

DISCURSO, INSTITUIÇÃO, PODER: ANÁLISE DE INTERAÇÃO ENFERMEIRO-PACIENTE

Discourse, institution, power: an analysis of nurse-patient interaction

Leda Verdiani Tfouni¹
Emília Campos de Carvalho²
Carmem Gracinda Silvan Scochi²

RESUMO

A presente investigação é uma análise da interação entre enfermeiro — paciente em situação de coleta de sangue. O "corpus" deste estudo consiste de 20 diálogos envolvendo 5 enfermeiros e 20 pacientes. Foi analisada a mecânica da conversação, através da sistemática de troca de turno, bem como as marcas formais que constituem e individualizam tal formação discursiva. Os resultados evidenciam assimetria nesta interação, qualificando tal interação como sendo de controle, dominação e apagamento da individualidade. Tais fatores mostram que a ideologia da instituição hospitalar, com respeito ao paciente, é de imposição da autoridade e de alienação.

UNITERMOS: discurso, trocas verbais, comunicação enfermeiro-paciente.

ABSTRACT

The present investigation is an analysis of nurse patient interaction in a situation of blood collection. The body of this study consists twenty dialogues among five nurses and twenty patients. The "mechanics" of conversation was analyzed using the turn-taking system, as well as the formal marks that constitute and individualize the discursive formation. The results showed an asymmetry in the interaction, a fact that qualifies the nurse-patient interaction as one of control, domination and effacement of individuality. These factors show that ideology of the hospital institution with respect to the patient is characterized by imposition of authority and alienation.

KEY WORDS: discourse, turn-taking, nurse-patient interaction.

1 INTRODUÇÃO

A interação verbal no campo da Enfermagem tem sido objeto de estudo de vários autores que utilizam diferentes referências teóricas (Carvalho, 1979, Manzoli, 1983, Carvalho, 1985, Boemer, 1985, Mendes, 1986).

Estes estudos têm evidenciado inadequações, principalmente na relação enfermeiro-paciente, tais como "autoritarismo", pequena frequência de diálogos, temática centrada primordialmente nas rotinas de hospitalização, pequeno índice de orientação acerca de problemas referidos por pacientes, entre outros.

A finalidade deste artigo é estudar as relações de poder que podem ser detectadas na interação enfermeiro(a)-paciente, tomando como base para a análise a bordagem pragmática da linguagem.

Para tanto, empregaremos o modelo de análise da mecânica da conversação descrito por Sacks, Schegloff e Jefferson (1974). Empreenderemos também uma análise da formação discursiva observada, em termos das marcas formais que a constituem e a indi-

vidualizam, alicerçada em Hymes (1972) e Good (1979).

Por fim, examinando o funcionamento da interação paciente-enfermeiro em situação de coleta de sangue, do ponto de vista da organização conversacional e de sua constituição formal, pretendemos fornecer subsídios para a compreensão da instituição hospitalar.

2 SELEÇÃO DO MODELO TEÓRICO

A sistemática de troca de turno pode ser aplicada a estudos de vários tipos, tanto de duplas como de grupos.

Para sua utilização, existe um código com símbolos especiais, empregados na transcrição, que identificam, por exemplo, aumento de entonação (/); pausa da conversação em segundos (0,0); falas simultâneas (I); quebra de palavra, (meni_____); acentuação (____); algo dito e não transcrito () ou não compreendido (palavra).

Este modelo pode ser descrito em termos de dois componentes e de um conjunto de regras.

Componentes:

— Componentes Construcional de Turno: são unidades típicas com a qual o falante pode construir um turno. Incluem orações, sentenças, frases, palavras e construções léxicas.

* Trabalho apresentado na XVI REUNIÃO ANUAL DE PSICOLOGIA — RIBEIRÃO PRETO — SP.

¹ Docente da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto — USP

² Docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto — USP.

