisiologicamente mais fácil de acontecer. Um terceiro fator é o fato de que como o parto humanizado em uma primeira experiência foi positivo, elas buscaram repetir a experiência no segundo parto. Três das 34 entrevistadas encontravam-se grávidas do segundo ou do terceiro filho e preparavam-se para outro parto humanizado.

Relacionados a esse aumento da taxa de parto vaginal, existem ainda dois fatores. O primeiro diz respeito ao local do parto. Em uma segunda gestação, existe um aumento da procura pelo parto domiciliar – no nascimento do primeiro filho a taxa de PD foi de 9% enquanto no nascimento do segundo filho a taxa de PD foi de 36% - mostrando um aumento de quase quatro vezes dessa taxa. Isso aconteceu, segundo as entrevistadas, por três motivos principais: i) as mulheres já possuíam uma experiência com o parto vaginal e sentiam-se mais seguras de que era um evento fisiológico, logo, seria possível parir em casa; ii) tiveram um primeiro parto violento, e

buscavam, através do parto domiciliar fugir de uma possível violência obstétrica no hospital ou iii) tiveram um parto domiciliar positivo no primeiro parto e gostariam de repetir a experiência.

O segundo aspecto relacionado ao aumento da taxa de parto vaginal diz respeito a presença de doulas. Durante a primeira gestação 76% das entrevistadas disseram ter contratado uma doula, já na segunda gestação 100% das entrevistadas tiveram doulas de modo a oferecer-lhes apoio contínuo durante o parto. A tabela quatro detalha os dados apresentados.

Tabela 4 Informações sobre os partos

	No nascimento do primeiro filho		No nascimento do segundo filho	
	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual
Tipo de parto				
Parto humanizado	23	68%	10	91%
Cirurgia cesariana	10	29%	1	9%
Parto normal com intervenções	1	3%	-	-
Local do parto				
Parto hospitalar	31	91%	7	64%
Parto domiciliar	3	9%	4	36%
Acompanhamento de doulas				
Sim	26	76%	11	100%
Não	8	24%	-	-
Total de respondentes	34	100%	11	100%

Fonte: Dados da pesquisa (2015/2016)

Sobre os profissionais que as assistiram durante o pré-natal e o parto 50% das entrevistadas disseram ter mudado de obstetra no pré-natal da primeira gestação, sendo que esse número cai discretamente em uma segunda gestação (45%) (tabela cinco). Essa taxa elevada de mudança de profissional médico (alta porque geralmente a mulher deseja concluir o pré-natal com o mesmo médico) se deu por dois motivos principais: i) pela análise do discurso médico e pelas condutas que os mesmos diziam ou não adotar, as mulheres não se sentiram seguras em continuar o pré-natal ou ii) as mulheres entrevistadas frequentaram rodas de gestantes e buscaram, através dessas rodas e do boca-a-boca, saber os médicos relacionados a experiências. No Gesta Londrina, segundo notas de campo, foi possível observar pessoas fazendo pré-natal em mais de um médico ou mudando de médico devido a indicações. As falas demonstram esses motivos:

“Passei por 5 médicos porque não senti confiança. Todos tinham o discurso do "se"; 1 não quis ser backup de PD; os outros eu não tive nem coragem de dizer que era um PD; e a médica que fiquei até o final disse: eu tô com você independente da sua escolha” (Kalu, 34 anos, 1CE e 1PHD).

“Com 20 semanas a médica, que já era minha ginecologista, falava: "Se estiver tudo certo a gente faz". Eu sabia que o PN era melhor, mas todo mundo que eu conhecia tinha feito cesariana. Demorou eu perceber o discurso da médica. Comecei a ler relatos de parto, procurei o Gesta Londrina e foi aí que mudei de médico” (Rafaela, 34 anos, 1PHH).

Em relação ao profissional que assistiu o parto, na segunda gestação houve aumento de partos assistidos por enfermeiras obstétricas (saiu de 9% no nascimento do primeiro filho e foi para 27% no nascimento do segundo filho). Esses valores possuem relação direta com o aumento do número de parto domiciliar em uma segunda gestação, já que são poucos os médicos obstetras que atendem PD, devido principalmente, a barreiras impostas pelos conselhos médicos.

Tabela 5 Informações sobre assistência no pré-natal e no parto

	No nascimento do primeiro filho		No nascimento do segundo filho	
	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual
Mudou de obstetra no pré-natal				
Não	17	50%	6	55%
Sim	17	50%	5	45%
Prestou assistência no parto				
Médico Obstetra	31	91%	7	64%
Parteira (EO)	3	9%	3	27%
Parto desassistido		-	1	9%
Total de respondentes	34	100%	11	100%

Fonte: Dados da pesquisa (2015/2016)

Em relação a forma de pagamento dos serviços relacionados aos partos a maioria das entrevistadas realizaram o pré-natal exclusivamente através de planos de saúde, tanto na gestação do primeiro filho (55%) quanto na gestação do segundo filho (56%). Os planos de saúde também cobriram a maioria das despesas hospitalares tanto no nascimento do primeiro filho (74%) quanto no do segundo filho (86%). Entretanto, em relação ao pagamento dos serviços de quem prestou a assistência ao parto (médico ou enfermeira obstétrica) maioria das entrevistadas pagou de modo particular tanto no primeiro parto (53%) quanto no segundo parto (82%). Ou seja, para a concretização do projeto de se ter um parto humanizado a maioria das mulheres paga de maneira particular o profissional que vai atender o parto, mesmo que elas tenham plano de saúde.

Os dados também mostram que pagar o médico ou a parteira de modo particular, ao invés de pagar pelo plano de saúde, aumentou a quantidade de partos normais efetivamente realizados. No nascimento do primeiro filho 71% das entrevistadas tiveram partos normais e 53%

pagou o médico ou a parteira de modo particular. Já no nascimento do segundo filho, onde 91% das mulheres tiveram partos normais, 82% disseram ter pagado o profissional que assistiu o parto de modo particular.

O mesmo fenômeno aconteceu para o pagamento do restante da equipe médica (pediatras, anestesista). Houve um aumento de pagamentos particulares feitos aos pediatras e anestesistas de 35% no primeiro nascimento para 55% no segundo nascimento, demonstrando uma preocupação das consumidoras em assegurar um tratamento humanizado também para o bebê. Durante o Gesta Londrina, segundo nota de campo, algumas mulheres disseram que faziam questão de pagar bem o médico que ia recepcionar o bebê delas. Os dados estão apresentados na tabela seis.

Tabela 6 Formas de pagamento dos serviços no pré-natal e no parto

	No nascimento do primeiro filho		No nascimento do segundo filho	
	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual
Consultas do Pré-Natal				
Plano de saúde	19	56%	6	55%
Particular	10	29%	2	18%
Misto-plano de saúde e particular	5	15%	3	27%
Despesas hospitalares				
Plano de saúde	25	74%	9	86%
Particular	9	26%	2	14%
Assistência no parto				
Plano de saúde	16	47%	2	18%
Particular	18	53%	9	82%
Outras despesas (pediatra, anestesista etc)				
Plano de saúde	22	65%	5	45%
Particular	12	35%	6	55%
Total de respondentes	34	100%	11	100%

Fonte: Dados da pesquisa (2015/2016)

Um achado da pesquisa diz respeito à fonte de financiamento do parto humanizado (tabela sete). De acordo com as entrevistadas, são três as fontes de custeio: economias do casal, ajuda da família e por meio de empréstimos. Pelos dados coletados pode-se perceber que não há variação significativa em relação a esse custeio no nascimento do primeiro filho em relação ao nascimento do segundo filho, apenas uma pequena diminuição dos partos pagos através de empréstimos. Algumas entrevistadas disseram que existe um tabu quando se fala dos valores cobrados pelo parto humanizado. No Gesta Londrina, de acordo com as notas de campo, existiram

discussões sobre o que seria um preço justo e se valia a pena pagar, mesmo que para isso fosse necessário se tomar um empréstimo. Na fala de uma das entrevistadas:

“É engraçado né, por que as pessoas aceitam pagar uma fortuna em uma festa de casamento, que qualquer hora pode acabar e não aceitam pagar pelo parto, que é o momento mais especial na vida do casal, muito mais que uma festa. Eu me casei e gastei, não foi uma fortuna, mas gastei. Por isso não vi problema nenhum em pagar por um nascimento respeitoso para o meu filho” (Frida, 27 anos, 1PHD).

Tabela 7 Fontes de financiamento do parto humanizado

	No nascimento do primeiro filho		No nascimento do segundo filho	
	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual
Economias do casal	21	62%	7	64%
Ajuda da família	9	26%	3	27%
Empréstimos	4	12%	1	9%
Total de respondentes	34	100%	11	100%

Fonte: Dados da pesquisa (2015/2016)

Os valores praticados para a realização de uma cesariana eletiva ou de um parto humanizado, seja ele domiciliar ou hospitalar, no mercado de Londrina e região, de acordo com as informações fornecidas durante as entrevistas estão abaixo detalhados (tabela oito):

Tabela 8 Valores médios desembolsados pelas entrevistadas com partos na cidade de Londrina-PR*

Serviço	Valor médio (em reais)
Consultas Pré-natal com Obstetra (Particular)	R\$ 1.868,75
Doulas	R\$ 983,69
Despesas Hospitalares	
Se cesariana	R\$ 2.911,11
Se parto normal	R\$ 1.803,90
Assistência no parto	
Médico Obstetra - Parto normal	R\$ 4.382,35
Médico Obstetra - Cesariana	R\$ 2.875,00
Enfermeira Obstetra	R\$ 2.666,67
Outras despesas – Pediatra, anestesista etc	
Se cesariana	R\$ 1.830,56
Se parto normal	R\$ 890,00
Outras despesas – preparação da casa, outras taxas (Se parto domiciliar)	R\$ 780,00

Fonte: Dados da pesquisa (2015/2016) *valores de partos realizados de 03/2009 a 12/2015

Assim, uma cesariana eletiva paga de maneira particular (incluindo pré-natal, despesas hospitalares, pagamento do obstetra e do anestesista e pediatra) custa, em média, R\$ 9.485,42. Já

os valores do parto humanizado dependem do local do parto. Se for um parto hospitalar (incluindo pré-natal, despesas hospitalares, pagamento do obstetra, do anestesista e pediatra e da doula) custa, em média, R\$ 9.928,69 enquanto que, se for um parto domiciliar R\$ 6.299,11. Logo, comparando-se os três partos, todos pagos exclusivamente de forma particular, o parto domiciliar seria o parto de menor custo. É importante ressaltar que esses valores dizem respeito a partos pagos exclusivamente de maneira particular. A maioria das entrevistadas possuem plano de saúde e geralmente fazem o pré-natal e têm as despesas hospitalares pagas pelo convênio. O único custo que muitas tiveram para realização do parto humanizado foi a contratação de doulas, já que os serviços destas não são cobertos pelos planos de saúde. Os valores apresentados na tabela oito estão de acordo com os números encontrados através dos dados secundários, conforme demonstrado na introdução desta dissertação.

7.2 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O PARTO HUMANIZADO

Durante as entrevistas, foram feitos alguns questionamentos em relação ao parto humanizado que ajudaram a entender quem são essas mulheres que buscam vivenciar essa experiência e a esclarecer, na percepção das entrevistadas, alguns conceitos na área sem uma definição muito clara.

De acordo com as entrevistadas o termo “Parto Humanizado” foi ouvido pela primeira vez: através de amigas ou por alguém da família (26%), na televisão ou através de um documentário (26%), em sites da internet (21%), em grupos de apoio/rodas de gestantes (12%), em redes sociais (6%) e por outras fontes (9%).

Como já falado, o termo “parto humanizado, provoca múltiplas interpretações (DESLANDES, 2005a, DESLANDES 2005b), o que pôde ser confirmado nas entrevistas. Quando perguntadas sobre a primeira impressão ao ouvirem a expressão, as entrevistadas disseram:

“Pensei que fosse um modismo, mais uma forma de ganhar dinheiro” (Isabel, 32 anos, 1CE e 1PHH).

“A primeira impressão que tive é que essa é a coisa certa a fazer se você tem amor e carinho pelo bebê. No início eu tive um medo inicial de bater de frente com quem tinha

estudado pra isso, mas à medida que eu ia estudando, eu via que era um debate de profissional da saúde para profissional da saúde. Então eu pensei "Dessa vez quero deixar mais claro o que eu quero"" (Sara, 30 anos, 1CE e 1CIT).

“Antes de eu engravidar eu lia de curiosidade, mas não era uma demanda minha interna. Minha primeira impressão é que isso era uma coisa alternativa demais para o meu perfil, não combinava comigo” (Luísa, 35 anos, 1 PHH)

Sobre a forma de nascimento das entrevistadas, 62% disseram ter nascido por via cirúrgica e 38% por parto normal (já que à época não se falava ainda em parto humanizado). Dentre as que nasceram por cirurgia ou por um parto normal muito violento, existia um sentimento comum de passar por uma experiência diferente das suas mães, enquanto as que nasceram por parto normal relatado de forma positiva por suas mães, demonstravam um profundo desejo de passar por essa experiência.

“Minha mãe teve um parto normal cheio de violência, usaram fórceps e tudo mais. Ela ficou tão traumatizada que pagou pra fazer a cesárea quando eu nasci. Quando eu soube que tava grávida quis passar por um parto sem trauma, pra ser diferente da experiência da minha mãe” (Olga, 28 anos, 1CE e 1PHH).

“Minha mãe teve 5 partos normais e a minha irmã 4 partos normais. Eu tinha que parir” (Gabi, 33 anos, 1PHH).

Segundo notas de campo de um encontro do Gesta Londrina, as rodas não eram frequentadas exclusivamente por gestantes, uma vez que as mulheres que tinham tido um parto humanizado continuavam indo aos encontros, demonstrando um interesse que não se exauriu com o parto e um desejo de fortalecimento da causa. Tal pensamento se confirmou com as entrevistas, já que as mulheres disseram que continuam se mantendo informadas sobre o parto humanizado mesmo depois do parto e para isso utilizam-se das seguintes fontes: 53% blogs na internet, 50% citaram as redes sociais, 24% leem livros, 18% artigos científicos e 15% através de grupos presenciais. Além disso, quando perguntadas se terem vivenciado um parto humanizado as fez virar referência sobre o assunto para a família e os amigos, 85% das entrevistadas disseram que sim, 9% não responderam e 6% disseram que não. Tais dados apresentam uma consumidora que demonstra um alto grau de envolvimento com o assunto, conforme modelo de Assael (1992), demonstrando também popularidade e reconhecimento como benefícios ganhos pelo parto humanizado.

