UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA

PRÓ- REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

GILMARA DE LUCENA BESERRA

COMUNICAÇÃO ENFERMEIRO E PARTURIENTE NA FASE ATIVA DO TRABALHO DE PARTO: CENÁRIO BRASIL E CABO VERDE

REDENÇÃO

2017

GILMARA DE LUCENA BESERRA

COMUNICAÇÃO ENFERMEIRO E PARTURIENTE NA FASE ATIVA DO TRABALHO DE PARTO: CENÁRIO BRASIL E CABO VERDE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área: Saúde e Enfermagem no Cenário dos Países Lusófonos.

Linha de Pesquisa: Práticas do Cuidado em Saúde no Cenário dos Países Lusófonos.

Orientadora:
Profª. Drª. Paula Marciana Pinheiro de Oliveira

Co-orientadora:
Profª. Drª. Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos

REDENÇÃO
2017

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Sistema de Bibliotecas da UNILAB
Catalogação de Publicação na Fonte.

Beserra, Gilmara de Lucena.

B465c

Comunicação enfermeiro e parturiente na fase ativa do trabalho de parto: cenário Brasil e Cabo Verde / Gilmara de Lucena Beserra. - Redenção, 2017.
111f: il.

Dissertação - Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2017.

Orientadora: Profa. Dra. Paula Marciana Pinheiro de Oliveira.
Coorientador: Profa. Dra. Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos.

1. Enfermagem obstétrica. 2. Enfermagem - Trabalho de parto. 3. Comunicação - Enfermeiro e parturiente. I. Título

CE/UF/BSCL CDD 610.73678

GILMARA DE LUCENA BESERRA

COMUNICAÇÃO ENFERMEIRO E PARTURIENTE NA FASE ATIVA DO TRABALHO DE PARTO: CENÁRIO BRASIL E CABO VERDE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área: Saúde e Enfermagem no Cenário dos Países Lusófonos.

Linha de Pesquisa: Práticas do Cuidado em Saúde no Cenário dos Países Lusófonos.

Aprovada em:____/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof.ª Dra.Paula Marciana Pinheiro de Oliveira (Orientadora)
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

_____

Prof. Dr. Paulo César de Almeida (1ª membro)
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

_____

Prof.ª Dra. Lorita Marlena Freitag Pagliuca (2ª membro)
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro Brasileira (UNILAB)

_____

Prof.ª Dra. Grazielle Roberta Freitas da Silva (Suplente)
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

A Deus e Nossa Senhora.
Aos meus pais, João Cláudio e Fátima, razões do meu viver.

AGRADECIMENTOS

A Deus e Nossa Senhora, por tornarem possível todos os sonhos presentes em meu coração, por me guiarem no caminho da perseverança e da fé diária. Obrigada, Senhor, por tudo. Sem ti, nada sou!!!

Aos meus queridos pais João Cláudio e Fátima, pelo respeito, carinho, compreensão, apoio, amor incondicional, orações em todos os momentos da minha caminhada acadêmica e por não medirem esforços para investir em meu futuro. Cada vitória conquistada é e sempre será de vocês e por vocês. Amor eterno!!!

As minhas irmãs Mariana e Maiara, por apoiarem e acreditarem em mim sempre.

Aos meus familiares e amigos, pelo carinho, confiança e apoio.

À minha querida orientadora Profa. Dra. Paula Marciana Pinheiro de Oliveira, mestra e meu exemplo profissional. Muito obrigada pela confiança e parceria incondicional na concretização deste estudo, pelos conhecimentos que me proporciona, pelo apoio, pela amizade, por se fazer presente em todos os momentos ao longo dessa caminhada e por acreditar mais em mim do que eu mesma. Por tudo, muito obrigada!!!

À minha co-orientadora Profa. Dra. Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos, pelas valiosas contribuições, orientações preciosas e apoio.

À minha turma de mestrado, pelo convívio, troca de experiências e parceria. Obrigada pelas nossas conversas, momentos de alegria e pelo apoio na superação das dificuldades.

À Profa. Dra. Lorita Marlena Freitag Pagliuca, pelas valiosas contribuições, por ter aceitado o convite em participar da banca examinadora e disponibilizado o seu tempo para contribuir com o aperfeiçoamento deste estudo.

Ao Prof. Dr. Paulo César de Almeida, pela atenção, alegria, pelos bons momentos de aprendizado e pela imensa contribuição na análise estatística da pesquisa realizada.

À Profa. Dra. Grazielle Roberta Freitas da Silva, pelas contribuições e por ter aceitado o convite em participar da banca examinadora.

Às acadêmicas do curso de enfermagem da Unilab: Rosiane, Talita, Gleiciane, Gisele, Gabriela e Luci, pela valiosa contribuição na coleta de dados do estudo realizado no Brasil. Muito Obrigada!!!

Aos integrantes do Grupo de Pesquisa Promoção da Saúde, Comunicação e Tecnologias Educativas: Assistência à Pessoa com/sem Deficiência, pelos valiosos aprendizados compartilhados.

Aos docentes, funcionários, colaboradores e coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Unilab, por todo o suporte e apoio fornecido ao longo do curso de mestrado. E, em especial aos secretários Edson e Rafaelle pela presteza e disponibilidade sempre que precisei.

À Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), pelo apoio financeiro mediante bolsa de auxilio.

Aos enfermeiros obstetras, residentes e enfermeiros estagiários do curso de especialização em obstetrícia do Centro de Parto Normal de Maracanaú, pelas participações fundamentais para a concretização deste estudo e pela acolhida.

À todas as parturientes do Brasil e Cabo Verde, pela autenticidade e participação no estudo.

À Universidade de Cabo Verde (UniCV), pela oportunidade de vivenciar experiências acadêmicas no decorrer da mobilidade realizada na universidade. E, em especial às professoras Deisa Semedo e Denise Cardoso pela acolhida e apoio na concretização da coleta de dados realizada em Cabo Verde.

Aos enfermeiros obstetras da Maternidade da Praia, pelas valiosas participações no estudo e aprendizados compartilhados. E, em especial, à Enfa. Edite Lopes. Obrigada pelo apoio e carinho de todos.

Às pessoas queridas que me acolheram com todo o amor e carinho durante minha estadia em Cabo Verde para a concretização da coleta de dados: Cira, Ismara, Zito, Luis, Fátima e Cristiano, pela estadia e apoio incondicional. Levarei as historias e experiências vivenciadas em Cabo Verde para minha vida profissional e pessoal. Guardo todos no coração!

Enfim, a todos aqueles que contribuíram e estiveram ao meu lado ao longo dessa desejada e importante etapa da minha vida.

[...] Não é sobre chegar
No topo do mundo e saber que venceu
É sobre escalar e sentir que o caminho te fortaleceu [...]

(Trem Bala/Ana Vilela)

RESUMO

A satisfação da mulher no ato de parir pode ser influenciada por diversas condições, dentre elas, a relação enfermeiro e parturiente. Esta interação é permeada por atitudes, comportamento, suporte emocional, troca adequada de informações e comunicação, favorecendo assim um contentamento com a assistência recebida ao longo do momento parturitivo. A comunicação é processo que merece atenção, pois pode interferir em todos os outros aspectos mencionados. Deste modo, tem-se como objetivo geral analisar a comunicação verbal e não verbal entre enfermeiro e parturiente durante a fase ativa do parto nos cenários Brasil e Cabo Verde/África. Trata-se de estudo analítico com abordagem quantitativa, desenvolvido em um Centro de Parto Normal localizado no município de Maracanaú-CE (Brasil) e em maternidade referência em atendimento obstétrico localizado na cidade de Praia na região Sudeste da Ilha de Santiago (Cabo Verde). A população foi composta por enfermeiros obstetras, residentes, estagiários de especialização e parturientes no Brasil e enfermeiros obstetras e parturientes em Cabo Verde. Concretizou-se a coleta de dados mediante preenchimento dos instrumentos já validados com base nos referenciais teóricos da comunicação verbal e não verbal. Para a coleta de dados, foram convidados parturientes e enfermeiros aos quais se explicaram os principais objetivos e vantagens de participação no estudo. Após o aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi preenchido o formulário com dados sociodemográficos das parturientes e iniciado o preenchimento dos instrumentos de coleta de dados (comunicação verbal e comunicação não verbal). Para análise dos dados, estes foram processados no programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences. Como determinado, o estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa, segundo resolução 466/12 e aprovado. Para Cabo Verde, também foram seguidos os preceitos éticos conforme recomendação nacional. No estudo foi identificada a ausência de interações na maioria as variáveis analisadas tanto da comunicação verbal quanto na comunicação não verbal dos enfermeiros e parturientes em ambos os países. Em segundo lugar os dados mais predominantes das variáveis foram identificados com a ausência de comunicação no Brasil na maioria das interações analisadas (56,3%; $p<0,0001$) e em Cabo Verde houve maior interação do enfermeiro (56,3%; $p<0,0001$). Sobre a comunicação verbal parturiente/enfermeiro predominou no Brasil a solicitação de informação/orientação das parturientes aos enfermeiros no Brasil (18,6%) e em Cabo Verde (24,4%) com diferença estatística ($p<0,0001$). Em relação a distância entre enfermeiro e parturiente ($p= 0,005$) tanto no Brasil (29,7%) quanto em Cabo Verde (31,1%) a distância intima prevaleceu. Tanto no Brasil (16,9%) quanto em Cabo Verde (26,9%) o toque foi a forma de contato ($p<0,0001$) mais usada pelos enfermeiros ao se comunicarem com as mulheres. O comportamento facial ($p<0,0001$) dos enfermeiros foi identificado como normal tanto no Brasil (25,9%) quanto em Cabo Verde (45,4%). Nos dois países as parturientes permaneceram deitadas durante toda a comunicação não verbal com o enfermeiro ($p<0,0001$), Brasil (31,5%) e Cabo Verde (54,6%). Em relação ao contato estabelecido ($p<0,0001$) as parturientes não usaram contato para estabelecer comunicação não verbal com os enfermeiros do Brasil (25,1%) e Cabo Verde (16,8%). O comportamento facial ($p<0,0001$) das parturientes na comunicação não verbal com os enfermeiros foi identificado como outros no Brasil (26,1%), diferentemente de Cabo Verde (27,7%) onde o medo foi o comportamento facial que mais prevaleceu nas interações entre parturientes e enfermeiros obstetras.

Palavras-chave: Comunicação. Parto. Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

The satisfaction of the woman in the act of giving birth can be influenced by several conditions, among them, the nurse and parturient relationship. This interaction is permeated by attitudes, behavior, emotional support, adequate exchange of information and communication, thus favoring a contentment with the assistance received during the parturitive moment. Communication is a process that deserves attention because it can interfere in all other aspects mentioned. Thus, the general objective is to analyze verbal and non-verbal communication between nurse and parturient during the active phase of childbirth in the Brazil and Cape Verde / Africa scenarios. This is an analytical study with a quantitative approach, developed at a Normal Birth Center located in the municipality of Maracanaú-CE (Brazil) and a reference maternity unit in obstetric care located in the city of Praia in the southeast region of Santiago Island (Cape Verde) . The population was composed of obstetrical nurses, residents, specialization trainees and parturients in Brazil and obstetrician and parturient nurses in Cape Verde. The data collection was accomplished by filling in the instruments already validated based on the theoretical references of verbal and non-verbal communication. For the data collection, parturients and nurses were invited to explain the main objectives and advantages of participating in the study. After accepting and signing the Informed Consent Term, the form with sociodemographic data of the parturients was filled out and data collection instruments (verbal communication and non-verbal communication) were started. To analyze the data, these were processed in the statistical program Statistical Package for the Social Sciences. As determined, the study was submitted to the evaluation of the Ethics and Research Committee, according to resolution 466/12 and approved. For Cape Verde, ethical precepts were also followed according to national recommendations. The study identified the absence of interactions in most of the analyzed variables of both verbal communication and nonverbal communication of nurses and parturients in both countries. Secondly, the most prevalent variables were identified with no communication in Brazil (56.3%, $p<0.0001$) and in Cape Verde there was more interaction between nurses (56.3%; $p<0.0001$). Nurses in Brazil (18.6%) and Cape Verde (24.4%) had a statistical difference ($p<0.0001$) with regard to oral / parturient verbal communication. In relation to the distance between nurse and parturient ($p = 0.005$), both in Brazil (29.7%) and in Cape Verde (31.1%), intima distance prevailed. In both Brazil (16.9%) and Cape Verde (26.9%) touch was the most commonly used form of contact ($p <0.0001$) by nurses when communicating with women. The facial behavior ($p <0.0001$) of nurses was identified as normal in both Brazil (25.9%) and Cape Verde (45.4%). In both countries, parturients remained in bed during all non-verbal communication with the nurse ($p <0.0001$), Brazil (31.5%) and Cape Verde (54.6%). In relation to the established contact ($p <0.0001$), parturients did not use contact to establish non-verbal communication with nurses in Brazil (25.1%) and Cape Verde (16.8%). The facial behavior ($p <0.0001$) in nonverbal communication with nurses was identified as in Brazil (26.1%), unlike Cape Verde (27.7%), where fear was the facial behavior more prevalent in the interactions between parturients and obstetrician nurses.

Keywords: Communication. Childbirth. Obstetric Nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização das variáveis da Comunicação Verbal do enfermeiro e parturiente no Brasil e Cabo Verde.....42

Quadro 2 – Caracterização das variáveis da Comunicação Não Verbal do enfermeiro e parturiente no Brasil e Cabo Verde 55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização das variáveis sobre a Comunicação Verbal do enfermeiro……..42

Tabela 2 – Caracterização das variáveis sobre a Comunicação Verbal da parturiente……..55

Tabela 3 – Caracterização das variáveis sobre a Comunicação Não Verbal do enfermeiro……..56

Tabela 4 – Caracterização das variáveis sobre a Comunicação Não Verbal da parturiente……..57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNEPS	Comitê Nacional de Ética para Pesquisa em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONVENCE	Comunicação Não Verbal Enfermeira-Cego
CPLP	Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
CPN	Centros de Parto Normal
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
FACOVE	Formulário de Análise de Comunicação Verbal em Enfermagem
OMS	Organização Mundial da Saúde
NHB’s	Necessidades Humanas Básicas
PPP	Pré-parto, Parto e Puerpério
ReHuNa	Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNILAB	Universidade Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	**15**
1.1	**O Processo de Parto, Nascimento e Enfermagem**	**15**
1.2	**O Papel do Enfermeiro na Assistência de Enfermagem à Parturiente**	**17**
1.3	**Comunicação e o Processo Parturitivo**	**19**
1.4	**Assistência de Enfermagem Obstétrica: Experiência e realidade Brasileira e Caboverdiana**	**21**
1.5	**Formação Profissional do enfermeiro e enfermeiro especialista em obstetrícia: Breve resgate histórico no Brasil e Cabo Verde**	**24**
2	**OBJETIVOS**	**28**
2.1	**Objetivo Geral**	**28**
2.2	**Objetivos Específicos**	**28**
3	**REFERENCIAL TEÓRICO**	**29**
3.1	**Comunicação Verbal Segundo a Teoria de Jakobson (2010)**	**29**
3.2	**Comunicação Não Verbal Segundo a Teoria Proxêmica de Hall (2005)**	**32**
4	**MÉTODO**	**35**
4.1	**Tipo de Estudo**	**35**
4.2	**Local do Estudo e Período**	**35**
4.3	**População/Amostra do Estudo**	**36**
4.4	**Coleta de Dados**	**37**
4.5	**O Instrumento de Coleta e Análise de Dados**	**39**
4.6	**Análise dos Dados**	**41**
4.7	**Aspectos Éticos do Estudo**	**41**
5	**RESULTADOS**	**43**
6	**DISCUSSÃO**	**54**
7	**CONCLUSÕES**	**83**
	REFERÊNCIAS	**86**
	APÊNDICES	**97**
	ANEXOS	**102**

1 INTRODUÇÃO

1.1 O Processo de Parto, Nascimento e Enfermagem

Há muitos anos o processo parturitivo deixou de ser um fenômeno de natureza familiar, individualizada, fisiológica e passou a ser momento repleto de intervenções que proporcionam experiências, muitas vezes, negativas; desta maneira, perdeu as características da individualidade da mulher e mãe. Tal fato tem como consequência o distanciamento da essência do parto, considerado acontecimento natural feminino e esperado de forma ansiosa e positiva.

Nesse contexto, a maioria dos profissionais de saúde percebe o parto como evento patológico e propício para as intervenções, rejeitando qualquer tipo de vínculo ou aproximação com a mulher e ignorando as necessidades de privacidade e conforto (MENEZES; PORTELLA; BISPO, 2012), distante da proposta de assistência humanizada. Caracterizam-se como barreiras para a implementação de uma assistência humanizada, o desequilíbrio na relação e falta de comunicação efetiva entre profissionais da saúde e parturiente, precariedade estrutural do serviço e a falta de uma comunicação efetiva entre os profissionais da saúde e a mulher (SANTOS; OKAZAKI, 2012).

São diversos os ambientes onde é prestado o cuidado à parturiente, tais como centro de parto normal, domicílio, casa de parto, hospitais e maternidades. De acordo com estudos, a realização de partos nos Centros de Parto Normal (CPN) está associada com menores taxas de intervenções médicas durante o parto e nascimento. Evidenciam-se níveis mais elevados de satisfação da mulher, sem aumentar o risco de mães ou bebês (HODNETT; DOWNE; WALSH, 2012). Na enfermagem obstétrica, o parto domiciliar está sendo visto como instrumento relevante na promoção e humanização do cuidado ao parto e nascimento (MARTINS; ALMEIDA; MATTOS, 2012). Todos esses locais (casa de parto, CPN) são possibilidades encontradas pela mulher, porém ainda é frequente a ocorrência de partos em hospitais e maternidades. A realização do parto no âmbito hospitalar confere ao processo de nascimento novos significados. Mesmo com a existência de recursos e tecnologias nesses ambientes, o modelo de humanização do parto pressupõe que o cuidado de qualidade não é sinônimo de intervenção e tecnologia (SANFELICE et al., 2014). E, ainda, é comum observar nestes locais cenas nas quais as parturientes são assistidas em ambiente hospitalar hostil, cercadas de atos de violência obstétrica.

No Brasil, assim como em outros países, o termo "violência obstétrica" é utilizado para descrever as diferentes formas de violência cometidas na assistência à gravidez, o parto, o pós-parto e a abortamento, tais como o cuidado desumano, desrespeito e maus tratos no parto (DINIZ et al., 2015). Esse fato dá-se também pela falta de preparo da equipe. A rotina hospitalar preconiza o isolamento da parturiente de seus familiares, os toques vaginais repetitivos, o uso indiscriminado de ocitocina, dieta zero, tricotomia vulvo-perineal, restrição do movimento, dentre outras ocorrências que só distanciam cada vez mais o profissional da parturiente (SANTOS; PEREIRA, 2012). Segundo estudo produzido na África do Sul, ainda é significante a indiferença no cuidado prestado à mulher no momento do parto por parte dos profissionais (MASALA-CHOKWE, 2015). Com a rotina na prática dessas atitudes e a preocupação para mudá-las, impulsionaram-se debates sobre o tema no Brasil e no mundo, nos quais se difundia a informação de que as mulheres estavam insatisfeitas com o cuidado, principalmente na maioria dos países desenvolvidos.

Com a instituição da fundação Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa), evidenciam-se as circunstâncias de constrangimento em que se dá a assistência às mulheres no momento do parto, intensificando o papel do enfermeiro na atenção obstétrica e mostrando a importância e vantagens da humanização neste momento (CAUS et al., 2012).

Como observado, a qualidade dos cuidados obstétricos prestados pelo enfermeiro é um dos principais fatores a influenciar os resultados do parto. A qualidade do desempenho e medidas de cuidados da enfermagem nesta fase especial da vida da mulher pode ter resultados diferentes, não só sobre a saúde mental e emocional da mãe, mas também na saúde do bebê. Um ambiente de confiança entre mãe e enfermeiro, bem como o sentimento de confiança da parturiente em relação a este profissional propiciam a essa mulher no momento do seu parto uma experiência positiva com maiores vantagens (SEHHATI et al., 2012).

Com base em recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), a participação do enfermeiro obstetra durante o processo de parto e nascimento foi regulamentada e passou a ser estimulada no Brasil. Neste âmbito, tomou-se como referência os cuidados e não os procedimentos de intervenção (REIS et al., 2015).

O cuidado ao parto fundamenta-se na atenção dispensada por enfermeiros obstétricos e por enfermeiros generalistas. É atribuição do enfermeiro generalista prestar cuidado à gestante, parturiente e puérpera, e acompanhar a evolução do trabalho de parto e execução do parto sem distocia (Artigo 11 da Lei 7.498/86). De acordo com regulamentação, atribui-se total autonomia aos enfermeiros obstétricos nos cuidados ao parto (Resolução 516/2016). Desse modo, deve ser prestado um cuidado qualificado e humanizado.

A satisfação da mulher no ato de parir pode ser influenciada por diversas condições, tal como a relação do profissional enfermeiro e a parturiente. Nesta, evidenciam-se atitude, comportamento, suporte emocional, troca adequada de informações e comunicação. Assim, é possível favorecer um contentamento com a assistência oferecida ao longo do processo de parto e nascimento. Entretanto, a realidade de muitos serviços de saúde é diferente. Algumas recomendações baseadas em níveis de evidências ainda não foram introduzidas ou encontram resistências para sua efetivação nas instituições que assistem a parturiente (BUSANELLO et al., 2011).

1.2 O Papel do Enfermeiro no Cuidado de Enfermagem à Parturiente

A chegada de um filho certamente é um dos momentos mais sublimes da vida de uma mulher; significa o nascimento de uma família. Como uma boa prática do cuidado prestado à mulher no momento do parto é primordial, precisa de atenção e priorização. Neste prisma, ela vem sendo transformada de forma progressiva ao longo dos anos e merece destaque e discussão.

Atualmente, o termo “parto humanizado” encontra-se evidenciado na mídia, por profissionais de saúde e em estudos científicos. Com o forte empoderamento e participação da mulher no parto, surgem a todo instante novas perspectivas acerca das práticas humanizadas. O ato de humanizar a assistência em saúde surge como alternativa de modificar a conjuntura existente no Sistema Único de Saúde (SUS), a qual requer mudanças nos diversos estágios que a compõem, como, por exemplo, o complexo acesso e a falta ou precariedade dos serviços de saúde, a deficiência de recursos e materiais de trabalho, assim como a ausência de um atendimento e comunicação efetiva (MALHEIROS et al., 2012).

No cuidado de enfermagem a contribuição do enfermeiro vai além dos procedimentos realizados à parturiente. Essa assistência dispensada à mulher durante o processo de parturição pode representar também para ela a possibilidade de exercer sua participação nesse processo, favorecendo dessa forma seu papel de protagonista no ato de parir.

Toda a atenção ao longo do parto e nascimento, desde o trabalho de parto, deve ser exercida levando em conta o respeito na relação entre profissional, parturiente e família. Nesta perspectiva, o cuidado desempenhado pelo enfermeiro tem como objetivo propiciar à mulher uma vivência completa do parto. Assim, o profissional enfermeiro deve estar preparado para proporcionar-lhe apoio emocional e segurança (BRASIL, 2016).

O cuidado de enfermagem prestado à mulher no parto dá-se por meio da busca de um relacionamento mais próximo e humano entre profissional e mulher. Ademais, é importante que a parturiente assuma o controle sobre seu corpo de maneira a compreender o que acontece em cada etapa deste processo parturitivo. É essencial possibilitar a expressão de opinião e escolhas dessa mulher. O cuidado de enfermagem envolve também a percepção sobre as práticas possíveis em cada caso específico de atendimento, além de uma escuta atenta e sensível com vistas a auxiliar a parturiente nesse momento especial da sua vida (FRELLO; CARRARO; BERNARDI et al., 2011).

Neste prisma, a comunicação entre o enfermeiro e a mulher inicia-se no acompanhamento pré-natal. Uma comunicação efetiva é a melhor forma de obter maior vínculo entre profissional enfermeiro e mulher, possibilitando-lhe se sentir à vontade para expor suas angústias e dúvidas e, portanto, sentir-se mais segura e preparada para a hora do parto (DAHER et al., 2014). E é exatamente essa uma das principais vantagens do acompanhamento da gestante neste período: deixá-la mais confortável e inserida no contexto parturitivo.

Para melhor compreender o papel do enfermeiro no cuidado de enfermagem à parturiente, é preciso refletir acerca do relacionamento interpessoal estabelecido entre profissional e mulher mediante a empatia e interação no decorrer do vínculo assistencial. Os enfermeiros como profissionais presentes em todo o processo do parto se tornam importantes agentes de comunicação. Assim, comunicar-se na assistência prestada à mulher seja na fase

anterior, posterior ou no momento do parto, faz-se essencial para uma boa prática do cuidado e o enfermeiro deve está preparado para sua concretização.

1.3 Comunicação e o Processo Parturitivo

A comunicação é considerada como princípio da humanização. Mediante comunicação fundamentada na humanização, disponibilizam-se informações, apoio, suporte emocional e carinho. Na relação enfermeiro e parturiente, entender a comunicação é contribuir para a completude e satisfação no momento do parto.

Nos cuidados em saúde, a comunicação dá-se de diferentes maneiras, todas de extrema relevância para uma boa prática assistencial, porquanto estão relacionadas com as várias áreas e cenários na saúde, quer no Brasil ou em outros países integrantes da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP). Rotineiramente o enfermeiro depara-se com a necessidade de se comunicar; cabe-lhe agir de forma a compreender seus pacientes em diferentes contextos culturais, sociais e intelectuais.

Ao longo do processo comunicativo terapêutico, devem-se adotar técnicas de comunicação terapêuticas. Elas estão inseridas no início do relacionamento (técnicas de expressão); no esclarecimento do que foi transmitido à pessoa assistida (técnicas de clarificação) e na confirmação das mensagens recebidas durante todo o processo terapêutico entre o enfermeiro, a pessoa objeto de cuidado, família e comunidade (técnicas de validação). Mas o papel desempenhado pelo enfermeiro na assistência vai além das boas práticas de cuidado. Todas estas técnicas precisam e podem ser utilizadas no processo comunicativo (STEFANELLI; CARVALHO, 2012).