— Alocação de turno: a técnica de alocação de turno pode ser dividida em:

a* quando o próximo turno é alocado pelo falante corrente, selecionando o próximo falante.

Ex.: A: Sr. João, vamos colher sangue?
b: quando o próximo turno é alocado por auto-seleção

Ex.: A: Quem vai colher sangue primeiro?
B: Eu posso!

Regras:

Existe um conjunto de regras básicas governando a construção de turnos, provendo a alocação de um próximo turno a uma das partes e coordenando a sua transferência, visando minimizar lacunas ou superposições.

Para qualquer turno, o local inicial de relevância é transição de uma unidade inicial de construção de turno é a seguinte:

a* se o turno a ser construído envolve o uso da técnica do falante corrente selecionar o próximo, então o partido assim selecionado tem o direito e é obrigado a tomar o próximo turno para falar; nenhuma outra pessoa tem tal direito ou obrigação; e aí ocorre a transferência.

b* se o turno até o momento não envolve o uso da técnica do falante corrente selecionar o próximo, então, a auto-seleção para o próximo falante pode mas não precisa ser instituída. O primeiro falante adquire então, direito para o turno e aí ocorre a transferência (é o local de).

c* se o turno é assim construído e não envolve o uso da técnica do falante corrente selecionar o próximo, então o falante corrente pode mas não é obrigado a continuar, a menos que o outro se auto-seleccione. Se no local inicial de relevância e transição de uma unidade de construção de turnos, nem 1a ou 1b operam, então, e segundo provisão de 1c, o falante corrente continua; então, a colocação das regras a — c reaplicam no próximo local de relevância a transição até que se efetue a transferência.

Estas regras funcionam de forma que, numa conversação se observa o seguinte:

- diferentes falantes fazem uso da palavra.
- a troca de falantes se repete ou ao menos ocorre.
- espera-se que cada falante use o turno de cada vez.
- quando dois falantes fazem uso do turno concomitantemente, há superposições; devem ser breves.
- as trocas de turnos entre A e B ocorrem com pausa e devem ser breves.
- a ordem do turno não é fixa, mas varia.
- o número de distribuição do turno não é fixo, mas varia.
- o tamanho da conversação não é especificado antecipadamente.
- o que as partes dizem não é especificado antecipadamente.

- a distribuição relativa de turnos não é especificada antecipadamente.
- o número de participantes pode variar. A fala pode ser contínua ou descontínua.
- as técnicas de alocação de turnos são obviamente utilizadas. O falante corrente pode selecionar o próximo falante ou partes podem se auto-selecionarem para iniciar a fala.
- várias unidades construcionais de turnos são empregados: frases, palavras, orações. Nem sempre são vistas de forma sistemática, mas pela entonação e sentido.
- existe mecanismo de reparação da distribuição de troca de turnos com erros ou violação. Por exemplo, pode-se empregar interrupções do tipo “desculpe-me” para reiniciar o turno ou, ainda, corrigir uma seleção indevida do próximo falante, não se respeitando as regras 1b e 1c.

Para melhor compreensão do exposto, passaremos a retratar alguns exemplos, oriundos de nossa observação.

Troca de Turno

- | | |
|------------|--|
| | Paciente(P): Vi daqui. |
| Situação 1 | Enfermeiro(E): O senhor viu o jogo ontem?
E: O senhor torce para quem?
P: Santos.
E: Então ontem não interessou o jogo?
P: Não. |
| Situação 2 | E: Muita dor no braço?
P: Dói demais.
E: Precisa achar uma posição melhor.
P: O colchão d'água é pior.
E: Mas para a escara ele é melhor.
P: Isto é. Quando operar vou ter que ficar de bruço. Então é melhor sofrer um pouco que machucar. |

Auto-iniciativa

- | | |
|------------|--|
| Situação 1 | E: Hoje trouxe uma agulha novinha.
P: Oba.
E: Aquela de ontem estava ruim. |
| Situação 2 | E: Está com carinha tão boa! |

Alocação Situação 1

P: Agora estou. Só este dreno que está me incomodando.