Em relação aos profissionais contratados para fazer parte da equipe (médicos e doulas) foram feitas algumas perguntas. A primeira diz respeito ao que seria um médico humanizado, já que a literatura não traz esse conceito. No geral, as entrevistadas declararam ser um profissional que trabalha sobre a perspectiva do protagonismo da mulher e das evidências científicas mais recentes:

“Primeiro, ele não se intitula humanizado. Enxerga sua função de auxiliar e entende que o protagonismo é da mulher. É um médico que divide as decisões onde a mulher precisa ser corresponsável por elas” (Luísa, 35 anos, 1 PHH)

“É um médico que age baseado em evidências científicas e não no costume; que respeita o protagonismo da mulher, que explica, informa, aberto a dúvidas”. (Maria, 34 anos, 1PHH).

“Sou descrente com esse adjetivo humanizado. Na verdade, tenho preconceito com quem se intitula. Acho que humanizado é um médico atualizado e que te respeite. Que construa com você uma relação de confiança” (Isabel, 32 anos, 1CE e 1PHH).

A segunda pergunta diz respeito as melhores fontes para se encontrar estes profissionais. Enquanto as doulas foram encontradas, predominantemente, através da internet (41%), os médicos foram encontrados através do boca-a-boca (45%). As entrevistas sugerem, inclusive, que as doulas seriam uma importante fonte na busca dos médicos humanizados. Várias entrevistadas citaram que só se decidiram pelo médico que as acompanharia no pré-natal após terem contratado as doulas. Isso se daria porque através dos relatos das doulas, após validarem a informação com outras mulheres que foram atendidas pelos profissionais médicos, as entrevistadas disseram que conseguem perceber quais obstetras costumam atender parto humanizado. O resultado está demonstrado na tabela nove.

Tabela 9 Principais fontes para busca de profissionais humanizados

Fonte	Médicos	Doulas
Indicações (boca-a-boca)	45%	15%
Grupos virtuais	17%	12%
Grupos presenciais (rodas de gestantes)	19%	24%
Buscas na internet	7%	41%
Outras fontes	12%	8%
Total	100%	100%

Fonte: Dados da pesquisa (2015/2016)

Também foi perguntado se as entrevistadas manteriam os mesmos profissionais em uma futura gestação. No que diz respeito aos médicos, 65% disseram que sim e demonstraram uma grande satisfação com os serviços prestados bem como uma relação de gratidão e amizade com esses profissionais. As mulheres que disseram que não ou talvez (35%) embora a maioria justifique essa resposta dizendo que sempre surgem novos médicos humanizados, novas equipes, sendo necessário acompanhar com os grupos presenciais e virtuais quem presta a melhor assistência no momento, ou quem é “a bola da vez”, na linguagem compartilhada pelo grupo, pode-se observar, dentre estas, um grau de insatisfação em relação ao tratamento oferecido pelo médico durante o pré-natal (impessoalidade, impaciência) ou a um desfecho no parto diferente do esperado (acabaram fazendo uma cesárea ou tiveram um parto com intervenções que julgavam desnecessárias).

Em relação às doulas, 82% das entrevistadas disseram que contratariam novamente os serviços de uma doula. Apenas 3% disseram que não contratariam e 9% disseram que talvez contratariam.

Quando perguntadas o que as motivava a contratar os serviços de doulas, as razões mais comuns foram a falta de segurança na equipe hospitalar (o documentário “O renascimento do parto” explica essa questão dizendo que para os médicos e para o hospital seria economicamente mais rentável uma cesárea, já que um parto pode durar dias e nesse tempo o médico poderia realizar muitas cirurgias, que demoram em média 30 minutos, e o hospital teria mais ganhos com os insumos necessários para uma cirurgia, como centro cirúrgico, instrumentos, medicamentos etc., enquanto que para a realização de um parto humanizado poucos insumos são consumidos - basicamente, gases estéreis, algodão, luvas), suporte para passar pelo trabalho de parto e pela dor e o medo do desconhecido. Já as mulheres que contrataram o serviço no segundo parto novamente foram motivadas por vínculos afetivos:

“No primeiro parto foi a insegurança, a doula tinha experiência. Eu precisava da presença dela ali. No segundo foi questões afetivas” (Michele, 34 anos, 2PHH).

“Eu queria ter o suporte de outra pessoa porque até então o meu marido ficava todo tempo na defensiva. Queria poder contar com um controle não farmacológico para alívio da dor, queria estar munida de todos os recursos para que na hora eu pudesse decidir” (Luísa, 35 anos, 1 PHH)

Entretanto, quando perguntadas se a presença de doulas era fundamental para se ter um parto humanizado 53% disse que não e justificaram suas respostas, baseadas, principalmente, no argumento de que parir é fisiológico, então independente de quem esteja com a mulher no momento o parto irá acontecer. As entrevistadas que disseram que sim (35%) basearam-se principalmente nos números de cesarianas praticadas no Brasil. Para elas o parto não é uma mera escolha da gestante, já que todo o sistema privilegia a cirurgia. Nesse sentido, seria necessário estar munida de algumas armas para se conseguir um parto humanizado e a doula seria uma dessas armas. Doze por cento, talvez por não querer expor um pensamento sincero sobre a sua experiência com as doulas, não responderam ao questionamento.

“Não acho. Mulheres sabem parir. A doula precisa chegar a um ponto de empoderar a mulher para que ela consiga só. É bom, é muito bom, mas não é indispensável, imprescindível” (Acácia, 36 anos, 1 PHH)

“Eu acho que aumenta as chances de um parto respeitoso (Ana, 31 anos, 1CI).

“Sim, porque parir virou uma luta e a presença da doula faz toda diferença” (Guadalupe, 32 anos, 1PHH).

Em relação ao papel dos grupos de apoio para alcance do parto humanizado, 100% das entrevistadas destacaram sua importância e disseram que o grupo funciona como fonte de apoio e informação, exerce uma grande influência ao se escolher um parto humanizado, confirmando o exposto por Foxall (2003).

Ainda sobre o parto humanizado, mesmo quem criticou o nome “parto humanizado”, os serviços e “acessórios” vendidos junto com o parto idealizado – como por exemplo fazer fisioterapia no períneo, ter luz azul no quarto na hora do parto - , em uma futura gestação pretendem ter um parto humanizado, contratariam doulas novamente e dizem que repetiriam comportamentos muitas vezes criticados em suas falas, mostrando, se certo modo, satisfação com a experiência e além de uma forte necessidade de adequar ao grupo, reforçando a ideia de que características individuais, ambientais (sociais), culturais e situacionais são influenciadores diretos da decisão de consumo (LARENTIS, 2012).

7.3 ANÁLISE LADDERING

Por fim, apresentam-se aqui os resultados encontrados com a análise da *laddering*: atributos, consequências (benefícios), os valores, a matriz de implicações e o mapa hierárquico de valor (HVM) das consumidoras de parto humanizado.

7.3.1 Atributos

O quadro nove apresenta a caracterização de cada atributo do parto humanizado identificado com trechos das entrevistas que ilustrem os itens. Conforme preconiza a teoria, também foi feita a classificação dos atributos em concretos e abstratos.

Quadro 9 Atributos do parto humanizado

Classificação	Atributo	Descrição	Falas das entrevistadas
Atributos concretos	Natural	Este atributo do PH foi citado pelas entrevistadas como sendo algo mais fisiológico, menos medicalizado, que restringe as intervenções aos momentos necessários, evitando o artificial, havendo forte associação com algo mais saudável.	“Não tem uso de medicamentos para acelerar o parto. A mulher pode parir no ritmo dela. Remédios, anestesia, tudo isso só é usado quando necessário, tornando tudo o mais natural possível. Em outro tipo de parto essa lógica não existe.” (Acácia, 36 anos, 1 PHH)
Atributos concretos	Preço alto	Segundo as entrevistadas, um PH, no geral, é mais caro que uma CE ou um PN sem uma assistência humanizada, uma vez que qualquer médico de plano de saúde faz a CE. Já o PH custa mais caro devido ao tempo que o parto pode demorar, a presença de outras pessoas na equipe, como doulas, por exemplo, que o plano de saúde não cobre. É mais glamoroso.	“Em relação ao custo o parto humanizado com certeza é o mais caro. Porque uma cesárea eletiva e um parto normal horroroso é fácil ter pelo convenio. O parto humanizado é um parto para rico, pra quem tem mais acesso” (Luísa, 35 anos, 1 PHH)
Atributos concretos	Personalizado	Tem forte associação ao plano de parto, um roteiro onde a mulher detalha ponto a ponto procedimentos, intervenções, expectativas do seu trabalho de parto, inclusive em relação ao ambiente (música, velas, massagens, etc.). Diz respeito a personalização, diferenciação do evento de modo que a mulher expresse seus gostos e preferências. Para algumas entrevistadas é esse atributo que as permite ter um parto único, não convencional.	“Eu peguei um plano de parto bem completo na internet e discuti ponto a ponto com a obstetra, com a doula e com a pediatra. Eu não queria ser tratada como mais uma e nem queria sofrer procedimentos desnecessários” (Naolí, 29 anos, 1CI) “Poder escolher o ambiente, a companhia, a decoração, me fez sentir segura, amparada” (Jéssica, 33 anos, 1PHH)
Atributos abstratos	Autonomia	O atributo autonomia refere-se ao protagonismo da mulher no processo. As entrevistadas disseram que esse é o único tipo de parto que a mulher teria uma participação ativa, onde você não seria uma paciente e sim uma mulher que vai dar à luz.	“É imaginar que eu pus o bebê no mundo, não o médico. Tem uma maior ênfase na relação mãe-bebe e menos ênfase na figura do médico. Acontece um resgate nisso tudo” (Sara, 30 anos, 1CE e 1CIT). “No parto humanizado você não é paciente. Você é uma mulher em trabalho de parto. É isso que diferencia. Você fica à vontade, dentro das possibilidades. Você não precisa de soro, de cadeira de rodas, de camisola. A mulher é quem escolhe” (Michele, 34 anos, 2PHH).
Atributos abstratos	Belo	O atributo belo carrega o sentido de ser um parto mais romântico, mais bonito, com uma maior plasticidade, por não ter violência e pelo uso dos sentidos (audição, visão, olfato, paladar e tato). Está fortemente associado a alguns vídeos de parto disponíveis na internet, onde mulheres parem em banheiras com pétalas de rosas, velas, luz ambiente.	“Eu queria que o bebe fosse recepcionado no cenário o mais lindo possível, da maneira mais bonita. Queria sentir todas as sensações” (Acácia, 36 anos, doula e musicoterapeuta, 1 PHH) “Eu via muitos vídeos na internet, acho que isso me fez achar o parto humanizado o mais bonito sim. Aliás, eu acho que meu parto foi

			belo. Sinto até hoje o cheiro do parto, lembro da música...” (Larissa, 27 anos, 1PHH)
Atributos abstratos	Companhia escolhida	Diz respeito a possibilidade de escolher quem estará (ou não) com você no momento do parto e de ter mais de um acompanhante (que é o que é regulamentado por lei). Então, além do marido, há a possibilidade de ter junto uma doula, a mãe da parturiente ou outro alguém da família. Também está relacionado com poder escolher a equipe que vai atender, desde o obstetra, enfermeiras, pediatras etc. devido a uma relação de confiança anteriormente estabelecida.	<p>“Meu marido estava do meu lado, minha doula não saiu de perto de mim. Minha mãe também chegou no hospital bem na hora do expulsivo e viu tudo. Foi demais ter essas pessoas lá comigo”. (Palmira, 30 anos, 1PHH)</p> <p>“Você já tem uma relação de confiança com quem está ali. Você sabe que seu obstetra é bonzinho, que ele não vai lhe tratar como outros profissionais fariam” (Betina, 29 anos, 2PHH)</p>
Atributos abstratos	Seguro	O atributo seguro refere-se a um parto de menor risco, com melhores desfechos atestados em várias pesquisas, mais confiável.	<p>“É mais seguro para todos. Com certeza. Se for em local seguro e estiver bem acompanhado ele é o melhor” (Luísa, 35 anos, 1 PHH)</p> <p>“Acho que é o mais seguro sim. Tem menor risco de infecção, sem complicação de anestesia, uma menor chance de hemorragia no pós-parto. Acho que é o que apresenta um menor risco” (Larissa, 27 anos, 1PHH)</p>
Atributos abstratos	Respeitoso	Relaciona-se com ser verdadeiro, no sentido de que a mulher sabe que nenhum procedimento será feito sem sua anuência, a contragosto, evitando a violência obstétrica. A mulher conhece e confia na conduta da equipe que irá assisti-la e a equipe só age conforme o desejo expresso da mãe, tanto na assistência ao parto quanto na recepção do recém-nascido. Por respeitoso também entende-se um parto que aguarda o tempo que a mulher precisa para parir e que o bebê precisa para nascer, ou seja, não agenda o dia do nascimento da criança.	<p>“Nos outros partos fica sempre uma nuvem, será? O que fizeram comigo? E com meu bebe? O parto humanizado não, ele é verdadeiro” (Sara, 30 anos, 1CE e 1CIT).</p> <p>“Em relação ao tempo, ele respeita o tempo da mulher, o tempo do bebe. Porque um parto pode demorar vários dias” (Lua, 26 anos, 1PHH)</p>
Atributos abstratos	Sagrado	Algumas entrevistadas imbuíram a característica sagrada ao parto no intuito de descreve-lo como sendo um evento, também, de ordem espiritual, místico. Outras também veem no parto um modo de resgate do sagrado feminino e de vivenciar a perfeição do funcionamento do próprio corpo.	<p>“Senti a presença de algo sobrenatural, porque ali eu não tinha mais forças” (Palmira, 30 anos, 1PHH)</p> <p>“Eu queria trazer meu lado mais feminino à tona, me conectar com a experiência de mulheres que pariram, ter todas as sensações, os sentidos, o choro, sentir a força da natureza, do meu corpo trabalhando perfeitamente” (Kalu, 34 anos, 1CE e 1PHD).</p>

Fonte: Dados da pesquisa

Antes de passar para a descrição dos benefícios, cabe ressaltar que, quando da realização da segunda etapa de entrevistas, as mulheres puderam escolher livremente quais os atributos elas reconheciam (ou não) como sendo do parto humanizado, para, a partir desse ponto proceder-se a escalada. A tabela 10 apresenta quais atributos tiveram um maior destaque:

Tabela 10 Atributos escolhidos x atributos não escolhidos pelas entrevistadas para realização da escalada

Atributo	Frequências de escolha das entrevistadas		Total de entrevistadas
	Escolhido para escalada	Não escolhido para escalada	
Natural	32	0	32
Respeitoso	32	0	32
Autonomia	28	4	32
Seguro	24	8	32
Companhia escolhida	24	8	32
Preço Alto	23	9	32
Personalizado	18	14	32
Belo	16	16	32
Sagrado	16	16	32

Fonte: Dados da pesquisa

7.3.2 Benefícios

Para a identificação dos benefícios do parto humanizado foi utilizado o mesmo procedimento da etapa anterior, sendo agrupados sob uma nomenclatura melhor que os descrevessem. Assim, em um primeiro agrupamento, foram identificados 36 benefícios. Após releitura minuciosa de cada código, os códigos que possuíam os mesmos benefícios esperados foram agrupados totalizando, ao final, 28 benefícios. Os benefícios foram classificados em funcionais (13 benefícios) e psicossociais (15 benefícios) e encontram-se detalhados no quadro dez.