No âmbito da enfermagem, o ser humano influencia o mundo, é influenciado por ele e, assim, interagem uns com os outros. Neste sentido, é de fundamental importância para o cuidado de enfermagem o processo de comunicação, o qual pode ser compreendido como conjunto de sinais ou formas verbais e não verbais transmitidos e entendidos com o propósito de se expressar ideias e pensamentos (STEFANELLI; CARVALHO, 2012).

Enfermagem, comunicação e cuidado são termos que merecem atenção especial na prática do enfermeiro. O atendimento da área expressiva da assistência de enfermagem só pode ser efetuado por meio da comunicação. Esta é também uma necessidade humana básica e, sem a comunicação, a existência do ser humano seria algo impossível (STEFANELLI, 1993).

A cada dia o cuidar vem sendo evidenciado como algo além de técnicas e procedimentos de enfermagem, pois se manifesta também como modo de expressar atitudes. Essas demonstrações vão além de palavras orais ou escritas, como forma de comunicação verbal. Muitas vezes, a linguagem corporal é pouco compreendida pelos profissionais. Contudo, sinaliza realidades, e nestas o corpo fala de forma consciente ou inconscientemente por meio do silêncio, olhar, gesto e toque; é a linguagem não verbal. Assim, uma mensagem pode ser enviada de forma não verbal, sem o uso da verbal, porém o contrário é impossível. Quando manifestada, a comunicação não verbal não necessita obrigatoriamente da expressão verbal, mas precisa ser efetiva (STEFANELLI; CARVALHO, 2012).

Uma comunicação efetiva pode transmitir para a parturiente apoio, conforto e confiança, fazendo com que a mulher se sinta respeitada e, acima de tudo, segura como cidadã nos seus diferentes contextos. Esses sentimentos podem se refletir inclusive nas suas atitudes e comportamentos durante o processo de parto e nascimento. Desse modo, sua participação pode ser mais ativa (DORNFELD; PEDRO, 2011).

Na assistência obstétrica, a comunicação deve ser articulada de acordo com o cenário onde se insere. Estabelecer comunicação efetiva com a mulher no momento do parto pode propiciar inúmeros benéficos ao binômio enfermeiro-parturiente. É importante o enfermeiro estar vigilante quanto à sua capacidade de ouvir a mulher nesse momento. Existem, no entanto, outras formas de compreensão desse momento, mediante expressão de sentimentos, comportamentos e atitudes. Com base nesse novo olhar, o enfermeiro poderá compreender a visão de mundo da parturiente e seus sentimentos, fundamentado nos significados por ela atribuídos (FRELLO; CARRARO, 2010).

Para uma comunicação eficaz na hora do parto, é indispensável um ambiente acolhedor e, sobretudo, ausência de tratamento rude, gritos, ameaças, humilhação e agressões verbais (BARBOZA; MOTA, 2016). Todavia essa é uma realidade vivenciada por muitas

mulheres no Brasil e em outros países lusófonos. Em estudo sobre a assistência ao parto em Cabo Verde e as experiências vividas por mulheres cabo verdianas, sobressaíram nas falas das participantes as queixas acerca do mau acolhimento por ocasião do parto. Na sua maioria, as mulheres relataram terem sido "maltratadas" pelos profissionais que as assistiam. Por medo de serem deixadas sozinhas sem nenhuma assistência, não reclamaram da situação (GARCIA, 2015).

Conforme se acredita, quando existe uma comunicação eficaz entre enfermeiro e parturiente, principalmente na fase ativa do parto, a evolução do processo parturitivo tende a acontecer de maneira mais natural e humanizada. O processo de humanização é extremamente relevante no ato de parir. Respeitar a parturiente como ser humano complexo, acolhendo-a, é fundamental. Desenvolver comunicação verbal e não verbal de modo a entender e reconhecer as necessidades da parturiente, tornando-a respeitada e acolhida, é imprescindível.

Neste sentido, é de vital importância analisar a comunicação entre enfermeiro e parturiente na fase ativa do parto no intuito de identificar as características da comunicação mais utilizada e intervir para qualificar a interação destes sujeitos.

Ainda diante do exposto, considera-se relevante o estudo, pois o profissional enfermeiro possui o potencial de conquistar habilidades com o uso da comunicação de forma adequada e como ferramenta efetiva no processo da assistência humanizada. Saber comunicar-se com a mulher durante o processo de parto e nascimento pode beneficiar a realidade da assistência obstétrica e assim possibilitar um princípio de melhoria na relação enfermeiro e parturiente, em um cenário além da instituição. E, ainda o mais importante, promover a qualidade do cuidado e satisfação da mulher neste momento, fazê-la se sentir acolhida, empoderada, reforçando o momento ímpar da sua vida, qual seja, o parto e nascimento.

1.4 Assistência de Enfermagem Obstétrica: Experiência e realidade Brasileira e Caboverdiana

O processo de parto e nascimento é considerado evento natural desde as primeiras civilizações onde se já agregava valores culturais e crenças de diferentes povos. No Brasil e em

Cabo Verde durante muitos anos, as parteiras ou mulheres mais velhas da família exerciam a prática de partejar, por serem mulheres reconhecidas na comunidade ou de confiança das parturientes. Essa importante figura exercia a função de apoiar e orientar as mulheres com alimentos, técnicas de conforto e palavras de encorajamento (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015).

Na realidade brasileira atualmente contamos com mulheres que ofertam apoio e suporte emocional para as parturientes no trabalho de parto e parto, denominadas doulas. A atuação da doula é inerente ao contexto da assistência ao parto humanizado. Essa função foi regulamentada no Brasil em 2006, pelo Ministério da Saúde (MS) diante da Portaria 971 que criou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) para garantir no país prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde (OTANI et al., 2011).

É importante salientar que em Cabo Verde a figura da doula ainda é desconhecida pela grande maioria dos enfermeiros atuantes naquele país, em contrapartida, a atuação da parteira ainda é bastante presente, principalmente em localidades distantes das principais ilhas do país. Nesse país, parteiras são mulheres geralmente idosas, mãe de vários filhos e que não possuem na maioria das vezes conhecimento científico para a realização dos partos.

Um fator interessante observado na assistência obstétrica caboveriana foi a escolha das mulheres de permanecer em casa durante a fase ativa do trabalho de parto, buscando a assistência hospitalar no fim dessa fase e início do período expulsivo. Inúmeras mulheres participantes do presente estudo relataram preferir permanecer em casa recebendo cuidados da mãe, sogra ou alguma mulher mais experiente. A ausência de autonomia e o medo de não ser bem tratada durante a vivência do parto pode despertar nas mulheres a sensação de que é necessário buscar estratégias para fugir dessa realidade (SANFELICE; SHIMO, 2016), assim muitas mulheres permanecem em casa durante a fase ativa do trabalho de parto.

Diante das diferenças na realidade encontrada na assistência obstétrica brasileira e caboverdiana, encontrou-se significativa influência cultural e sócio-política entre os dois países. Dentre as diferenças encontram-se as politicas públicas voltadas a assistência obstétrica implementada em ambos os cenários lusófonos. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído como política pública, com princípios de equidade, integralidade e universalidade na assistência obstétrica. O SUS permeia um campo vasto de desafios para a construção de

estratégias que garantam à sociedade brasileira acesso igualitário e universal aos serviços de saúde materna para todas as cidadãs (SOUSA et al., 2017).

As politicas públicas brasileiras voltadas à saúde da mulher no período gravídico-puerperal iniciaram-se em 1983 por meio da implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Diante deste primeiro passo o Brasil criou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, e do SIS - Pré-Natal em 2000, Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 2004, Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM) e Humanização do parto e do nascimento em 2014 (BRASIL, 2014).

O MS também criou em 2011 através da Portaria n° 1459 de 24 de junho de 2011, a Rede Cegonha, preocupando-se com o atendimento seguro, de qualidade e humanizado em todas as fases da atenção materno-infantil. Nota-se que ao longo dos anos o Brasil vem considerado a importância da enfermagem obstétrica através de politicas públicas, visto que essas políticas implementadas mencionam a participação ativa e necessária do profissional enfermeiro.

No Brasil, os manuais e cadernos de saúde pública permanecem disponíveis com fácil acesso em sites do MS possibilitando o livre acesso à população e principalmente para formação dos profissionais de saúde. Realidade diferente em Cabo Verde, onde existe escassez de materiais impressos e publicados em plataformas online acerca das políticas públicas de saúde. Durante o período de permanência em Cabo Verde para a realização da coleta de dados do estudo, a pesquisadora buscou materiais sobre a saúde pública do país, tendo acesso apenas ao Manual de Procedimentos dos Serviços de Saúde Reprodutiva de Cabo Verde (2008).

Em um país pequeno e com poucos recursos financeiros, não é fácil chegar a um nível de criação e implementação de políticas de saúde. No país é cobrada uma taxa em escudos-caborverdiano (moeda do país) em todos os serviços públicos de saúde ofertados na atenção primária, secundária e terciária. A característica geográfica montanhosa da maioria das ilhas em Cabo Verde, a carência da população e o afastamento das comunidades rurais em localidades bastante isoladas, por vezes de difícil acesso, acrescido das más condições dos meios de transporte marítimos, sobretudo, aumenta as dificuldades na busca de soluções aos problemas de saúde pública dos cidadãos cabo-verdianos, dentre eles as condições de saúde reprodutiva (CABO VERDE, 2007).

A Saúde Sexual e Reprodutiva de Cabo Verde constitui uma das prioridades do sistema nacional de saúde, tendo como objetivo alcançar pela Política Nacional de Saúde 2008-2020, o acesso universal aos cuidados da saúde reprodutiva, sobretudo às mulheres de alto risco obstétrico (CABO VERDE, 2008).

O Ministério da Saúde de Cabo Verde junto à Direção Geral de Saúde implementaram no país o Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva. O Manual Procedimentos dos Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva constitui a segunda parte do documento único que aborda todos os aspectos fundamentais ligados à Saúde Reprodutiva de Cabo Verde. A primeira parte deste documento de políticas públicas é denominada como Política e Normas dos Serviços de Saúde Reprodutiva, constituindo um valioso instrumento de apoio para a formação dos gestores e profissionais dos serviços de saúde reprodutiva do país (CABO VERDE, 2008).

1.5 Formação Profissional do enfermeiro e enfermeiro especialista em obstetrícia: Breve resgate histórico no Brasil e Cabo Verde.

Para compreendermos a atual formação profissional dos enfermeiros caboverdianos é necessário resgatar uma breve parte história de enfermagem em Cabo Verde. Desde 1549 já existia o hospital principal na Ilha de Santiago, mas a assistência aos doentes era praticada por pessoas não qualificadas que se dedicavam à arte de curar por amor ao próximo. Em 1898 foi criada uma portaria determinando que o regulamento da Companhia de Saúde do país entrasse em vigor, estipulando que a Companhia de Saúde de Cabo Verde e Guiné constituísse uma unidade com a sua sede na Cidade da Praia (Ilha de Santiago). Dessa portaria resultou que fosse criado no Hospital da Praia um curso sobre os deveres e funções dos enfermeiros no tratamento aos doentes e determinava que fossem ensinadas as noções essenciais de pequena cirurgia e cuidados (MARTINS, 2008).

Em 1921 foi aprovado o regulamento para o funcionamento de uma Escola de Enfermagem no Hospital da Praia. Para o ingresso a esse curso era exigido o 2° grau. As disciplinas ministradas no curso eram anatomia humana, patologia geral, noções sobre parto, farmácia e aritmética. O curso tinha a duração de dois anos. Até à década de 60 os cursos de

enfermagem em Cabo Verde funcionaram apenas no hospital da Praia e com reduzido número de alunos. A maioria dos enfermeiros formados procurava emprego nas colónias de Angola, Moçambique e Guiné, porque em Cabo Verde as vagas eram muito restritas (MARTINS, 2008).

Na década de 80 com a carência do pessoal de enfermagem, foram criados cursos para formar atendentes de enfermagem. Vale ressaltar que atualmente, a categoria de atendentes de enfermagem (técnicos de enfermagem) encontra-se quase que escassa no país. Na escola de enfermagem da Praia e da Ilha de São Vicente a carga horária é de 5566 horas em três anos de aulas teórico-práticas e práticas. Os estágios práticos são realizados em hospital, centros de saúde, postos sanitários e centro de saúde reprodutiva das ilhas (MARTINS, 2008).

Atualmente Cabo Verde possui várias universidades privadas e uma universidade pública que oferta o curso de Licenciatura em Enfermagem (quatro anos) ou Complemento de Licenciatura em Enfermagem (um ano/1400h) onde a seleção de alunos é realizada através de provas. Sobre a formação profissional do enfermeiro obstetra no país a maior parte da formação ocorre através da cooperação do país com escolas de enfermagem de Portugal, ocorre após a formação de enfermeiro generalista. Os enfermeiros obstetras que atualmente atuam na maternidade de referência no país em Praia, relataram ter passado por formação na Ilha de São Vicente com profissionais portugueses. Em média o curso de formação em enfermagem obstétrica ocorre no período de 24 meses com aulas teórico-práticas diariamente (MENDES, 2011).

Vale ressaltar que em Cabo Verde ainda não existe legislação para o exercício da enfermagem no país. Uma associação de enfermeiros foi criada, mas possui pouca adesão e cooperação dos enfermeiros no país. É notório que é necessário elaborar um código de ética de enfermagem para os enfermeiros caboverdianos, visando a necessidade de melhorias na qualidade da assistência de enfermagem e das condições de trabalho do profissional enfermeiro.

Dentro da organização das práticas de saúde, a formação dos profissionais enfermeiros é de fundamental importância. No Brasil a formação de profissionais enfermeiros teve início em 1890, com a Escola de Enfermagem Brasileira, sendo, posteriormente, denominada Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, pertencente à Universidade do Rio de Janeiro (Unirio). Em 1926, foi fundada a Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras,

atual Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), entidade de direito privado, de caráter científico e assistencial, que congregam técnicos e enfermeiros diplomados brasileiros. No Brasil o exercício da profissão e sua formação acadêmica foi regulamentada em 1955, e o registro de diplomas de enfermeiros foi regulamentado desde 1956 (OLIVEIRA, 2014).

A expansão da formação profissional do enfermeiro brasileiro vem se dando, principalmente, pelo crescimento quantitativo do número de instituições de ensino e pelas vagas por elas ofertadas. Essa expansão apresenta relação direta com o desenvolvimento econômico e social do Brasil e expansão da carreira na enfermagem (TEIXEIRA et al, 2013).

Além dos cursos de graduação, o Brasil oferece cursos de especializações na modalidade lato sensu ou stricto sensu e residências multiprofissionais. Dentre as áreas em crescimento na enfermagem se destaca a enfermagem obstétrica. O enfermeiro obstetra brasileiro recebe formação em média por dois anos, sendo este exercício profissional amparado pela Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. No Brasil, a formação profissional e atuação do enfermeiro generalista/obstetra é regulamentado através do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e os seus respectivos Conselhos Regionais (CORENs) criados em 1973 e Código de Ética em Enfermagem (Resolução COFEN Nº 564/2017) (BRASIL, 1998).

No Brasil, a formação profissional em obstetrícia também é composta pela categoria denominada obstetrizes desde 1986. O Cofen, por meio da Comissão de Saúde da Mulher, especifica as atribuições que o obstetriz está apto a exercer, ressaltando que tais atividades estão sob a supervisão de um enfermeiro obstetra. A Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO-Nacional) fundada em 1954 é uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, de caráter sócio-cultural, que dita o Estatuto e Regimentos Especiais para atuação e formação profissional de obtetrizes e enfermeiros obstetras no Brasil (NARCHI et al., 2012).

Diante da realidade exposta em ambos os países, a assistência de enfermagem obstétrica é percebida como um relevante caminho para a mudança de modelo nos processos de parto e nascimento no Brasil e em Cabo Verde. Nota-se um maior avanço na realidade encontrada no Brasil, levando em consideração as dificuldades econômicas e estruturais de Cabo Verde. Sendo assim, é necessário haver interesse dos gestores de saúde em relação aos investimentos que

deverão ser realizados para o fortalecimento dessa prática assistencial. É primordial o avanço e interesse nas políticas públicas de saúde para adquirir melhorias mais favoráveis na assistência obstétrica em Cabo Verde e estímulo contínuo nos avanços da realidade brasileira.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar as variáveis da comunicação verbal e não verbal entre enfermeiro e parturiente durante a fase ativa do trabalho de parto no cenário Brasil e Cabo Verde.

2.2 Objetivos Específicos

Caracterizar a comunicação verbal quanto à função conativa vocativo, função conativa imperativo, função emotiva/expressiva, referencial/contexto, contato/canal e código;

Caracterizar a comunicação não verbal quanto a contato, gestos, comportamento facial, distância e postura entre enfermeiro e parturiente;

Comparar as variáveis da comunicação verbal e não verbal entre enfermeiro e parturiente.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Com fundamentação na literatura científica (STEFANELLI; CARVALHO, 2012; JAKOBSON, 2010; ALMEIDA, 2005; MACÊDO, 2005; HALL, 2005), o referencial teórico do presente estudo abordará teorias de comunicação verbal e comunicação não verbal. Para tanto, utilizou-se da comunicação verbal segundo a Teoria de Jakobson (2010) e a comunicação não verbal segundo a Teoria Proxêmica de Hall (2005).

3.1 Comunicação Verbal Segundo a Teoria de Jakobson (2010)

A forma de comunicar-se dos profissionais de saúde dá-se de diversos modos, independente do cenário onde exerça sua assistência. Como ferramenta fundamental para o exercício pleno desse cuidado, a comunicação deve receber um olhar individualizado.

Segundo afirmam Serrano et al.(2011), o cuidado desenvolve-se no processo de interação. Este muitas vezes não direcionado de forma efetiva, como corpo sujeito. Neste sentido, pode ser um desafio na implementação de capacidades, conhecimentos e recursos no decorrer de práticas competentes na assistência de enfermagem.

Dos profissionais desta área, exige-se muito além do conhecimento teórico e prático, pois julga-se essencial também a valorização da cultura do paciente, por considerar suas diferenças reveladas pelos modos de ser e agir no tocante à percepção de seus valores, crenças e costumes relacionados à saúde. Surge, então, uma perspectiva de práticas de cuidado efetivas consideradas científicas se agregarem àquelas influenciadas pelas individualidades inerentes ao ser humano (LIMA et al., 2016). Assim, o enfermeiro depara-se constantemente com a necessidade de comunicar-se e, para isto, é preciso compreender seus pacientes em diferentes contextos culturais.

Nesta ótica, para o enfermeiro, o domínio dos princípios do processo comunicativo é fundamental, pois, assim, poderá intervir de maneira eficaz na assistência de enfermagem. Na relação com o paciente, a qualidade da informação transmitida através da comunicação está

diretamente associada com a qualidade do cuidado a ser prestado, tanto no contexto de se promover e prevenir como também no âmbito hospitalar (MACÊDO, 2005).

Por comunicação verbal entendem-se as mensagens faladas e escritas que acontecem com técnicas de interação e utilização de palavras, como esta sendo o elemento de linguagem mais usado no processo de comunicação. A linguagem é o principal recurso para validar significados simbólicos da percepção de determinado assunto e compartilhar vivências e experiências com outros indivíduos. Diz-se ser a comunicação efetiva quando o outro oferece uma resposta ou mudança de forma consciente ao demonstrar compreensão da comunicação ocorrida. Para se ter essa efetividade, o profissional enfermeiro vale-se da sua competência interpessoal no uso do conhecimento sobre comunicação humana e das estratégias para torná-la positiva e eficaz (STEFANELLI; CARVALHO, 2012).

Contudo, se o processo comunicativo não ocorrer de maneira efetiva, a fala do indivíduo pode indicar uma dificuldade durante o processo de comunicação, ou seja, ao se interagir com alguém tenta-se transmitir e tornar claro um fato, uma ideia, um comportamento, ou simplesmente tenta-se confirmar, por meio da validação, se houve a compreensão da mensagem e se está correta.

No intercâmbio de mensagens que se processa, o enfermeiro tem de conhecer a bagagem de vida e cultura do paciente, bem como seu vocabulário e origem, para que o significado das ideias veiculadas no processo de comunicação possa se tornar comum a ambos. Desta forma, o enfermeiro estará apto a oferecer elementos com vistas a reestruturar suas ideias, analisar seus valores e inseri-lo em um processo com objetivos de mudanças para melhores condições de qualidade de vida e saúde (STEFANELLI; CARVALHO, 2012).

Evidencia-se, frequentemente, o uso da linguagem falada na assistência de enfermagem. Constantemente, o profissional enfermeiro comunica-se com o paciente em diferentes contextos na prática do cuidar. Pode-se transmitir uma mensagem verbal mediante diferentes estratégias de comunicação, porém a forma mais conhecida por todos é a comunicação verbal. A língua falada é composta por recursos muito distintos. São eles: ritmo, gestos, entonações e pausas. Ao se tratar de comunicação verbal, pesquisas apontam teoristas e

estudiosos nesta área, dentre eles, o linguista Roman Jakobson, criador da teoria das funções das linguagens.

Segundo Jakobson (2010), para a efetivação do processo comunicativo verbal entre os indivíduos é essencial a presença de seis elementos primordiais: remetente, destinatário, contexto, mensagem, código e contato. O remetente, denominado também como emissor, é aquele que envia uma mensagem; por sua vez, destinatário ou receptor é o indivíduo que recebe a mensagem. O contexto é compreendido como sendo o conteúdo da mensagem transmitida; a mensagem é a seleção e combinação de signos; o código é o instrumento da fala, ou seja, a língua. O contato pode ser tanto sonoro quanto visual, sendo assim o meio físico por onde a mensagem circula entre o emissor e o receptor.

Esses fatores propostos por Jakobson são esquematizados da seguinte forma:

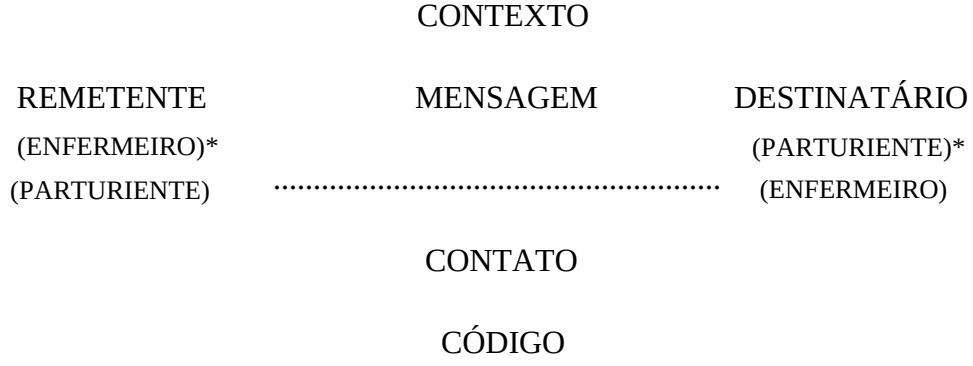

Figura 2: Fatores presentes na comunicação verbal segundo teoria de Jakobson (2010). *Enfermeiro (remetente e destinatário) e Parturiente (remetente e destinatário) acrescentados pela pesquisadora para uma melhor compreensão do contexto do estudo a ser desenvolvido.

Ainda segundo Jakobson (2010), é preciso observar outras funções das mensagens transmitidas. Essas funções são a emotiva, a conotativa e a referencial.

Também de acordo com Jakobson (2010), a função emotiva ou "expressiva" concentra-se no remetente, e visa uma expressão direta da atitude de quem fala em relação àquilo de que se está falando. É o estrato emotivo da linguagem. A função conativa destina-se a encontrar a expressão gramatical mais pura do vocativo e imperativo, e a referencial está direcionada para o indivíduo que transmite a fala, ou seja, pode ser conceituada como o contexto

(conteúdo) da fala. Essa função é de profunda relevância para o processo de comunicação, pois é nela que se efetiva a troca de informações entre emissor e receptor (JAKOBSON, 2010).

No remetente da mensagem também se concentra a função emotiva ou expressiva, objetivando uma visão mais direcionada da atitude de quem fala em relação a quem está falando.

Como observado, os princípios da comunicação verbal evidenciados pela teoria de Roman Jakobson (2010) mostram-se essenciais características para um processo comunicativo efetivo entre o profissional enfermeiro e o paciente em diferentes contextos e culturas. Esses princípios se tornam relevantes para o progresso da comunicação.

3.2 Comunicação não verbal segundo a Teoria Proxêmica de Hall (2005)

Conforme mencionado, o ser humano comunica-se através de duas dimensões, ou modos de comunicação: comunicação verbal e comunicação não verbal. Nem sempre a linguagem não verbal é compreendida plenamente pelos profissionais que atuam nos serviços de saúde. Este tipo de comunicação envolve o corpo com suas características físicas, fisiológicas e gestuais (STEFANELLI; CARVALHO, 2012).

Embora o processo de comunicação verbal seja tão destacado, é importante se dar significância também ao comportamento humano não verbal, bem como a suas linguagens fortes transmitidas pelos códigos não verbais, os quais influenciam tanto a pessoa que recebe a mensagem quanto a que a envia.

Os códigos não verbais originam-se de três fontes. A primeira diz respeito aos programas neurológicos herdados. Por exemplo, em estudo sobre o desenvolvimento de crianças nascidas cegas, segundo se constatou, crianças que jamais tivessem observado as expressões do rosto de alguém expressavam as emoções básicas da mesma forma. A segunda fonte refere-se às expressões comuns aos seres humanos, relacionadas à satisfação das necessidades básicas, como bocejar e o ruído do estômago quando se está com fome. A terceira e última fonte está associada à cultura, à classe social e às experiências familiares. Essas características estão diretamente associadas com os aspectos culturais e sociais (STEFANELLI; CARVALHO, 2012).