E: Quer mudar de lado?

P: Eu já mudei.

E: Vamos colher sangue?

P: Vamos. Colhe deste lado!

E: Pela posição?

P: Não. O outro é pior.

E: De tórax e eletrocar.

P: Não! /E o da boca?

E: Provavelmente!

P: Ai! /Tá doendo! Hum

Violação

Situação A (Paciente não toma o turno alocado pelo Enfermeiro):

E: Vamos colher sanguinho?

P: (20)

E: Senta aí na cadeira, encosta perto da mesa. Você vai fazer uma prova agora cedo?

P: (30)

E: Fecha a mão, põe o braço assim.

Situação B (Enfermeiro aloca, mas não permite que o paciente tome o turno):

E: Fecha a mão! Como passou o Ano Novo? E o Natal? Depois disso não vi vocês. / Fecha a mão!

P: (Paciente executa movimento solícitado).

Situação C (Enfermeiro não toma turno alocado pelo paciente):

E: Estou precisando de roupa. / Não tem no hospital?

E: É que às vezes tem máquina quebrada.

P: Traz roupa pro banho prá mim?

E: (Observa dreno, hemostasia e sai).

Situação D (Paciente aloca, mas não permite que o Enfermeiro tome o turno):

P: Que exames vou fazer?

A conversação, conforme exposto, pode ocorrer, em situação estruturada (debater, palestra), com regras previamente determinadas ou em situação natural. Em ambas as situações, as normas de conversação existem e podem ser subvertidas. O importante é se identificar, neste caso, porque estão sendo mudadas tais regras.

3 OBJETIVOS

— Analisar a conversação enfermeiro — paciente na situação de coleta de sangue quanto a: frequência de turnos, frequência de alocações de turnos e frequência de violação das regras de alocação e transferência de turnos.

— Analisar os dados à luz das marcas formais empregadas no discurso em questão.

4 METODOLOGIA

O presente estudo apresenta como "corpus" diálogos registrados ao vivo, através da técnica de registros cursivos com papel e lápis. Foram observados pacientes internados num hospital-escola de Ribeirão Preto — SP, em situação de coleta de sangue para procedimento laboratoriais, executada por enfermeiros.

Foram considerados 20 diálogos entre 5 enfermeiros e 20 pacientes, sendo que cada dupla foi observada uma vez.

Os "recortes" aqui examinados compreendem o tempo de conversação ocorrida desde o momento em que a enfermeira se dirigia ao paciente para a execução do procedimento de coleta de sangue, até sua saída da Unidade onde o paciente estava.

Para a execução da análise quantitativa, os dados foram divididos em três fases, correspondendo aos momentos da coleta de sangue: **pré-punção, trans-punção e pós-punção**.

Os dados numéricos obtidos permitem que se façam interferências de ordem ideológica a partir das violações das regras que governam a sistemática de troca de turnos entre os dois interlocutores. Tais violações determinam uma assimetria na interação, a qual, por sua vez, remete a uma relação de poder e dominação que é determinada pela própria instituição hospitalar.

Esse aspecto ideológico, no entanto, ficará mais transparente no segundo momento (qualitativo) da análise dos dados colhidos, quando verificamos quais unidades e/ou seqüências lingüísticas podem ser localizadas nos recortes interacionais que estão sendo analisados e com essas marcas verbais mostram uma determinada imagem que a instituição hospitalar (aqui representada pelo enfermeiro) constrói do paciente, assim como a visão que o paciente constrói do enfermeiro (e, por extensão, da instituição).