Quadro 10 Benefícios do parto humanizado

Classificação	Benefícios	Descrição
Benefício funcional	Não expor o corpo para desconhecidos	Preservação da nudez, já que o parto humanizado seria um evento mais reservado, no sentido de ser partilhado por pessoas que já tiveram contato prévio com a parturiente.
Benefício funcional	Ter uma assistência de melhor qualidade	Durante a análise das entrevistas observou-se que esta consequência do consumo do parto humanizado se manifestava no sentido de uma melhor satisfação da mulher enquanto cliente. Assim, os benefícios pretendidos derivam diretamente da postura dos profissionais contratados, uma vez que as entrevistadas buscam uma assistência diferenciada no sentido de ser um serviço mais disponível, atencioso, dedicado, não só para com a mulher, mas para com o marido também. Além disso, a expectativa é que o profissional tenha um pensamento alinhado aos desejos e necessidades da mulher.
Benefício funcional	Não sofrer violência	Não ser vítima da chamada violência obstétrica – um tipo de violência física ou psicológica cometida contra a mulher durante a gestação, parto e pós-parto, que pode ser cometida por médicos, enfermeiros, ou qualquer outro profissional que faça algum tipo de atendimento à gestante.
Benefício funcional	Mantém a integridade do corpo	Possibilidade de ter o corpo preservado de lesões desnecessárias (cortes, cicatrizes, marcas) que venham a comprometê-lo esteticamente.
Benefício funcional	Autonomia restabelecida mais rapidamente	Este benefício representa um aspecto desejado por quem opta por um parto humanizado pela possibilidade de ter uma recuperação mais rápida, uma vez que não haverá, em regra, cortes, anestesia, possibilitando que a mulher tenha sua autonomia restabelecida mais rapidamente. Funções básicas como comer, sentar, ir ao banheiro, tomar banho podem ser realizadas sem auxílio de outra pessoa.
Benefício funcional	Facilitar os cuidados com o bebê	Segundo as entrevistadas, uma consequência de passar por um parto humanizado, é permitir que a mulher possa assumir pessoalmente os primeiros cuidados com o bebê, sem delegar estas atividades a outras pessoas. Essa consequência foi evidenciada através de falas demonstram ações como: poder pegar o bebê depois do parto, dar banho, amamentar o bebê sem auxílio.
Benefício funcional	Evitar medicalização	Foi observado, durante a análise das entrevistas, que evitar a medicalização pode ser entendida sob dois aspectos: i) O distanciamento do parto de uma doença, evitando hospitalização prolongada e medicamentos e seus efeitos sobre o corpo da mulher e, conseqüentemente, no corpo do bebê (já que este recebe as drogas via cordão umbilical antes do nascimento, ou via leite materno após o parto) ou ii) Buscar métodos alternativos (não medicamentosos) para alívio da dor, entendendo que esta é um processo natural e que o corpo foi preparado para passar por esse processo de modo natural, sem ter que recorrer a remédios para isso.
Benefício funcional	Evitar complicações	O benefício evitar complicações pode ser compreendido sob o prisma do aumento da probabilidade de um bom desfecho, diminuindo as chances de complicações, de risco de morte para mãe e bebê, através do uso de protocolos de referência fundamentados na medicina baseada em evidências. Para as entrevistadas, quanto mais se intervém na fisiologia do parto, maiores as chances de problemas – aumento do risco de infecções, hemorragias. Quanto mais simples os procedimentos, mais seguro eles são. Por exemplo, um parto natural é visto como algo mais simples que uma cirurgia cesariana, que é uma cirurgia com certo grau de complexidade.
Benefício funcional	Vínculo imediato com o bebê	Busca das mulheres de não serem separadas de seus bebês, mantendo o contato pele a pele. Essa não separação está atrelada ao estabelecimento de uma conexão imediata com o bebê, de laços afetivos entre o binômio.

Benefício funcional	Bebê com mais saúde	Este benefício foi citado por quase todas as entrevistadas, tornando significativo na análise. Segundo as entrevistadas, um parto humanizado proporciona ao bebê mais saúde. Por exemplo, espera os pulmões do bebê estarem maduros evitando problemas respiratórios futuros; espera o cordão umbilical parar de pulsar, diminuindo o risco de anemia no futuro; os bebês recebem os benefícios advindos dos hormônios do parto etc. Isso permitiria à consumidora, ter uma criança com menos chances de problemas futuros (anemia, doenças respiratórias, alergias) assegurando o bem-estar do bebê.
Benefício funcional	Melhor estabelecimento da amamentação	Consumidoras de parto humanizado, em sua grande maioria, estão preocupadas com o sucesso da amamentação no pós-parto. Para as entrevistadas, assim que o bebê nasce, ele pode vir para o colo da mãe e começar a explorar o seio materno durante a sua primeira hora de vida, facilitando, dessa maneira, todo o processo de amamentação que ali se inicia. Além disso, fisiologicamente falando, a atuação dos hormônios durante o trabalho de parto facilita a descida do leite materno, permitindo que esta seja mais rápida.
Benefício funcional	Evitar depressão pós-parto	Segundo as mulheres entrevistadas, passar por um parto humanizado permite a puérpera enfrentar esse novo período de sua vida de maneira emocionalmente mais saudável, evitando, desse modo, a temida depressão pós-parto, uma vez que tanto funciona como motivador na aceitação do novo ciclo como evita passar por situações negativas que terão reflexo no pós-parto.
Benefício funcional	Não ser pressionada	Um benefício esperado do parto humanizado é o respeito ao tempo da mulher em dois aspectos: i) Espera do tempo do corpo entrar em trabalho de parto sem ser pressionada para que isso aconteça (embora a indução pareça ter sido bem aceita nos casos em que houve indicação médica) e ii) Ter uma assistência paciente durante o trabalho de parto, respeitando o ritmo da mulher desde o início do trabalho de parto até o momento do nascimento do bebê.
Benefício psicossocial	Conseguir parir	O benefício conseguir parir está diretamente relacionado com o estímulo, com o desafio de parir resultando em empoderamento da mulher. As entrevistadas se referiam a esta consequência como a realização do que vinha sendo planejado, de reconhecimento do poder do seu próprio corpo, de alcance do parto em si.
Benefício psicossocial	Ter um parto diferente do comum	Possibilidade de viver uma experiência que foge do que é visto cotidianamente. Está relacionada com a evitação do que é oferecido rotineiramente pelos hospitais e a busca de algo que fique marcado como único, inclusive, com um cenário preparado especialmente para isso.
Benefício psicossocial	Ser reconhecida como sujeito	Necessidade das consumidoras de parto humanizado de não serem vistas apenas como mais uma mulher que dará à luz. Elas buscavam e apreciavam o reconhecimento dos médicos que as atendia e o estabelecimento de vínculos com as doulas. Também se referiam a este benefício como possibilitador de terem suas vozes ouvidas e suas vontades acolhidas, sem medo de julgamentos.
Benefício psicossocial	Ter o controle	Este código resume uma quantidade grande de informações. Diz respeito ao poder de controle, de decisão, à possibilidade da escolha e comando dos procedimentos, assumindo a posição de protagonista do evento. Fala ainda da anuência da mulher para adoção de procedimentos e de não ter a sua liberdade cerceada, podendo agir livremente dentro do limite do que seria seguro. Isso a permitiria andar livremente, comer, escolher a posição e o local do parto, tendo a confiança de que, o que foi solicitado durante o pré-natal com a equipe que a acompanha será respeitado.
Benefício psicossocial	Ser admirada	Ao conseguir o parto como idealizado, a mulher poderia contar a outras mulheres o feito realizado, sendo que são comuns nos ambientes virtuais de parto humanizado, a publicação dos relatos de parto. Visa despertar a admiração de quem se relaciona com a mulher, de desconhecidas a amigas e também do próprio marido.

Benefício psicossocial	Ser amparada	O benefício ser amparada foi citada por algumas entrevistadas no sentido de permitir com que a mulher se sentisse emocionalmente segura para a realização do parto. Esse amparo pode vir dos profissionais que a atendem, da rede de apoio, no intuito de não precisar brigar pelo parto, mas ser verdadeira quanto aos seus sentimentos e desejos criando, dessa maneira, a evitação de conflitos e um clima emocionalmente estável para que o parto pudesse acontecer.
Benefício psicossocial	Recepção mais afetuosa do bebe	Uma característica geralmente presente no parto humanizado é o desejo de se respeitar o tempo que o bebê estaria pronto para nascer (não agendamento do nascimento). Esta característica é retratada como sendo um benefício pois, dessa maneira, as mesmas poderiam pegar pessoalmente os seus bebês (no tempo deles), evitando a sensação de tê-los “arrancado” por outra pessoa, permitindo com que as entrevistadas oferecessem aos seus filhos uma transição mais suave e afetuosa do ambiente intrauterino para o mundo externo.
Benefício psicossocial	Dividir o momento com pessoas especiais	Uma consequência bastante citada é a possibilidade de dividir o momento do nascimento com pessoas consideradas especiais para a parturiente. De acordo com as entrevistadas, um parto humanizado possibilita você ter, por exemplo, o seu marido ao seu lado do início ao fim do parto bem como a presença de uma doula, sem ter que escolher entre um ou o outro.
Benefício psicossocial	Romper com paradigmas	Algumas entrevistadas citaram romper com paradigmas como sendo uma consequência do parto humanizado. Essa quebra de paradigma está relacionada a ideia de ir contra o sistema obstétrico que agenda cesarianas, à incredulidade da família, não se sujeitando ao que é imposto externamente.
Benefício psicossocial	Evoluir como pessoa	Poder vivenciar um amadurecimento enquanto pessoa, proporcionado pela experiência. O Sentido é de busca interior, de transformação, tornando-se uma pessoa melhor, mais tolerante, com uma maior autoestima.
Benefício psicossocial	Ser recompensada	O benefício ser recompensada aparece em poucas entrevistas, mas de forma muito marcante traz o sentido de meritocracia ao desfecho conforme planejado. As entrevistadas que elencaram esse atributo disseram que buscaram os serviços de parto humanizado almejando ver seus esforços, seus estudos, a busca feita pelas informações, recompensados de alguma maneira.
Benefício psicossocial	Resgate do feminino	Resgate do feminino significa para as entrevistadas um retorno à ancestralidade, buscando nas raízes da história e da vivência feminina reviver o que tem se perdido ao longo do tempo, permitindo-as, dessa maneira, uma conexão com as mulheres do passado, presente e futuro.
Benefício psicossocial	Acessar o espiritual	Algumas mulheres veem o parto humanizado como um portal, um caminho através do qual é possível uma conexão com Deus, com o espiritual. Buscam, em sua essência, viver o sagrado através de um aspecto racional e fisiológico.
Benefício psicossocial	Vivenciar a experiência	Do benefício vivenciar a experiência as entrevistadas esperam descobrir as sensações sinestésicas do parto - a dor, o cheiro, as imagens, os sons, permitindo, desse modo, que uma lembrança bonita, romântica e positiva esteja associada a esse momento. Também as permitiria viver a unicidade do momento, vendo o perfeito funcionamento dos seus corpos.
Benefício psicossocial	Diminuição do sofrimento	Através de um parto humanizado as entrevistadas almejavam como consequência a diminuição da angústia ao pensar no trabalho parto e a redução da ansiedade proporcionado por saber que teriam dores e pelo tempo de duração do trabalho de parto, fazendo com que seus corpos e suas mentes ficassem menos retraídas, mais à vontade, sabendo que cada etapa era normal e logo teria um fim.

Fonte: Dados da pesquisa

7.3.3 Valores

Adotando a classificação de Schwartz (1992) os valores foram classificados de acordo com a sua natureza (individual, coletiva ou híbrida).

Neste momento, cabem algumas observações. A benevolência foi classificada pelo autor como sendo um domínio de natureza coletiva, entretanto, em alguns momentos, a benevolência demonstrava ter características híbridas ou mista. Por exemplo, algumas entrevistadas disseram ter uma visão coletiva do parto e sentir uma alegria enorme de poder compartilhar aquele momento com pessoas que ela considera especial. Elas acreditavam que essas pessoas seriam melhores depois dessa vivencia. Foi percebida uma preocupação em relação ao bem-estar do outro, mas também se percebeu que a mulher, ao reivindicar para si o poder de deixar ou não que outras pessoas compartilhassem do “seu” momento, agia de certo modo, em benefício próprio.

Confirmando a proposta de Schwartz (1992), as entrevistadas abertas a desafios, a estimulação, não eram guiadas pelo domínio conformidade, entretanto, diferentemente do que diz o autor, o auto direcionamento não apareceu na entrevista como sendo inversamente proporcional à segurança.

O quadro 11 traz a descrição dos valores (domínios motivacionais) encontrados, seguida das falas das entrevistadas que ilustram tais conceitos.