Consoante exposto em Almeida (2005), os gestos produzidos através da comunicação não verbal se concretizam pelo uso da cabeça, boca, rosto, mãos. De forma geral, eles se dão por meio da expressão corporal do indivíduo. A comunicação não verbal é muito mais sensitiva e emocional, e pode afirmar ou contradizer o que é passado pela comunicação verbal, seja por fala ou pela escrita mediante gestos, postura, expressão facial, ocupação do espaço e toque. Ademais, a comunicação não verbal se caracteriza pela vivacidade da cultura e do ambiente social onde ela ocorre, transmitindo crenças e valores dos indivíduos inseridos nesse processo comunicativo.

Evidentemente, o profissional de enfermagem precisa compreender os sinais não verbais no intuito de diminuir a ansiedade do paciente e transmitir-lhe confiança e segurança. O modo como o enfermeiro se coloca diante dos pacientes, bem como a distância mantida e o modo como este presta assistência refletem como o cliente se sente (SAWADA et al., 2000).

De acordo com Littlejohn (1982), a comunicação não verbal pode ser dividida em cinésica, proxêmica e paralinguagem No entanto, para o desenvolvimento do presente estudo, optou-se por usar como referência a Teoria Proxêmica de Edward Hall (2005). Essa teoria visa avaliar a posição do corpo e as relações de espaço do indivíduo e também foi usada em pesquisa anterior que analisou a comunicação não verbal do enfermeiro com o cego durante a consulta de enfermagem (ALMEIDA, 2005).

Da análise proposta por Hall (2005) constam oito fatores que compõem categorias primárias. São elas: postura-sexo (analisa o sexo e postura, em pé, sentado, deitado); eixo sociofugo-sociopeto (sociofugo refere-se ao desencorajamento da interação enquanto o sociopeto significa o contrário); cinestésico (analisa o contato físico a curta distância, como o toque e o roçar da pele); comportamento de contato (analisa as formas de relações através do tato, como apalpar, acariciar, agarrar, tocar, roçar acidentalmente, segurar demoradamente ou nenhum contato físico); código visual (certifica o modo de interação visual olho no olho); código térmico (calor percebido pelos interlocutores); código olfativo (analisa e caracteriza o grau olfativo dos interlocutores); e volume da voz (percepção dos interlocutores em relação a volume e intensidade da fala dos interlocutores).

Esta teoria também estuda as características da distância nas relações humanas. Existem quatro tipos de distâncias interpessoais: distância íntima (varia de 15 a 45 cm e é nela

onde ocorrem o calor humano corpo a corpo, o contato físico e a transmissão de odores); distância pessoal- fase próxima (varia de 45 a 75 cm e a qualidade tridimensional dos objetos é especialmente pronunciada); distância pessoal- fase remota (varia de 75 cm a 120cm, e nesta não é perceptível nenhum calor corporal); distância social- próxima (varia de 1,20 a 2,10m e nela ocorrem transições impessoais); distância social- remota (varia de 2,10 a 3,60m e pode ser usada para isolar ou separar as pessoas umas das outras); distância pública-fase proximal (varia de 3,60 a 7,50m. Nessa distância a voz é alta, e nela uma pessoa alerta pode adotar medidas defensivas); distância pública-fase remota (a partir de 7,50m, e nesta pode ser usada por qualquer um, em situações públicas; a altura de voz é perceptivelmente maior do que na distância pública- fase proximal) (HALL, 2005).

Consoante se percebe, a comunicação não verbal é um processo complexo e contínuo. Nele é essencial o conhecimento do profissional enfermeiro no intuito de encontrar novas ferramentas com vistas a qualificar e humanizar cada vez mais a assistência de enfermagem.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de estudo analítico, com abordagem quantitativa, realizado em dois cenários (Brasil e Cabo Verde). A finalidade dos estudos analíticos é analisar e avaliar o contexto a ser estudado. Por sua vez, a abordagem quantitativa utiliza testes estatísticos para avaliar, interpretar e comunicar as informações numéricas obtidas no estudo (POLIT; BECK, 2011).

4.2 Local do Estudo e Período

O estudo foi desenvolvido em um Centro de Parto Normal localizado no município de Maracanaú-CE (Brasil) e em uma maternidade localizada em Praia (Ilha de Santiago/Cabo Verde), ambos considerados referência em atendimento obstétrico nas respectivas regiões. Optou-se pelo Centro de Parto Normal do município de Maracanaú, pois ele participa da mesma 3ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) que o município de Redenção e por ser referência no atendimento à mulheres da região do Maciço de Baturité.

Entendeu-se ser importante realizar a coleta de dados em um município do qual faz parte a mesma CRES que o município onde fica inserida a Universidade Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), instituição provedora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, além de outros cursos de pós-graduação e graduação. Logo, é relevante para o desenvolvimento regional, cultural, científico e educacional do Maciço de Baturité. Como proposto, a missão da UNILAB é produzir e disseminar o saber universal de modo a contribuir para o desenvolvimento social, cultural e econômico do Brasil e dos países de língua portuguesa por meio da formação de cidadãos com sólido conhecimento técnico, científico e cultural. A escolha por Cabo Verde como referência de país lusófono se deu por sua participação na Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) e pela escassez de estudos acerca da associação da comunicação no parto com a enfermagem nesta localidade, região.

Quanto ao período de coleta de dados, deu-se de março a julho de 2017 no Brasil e em agosto de 2017 em Cabo Verde.

4.3 População/Amostra

A população do estudo para os dois países foi constituída de enfermeiros obstetras e parturientes. Todos os participantes foram os remetentes e destinatários observados durante a coleta de dados. A amostra ficou formada pelas seguintes categorias, confome o quadro a seguir. Com relação às parturientes do Brasil, foi estimado uma população de aproximadamente 578. Esse valor foi calculado com referência na méd

ia dos números de partos de Agosto a Outubro de 2016. O tamanho da amostra para as parturientes foi calculado empregando-se a fórmula para populações finitas a seguir. Foi fixado o nível de significância de 5%, a proporção P de comunicação verbal e não verbal entre enfermeiro e parturiente em 30%, e o erro amostral de 8%.

$$n = \frac{Z^2_{5\%} \times P \times Q \times N}{e^2(N-1) + Z^2_{5\%} \times P \times Q}$$

Onde: n=91 parturientes; $Z_{5\%}$=1,96; P =30% e N=578

	População		Amostra	
Categoria	Brasil	C. Verde	Brasil	C. Verde
Parturiente	578	32	91	32
Enfermeiro	7	-	7	-

Para as parturientes foram incluídas as maiores de 18 anos, mulheres na fase ativa do parto e hemodinamicamente estáveis.

Optou-se por profissionais enfermeiros generalistas e obstetras que atuam no cuidado à mulher no momento da fase ativa do parto. Justifica-se a escolha desse período do parto em face da possibilidade de uma longa duração do mesmo, viabilizando assim a realização da coleta de dados. Justifica-se a escolha desses profissionais pelo fato de fazerem parte da equipe de enfermagem atuante na assistência obstétrica no Brasil e em Cabo Verde.

Para as parturientes, foram incluídas as mulheres com idade superior a 18 anos por serem capazes de tomar a decisão de participar do estudo sem necessitar da autorização de terceiros, mulheres na fase ativa do parto e hemodinamicamente estáveis, ou seja, sem complicações.

4.4 Coleta de Dados

Conforme estabelecido, para a coleta de dados, fez-se necessário o preenchimento dos instrumentos com base nos referenciais teóricos da comunicação verbal segundo Jakobson (2010), este previamente desenvolvido (REBOUÇAS, 2008) e comunicação não verbal segundo a Teoria Proxêmica de Hall (2005), também elaborado em outro estudo (COSTA, 2009).

Ainda como estabelecido, a coleta de dados foi realizada durante a fase ativa do parto, embora o processo fisiológico compreenda três fases: Fase Latente (pode durar dias ou semanas. A duração e a intensidade das contrações costumam variar bastante); Fase Ativa (responsável pela dilatação do colo uterino e pela descida do bebê no canal de parto); Fase Expulsiva/Expulsão da Placenta (expulsão do bebê pelo canal vaginal e expulsão da placenta, que acontece, em média, de 5 a 30 minutos depois do nascimento do bebê) (BRASIL, 2016).

A coleta de dados em Cabo Verde foi realizada exclusivamente pela pesquisadora do estudo. Para a coleta de dados no Brasil foi treinada pela pesquisadora uma equipe de coleta de dados. Esta composta por seis acadêmicos do curso de graduação em enfermagem participantes de projetos de extensão e pesquisa, que já tenham concluído a disciplina de semiologia, semiotécnica e saúde sexual e reprodutiva. O treinamento da equipe se deu em três etapas:

Etapa 1- RECRUTAMENTO

Convite aos acadêmicos por email e/ou pessoalmente. Os membros da equipe que aceitaram participar do treinamento receberam o material contendo capítulos dos livros que abordam as teorias (comunicação verbal e comunicação não verbal) e resumo do projeto em seu domicílio ou outro local previamente marcado. A equipe de coleta de dados teve duas semanas para leitura do material e após foi agendado momento de uma manhã com duração de quatro horas de exposição e treinamento pela pesquisadora acerca da leitura realizada do material.

Etapa 2- EXPOSIÇÃO

Exposição do projeto e do conteúdo dos teoristas pela pesquisadora. Foram expostas também informações sobre o local de coleta de dados no Brasil e as especificidades do mesmo. As etapas dois e três, respectivamente, exposição e treinamento, aconteceram num mesmo momento, pois os participantes (equipe de coleta de dados) consideraram mais viáveis.

Etapa 3- TREINAMENTO

A pesquisadora realizou o treinamento sobre as teorias com esclarecimentos e discussões sobre o preenchimento dos instrumentos de coleta de dados. No treinamento, cada membro da equipe de coleta de dados já havia recebido e lido o material previamente para estudo acerca das teorias, participou mostrando apontamentos, sugestões e/ou contribuições.

Para a capacitação, os integrantes da equipe de coleta de dados realizaram o preenchimento dos dois instrumentos com as duas teorias (verbal e não verbal), com o intuito de padronizar e uniformizar a coleta.

Após as etapas de capacitação, iniciou-se a coleta de dados no Centro de Parto Normal (CPN) no Brasil. A pesquisadora convidou o profissional enfermeiro obstetra, residentes de enfermagem obstétrica, estagiários do curso de especialização em obstetrícia e as parturientes para participar da pesquisa. Foi enfatizada a importância do estudo, e se fez a apresentação e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a fim de sanar eventuais dúvidas. Para o convite aos profissionais, eles foram abordados durante seu plantão/estágio onde foram divulgadas as vantagens e objetivos da pesquisa. Para o convite às parturientes, elas foram abordadas individualmente na sala de pré-parto, parto e puerpério (PPP) da instituição pesquisada, no momento em que a pesquisadora percebeu ausência de contrações uterinas ou intercorrências.

Após o aceite do profissional e da parturiente e assinatura do TCLE, foi preenchido o formulário com dados sociodemográficos da parturiente e iniciado o preenchimento dos

instrumentos de coleta de dados. Realizou-se a coleta na fase ativa do parto, a qual dura aproximadamente cinco horas. Neste período, foram preenchidos os instrumentos destinados à análise da comunicação verbal (FACOVE) e comunicação não verbal (CONVENCE). Cada instrumento foi preenchido em intervalos de dez em dez minutos. Foram analisados todos os momentos de interação entre o enfermeiro e a parturiente nesta fase. Foi realizada a coleta de dados havendo ou não a interação entre enfermeiro e parturiente, em casos de ausência de interação era assinalado no instrumento a opção "ausente". Por sua vez, as interações variaram em cada mulher participante do estudo. As interações foram analisadas durante todo o período da fase ativa do parto. As analises das interações eram concluídas com o término da fase ativa ou quando a parturiente era encaminhada para o parto cesáreo. Ao longo de toda coleta se preencheu primeiramente os instrumentos da comunicação verbal e em seguida os instrumentos da comunicação não verbal. Ressalta-se que a pesquisadora e a equipe de coleta não interviu no processo parturitivo e no registro das interações.

Coleta de dados realizada primeiro no Brasil e em seguida Cabo Verde. No segundo país os registros foram todos realizados pela pesquisadora.

4.5 O Instrumento de Coleta e Análise de Dados

O instrumento de coleta de dados para avaliar a comunicação não verbal já está elaborado com base no referencial teórico de Hall (2005) e denominado Comunicação Não Verbal Enfermeira-Cego (CONVENCE) (ALMEIDA, 2005), (ANEXO A). Neste, constam doze categorias. A primeira categoria denominada comunicação não verbal definiu o remetente, podendo ser o enfermeiro, a parturiente ou ausente. Foi considerado como ausente o momento no qual não houve interação com comunicação não verbal. Avaliou-se a distância espacial como categoria ou variável, que foi dividida em quatro subcategorias, de acordo com Hall (2005). Como exposto: segunda categoria, distância, classificada em íntima, pessoal, social e pública; terceira, postura, delimitada em de pé, sentado, deitado, de joelhos; quarta, eixo, identificado como face a face, de costas, outro ângulo, sociofugo-desencorajamento e sociopeto-encorajamento; quinta, contato, que aborda toque, carícia, agarrar, apalpar, segurar demoradamente, apertar, tocar localizado, roçar acidentalmente e nenhum contato. A sexta

categoria é a dos gestos emblemáticos, classificados em bater o pé, mover as mãos e outro. A sétima refere-se a gestos ilustradores, identifica e complementa a linguagem verbal e complementa a linguagem não verbal. Os gestos reguladores, oitava categoria, incluem meneio de cabeça, movimento dos olhos e outro. A nona diz respeito ao comportamento facial, e é composta por perplexidade, nojo, alegria, medo, raiva, tristeza, atenção, admiração, normal e outro. A décima categoria, abertura ocular, refere-se a surpresa, alegria, tristeza, atenção e outro. Direção do olhar, décima primeira categoria, avalia-se o olhar está centrado ou desviado do interlocutor. A décima segunda categoria, volume da voz, abrange cinco itens: sussurro, grito, normal, silêncio e alto (ALMEIDA, 2005).

É importante salientar que houve adequações no instrumento de coleta de dados, assim foram excluídos juiz e tempo de filmagem. A segunda opção da primeira categoria que era "cego" foi substituída por "parturiente".

Por seu turno, o instrumento de análise de dados para avaliar a comunicação verbal foi elaborado com fundamento na teoria de Roman Jakobson (2010) denominado Formulário de Análise de Comunicação Verbal em Enfermagem (FACOVE) (MACÊDO, 2005) (ANEXO B). Os itens "juiz" "filmagem" "treinamento" e "segundo" foram retirados, por não se inserirem no contexto desta pesquisa.

O primeiro item se referiu à identificação do remetente no momento, com as opções de resposta enfermeiro, parturiente ou ausente, sendo este último quando não houve verbalização. O item dois registra a presença ou não do acompanhante. O item três tratou dos aspectos da função vocativa, com as opções indica modo de ação, solicita informação/orientação, solicita sugestão, concorda; o quarto, da imperativa, contempla aspectos como dá orientação, dá sugestão e não concorda. Desta forma, a equipe de coleta escolheu uma dessas possibilidades para cada interação.

No item cinco registrou-se a função emotiva ou expressiva, classificados em aspectos como solidariedade, satisfação, tranquilidade, empatia, raiva, desprezo, tristeza, apatia e outros. Esse item, permite mais de uma opção. O item seis constou do referencial/contexto, com as opções seguintes: tratamento, prevenção, assuntos pessoais, assuntos cotidianos, assuntos ocorridos no dia a dia ou outros. Nesse item, só poderia marcar uma resposta.

O item sete trata do contato/canal pelo qual a comunicação se estabeleceu. Neste, as possibilidades de resposta foram tato, audição, olfato e visão, permitindo escolher mais de uma opção. O item oito e último contemplou o código, com uma das possibilidades, linguagem comum ou linguagem técnica.

4.6 Análise dos Dados

Os dados foram organizados em tabelas simples e cruzadas. Para a análise das proporções entre Brasil e Cabo Verde, segundo a comunicação verbal e não verbal dos enfermeiros e parturientes foram empregados os testes de Qui-Quadrado e Razão de Verossimilhança. Para todas as análises inferenciais foram consideradas estatisticamente significantes aquelas com $p<0,05$. Os dados foram processados no programa estatístico *StatisticalPackage for the Social Science* (SPSS), versão 24.0, licença número 10101151173.

4.7 Aspectos Éticos do Estudo

Conforme recomendado, este estudo respeitou os princípios éticos e legais vigentes no Brasil de acordo com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) com base na Resolução 466/12 sendo submetido a avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) e aprovado com o número do parecer 1.939.715 de 23 de fevereiro de 2017 (ANEXO C) (BRASIL,2012).

Para realização da pesquisa em Cabo Verde respeitou-se os preceitos legais e éticos vigentes no país com base nos termos do artigo 9° do Decreto-Lei n° 26/2007. O projeto foi submetido a avaliação do Comitê Nacional de Ética para Pesquisa em Saúde (CNEPS) Del 08/2017 sendo aprovado em 29 de maio de 2017 (ANEXO D).

Para a participação na pesquisa em ambos os países, as parturientes e os enfermeiros preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES A e B) com a explicação dos principais objetivos e vantagens deste estudo.

Neste trabalho, tentou-se evitar possíveis riscos psicológicos e de saúde, ou seja, foi

observada a comunicação verbal e não verbal entre o enfermeiro(a) e parturiente com o intuito de preencher os instrumentos de coleta de dados, mas tentando não constrangê-lo(a) em nenhum momento. Caso o/a participante se sentir-se envergonhado(a), tímido(a), inibido(a) no momento da coleta, esta poderia ser suspensa. Além disso, o cuidado imediato como diálogo poderia ser efetivado.

A pesquisa analisou a comunicação verbal e não verbal entre o enfermeiro e a parturiente com o intuito de melhorar a assistência obstétrica e o atendimento no Brasil e em Cabo Verde, pois o enfermeiro(a) perceberá, entenderá e conhecerá como é a comunicação atual com a parturiente e terá condições de elaborar estratégias e maneiras para melhorara assistência ofertada a parturiente na fase ativa do parto. Também não houve nenhum custo por participar da pesquisa.

5. RESULTADOS

A seguir apresenta-se a Tabela 1 referente ao número de interações segundo a comunicação verbal entre o profissional enfermeiro e a parturiente de ambos os países.

Tabela 1- Distribuição do número de interações dos enfermeiros segundo a Comunicação Verbal. Brasil e Cabo Verde, 2017.

Variável	Brasil		Cabo Verde		
	N	%	N	%	p
Remetente					<0,0001
Enfermeiro	258	43,7	67	56,3	
Ausente	332	56,3	52	43,7	
Acompanhante					<0,0001
Sim	542	91,9	-	-	
Não	48	8,1	119	100,0	
Função Conativa Vocativo					<0,0001[1]
Indica modo de ação	194	32,9	34	28,6	
Solicita informação/orientação	39	6,6	26	21,8	
Solicita sugestão	20	3,4	6	5,0	
Concorda	5	0,8	1	0,8	
Ausente	332	56,3	52	43,7	
Função Conativa Imperativo					<0,0001
Dá orientação	217	36,8	24	20,2	
Dá sugestão	41	6,9	35	29,4	
Não concorda	-	-	8	6,7	
Ausente	332	56,3	52	43,7	
Função Emotiva/Expressiva[(1)]					
1. Solidariedade	35	5,9	15	12,6	0,009
Ausente	555	94,1	104	87,4	
2. Satisfação	30	5,1	16	13,4	0,001
Ausente	560	94,9	103	86,6	
3. Tranquilidade	142	24,1	19	16,0	0,054
Ausente	448	75,9	100	84,0	
4. Empatia	74	12,5	13	10,9	0,624
Ausente	516	87,5	106	89,1	
5. Apatia	3	0,5	4	3,4	0,004
Ausente	587	99,5	115	96,6	
6. Outros	1	0,2	1	0,8	0,280[1]
Ausente	589	99,8	118	99,2	
Referencial/Contexto					<0,0001[1]
Tratamento	145	24,6	36	30,3	
Prevenção	30	5,1	19	16,0	
Assuntos pessoais	7	1,2	6	5,0	

Assuntos cotidiano	6	1,0	3	2,5	
Outros	70	11,9	3	2,5	
Ausente	332	56,3	52	43,7	
Contato/Canal[(1)]					
Audição	194	32,9	67	56,3	<0,0001
Ausente	396	67,1	52	43,7	
Tato	130	22,0	1	0,8	<0,0001
Ausente	460	78,0	118	99,2	
Visão	116	19,7	67	56,3	<0,0001
Ausente	474	80,3	52	43,7	
Código					0,001
Linguagem comum	235	39,8	67	56,3	
Linguagem técnica (termos técnicos)	23	3,9	-	-	
Ausente	332	56,3	52	43,7	

(1) Mais de uma resposta.
p: x^2 (Qui-quadrado); p^1: Teste razão de verossimilhança.

Como exposto na comunicação verbal do enfermeiro com a parturiente, observa-se o predomínio da ausência de interações na maioria das variáveis, tais como na função conativa vocativa, Brasil (56,3%); Cabo Verde (43,7%), função conativa/imperativo, Brasil (56,3%); Cabo Verde (43,7%), referencial/contexto, Brasil (56,3%); Cabo Verde (43,7%) e código, Brasil (56,3%).

Na função emotiva/expressiva a ausência prevaleceu em todas as interações em ambos os países, embora na empatia (p=0,624) e outros (p=0,280) não houve diferença estatística. Também foi observado no código/canal diferença estatística prevalecendo ausência no Brasil e linguagem comum em Cabo Verde.

De acordo com os dados (p<0,0001), a ausência de interação dos enfermeiros prevaleceu no Brasil (56,3%). Em Cabo Verde a maioria dos enfermeiros interagiu (56,3%).

Concernente ao acompanhante (p<0,0001), no Brasil, na maioria das interações (91,9%) estavam presentes. Em Cabo Verde todas as interações foram estabelecidas com a ausência do acompanhante (100,0%).

Em relação a função conativa vocativa (p<0,0001) predominou o modo de ação nas interações, Brasil (32,9%); Cabo Verde (28,6%). Na função conativa imperativo (p<0,0001), dá orientação foi o fator mais encontrado nas interações da comunicação verbal no Brasil (36,8%) e dá sugestão em Cabo Verde (29,4%). Sobre a função emotiva/expressiva (p=0,054) dos

enfermeiros mais identificada nas interações foi a tranquilidade, Brasil (24,1%); Cabo Verde (16,0%).

No que concerne o referencial/contexto (p<0,0001), o conteúdo mais abordado nas interações do enfermeiro foi o tratamento, Brasil (24,6%); Cabo Verde (30,3%).

O Contato/canal mais usado nas interações dos enfermeiros (p<0,0001) no Brasil foi audição (32,9%). Em Cabo Verde tanto a audição como a visão prevaleceram (56,3%).

No código (p=0,001), a linguagem comum se mostrou mais presente, Brasil (39,8%); Cabo Verde (56,3%).

A seguir na Tabela 2 apresentam-se dados de distribuição do número de interações das parturientes segundo a Comunicação Verbal.

Tabela 2- Distribuição do número de interações de Parturientes segundo a Comunicação Verbal. Brasil e Cabo Verde, 2017.

Variável	**Brasil**		**Cabo Verde**		
	N	**%**	**N**	**%**	**p**
Remetente					0,012
Parturiente	258	43,7	67	56,3	
Ausente	332	56,3	52	43,7	
Acompanhante					<0,0001
Sim	556	94,2	-	-	
Não	34	5,8	119	100,0	
Função Conativa Vocativo					<0,0001
Indica modo de ação	52	8,8	18	15,1	
Solicita informação/orientação	110	18,6	29	24,4	
Solicita sugestão	14	2,4	20	16,8	
Concorda	83	14,1	-	-	
Ausente	331	56,1	52	43,7	
Função Conativa Imperativo					0,025
Dá orientação	104	17,6	21	17,6	
Dá sugestão	133	22,5	42	35,3	
Não concorda	22	3,7	4	3,4	
Ausente	331	56,1	52	43,7	
Função Emotiva/Expressiva[(1)]					
1. Solidariedade	3	0,5	6	5,0	0,001[1]
Ausente	587	99,5	113	95,0	
2. Satisfação	3	0,5	12	10,1	<0,0001

Ausente	587	99,5	107	89,9	
3. Tranquilidade	102	17,3	12	10,1	0,051
Ausente	488	82,7	107	89,9	
4. Empatia	7	1,2	13	10,9	<0,0001
Ausente	583	98,8	106	89,1	
5. Outros	80	13,6	-	-	<0,0001
Ausente	510	86,4	119	100,0	
6. Tristeza	34	5,8	1	0,8	0,024
Ausente	556	94,2	118	99,2	
7. Apatia	3	0,5	20	16,8	<0,0001
Ausente	587	99,5	99	83,2	
8. Outros	30	5,1	3	2,5	0,226
Ausente	560	94,9	116	97,5	
Referencial/Contexto					<0,0001
Tratamento	134	22,7	32	26,9	
Prevenção	34	5,8	19	16,0	
Assuntos pessoais	11	1,9	10	8,4	
Assuntos cotidiano	9	1,5	4	3,4	
Outros	69	11,7	2	1,7	
Ausente	333	56,4	52	43,7	
Contato/Canal [(1)]					
Audição	199	33,7	67	56,3	<0,0001
Ausente	391	66,3	52	43,7	
Tato	92	15,6	-	-	<0,0001
Ausente	498	84,4	119	100,0	
Visão	128	21,7	67	56,3	<0,0001
Ausente	462	78,3	52	43,7	
Código					0,003
Linguagem comum	241	40,8	67	56,3	
Linguagem técnica (termos técnicos)	17	2,9	-	-	
Ausente	332	56,3	52	43,7	

(1) Mais de uma resposta.
p: x^2 (Qui-quadrado); p^1: Teste razão de verossimilhança.