5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os dados categorizados quantitativamente, através da sistemática de troca de turnos na conservação entre enfermeiro e paciente, evidenciam, conforme a Tabela 1, que os (as) enfermeiros (as) detêm os maiores percentuais de turnos auto-iniciativas e alocação nas fases de pré, trans e pós punção. Os totais gerais mostram que a frequência de emissões é maior na fase de pré-punção, diminuindo durante a trans-punção e chegando ao mínimo na pós-punção.

às frequências de auto-iniciativa nota-se predomínio também dos enfermeiros (77,05%) em relação aos pacientes (22,95).

A referida Tabela mostra ainda que também para as alocações, a frequência é maior para o profissional (86,31%) em relação ao paciente (13,58%). Para maior compreensão desta variável, compusemos a Tabela 2. Nesta, em 68,29% dos casos, o paciente toma o turno, conforme preconiza o conjunto de regras que go-

TABELA 1

Frequência absoluta e relativa de turnos, auto-iniciativa e alocação de enfermeiros e pacientes nas fases de pré-punção, transpunção e pós-punção.

CATEGORIAS	SUJEITOS	F		A		S		E		S		TOTAL	
		PRÉ		TRANS		PÓS							
		f	%	f	%	f	%					f	%
TURNOS	Enfermeiros	97	57,74	61	72,62	36	69,23					197	64,17
	Pacientes	71	42,26	23	21,38	16	30,77					110	35,83
	SUBTOTAL	168	100	84	100	52	100					307	100
AUTO-INICIATIVA	Enfermeiros	47	77,05	32	80	13	68,48					92	76,66
	Pacientes	14	22,95	08	20	06	31,58					28	23,33
	SUBTOTAL	61	100	40	100	19	100					120	100
ALOCAÇÃO	Enfermeiros	82	86,31	44	93,62	20	90,91					146	89,02
	Pacientes	13	13,68	03	6,38	02	9,09					18	10,97
	SUBTOTAL	95	100	47	100	22	100					164	100
TOTAL	Enfermeiros	226	69,75	137	80,11	69	73,97						
	Pacientes	98	30,24	34	19,87	24	25,80						
		325	100	171	100	93	100						

Observando-se cada fase separadamente, algumas considerações adicionais podem ser feitas:

Pré-Punção: Os dados contidos na Tabela 1 revelam que nesta fase os enfermeiros detêm 57,74% dos turnos da conversação, e os pacientes 42,26%. Quanto

verna uma conversação. Os demais 31,71% são consideradas violações, quer porque o paciente não responde verbalmente (24,39%), quer porque o enfermeiro não permite ao paciente que este tome o seu turno (7,32%).

TABELA 2

Frequência absoluta e relativa de tomada de turnos alocados, respostas não verbais e violação na alocação de turnos.

ALOCAÇÃO / FASE	TRANS		PRÉ		TRANS		PÓS	
	f	%	f	%	f	%	f	%
A - Enfermeiro para paciente								
- Paciente toma o turno alocado pelo Enfermeiro	56	68,29	21	47,73	12	60		
- Paciente não toma o turno alocado ou não responde verbalmente	20	24,39	23	52,27	6	30		
- Enfermeiro aloca, mas não permite que o Paciente tome turno	6	7,32	0	0,0	2	10		
TOTAL	82	100	44	100	20	100		
B - Paciente para enfermeiro								
- Enfermeiro toma o turno alocado pelo paciente	10	76,92	2	66,66	2	100		
- Enfermeiro não toma o turno alocado ou não responde verbalmente	2	15,38	1	33,33	0			
- Paciente aloca, mas não permite que Enfermeiro tome o turno	1	7,70	0	0				
TOTAL	13	100	3	100	2	100		

Trans-Punção: Nesta etapa, nota-se diminuição das frequências de turnos, de auto-iniciativa e alocações quando comparadas à fase anterior. No entanto, a Tabela 1 mostra que continuam sendo dos enfermeiros as maiores frequências. Nota-se ainda que os percentuais aumentam para os enfermeiros e diminuem para o paciente.