Quadro 11 Valores (domínios motivacionais) das consumidoras de parto humanizado

Classificação	Valor	Descrição	Falas das entrevistadas
Natureza individualista	A auto direção	Este valor representa para as entrevistadas uma necessidade de controle de situações que envolvam seus corpos, seus partos. Aliás, sem elas não há parto e muitas fizeram questão de verbalizar isso. A autonomia é objetivo final perseguido. Este valor comunica que as entrevistadas são movidas por um pensamento independente e pela ação propriamente dita. Significa a não sujeição por limites impostos externamente.	“A mulher é o foco. Existe uma autonomia, um protagonismo dela. A mulher é ativa. É ela quem faz tudo, o resto da equipe só assessora”. (Priscila, 30 anos, 1PHH)
Natureza individualista	A estimulação	Este valor está relacionado à necessidade das entrevistadas em superar o desafio – no caso ter um parto humanizado, conseguir parir. Bem perceptível em pessoas competitivas, a estimulação busca manter a variedade, evitando, assim, a monotonia, a previsibilidade. Muitas entrevistadas disseram ser movidas pelo desconhecido, pela novidade, pela excitação da meta a atingir, pela emoção, retratada como um aumento da adrenalina, um frio na barriga.	“Foi um caminho sem volta. Eu desejei profundamente aquilo. A primeira impressão que tive foi de medo, porque é algo que poucas mulheres podem ter. As minhas amigas duvidavam e eu estabeleci isso como desafio” (Mayara, 32 anos, 1PHH).
Natureza individualista	O hedonismo	O hedonismo está atrelado à ideia de que o prazer é um dos propósitos mais importantes da vida. Através das entrevistas, aparece representado como sendo a gratificação pessoal alcançada através da vivência de um parto humanizado. Aproxima-se da estimulação, mas difere-se porque aqui a ênfase é a contemplação do momento, na intensidade da experiência e no estado emocional e psicológico que esta lhe causa. O momento vivido passa a ser uma das coisas mais importantes da vida dessas mulheres.	“Foi um dos momentos mais lindos da minha vida, de muita felicidade. Sinto vontade de chorar só de pensar. Foi um momento de prazer, lembro de cada hora daquele dia. O bebe ficou comigo imediatamente, o cordão parou de pulsar, ele mamou na hora. Sinto o cheiro do nascimento. Isso ficou marcado como uma coisa boa pra mim” (Maira, 34 anos, 1PHH)
Natureza individualista	A realização	Este domínio busca alcance do sucesso – o parto humanizado – tendo buscando não apenas realizar o feito, mas também realizar-se enquanto pessoa, mãe, mulher. Uma consequência imediata observada é a valorização da aprovação social, já que, “pessoas que alcançam” são bem vistas na sociedade. Logo, mulheres que parem, entendem que serão admiradas por terem realizado um grande feito. Algumas mulheres relataram ter ouvido frases do tipo: “você vai tentar parto normal?” e a resposta dada por elas era sempre a mesma “tentar não, eu vou conseguir”.	“Eu faria qualquer negócio para ter um parto lindo, eu queria conseguir aquilo...mesmo se não fosse o mais seguro, eu queria parir, era aquilo que eu queria passar” (Sara, 30 anos, 1CE e 1CIT).

Natureza individualista	O poder	O poder diz respeito a possibilidade de dominar recursos (onde parir, em que posição) e pessoas (a equipe do parto – médicos, enfermeiras, doulas fazem os procedimentos que a mulher julga adequado – desde que não fira a segurança, como será visto no valor <i>segurança</i>). As suas decisões devem ser predominantes. O cerne desse valor é a obtenção de status, ou seja, a sua posição enquanto parturiente é mais elevada (como um maestro de uma orquestra) e de prestígio (notoriedade, autoridade, deferência).	“O PH é bom porque é você que diz pro médico como prefere as coisas, eles fazem o que a gente quer que faça. Eles perguntam quer ficar aqui no quarto, quer fazer toque, quer tomar soro. A gente tem o poder da escolha. Me senti importante o tempo todo” (Maria Luísa, 25 anos, 1PHH)
Natureza coletiva	A conformidade	A conformidade tem a ideia de submissão ao que é dito, denotando uma certa restrição ou comedimento de ações, inclinações e impulsos. Para as entrevistadas não é que o desejo delas não seja importante, mas esses desejos devem estar submetidos a outros fatores pois algumas normas devem ser obedecidas. Assim, as mulheres que são guiadas por esse valor buscam seus partos sem ter que contrariar as pessoas e regulamentos, sem ter que fazer mal ou chatear alguém e sem ter que violar expectativas ou normas sociais.	“Eu precisava do suporte das doulas porque eu tinha receio, eu queria alguém que intercedesse por mim, porque eu não gosto de contrariar outras pessoas sabe, se eu não tivesse quem me apoiasse e o médico falasse vamos fazer cesárea eu ia fazer. Eu não gosto de ter que brigar, de deixar outras pessoas chateadas pra eu conseguir alguma coisa” (Lua, 26 anos, 1PHH)
Natureza coletiva	A tradição	O objetivo motivacional deste valor consiste na perpetuação do costume, na transmissão do parto natural como um legado feminino que deve ser mantido e não substituído, de maneira desnecessária, por um procedimento médico cirúrgico. Existe uma preocupação genuína de que isso não aconteça. As entrevistadas que apresentaram esse valor possuem um profundo respeito pela prática do parto e defendem como sendo uma herança que deve ser entregue de mulher para mulher. Muitas das entrevistadas que citaram esse valor, atribuem uma especial importância ao papel da doula durante o parto. Na opinião delas, a doula ajudaria a manter acesa essa tradição de que o parto é algo que deve ser vivido e compartilhado entre mulheres.	“As mulheres sempre pariram, porque seria diferente agora? Queria mostrar que podemos parir como antes e que isso deve ser mantido” (Carol, 27 anos, 1PHD)
Natureza coletiva	A espiritualidade	Espiritualidade envolve todos aqueles valores que representam a obtenção de significado na vida. Na memória de algumas consumidoras de parto humanizado, a vivência da experiência as ajudariam a responder à pergunta “para que eu existo?”. Este valor também trata da harmonia, da busca de virtudes interior por meio da transcendência da realidade diária, na alimentação de seus lados espirituais.	“Eu acreditava que o parto me faria uma pessoa melhor, me faria ter uma aproximação de Deus, me daria fé, paz e aumentaria o sentido de respeito à vida. Ali eu ia me descobrir, entendi pra que que eu vim ao mundo. Eu tinha certeza que eu ganharia muito. E realmente foi assim” (Sansa, 33 anos, 2PHD)
Natureza coletiva	A benevolência	A benevolência está ligada à execução de ações generosas e de boa vontade para com as pessoas que se relacionam com a mulher. Essa faceta	“Acho que ao permitir que outras pessoas vivenciem essa experiência junto comigo

		<p>é expressa nas entrevistas como um desejo delas em compartilhar o momento do parto e do nascimento com outras pessoas consideradas importantes, de modo que estas possam ter ganhos também. Tem relação com sentimentos como afeto, benquerença, simpatia, amizade e os valores desse domínio são motivados pelo objetivo de preservação e aumento do bem-estar destas pessoas. As relações firmadas com os prestadores de serviço, notadamente extrapolam a função utilitária.</p>	<p>permite com que elas também se tornem pessoas melhores, elas ficam felizes” (Leticia, 34 anos, ICE)</p>
Natureza híbrida	O universalismo	<p>O universalismo diz respeito à compreensão, apreciação, tolerância e proteção do bem-estar de todas as pessoas e da natureza. Nas entrevistas isso foi manifesto na fala de algumas mulheres que se preocupavam não apenas em ter um parto humanizado, mas em proporcionar essa experiência para outras mulheres, de tornar acessível a possibilidade dessa vivência. Segundo as falas existe uma adoração dos benefícios do parto humanizado e outras pessoas precisam desfrutar destes. A partir do momento que o parto humanizado fosse o modelo predominante de assistência, os nascimentos seriam mais harmoniosos e as mulheres estariam mais protegidas física e emocionalmente.</p>	<p>“Acho que coisas mais saudáveis, mais naturais são melhores pra todos, é menos agressivo, mais saudável. Acho que toda mulher tem o direito de passar por uma experiência dessas e perceber o quanto é enriquecedor, o quanto isso traz liberdade” (Palmira, 30 anos, 1PHH)</p>
Natureza híbrida	A segurança	<p>Diz respeito a garantia, a certeza de que necessidades ou requisitos básicos serão atendidos. É perceptível em falas como “eu não quero um parto a qualquer custo”, ditas por várias entrevistadas. Através da segurança aspira-se salvaguardar o que se pretende alcançar, no caso o parto e o bebê, buscando a minimização dos riscos de algo sair não conforme e não se ter o desfecho esperado. Representa também objetivos como harmonia (uma vez que, se os procedimentos mais seguros estão sendo adotados, logo estou fazendo o melhor), de estabilidade social (não estar sendo irresponsável e possuir evidências científicas que respaldem suas decisões) e de relacionamentos (necessidade mostrar para que as pessoas com as quais a mulher se relaciona de que o parto é mais seguro) e de si próprio (convencer-se a si mesma de que determinada opção é a mais segura).</p>	<p>“Segurança pra mim é tudo. Eu li e reli artigos sobre parto humanizado, e sempre aparecia que era o mais seguro. Se lá tivesse escrito que o mais seguro era uma cesariana eu ia querer uma cesariana” (Luísa, 35 anos, 1PHH)</p>

Fonte: Dados da pesquisa

7.3.4 Matriz de implicação hierárquica por meio do LadderUX

Tendo por base as escalas construídas a partir da análise de conteúdo (apêndice F), iniciou-se a construção da matriz de implicação, cujo principal objetivo é a representação das relações identificadas através de todas as entrevistas. Para isso, foi utilizado o software Ladderux. Após especificar as categorias de análise, o software cria o campo para inserir o nome da entrevistada número 1 e, em seguida, abre as caixas (lista suspensa) com as categorias cadastradas. Assim, as escalas construídas (apêndice F) foram lançadas no sistema. A medida que os dados são lançados, a matriz de implicação vai se formando automaticamente, levando em consideração tanto as relações diretas (localizadas à esquerda do decimal) quanto as relações indiretas (localizadas à direita do decimal).

Neste trabalho, cujo número de entrevistadas na *laddering* é de 32 mulheres, obteve-se um total de 734 ligações diretas, 620 ligações indiretas e 1354 ligações totais. Para a escolha do ponto de corte observou-se que o ponto de corte três, que corresponderia a 60,04% do total das ligações, evitando assim, chamar atenção para elementos de baixa representatividade no HVM, que será o último elemento a ser construído. É importante observar que apenas os elementos contabilizados são maiores do que três, ou seja, apenas as ligações que apareceram a partir de 4 vezes (independentemente se diretas ou indiretas) são destacadas (pintadas) e foram usadas para a construção do mapa. Quanto mais forte a cor, maior a quantidade de vezes que essa ligação apareceu nas entrevistas. Observa-se também os elementos abaixo do nível de corte não foram retirados da matriz, eles apenas não se encontram destacados.

Por fim, a escolha de um nível de corte tem algumas implicações. A principal delas é que alguns elementos encontrados na pesquisa deixarão de ser representados no HVM. O benefício disso é gerar um mapa mais direcionado permitindo uma maior compreensão do fenômeno e orientando as ações de marketing para categorias específicas, evitando empreender esforços em categorias que não representam o comportamento do grupo de consumidores. Por outro lado, deixa-se de chamar atenção para categorias que possuem potencial para explicar determinadas escolhas. Além disso, passa-se a ter uma representação apenas parcial dos motivadores para o consumo estudado. Por esta razão, o mapa deve estar sempre acompanhado da matriz de implicações, cuja representação está demonstrada na figura 10.

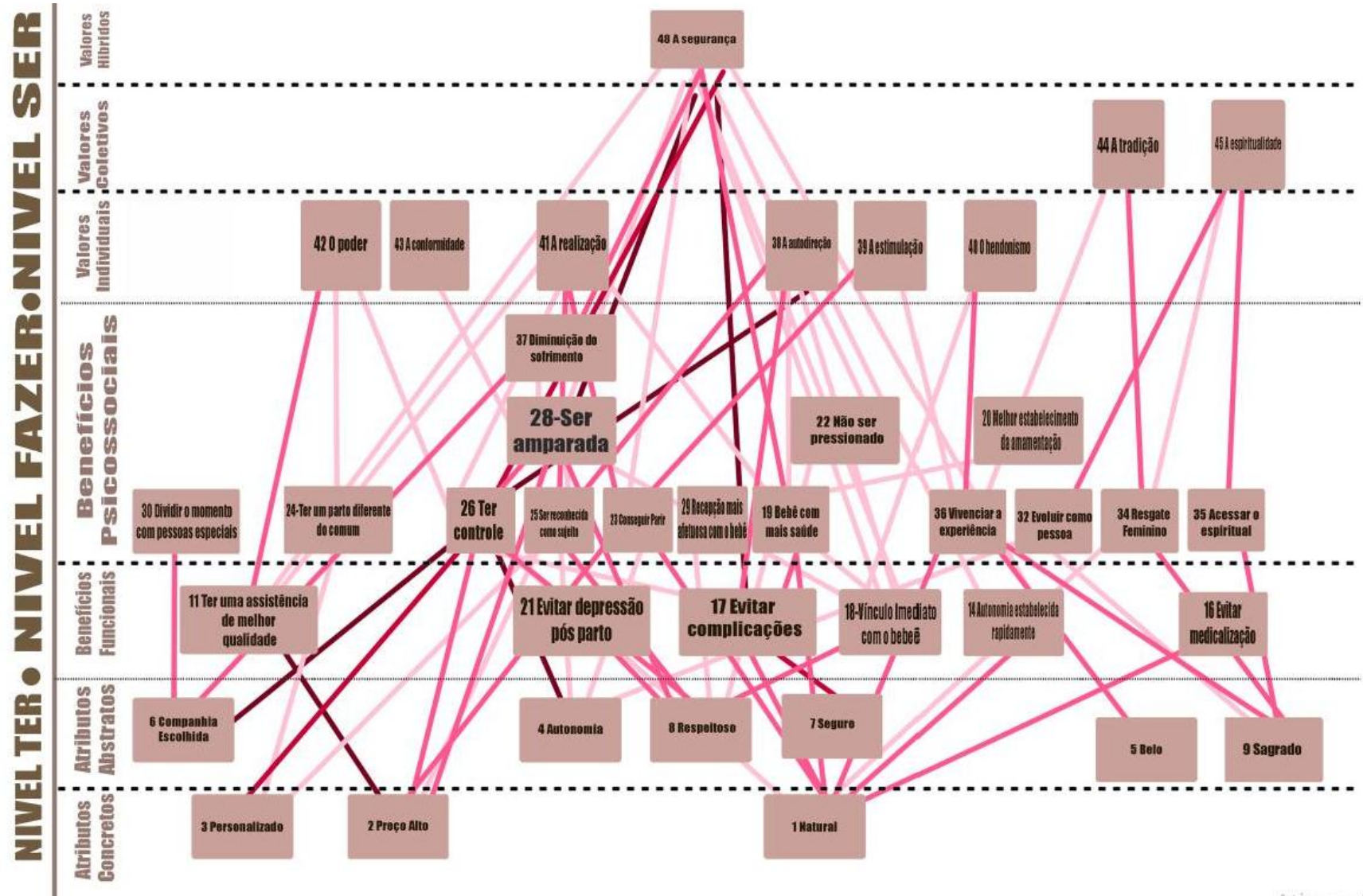
7.3.5 Construção do Mapa Hierárquico de Valor (HVM)

O mapa hierárquico de valor busca representar graficamente os dados expressos na matriz de implicação. Como já exposto, utilizou-se o ponto de corte três para essa construção. Apesar de o software LadderUX gerar automaticamente o mapa, a construção também foi feita de maneira manual, de modo a permitir uma melhor análise das relações que se destacaram. Villas Boas (2005) lembra que para essa construção, dois conceitos precisam estar claramente diferenciados: escalas (*ladders*) e cadeias. Estas dizem respeito à sequência de elementos (atributos, consequências e valores) construídas a partir da matriz de implicação e demonstram a perspectiva de diversas entrevistadas; já aquelas dizem respeito à sequência de elementos (atributos, consequências e valores) construídas a partir de cada indivíduo separadamente.