Como apresentado na comunicação verbal da parturiente com o enfermeiro, observa-se também o predomínio da ausência de interações na maioria das variáveis, tais como na função conativa vocativa, Brasil (56,1%); Cabo Verde (43,7%), função conativa imperativo Brasil (56,1%); Cabo Verde (43,7%), referencial/contexto (56,4%); Cabo Verde (43,7%) e código no Brasil (56,3%).

A Tabela 2 apresenta que nas interações da comunicação verbal (p=0,012) houve maior ausência no Brasil (56,3%). Observa a parturiente como remetente, Brasil (43,7%); Cabo Verde (56,3%).

Na maioria das interações o acompanhante (p<0,0001) no Brasil esteve presente (94,2%). Em Cabo Verde todas as interações foram estabelecidas com a ausência do acompanhante (100,0%).

Na função conativa vocativa (p<0,0001), a solicitação de informação/orientação prevaleceu no Brasil (18,6%); Cabo Verde (24,4%). Na variável conativa/imperativo (p=0,025), dá sugestão foi a informação mais identificada, Brasil (22,5%); Cabo Verde (35,3%). Sobre a função emotiva/expressiva das parturientes prevaleceu a tranquilidade (p=0,051) no Brasil (17,3%) e apatia (p<0,0001) em Cabo Verde (16,8%).

Em relação ao referencial/contexto (p<0,0001), o tratamento foi o conteúdo mais abordado nas interações da parturiente, Brasil (22,7%); Cabo Verde (26,9%).

A audição foi o contato/canal (p<0,0001) mais usado nas interações no Brasil (33,7%). Em Cabo Verde (56,3%) a audição e a visão foram os mais usados. No código (p=0,003), por sua vez, a linguagem comum se mostrou mais presente nas interações, Brasil (96,3%); Cabo Verde (56,3%).

Serão apresentadas a seguir as caracterizações das interações na Comunicação Não Verbal do enfermeiro e parturiente, respectivamente.

A Tabela 3 refere-se a distribuição do número de enfermeiros segundo a Comunicação Não Verbal.

Tabela 3- Distribuição do número de interações de enfermeiros segundo a Comunicação Não Verbal. Brasil e Cabo Verde, 2017.

Variável	**Brasil**		**Cabo Verde**		
	N	**%**	**N**	**%**	**p**
Comunicação Não Verbal-Enfermeiro					<0,0001
Enfermeiro	258	43,7	67	56,3	
Ausente	332	56,3	52	43,7	
Distância					0,005
Íntima	175	29,7	37	31,1	
Pessoal	83	14,1	30	25,2	
Ausente	332	56,3	52	43,7	
Postura					<0,0001[1]
De pé	239	40,5	47	39,5	

Sentado	17	2,9	20	16,8	
Deitado	1	0,2	-	-	
De joelhos	1	0,2	-	-	
Ausente	332	56,3	52	43,7	
Eixo					<0,0001[1]
Face a face	160	27,1	55	46,2	
De costas	4	0,7	-	-	
Outro ângulo	59	10,0	12	10,1	
Sócio peto-encorajamento	34	3,4	-	-	
Ausente	333	39,8	52	43,7	
Contato					<0,0001[1]
Toque	75	12,7	32	26,9	
Carícia	11	1,9	-	-	
Agarrar	1	0,2	-	-	
Apalpar	3	0,5	1	0,8	
Segurar demoradamente	15	2,5	7	5,9	
Tocar localizado	48	8,1	3	2,5	
Roçar acidentalmente	5	0,8	7	5,9	
Nenhum contato	100	16,9	17	14,3	
Ausente	332	56,3	52	43,7	
Gestos Emblemáticos					<0,0001
Bater o pé	7	1,2	1	0,8	
Mover as mãos	149	25,3	66	55,5	
Outro	102	17,3	-	-	
Ausente	332	56,3	52	43,7	
Gestos Ilustradores					<0,0001
Complementa a linguagem verbal	177	30,0	65	54,6	
Não complementa	81	13,7	2	1,7	
Ausente	332	56,3	52	43,7	
Gestos Reguladores					<0,0001
Meneio de cabeça	97	16,4	1	0,8	
Mover os olhos	74	12,5	66	55,5	
Outros	87	14,7	-	-	
Ausente	332	56,3	52	43,7	
Comportamento Facial					<0,0001[1]
Perplexidade	1	0,2	-	-	
Alegria	-	-	3	2,5	
Medo	-	-	2	1,7	
Atenção	96	16,3	7	5,9	
Admiração	2	0,3	-	-	
Normal	153	25,9	54	45,4	
Outro	4	0,7	1	0,8	
Ausente	334	56,6	52	43,7	
Abertura Ocular					0,009[1]
Surpresa	2	0,3	-	-	
Alegria	1	0,2	2	1,7	
Tristeza	1	0,2	-	-	
Atenção	243	41,2	65	54,6	
Outro	10	1,7	-	-	

Ausente	333	56,4	52	43,7	
Direção do Olhar					0,009
Centrado no interlocutor	229	38,8	55	46,2	
Desvia do interlocutor	28	4,7	12	10,1	
Ausente	333	56,4	52	43,7	
Volume da Voz					0,011[1]
Sussurro	2	0,3	-	-	
Grito	1	0,2	-	-	
Normal	251	42,5	62	52,1	
Silêncio	4	0,7	5	4,2	
Ausente	332	56,3	52	43,7	

p: x^2 (Qui-quadrado); p^1: Teste razão de verossimilhança.

Como apresentado na comunicação não verbal do enfermeiro com a parturiente, assim como na comunicação verbal prevaleceu ausência de interações na maioria das variáveis, como na distância, Brasil (56,3%); Cabo Verde (43,7%), postura, Brasil (56,3%); Cabo Verde (43,7%), eixo Brasil (39,8%), contato Brasil (56,3%); Cabo Verde (43,7%), gestos emblemáticos Brasil (56,3%), gestos ilustradores Brasil (56,3%), gestos reguladores Brasil (56,3%), comportamento facial Brasil (56,6%), abertura ocular Brasil (56,4%), direção do olhar Brasil (56,4%) e volume da voz Brasil (56,3%). Observa-se que nas últimas sete variáveis ocorreu o predomínio de ausência nas interações apenas no Brasil.

A Tabela 3 apresenta a prevalência da ausência de interações em todas as variáveis na comunicação não verbal do enfermeiro com a parturiente.

Ficou evidenciada no Brasil, na variável comunicação ($p<0,0001$) a ausência de interações (56,3%). Em Cabo Verde a maioria das interações foi estabelecida pelos enfermeiros (56,3%).

Em relação a distância nas interações do enfermeiro ($p= 0,005$) a distância íntima predominou, Brasil (29,7%); Cabo Verde (31,1%). Sobre a postura dos enfermeiros nas interações ($p<0,0001$), permaneceram em pé, Brasil (40,5%); Cabo Verde (39,5%).

Acerca do eixo estabelecido entre o enfermeiro e parturiente nas interações da comunicação não verbal ($p<0,0001$), é perceptível com os resultados que existe semelhança ocorrendo predomínio do eixo face a face, Brasil (27,1%); Cabo Verde (46,2%). Na variável

contato (p<0,0001), os enfermeiros usaram nenhum contato no Brasil (16,9%) e o toque para estabelecer interações com as parturientes em Cabo Verde (26,9%).

Com relação aos gestos emblemáticos usados nas interações dos enfermeiros (p<0,0001), houve prevalência de mover as mãos, Brasil (25,3%); Cabo Verde (55,5%).

Pode ser observado nesta penúltima tabela que em relação aos gestos ilustradores dos profissionais (p<0,0001), a maioria complementa a linguagem verbal, Brasil (30,0%); Cabo Verde (54,6%). Sobre os gestos reguladores observados durante as interações (p<0,0001), o meneio de cabeça se destacou no Brasil (16,4%). Em Cabo Verde prevaleceu mover os olhos (55,5%).

Nas interações o comportamento facial dos enfermeiros com as parturientes (p<0,0001), em sua maioria, foi identificado como normal, Brasil (25,9%); Cabo Verde (45,4%). Em ambos os países, a abertura ocular (p=0,009) foi demostrada no decorrer das interações pelos enfermeiros foi atenção, Brasil (41,2%); Cabo Verde (54,6%).

Acerca da direção do olhar (p=0,009), os enfermeiros em sua prevalência, centravam durante as interações no interlocutor, Brasil (38,8%); Cabo Verde (46,2%). O volume da voz (p=0,011) normal predominou e foi identificada nas interações analisadas, Brasil (42,5%); Cabo Verde (52,1%).

A seguir na Tabela 4 expõe os dados de distribuição do número de interações das parturientes segundo a Comunicação Não Verbal.

Tabela 4- Distribuição do número de interações de parturientes segundo a Comunicação Não Verbal. Brasil e Cabo Verde, 2017.

Variável	**Brasil**		**Cabo Verde**		
	N	**%**	**N**	**%**	**p**
Comunicação Não Verbal Parturiente					0,018
Parturiente	262	44,4	67	56,3	
Ausente	328	55,6	52	43,7	

Distância					0,003
Íntima	177	30,0	35	29,4	
Pessoal	85	14,4	32	26,9	
Ausente	328	55,6	52	43,7	
Postura					<0,0001
De pé	34	5,8	2	1,7	
Sentado	33	5,6	-	-	
Deitado	186	31,5	65	54,6	
De joelhos	9	1,5	-	-	
Ausente	328	37,5	52	43,7	
Eixo					<0,0001
Face a face	159	26,9	34	28,6	
De costas	13	2,2	-	-	
Outro ângulo	59	10,0	33	27,7	
Sócio fugo-desencorajamento	3	0,5	-	-	
Sócio peto-encorajamento	28	4,7	-	-	
Ausente	328	55,6	52	43,7	
Contato					<0,0001[1]
Toque	28	4,7	16	13,4	
Caricia	4	0,7	-	-	
Agarrar	14	2,4	8	6,7	
Apalpar	1	0,2	-	-	
Segurar demoradamente	8	1,4	15	12,6	
Apertar	3	0,5	-	-	
Tocar localizado	8	1,4	-	-	
Roçar acidentalmente	48	8,1	8	6,7	
Nenhum contato	148	25,1	20	16,8	
Ausente	328	55,6	52	43,7	
Gestos Emblemáticos					<0,0001[1]
Bater o pé	1	0,2	-	-	
Mover as mãos	129	21,9	67	56,3	
Outro	131	22,2	-	-	
Ausente	329	55,8	52	43,7	
Gestos Ilustradores					<0,0001
Complementa a linguagem verbal	160	27,1	66	55,5	
Não complementa	101	17,1	1	0,8	
Ausente	329	55,8	52	43,7	
Gestos Reguladores					<0,0001
Meneio de cabeça	110	18,6	2	1,7	
Mover os olhos	84	14,2	65	54,6	
Outros	66	11,2	-	-	
Ausente	330	55,9	52	43,7	
Comportamento Facial					<0,0001[1]
Perplexidade	2	0,3	-	-	
Nojo	2	0,3	-	-	
Alegria	1	0,2	-	-	
Medo	36	6,1	33	27,7	
Tristeza	11	1,9	1	0,8	
Atenção	8	1,4	5	4,2	

Normal	48	8,1	28	23,5	
Outro	154	26,1	-	-	
Ausente	328	55,6	52	43,7	
Abertura Ocular					<0,0001[1]
Surpresa	5	0,8	1	0,8	
Alegria	1	0,2	-	-	
Tristeza	46	7,8	5	4,2	
Atenção	99	16,8	61	51,3	
Outro	111	18,8	-	-	
Ausente	328	55,6	52	43,7	
Direção do Olhar					0,007
Centrado no interlocutor	163	27,6	50	42,0	
Desvia do interlocutor	99	16,8	17	14,3	
Ausente	328	55,6	52	43,7	
Volume da Voz					<0,0001
Sussurro	39	6,6	-	-	
Grito	57	9,7	23	19,3	
Normal	127	21,5	24	20,2	
Silêncio	28	4,7	7	5,9	
Alto	11	1,9	13	10,9	
Ausente	328	55,6	52	43,7	

p: x^2 (Qui-quadrado); p^1: Teste razão de verossimilhança.

Sobre a comunicação não verbal da parturiente com o enfermeiro também prevaleceu ausência de interações na maioria das variáveis, como na distância, Brasil (55,6%); Cabo Verde (43,7%), postura, Brasil (37,5%), eixo Brasil (55,6%); Cabo Verde (43,7%), contato Brasil (55,6%); Cabo Verde (43,7%), gestos emblemáticos, Brasil (55,8%), gestos ilustradores, Brasil (55,8%), gestos reguladores, Brasil (55,9%), comportamento facial, Brasil (55,6%); Cabo Verde (43,7%), abertura ocular, Brasil (55,6%); Cabo Verde (43,7%), direção do olhar, Brasil (55,6%); Cabo Verde (43,7%) e volume da voz, Brasil (55,6%); Cabo Verde (43,7%). É importante ressaltar que nas variáveis postura, gestos emblemáticos, gestos ilustradores e gestos reguladores e abertura ocular ocorreu o predomínio de ausência nas interações apenas no Brasil.

A Tabela 4 apresenta a prevalência da ausência de interações em todas as variáveis na comunicação não verbal da parturiente com o enfermeiro.

Observa-se que as parturientes, na maior parte das interações, estabeleceram comunicação não verbal com os enfermeiros (p=0,018), Cabo Verde (56,3%). É importante ressaltar que no Brasil predominou a ausência de interações (55,6%). Sobre a distância (p=0,003), a íntima prevaleceu, Brasil (30,0%); Cabo Verde (29,4%).

Acerca da postura das parturientes (p<0,0001), predominou a postura deitada durante as interações com o enfermeiro, Brasil (31,5%); Cabo Verde (54,6%). Com relação ao eixo (p<0,0001), a maioria foi face a face, Brasil (26,9%); Cabo Verde (28,6%).

Em relação ao contato estabelecido (p<0,0001), esta variável não esteve presente nas interações das parturientes, Brasil (25,1%) e Cabo Verde (16,8%). Na variável gestos emblemáticos das parturientes (p<0,0001) houve prevalência de outros gestos nas interações no Brasil (22,2%) e em Cabo Verde todas as parturientes moveram as mãos (56,3%). Sobre aos gestos ilustradores das parturientes (p<0,0001), a maioria complementa a linguagem verbal no momento das interações, Brasil (27,1%); Cabo Verde (55,5%).

Em relação aos gestos reguladores (p<0,0001) houve predomínio do meneio de cabeça no Brasil (18,6%) e mover os olhos em Cabo Verde (54,6%).

No comportamento facial (p<0,0001) nas interações das parturientes foi identificado em maior porcentagem como outros no Brasil (26,1%) e em Cabo Verde foi medo (27,7%). Acerca da abertura ocular (p<0,0001) das parturientes em suas interações, outro foi a mais presente no Brasil (18,8%) e atenção em Cabo Verde (51,3%). Quanto a direção do olhar (p=0,007) centrado no interlocutor nas interações prevaleceu, Brasil (27,6%); Cabo Verde (42,0%). Por fim o volume da voz (p<0,0001) normal predominou nas interações com os enfermeiros, Brasil (21,5%); Cabo Verde (20,2%).

6 DISCUSSÃO

Como apresentado nos resultados acerca da comunicação verbal do enfermeiro com a parturiente, observa-se o predomínio da ausência de interações na maioria das categorias estudadas sendo na função conativa vocativa, Brasil (56,3%); Cabo Verde (43,7%), função conativa imperativo, Brasil (56,3%); Cabo Verde (43,7%), referencial/contexto, Brasil (56,3%); Cabo Verde (43,7%) e código, Brasil (56,3%); Cabo Verde (43,7%). Diante desses dados podemos perceber uma significativa porcentagem de ausência de interações observada, assim faz-se necessário em alguns casos que a assistência de enfermagem seja concretizada com maior presença do profissional enfermeiro, sendo primordial uma parceria entre enfermeiro e paciente (GARCIA et al, 2014). Desde modo, a seguir serão discutidos os dados que em segundo lugar mais predominaram nessas interações na comunicação verbal enfermeiro e parturiente.

Como exposto no estudo a população de profissionais enfermeiros foi constituída em sua maioria pelo gênero feminino, onde no Brasil todos os profissionais foram mulheres enquanto que em Cabo Verde estiveram presentes apenas dois enfermeiros do gênero masculino. Nota-se ainda nos dias atuais o predomínio da mulher na prática assistencial. Como se observa no estudo, essa realidade é encontrada também em outros países lusófonos. Existe o predomínio da mulher nas práticas de enfermagem desde os tempos antigos, na execução da arte do cuidar em diferentes países, através de saberes que eram passados de geração para geração (SOUZA et al., 2014). Este fato ainda encontra-se presente no mundo atualmente, porém agregada ao conhecimento científico.

A relação estabelecida entre a enfermagem e o gênero feminino é um fator primordial para a concretização de vínculos afetivos e de segurança. Nos serviços obstétricos é comum a prevalência da figura feminina na equipe de enfermagem. Acredita-se que através desses achados seja possível se estabelecer maior vínculo de segurança e intimidade com as pacientes, visto que provavelmente as pacientes se sentem mais confortáveis e desinibidas com profissionais do gênero feminino ao longo do processo do parto e nascimento (LIMA,1993).

O vínculo com profissionais do gênero feminino possivelmente possibilita melhor e maior comunicação entre enfermeiro e parturiente. No entanto, de acordo com os resultados apresentados no estudo nota-se a prevalência da ausência de interações em ambas as

comunicações (verbal e não verbal) dos enfermeiros e parturientes analisados no estudo. Os resultados revelam diferenças estatísticas significativas, ou seja, dados estatisticamente significantes ($p<0,05$).

Na Tabela 1, que contempla a caracterização das variáveis sobre a comunicação verbal do enfermeiro, o maior número de interações analisadas no Brasil demonstra uma ausência significativa de interações (56,3%) na comunicação verbal na fase ativa do parto.

A ausência da comunicação verbal entre a figura do enfermeiro obstetra na assistência ao trabalho de parto em muitos serviços dá-se pela falta de qualificação desses profissionais e/ou funções direcionadas às atividades administrativas, número reduzido de profissionais na equipe e/ou pela falha nos aspectos comunicativos (ALMEIDA; GAMA; BAHIANA, 2015).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) vem implementando recursos para qualificar o enfermeiro obstetra na busca de estratégias para melhoria no atendimento à mulher, dentre elas, o incentivo de aproximação e empatia com a paciente. O incentivo para comunicação entre enfermeiro e parturiente possibilita melhorias trazendo mais humanização e qualidade a essa assistência (KNOBEL et al., 2011).

Observou-se através das análises das interações das comunicações verbais dos enfermeiros obstetras que eles ofereciam maior atenção, segurança para as parturientes e oferta de métodos não farmacológicos para o alívio da dor. Percebeu-se que as práticas utilizadas pelos profissionais na assistência à parturiente demonstraram que os métodos não invasivos e não farmacológicos são vastamente utilizados e eficientes, assim como ofertar às parturientes a livre escolha da posição durante o trabalho de parto. Estimular o uso da banheira, o caminhar e banho por aspersão também são métodos empregados na prática assistencial no Brasil (REIS et al., 2015).

Diferente da realidade brasileira, em Cabo Verde, a assistência ao parto normal com risco habitual dar-se exclusivamente pelo enfermeiro do serviço, pois não existe outro profissional presente, observamos então o resultado quase unânime do enfermeiro obstetra (56,3%) como remetente no processo de comunicação com a parturiente. Apenas 43,7% das interações ocorreram com ausência de comunicação verbal. Mesmo com as inúmeras atividades

atribuídas aos dois enfermeiros obstetras de plantão, no qual eram responsáveis por realizar toda a assistência ao pré-parto, parto, pós-parto e primeiros cuidados ao recém-nascido, observou-se a preocupação por parte destes profissionais em orientar a mulher a caminhar, higienização corporal e usar técnicas de respiração para o alívio da dor.

Sobre a presença do acompanhante, os resultados apresentados demonstram dados estatisticamente significantes ($p<0,0001$). No Brasil 91,9% das interações entre enfermeiro e parturiente ocorreram com a presença do mesmo. No país, a Lei do Acompanhante n. 11.108 (2005) regulamenta que os serviços obstétricos de saúde sejam eles públicos ou privados devem permitir a presença de um acompanhante durante o trabalho de pré parto, parto e pós-parto. A mulher tem o direito de escolher a pessoa que lhe acompanhará durante todo o processo parturitivo. O não cumprimento dessa lei acarreta violação dos direitos reprodutivos da mulher por parte dos serviços brasileiros de saúde (RODRIGUES et al., 2017).

É primordial que os profissionais e os serviços de saúde possuam qualificação, estrutura e condições para acolher a parturiente no processo de parto e nascimento, visto suas escolhas, desejos e necessidades, incluindo a presença do acompanhante. Respeitar o direito de escolha da mulher em possuir um acompanhante nesse momento singular da sua vida é humanizar a assistência de enfermagem. Apesar de diferenças culturais, os sentimentos acerca do processo de parto e nascimento se assemelham a todas as mulheres nesse momento de suas vidas (SOUZA, GUALDA, 2016).

Em Cabo Verde a realidade acerca da presença do acompanhante difere do Brasil. No serviço não é permitida a participação do acompanhante no processo do trabalho de parto, parto e nascimento, assim 100,0% das comunicações verbais foram estabelecidas sem a presença do acompanhante. Isto pode aumentar a insegurança e o medo da mulher durante o trabalho de parto/parto, podendo trazer como consequência maior duração neste processo.

Os enfermeiros obstetras em Cabo Verde relataram que estratégias de humanização do parto foram implementadas em 2015 no serviço para incentivar a presença do acompanhante, no entanto, a permissão do acompanhante foi extinta meses depois. Segundo relatos dos profissionais isso ocorreu devido falta de espaço e infraestrutura do serviço em receber mais uma

pessoa nas salas de pré-parto/parto e a ausência de interesse dos familiares, amigos e pais em acompanhar esse importante momento.

Na visão de muitos profissionais atuantes no cenário obstétrico, o acompanhante precisa ter conhecimento dos fenômenos envolvidos no parto para que possa atuar de forma positiva nesse processo. A ideia de que o acompanhante não tem preparo pode ser resultado das crenças, valores e cultura que levam o enfermeiro obstetra a não aceitar a presença do acompanhante no parto (BRÜGGEMANN et al., 2015). Além disso, a participação e orientação ao acompanhante ainda no pré-natal podem sanar essas dificuldades promovendo sua participação.

Como resultado do estudo também, foi perceptível em ambos os países a avaliação da função conativa ($p<0,0001$). Esta é a forma de orientar o destinatário (parturiente), sendo descrita por declarações. Subdivide-se essa função em vocativo e imperativo (STEFANELLI, 1993). No que se refere a função conativa vocativa, no presente estudo, o modo de indicar ação foi o mais encontrado em ambos os países, Brasil (32,9%); Cabo Verde (28,6%). Por meio do modo de ação pôde-se observar que os enfermeiros expressavam em suas interações ações como, por exemplo, pedidos destinados à parturiente, relacionados ao uso da bata (camisola) oferecida pelo serviço no momento da admissão na sala de PPP (pré-parto, parto e pós-parto) e pedido para a parturiente realizar NHB's (Necessidades Humanas Básicas) antes da realização do exame de toque vaginal.

Outras variáveis de comunicação também foram observadas no aspecto conativo vocativo nos dois cenários. No Brasil, o enfermeiro solicita informação/orientação (6,6%) e sugestão (3,4%). Acerca das informações, orientações e sugestões, os enfermeiros orientaram as parturientes desde a admissão acerca da importância do uso do "cavalinho" e bola suíça como métodos auxiliares para a evolução do trabalho de parto até o início da fase expulsiva do trabalho de parto.

Na atualidade, os enfermeiros obstetras dispõem de diversos recursos para auxiliar o trabalho de parto, como por exemplo, a bola suíça. Esta pode ser usada pela mulher durante a fase ativa do trabalho de parto, pois é considerada importante ferramenta de distração para a parturiente tornando esse momento mais sereno. É importante salientar que este recurso é visto

como auxílio importante para a massagem e o banho de chuveiro e exercícios (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

Em Cabo Verde a comunicação verbal do enfermeiro ($p<0,0001$) também foi expressada nas interações pela função conativa vocativa demonstrada por solicitar informação/orientação (21,8%). Diante disso, nota-se que os enfermeiros obstetras cabo-verdianos solicitaram significativamente informações das parturientes como, por exemplo, a localidade em que elas residiam, indagações acerca da ingestão de alimentos e questão sobre o conforto do ambiente (temperatura). Na realização da anamnese obstétrica os enfermeiros forneceram informações importantes para assegurar o conforto e o cuidado holístico da parturiente. Indagaram também se elas estavam confortáveis com a temperatura do ambiente.

Faz-se necessário refletir sobre a importância do cuidado e o conforto no decorrer do trabalho de parto e nascimento. O enfermeiro não deve intervir apenas em ações para o alívio da dor, cuidar é olhar muito além das necessidades físicas relatadas pela mulher. O profissional deve proporcionar ambiente favorável, ou seja, um cenário em que a parturiente seja cuidada e acolhida, se lhe for promovida atenção e amor, este apoio contribuirá para a segurança e o bem-estar dessa mulher (KNOBEL et al., 2011).

Sobre a função conativa imperativo, não devemos provocar uma ação expressando exclusivamente o imperativo ao destinatário da mensagem. É necessário utilizar um método mais sutil para estimular a ação almejada (JAKOBSON, 2001). No Brasil (36,8%)transmitiram orientações para as parturientes utilizando esta função e em Cabo Verde (29,4%) dá sugestão foi a mais usada nas interações registradas. Os dados da função conativa imperativo ($p<0,0001$) apresentaram significância estatística.