Este fato fica evidente quando se observa que a enfermeira tem o predomínio na emissão dos turnos (72,62%), comparando-se com os dos pacientes (27,38%). O mesmo ocorre com a auto-iniciativa: o profissional (80%) apresenta maiores índices que os pacientes (20%).

Quando observamos a alocação de turnos, verificamos que, nesta fase, esta diferença se acentua ainda mais, sendo a proporção de 93,62% para o enfermeiro e de 6,38% para os pacientes.

Os dados da Tabela 2 dão margem a algumas considerações especificamente relacionadas à alocação de turnos: das alocações feitas pelas enfermeiras aos pacientes, somente em 47,73% o paciente tomou o seu turno; em 52,27% dos casos ele não respondeu verbalmente. Em contrapartida, das alocações feitas pelo paciente à enfermeira, em 66,66% ela tomou seu turno, e em 33,33% o paciente não permitiu que a enfermeira tomasse o seu turno.

Comparando-se esta fase com a anterior, pode-se considerar a diminuição de turnos como positiva, uma vez que se preconiza a manutenção da assepsia do material utilizado. Esta preocupação, contudo, não foi explicitada verbalmente pelos enfermeiros e necessita de maiores investigações.

O aumento das respostas motoras dos pacientes e diminuição concomitante das verbais pode estar relacionada tanto à situação de "stress" diante do procedimento, quanto à qualidade das unidades construcionais de turnos utilizadas pelas enfermeiras, visto que, nesta fase, as profissionais dão ordens através de frases institucionalizadas, tais como: "abre a mão" e "levanta o braço".

Pós-Punção: Nota-se, nesta fase, diminuição das frequências de turnos, alocação e auto-iniciativa em relação às fases anteriores. Conforme consta na Tabela 1, também aqui os percentuais de turnos foram maiores para enfermeiras (69,23%) do que para os pacientes (30,77%). Quanto à alocação, houve amplo predomínio dos enfermeiros (90,91%) em relação aos pacientes (9,09%), o mesmo ocorrendo quanto à auto-iniciativa (68,42 e 31,58%, respectivamente).

Quando se observa (Tabela 2) as alocações do enfermeiro para pacientes, tem-se que em 60% dos casos, os pacientes tomaram seu turno, em 30% eles não responderam verbalmente e em 10% o enfermeiro não permitiu que o paciente tomasse o turno alocado.

Em relação as alocações feitas pelo paciente, também nesta fase em número reduzido (2), ocorre de o enfermeiro tomar seu turno em 100% dos casos.

Os dados colhidos mostram que as regras básicas da sistemática de tomada e troca de turnos na in-

teração entre enfermeiro e paciente em situação de coleta de sangue, apresentam uma configuração específica, cujos aspectos básicos serão descritos a seguir:

1º — O paciente em muitas ocasiões não faz uso da palavra, visto que as respostas dele requeridas são gestuais e motoras. Ex.: E: "*abre e fecha a mão. Isso!*" Esperava-se que o enfermeiro conduzisse a conversação de forma a dar oportunidade de o paciente colocar suas ansiedades, preocupações. Entretanto, o que ocorrerá é uma preocupação com o procedimento técnico e com a sua finalização.

2º — Ocorrem falas descontínuas, principalmente por parte do enfermeiro, que muitas vezes fala consigo mesmo (principalmente na fase de trans-punção). Ex.: "*Vou pegar aqui (local da veia) e colocar aqui (nos frascos)... É isso mesmo!*".

3º — O enfermeiro é aquele que mais vezes se auto-aloca o turno ou faz a alocação do mesmo para o paciente.

4º — O enfermeiro é aquele que mais frequentemente viola a alocação de turno (por exemplo, aloca o turno, mas não dá espaço para o paciente falar). Ex.: "*Olá Nédio! Tudo bem? Como passou? Melhorou da dor? E a cabeça?*". O paciente responde apenas "tudo bem".