O objetivo desta etapa é, à partir de cada um dos nove atributos (considerando-se claro, o ponto de corte), observar quais benefícios estão vinculado com o atributo analisado e como estes benefícios relacionam-se aos valores finais. A partir dessa análise é possível avaliar quais são os atributos, benefícios e valores que mais se destacam no comportamento da consumidora de parto humanizado, bem como a relação entre eles. Isto posto, passa-se a construção do mapa.

De posse da matriz inicia-se a análise pela linha 1 – Atributo “Natural”. Segue-se a linha e a primeira relação acima do ponto de corte se dará com a coluna 14 – Benefício “Autonomia restabelecida mais rapidamente”. Deve-se então descer até a linha 14 e continuar em linha reta até que se encontre a próxima relação relevante, no caso a coluna 38 – Valor “A auto direção”. Como se trata de um valor, percebe-se que esta cadeia 1-14-38 foi finalizada. Entretanto, ao continuar na mesma linha percebe-se que a coluna 48 – Valor “A Segurança” também se encontra destacada, então, também existirá a relação 1-14-48. Volta-se então para a primeira linha e reinicia-se todo o processo agora a partir da próxima relação relevante destacada após a coluna 14, no caso o cruzamento com a coluna 16 – Benefício “Evitar medicalização”. Ao chegar na coluna 16, vai-se até a linha 16 e reinicia-se todo o processo. Esta sequência de ações foi realizada com todos os atributos individualmente. Feito isto, as cadeias foram reunidas em uma única imagem resultando no mapa apresentado (figura 11). Quanto mais forte a cor da linha, mais vezes essas ligações apareceram nas entrevistas.

Figura 11 Mapa Hierárquico de Valor (HVM) do comportamento de consumo do parto humanizado



Fonte: dados da pesquisa (2015/2016)

Após a elaboração do mapa, de modo a auxiliar nesta análise, foi construído o quadro 12 com o somatório das relações totais (diretas e indiretas) de modo que pudessem ser identificados os elementos que mais se destacaram. Essa construção foi feita considerando as relações “a partir de” e “vindo para” determinado elemento.

Quadro 12 Somatório das relações diretas e indiretas evidenciadas entre os elementos da matriz

	Código	A partir de		Vindo para		Total de ligações
		Ligação Direta	Ligação Indireta	Ligação Direta	Ligação Indireta	
NÍVEL TER - ATRIBUTOS	01 Natural	46	75	0	0	121
	08 Respeitoso	43	66	0	0	109
	02 Preço alto	42	65	0	0	107
	04 Autonomia	44	54	0	0	98
	06 Companhia escolhida	34	53	0	0	87
	03 Personalizado	34	44	0	0	78
	09 Sagrado	23	29	0	0	52
	07 Seguro	17	27	0	0	44
	05 Belo	15	23	0	0	38
NÍVEL FAZER - BENEFÍCIOS	26 Ter o controle	54	13	58	23	148
	28 Ser amparada	36	16	44	25	121
	17 Evitar complicações	35	16	29	10	90
	19 Bebê com mais saúde	21	22	25	12	80
	36 Vivenciar a experiência	30	2	32	13	77
	25 Ser reconhecida como sujeito	25	13	25	11	74
	23 Conseguir parir	26	8	26	10	70
	18 Vínculo imediato com o bebe	17	18	13	5	53
	37 Diminuição do sofrimento	14	4	22	12	52
	11 Ter uma assistência de melhor qualidade	19	8	15	2	44
	14 Autonomia restabelecida mais rapidamente	13	16	13	1	43
	30 Dividir o momento com pessoas especiais	14	2	12	11	39
	34 Resgate do feminino	16	3	16	4	39
	29 Recepção mais afetuosa do bebe	12	3	12	9	36
	24 Ter um parto diferente do comum	12	8	14	1	35
	22 Não ser pressionada	11	5	7	9	32
	16 Evitar medicalização	10	5	8	4	27
	32 Evoluir como pessoa	12	2	12	0	26
35 Acessar o espiritual	10	1	10	4	25	
21 Evitar depressão pós-parto	10	3	8	2	23	
10 Não expor o corpo para desconhecidos	8	4	6	1	19	
20 Melhor estabelecimento da amamentação	4	3	4	6	17	

	31 Romper com paradigmas	6	1	8	1	16
	12 Não sofrer violência	5	3	3	2	13
	13 Mantém a integridade do corpo	4	4	4	0	12
	33 Ser recompensada	5	0	5	2	12
	15 Facilitar os cuidados com o bebe	3	1	3	2	9
	27 Ser admirada	4	0	2	2	8
NÍVEL SER - VALORES	48 A segurança	0	0	74	120	194
	38 A auto direção	0	0	59	85	144
	41 A realização	0	0	38	63	101
	40 O hedonismo	0	0	23	36	59
	42 O poder	0	0	24	31	55
	39 A estimulação	0	0	21	25	46
	45 A espiritualidade	0	0	20	25	45
	44 A tradição	0	0	16	22	38
	47 O universalismo	0	0	9	14	23
	43 A conformidade	0	0	8	8	16
	46 A benevolência	0	0	6	7	13

Fonte: dados da pesquisa (2015/2016)

Com base no número total de ligações estabelecidos pelos elementos anteriormente apresentados (quadro 12) pode-se perceber que, **no nível TER**, os atributos que mais se destacaram foram (por ordem de relevância): 01 – Natural (com 121 ligações no total), 08 – Respeitoso (com 109 ligações no total), 02 – Preço alto (com 107 ligações no total) e 04 – Autonomia (com 98 ligações no total). O fato do “Natural” ter se destacado como o atributo com maior quantidade de relações pode ter relação com o apelo do consumo de itens politicamente corretos e mais naturais, conforme exposto no capítulo de introdução. Já o atributo “Respeitoso” diz respeito tanto a ações praticadas na assistência à mulher quanto na assistência ao bebê, motivo pelo qual pode ter originado a segunda maior quantidade de ligações, já que algumas entrevistadas tinham uma preocupação em afirmar que a decisão de escolha do PH também era feita pensando no bebê. O terceiro atributo que mais se destacou foi “Preço Alto”, demonstrando que os custos diferenciados de um PH, na concepção das entrevistadas, é algo que desperta o interesse das consumidoras e relaciona-se diretamente à imagem glamorosa a qual o parto humanizado está associado. Conforme dados da pesquisa, o parto humanizado hospitalar apresentou-se como sendo a opção mais cara de parto (4,67% mais caro do que a cesárea particular). Já o parto humanizado domiciliar é 33% mais barato que a cesárea e o parto humanizado hospitalar (36%). Além disso, tanto no nascimento do primeiro filho (53%) quanto no nascimento do segundo filho (82%) as entrevistadas pagaram de

maneira particular o médico ou a EO que prestou assistência no parto e 100% das entrevistadas pagaram doulas no nascimento do segundo filho, confirmando a percepção de que um parto humanizado possui um preço alto. Por fim, o atributo “Autonomia” tem a ver com a independência buscada pelas entrevistadas.

No nível FAZER, os benefícios mais relevantes foram (por ordem de relevância): 26 – Ter o controle (com 148 ligações no total), 28 – Ser amparada (com 28 ligações no total), 17 – Evitar complicações (com 90 ligações no total), 19 – Bebê com mais saúde (com 80 ligações no total), 36 – Vivenciar a experiência (com 77 ligações no total), 25 – Ser reconhecida como sujeito (com 74 ligações no total) e 23 – Conseguir parir (com 70 ligações no total).

No nível SER, os valores (domínios motivacionais) que mais se destacaram foram (por ordem de relevância): 48 – A segurança (com 194 ligações no total), 38 – A auto direção (com 144 ligações no total) e 41 – A realização (com 101 ligações no total). Aqui pode-se perceber que o valor “A Segurança” teve a maior quantidade de relações, embora o atributo “Seguro” não tenha aparecido na relação dos atributos com maior destaque. Isso pode ter acontecido porque a maioria das entrevistadas enxergam o parto humanizado como sendo algo seguro, então o atributo não foi escolhido pois ele já era condição anterior para que elas escolhessem os outros atributos. Os demais valores que apareceram com maior destaque, “A auto direção” e “A realização” são valores individuais, demonstrando que as mulheres que optam por consumir um parto humanizado o fazem, pensando, primeiramente (embora não exclusivamente) em si mesmas.

Em relação às cadeias mais representativas estabelecidas a partir dos atributos, algumas se destacaram, como será demonstrado. Lembrando-se que do lado esquerdo estão representadas as ligações diretas e do lado direito as ligações indiretas e que só foram avaliadas as ligações que ficaram acima do número de corte. A escolha por estas cadeias foi feita com base na quantidade de ligações estabelecidas (somando-se as diretas e indiretas) e, nos casos onde houve empate no somatório, foi dada preferência aos elementos com maior quantidade de ligações diretas.

Assim, através dos resultados, pode-se dizer que quem escolheu o atributo 01 – Natural, esperava alcançar, predominantemente, 3 benefícios: 36 – Vivenciar a experiência, 19 – Bebê com mais saúde e 17 – Evitar complicações. A escolha deste atributo e destes benefícios, por sua vez, foram guiados por três valores principais: 48 – A segurança, 44 – A tradição e 38 – A autodireção. Relacionando-se esse achado ao questionamento se entrevistadas possuíam hábitos sustentáveis,

naturais e saudáveis em sua rotina particular, observa-se que 50% disseram que não possuíam em relação a si mesmas, mas possuíam em relação ao bebê (44%).

Figura 12 Cadeias mais representativas estabelecidas a partir do atributo 01 Natural

01 Natural	9 1	36 Vivenciar a experiência	0 11	48 A segurança
	7 3	19 Bebê com mais saúde	0 9	44 A tradição
	6 3	17 Evitar complicações	0 8	38 A autodireção

Fonte: dados da pesquisa (2015/2016)

Do mesmo modo, aquelas que consideraram o atributo 02 – Preço Alto como sendo uma característica relevante em sua escolha de consumo, esperavam como consequências imediatas: 11 – Ter uma assistência de melhor qualidade, 23 – Conseguir parir e 28 – Ser amparada, e foram guiadas por 3 valores principais: 48 – A segurança, 41 – A realização e 42 – O poder.

Figura 13 Cadeias mais representativas estabelecidas a partir do atributo 02 Preço Alto

02 Preço alto	12 2	11 Ter uma assistência de melhor qualidade	0 17	48 A segurança
	8 2	23 Conseguir parir	0 8	41 A realização
	5 5	28 Ser amparada	0 8	42 O poder

Fonte: dados da pesquisa (2015/2016)

Em relação ao atributo 03 – Personalizado, este foi escolhido pelas entrevistadas com vista a permiti-las alcançar três benefícios principais: 26 – Ter o controle, 24 – Ter um parto diferente do comum e 25 – Ser reconhecida como sujeito. Os valores que nortearam essas escolhas foram, predominantemente: 38 – A autodireção, 42 – O poder e 48 – A segurança.

Figura 14 Cadeias mais representativas estabelecidas a partir do atributo 03 Personalizado

03 Personalizado	8 3	26 Ter o controle	0 13	38 A autodireção
	6 0	24 Ter um parto diferente do comum	0 6	42 O poder
	5 0	25 Ser reconhecida como sujeito	0 5	48 A segurança

Fonte: dados da pesquisa (2015/2016)

No que diz respeito ao atributo 04 – Autonomia, este apareceu como iniciador de um grande número de cadeias, ligando-se, destacadamente, a três consequências e a 4 valores (2 deles

com 05 ligações indiretas). As consequências esperadas por quem escolheu o atributo autonomia foram as seguintes: 26 – Ter o controle, 32 – Evoluir como pessoa e 23 – Conseguir parir. Em relação aos valores destacam-se: 38 – A autodireção, 39 – A estimulação, 41 – A realização e 42 – O poder.

Figura 15 Cadeias mais representativas estabelecidas a partir do atributo 04 Autonomia

04 Autonomia	15 2	26 Ter o controle	0 21	38 A autodireção
	5 0	32 Evoluir como pessoa	0 6	39 A estimulação
	4 1	23 Conseguir parir	0 5	41 A realização
			0 5	42 O poder

Fonte: dados da pesquisa (2015/2016)

O atributo 05 – Belo foi o que formou a menor quantidade de cadeias, sendo que o único benefício que ficou acima do nível de corte foi 36 – Vivenciar a experiência. Do mesmo modo, o único valor (acima do nível de corte) que apareceu como orientador desse comportamento foi o número 40 – O hedonismo.

Figura 16 Cadeias mais representativas estabelecidas a partir do atributo 05 Belo

05 Belo	5 2	36 Vivenciar a experiência	0 8	40 O hedonismo
---------	-----	----------------------------	-----	----------------

Fonte: dados da pesquisa (2015/2016)

Em relação às cadeias formadas a partir do atributo de número 06 – Companhia escolhida, três benefícios receberam destaque: 28 – Ser amparada, 37 – Diminuição do sofrimento e 30 – Dividir o momento com pessoas especiais. Os valores que receberam destaque foram: 48 – A segurança, 41 – A realização e 46 – A benevolência.

Figura 17 Cadeias mais representativas estabelecidas a partir do atributo 06 Companhia Escolhida

06 Companhia escolhida	11 7	28 Ser amparada	0 16	48 A segurança
	6 4	37 Diminuição do sofrimento	0 7	41 A realização
	5 2	30 Dividir o momento com pessoas especiais	0 5	46 A benevolência

Fonte: dados da pesquisa (2015/2016)

Em relação ao atributo 07 – Seguro, este relacionou-se com bastante intensidade ao benefício 17 – Evitar complicações e ao valor 48 – A segurança.

Figura 18 Cadeias mais representativas estabelecidas a partir do atributo 07 Seguro

07 Seguro	8 3	17 Evitar complicações	0 13	48 A segurança
-----------	-----	------------------------	------	----------------

Fonte: dados da pesquisa (2015/2016)

Ao analisar as cadeias formadas pelo atributo 08 – Respeitoso, observa-se que este relaciona-se predominantemente com 3 benefícios: 27 – Ser admirada, 28 – Ser amparada e 25 – Ser reconhecida como sujeito. Em relação aos valores, são três os que orientam essas escolhas: 48 – A segurança, 38 – A autodireção e 40 – O hedonismo.