As orientações e as sugestões fornecidas às mulheres em trabalho de parto devem ser reforçadas e fundamentadas de forma individual, de acordo com as necessidades de cada parturiente, haja vista uma preparação de qualidade para vivenciar esta importante etapa de sua vida. O enfermeiro obstetra deve em sua prática do cuidado através de suas orientações minimizar os medos, inseguranças e incertezas da mulher (FRANCISQUINI et al., 2010). Por isso, utilizar o modo imperativo deve ser estudado, pois dependendo do contexto pode não ajudar

na comunicação e intervir no cuidado. Por outro lado, se utilizado no momento adequado transmite a mensagem ideal e a relação efetiva.

Dentre as orientações, a principal presenciada relacionava-se a deambulação. Tanto no Brasil quanto em Cabo Verde as parturientes eram motivadas a caminharem para uma evolução mais rápida do trabalho de trabalho de parto, no entanto, em Cabo Verde existia resistência por parte das parturientes em aceitar a orientação. Acredita-se que essa rejeição dava-se devido à ausência de informação acerca dos benefícios da deambulação no trabalho de parto ativo. No estágio inicial e ativo do trabalho de parto a mulher deve ser estimulada a caminhar. Essa prática acelera o trabalho de parto e também ajuda a afinar o colo uterino (SILVA et al., 2013).

Fornecer sugestão no modo imperativo permite pensar na hipótese de que os profissionais enfermeiros percebiam aquele momento como um espaço de auxílio às parturientes no que se refere a sugestões e esclarecimentos de dúvidas. Os enfermeiros sugeriram principalmente a posição de decúbito lateral esquerdo para as parturientes. É importante a equipe de enfermagem sugerir a mulher em trabalho de parto ativo a posição em decúbito lateral esquerdo, pois essa posição reduz o uso de ocitocina e a prática da episiotomia no parto normal, além de diminuir significativamente a perda sanguínea da mãe (NILSEN et al., 2011).

Fornecer sugestão também é opção importante de cuidado e promoção da saúde. O enfermeiro obstetra através de suas sugestões na prática do cuidado poderá promover a paciente possibilidades para um processo parturitivo de mais qualidade e autonomia (SOUZA; GUALDA, 2016). Promover saúde é papel primordial do enfermeiro. Empoderar e tornar a parturiente ativa ajudam no ato de parir atualmente. Porém, é notória a carência de educação em saúde e uma assistência de qualidade nos hospitais, maternidades e unidades básicas de saúde também na maioria dos países africanos. Práticas do cuidado em saúde devem ser proporcionadas pelos profissionais junto à mulher, a fim de transformar positivamente a realidade lusófona no âmbito parturitivo (OMS, 2014).

Promover um cuidado afetivo e tranquilo possibilita emoções significativas à mulher nesse processo de parto e nascimento, assim segurança, afetividade, acolhimento e tranquilidade são emoções positivas que devem ser encontradas no processo assistencial (KNOBEL et al.,

2011). Assim, sobre a função emotiva/expressiva dos enfermeiros (p=0,054) mais identificada nas interações foi a tranquilidade, Brasil (24,1%); Cabo Verde (16,0%).

Em relação ao assunto do referencial/contexto (p<0,0001) mais encontrado nas interações entre enfermeiro e parturiente foi acerca do tratamento, Brasil (24,6%); Cabo Verde (30,3%). O tratamento na área de saúde pode se referir a momentos patológicos e/ou fisiológicos do corpo humano ou a diferentes recursos (farmacológicos, não farmacológicos ou cirúrgicos) com o propósito de cura ou alívio de sintomatologia (SCLIAR, 2010). No presente estudo, entende-se como tratamento o processo de trabalho de parto ativo.

Os enfermeiros brasileiros e cabo-verdianos em suas interações iniciais com as parturientes direcionavam o assunto para a importância da participação da mulher no trabalho de parto ativo e na assistência propriamente dita (tratamento). Nota-se através do predomínio desse assunto a preocupação dos profissionais em tornar a mulher mais participativa, cooperativa e inserida no contexto do parto.

Verbalizar para a mulher sobre a importância da sua participação e envolvimento no tratamento, neste caso, filho é primordial. O uso da comunicação verbal pelo enfermeiro obstetra torna essa ação mais eficiente e acolhedora. Para a mulher em trabalho de parto, compreender seu papel como protagonista desse processo é de fundamental importância (DORNFELD; PEDRO, 2011).

Durante a assistência comunicar-se com a paciente orientando-a acerca do tratamento (trabalho de parto), proporciona e tem por objetivo iniciar uma relação mais íntima, segura e próxima com a paciente (LINDAHL; SANDWAN, 1998).

Orientar a mulher acerca do seu trabalho de parto (tratamento) exige do enfermeiro obstetra o uso de canais de comunicação. Desse modo, o estudo evidenciou com dados estatisticamente significativos (p<0,0001) que a audição foi Contato/canal mais usado no Brasil (32,9%) e em Cabo Verde (56,3%). Vale ressaltar que em Cabo Verde a visão também prevaleceu (56,3%). A atenção do enfermeiro nos cuidados à mulher na fase ativa do trabalho de parto exige dele maior atenção visual e auditiva, a fim de identificar as necessidades da mulher e tentar assistí-la da melhor forma possível (ALMEIDA; GAMA; BAHIANA, 2015).

Sobre a linguagem dos enfermeiros nas interações (p=0,001), a linguagem comum foi mais usada Brasil (54,5%); Cabo Verde (87,5%), evitando assim o uso de termos técnicos.

O remetente (enfermeiro) e o destinatário (parturiente) possuem linguagem individualizada. Assim, o enfermeiro deve expressar-se de maneira adequada e compreensiva para compartilhar uma linguagem comum com o objetivo de transmitir sua mensagem com clareza e qualidade. É essencial o enfermeiro estar atento às respostas da parturiente durante essa comunicação, a fim de perceber se está havendo efetividade o no processo comunicativo realizado, pois, este, se feito de forma adequada, causará certamente mudanças positivas no trabalho de parto (MACÊDO, 2005). A linguagem usada para informar e esclarecer a essas parturientes precisa ser de amplo acesso e compreensível, de forma que elas possam interagir no decorrer do trabalho de parto.

Estudo realizado cujo objetivo foi evidenciar a importância do enfermeiro na inserção da mulher como ser ativo na comunicação e conhecedora desse processo de parto e nascimento aponta que o respeito a mulher transforma o nascimento num momento único e especial. Ela tem o direito de compreender e participar das decisões e ações relacionadas ao nascimento do filho, inclusive a informações fornecidas em linguagem comum de fácil compreensão sobre o tipo de parto ao qual será submetida (NASCIMENTO et al., 2015).

Como apresentado nos dados da comunicação verbal da parturiente com o profissional, foi observado também a prevalência da ausência de interações em algumas variáveis analisadas, tais como na função conativa vocativa, Brasil (56,1%); Cabo Verde (43,7%), função conativa imperativo Brasil (56,1%); Cabo Verde (43,7%), referencial/contexto (56,4%); Cabo Verde (43,7%) e código no Brasil (56,3%). Deste modo, a seguir serão discutidos os dados que mais predominaram em segundo lugar nessas interações na comunicação verbal entre parturiente e enfermeiro.

Na exposição da caracterização da comunicação verbal entre a parturiente e enfermeiro, a mulher aparece como remetente em ambos os países na maioria das relações observadas, Brasil (43,7%); Cabo Verde (56,3%) com diferença estatística significativa (p=0,012). No estudo, as parturientes comunicaram-se com os enfermeiros sempre que desejavam ou expressavam pedidos ou esclarecimentos de dúvidas. Em algumas ocasiões onde não era

possível comunicação devido a ausência do enfermeiro, as parturientes pediam para o acompanhante chamá-lo.

No Brasil, (94,2%) a maioria das interações entre parturiente e enfermeiro ($p<0,001$) ocorreram com o acompanhante. Em alguns momentos de interações analisadas, o acompanhante se ausentava da PPP para realizar tarefas destinadas à parturiente, como por exemplo, buscar absorventes, toalhas e batas. É possível perceber que o acompanhante quando preparado pode exercer significativo papel na assistência à parturiente, auxiliando-a e encorajando-a ao autocuidado e autoconfiança. A presença desse coadjuvante no processo de parto e nascimento traz benefícios tais como redução do tempo do trabalho de parto, redução de analgesias e medicações como a ocitocina, aumento dos índices de Apgar no primeiro minuto do recém-nascido e diminuição do número de partos com fórceps. A ciência já mostrou que a presença do acompanhante reflete positivamente na boa evolução do trabalho de parto (OLIVEIRA; ALVES, 2017). Acredita-se que a associação entre as boas práticas de comunicação associada à presença do acompanhante promove benefícios que estão diretamente relacionados ao processo de humanização.

Em Cabo Verde as interações das parturientes foram estabelecidas sem a presença de um acompanhante (100,0%), porém, foi observada a vontade das parturientes em ter alguém próximo nesse momento. A cultura de Cabo Verde possivelmente deve influenciar nessa ausência de alguém próximo para acompanhar a mulher. Através de relatos das parturientes sobre seus partos anteriores e parto de suas mães e familiares, pôde-se notar que os partos no país sempre ocorreram com ausência de acompanhante no atendimento hospitalar. Algumas mulheres também comentaram o desejo de poder parir em casa, para assim poder usufruir da presença e apoio de sua mãe, sogra ou irmã. Vale ressaltar que mesmo havendo ausência de de acompanhantes em Cabo Verde, os dados apresentam significância estatística ($p<0,0001$).

Presume-se que a vivência de mulheres que tiveram uma pessoa querida como acompanhante ao seu lado durante esse evento é totalmente diferente das que vivenciaram essa experiência solitariamente, mesmo que os enfermeiros obstetras envolvidos no trabalho de parto tenham oferecido suporte, cuidado e conforto necessário. Em estudo comprovou-se que o respeito da escolha da mulher sobre a pessoa a lhe acompanhar no nascimento do filho é classificado

como uma prática comprovadamente útil e que deve ser estimulada em todo o mundo, pois possui base em evidências científicas já apresentadas (DODOU et al., 2014).

Ainda sobre a função conativa vocativa ($p<0,0001$), também foi encontrada a solicitação de informação/orientação no Brasil (18,6%); Cabo Verde (24,4). Esta foi a mais transmitida na comunicação entre parturientes e enfermeiros em ambos os países. As parturientes solicitavam informações acerca da posição que poderiam ficar, sobre o banho, horário de visitas e consumo de alimentos (almoço/jantar). Vale ressaltar nesse ensejo a importância de se fornecer informações/orientações a essas mulheres acerca do trabalho de parto ainda ao longo das consultas de pré-natal. Para considerar a mulher como sujeito singular e de direitos, é necessário que se valorize suas vivências, experiências e aspectos culturais desde as consultas de pré-natal para melhor orientá-la para a vivência de um parto normal (GAÍVA; PALMEIRA; MUFATO, 2017). Certamente se essas mulheres receberem informações importantes previamente ao trabalho de parto entrariam no serviço obstétrico mais confiante, segura e consequentemente poderiam estabelecer melhor relação e comunicação com toda a equipe profissional.

Historicamente já se evidenciava a importância da boa comunicação entre enfermeiros e mulheres em trabalho de parto. A literatura mostra a importância da relação de empatia e segurança da parturiente com o enfermeiro. A comunicação em enfermagem é a ferramenta essencial para se estabelecer confiança entre a mulher e os profissionais que a assistem nesse período. Dessa forma, mulheres bem assistidas pela equipe tendem a ser mais colaborativas nas estratégias de humanização (MALIK, 2000).

No Brasil (8,8%) e em Cabo Verde (15,1%) as parturientes ainda indicaram modo de ação nas interações da comunicação verbal. Indicar modos de ações na maioria das vezes pode indicar ansiedade da parturiente, sentimento este esperado e compreensível em uma transição importante em sua vida. Dentre os modos de ação estavam solicitações de massagens na região lombar e sacra e pedido para o enfermeiro segurar sua mão no momento das contrações uterinas. Infelizmente na maioria das vezes essas solicitações não eram atendidas pelos enfermeiros brasileiros e caboverdianos. Notava-se a ausência de tempo disponível para essas ações, haja vista o número reduzido de profissionais no serviço. No Brasil a realidade possui um fator positivo, onde além dos acompanhantes ainda é possível a presença da doula, figura esta que presta constante apoio à parturiente, esclarecendo dúvidas e aconselhando acerca das melhores

posições durante as contrações, técnicas de respiração e relaxamento no trabalho de parto/parto (SILVA et al., 2016).

Na maternidade onde se concretizou o estudo em Cabo Verde os enfermeiros obstetras possuíam grande número de funções tanto administrativas quanto assistenciais, haja vista o serviço possuir apenas dois enfermeiros obstetras por plantão para desempenhar todos os cuidados à parturiente e recém-nascido. Esse número reduzido de profissionais possivelmente possibilita falhas na comunicação entre e enfermeiro e parturiente devido a falta de tempo destinado a cada mulher de forma individualizada para a efetivação de um cuidado de qualidade.

Ainda existem em diversos países lusófonos pouco incentivo institucional para adaptação das maternidades à estrutura adequada e quantitativo suficiente de profissionais que possibilitem utilização de práticas de promoção do parto e nascimento humanizados. Em uma abordagem holística, é imprescindível que as demandas da mulher sejam valorizadas e respeitadas individualmente e, se possível atendidas (PORFÍRIO; PROGIANTI; SOUZA, 2010).

O modo imperativo nas interações da comunicação verbal das parturientes (p=0,025), dar sugestão foi o que prevaleceu, Brasil (22,5%); Cabo Verde (35,3%). As parturientes em ambos os países davam sugestão aos enfermeiros acerca principalmente da mudança de temperatura e luminosidade no ambiente em que elas se encontravam. Nos dois cenários as parturientes estavam em sala de pré-parto (Cabo Verde) e PPP (Brasil) com aparelho ar-condicionado ligados na maior parte do tempo. As mulheres também sugeriram aos enfermeiros para deixar a porta da sala pré-parto/PPP fechada. Observou-se que em alguns momentos do trabalho de parto essas mulheres encontravam-se incomodadas com a falta de privacidade no ambiente. No Brasil o CPN é campo de estágio para acadêmicos de enfermagem, residentes e estagiários de cursos de especialização e a presença desse público possivelmente torna o ambiente com menos privacidade para essa mulher. É importante ressaltar que embora existam todos esses profissionais, a privacidade das parturientes é mantida.

Para Lima et al., 2016, a ciência Enfermagem, envolve muito além do cuidar do outro, é principalmente atender às suas necessidades com solidariedade, sensibilidade e privacidade através de atitudes de cuidado para promover o conforto e o bem-estar da paciente.

As condições de conforto e privacidade quando não são favoráveis no ambiente onde ocorre o processo do parto, deve despertar nos profissionais o desejo da busca por um ambiente promissor de privacidade para essa mulher. Diversas maternidades no Brasil e em especial a maternidade onde se realizou o estudo em Cabo Verde, geralmente, mantêm diversas parturientes em um mesmo ambiente. Essa ação sem dúvidas ocasiona a falta de privacidade para as parturientes e consequentemente dificultam expressar seus sentimentos e dor, que são estes os principais fatores causadores de estresse para a parturiente (GUIDA; LIMA; PEREIRA, 2013). Os enfermeiros obstetras devem resgatar a subjetividade, garantindo direitos e construindo relações humanas democráticas e privativas à essas mulheres.

Com a falta de conforto e privacidade no ambiente a maioria das mulheres cabo-verdianas expressaram através da função emotiva/expressiva a apatia (16,8%). No cenário brasileiro a tranquilidade (17,3%) prevaleceu na maioria das interações observadas entre parturiente e enfermeiro apresentando diferença estatística ($p=0,051$). Acredita-se que a representativa taxa de apatia encontrada no estudo deva-se pela carência de conforto no ambiente, a maternidade em Cabo Verde. Por outro lado, podemos observar o sentimento de tranquilidade expressada pelas parturientes brasileiras. A tranquilidade demostrada por mulheres em trabalho de parto muito influencia no desfecho do mecanismo do parto (FERREIRA, et al., 2013).

O referencial/contexto entre parturientes e enfermeiros ($p<0,0001$) apontou o tratamento como conteúdo mais abordado na comunicação verbal no Brasil (22,7%) e em Cabo Verde com (26,9%). As parturientes brasileiras e cabo-verdianas dialogaram mais assuntos com os enfermeiros sobre seu processo de trabalho de parto (tratamento). Verbalização sobre a vontade de vomitar e fazer força. É comum mulheres em trabalho de parto ativo sentirem náuseas e enjôos, principalmente devido a grande quantidade de tempo ingerindo apenas líquidos (água, chá, suco, água de coco). Outro assunto relacionado ao tratamento mencionado pelas parturientes está relacionado a perda de líquido amniótico (LA). Elas indagavam sobre o risco que isso traria para ela e o bebê. A diminuição do LA no trabalho de parto contribui para o aumento da prevalência de corioamnionite, complicações neonatais e aumento da taxa de cesariana (PATRIOTA et al., 2014).

Os pedidos de parto cesáreo pela mulher também foram bastante evidenciados no tratamento (trabalho de parto), principalmente por mulheres que já se encontravam no fim da fase

ativa. Em ambos os países as mulheres pediram pelo parto cesáreo diversas vezes no decorrer da sua comunicação com o enfermeiro. Acredita-se que isso ocorre devido ao medo, dores e insegurança. Mulheres em trabalho de parto tendem a sentir medo e insegurança principalmente devido às dores das contrações uterinas que se tornam mais fortes na fase ativa e expulsiva do trabalho de parto (TOSTES; SEIDL, 2016).

A solicitação pela cesariana foi questionada em estudo anterior e existe forte influência pelo parto cesáreo vinculado ao temor das parturientes com relação às atitudes dos profissionais de saúde durante a assistência e também o anseio pela laqueadura. É válido ressaltar que existem nos serviços de saúde inúmeras situações que envolvem o medo e a insegurança da mulher na assistência ao parto e nascimento, dentre eles a ausência do acompanhante, a demora no tempo de admissão, experiências anteriores de partos traumáticos, ausência de recursos para alívio da dor, dentre outras realidade que podem levar a parturiente a querer desistir do parto normal (RISCADO; JANNOTTI; BARBOSA, 2016).

Na variável contato/canal ($p<0,0001$) a audição foi mais usada pelas parturientes em interações no Brasil (33,7%). Em Cabo Verde evidenciou-se a visão e a audição (56,3%), em ambas variáveis. Entende-se que essas mulheres de ambos os cenários usaram a visão e a audição para melhor interagir com os profissionais na fase ativa do trabalho de parto, tendo em vista, demonstrar interesse e atenção no seu processo parturitivo. Este contato auditivo e visual proporciona à parturiente maior segurança, aproximação e empatia com a equipe profissional que lhe assiste.

No código ($p=0,003$), observou-se diferença estatística, a linguagem comum se mostrou mais presente nas interações Brasil (96,3%); Cabo Verde (56,3%). Compreendendo um pouco, na literatura, existem dois tipos de linguagens: comum e técnica. A primeira compreende aquela usada pela maioria das pessoas em linguagem facilmente compreendida no dia-a-dia. Já a linguagem técnica é aquela na qual se utilizam termos próprios do conhecimento de uma ciência, no caso do contexto do estudo, a enfermagem obstétrica (MACÊDO, 2005). Neste estudo, a maioria das parturientes estabeleceu comunicação verbal com os enfermeiros usando termos comuns do cotidiano. Esses dados se devem, possivelmente, ao nível de informação e escolaridade das parturientes. Mesmo na atualidade com o avanço da tecnologia e fácil acesso a

internet nem todas as mulheres possuem amplas informações técnicas acerca do trabalho de parto/parto.

Nem sempre as informações técnicas sobre o trabalho de parto são alcançadas por todas as mulheres. Essa realidade encontra-se presente tanto no Brasil quanto em Cabo Verde. Isso se deve a ausência de informações acerca do trabalho de parto no decorrer das consultas de pré-natal e a inacessibilidade a internet, em alguns contextos. Ainda é possível afirmar que poucas informações chegam de fato ao conhecimento da mulher com baixa escolaridade e poder aquisitivo, contrariando dessa maneira a evidência que a parturiente deveria ser a principal conhecedora do processo que ela protagoniza (PEREIRA; FRANCO; ABALDIM; 2011).

Acerca dos dados da comunicação não verbal do enfermeiro com a parturiente, nota-se que prevaleceu também a ausência de interações na maioria das variáveis, como na distância, Brasil (56,3%); Cabo Verde (43,7%), postura, Brasil (56,3%); Cabo Verde (43,7%), eixo Brasil (39,8%), contato Brasil (56,3%); Cabo Verde (43,7%), gestos emblemáticos Brasil (56,3%), gestos ilustradores Brasil (56,3%), gestos reguladores Brasil (56,3%), comportamento facial Brasil (56,6%), abertura ocular Brasil (56,4%), direção do olhar Brasil (56,4%) e volume da voz Brasil (56,3%). É importante destacar que na análise desta comunicação ocorre maior ausência nas interações analisadas no Brasil. A seguir serão discutidos os dados que em segundo lugar mais predominaram nessas interações na comunicação não verbal entre enfermeiro e parturiente.

A Tabela 3 demonstra que no Brasil a ausência de interações na comunicação não verbal do enfermeiro com a parturiente ($p<0,000$) é bastante significativa (56,3%). Em Cabo Verde quase a totalidade de remetentes foram os enfermeiros da maternidade (56,3%).

A comunicação não verbal, consoante já estudada por diversos autores e exposta no presente estudo, possibilita as pessoas expressarem seus sentimentos e emoções de modo direto e possui as funções de complementar, contradizer e/ou substituir a comunicação verbal (SILVA, 1996). Observa-se nos resultados expostos a ausência considerável da comunicação não verbal dos enfermeiros brasileiros com as parturientes na fase ativa do trabalho de parto, realidade diferente encontrada em Cabo Verde.

O profissional enfermeiro deve se encontrar disponível a essa parturiente oferecendo apoio, segurança e comunicação efetiva. Tanto no Brasil quanto em Cabo Verde

os enfermeiros em alguns momentos de interações mantiveram-se direcionados ao uso de celular e internet, porém em Cabo Verde em sua maioria mantiveram-se a comunicação não verbal. O acesso ao celular e internet pode ser fator prejudicial para o processo de comunicação com essa mulher. Lamentavelmente com a inserção do avanço tecnológico, principalmente com o uso contínuo do aparelho celular e internet em locais de trabalho, percebemos que o compromisso do profissional enfermeiro em alguns momentos da sua assistência ao paciente vem sendo prejudicado ao longo dos anos (VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2011).

Em relação a distância nas interações da comunicação não verbal do enfermeiro e a parturiente (p= 0,005) predominou a distância íntima, Brasil (29,7%); Cabo Verde (31,1%). Partindo do referencial proposto por Hall (1986) acerca da comunicação não verbal, as distâncias estabelecidas entre as pessoas no cotidiano em uma interação podem ser semelhantes de acordo com cultura e as características de cada pessoa de um país para outro. Assim, as distâncias estabelecidas entre o enfermeiro obstetra e a parturiente nos dois cenários estudados mostram ao predomínio da distância íntima no decorrer das interações analisadas, ou seja, embora com culturas diferentes a distância entre profissionais e parturientes em ambos os países permanecem a mesma, distância íntima.

Destarte, ao prestar assistência ao paciente, o profissional enfermeiro necessita permanecer a uma distância íntima, entretanto, sem descuidar do espaço pessoal de cada indivíduo. O enfermeiro deve atentar-se aos sinais de defesa do paciente, quando estes forem possíveis de serem notados (ALMEIDA, 2005). A distância íntima na maioria das situações assistenciais é inerente ao profissional enfermeiro, essa aproximação pode ser realizada no próprio exercício das práticas do cuidado através de simples interação sem exigência de recursos (SILVA et al, 2014). Acredita-se que a distância íntima prevaleceu no referido estudo nos dois países, também, devido a ambiente onde aconteceram as interações entre enfermeiro e mulher.

Em Cabo Verde, a falta de espaço no ambiente para acomodar as parturientes em trabalho de parto era significativamente notável. O serviço dispõe de duas salas de pré-parto, estas com quatro camas cada. No Brasil, as mulheres permaneciam durante toda a fase ativa presentes na PPP individualizada para cada parturiente, no entanto, por mais individualizada

que fosse o ambiente de uma PPP ainda assim era possível notar uma fragilidade do espaço, visto a presença no ambiente em algumas situações de acadêmicos do curso de enfermagem, enfermeiro do serviço, enfermeiro residente, acompanhante, técnicas de enfermagem e demais profissionais da saúde. Essa "invasão" no espaço de cuidado pode trazer consequência negativa ao processo assistencial da mulher (TOSTES; SEIDL, 2016). A ausência de um ambiente espaçoso e individualizado para cada mulher nos dois países, certamente influenciou a prevalência da distância íntima entre enfermeiro e parturiente em mais da metade das interações analisadas no estudo.

Ao se avaliar a postura dos enfermeiros durante as interações ($p<0,0001$), onde tanto no Brasil (40,5%) quanto em Cabo Verde (39,5%) os profissionais permaneceram em pé durante a comunicação não verbal estabelecida com a parturiente. Considerando que a parturiente está na posição deitada na maioria das vezes para a realização de exames, é natural que o enfermeiro adote a posição de pé. O emissor e o receptor na comunicação não verbal precisa estar em sintonia, partilhando do mesmo ritmo, grau de interesse e movimento. A postura do enfermeiro obstetra revela também, o tipo de relação estabelecida com a parturiente, apresentando domínio dos participantes no processo comunicativo, bem como a intensidade do relacionamento e tentativa de fortalecer o vínculo entre profissional e paciente (ALMEIDA, 2005).