Os pontos levantados apontam para uma relação assimétrica entre enfermeiro e paciente, sendo que o primeiro é visto como aquele que determina a assimetria, na medida em que não estrutura a conversação dentro dos padrões considerados normais; pelo contrário, viola a sistemática de tomada e troca de turnos nas três etapas da coleta. O enfermeiro pode ser visto, assim, como "aquele que domina" o diálogo, e o paciente como aquele a quem regras não usuais de interação são impostas.

Por trás destas constatações está toda uma discussão acerca das relações de força que caracterizam a instituição hospitalar e que levam ao apagamento dos sujeitos do discurso. Voltaremos a este ponto na discussão final.

Não só quem fala e quantas vezes fala deve ser levado em consideração, no entanto. É preciso também considerar a natureza do que é dito. É neste ponto que entramos na segunda parte desta análise; a investigação da formação propriamente dita, ou seja, das marcas formais que qualificam estes "recortes".

Numa análise **qualitativa** dos dados através das marcas formais, encontramos o **uso de diminutivos**.

O primeiro aspecto atrai a atenção quando examinamos as transcrições, foi o uso abundante de diminutivos pelo enfermeiro. Destacamos: Ex.: "*Vamos colher sanguinho*"; "*Vamos achar uma veinha boa*"; "*Então vamos lá, uma furadinha*"; "*Dá uma deitadinha*"; "*Fica quietinho; espera aí*".

Essa recorrência de formas diminutivas tem dupla função; em primeiro lugar, tenta, através da interlocução, construir para o paciente uma visão menos penosa da coleta de sangue, procedimento que a maioria das pessoas teme bastante; em segundo lugar, os

diminutivos mostram a imagem que o enfermeiro faz do paciente, e à qual ele (enfermeiro) tenta reduzi-lo: uma criança, indefesa, sem vontades próprias e que precisa ser convencida a concordar com algo aversivo.

Pode-se apreender, portanto, que o que está em jogo, no caso, é toda a relação saúde-doença e como ela é vista institucionalmente.

Outro aspecto das marcas formais que destacamos refere-se às formas de **tratamento**. Observando-se tais formas de tratamento empregadas tanto por enfermeiro quanto por paciente para se dirigir ao outro, durante a interação, percebe-se que:

a• o enfermeiro usa variedade ampla ("você", "senhora", "dona", "seu", "senhor", "mocinha") para dirigir-se aos pacientes.

b• somente dois pacientes usam pronomes ("senhora") para dirigir-se ao enfermeiro. Os demais pacientes nunca usam nenhuma forma de tratamento. As construções usadas, apesar de estarem dirigidas ao enfermeiro, visto que ele é quem mantém o controle da interação, ignoram-no, no entanto, do ponto de vista da personalização. Ocorrem construções como: "Só isso! Eu pensei que ia tirar nos dois braços"; "Tudo bem"; "Já melhorou"; "Dormi bem esta noite"; "Tem gosto de pasta"; "Já colhi fezes, urina"; "Pensei que ia esse ano prá casa, mas já não vou mais".

Esse não-uso de pronomes de tratamento pelo paciente tem duas interpretações: mostra uma assimetria, pois como o enfermeiro é quem mais aloca os turnos, então o turno do paciente geralmente é a segunda parte de um par adjacente (por exemplo: pergunta/resposta); mostra ainda como o paciente vê o enfermeiro, ou seja, como alguém cuja individualidade está apagada pelo papel institucional que desempenha. Deste ponto é indiferente, para o paciente, a pessoa com quem interage. O que fica saliente para ele é a instituição que o enfermeiro representa: algo pessoal, sem identidade.

Destacamos, por fim, dentre as marcas formais, o uso de **perguntas retóricas** pelo enfermeiro. Percebe-se que o enfermeiro disse algumas vezes ao paciente formulando perguntas que o paciente não sabe ou não precisa responder, como: "O senhor tem um sangue para colher?" "onde será que tem veia, dona Amélia?" Estas construções demonstram a intenção do enfermeiro de imprimir a aparência de diálogo, ou de conversa, quando na realidade ela não está assim constituída.