Figura 19 Cadeias mais representativas estabelecidas a partir do atributo 08 Respeitoso

08 Respeitoso	6 4	27 Ser admirada	0 12	48 A segurança
	6 4	28 Ser amparada	0 11	38 A autodireção
	5 2	25 Ser reconhecida como sujeito	0 7	40 O hedonismo

Fonte: dados da pesquisa (2015/2016)

Por fim, pode-se dizer através da análise das cadeias formadas pelo atributo de número 09 – Sagrado, as consumidoras que escolheram ter um parto humanizado pela sua característica de ser sagrado, esperavam como benefícios: 35 – Acessar o espiritual, 34 – Resgate do feminino e 36 – Vivenciar a experiência, tendo o comportamento de consumo sido orientado predominantemente por um valor: 45 – A espiritualidade.

Figura 20 Cadeias mais representativas estabelecidas a partir do atributo 09 Sagrado

09 Sagrado	5 3	35 Acessar o espiritual	0 11	45 A espiritualidade
	7 0	34 Resgate do feminino		
	4 2	36 Vivenciar a experiência		

Fonte: dados da pesquisa (2015/2016)

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A motivação para o consumo vem sendo investigada em diversos ramos do conhecimento. De modo especial, encontram-se importantes contribuições no campo da psicologia, da administração, da antropologia, da sociologia e também na medicina. Há, ainda, significativos resultados combinando ideias e conceitos provenientes de campos distintos de estudo. Paralelamente, há o crescimento da procura de produtos e serviços que possuem o apelo do saudável e da percepção de que o consumo destes não se dá apenas por suas funções utilitárias, mas também por suas funções simbólicas, sendo esse conhecimento uma importante ferramenta dos empreendedores e dos profissionais de marketing na elaboração de suas estratégias.

Na análise das motivações para o consumo destaca-se a Teoria das Cadeias Meios-Fins (GUTMAN, 1982), cujo modelo sustenta que a forma como os consumidores se relacionam com os produtos e serviços pode ser representada por um modelo hierárquico de três níveis formado pelos atributos, benefícios e valores pessoais destes produtos ou serviços. Ratneshwar, Huffman e Mick (2000) denominam esses níveis de “ter”, “fazer” e “ser”, conforme o propósito global que cada um deles se refere. O nível “ser” é o mais alto dos níveis hierárquicos e é representado pelos valores pessoais do consumidor, que, segundo Schwartz (1992) podem ter características mais individuais, mais coletivas ou um híbrido dos dois. No que diz respeito à técnica, a *laddering* é a ferramenta comumente aplicada nos estudos que utilizam o MEC.

Embora diversos trabalhos empíricos tenham sido feitos seguindo essa linha de investigação, há pouca literatura relacionada ao consumo de parto humanizado. Esta dissertação procurou inovar nesse sentido.

O propósito fundamental da dissertação foi identificar os fatores motivadores para o consumo do parto humanizado. Nesse contexto, com a finalidade de atingir esse objetivo, a escolha do MEC permitiu que fossem encontrados os atributos, os benefícios e os valores pessoais das consumidoras de parto humanizado da cidade de Londrina, bem como o mapa hierárquico de valor (HVM) que representa graficamente esse comportamento de consumo.

Tomando como base os resultados das entrevistas realizadas, o grande número de atributos, consequências e valores identificados, revelou como complexa a estrutura que caracteriza a perspectiva cognitiva destas consumidoras. Conclui-se que os principais valores que norteiam a decisão de compra das consumidoras são “A segurança”, “A auto direção” e “A realização”, isto implica que estas mulheres são guiadas mais por valores de natureza individual do que de natureza

coletiva, ou seja, a decisão de ter um parto humanizado, visa, primeiramente, a satisfação da própria mulher. Além disso, foi possível identificar que o parto humanizado hospitalar, dentro de um sistema privado de saúde, é a opção mais cara de parto, seguindo-se da cesariana eletiva e, por fim, do parto humanizado domiciliar. Assim o status também aparece como um dos motivos para a intenção de se realizar um parto humanizado, uma vez que sem recursos financeiros, dentro do sistema complementar e privado de saúde, delimitação desta pesquisa, não se obtém um parto humanizado hoje. Assim, valores como “A Segurança” e “A realização” aparecem associados à questão do status que o preço do parto traz.

Em relação à técnica *laddering*, observou-se como satisfatória a realização da mesma em duas etapas, ao passo que, apenas após a identificação dos atributos do parto humanizado, é que pode-se perceber a melhor classificação de valores humanos que deveria ser abordada para uma análise mais adequada do objeto em questão. Ademais, as consumidoras de parto humanizado, em geral, encontram-se altamente envolvidas pelo tema, o que contribuiu tanto para a realização das entrevistas, quanto para o alcance de uma grande quantidade de ligações para a formação do MEC.

Em relação aos valores humanos, através da observação prática, os domínios motivacionais propostos por Schwartz (1992) demonstraram possuir algumas limitações, pois, como pode-se perceber, na cultura brasileira, o valor espiritualidade, não contemplado pelo modelo com 10 domínios, apareceu fortemente nas falas das entrevistadas. Isso, claro, pode ter acontecido devido ao objeto de estudo pesquisado, mas se a proposta é a busca de uma teoria universal dos valores, questões como esta precisam ser observadas.

Pode-se perceber ainda que a influência que o grupo exerce sobre o comportamento das consumidoras de parto humanizado é bastante relevante estando de acordo com o proposto por Larentis (2012). Tanto é, que em alguns momentos da entrevista pode ter acontecido de as entrevistadas reproduzirem os pensamentos e a falas da coletividade, repetindo um discurso já institucionalizado. Isso foi possível, notar, por exemplo, quando as entrevistadas chegaram a atributos e benefícios parecidos, mas não conseguiram alcançar o nível dos valores, mostrando fragilidade em relação a essa resposta específica.

Outro aspecto encontrado em relação ao consumo é que embora as entrevistadas sejam guiadas pela “Auto direção”, de maneira antagônica, foi possível identificar uma preocupação

continua em ter que justificar e convencer a família e os amigos sobre as suas escolhas, tanto no aspecto da opção de parto em si (dizer eu quero um parto humanizado) quanto em relação ao valor pago pelo parto (dizer quanto o parto custou). Em relação ao primeiro aspecto, observa-se que, mesmo quando cientificamente fundamentadas por escolherem a opção a mais saudável e segura, a última palavra na decisão não era, em absoluto, da parturiente, o que pode ocorrer em parte, pela sua condição de gestante, mas também pela sua condição de mulher, demonstrando a necessidade de ter sua opção de parto validada pelas pessoas com as quais ela se relaciona. Em relação ao valor pago pelo parto, as mulheres tentaram justificar o preço pago em várias falas como “foi caro mas valeu à pena”, “eu consegui um desconto, não saiu tão caro assim” o que traz a reflexão uma questão de desigualdade de gênero também em relação ao consumo.

Em relação ao mercado, o estudo ajudou refletir sobre alguns paradigmas no que diz respeito ao consumo, de uma maneira geral. Certos produtos e serviços são associados a pessoas que possuem um determinado estilo de vida, entretanto, como se pode observar, isso não necessariamente acontece. Como demonstrado pela pesquisa, uma mulher pode decidir ter um parto natural humanizado e não ser adepta de atividades físicas, por exemplo. Tal achado pode ser valioso para os profissionais de publicidade, já que às vezes é feita uma associação do consumo de um produto ou serviço a um estilo de vida, excluindo assim, quem não se identifica com esse estilo de vida. Quando, ao invés disso, poderia ser ressaltado os benefícios do produto ou serviço oferecido, de modo a captar novos adeptos e atender a variados perfis.

Esses resultados trazem relevantes implicações para o estudo do consumo de serviços de assistência ao parto. Sinteticamente, pode-se dizer que o trabalho fornece indicações de que os modelos tradicionais de assistência não contemplam todos os benefícios e valores pessoais das consumidoras de parto humanizado.

8.1 CONTRIBUIÇÕES

Pela quantidade de relações levantadas nesse trabalho pode-se perceber que a técnica *laddering* quando aplicada para investigar consumos de alto envolvimento, melhores são seus resultados. Quanto mais o assunto for interessante para o entrevistado, mais fácil será a condução das entrevistas por meio da ferramenta e os resultados parecem ser mais facilmente alcançados (quantidade de ligações que se estabelecem são maiores).

No que diz respeito ao parto humanizado aqui relatado, muito pouco se parece com os partos primitivos, feitos sem assistência. Trata-se de uma nova configuração que sofre influência dos avanços da medicina e da sociedade de consumo. Sem dúvida se apresenta como uma oportunidade de negócio para os profissionais que desejem basear sua conduta de assistência nos preceitos da humanização. Interessante notar que as consumidoras de parto humanizado estão dispostas a gastar não apenas com o parto, mas com a própria preparação para o parto, durante a gestação.

8.2 LIMITAÇÕES E DIFICULDADES DO ESTUDO

Entretanto, em relação ao objeto de estudo, apesar do ineditismo em abordar o assunto fora do campo da medicina e da enfermagem, as respostas dadas pelas entrevistadas podem ter se confundido em algum momento com o ato de dar à luz em si e não com o parto humanizado visto da perspectiva de um serviço prestado à parturiente, uma vez que é muito difícil separar uma coisa de outra.

A principal dificuldade consistiu na quantidade de entrevistas que a técnica *laddering* exige, bem como no tempo dispendido na análise de dados. Como são várias as etapas, e cada entrevista durou de 30 minutos a 1 hora e 30 minutos, o volume de dados gerados foi enorme, exigindo muita atenção e esforço por parte da pesquisadora.

8.3 SUGESTÕES PARA FUTURAS PESQUISAS

O consumo do parto humanizado se dá quando a consumidora se encontra sob influência de uma condição físico-química especial. Como os hormônios de uma gestante influenciam no consumo? Um estudo interdisciplinar entre o marketing e a medicina poderia ajudar a responder a essa pergunta. Além do mais, a sociedade, em geral, espera que os pais ofereçam o melhor para seus filhos. Qual o impacto dessa construção social dentro do comportamento do consumidor?

Em estudos de mercado é interessante ainda compreender os outros agentes que compõe uma relação de consumo. Desse modo, sugere-se que se investigue junto aos prestadores de serviços de parto humanizado suas percepções acerca do consumo do parto humanizado.

Ainda como sugestão de pesquisa, sugere-se a investigação do impacto de termos como “humanizado”, “sem crueldade”, “verdes” da decisão de compra do consumidor. O uso de sufixos como os acima mencionados, parecem exercer uma influência direta na escolha do consumidor. No Brasil, quando se fala que um produto ou serviço é “humanizado”, “verde”, “amigo do meio ambiente”, “solidário”, as pessoas fazem a associação com algo que tem a obrigação de ser mais barato. Durante a pesquisa, em visita à páginas do Facebook de humanização do parto, foram percebidos vários debates que giravam em torno da temática, com pessoas defendendo, que, como os serviços são cobrados e custam alto, não haveria humanização e meramente um interesse capitalista. Por que isso acontece? É um fenômeno percebido com maior força no Brasil? Por que um produto ou serviço com a característica de serem ambientalmente e socialmente responsáveis precisam ser mais baratos?

REFERÊNCIAS

- ALONSO, L. S. **Valores, benefícios e atributos percebidos pelas consumidoras de perfumes de luxo: uma análise por meio do modelo de Cadeias Meios-Fim.** (Mestrado em Administração) - PPAD - Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba, 2007.
- ASENDORPF, J. B.; NEYER, F. J. **Psychologie der Persönlichkeit.** Springer-Verlag. 2012.
- ASSAEL, H. Consumer behavior and marketing action. Boston, MA: PWS-KENT Publishing Company. 1992.
- BAGOZZI, R. P.; BERGAMI, M.; LEONE, L. Hierarchical Representation of Motives in Goal Setting. **Journal of Applied Psychology.** Vol. 88, No. 5, p. 915–943, 2003.
- BAGOZZI, R. P.; DHOLAKIA, U. Goal setting and goal striving in consumer behavior. **Journal of Marketing.** Chicago: 1999. Vol. 63
- BARDI, A.; SCHWARTZ, S. H. Values and behavior: strength and structure of relations. **Pers Soc Psychol Bull**, v. 29, 1207-1220. 2003.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1979.
- BARROS, J. C. D.; SAMARA, B. S. **Pesquisa de Marketing: conceitos e metodologia.** São Paulo. 1997.
- BASSO, J. F.; MONTICELLI, M. Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** v. 18, 2010.
- BAUER, M.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.** Trad. Pedrinho Guareschi. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
- BEHRUZI, R. et al (2010). Facilitators and barriers in the humanization of childbirth in Japan. **Pregnancy and Childbirth.** v.10, p.25, 2010.
- BELK, R. W.; WALLENDORF, M.; SHERRY, J. F. The sacred and the profane in consumer behavior: theodicy on the odyssey. **Journal of Consumer Research.** v. 15, p. 1-38, 1989.
- BRASIL. **Lei nº 8. 078 de 11 de setembro de 1990.** Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2015.
- BRASIL. ANS. **Resolução ANS n. 368 de 6 de janeiro de 2015.** Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=2892>. Acesso em: 30 ago. 2015.

- ÇABUK, S.; TANRIKULU, C.; GELIBOLU, L. Understanding organic food consumption: attitude as mediator. **International Journal of Consumer Studies**. Vol. 38, Issue 4, p. 337-345, 2014.
- CAMACHO, K.; PROGIANTI, J. M. A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 15, n. 3, p. 646-53, set. 2013
- CASTRO J.C.; CLAPIS, M.J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**. Nov.-dez. 13(6):960-7, 2005.
- CHURCHILL, G.A. JR.; PETER, J. P. **Marketing: Criando valor para os clientes**. São Paulo: Saraiva, 2005.
- COBB-CLARK, D.A.; KASSENBOEHMER, S.C.; SCHURER, S. Healthy habits: The connection between diet, exercise, and locus of control. **Journal of Economic Behavior & Organization**. Vol 98, p. 1-28, 2014.
- COOPER, D. R.; SCHINDLER, P. S. **Métodos de pesquisa em Administração**. Porto Alegre: Bookman, 2003.
- DALE, Joana. **Conheça as novidades do lucrativo mercado da maternidade**. O Globo. Rio de Janeiro, out. 2013. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/rio/conheca-as-novidades-do-lucrativo-mercado-da-maternidade-10253347>>. Acesso em: 9 jun. 2015.
- DA SILVA, R. C. et al. O discurso e a prática do parto humanizado de adolescentes. **Texto & Contexto Enfermagem**. v. 22, n. 3, p. 629-636, 2013.
- DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Introdução a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa**. In: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Y. S. (Orgs.) O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.7-14, jan. 2004
- DESLANDES, S. F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 615-626, Sept. 2005a.
- DESLANDES, S. F. The ethical and political humanization project: concepts, methods and identity. **Interface-comunicação, saúde, educação**. v. 9, n. 17, p. 401-403, 2005b
- DESLANDES, S.F.; MITRE, R.M.A. Communicative process and humanization in healthcare. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v.13, supl.1, p.641-9, 2009.
- DHOLAKIA, U. M. An investigation of the relationship between perceived risk and product involvement". **Advances in Consumer Research**. Vol. 24, 159-197, 1997.
- DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 30:Suppl 101-16. 2014.
- ESCUADERO, F. T. **Hierarquia de metas do consumidor de automóveis em Curitiba: um estudo na categoria de utilitários esportivos compactos**. Dissertação (Mestrado em

Administração) - Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.