Nos dois países os enfermeiros mantiveram-se maior parte dos momentos em pé nas interações com as parturientes. As interações davam-se em diferentes aspectos, no entanto, observou-se que a maioria das interações ocorriam no momento da realização dos exames de toque vaginal para verificação da dilatação do colo uterino e no momento da avaliação obstétrica. Estes cuidados prestados tanto no serviço do Brasil quanto em Cabo Verde eram realizados com o profissional na posição de pé. Foi confirmado em estudo realizado que a postura adequada deve manifestar disponibilidade do profissional enfermeiro ao interagir com o paciente (LANDEROS, 2004).

Na variável eixo entre o enfermeiro e a parturiente nas interações da comunicação não verbal ($p<0,0001$) houve o predomínio do eixo face a face, Brasil (27,1%); Cabo Verde (46,2%). O eixo das interações está diretamente relacionado à posição dos ombros com relação a outra pessoa (destinatário), no caso do estudo realizado, a parturiente. O eixo sócio

peto-encorajamento evidenciado também em enfermeiros brasileiros implica no encorajamento da interação com a mulher (HALL, 1986).

Interagir com a parturiente estabelecendo comunicação face a face proporciona maior vínculo e segurança a essa mulher. É importante o profissional enxergar a parturiente muito além do momento em que ela se encontra inserida. Faz-se necessário compreender a forma como cada uma delas reage ao trabalho de parto, dores, emoções, com a finalidade de diminuir os desconfortos gerados pela situação, somados à abertura de troca de olhares, expressões e sentimentos de apoio e segurança (NILSEN; SABATINO; LOPES, 2011).

Na variável contato também foi apresentado dados estatisticamente significantes ($p<0,0001$), onde os enfermeiros usaram nenhum contato no Brasil (16,9%) e o toque para estabelecer interações com as parturientes em Cabo Verde (26,9%). No presente estudo o toque foi considerado como variável da comunicação não verbal, podendo ser usado para expressar sentimentos ao destinatário da comunicação. No entanto, é importante ressaltar a existência de vários significados da palavra toque, na obstetrícia, por exemplo, o toque também pode remeter a avaliação do colo uterino na fase ativa do trabalho de parto. O toque na assistência pode significar também afetividade, carinho e aproximação do ser cuidado (BRASIL, 2016).

O cuidado de enfermagem tem como sentido principal o bem estar e saúde da pessoa, exigindo do enfermeiro empenho constante na compreensão das necessidades do ser humano. Perceber o outro holisticamente por meio da comunicação não verbal utilizando o toque positivamente é um ato expressivo de cuidado individualizado em uma prática mais humanizada.

O toque já é reconhecido cientificamente como prática de cuidado ao próximo. O toque é parte essencial para o cuidado de enfermagem, onde maior parte das vezes é a forma mais ativa de concretizar o cuidado ao paciente. O toque do enfermeiro estabelece confiança, encorajamento e sentimento ao ser cuidado (STEFANELLI, 1994).

O estímulo tátil do profissional da saúde como, por exemplo, segurar, tocar, acariciar, e roçar proporcionam estímulos sensoriais aos pacientes em diversas situações. No âmbito do atendimento obstétrico, onde a empatia e o contato são primordiais, se faz necessário o uso desse recurso para a efetivação da comunicação não verbal.

As fibras do tato humano são bastante mielinizadas, isso faz o estímulo tátil chegar com mais rapidez à medula inibindo as fibras mais finas, conduzindo assim o estímulo doloroso. Deste modo, com a estimulação do hipotálamo, acontece a grande liberação de endorfinas e encefalinas. Estas possuem a importante função de similar à da morfina, atuando sobre a dor e gerando significativa sensação de prazer. O hipotálamo exerce a ação de sistema mediador das emoções humanas e regula as funções viscerais. A estimulação tátil (toque, carícia, agarrar, segurar) pode atuar sobre o sistema autônomo, aliviando consideravelmente o estresse e a ansiedade da paciente (RAMADA; ALMEIDA; CUNHA, 2013).

Em relação ao comportamento social do enfermeiro, também avaliado no estudo, este é compreendido através de gestos emblemáticos, gestos ilustradores e gestos reguladores.

Nos gestos emblemáticos dos enfermeiros ($p<0,0001$) houve prevalência de mover as mãos, Brasil (25,3%); Cabo Verde (55,5%). Segundo Almeida (2005), os gestos emblemáticos são culturais, aprendidos e pode expressar de forma direta o que é pronunciado verbalmente. O suporte desses gestos emblemáticos constitui as diversas partes do corpo humano, principalmente os membros superiores (mãos) e a cabeça.

Observou-se que os enfermeiros no decorrer da comunicação estabelecida com as parturientes moveram as mãos como forma de gesticular e complementar a linguagem verbal que era transmitida às mulheres em trabalho de parto ativo. Mover as mãos na comunicação não verbal é importante como forma de complementar a linguagem verbal por ele fornecida à parturiente no trabalho de parto.

Em relação aos gestos ilustradores ($p<0,0001$) a maioria nas interações também complementou a linguagem verbal, Brasil (30,0%); Cabo Verde (54,6%). Esse tipo de gestos ilustradores refere-se aos sinais transmitidos pelas mãos e braços entre si, podendo haver mais de 700.000 sinais diferentes a serem demonstrados (ALMEIDA, 2005; DAVIS 1979). Ilustrar a comunicação com gestos torna-se importante tendo em vista a melhorar a compreensão da mensagem transmitida à parturiente, principalmente em Cabo Verde onde existe o crioulo como língua materna de quase todos os cabo-verdianos. Vale ressaltar que em cada ilha do país o crioulo é falado de formas diferentes. Assim, torna-se necessário o uso de gestos ilustradores para efetivar essa comunicação, tornando-a de qualidade.

No que se referem aos gestos reguladores, estes possuem o objetivo de regular e manter a comunicação não verbal entre as pessoas, orientando assim o emissor da comunicação para que ele continue transmitindo a mensagem ou repita, elabore, e dê oportunidade ao outro de se expressar também (ALMEIDA, 2005). Sobre os gestos reguladores ($p<0,0001$) observados dos enfermeiros, o meneio de cabeça se destacou no Brasil (16,4%). Em Cabo Verde mover os olhos prevaleceu (55,5%).

O meneio de cabeça dos enfermeiros brasileiros reforça a fala do outro, enquanto que a movimentação dos olhos dos enfermeiros cabo-verdianos na direção da parturiente reforça a fala, e o desvio inibe a mesma. Os gestos reguladores analisados reforçam a importância do retorno transmitido à parturiente no momento da comunicação realizada pelos enfermeiros.

Após analisar o comportamento social dos enfermeiros obstetras, residentes e estagiários da especialização, como já descrito anteriormente, o estudo analisou também o comportamento e expressões faciais desses profissionais. Para Almeida (2005) a face é a parte mais exposta do ser humano e é nela onde as emoções são mais demonstradas e evidentes.

O comportamento facial dos enfermeiros nas interações com as parturientes foi estatisticamente significante ($p<0,0001$) sendo identificado como normal, Brasil (25,9%); Cabo Verde (45,4%). O comportamento facial dos enfermerios nos dois países demonstram se a sua comunicação com a parturiente estava sendo efetiva, prazerosa, podendo eles observarem também as expressões faciais das pacientes. Darwin (2000) reforça que os movimentos faciais expressados confirmam entusiasmo e energia às palavras transmitidas, revelando pensamentos e intenções melhores do que a própria verbalização.

Neste interim, é primordial os enfermeiros atuantes na assistência obstétrica compreenderem a significância e concretizarem as expressões faciais manifestadas constantemente à essas mulheres. Acredita-se ser importante também, o profissional se autoconhecer através de suas expressões transmitidas. Assim, os enfermeiros poderão mais facilmente reconhecê-las através das reações do receptor (parturiente) à sua mensagem. O rosto dos pacientes torna-se o principal e mais importante local a ser observado pelos enfermeiros em suas práticas assistenciais (SILVA et al., 2010).

É notória também a importância do olhar dos profissionais enfermeiros na assistência a essas parturientes. A fase humana pode transmitir inúmeros sinais e dentre eles o olhar. No presente estudo desenvolvido o código visual foi analisado através de duas variáveis: abertura ocular e direção do olhar.

Em ambos os países, Brasil (41,2%) e Cabo Verde (54,6%) a abertura ocular (p=0,009) prevalente pelos enfermeiros foi atenção. Acerca da direção do olhar, os enfermeiros no Brasil (38,8%) e Cabo Verde (46,2%) centravam o olhar no interlocutor (parturiente). Os olhos muitas vezes podem remeter sentimentos e expressões como atenção, alegria, medo e cansaço do profissional. Para Silva (1989), a direção do olhar do enfermeiro transmite importantes significados. Ao manter o olhar sobre a paciente, o enfermeiro perceberá que há esforço de aproximação psicológica entre ambos. Para alguns pesquisadores, estudos acerca do olhar dos profissionais de saúde traz que só existe uma base real de comunicação quando as pessoas se olham diretamente nos olhos (STEFANELLI, 2012). Centrar o olhar à mulher nesse momento importante da sua vida, pode ser uma maneira de demonstrar atenção e respeito.

Para minimizar as dores e ansiedade durante todo o mecanismo do parto é necessário que os profissionais estabeleçam reações além do modo verbal, como transmitir um olhar fraterno e amigo. Esta também é forma de apoiar e assegurar a essa mulher um cuidado de qualidade e humanizado (RIBEIRO et al., 2016).

Contemplou-se também na análise da comunicação não verbal do enfermeiro o volume da voz (p=0,011) transmitido por eles em suas interações com as mulheres. O volume da voz normal, Brasil (42,5%); Cabo Verde (52,1%).

Para assistir a parturiente em um momento singular em sua vida é preciso além de tudo o enfermeiro expressar através da sua voz o desejo de tornar essa fase mais marcante positivamente para essa mulher. Comunicar-se em tom de voz normal simboliza respeito e empatia pelo trabalho de parto da paciente, embora realidades negativas ainda sejam encontradas na assistência obstétrica brasileira (VIEIRA et al., 2016).

A pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado” apresenta o cenário de violência obstétrica durante o trabalho de parto. No estudo, dentre as ações de violência praticada pelos profissionais, estão descritas o uso da voz alta e gritos ao se

comunicarem com as pacientes em fase de parturição (BRASIL, 2010). Diante disso, a voz normal desses profissionais faz-se necessária para manter a comunicação efetiva e consequentemente o cuidado integrado e holístico.

A seguir serão discutidos os resultados da caracterização das interações através das variáveis acerca da comunicação não verbal da parturiente. É importante ressaltar que nesta comunicação a ausência de interações também foi bastante significativa prevalecendo na maioria as variáveis analisadas, como na distância, Brasil (55,6%); Cabo Verde (43,7%), postura, Brasil (37,5%), eixo Brasil (55,6%); Cabo Verde (43,7%), contato Brasil (55,6%); Cabo Verde (43,7%), gestos emblemáticos, Brasil (55,8%), gestos ilustradores, Brasil (55,8%), gestos reguladores, Brasil (55,9%), comportamento facial, Brasil (55,6%); Cabo Verde (43,7%), abertura ocular, Brasil (55,6%); Cabo Verde (43,7%), direção do olhar, Brasil (55,6%); Cabo Verde (43,7%) e volume da voz, Brasil (55,6%); Cabo Verde (43,7%). Das doze variáveis observadas, cinco ocorreram predomínio de ausência na comunicação apenas no Brasil. Assim, a seguir serão discutidos os dados que em segundo lugar mais predominaram nessas interações na comunicação não verbal entre parturiente e enfermeiro.

Os dados do estudo mostram que no Brasil (44,4%) e em Cabo Verde (56,3%) as parturientes estabeleceram em suas interações comunicação não verbal com os enfermeiros (p=0,018), este resultado evidenciou significância estatística dos dados Interagir com os profissionais em que lhe assiste no pré- parto oportuniza a mulher maior liberdade e confiança na equipe. Interação esta tanto verbal quanto não verbal.

A mulher precisa se sentir acolhida para comunicar-se com iniciativa e liberdade com os enfermeiros que lhe assistem no trabalho de parto. Uma comunicação não verbal efetiva implica em resultados válidos e positivos tanto aos aspectos físicos quanto psicológicos dessa mulher (SANTOS et al., 2015). Neste prisma, a literatura afirma que as mulheres em trabalho de parto necessitam parir em um local em que elas exerçam total autonomia para expressar verbalmente ou não os seus sentimentos e deliberar, junto à equipe obstétrica, qual o melhor cuidado e decisões a serem adotados em seu plano de parto (RIBEIRO et al., 2016).

As expressões não verbais podem ser percebidas na assistência de enfermagem e durante relação interpessoal. Sendo assim, torna-se, fundamental decodificar os signos não

verbais para identificar as barreiras encontradas nas interações da parturiente com o enfermeiro para futuramente construir melhores mecanismos e tornar a comunicação não verbal mais efetiva no cuidado de enfermagem à parturiente.

Acerca da distância espacial (p=0,003) da parturiente em relação ao enfermeiro nas interações observa-se que a distância íntima prevaleceu Brasil (30,0%); Cabo Verde (29,4%). A aproximação íntima das parturientes ao interagirem com os enfermeiros denota-se que na maioria das vezes em que ocorreu comunicação não verbal entre essas mulheres e os profissionais brasileiros e cabo-verdianos elas se mantiveram seguras e confiantes em comunicar-se com o destinatário da mensagem por ora transmitida.

O Ministério da Saúde (MS) preconiza a incorporação do enfermeiro obstetra nas equipes hospitalares e aposta na sua participação para a melhoria dessa assistência. A presença desse importante profissional deve despertar nas mulheres em fase de pré-parto, parto e pós-parto sensação de afeto, apoio e segurança (VOGT; SILVA; DIAS, 2014). No ato assistencial, quando necessário e possível. A paciente precisa estar a uma distância íntima do enfermeiro, contudo, sem descuidar do espaço pessoal e respeitando cada indivíduo. Ademais, é importante que parturiente e enfermeiro estejam vigilantes aos sinais de defesa um do outro, quando estes forem possíveis de serem observados (ALMEIDA, 2005). Também menciona-se a questão do espaço, descrito na distancia intima retratada pelo enfermeiro.

Acerca da postura (p<0,0001) das parturientes predominou a postura deitada, Brasil (31,5%); Cabo Verde (54,6%). Em Cabo Verde as mulheres pouco eram estimuladas a ficarem de pé ou em outra posição no trabalho de parto. Como já mencionado anteriormente, a limitação do espaço é um fator considerado. Ao serem estimuladas a deambularem, grande parte das mulheres rejeitavam a sugestão fornecida pelos enfermeiros do serviço. Essa rejeição devia-se à limitação de espaço no ambiente e as dores que elas relatavam. Acredita-se ainda que a maioria das mulheres brasileiras e cabo-verdianas preferiu permanecer deitadas ao longo da fase ativa do trabalho de parto por não conhecerem os benefícios da caminhada.

É primordial o preparo dessas mulheres para o parto normal ainda na assistência pré-natal que atende as gestantes. É necessário provê orientações e atenção às necessidades de mulheres grávidas, deixando-as assistidas em relação ao parto normal e outras orientações desse

importante evento. Considera-se imprescindível compreender melhor os aspectos sociais, culturais, religiosos, psicológicos e emocionais que podem influenciar significativamente nas expectativas e escolhas da postura adotada no trabalho de parto de cada parturiente, a preparação para esse momento ao longo da gestação e as vivências da parturição pelas mulheres (TOSTES; SEIDL, 2016).

No Brasil, as mulheres eram orientadas pelos enfermeiros a deambularem. Vale ressaltar que na maior parte do momento onde essas mulheres permaneciam caminhando não foi observada comunicação entre ela e o enfermeiro. Acredita-se que ao caminhar as parturientes interagiam mais com seu acompanhante. Os benéficos e interações do acompanhante assim como da deambulação para facilitar o trabalho de parto durante o processo parturitivo têm sido vastamente apresentados na literatura (SOUZA; GUALDA, 2016).

Sobre o principal eixo ($p<0,0001$) estabelecido entre a parturiente e o enfermeiro nas interações da comunicação não verbal sobressaiu o eixo face a face, Brasil (26,9%); Cabo Verde (28,6%). Em um ambiente restrito e assistencial é preferível que os indivíduos direcionem seus eixos um para o outro (SILVA, 1996).

A mulher ao procurar pelo serviço obstétrico de saúde busca atendimento de qualidade, um contato face a face com o enfermeiro e receptividade por parte dos profissionais que ali trabalham. Certamente esse momento é valorizado por ela, bem como todos os acontecimentos ali registrados. A mulher espera no enfermeiro obstetra um olhar face a face de humanização e cuidados para essa fase. Logo, todas as circunstâncias que envolvem o parto e nascimento podem deixar marcas, positivas ou negativas, inesquecíveis na vida da mulher. Futuramente, todas essas parturientes, com felicidade ou frustação, recordarão das faces dos profissionais que lhe atenderam, do seu parto e da chegada do seu bebê (CAETANO et al., 2016).

Em relação ao contato ($p<0,0001$) estabelecido pelas parturientes em suas interações com o enfermeiro, nenhum contato foi o que mais se destacou Brasil (25,1%); Cabo Verde (16,8%).

O contato do ser humano com o mundo começa pelos sentidos, ou seja, é através das expressões e signos não verbais que as pessoas transmitem seu prazer e desprazer diante do cenário na qual ela encontra-se inserida (OLIVEIRA, 2002). No presente estudo foi

perceptível a ausência de contato na comunicação não verbal entre as parturientes e os enfermeiros obstetras nos dois países. Esse acontecimento nos faz refletir acerca da possível ausência de interesse dessas parturientes em demonstrar contato tátil e próximo ao interagirem com esses profissionais. Os demais contatos entre parturientes e enfermeiros aconteciam na maior parte, em momentos de realização da monitorização obstétrica ou quando a mulher estava em momento de contrações uterinas e buscavam apoio no contato como "apertar a mão" do enfermeiro como forma de alívio da dor. Essas mulheres muitas vezes não são estimuladas a interagirem com os enfermeiros, devido a "frieza" e tecnicismo possivelmente demonstradas por esses profissionais.

Segundo Araújo (2002), as emoções humanas são sempre melhor manifestadas por meio do contato, entre eles o toque, pois um toque seguro vale mais que as palavras ditas. Os profissionais enfermeiros obstetras precisam estar cientes a respeito da importância deste recurso na humanização do cuidado com a mulher no processo parturitivo, devendo utilizá-lo de modo eficaz e promotor. Além disso, é necessário estimular essa aproximação também por parte da mulher, buscando dessa forma maior reciprocidade entre cuidador e cuidado.

O contato entre mulher e membro da equipe profissional deve ser evidenciada na comunicação verbal e não verbal entre ambos. Expressões posturais, de contato e distanciamento, podem denotar a insegurança e indiferença da mulher em relação ao profissional de saúde no ato assistencial. O toque, por exemplo, quando direcionado ao enfermeiro pode significar a busca de apoio e suporte emocional. Em alguns serviços de saúde, ainda é comum encontrar situações em que o toque é usado apenas de maneira instrumental, sem informação ou apoio. Atitudes assim inibe a mulher a comunicar-se através do contato pele a pele com o profissional (DORNFELD; PEDRO, 2015).

Como já exposto anteriormente, o comportamento social da parturiente também foi analisado sendo compreendida através dos gestos emblemáticos, gestos ilustradores e gestos reguladores.

Na variável gestos emblemáticos das parturientes ($p<0,0001$) no Brasil houve percentual considerável de outros gestos nas interações (22,2%). Em Cabo Verde, todas as parturientes moveram as mãos (56,3%).

Segundo Silva (1996), as características dos gestos emblemáticos estão presentes nas mais variadas culturas no mundo. Mover as mãos e os pés é a forma mais evidenciada nesse tipo de gestualidade. No estudo, as parturientes gesticulavam com expressões faciais, na maioria das interações analisadas. Isso se dava devido a presença de dor e desconforto decorrentes do trabalho de parto ativo, fase na qual todas elas se encontravam no momento da análise.

Sobre aos gestos ilustradores das parturientes brasileiras, a maioria complementou a linguagem verbal apresentando dados estatisticamente significantes ($p<0,0001$), Brasil (27,1%); Cabo Verde (55,5%). Por sua vez, os gestos ilustradores são compreendidos por imitação. Acompanham a fala, enfatizando a palavra ou a frase pronunciada pelo indivíduo (SILVA, 1996). Como já exposto, tanto no Brasil quanto em Cabo Verde as parturientes na maior parte de suas comunicações complementaram a sua linguagem verbal através de ilustrações gestuais.

É fundamental os pacientes ilustrarem seus gestos como forma de complementar a sua linguagem verbal. As parturientes devem se expressar por gestos e/ou falas ao longo de todo o processo de parto e nascimento do seu filho. E a livre expressão e autonomia é direito de toda parturiente nos serviços de saúde, sendo incontestável no Brasil e em boa parte de outros países. Autonomia esta que pode ser entendida como o direito dessa mulher fazer suas escolhas e agir com base em seus valores culturais, religiosos e crenças pessoais (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Sobre os gestos reguladores ($p<0,0001$) observados nas parturientes, houve predomínio do meneio de cabeça nas interações no Brasil (18,6%) e mover os olhos em Cabo Verde (54,6%). A movimentação da cabeça e dos olhos das parturientes em comunicação com o enfermeiro obstetra destaca a relevância dada a esse profissional na comunicação estabelecida. Através de gestos reguladores essas mulheres expressavam seu interesse na comunicação ou seu desapreço.

O comportamento facial (p<0,0001) das parturientes na comunicação não verbal com os enfermeiros foi identificado como "outros" no Brasil (26,1%). Em Cabo Verde o comportamento facial das parturientes que mais prevaleceu na comunicação não verbal foi o medo (27,7%).

A face é a parte mais evidente do ser humano e é nela onde expressa as emoções de forma mais expressiva. Os estudos das sentenças faciais tornam-se difíceis em virtude de serem os movimentos, muitas vezes, extremamente sutis e de caráter repentino. Algumas expressões podem ser identificadas de fácil forma, mas cada pessoa pode fazer uma interpretação diferente em decorrência da capacidade de imaginar e da forma de agir de cada ser humano. As expressões são mais bem interpretadas quando não são induzidas pela imaginação (REBOUÇAS, 2008).

No presente estudo, como pôde ser percebido, o comportamento facial das mulheres brasileiras em trabalho de parto ativo foi identificado segundo os dados apresentados, como "outros" comportamentos além dos expostos no instrumento utilizado na coleta de dados. Dentre esses outros comportamentos faciais percebidos pode ser destacado a ansiedade e o nervosismo. Essas expressões são comuns em mulheres que estão parindo principalmente pela primeira vez ou que já estão em trabalho de parto por muitas horas. A alegria que deveria ser exaltada nesse momento sublime na vida dessas mulheres na maioria das vezes é esquecida devido a insegurança e o medo. Trabalhar com estratégias de educação em saúde ainda durante período gestacional é inerente a situação, pois certamente proporcionará maior confiança e cuidado a essa mulher

Em Cabo Verde, o comportamento facial (p<0,0001) mais identificado nas parturientes foi o medo (27,7%). Esses resultados apontam para uma importante questão, onde quase a metade de todas as mulheres cabo-verdianas analisadas ao se comunicarem com o enfermeiro obstetra expressou através de sua expressão facial o medo.

Ansiedade, nervosismo, tristeza e medo ainda são sentimentos expressados por mulheres em processo parturitivo em diversos países do mundo. Nessa realidade, quando uma parturiente tem indicação para o parto normal e é admitida em uma maternidade, ainda é possível encontrar a prática de alguns procedimentos de rotina, tais como: instalação de acesso venoso, tricotomia, enema ou clister, repouso absoluto no leito, jejum total, parto na posição litotômica,

excesso de manuseio perineal durante o período expulsivo, manobra de Kristeller e a proibição da presença de um acompanhante, dentre outras. Nem sempre atitudes humanizadas são proporcionadas à mulher. Ressalta-se também a estrutura e organização do ambiente em algumas salas de pré-parto e parto no Brasil e em outros países lusófonos, com luzes fortes, pessoas desconhecidas transitando e conversando a todo o momento, falta de privacidade, gerando um clima de ansiedade, medo e tristeza para essa mulher (FERREIRA et al., 2013).

Em estudo realizado na Nigéria constatou-se a extrema necessidade da criação de políticas públicas de apoio e humanização às mulheres africanas no processo do parto e nascimento. Os resultados da pesquisa sugerem que a implementação de políticas bem concebidas certamente amentariam a qualidade e satisfação da mulher no nascimento de seus filhos (OKEKE et al., 2017).

Na República do Quênia, pesquisadores investigaram o índice de satisfação das mulheres em trabalho de parto. O principal resultado do estudo traz que os profissionais que estão atuando na assistência obstétrica no país, estão evoluindo na melhoria dos cuidados ofertados às mulheres, mas precisam avançar nos domínios da comunicação efetiva, cuidados respeitosos e dignos e apoio emocional durante o trabalho de parto (OOSTHUIZEN et al., 2017).

Neste contexto, trabalhar o cuidado e a promoção da saúde na perspectiva da comunicação podem modificar o quadro obstétrico assistencial de alguns países africanos. Deve-se atentar para o cuidado científico e humano, pois profissionais enfermeiros e mulheres em processo parturitivo devem ser informados acerca da importância da comunicação verbal e não verbal como estratégia efetiva de humanização desse cuidado (GARNELO et al., 2014).

Neste ínterim, é importante analisar também o olhar das parturientes quando interagem com os enfermeiros que lhes assistem na fase ativa do trabalho de parto. Como já apresentado, o presente estudo analisou o código visual dessas mulheres através da abertura ocular e direção do olhar.