Apreende-se, nesta última análise qualitativa das marcas formais que constituem a formação discursiva, que esta comprova as conclusões tiradas na parte anterior, quando analisamos a sistemática de tomada e troca de turnos: existe uma relação de assimetria entre os interlocutores, assimetria esta que se revela pelo uso abundante de diminutivos e perguntas retóricas pelo enfermeiro, e pelo não-uso da pessoalização pelo paciente.

Esta assimetria que se estabelece na interação remete-nos a uma relação de dominação, poder e submissão no plano ideológico: o enfermeiro, representante da instituição hospitalar, procura com seu discurso dominar e submeter o paciente, reduzindo-o a uma

criança, a alguém que não tem vontade própria, a alguém que não tem direito à palavra, à iniciativa verbal, portanto, à individualidade, alguém que deve ser controlado, manipulado. O paciente, por sua vez, parece que também não vê no enfermeiro um interlocutor individualizado; parece antes que o individual para o paciente também fica apagado, o enfermeiro corporificando a instituição que representa e cujas ordens executa.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados apresentados nos dois momentos da análise mostram que a interação entre enfermeiro e paciente tem somente aparência de diálogo, principalmente porque não há negociação de significado entre os interlocutores e porque as individualidades estão apagadas e substituídas por entidades abstratas: o enfermeiro representa o hospital; o paciente representa a doença.

O enfermeiro, assim, se representa como alguém que detém a autoridade (poder), a qual lhe é delegada pela instituição. O paciente, por sua vez, se representa como alguém que não tem direito a iniciativas, visto que é só sua doença que está sendo considerada, e todos os fatores de individualização ficam em segundo plano (variáveis sócio-econômicas, idade, profissão, por exemplo, aparentemente, não interferem no tipo de interação). Destes fatos decorre uma dificuldade de reversibilidade de papéis, o que determina uma estratificação e assimetria.

A assimetria que transparece no discurso, portanto, qualifica a relação enfermeiro — paciente como uma relação de controle, dominação e imposição de autoridade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 BOEMER, M.R. *A morte, o morrer e o morrendo: estudo de pacientes-terminais*. Ribeirão Preto, 1985. Tese (Doutorado) — Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto — USP.
- 2 CARVALHO, E.C. *Comportamento verbal e enfermagem: a interação verbal enfermeiro-paciente durante o procedimento de punção venosa*. Ribeirão Preto, 1979 Tese (Mestrado) — Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto — USP.
- 3 CARVALHO, E.C. *Comportamento verbal enfermeiro-paciente: função educativa e educação continuada do profissional*. Ribeirão Preto, 1985 Tese (Doutorado) — Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto — USP.
- 4 GOOD, C. Language as social activity: negotiating conversation. *Journal of Pragmatics*, v.3, n.2, p.151-167, 1979.
- 5 HYMES, D. Models of the interactions of language in social life. In: *DIRECTIONS in Sociolinguistics*. New York: Holt, 1972.
- 6 MAZOLLI, M.C. *Relacionamento em Enfermagem: aspectos psicológicos*. São Paulo: Sarvier, 1983.
- 7 MENDES, I.A.C. *Interação verbal em situações de enfermagem hospitalar: enfoque humanístico*. Ribeirão Preto, 1986. Tese (Doutorado) — Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, — USP.
- 8 SACKS, H. SCHEGLOFF, E. JEFFERSON, G. Simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. *Language*, v.50, n.4, p.696-735, 1974.

Endereço do autor: Emília Campos de Carvalho
 Author's Address: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
 UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
 Av. Bandeirantes, 3.900
 14049 RIBEIRÃO PRETO SÃO PAULO — BRASIL