ESCUADERO, F. T.; PRADO, P. H. M. Metas de Consumo e a Técnica de Padrão de Associação (APT) Ampliada: Um Estudo no Mercado de Veículos Utilitários Esportivos (SUVs). III Encontro de marketing da ANPAD, **Anais**. Curitiba, PR, 2008a.

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

FOXALL, G. R. The behavior analysis of consumer choice: an introduction to the special issue. **Journal of Economic Psychology**. Amsterdam, v. 24, n. 5, p. 581-588, Mar. 2003.

GABB, J. **Researching intimacy in families**. Basingstoke: Palgrave Macmillan. 2008.

GRÖNROOS, C. Marketing Gerenciamento e Serviços: A competição por serviços na hora da verdade. tradução de Cristina Bazán. Rio de Janeiro: Campus, 1993.

GRUNERT, K.; BECKMANN, S.; SORESEN, E. Means-End Chains and Laddering: an inventory of problems and a agenda for research. **Understanding consumer decision making**, 2001.

GUTMAN, J. A Means-End Chain Model Based on Consumer Categorization Processes. **Journal of Marketing**, v. 46, Spring, p. 60-72, 1982.

_____. A Means-End Chain as Goal Hierarchies. **Psychology & Marketing**, v. 14, p. 545-560, Sept. 1997.

GUTMAN, L. **A maternidade e o encontro com a própria sombra**. Rio de Janeiro: Best Seller. 4ª edição, 2013.

HORTA, M. **Entenda o polêmico parto domiciliar e veja quem pode dar à luz dessa maneira**. Uol. São Paulo, set. 2012. Disponível em: <http://mulher.uol.com.br/gravidez-e-filhos/noticias/redacao/2012/09/18/entenda-o-polemico-parto-domiciliar-e-veja-quem-pode-dar-a-luz-dessa-maneira.htm>. Acesso em: 16 mar. 2016.

IBGE. Brasil em Síntese. **Sistema IBGE de Recuperação Automática - SIDRA**. Disponível em: <http://brasilemsintese.ibge.gov.br/contas-nacionais/pib-valores-correntes.html>. Acesso em: 16 mar. 2016.

IKEDA, A.A.; VELUDO-DE-OLIVEIRA, T. M. A essência do aprender no marketing educacional à luz da teoria de cadeias meios-fim. **Revista de Economia e Administração**. 4, 2, 197-228, Apr. 2005.

JÄGEL, T. et al. Individual values and motivational complexities in ethical clothing consumption: A means-end approach. **Journal of Marketing Management**. 28, 3/4, 373-396, Mar. 2012

JUNG, Y. What a smartphone is to me: understanding user values in using smartphones. **Information Systems Journal**. 24, 4, 299-321, July 2014.

KACIAK, E; CULLEN, CW. A method of abbreviating a laddering survey. **Journal of Targeting, Measurement & Analysis for Marketing**. 17, 2, 105-113, June 2009.

KAPFERER, J. N.; LAURENT, G. Consumers' Involvement Profile: New Empirical Results. **Advances in Consumer Research**. Volume 12, p. 290-295. 1985.

LARENTIS, F. **Comportamento do consumidor**. Curitiba: IESDE, 2012. E-book disponível em: [// https://books.google.com.br/](https://books.google.com.br/) Acesso em: 10 ago. 2015.

LÊ, Q. Intercultural Issues in Conducting Health Care Qualitative Research. **Qualitative Research Journal**, vol. 8, no. 2, pp. 104–112, 2008.

LEÃO, A. L. M. de S.; DE MELLO, S. C. B. Conhecendo o valor do cliente virtual: Uma análise utilizando a Teoria de Cadeias Meios-Fim. In: XXVI Encontro Anual da ANPAD. **Anais**. Salvador: ANPAD, 2002.

LIGAS, M. People, products and pursuits: exploring the relationship between consumer goals and product meanings. **Psychology & Marketing**, v. 17, n. 11, p. 983, 2000.

LUPPE, M. R.; ANGELO, C. F. de. As decisões de consumo e a heurística da ancoragem: uma análise da racionalidade do processo de escolha. **RAM, Rev. Adm. Mackenzie (Online)**. São Paulo, v. 11, n. 6, p. 81-106, Dec. 2010

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada**. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOWEN, J. C.; MINOR, M. **Consumer Behavior**. Prentice-Hall, 1998.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, 11 (4), 2011.

NIADA, A. C. M.; BAPTISTA, P. DE P. Hierarquia de metas do consumidor para diferentes níveis de auto conexão com a marca: um estudo sobre a relação dos corredores de rua com a marca de seu tênis de corrida. **Revista de Administração Mackenzie**. 14, 5, 140-176, Sept. 2013.

NUNKOO, R.; RAMKISSOON, H. Applying the means-end chain theory and the laddering technique to the study of host attitudes to tourism. **Journal of Sustainable Tourism**. 17, 3, 337-355, May 2009.

PASTORE, M.; NOGUEIRA, P. **O parto em movimento**. Unespciência, v. 57, out. 2014. Disponível em: <http://www.unesp.br/aci_ses/revista_unespciencia/acervo/57/parto-em-movimento>. Acesso em: 10 ago. 2015.

OLIVEIRA, V. M.; MARTINS, M. D. F.; VASCONCELOS, A. C. Entrevistas “em profundidade” na pesquisa qualitativa em Administração: pistas teóricas e metodológicas. **Anais do Simpoi – Simpósio de Administração da Produção e Operações Internacionais**. Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 8. 2012.

OLSON, J. C.; REYNOLDS, T. J. **Understanding Consumers’ Cognitive Structures: Implications for Advertising Strategy, in Advertising and Consumer Psychology**. Larry Percy and Arch G. Woodside, eds., Lexington Books, Lexington, Mass. 1983.

ORSINGHER, C; MARZOCCHI, GL; VALENTINI, S. Consumer (goal) satisfaction: A means-ends chain approach. **Psychology & Marketing**. 28, 7, 730-748, July 2011

OSAVA, Ruth H. **Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não médico**. Tese de doutorado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1997.

- OYSERMAN, D. **Values: psychological perspectives**. International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences. Elsevier, 2001.
- PÉPECE, O. C.; PRADO, P.M. Plastic Dreams: consumption goals of Melissa collectors. **Brazilian Business Review**. 9, 2, 47-67, Apr. 2012.
- PERASSO, V. “Epidemia” de cesáreas: por que tantas mulheres no mundo optam pela cirurgia? BBC. São Paulo, jul. 2015. Disponível em: <http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/07/150719_cesarianas_mundo_rb>. Acesso em: 9 abr. 2016.
- PIETERS, R.; BAUMGARTNER, H.; ALLEN, D. A means-end chain approach to consumer goal structures. **International Journal of Research in Marketing**, Amsterdam, v. 12, n. 3, p. 227-244, Sept. 1995.
- PITALUGA, L. K. S. **Qualidade de Vida de Mulheres Submetidas ao Acompanhamento de Doulas**. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2014.
- PIVA, Naiady. **Como garantir a doula na hora do parto**. Gazeta do Povo. São Paulo, abr. 2015. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/como-garantir-a-doula-na-hora-do-parto-a40msin5zqvoqea9r05fl4n94>>. Acesso em: 10 jun. 2015.
- PORTUGAL, N. dos S.; et al. Educação a distância – valores que norteiam a escolha. **Revista Gestão Organizacional (RGO)**. 6, 1, 93-104, Jan. 2013.
- RATNESHWAR, S; HUFFMAN, C; MICK, D. G. **The why of consumption: contemporary perspectives on consumer motives, goals and desires**. London: Routledge, 2000.
- REYNOLDS, Thomas J. "Implications for Value Research: A Micro vs. Macro Perspective". **Psychology and Marketing**. 1985.
- REYNOLDS, T. J.; GUTMAN, J. Laddering theory, method, analysis, and interpretation. **Journal of Advertising Research**, p. 11-31, Fev./Mar., 1988.
- RICHARDSON, R.J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- ROKEACH, M. **The Nature of Human Values**. New York: Free Press, 1973.
- RUTH, J. A.; BRUNEL, F. F.; OTNES. C. C. Linking thoughts to feelings: investigating cognitive appraisals and consumption emotions in a mixed emotions context. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 30, n. 1, p. 44-58, Winner 2002.
- SAAKA, A.; SIDON, C.; BLAKE, B. F. Laddering: A “How to do it” Manual—with a note of caution. **Research reports in consumer behavior: How to series**. Ohio: Cleveland State University. 2004.
- SANTOS, R. A. A. et al. Trajetória de humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura. **Caderno de Cultura e Ciência**. v.13, n.2, p. 76-89, 2015.
- SASSATELLI, R. **Consumer Culture: history, theory and politics**. USA: Sage, 2007.
- SATO, C. C. M. **Valores pessoais, benefícios e atributos do ato de presentear com chocolate**. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Maringá, 2014.

- SERRA, Maria Clara. **Chegada Humanizada**. O Globo. Rio de Janeiro, out. 2014. Disponível em: <<http://www.enasp.fiocruz.br/portalenasp/informe/site/arquivos/anexos/1ab7eb1290196cd23b7580259bc36b3fe3a4c2c8.JPG>>. Acesso em: 10 jun. 2015.
- SHETH, J.N.; MITTAL, B.; NEWMAN, B.I. **Comportamento do cliente: indo além do comportamento de do consumidor**. São Paulo: Atlas, 2001.
- SOLOMON, M. R. **O comportamento do consumidor: comprando, possuindo e sendo**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2002.
- SCHWARTZ, S. H.; BILSKY, W. Toward a theory of the universal content and structure of values. **Journal of Personality and Social Psychology**. Washington, v. 53, n. 3, p. 550-562, Sept. 1987.
- _____. Toward a theory of the universal content and structure of values: Extensions and Cross-Cultural Replications. **Journal of Personality and Social Psychology**. v. 58, p. 878-891. 1990.
- SCHWARTZ, S. H. Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries. **Advances in Experimental Social Psychology**. v. 25, p. 1-65. 1992.
- _____. Studying values: Personal adventures, future directions. **Journal of Cross-Cultural Psychology**. 42, 307-319. 2011.
- TORNQUIST, C. S. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**. v. 10, n. 2, p. 483-492, 2002.
- VELEDA, A.; GERHARDT, T. E. About humanly giving birth: the insertion of the nursing in the humanization of birth movement in Brazil. **Journal of Nursing and Socioenvironmental Health**. v.1, n. 1, p. 47-53, 2014.
- VELUDO-DE-OLIVEIRA, TM; IKEDA, AA. VALOR EM SERVIÇOS EDUCACIONAIS. **RAE - Eletrônica**. 5, 2, 1, Sept. 2006.
- VIEIRA, V. A. As tipologias, variações e características da pesquisa de marketing. *Revista FAE*, Curitiba, v. 5, n. 1, p. 61-70, jan-abr. 2002
- VILAS BOAS, L. H. de B. **Comportamento do consumidor de produtos orgânicos: uma análise na perspectiva da teoria da cadeia de meios e fins**. Tese (Doutorado em Administração). Universidade Federal do Lavras. Lavras, 2005.
- VILAS BOAS, L. H. de B., et al. Comportamento do consumidor de produtos orgânicos: uma aplicação da teoria da Cadeia de Meios e Fins. In II Encontro de Marketing - EMA, 2006, Rio de Janeiro. **Anais**. Rio de Janeiro: ANPAD, 2006.
- VILAS BOAS, L.H. de B.; SETTE, R. de S.; BRITO, M.J. de. Comportamento do consumidor de produtos orgânicos: uma aplicação da teoria da cadeia de meios e fins. **Organizações Rurais & Agroindustriais**. v.8, n.1, p. 35-39, 2006.
- VRIENS, M.; TER HOFSTEDE, F. Linking Attributes, Benefits and Consumer Values: A Powerful Approach to Market Segmentation, Brand Positioning and Advertising Strategy. **Marketing Research**. 12, p. 5 –10, Fall, 2000.
- YAZBEK, Priscilla. **Parto em hospital particular pode custar o valor de um carro**. Exame. São Paulo, nov. 2013. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/seu-dinheiro/noticias/parto-em-hospital-particular-pode-custar-o-valor-de-um-carro>>. Acesso em: 9 jun. 2015.

WALKER, B. A. J.; OLSON C. Means-end chains: connecting products with self. **Journal of Business Research**, Chicago, v. 22, n. 2, p. 111-118, Mar. 1991.

WELLS, W. D.; PRENSKY, D. **Consumer Behavior**. New York: Jonh Wiley & Sons, 1996.

WOODRUFF, R. B. Customer value: the next source of competitive advantage. **Journal of Academy of Marketing Science**, v. 25, n. 2, p. 139-54, 1997.

World Health Statistics 2015. **World Health Organization**. Geneva, Switzerland, 2015. Disponível em: < http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/>. Acesso em: 16 mar. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FORMULÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DE ATRIBUTOS DO PARTO HUMANIZADO

APÊNDICE B – FORMULÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFÍCIOS E VALORES PESSOAIS DO CONSUMO DE PARTO HUMANIZADO

APÊNDICE C – FORMULÁRIO PARA LEVANTAMENTO DO PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO

APÊNDICE D – FORMULÁRIO PARA LEVANTAMENTO DOS HÁBITOS DE CONSUMO, INFORMAÇÕES SOBRE OS PARTOS E ALGUMAS INFORMAÇÕES SOBRE PARTO HUMANIZADO EM GERAL

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

APÊNDICE F – ESCALAS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

APÊNDICE G – CARACTERIZAÇÃO DAS ENTREVISTADAS

APÊNDICE B – FORMULÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFÍCIOS E VALORES
PESSOAIS DO CONSUMO DE PARTO HUMANIZADO

ENTREVISTAS – ETAPA 2 - IDENTIFICAÇÃO DE BENEFÍCIOS E VALORES

Entrevistada:

Data:

Você considera...atributo do parto humanizado? Quais os benefícios que você espera alcançar com esse atributo? O que isso te permite fazer? O que isso te permite alcançar? E por que isso é importante para você?