No Brasil (18,8%) “outro” foi a abertura ocular ($p<0,0001$) mais demonstrada nas interações das parturientes quanto que em Cabo Verde (51,3%), as parturientes demostraram atenção em sua abertura ocular nas interações registradas. O contato visual entre as pessoas constitui a forma de demonstrar interesse e atenção e é considerado a maior fonte de

informação do ser humano. Por mais importante que seja sua função de coletar informações, é preciso ter cuidado com a abertura ocular, pois o poder do olhar é incalculável. Ele tem a capacidade de punir, encorajar e dominar (ALMEIDA, 2005).

A abertura ocular das parturientes participantes do estudo é caracterizada com informações semelhantes a análise do comportamento facial. Em ambos os cenários onde o estudo foi concretizado, é possível perceber que a atenção foi o item mais evidenciado na abertura ocular das mulheres. Em Cabo Verde a tristeza foi a segunda abertura ocular mais percebida. Esse resultado nos leva a refletir sobre as condições de cuidados ofertados à essas mulheres brasileiras e principalmente cabo-verdianas. Demonstrar tristeza no olhar pode significar falha no processo assistencial dos profissionais.

O efeito da tristeza nas pessoas revelam e concluem que a mesma é passiva e que o ser humano incluído nessa emoção solicita através da mente e involuntariamente ajuda e consolo. Trazendo para a realidade obstétrica, a tristeza transmitida pelo olhar de mulheres em processo de parturição pode associar-se aos diversos fatores como a ausência de um acompanhante e até mesmo a ausência de preparo ou orientação prévia para o processo de parto e nascimento do seu filho. Esta última evidência pode representar falha na assistência do pré-natal (SILVA; SCHIMO, 2017).

Ainda acerca do comportamento facial ($p=0,007$) analisado no estudo, a direção do olhar das parturientes centrado no interlocutor (enfermeiro) prevaleceu Brasil (27,6%); Cabo Verde (42,0%). Esse resultado evidencia ainda mais a necessidade observada dessas parturientes em estabelecer contato próximo com o profissional através do contato “olho no olho”. Certamente esse contato direto transmitirá a essa mulher mais segurança, além de remeter a ela importantes significados (DORNFELD; PEDRO, 2015).

Por fim, considerou-se também na análise da comunicação não verbal o volume da voz das parturientes ($p<0,0001$). Nos dois países o volume normal da voz predominou nas interações Brasil (21,5%); Cabo Verde (20,2%). O volume da voz das mulheres em comunicação com os enfermeiros obstetras tende a sofrer alterações ao longo do processo comunicativo analisado, tendo em vista a ocorrência de contrações uterinas. As mulheres transmitiam gritos e volume alto da voz, enquanto outras permaneciam em silêncio ou sussurrando. É importante também ressaltar

que algumas mulheres cabo-verdianas relataram preferir ficar em silêncio ao invés de gritar em razão da presença de dor, isso por receio de serem repreendidas pelos enfermeiros.

É comum encontrarmos nos serviços de saúde obstétrica verbalizações violentas e desrespeitosas dos profissionais de saúde às parturientes, como por exemplo: "Na hora de fazer não gritou!". A maior carência de uma mulher em trabalho de parto está no manejo emocional, pois as parturientes indicam como fator principal para uma experiência de parto prazerosa a confiança na equipe a qual é assistida e ressaltam a importância do carinho, atenção, paciência e calma por parte dos profissionais (LARSSON et al., 2011).

Em um estudo acerca da voz das mulheres na assistência ao parto, foi percebido que um dos problemas que se enfrenta em relação à assistência ao parto diz respeito a incapacidade do profissional de saúde em compreender a relevância do volume da voz das mulheres. Essa forma de comunicação pode transmitir aos profissionais diversas informações sobre o estado físico, psicológico e emocional dessa parturiente (OLIVEIRA; PENNA, 2017). A transmissão de seus sentimentos, dores e angústias são manifestados através de sussurros, gritos ou silêncio.

Por isso, diante do exposto na caracterização do volume da voz da parturiente no estudo, salienta-se a importância de atenção por parte do enfermeiro obstetra em atentar-se sobre o silêncio ou volume da voz demonstrada pela mulher em trabalho de parto ativo. Vale ressaltar acerca da importância de capacitar esses profissionais para um melhor conhecimento acerca tanto da comunicação não verbal quanto verbal estabelecida com a mulher ao longo da fase ativa do trabalho de parto, corroborando dessa forma para uma assistência obstétrica de mais qualidade e humanizada.

7 CONCLUSÕES

O presente estudo analisou e caracterizou a comunicação verbal e não verbal entre enfermeiro e parturiente durante a fase ativa do parto no cenário Brasil e Cabo Verde. Nele, seguiram-se aos modelos de Comunicação Não verbal Enfermeira-cego (CONVENCE) e Formulário de Análise de Comunicação Verbal em Enfermagem (FACOVE), ambos fundamentados nos referenciais teóricos de Hall (2005) e Jakobson (2010).

No estudo todas as variáveis estudadas apresentaram dados estatisticamente significantes ($p<0,05$). Na comunicação enfermeiro/parturiente, o estudou apontou relevantes resultados acerca da comunicação verbal estabelecida nas interações. No Brasil (56,3%) houve predomínio de ausência de interações com significância estatística ($p<0,0001$). O acompanhante ($p<0,0001$) no parto esteve presente em quase todas as interações analisadas no Brasil (91,9%), diferentemente de Cabo Verde onde todas as comunicações verbais com as parturientes foram estabelecidas sem a presença dessa importante figura.

Sobre a comunicação verbal parturiente/enfermeiro pôde-se constatar através do estudo que no Brasil a função conativa vocativa ($p<0,0001$) predominante foi a solicitação de informação/orientação das parturientes aos enfermeiros, Brasil (18,6%); Cabo Verde (24,4%).

No tocante a comunicação não verbal verificou-se que tanto no Brasil (29,7%) quanto em Cabo Verde (31,1%) a distância intima ($p=0,005$) prevaleceu nas interações observadas. Sobre a postura ($p<0,0001$), os enfermeiros brasileiros e cabo-verdianos permaneceram em pé durante a comunicação não verbal estabelecida com a parturiente. Na variável contato, os enfermeiros usaram nenhum contato no Brasil (16,9%) e o toque para estabelecer interações com as parturientes em Cabo Verde (26,9%) apresentando diferença estatística ($p<0,0001$). O comportamento facial ($p<0,0001$) dos enfermeiros foi identificado como normal tanto no Brasil (25,9%) quanto em Cabo Verde (45,4%), assim como o volume da voz.

Durante as interações, conforme se pôde constatar, a comunicação não verbal entre parturiente e enfermeiro foi constituída pela distância íntima ($p=0,003$) tanto no Brasil (30,0%) quanto em Cabo Verde (29,4%). Nos dois países as parturientes permaneceram deitadas durante toda a comunicação não verbal com o enfermeiro, Brasil (31,5%) e Cabo Verde (31,5%) também apresentando diferença estatística ($p<0,0001$). Em relação ao contato ($p<0,0001$) estabelecido as

parturientes não usaram contato para estabelecer comunicação não verbal com os enfermeiros do Brasil (25,1%) e Cabo Verde (16,8%). O comportamento facial das parturientes na comunicação não verbal com os enfermeiros foi identificado como outros no Brasil (22,2%), diferentemente de Cabo Verde (56,3%) onde o medo foi o comportamento facial que mais prevaleceu. Em ambas as variáveis notou-se dados estatisticamente significantes ($p<0,0001$).

Diante do exposto no estudo percebeu-se, que existem semelhanças em alguns aspectos de comunicação verbal e não verbal entre enfermeiros e parturientes analisados nos dois países. No entanto, observa-se diferenças em algumas variáveis de comunicação analisadas, como, por exemplo, o significativo número de ausência de comunicação entre enfermeiro/parturiente e parturiente/enfermeiro identificado no Brasil, o comportamento facial das parturientes brasileiras e cabo-verdianas e os remetentes da comunicação verbal, onde no Brasil encontrou-se o predomínio de interações dos residentes de enfermagem obstétrica com as mulheres.

Conforme se concluiu, enxerga-se no estudo a relevância da comunicação no processo de cuidar no cenário obstétrico nos dois países, com vistas a proporcionar um atendimento humanizado e de qualidade. Neste sentido, sugere-se enfatizar a importância do processo comunicativo para essa assistência. Evidenciou-se no estudo a presença de ações importantes que estão sendo desenvolvidas no Brasil, como por exemplo, o respeito à presença do acompanhante no processo de parto e nascimento. Como exposto no estudo, em Cabo Verde a possibilidade de se ter alguém de escolha da mulher para acompanhá-la no parto ainda é algo distante da realidade no país. O estudo destaca a necessidade de implementar em Cabo Verde estratégias para incentivar e orientar enfermeiros obstetras e parturientes acerca da importância do acompanhante no processo parturitivo.

Entende-se que a comunicação efetiva na assistência ao parto e nascimento reconhece a dignidade e singularidade da mulher, reforçando sua confiança e segurança no enfermeiro obstetra que lhe assiste na fase ativa do trabalho de parto. É preciso preparar essas mulheres para o momento parturitivo, para assim interagirem da melhor maneira com a equipe de saúde. Levando em consideração os aspectos sociais e culturais de cada país, os profissionais, todavia precisam desenvolver habilidades humanizadas e interpessoais para comunicar-se efetivamente

com as parturientes, e, então, se destacarem na qualidade da assistência obstétrica prestada no Brasil e em Cabo Verde.

Neste prisma, propõe-se para estudos futuros o desenvolvimento de estratégias para promoção da aquisição de conhecimento acerca da comunicação verbal e não verbal para enfermeiros obstetras e parturientes em ambos os países. É essencial potencializar o alcance de habilidades para uso efetivo da comunicação, no intuito de tornar mais humanizada as práticas do cuidado na assistência obstétrica.

Como limitações do estudo, em Cabo Verde aponta-se para questões culturais e de idiomas no país. Algumas parturientes utilizam apenas o crioulo para comunicar-se, trazendo assim dificuldades na comunicação entre a pesquisadora e as parturientes no momento da apresentação do estudo e convite de participação. Outra limitação encontrada no estudo foi o baixo quantitativo de mulheres em fase ativa no trabalho de parto na maternidade em Cabo Verde. A maioria das mulheres cabo-verdianas procuravam a assistência hospitalar quando já estavam iniciando o período expulsivo, a escolha dava-se por questões culturais do país.

A limitação encontrada no Brasil refere-se a dificuldade de expor o estudo e o TCLE para algumas parturientes devido as dores e desconforto no qual as mesmas se encontravam na fase ativa do parto. Para minimizar a situação a pesquisadora e a equipe de coleta de dados aguardavam o melhor momento (ausência de contrações uterinas) para exposição da pesquisa.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.B. **Característica da comunicação não-verbal entre o enfermeiro e o cego.** 2005. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

ALMEIDA, O.S.C.; GAMA, E.R.; BAHIANA, P.M. Humanização do Parto. **Revista Enfermagem Contemporânea.** v. 4, n.1, p.79-90, 2015.

BARBOZA, L.P.; MOTA, A. Violência obstétrica - vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde.** v. 5, n.1, p.119-129, 2016. Disponível em <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/download/847/598>. Acesso em 26 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica**: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016. Disponível em<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/protocolos_ab>. Acesso em 18 ago. 2016.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

_____. Serviço Social do Comércio, Fundação Perseu Abrano. **Pesquisa de opinião pública:** mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado [Internet]. São Paulo: Sesc/FPA; 2010.

_____. Lei nº 7498 de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá. outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 Jun. de 1986. Seção 1, p. 9273-9275. 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 465 p. 2014.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica.** São Paulo: Loyola, 2002.

BUSANELLO, J.; KERBER, N.P.C; SASSI, R.A.M; MANO, P.S; SUSIN, L.R.O; GONÇALVES, B.G. Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas em um Centro Obstétrico. **Rev. Bras. Enferm**. v. 64, n.5, p.824-832, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500004>. Acesso em 30 jun. 2016.

BRÜGGEMANN, O.M.; EBELE R.R.; EBSEN, E.S.; BATISTA, B.D. No parto vaginal e na cesariana acompanhante não entra: discursos de enfermeiras e diretores técnicos. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 36, esp. p.152-158, 2015.

CABO VERDE. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde- Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. **Manual de Procedimentos dos serviços de saúde reprodutiva.** 2008

CAUS, E.C.M.; SANTOS, E.K.A.; NASSIL, A.A.; MONTICELLI, M. O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. **Esc Anna Nery.** v. 16, n.1, p.34-40, 2012. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a05.pdf >. Acesso em 30 jun. 2016.

CARRARO et al. Cuidado E Conforto Durante O Trabalho De Parto E Parto: Na Busca Pela Opinião Das Mulheres. **Texto Contexto Enferm.** v. 1 (esp), p.97-104, 2006.

CAETANO, et al. A equipe obstétrica e a parturiente: a problemática da comunicação. **Temas em saúde.** v. 16, n.2, p.283-300, 2016.

DAVIS 1979 DAVIS, F. **A comunicação não verbal**. 4. ed. São Paulo: Summus, 1979.

DAHER, M.J.E.; SILVA, J.; OLIVEIRA, M.L.P.; JESUS, P.R. A importância da comunicação em uma consulta de pré-natal na estratégia de saúde da família. **Revista Rede de Cuidados em Saúde.** v. 8, n.3, p.1-14, 2014. Disponível em <http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/rcs/article/view/1982/1172>. Acesso em 26 nov. 2016.

DARWIN, C. **A expressão das emoções no homem e nos animais**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

DINIZ, S.G.; SALGADO, H.O.; ANDREZZO, H.F.A.; CARVALHO, P.G.C.; CARVALHO, P.C.A.; AGUIAR, C.A.; NIY, D.Y. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. **Journal of Human Growth and Development.** v. 25, n.3, p.377-384, 2015. Disponível em< http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/19.pdf>.Acesso em 25 nov. 2016.

DORNFELD, D.; PEDRO, E.N.R. A comunicação como fator de segurança e proteção ao parto. **Rev. Eletr. Enf.** v. 13, n.2, p.190-198, 2011. Disponível em <<https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n2/v13n2a05.htm> Acesso em 1° jun. 2016.

DODOU, et al. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. v. 18, n.2, p. 262-69, 2014.

FERREIRA, et al. Humanização Do Parto E Nascimento: Acolher A Parturiente Na Perspectiva Dialógica De Paulo Freire. **Rev enferm UFPE on line**. v. 7, n.5, p. 1398-405, 2013.

FONTE, D.O.; MONTEFUSCO, S.R.A. A Importância da Presença do Acompanhante Junto a Parturiente e Seu Bebê. **Rev Cien Escol Estad Saud Pub.** v. 3, n.2, p. 127-136, 2017.

FRANCISQUINI, A.R.; HIGARASH, I.H.; SERAFIM, D.; BERCINE, L.O. Orientações Recebidas Durante A Gestação, Parto E Pós-Parto Por Um Grupo De Puérperas. **Cienc Cuid Saude.** v. 9, n.4, p. 743-751, 2010.

FRELLO, A.T.; CARRARO, T.E. Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. **Rev. Eletr. Enf.** v. 12, n.4, p.660-668, 2010. Disponível em<https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a10.htm >. Acesso em 11 nov. 2016.

FRELLO, A.T.; CARRARO, T.E.; BERNARDI, M.C. Cuidado e conforto no parto: estudos na enfermagem brasileira. **Rev baiana enferm.** v. 25, n.2, p.173-184, 2011. Disponívelem<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/5093/4474 >. Acesso em 19 ago. 2016.

GARCIA, G.A.F. **Assistência ao parto em Cabo Verde:** retrato das experiências vividas por mulheres cabo verdianas. 2015. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2015.

GARNELO, L. et al. Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. **Saúde Debate.** v. 38, n. especial, p. 158-172, 2014.

GAÍVA, M.A.M.; PALMEIRA, E.W.M.; MUFATO, L.F. Percepção das mulheres sobre a assistência pré-natal e parto nos casos de neonatos que evoluíram para o óbito. **Esc Anna Nery.** v. 21, n.4, p. 1-8, 2017.

GUIDA, N.F.B.; LIMA, G.P.V.; PEREIRA, A.L.F. O ambiente de relaxamento para humanização do cuidado ao parto hospitalar. **Rev Min Enferm.** v. 17, n.3, p.531-537, 2013.

HALL, E.T. **A dimensão oculta**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

HODNETT, E.D.; DOWNE, S.; WALSH, D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. **Cochrane Data base of Systematic Reviews**. n.8, 2012. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000012.pub4/abstract;jsessionid=C27DB82DE362F3AB109580B93D959319.f03t01#pt_main_abstract > Acesso em 25 nov. 2016.

JAKOBSON, R. **Linguística e comunicação.** São Paulo: Cultrix, 2010.

LANDEROS, L. M. **Uso de simulação filmada para avaliar o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente no cuidado ao adulto hospitalizado**. Ribeirão Preto, 2004. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 228p.

LARSSON, B.W.; BOJO, A.K.S.; STARRIN, B.; LARSSON, G. Birthgiving women's feelings and perceptions of quality of intrapartal care: anationwide Swedish cross-sectional study. **JCN.** v**.**20, n.2, p. 1168-77, 2011.

LIMA, M.R.A.; NUNES, M.L.A.; KLÜPPEL, B.L.P.; MEDEIROS, S.M.; SÁ, L.D. Atuação de enfermeiros sobre práticas de cuidados afrodescendentes e indígenas**. Rev. Bras. Enferm.** v. 69, n.5, p.840-846, 2016. Disponível

em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672016000500840&lang=pt>. Acesso em 11 nov. 2016.

LIMA, M. J. **O que é enfermagem**. São Paulo: Editora Brasiliense. 1993.

LIMA, J.V.F.; GUEDES, M.V.C.; SILVA, L.F.; FREITAS, M.C.; FIALHO, A.V.M. Utilidade da teoria do conforto para o cuidado clínico de enfermagem à puérpera: análise crítica. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 37, n.4, p. 1-5, 2016.

LITTLEJOHN, S. W. **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

LINDAHL, B.; SANDMAN, P. The role of advocacy in critical care nursing: a cring response to another. **Intens. Crit. Care Nurs**., v. 14, p. 179-186, 1998.

MACÊDO, K.N.F. **Comunicação verbal entre a enfermeira e o cego:** aspectos observados durante a consulta de enfermagem. 2005. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

MACÊDO, K.N.F. **Modelo de comunicação verbal com o cego:** desenvolvimento e validação em consulta de enfermagem. 2009. Tese (Doutorado)- Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

MALIK, A.M. Humanização: assistência a gestante e partos saudáveis. **Rev. COREN- SP**, n. 29, jul./ago. 2000.

MALHEIROS, P.A.; ALVES, V.H.; RANGEL, T.S.A.;VARGENS, O.M.C. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto Contexto Enferm.** v. 21, n.2, p.329-337, 2012. Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01040707201200020010>.Acesso em 18 ago. 2016.

MARTINS, C.A.; ALMEIDA, N.A.M.; MATOS, D.V. Parto domiciliar planejado: assistido por Enfermeiro Obstetra. **Enfermería Global.** n.27, p.312-317, 2012. Disponível em <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n27/pt_ensayo2.pdf > Acesso em 11 nov. 2016.

MASALA-CHOKWE, M.E.T.; RAMUKUMBA, T.S. Exploring the meaning of caring amongst student midwives, professional midwives and educators in Tshwane, South Africa. **Afr J Prm Health Care Med Fam**. v. 7, n.1, p.894- 903, 2015. Disponível em<http://www.phcfm.org/index.php/phcfm/article/view/894/html>. Acesso em 30 jun. 2016.

MENEZES, P.F.A.; PORTELLA, S.D.C.; BISPO, T.C.F. A situação do parto domiciliar no Brasil. **Revista Enfermagem Contemporânea**. v. 1, n.1, p.3-43, 2012. Disponível em <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/download/38/38> Acesso em 11 nov. 2016.

NARCHI, N.Z.; SILVA, L.C.F.P.; GUALDA, D.M.R. Contexto, Desafios e Perspectivas na Formação de Obstetrizes no Brasil. **Saúde Soc.** v. 21, n.2, p.510-519, 2012.

NASCIMENTO, R.R.P.; ARANTES, S.L.; SOUZA, E.D.C.; CONTRERA, L.; SALES, AP.A. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas**. Rev Gaúcha Enferm.** v. 36, n.1, p. 119-26, 2015.

NILSEN, E.; SABATINO, H.; LOPES, M.H.B.M. Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. **Rev Esc Enferm USP.** v. 45, n.3, p. 557-65, 2011.

OLIVEIRA, J. V. G. **Do essencial invisível:** arte e beleza entre os cegos. Rio de Janeiro: Revan – FAPERJ, 2002.

OLIVEIRA, L.M.N.; CRUZ, A.G.S. A Utilização da Bola Suíça na Promoção do Parto Humanizado. **R bras ci Saúde**. v. 18,n.2,p. 175-180, 2014.

OKEKE, E.N.;CHARI, A.V . Health care at birth and infant mortality: Evidence from nighttime deliveries in Nigeria. **Soc Sci Med.** v. 12, n.4, p. 86-95, 2017.

OOSTHUIZEN, S.J.; BERGH, A.M.; PATTINSON, R.C.; GRIMBEEK, J. It does matter where you come from: mothers' experiences of childbirth in midwife obstetric units, Tshwane, South Africa. **Reprod Health.** v. 14, n.1, p. 1-8, 2017.

OLIVEIRA, V.J.; PENNA, C.M.M. O ethos e o pathos na sala de parto. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 38, n.2, p. 1-9, 2017.

OLIVEIRA, A.S.S.; RODRIGUES, D.P.; GUEDES, M.V.C.; FELIPE, G.F. Percepção De Mulheres Sobre A Vivência Do Trabalho De Parto E Parto. **Rev. Rene**. v. 11 (esp), p. 32-41, 2010.

OLIVEIRA, M.C.M.; LIMA, T.L.; BALUTA, V.H. A Formação Do Profissional Enfermeiro, No Contexto Das Reformas De Ensino No Brasil. **Revista Grifos**. v. 36, n. 37, p. 161-186, 2014.

OTANI, 2011 OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 3, p. 1801-1811, 2011.

PAGLIUCA, L.M.F.; BARBOSA, G.O.L.; WANDERLEY, L.D.; OLIVEIRA, P.M.P. Análise da comunicação verbal e não verbal de uma mãe cega e com limitação motora durante a amamentação. **Rev. bras. enferm.** v. 64, n.3, p.431-437, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300004> Acesso em 21 out. 2016.

PATRIOTA, et al. Volume de líquido amniótico e os desfechos maternos em gestantes com ruptura prematura das membranas pré-termo. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 20, n.2, p.1- 6, 2014.

PEREIRA, R.R.; FRANCO, S.C.; BALDIN, N. Representações Sociais e Decisões das Gestantes sobre a Parturição: protagonismo das mulheres. **Saúde Soc. São Paulo.** v. 20, n.3, p.579- 589, 2011.

PORFÍRIO, A.B.; PROGIANTI, J.M.; SOUZA, D.O.M. As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar. **Rev. Eletr. Enf. [Internet].** v. 12, n.2, p.331- 336, 2010.

RAMADA, N.C.O.; ALMEIDA, F.A.; CUNHA, M.L.R. Toque terapêutico: influência nos parâmetros vitais de recém-nascidos. **Einstein.** v. 11, n.4, p.421- 425, 2013.

REBOUÇAS, C.B.A. **Construção e validação de um modelo de comunicação não-verbal para o atendimento de enfermagem a pacientes cegos**. 2008. Tese (Doutorado)- Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

REIS, T.R.; ZAMBERLAN, C.; QUADROS J.S.; GRASEL, J.T.; MORO, A.S.S. Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. **Rev Gaúcha Enferm.** v.36 (esp), p.94-101, 2015. Disponível em < http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2012-1-11.pdf > Acesso em 26 nov. 2016.

REISA, T.R.; ZAMBERLANB, C.; QUADROSA, J.S.; GRASELC, J.T.; MOROD, A.S.S. Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. **Rev Gaúcha Enferm.** n. 6(esp). p.94-101, 2015.

RISCADO, L.C.; JANNOTTI, C.B.; BARBOSA, R.H.S. A Decisão Pela Via De Parto No Brasil: Temas E Tendências Na Produção Da Saúde Coletiva. **Texto Contexto Enferm.** v. 25, n.1, p.2-10, 2016.

RIBEIRO, et al. Assistência ao parto normal sob o olhar da parturiente. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde.** v. 7, n.1, p.113- 125, 2016.

RODRIGUES, P.D et al., O Descumprimento Da Lei Do Acompanhante Como Agravo À Saúde Obstétrica. **Texto Contexto Enferm.** p. 26, n.3, 2017.

SANFELICE, C.F.O.; ABBUD, F.S.F.; PREGNOLATTO, O.S.; SILVA, M.G.; SHIMO, A.K.K. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Rev Rene.**v. 15, n.2, p.362-370, 2014. Disponível em < http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIn3/serIIIn3a02.pdf > Acesso em 28 nov. 2016.

SANTOS, I.S.; OKAZAKI, E.L.F.J. Assistência de enfermagem ao parto humanizado. **Rev Enferm UNISA.** v. 13, n.1, p.64-68, 2012. Disponível em <

http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2012-1-11.pdf > Acesso em 11 nov. 2016.

SAWADA, N.O.; ZAGO, M.M.F.; GALVÃO,C.M.; FERREIRA,E.; BARICHELLO,E. Análise dos Fatores Proxêmicos na Comunicação com o Paciente Laringectomizado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 8, n.4, p.72-80, 2000. Disponível em < http://Www.Scielo.Br/Pdf/Rlae/V8n4/12387.Pdf > Acesso em 21 out. 2016.

ASCILIAR, M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva.** v. 17, n.1, p.29-41, 2007.

SEHHATI, F.; NAJJARZADEH, M.; SEYYEDRASOULI,A.; ZAMANZADEH,V. Effect of Continuous Midwifery Care on Length of Labor. **J Sci. Caring.** v. 1, n.1, p.47-52, 2012. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4166689/>. Acesso em 30 jun. 2016.

SERRANO, M.T.P.; COSTA, A.S.M.C.; COSTA, N.M.V.N. Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). **Rev. Enf. Refer.** v. 3, n.3, p.15-23, 2011. Disponível em < http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIn3/serIIIn3a02.pdf > Acesso em 21 out. 2016.

SILVA, FLF; OLIVEIRA, RCC; SÁ, LD; LIMA, AS; OLIVEIRA, AAV; COLLET, N. Humanização dos Cuidados de Enfermagem em Ambiente Hospitalar: Percepção dos Usuários. **Cienc Cuid Saude.** v. 13, n. 2, 2014.

SILVA, M.J.P. **Comunicação tem remédio:** a comunicação nas relações interpessoais. São Paulo: Editora Gente, 1996.

SILVA, M.G.; SHIMO, A.K.K. Influência da iluminação nas expressões emocionais de parturientes: ensaio clínico randomizado. **Acta Paul Enferm.** v. 30, n.3, p. 217-226, 2017.

SILVA, M. J. P. Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. **Rev. Latino-am. Enfermagem,** v. 8, n. 4, p. 52-58, ago. 2000.

SILVA, W.V. A **Comunicação Interpessoal entre os Profissionais de Saúde e Gestantes na Assistência Pré-natal.** São Paulo: Manole, 2002.

SOUZA, S.R.R.K.; GUALDA, D.M.R. A Experiência Da Mulher E De Seu Acompanhante No Parto Em Uma Maternidade Pública. **Texto Contexto Enferm.** v. 25, n.1, p. 1-9, 2016.

SOUSA, L.L.; ARAUJO, B.D.; SILVA, D.D.; BÊRREDO, V.CM. Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. **Ciências & Cognição.** v. 19, n.2, p. 218-232, 2014.

SOUZA, S.R.R.K.; GUALDA, D.M.R. A Experiência Da Mulher E De Seu Acompanhante No Parto Em Uma Maternidade Pública. **Texto Contexto Enferm.** v. 25, n. 1, p. 2-9, 2016.

SOUSA, S.M.; BERNADINO, E.; CROZETA, K.; PERES, A.M.; LACERDA, M.R. Cuidado integral: desafio na atuação do enfermeiro. **Rev Bras Enferm [Internet].** v. 70, n. 3, p. 529-536, 2017.

SILVA, D.; RAMOS, M.; JORDÃO, V.; SILVA, R.; CARVALHO, J.; COSTA, M. Use of non-pharmacological methods for providing pain relief during the natural childbirth: revisão integrativa. **Journal of Nursing UFPE on line**. 7(spe), p. 4161- 4170, 2013.

STEFANELLI, M. C. A.; CARVALHO, E.C. **Comunicação com paciente:** teoria e ensino.2.ed. São Paulo: Robe, 1993.

STEFANELLI, M. C. A. Percepções sobre o toque enfermeira e paciente: visão dos alunos de graduação da enfermagem. **Rer. Esc. de Enf.** v.28, n. 3, p270-280, 1994.

STEFANELLI, M. C. A.; CARVALHO, E.C. **Comunicação nos Diferentes Contextos da Enfermagem.** São Paulo: Manole, 2012.

TEIXEIRA, et al. Panorama dos cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil na década das Diretrizes Curriculares Nacionais. **Rev Bras Enferm.** v.66 (esp), p. 102-110, 2013.

TOSTES, N.A.; SEIDL, E.M.F. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. **Temas psicol.** v. 24, n. 2, p. 681-693, 2016

VELHO, M.B.; OLIVEIRA, M.E.; SANTOS, E.K.A. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente**. Rev Bras Enferm.** v. 63, n. 4, p. 652-659, 2010.

VENDRÚSCOLO, C.T.; KRUEL, C.S. A História Do Parto: Do Domicílio Ao Hospital; Das Parteiras Ao Médico; De Sujeito A Objeto. **Disciplinarum Scientia.** v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015.

VIEIRA, et al. Assistência de enfermagem obstétrica baseada em boas práticas: do acolhimento ao parto. **Rev. Eletr. Enf.[Internet].** v. 18, n. 11, p. 1-10, 2016.

VOGT, S.E.; SILVA, K.S.; DIAS, M.A.B. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. **Rev Saúde Pública**. v. 48, n. 2, p. 304-314, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARTURIENTE

Eu, Gilmara de Lucena Beserra, sou enfermeira e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) e juntamente com minha orientadora, Profa. Dra. Paula Marciana Pinheiro de Oliveira, convido você para participar desta pesquisa que tem como objetivo principal:

Analisar a comunicação verbal e não verbal entre enfermeiro e parturiente durante a fase ativa do parto.

É por meio deste Termo que lhe peço autorização para contribuir com este trabalho, ao confirmar que aceita e concorda com os dados preenchidos. Neste trabalho, tentarei evitar possíveis riscos psicológicos e de saúde, ou seja, será observada a comunicação entre o enfermeiro e você com o intuito de preencher os instrumentos de coleta de dados, mas tentarei não constrangê-la em nenhum momento. Caso você se sinta envergonhada, tímida, inibida no momento da coleta, esta pode ser suspensa. Além disso, o cuidado imediato como diálogo poderá ser efetivado. Garantimos o anonimato, confidencialidade e privacidade, que significa o uso dos dados coletados para fins exclusivos de pesquisa. Também garantimos a manutenção do sigilo/silêncio durante todas as fases da pesquisa, pois não citarei nomes em nenhuma parte deste trabalho. Além disso, caso exista necessidade de preencher informações confidenciais (secretas), serão reservados locais em que o pesquisador ficará com o participante somente. A sua participação será importante, pois vai contribuir com a pesquisa. Analisar a comunicação verbal e não verbal entre o enfermeiro e a parturiente será relevante para uma melhor assistência obstétrica e um melhor atendimento, pois o enfermeiro perceberá, entenderá e conhecerá como é a comunicação atual com a parturiente e maneiras para melhorar o cuidado poderão ser elaboradas e concretizadas. Caso aceite garanto a plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. E ainda, para participar da mesma, não lhe será oferecido nenhum valor. Também não haverá nenhum custo por participar da pesquisa.

Informo-lhe também que, caso aceite participar, você assinará este Termo de Consentimento em duas vias e receberá uma via.

A pesquisa tem o intuito de analisar a comunicação verbal e não verbal. Neste intuito, um acadêmico de enfermagem ou enfermeiro irá observar como se dá esta interação ou momento de comunicação. É importante enfatizar que a coleta de dados se dará apenas na fase ativa do parto, ou seja, na dilatação do colo uterino em que será preenchido instrumentos previamente elaborados sem toque/contato físico ou interferência. Você participará da etapa apenas permitindo que seja observada pelo acadêmico(a) de enfermagem ou enfermeiro durante esta fase supracitada (fase ativa do parto).

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) encontra-se disponível para esclarecer dúvidas e/ou reclamações quanto à sua participação no referido estudo por meio do telefone (85) 3332-1414.

Consentimento Pós-Esclarecido

Eu, _____**,** aceito participar e concordo com tudo o que está explanado. Declaro que por este termo fui devidamente orientada e esclarecida sobre a pesquisa intitulada *COMUNICAÇÃO ENTRE ENFERMEIRO E PARTURIENTE NA FASE ATIVA DO PARTO.*

_____, ____ de _____ de 2017.

_____
Assinatura do participante ou impressão digital

Eu, _____, RG _____ , na qualidade de testemunha, afirmo que o presente termo foi lido e explicado ao sujeito do estudo em minha presença.

Nome do pesquisador	Assinatura

Nome do responsável que aplicou o TCLE/Coletou os dados	Assinatura

Gilmara de Lucena Beserra - Telefone: (085) 99950-1501
Endereço: Rodovia CE 060 – Km 51; CEP: 62785-000.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ENFERMEIRO

Eu, Gilmara de Lucena Beserra, sou enfermeira e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) e juntamente com minha orientadora, Profa. Dra. Paula Marciana Pinheiro de Oliveira, convido você para participar desta pesquisa que tem como objetivo principal:

Analisar a comunicação verbal e não verbal entre enfermeiro e parturiente durante a fase ativa do parto.

É por meio deste Termo que lhe peço autorização para contribuir com este trabalho, ao confirmar que aceita e concorda com os dados preenchidos. Neste trabalho, tentarei evitar possíveis riscos psicológicos e de saúde, ou seja, será observada a comunicação entre a parturiente e você com o intuito de preencher os instrumentos de coleta de dados, mas tentarei não constrangê-lo(a) em nenhum momento. Caso você se sinta envergonhado(a), tímido(a), inibido(a) no momento da coleta, esta pode ser suspensa. Além disso, o cuidado imediato como diálogo poderá ser efetivado. Garantimos o anonimato, confidencialidade e privacidade, que significa o uso dos dados coletados para fins exclusivos de pesquisa. Também garantimos a manutenção do sigilo/silêncio durante todas as fases da pesquisa, pois não citarei nomes em nenhuma parte deste trabalho. Além disso, caso exista necessidade de preencher informações confidenciais (secretas), serão reservados locais em que o pesquisador ficará com o participante somente. A sua participação será importante, pois vai contribuir com a pesquisa. Analisar a comunicação verbal e não verbal entre o enfermeiro e a parturiente será relevante para uma melhor assistência obstétrica e um melhor atendimento, pois o enfermeiro perceberá, entenderá e conhecerá como é a comunicação atual com a parturiente e maneiras para melhorar o cuidado poderão ser elaboradas e concretizadas. Caso aceite garanto a plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. E ainda, para participar da mesma, não lhe será oferecido nenhum valor. Também não haverá nenhum custo por participar da pesquisa.

Informo-lhe também que, caso aceite participar, você assinará este Termo de Consentimento em duas vias e receberá uma via.

A pesquisa tem o intuito de analisar a comunicação verbal e não verbal. Neste intuito, um acadêmico de enfermagem ou enfermeiro irá observar como se dá esta interação ou momento de comunicação. É importante enfatizar que a coleta de dados se dará apenas na fase ativa do parto, ou seja, na dilatação do colo uterino em que será preenchido instrumentos previamente elaborados sem toque/contato físico ou interferência. Você participará da etapa apenas permitindo que seja observado(a) pelo acadêmico(a) de enfermagem ou enfermeiro durante esta fase supracitada (fase ativa do parto).

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) encontra-se disponível para esclarecer dúvidas e/ou reclamações quanto à sua participação no referido estudo por meio do telefone (85) 3332-1414.

Consentimento Pós-Esclarecido

Eu, _____**,** aceito participar e concordo com tudo o que está explanado. Declaro que por este termo fui devidamente orientado(a) e esclarecido(a) sobre a pesquisa intitulada *COMUNICAÇÃO ENTRE ENFERMEIRO E PARTURIENTE NA FASE ATIVA DO PARTO.*

_____, ____ de _____ de 2017.

_____

Assinatura do participante ou impressão digital

Eu, _____, RG _____ , na qualidade de testemunha, afirmo que o presente termo foi lido e explicado ao sujeito do estudo em minha presença.

Nome do pesquisador	Assinatura

Nome do responsável que aplicou o TCLE/Coletou os dados	Assinatura

Gilmara de Lucena Beserra - Telefone: (085) 99950-1501
Endereço: Rodovia CE 060 – Km 51; CEP: 62785-000.

ANEXOS

ANEXO A- FACOVE: FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DA COMUNICAÇÃO VERBAL SEGUNDO JAKOBSON (2010)
(MACÊDO, 2005)

MOMENTO: _____

1. REMETENTE 1_____
1( ) Enfermeiro(a) 2( ) Residente 3( ) Enf. Especialização 4 ( ) Parturiente
5( ) Ausente-silêncio

2. ACOMPANHANTE 2_____
1( ) SIM 2( ) NÃO

3. FUNÇÃO CONATIVA VOCATIVO 3_____
1 ( ) indica modo de ação
2 ( ) solicita informação/orientação
3 ( ) solicita sugestão
4 ( ) concorda

4. FUNÇÃO CONATIVA IMPERATIVO 4 _____
1 ( ) dá orientação
2 ( ) dá sugestão
3 ( ) não concorda

5. FUNÇÃO EMOTIVA/EXPRESSIVA 5_____
5.1 ( ) solidariedade
5.2 ( ) satisfação
5.3 ( ) tranquilidade
5.4 ( ) empatia
5.5 ( ) outros____
5.6 ( ) raiva
5.7 ( ) desprezo
5.8 ( ) tristeza
5.9 ( ) apatia
5.10( ) outros___

6. REFERENCIAL/CONTEXTO 6_____
1 ( ) tratamento
2 ( ) prevenção
3 ( ) assuntos pessoais
4 ( ) assuntos cotidianos
5 ( ) outros

7. CONTATO/CANAL 7_____
7.1 ( ) audição
7.2 ( ) tato
7.3 ( ) visão

7.4 ( ) olfato

8. CÓDIGO 8_____

1 ( ) linguagem comum
2 ( ) linguagem técnica (termos técnicos)

ANEXO B- CONVENCE: FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DA COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL SEGUNDO HALL (2005)

(ALMEIDA, 2005)

MOMENTO: _____

1. COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL: 1_____
1( ) Enfermeiro(a) 2( ) Residente 3( ) Enf. Especialização 4 ( ) Parturiente
5( ) Ausente-silêncio

2. DISTÂNCIA: 2_____
1( ) íntima – até 45cm 2( ) pessoal – de 45 a 125cm

3. POSTURA: 3_____
1( ) de pé 2( ) sentado 3( ) deitado 4( ) de joelhos

4. EIXO 4_____
1( ) face a face 2( )de costas 3( )outro ângulo
4( ) sócio fugo–desencorajamento 5( ) sócio peto–encorajamento

5. CONTATO: 5_____
1( ) toque 2( ) carícia 3( ) agarrar 4( ) apalpar 5( ) segurar demoradamente
6( ) apertar 7( ) tocar localizado 8( ) roçar acidental 9( ) nenhum contato

6. GESTOS EMBLEMÁTICOS: 6_____
1( ) bater o pé 2( ) mover as mãos 3( ) outro_____

7. GESTOS ILUSTRADORES: 7_____
1( ) complementa a linguagem verbal 2( ) não complementa

8. GESTOS REGULADORES: 8 _____
1( ) meneio de cabeça 2( ) mover os olhos 3( ) outro_____

9. COMPORTAMENTO FACIAL: 9_____
1( ) perplexidade 2( ) nojo 3( ) alegria 4( ) medo 5( ) raiva 6( ) tristeza
7( ) atenção 8( ) admiração 9( ) normal 10( ) outro_____

10. ABERTURA OCULAR: 10_____
1( ) surpresa 2( ) alegria 3( ) tristeza 4( ) atenção 5( ) outro_____

11. DIREÇÃO DO OLHAR: 11_____
1( ) centrado no interlocutor 2( ) desvia do interlocutor

12. VOLUME DAVOZ: 12_____
1( ) sussurro 2( ) grito 3( ) normal 4( ) silêncio 5( ) alto

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA

UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Comunicação entre Enfermeiro e Parturiente na Fase Ativa do Parto
Pesquisador: GILMARA DE LUCENA BESERRA
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 63967817.4.0000.5576
Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DA INTEGRACAO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.939.715

Apresentação do Projeto:
O projeto de pesquisa apresentado tem como foco a análise da comunicação verbal e não verbal entre enfermeiro e parturiente durante a fase ativa do parto, a ser desenvolvido no Centro de Parto Normal do Hospital Municipal Dr. João Elísio de Holanda, no município de Maracanaú-CE. Traz à tona a problemática acerca da assistência recebida ao longo do momento parturitivo, a fim de considerar a satisfação da mulher. Há três aspectos nesta abordagem: (a) a relação entre o processo do parto e a enfermagem; (2) o papel do enfermeiro no cuidado à parturiente; (3) a comunicação como princípio de humanização. A pesquisadora destaca a necessidade de alternativas ao desequilíbrio de intervenções negativas no processo do parto, por parte de profissionais da saúde: há muitos anos o processo parturitivo teria deixado de ser um fenômeno familiar, individualizado, ocasionando o distanciamento da natureza do parto. Daí o foco na interação entre profissionais de saúde e parturiente, no processo de comunicação (verbal e não verbal) e cuidado obstétrico. Argumenta-se a favor da assistência humanizada, a saber: que o enfermeiro contribua não apenas para o apoio emocional e a segurança da mulher, mas também no sentido de lhe assegurar o protagonismo no parto. Fica claro, pelos elementos pré-textuais, que a natureza do projeto diz respeito à coleta de dados para uma dissertação de mestrado.

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário:

Endereço: Avenida da Abolição, 3
Bairro: Centro Redenção **CEP:** 62.790-000
UF: CE **Município:** REDENCAO
Telefone: (85)3332-1381 **E-mail:** rafaellapessoa@unilab.edu.br

Analise da “comunicação verbal e não verbal entre enfermeiro e parturiente durante a fase ativa do parto”.

Objetivos Secundários:
(a) “Identificar o perfil sociodemográfico das parturientes”;
(b) “Caracterizar a comunicação verbal quanto à função conativa vocativo, função conativa imperativo, função emotiva/expressiva, referencial/contexto, contato/canal e código”;
© “Caracterizar a comunicação não verbal quanto a contato, gestos, comportamento facial, distância e postura entre enfermeiro e parturiente”.
(d) “Analisar a existência de associação entre a comunicação verbal e não verbal e as suas variáveis da parturiente.”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
A pesquisadora estima o risco e os desconfortos inerentes ao estudo e apresenta formas de minimizá-los. Estão inclusos benefícios para as parturientes. Foi feita a descrição/análise crítica dos riscos e benefícios e das medidas destinadas à redução de possíveis desconfortos e de proteção de risco.
“Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes. Devem ser analisadas possibilidades de danos imediatos ou posteriores, no plano individual ou coletivo. A análise de risco é componente imprescindível à análise ética, dela decorrendo o plano de monitoramento que deve ser oferecido pelo Sistema CEP/CONEP em cada caso específico” (Res. 466/12 - V).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
A pesquisa demonstra relevância, visto ser uma proposta que destaca o papel do enfermeiro no processo de “parto humanizado”. Na introdução do estudo constam referências relevantes sobre o objeto, embora não sobre o referencial teórico adotado, a ser mencionado apenas depois dos objetivos. Em todo caso, estão incluídos dados atualizados sobre a pesquisa. Há justificativa plausível para a realização do estudo, com base nas teorias da comunicação verbal e não verbal que apoiam a análise dos dados coletados. No que se refere à comunicação verbal, o estudo ocorre a partir da teoria de Jakobson; no que se refere à comunicação não verbal, o estudo ocorre segundo a teoria proxêmica de Hall. Os objetivos estão de acordo com a proposta. A metodologia

UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA

deixa evidente a análise quantitativa, estatística, com uma preparação em três etapas (recrutamento, exposição e treinamento). Está claro o local de realização da(s etapas) da pesquisa e qual a infraestrutura necessária. Qual a população e o número de participantes – justificado com um plano de recrutamento. Há critérios de inclusão e exclusão. Estão claros os tópicos relativos a como se dará a coleta dos dados (procedimentos). O instrumento de coleta de dados está anexo ao projeto e é adequado à proposta, assim como a técnica a ser utilizada e o registro das respostas, bem como a forma de tratamento dos dados coletados e as questões éticas envolvidas na pesquisa. Está determinado o desfecho primário da pesquisa e estão determinados, ao menos parcialmente, os resultados esperados. O projeto possui cronograma adequado à proposta apresentada, respeitando o período de tramitação do protocolo no CEP/UNILAB. O orçamento está presente e esclarece o responsável pelas despesas e/ou a fonte de financiamento da pesquisa, isto e, fonte própria.
"A revisão ética dos projetos de pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser associada à sua análise científica" (Res. 466/12 – VII.4).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
A pesquisadora cumpre a apresentação dos Termos obrigatórios: A Carta de Encaminhamento do Projeto ao CEP, o Termo de Anuência, a Declaração de Ônus e a Folha de Rosto. O T.C.L.E. está presente, com linguagem adequada ao perfil sociocultural dos participantes da pesquisa. O título da pesquisa aparece no Termo. Apresenta justificativa, objetivos e os procedimentos a serem utilizados. São apresentados com clareza os benefícios da pesquisa, além dos riscos e/ou desconfortos associados à pesquisa, e as formas de minimizá-los. Garante a liberdade dos participantes de retirarem seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, considerando o caráter voluntário de sua participação. Deixa clara também a ausência de custos e compensações financeiras. Há a garantia de sigilo, privacidade e confidencialidade das informações e dados envolvidos na pesquisa. Há o campo de identificação da instituição a que pertence a pesquisadora etc.

Recomendações:
Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Avenida da Abolição, 3
Bairro: Centro Redenção **CEP:** 62.790-000
UF: CE **Município:** REDENCAO
Telefone: (85)3332-1381 **E-mail:** rafaellapessoa@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA

Continuação do Parecer: 1.939.715

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_848732.pdf	13/01/2017 13:10:51		Aceito
Outros	CurriculoProfaPaula.pdf	13/01/2017 13:00:43	GILMARA DE LUCENA BESERRA	Aceito
Outros	FORMULARIODEENCAMINHAMENTOAOCEP.pdf	13/01/2017 12:52:27	GILMARA DE LUCENA BESERRA	Aceito
Outros	DECLARACAODEONUS.pdf	13/01/2017 12:51:52	GILMARA DE LUCENA BESERRA	Aceito
Outros	CurriculoLattes.pdf	13/01/2017 12:50:56	GILMARA DE LUCENA BESERRA	Aceito
Outros	CARTADEANUENCIA.pdf	13/01/2017 12:50:19	GILMARA DE LUCENA BESERRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	13/01/2017 12:49:43	GILMARA DE LUCENA BESERRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	13/01/2017 12:47:48	GILMARA DE LUCENA BESERRA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	13/01/2017 12:46:19	GILMARA DE LUCENA BESERRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	13/01/2017 12:44:00	GILMARA DE LUCENA BESERRA	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	13/01/2017 12:41:26	GILMARA DE LUCENA BESERRA	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

REDENCAO, 23 de Fevereiro de 2017

Assinado por:
Emilia Soares Chaves
(Coordenador)

Endereço: Avenida da Abolição, 3
Bairro: Centro Redenção **CEP:** 62.790-000
UF: CE **Município:** REDENCAO
Telefone: (85)3332-1381 **E-mail:** rafaellapessoa@unilab.edu.br

ANEXO D – PARECER DO COMITÊ NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA E SAÚDE (CNEPS) DE CABO VERDE

Ministério da Saúde e da Segurança Social

COMITÉ NACIONAL DE ÉTICA PARA PESQUISA EM SAUDE

(CNEPS)

Del28/2017

1-Foi apresentado, nos termos do artigo 9º do Decreto-Lei nº 26/2007, de 30 de Julho, para efeitos de parecer do CNEPS no sentido de autorizar a realização da pesquisa, um projecto de pesquisa intitulado ***COMUNICAÇÃO ENTRE ENFERMEIRO E PARTURIENTE NA FASE ATIVA DO PARTO***, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, pela aluna **GILMARA DE LUCENA BESERRA**, sob orientação da Professora Doutora **PAULA MARCIANA PINHEIRO DE OLIVEIR**A e co-orientadora a Professora Doutora **Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos.**

2--Trata-se de um projecto de pesquisa submetido à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB).

3-A pesquisadora cumpriu o disposto no referido artigo 9º, pelo que constam dos documentos entregues na secretaria do CNEPS, a carta de pedido de autorização dirigida ao CNEPS, contendo o Projecto de memória, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o *Curriculum Vitae* da orientadora, enquanto pesquisadora responsável, o *Curriculum Vitae* da pesquisadora, a autorização prévia do Hospital Dr. Agostinho Neto.

4 -O CNEPS fizera a análise documental e técnica da proposta na sua 74ª Reunião Ordinária, realizada a 25 de Maio de 2017, tendo feito os seguintes comentários:

-O presente estudo visa analisar a comunicação verbal e não verbal entre enfermeiro e parturiente durante a fase ativa do parto, concretamente, identificando o perfil socio demográfico das parturientes, caracterizando a comunicação verbal quanto à função conativa vocativo, função conativa imperativo, função emotiva/expressiva, referencial/contexto, contato/canal e código e a comunicação não verbal quanto a contato, gestos, comportamento facial, distância e postura entre enfermeiro e parturiente e, ainda, a existência de associação entre a comunicação verbal e não verbal e as suas variáveis da parturiente.

-Deste modo, trata-se de um estudo analítico, com abordagem quantitativa, a ser realizado em dois cenários e será realizado no Hospital Agostinho Neto. O estudo trabalhará dois tipos de público: os enfermeiros

generalistas/enfermeiros obstetras e as parturientes, os quais são os remetentes e destinatários observados durante a coleta de dados.

-Para a coleta de dados será necessário o preenchimento de um formulário, o qual está composto por variáveis, tais como idade, grau de escolaridade, número de filhos, estado civil, número de gestação e religião.

No consentimento livre esclarecido a parturiente não é alertada para a necessidade de responder a questões relacionadas com a sua vida religiosa, informação que deverá ser incluída já que o artigo 29º, nº 3 da Constituição Cabo Verdiana consagra que *ninguém pode ser obrigado a declarar a sua ideologia, religião ou culto, filiação partidária ou sindical.*

É necessário ainda incluir os contactos do CNEPS, na eventualidade dos entrevistados se sentirem lesados durante ou com a presente investigação.

5-Pelo exposto, melhorado o termo de consentimento livre e informado o CNEPS, entende que o presente projeto reúne os requisitos éticos e deontológicos considerados necessários e delibera no sentido da sua aprovação. O termo de Consentimento livre e informado, absorvendo as recomendações deverá ser entregue no Secretariado antes do inicio da recolha dos dados.

Praia,29 de Maio de 2017

A Presidente do CNEPS

Maria da Conceição Moreira de Carvalho

COMITE NACIONAL DE ÉTICA PARA PESQUISA EM SAÚDE CNEPS