ATRIBUTOS	BENEFÍCIOS	VALORES
NATURAL		
BELO		
PERSONALIZADO		
PREÇO ALTO		
AUTONOMIA		
SEGURO		
RESPEITOSO		
SAGRADO		
COMPANHIA ESCOLHIDA		

APÊNDICE D – FORMULÁRIO PARA LEVANTAMENTO DOS HÁBITOS DE CONSUMO, INFORMAÇÕES SOBRE OS PARTOS E ALGUMAS INFORMAÇÕES SOBRE PARTO HUMANIZADO EM GERAL

Escolher um nome fictício:

Data:

HÁBITOS DE CONSUMO

1. Você pratica atividades físicas?

() Não () Sim

Se sim, qual (is)?

Se sim, com que frequência?

A quanto tempo?

2. Hábitos saudáveis/naturais/sustentáveis de consumo?

Fuma? Antes e depois da gestação

Consome bebida alcoólica? Antes e depois da gestação

Possui algum cuidado com a alimentação? Quais?

Possui algum outro hábito sustentável/natural/saudável?

O que você costuma fazer com a família no tempo livre?

Durante a gravidez tinha algum hábito ou consumiu algum serviço no intuito de se preparar para o parto?

Em relação aos cuidados com o bebê, você possui algum hábito saudável, natural, sustentável? Qual (is)?

INFORMAÇÕES SOBRE O(S) PARTO(S)

3. Quantidade de filhos biológicos:

4. Sobre parto e nascimento dos seus filhos

	1º Filho	2º Filho	3º Filho
Data do parto:			
Tipo de parto:	()Parto humanizado	()Parto humanizado	()Parto humanizado
	()Parto normal com intervenções de rotina	()Parto normal com intervenções de rotina	()Parto normal com intervenções de rotina
	()Cirurgia cesariana	()Cirurgia cesariana	()Cirurgia cesariana
No caso das intervenções de rotina quais foram?			
No caso de cirurgia cesariana, foi eletiva ou teve alguma indicação médica?			
O pré-natal foi feito por meio:	()Plano de saúde	()Plano de saúde	()Plano de saúde
	()Particular	()Particular	()Particular
Em caso de ser particular, qual o valor das consultas?			

Houve mudança de médico durante o pré-natal? Se sim, por quê?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não
Presença de doula:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não
Custo das doulas:			
Local do parto:	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Hospital
	<input type="checkbox"/> Domicilio	<input type="checkbox"/> Domicilio	<input type="checkbox"/> Domicilio
	<input type="checkbox"/> Outro. Qual?	<input type="checkbox"/> Outro. Qual?	<input type="checkbox"/> Outro. Qual?
Custos hospitalares:			
Quem assistiu o seu parto:	<input type="checkbox"/> Mesmo médico do pré-natal	<input type="checkbox"/> Mesmo médico do pré-natal	<input type="checkbox"/> Mesmo médico do pré-natal
	<input type="checkbox"/> Outro médico	<input type="checkbox"/> Outro médico	<input type="checkbox"/> Outro médico
	<input type="checkbox"/> Parteiras	<input type="checkbox"/> Parteiras	<input type="checkbox"/> Parteiras
Custo de quem prestou a assistência no parto:			
Outros custos relacionados ao parto (anestesiista, pediatra etc)			

Os valores pagos pelo parto foram custeados por quem?

SOBRE PARTO HUMANIZADO

5. Onde você ouviu falar pela primeira vez sobre parto humanizado? Qual foi sua impressão sobre o assunto?
6. O que te motivou a querer um parto humanizado?
7. Antes de engravidar, conhecia alguém que havia feito parto humanizado? Quem?
8. Sua mãe e irmãs tiveram filhos através de parto normal ou de cirurgia cesariana?
9. Quais as características de um médico humanizado? Você faria pre natal com o mesmo médico? Teria um próximo parto com o mesmo médico?
10. Quais fontes você utiliza para identificar um médico humanizado?

11. Qual o papel dos grupos de apoio e rodas de gestantes para o alcance de um parto humanizado?
12. Como você ficou sabendo do trabalho das doulas?
13. Você acha que um parto humanizado precisa ter doulas? Por quê?
14. Quais foram os fatores que te levaram a contratar esse serviço? Teria doula em um próximo parto?
15. Em caso de parto domiciliar, o que te motivou a fazer essa opção?
16. Em caso de parto hospitalar, o que te motivou a fazer essa opção?
17. Você virou referência junto à família e aos amigos para assuntos de parto?

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

TERMO DE CONSENTIMENTO

Título do Projeto: Consumo de parto humanizado e seus motivadores: uma aplicação da teoria das cadeias meios-fim (MEC).

Objetivo: Caracterizar os fatores motivadores do consumo de parto humanizado.

Procedimentos: A pesquisa será realizada junto a mulheres que vivenciaram a experiência de um parto humanizado. As entrevistas acontecerão em duas etapas. Em um primeiro momento será preenchido um formulário que servirá como base para elaboração do roteiro de entrevistas que será utilizado na segunda entrevista. A segunda entrevista será gravada e transcrita na íntegra para que os dados sejam analisados. Também poderão ser fornecidas fotos dos partos, caso a entrevistada assim queira, para serem utilizadas na pesquisa para complementação dos dados coletados.

Desconfortos e riscos. O participante pode sentir desconforto ao abordar determinado tema, entretanto, a continuidade do depoimento ou a utilização do dado será de total autonomia do participante. Nenhum conteúdo será levado em consideração sem que o participante, mesmo após a narrativa, esteja de acordo.

Benefícios esperados. O estudo permitirá compreender quais os motivadores para se ter um parto humanizado, levando em consideração os atributos e benefícios desse tipo de parto, as intenções de consumo e preocupações momentâneas e por fim, os projetos de vida, seus valores e temas de vida.

Responsáveis:

- Programa de Pós-graduação em Administração da Universidade Estadual de Maringá - PPAUEM

- Telefone: 44-3011-4941

- Orientadora: Professora Dra Olga Maria Coutinho Pépece

- Mestranda: Lair Barroso Arraes Rocha Silva - Telefone: 43-9690-3974

- E-mail: lair_rocha@hotmail.com

Qualquer dúvida ou mais esclarecimentos procurar a mestranda ou o Programa de Pós Graduação em Administração (PPA) da Universidade Estadual de Maringá – Bloco C23 – sala15 - Campus Central - Maringá.

Eu, _____, após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com a mestranda Lair Barroso Arraes Rocha Silva, CONCORDO VOLUNTARIAMENTE, em participar do mesmo e autorizo a divulgação dos dados por mim fornecidos.

_____ Data: ____/____/____

Assinatura da pesquisada

E-mail:

Eu, Lair Barroso Arraes Rocha Silva, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo para a participante.

APÊNDICE F – ESCALAS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

Ana	1-16-47
	2-25-48
	2-11-42
	3-10-38
	3-24-38
	3-11-42
	4-26-38
	6-26-28-29-48
	6-28-44
	6-30-46
	7-17-18-28-48
	8-29-40
	8-28-48
Luísa	1-36-40
	1-23-39
	1-17-48
	1-36-41
	2-24-41
	4-26-38
	4-17-42
	6-26-37-48
	6-37-41
	7-17-43
	7-19-48
Isabel	1-23-38
	1-23-34-41
	1-34-40
	1-14-15-19-48
	2-26-42
	2-11-41
	4-25-41
	4-23-39
	6-28-48
	7-13-48
	7-17-26-38
	8-25-38
Marilia	2-23-28-48
	2-25-28-33-47
	4-11-26-38
	6-24-28-48
	6-30-46

Lua	1-16-26-48
	2-23-41
	2-28-43
	2-23-39
	6-30-43
	8-22-26-28-48
	9-32-35-45
	9-23-41
Priscila	1-21-29-39
	2-25-11-42
	3-24-42
	3-21-47
	3-21-45
	3-15-38
	4-26-38
	5-36-40
	6-36-46
	7-31-39
	8-19-21-22-41
	9-34-35-45
	9-32-47
	9-32-46
Palmira	1-13-16-47
	1-36-40
	2-26-23-48
	2-23-39
	3-26-38
	3-32-45
	3-33-39
	6-37-48
	6-30-38
	8-25-47
Larissa	1-36-44
	1-14-16-18-23-41
	2-28-37-48
	3-24-26-38
	4-36-38
	4-26-40
	4-23-39
	5-36-40
	7-16-17-48
	8-14-26-38
	8-18-19-20-26-28-36-40
	9-36-39
	9-34-45
Leticia	1-19-22-41
	2-29-36-42
	2-23-26-41
	3-26-29-41

	4-18-19-23-41
	5-18-29-47
	6-28-30-46
	8-29-37-48
	9-35-45
	9-34-44
Jéssica	1-14-17-19-26-38
	2-26-38
	3-24-28-48
	4-23-39
	4-32-41
	4-26-38
	6-17-28-48
	8-10-15-38
	8-21-48
Melania	1-18-19-23-39
	2-11-42
	2-28-48
	3-17-26-38
	3-33-41
	5-23-41
	5-36-37-40
	6-28-48
	6-34-44
	7-14-17-48
	8-18-26-48
Juliana	1-19-34-44
	2-11-23-25-48
	3-19-17-42
	3-25-38
	4-32-39
	4-26-38
	8-28-40
	8-26-41
	9-35-45
Carol	1-14-34-44
	2-11-43
	2-11-12-48
	3-25-26-41
	3-33-39
	4-26-42
	4-32-45
	4-32-40
	6-24-28-37-48
	8-36-40
Cristina	1-19-20-48
	2-26-28-48
	2-31-41
	4-19-38

	7-14-48
	8-18-40
	8-18-48
Naoli	1-17-48
	2-25-28-48
	2-11-42
	3-24-38
	3-17-48
	5-36-40
	6-28-25-37-41
	7-17-48
	8-18-48
Maria Luiza	1-17-16-48
	2-10-38
	2-17-48
	3-26-42
	3-25-38
	4-34-39
	4-31-38
	5-24-27-42
	6-28-27-42
	6-27-41
	6-28-46
	7-18-48
	8-26-21-40
	8-26-28-48
	9-34-35-44
Rafaela	1-16-45
	1-17-48
	2-11-22-38
	3-26-38
	8-26-48
	8-28-43
	9-35-36-45
	9-36-39

Maíra	1-17-26-38
	2-11-41
	2-28-17-19-48
	3-26-48
	3-26-38
	4-26-12-17-25-38
	4-33-41
	6-10-28-48
	8-19-29-38
	8-19-42
Betina	1-14-17-38
	1-36-39
	2-26-38
	2-28-48
	4-12-38
	4-31-30-47
	5-29-40
	6-17-48
	6-37-28-25-18-41
	7-17-19-48
	8-21-48
Ana Reis	1-36-39
	2-23-28-30-48
	2-11-42
	4-26-38
	9-23-31-39
	9-35-45
Patricia	1-19-20-44
	2-23-41
	2-26-48
	4-34-44
	4-25-30-38
	5-18-19-20-40
	6-23-41
	8-25-38
	9-34-45
	9-34-47
Bernadete	1-17-48
	2-24-17-10-42
	2-26-48
	3-26-38
	4-26-38
	6-37-48
	8-10-41

Gabi	1-36-44
	2-23-19-11-41
	2-11-48
	4-25-38
	5-23-41
	5-36-40
	6-28-30-48
	6-28-43
	8-17-25-38
Kalu	1-36-44
	3-26-38
	3-24-42
	4-37-26-38
	6-30-37-25-41
	6-37-48
	7-13-14-25-30-41
	8-17-18-21-27-41
	8-30-42
	8-26-38
	8-34-44
	9-34-36-45
Guadalupe	1-14-36-44
	2-11-26-48
	5-37-39
	7-19-17-48
	8-28-18-29-38
Elsa	1-36-44
	1-14-48
	3-30-37-22-40
	4-26-38
	7-17-48
	8-10-28-48
Acácia	1-26-38
	1-31-39
	3-25-42
	3-35-45
	4-17-38
	4-26-42
	5-29-36-40
	6-28-41
	7-17-48
	8-12-25-38
	9-32-45
	9-35-44

Maria	1-19-22-17-48
	3-36-22-48
	4-23-41
	4-14-38
	4-31-42
	4-26-39
	8-21-40
	8-28-43
	9-36-41
Michele	1-14-16-38
	1-37-48
	4-26-38
	8-28-29-48
	8-25-43
	9-36-42
	9-13-45
Sara	1-18-40
	1-24-34-44
	4-16-36-40
	4-26-38
	4-37-42
	5-11-36-41
	6-26-28-48
	8-25-45
	8-26-38
	8-24-41
Sansa	1-19-38
	4-32-45
	5-32-35-45
	6-37-48
	7-17-48
	8-21-36-38
	8-32-45
Frida	1-19-22-26-38
	1-23-41
	3-25-22-48
	6-28-48

APÊNDICE G – CARACTERIZAÇÃO DAS ENTREVISTADAS

	<u>NOME FICTICIO</u>	<u>IDADE</u>	<u>PARTO (S)</u>
1	Olga	28	1 CE, 1 PHH
2	Mayara	32	1 PHH
3	Michelle	34	2 PHH
4	Betina	29	2 PHH
5	Sara	30	1 CE, 1 CIT
6	Frida	27	1 PHD
7	Maria		1 PHH
8	Priscila	30	1 PHH
9	Luisa	35	1 PHH
10	Rafaela	34	1 PHH
11	Acácia	36	1 PHH
12	Patrícia	35	1 CE, 1 PHH
13	Ana	31	1 CI
14	Isabel	32	1 CE, 1PHH
15	Marília	32	1 PHH
16	Lua	26	1 PHH
17	Palmira	30	1 PHH
18	Laryssa	27	1 PHH
19	Leticia	34	1 CE
20	Jéssica	33	1 PHH
21	Melania	33	1 PNI, 1PHH
22	Juliana		1 PHH, 1PDD
23	Carol	27	1 PHD
24	Cristina	32	1 CI
25	Naoli	29	1 CI
26	Maria Luiza	25	1 PHH
27	Maira	34	1 PHH
28	Ana Reis	28	1 PHH
29	Bernardete	24	1 PHH
30	Gabi	33	1 PHH
31	Kalu	34	1 CE, 1PHD
32	Guadalupe		1 PHH
33	Elsa	29	1 CE, 1PHD
34	Sansa	33	2 PHD

LEGENDA: PARTO HUMANIZADO HOSPITALAR (PHH), PARTO HUMANIZADO DOMICILIAR (PHD), PARTO DOMICILIAR DESASISTIDO (PDD), PARTO NORMAL COM INTERVENÇÕES (PNI), CESARIANA ELETIVA (CE), CESARIANA APÓS INDUÇÃO (CI) e CESARIANA INTRAPARTO (CIT).